

The background of the slide is a photograph of three women sitting around a table, engaged in a discussion. The woman on the left is wearing glasses and a pink sweater. The woman in the middle is wearing a green headband and a dark top. The woman on the right has long red hair and is wearing a light-colored top. They are all looking towards the center of the table.

# Analyse af tandreguleringen

Tandreguleringen I/S

**AFRAPPORTERING**

Juli 2024

# Indhold

1.	Baggrund og succeskriterier	3
2.	Resume	4
3.	Metode og analyseaktiviteter	6
4.	Dataanalyse	8
5.	Sammenligningscases	38
6.	Situationsbillede og inspiration fra sammenligningscases	55
7.	Samlede anbefalinger	71
8.	Frit-valgs beregning	78
9.	Bilag: Indsatskatalog	80



# 1. Baggrund og succeskriterier

## Baggrund

Tandreguleringen I/S (TR) er et § 60-selskab i der er ejet af de seks kommuner: Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Ishøj, Tårnby og Vallensbæk den 1. januar 2012. Tandreguleringen omfatter to fysiske klinikker i henholdsvis Hvidovre og Albertslund.

I perioden 2019 til 2022 har Tandreguleringen præsteret et underskud, ligesom ventelisterne siden tilbuddets start har været forholdsvis lange og i de senere år markant stigende. For at imødekomme behovet er det nødvendigt at sikre et effektivt flow og opgavedeling i Tandreguleringen, herunder undersøge delegeringsgraden i Tandreguleringen samt snitfladerne til ejerkommunernes tandplejeklinikker.

Bestyrelsen har således ønsket nærværende analyse af Tandreguleringens grundlag og vilkår samt anbefalinger til at understøtte bæredygtig drift og input til en handleplan for at nedbringe ventelisten. Opgavens formål er at tilvejebringe et solidt fundament for Tandreguleringen I/S bestyrelse og de implicerede kommuner, så de kan træffe beslutninger om den fremtidige holdbare drift af selskabet.

Nærværende analyse er således udført af BDO med et samtidigt fokus på både at identificere muligheder for at optimere den ”normale drift” af Tandreguleringen og give forslag til hvorledes ventelisten bedst kan håndteres.

## Succeskriterier

Følgende succeskriterier blev defineret i forhold til den viden, som nærværende analyse skulle fokusere på at afdække;

1. Dataanalyse • Afdækning af databaseret fakta , nøgletal og udviklinger for de seks deltagende kommuner. Eks. antal visitationer, populationsmængde, variation i behandlingsbehov, forbrugsmønstre, antal afviste henvisninger mv.
2. Kortlægning af praksis, herunder etablere indsigt i eksisterende flow fra visitation til færdigbehandling, herunder henvisningspraksis, visitationskriterier, ventelister, ansvar/roller, opgavedeling, delegation samt behandlingsforløb.
3. Perspektivering og inspiration. Sikre at resultater og konklusioner kvalificeres og perspektiveres yderligt gennem inddragelse af indhentede erfaringer, indsigter og løsningsmodeller fra andre kommuners § 60 tandreguleringssselskaber og/eller øvrige tandreguleringsløsninger.
4. Anvendelige forslag til indsatser. Sikre brugbare anbefalinger til a) Bedre forebyggelse og mindre ventetid, b) Effektiv og bæredygtig drift, organisering og samarbejde, og c) Styrket retfærdighed og retssikkerhed

## 2. Resume - (s. 1/2)

I resumeet opsummeres en række af de primære fund og delkonklusioner fra analysen af Tandreguleringen I/S (TR). Opsummeringen er grupperet i forhold til henholdsvis den kvantitative dataanalyse og overordnede anbefalinger til indsatser.

Basisbudgettet i Tandreguleringen I/S er overordnet set steget med 20 % fra 2018 til 2024, når der tages højde for prisudviklingen. Indregnes modtagne særbevillinger er budgettet steget med 43 % i samme periode. Fra 2018 til 2023 er udgifterne til løn steget med knap 20 %. I samme periode er antallet af samlede årsværk steget med 2,7 %, og antallet af årsværk specialtandlæger er faldet. Den gennemsnitlige udgift pr. årsværk er steget fra 588.000 kr. til 684.000 kr. (i 2024-prisniveau).

Normeringen i 2023 var ét specialtandlægeårsværk til 9.866 børn. Samlet set er det knap 26 % af de 15-årige i området, som er blevet visiteret til tandregulering. De 26 % er samme andel som på landsplan og ligger meget tæt på de 25 %, som Sundhedsstyrelsen har opsat som vejledende tal.

Antallet af patienter indvisiteret til behandling er fra 2019 til 2023 steget med 69 %. Antallet af afsluttede patienter er i samme periode faldet med 32 %. I slutningen af april 2024 var ventelisten på 2.233 børn. Det svarer til ca. det dobbelte af niveauet i 2014.

På den nuværende venteliste i Tandreguleringen I/S har 2.067 børn, overskredet sin behovsdato. Gennemsnitsalderen af børnene på venteliste i Tandreguleringen I/S er 13,3 år – og 40 % af børnene på ventelisten (med overskredet behovsdato) ligger i kategorien +B nu.

Aktiviteten er øget, idet antallet af gennemførte aftaler er steget med knap 15 % fra 2014 til 2023. I samme periode er antallet af afsluttede patienter faldet med 35 %. Gennemsnitsalderen af alle patienter, som har haft en aftale i TR, er steget fra 14,8 år i 2013 til 15,9 år i 2023.

På flere områder ses en variation i nøgletal på tværs af ejerkommunerne. Antal årlige visitationsdage pr. 1.000 0-17-årige børn i kommunen svinger mellem ejerkommunerne fra 1,26 (Hvidovre) til 0,98 (Ishøj) Variation mellem ejerkommuner ift. andel af børn på visitationsdagene i 2023 og 2024 (indtil videre), der resulterer i visitering til behandling i TR går ra 60 % (Brøndby) til 39 % (Tårnby).

Tandreguleringen I/S har et basisbudget på 651 kr. pr. 0-17-årig i deltagerkommunerne. En komparativ data-analyse med sammenligningskommuner/§ 60 selskaber har vist, at basisbudgettet pr. barn og udgiften pr. barn er højere end i de øvrige tandreguleringer. Udgiften pr. barn er omkring 100 kr. højere end i de to øvrige § 60-selskaber. 73 % af udgifterne i Tandreguleringen I/S i 2023 gik til aflønning af ansatte. Dette er en lidt højere andel end i de to øvrige § 60-selskaber.

Der er indhentet materiale og gennemført interview med fem andre tandreguleringsordninger, hvoraf flere tidligere har oplevet lignende udfordringer. Casebeskrivelserne i afsnit 5 er struktureret ensartet og består af en deskriptiv faktuel del suppleret med forslag til inspiration.

Situationen i Tandreguleringen I/S og samspillet med basistandplejen i ejerkommunerne er belyst kvalitativt i afsnit 6. De valgte syv temaer afspejler dels opgavebeskrivelsen, dels emner som har været behandlet i interview og workshop med ledere og medarbejdere i Tandreguleringen og deres samarbejdspartnere i ejerkommunerne, og som har været vigtige for deltagerne;

Økonomi og budget, Organisering, ledelse og bemanning, Venteliste, Effektiv drift af kapacitetsudnyttelse, Faglig vurdering og visitationspraksis. Samarbejdet med Tandreguleringen I/S og Tandplejen, Kultur og værdier.

Situationsbilledet kan opsummeres i følgende hovedbudskaber;

- Budgettet til Tandreguleringen anses internt for utilstrækkeligt til at sikre bæredygtig opgaveløsning med balance mellem inflow og afsluttede forløb. Der er behov for større gennemsigtighed i forudsætningerne for budgettet sammenholdt med behandlingskapacitet og resultatkrav til Tandreguleringen. Sammenlignet med data fra andre ordninger synes Tandreguleringen dog ikke underfinansieret ud fra budget pr. barn (0-17 årig).
- Organiseringen af § 60-selskabet er kompleks og der savnes klare mandater og entydig ledelse ift. tværgående behandlingsforløb. Styrket faglig ledelse, mandat og faglig koordinering er et centralt tema, såvel internt i Tandreguleringen som på tværs af TR og ejerkommunerne.

## 2. Resume - (s. 2/2)

- Der er opbygget en betydelig venteliste, både for patienter som har fået optaget materiale og for dem, som endnu ikke er vurderet i Tandreguleringen. Ventelisten stiger fortsat måned for måned. En større gruppe patienter har overskredet deres behovsdata, og situationen er alvorlig. Reduktion af ventelisten vil kræve særskilt og tidsafgrænset tiltag udenfor normal drift.
- Der ses et potentiale for at øge kapacitetsudnyttelsen dvs. gennemføre flere aftaler inden for eksisterende kapacitet gennem en række indsatser, herunder udbredelse af bedste praksis på tværs af teams, øget opgavedelegation og indsats for at reducere udeblivelser. Desuden sikre at behandlinger afsluttes hurtigere i TR med fokus på faglige behandlingsmål.
- Specialtandlægerne i Tandreguleringen I/S har en høj grad af autonomi og metodefrihed, betydende visse variationer på tværs af behandlerteams og kommuner. Det kan være relevant at have øget fokus på at afstemme det faglige ambitionsniveau for behandlingsmål i forhold til de budgetmæssige rammer.
- Samarbejdet mellem Tandreguleringen I/S og basistandplejen er generelt kendetegnet ved et lavt tillidsniveau og sparsom kontakt. Den faglige dialog og sparring foregår primært på visitationsdagene suppleret med skriftlig korrespondance. Potentialet i at samarbejde om tidlig, forebyggende behandling bliver ikke udnyttet med den konsekvens, at behandlingsforløbene bliver komplekse og længerevarende.
- Tandreguleringen I/S og basistandplejen har ikke et fælles værdisæt eller fælles mål for patientforløbene. Der er ikke en oplevelse af fælles ansvar for de samlede patientforløb og – resultater, men er i stedet udviklet en dem-og-os retorik. Set udefra har den udfordrede situation negativ indvirkning på kommunikationen med forældrene, og patientperspektivet bliver ikke tilgodeset i tilstrækkelig grad i Tandreguleringen I/S.

Situationsbilledet sammenholdt med sammenligningscases har resulteret i en række konkrete forslag til indsatser for hvert tema er samlet i bilaget: Indsatskatalog. En yderligere opsummering og gruppering af indsatskatalogets indhold er foretaget i afsnit 7: Samlede anbefalinger.

1. Organisering og ledelse: Justeret organisering af den fælles tandreguleringsordning, herunder en struktur som i højere grad kan sikre ledelse og handlekraft for at realisere handleplanen, såvel administrativt som fagligt.
2. Udvikling af en professionel samarbejdskultur mellem TR og Tandplejen og skabelsen af fælles værdier.
3. Økonomi og budget – klare og realistiske forudsætninger funderet i et afstemt og realistisk serviceniveau
4. Særlig, midlertidig indsats for at nedbringe ventelisten med øremærkede midler hertil
5. Fokus på at udnytte muligheder i rettidig interceptiv og forebyggende behandling i tandpleje
6. Optimering af samlede patientforløb med kortere og mere intensive behandlingsforløb i TR som vil frigøre kapacitet til at opstarte behandling af nye patienter
7. Øget kapacitetsudnyttelse i Tandreguleringen I/S gennem effektiviseringer i driften
8. Ledelsesfokus på forventningsafstemning om rette behandlingsniveau

Opsummeringen af fund og observationer, indsatskatalog og anbefalinger er udarbejdet af BDO på baggrund af de gennemførte analyseaktiviteter og det tilgængelige datamateriale, som har været omfattende og både omfattet indefra-ud perspektiv og situationsbilledet set udefra.

Det er bestyrelsen for Tandreguleringen I/S, der vurderer og prioriterer BDO's anbefalinger - og som har det endelige ansvar for at beslutte handleplanen for Tandreguleringen I/S, blandt andet baseret på konklusioner fra nærværende analyse.

## 3. Metode

Analysen er baseret på et omfattende datagrundlag bestående af såvel kvantitative som kvalitative data. Gennemførte aktiviteter er oplistet på næste side.

Der er foretaget datatræk fra relevante systemer ligesom der er blevet afholdt interviews og workshops med ledelse og medarbejdere fra Tandreguleringen samt overtandlæger og udvalgte medarbejdere fra de seks ejerkommuner. Derudover har der været afholdt indledende 1-1 dialoger med medlemmerne i Tandregulerings nuværende bestyrelse, ligesom der har været afholdt virtuelle møder med følgende udvalgte sammenligningskommuner/- § 60 selskaber;

- Center for Tandregulering Nordvestjylland (CFTN) - § 60 selskab → Ejerkommuner: Struer, Lemvig, Skive, Thisted, (Holstebro er på vej ind)
- Center for Tandregulering Ballerup (CFT) - § 60 selskab → Ejerkommuner: Ballerup, Egedal, Furesø
- Tandreguleringscenter Fyn (TRCF) – Samarbejdsmodel med følgende kommuner: Odense (driftsledende/-ansvarlig), Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nordfyn og Nyborg.
- Tandregulering ”Bøjletandplejen” i Høje-Taastrup
- Tandreguleringen Viborg Kommune

Selve analysen er blevet gennemført med udgangspunkt i tre gennemgående temaer, som tilsammen har bidraget til at skabe et kvalificeret fundament for at identificere muligheder for nedbringelse af ventelisten samt understøttelsen af en bæredygtig drift. De anvendte analyse-temaer er;

**Effektivitet og produktivitet:** Afdækning af muligheder i at vurdere, visitere og behandle flere børn/unge inden for de afsatte ramme. Fokus på øget produktivitet gennem en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse og arbejdsdeling.

**Faglig praksis og behandlingsniveau:** Analyse af faglige visitationskriterier samt visitations-og behandlingspraksis set på tværs af de seks ejerkommuner, og sammenholdt med Sundhedsstyrelsens retningslinjer og vejledninger samt praksis i sammenligningskommuner.

**Organisering og samarbejde:** Vurdere den nuværende organisering, samarbejdsformer og kultur med henblik på at identificere forbedringspotentialer. Såvel internt i Tandreguleringen som i snitfladerne til de kommunale tandplejeklinikker.



# Gennemførte aktiviteter

Dataanalyse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analyse af aktivitet og økonomi baseret på dokumenter og data fra Tandreguleringen I/S</li><li>• Sammenligning ml de 6 ejerkommuner</li><li>• Gennemgang af fritvalgsberegning</li></ul>
Organisationsanalyse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interview med bestyrelsesmedlemmer</li><li>• Interview med leder og medarbejdere i TR (faggrupper)</li><li>• Interviews med overtandlæger og medarbejderteams i ejerkommunerne</li></ul>
Forløbsanalyse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analyse af data fra TK2/Tandreguleringen I/S</li><li>• Faglig vurdering af visitation og forløb v. tandlægefaglig konsulent (tidl. Overtandlæge Poul Folke Christensen)</li></ul>
Komparativ analyse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udvælgelse af ca. 5 sammenligningscases</li><li>• Interview med hhv. leder, dataperson og specialtandlæge/ behandler, individuelt eller som gruppeinterview</li><li>• Indhentning af data til at vurdere og sammenligne nøgletal</li></ul>
Handleplan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Udarbejdelse af udkast til handleplan med forslag til konkrete indsatser og anbefalinger fra BDO</li><li>• Kvalificeringsworkshops med specialtandlæger og overtandlæger</li></ul>

Interviewrække	Gennemført
Direktør	1
Bestyrelsesmedlemmer	6
Medarbejderrep. I bestyrelse	1
Overtandlægerep. I bestyrelse	1
Økonomiansvarlig (Hvidovre)	1
Specialtandlæger	3
Behandlere	1
Leder tværfagligt team	1
Tandteknikergruppe	1
Administration/call center	1
Overtandlæger	8
Medarbejdere i ejerkommuner	6
Ballerup	2
Høje-Taastrup	1
Nordvestjylland	1
Odense	2
Viborg	2
	39

- + gennemført dataindhentning og indledende data-analyser
- + præsentationsmøde og ad hoc med direktør og teamleder fælles funktioner
- + deltagerobservation i Hvidovre, Albertslund og Brøndby

## 4. Dataanalyse



# Introduktion – dataanalyse

I det følgende afsnit præsenteres resultatet af udvalgte kvantitative analyser inden for 5 temaer:

1. Økonomi og budget
2. Organisering, ledelse og bemanding
3. Venteliste
4. Effektiv drift og kapacitetsudnyttelse
5. Faglig vurdering og visitationspraksis

Analyserne er baseret på dokumenter (årsrapporter m.v.) og dataudtræk fra Tandregulerings system TK2 udarbejdet til lejligheden.

Afsnittet afsluttes med en kvantitativ, komparativ analyse baseret på offentligt tilgængelige data fra Danmarks Statistik suppleret med dokumenter og dataudtræk fra sammenligningscases.

Dataanalyser om niveau og status fokuserer som udgangspunkt på tal for det seneste år 2023, og hvor relevant nye tal om de første måneder af 2024. Dataanalyser om udvikling i aktivitet omfatter så vidt muligt perioden 2014-2023, og vedrørende økonomi perioden 2018-2023/2024.

I dataanalyser om faglige og driftsmæssige emner såsom visitation og ventelister er definitioner og afgrænsninger foretaget i dialog med Tandreguleringen og må generelt tages med forbehold for, at fortolkning af niveau og udvikling dels kræver indsigt i det specialiserede behandlingsområde, og dels afspejler registreringspraksis og procedurer, som i nogle tilfælde kan variere mellem kommuner og sammenligningscases. Der er så vidt muligt taget højde for kommuneforskelle ved at korrigere for børnetal mv.

## **Dataanalyse, del A**

Den første del af dataanalysen vedrører de interne forhold i Tandreguleringen I/S.

De sammenlignende analyser i del A omhandler forskelle mellem de seks ejerkommuner. Disse data kommer fra samme datakilde, og sammenligningerne vurderes derfor at have høj validitet.

## **Dataanalyse, del B**

Den anden del af dataanalysen rapporterer på den komparative analyse, hvor Tandreguleringen I/S sammenlignes med andre tandreguleringsordninger med forskellige organisering og størrelse, herunder to andre § 60-selskaber. Den komparative analyse omhandler dels budget og økonomi, dels bemanding og drift herunder ventelisten.

Metodisk er der tilstræbt ensartethed i definitioner og opgørelsesmetoder på tværs af sammenligningskommunerne, men sammenligningerne i del B må generelt tages med forbehold for forskelle i rammebetingelser eksempelvis om driften foregår på en eller flere matrikler samt udgiftsniveau, kapacitet og kompetencer i den kommunale tandpleje.

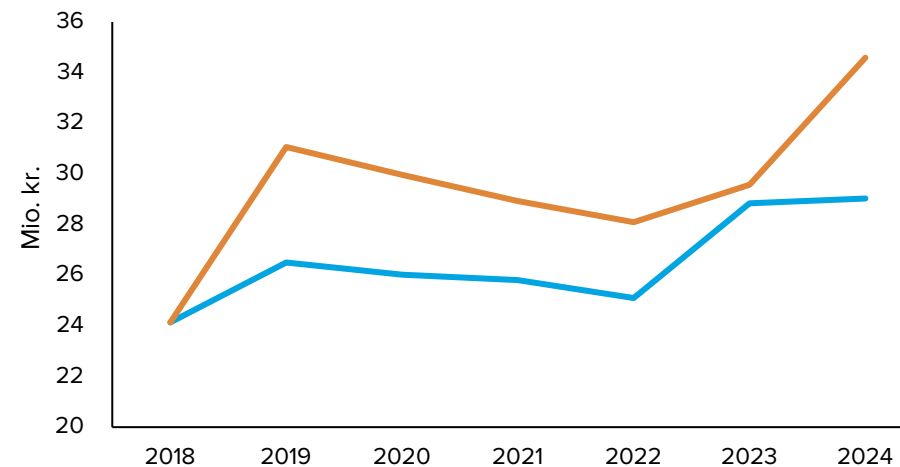
# A1

Økonomi og budget

# Udvikling i budget

- Basisbudgettet i Tandreguleringen I/S er overordnet set steget med 20 % fra 2018 til 2024, når der tages højde for prisudviklingen.
- Fra 2019 til 2024 har Tandreguleringen dog modtaget knap 21 mio. (i 2024-priser) i særbevillinger.
- Det samlede budget er steget med 43 % fra 2018 til 2024, når særbevillingerne regnes med.
- Fra 2019 til 2022 var budgettet ellers faldende (i faste priser), både med og uden særbevillinger.

**Figur A1: Budget i Tandreguleringen I/S, 2018-2024 (2024-prisniveau)**



**Tabel A1: Budget i Tandreguleringen I/S, 2018-2024 (2024-prisniveau)**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Basisbudget	24.145.010	26.507.042	26.015.616	25.803.434	25.103.989	28.845.642	29.034.400
Samlet budget (inkl. særbevillinger)	24.145.010	31.066.242	29.961.511	28.922.719	28.094.675	29.571.116	34.595.390

Kilde: Årsrapporter fra Tandreguleringen I/S & information fra Hvidovre Kommune

Noter: Alle beløbene er prisreguleret til 2024-priser ved brug af P/L indekset. Basisbudgettet er budgettet uden særbevillinger. Basisbudgettet er inkl. tilbagebetaling af 3,5 mio. kr. til Hvidovre Kommune, som håndteres ved en årlig betaling på 650.000 kr. fra 2024 og frem.

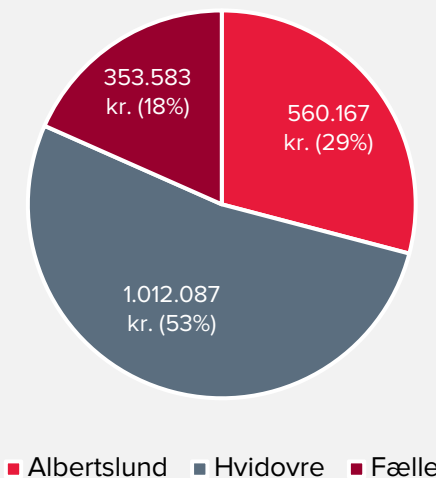
# Udvikling i udgifter

- De samlede udgifter i Tandreguleringen I/S er steget med 17% fra 2018 til 2023, når der tages højde for prisudviklingen.
- Udgifterne forventes at stige yderligere 12 % fra 2023 til 2024.
- Lønudgifterne udgør størstedelen af de samlede udgifter. Disse er steget med 20 % fra 2018 til 2023 og forventes at stige yderligere 10 % fra 2023 til 2024 (i faste priser)
- Den største procentvise stigning i udgifter har været for behandlingsmaterialer. Udgifterne hertil er vokset fra 2,2 mio. kr. til godt 4 mio. kr. fra 2018 til 2024, svarende til en stigning på 73 % (i 2024-priser)
- Udgifterne til bygninger ligger primært i Hvidovre-klinikken, som står for godt halvdelen. Albertslund-klinikken bruger ca. 29% af bygningsudgifterne, mens 18 % ligger i fælles rengøring/service.

**Tabel A2: Udgifter i Tandreguleringen I/S, 2018-2024 (2024-prisniveau)**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 (forventet)
Løn og personale	18.606.524	20.198.344	21.905.007	22.878.839	22.089.735	22.235.120	24.480.637
Afhjælpning af venteliste	-	-	-	-	-	-	900.000
Rekruttering	-	-	-	-	-	225.319	-
Behandlingsmaterialer	2.228.084	4.356.163	2.980.511	3.283.668	3.427.420	4.226.544	4.050.333
Inventar, serviceaftale mv.	850.305	1.312.744	2.931.452	819.275	777.025	956.841	1.467.000
Bygninger	2.348.720	1.892.375	2.180.009	1.963.374	1.978.780	1.925.838	2.175.359
IT/telefoni/administration	836.399	1.018.560	995.557	976.042	982.742	924.738	1.206.000
Vandskade	1.094.211	353.736	-	-	-	-	-
I alt	25.964.244	29.131.921	30.992.537	29.921.197	29.255.702	30.494.399	34.279.329

**Figur A2: Udgifter til bygninger, fordelt på lokation (2024-prisniveau)**



Kilde: Årsrapporter fra Tandreguleringen I/S

Noter: Alle beløbene er prisreguleret til 2024-priser ved brug af P/L indekset.

Kilde: Oplyst af Tandreguleringen I/S

Noter: Alle beløbene er prisreguleret til 2024-priser ved brug af P/L indekset.

# Udvalgte udgifter

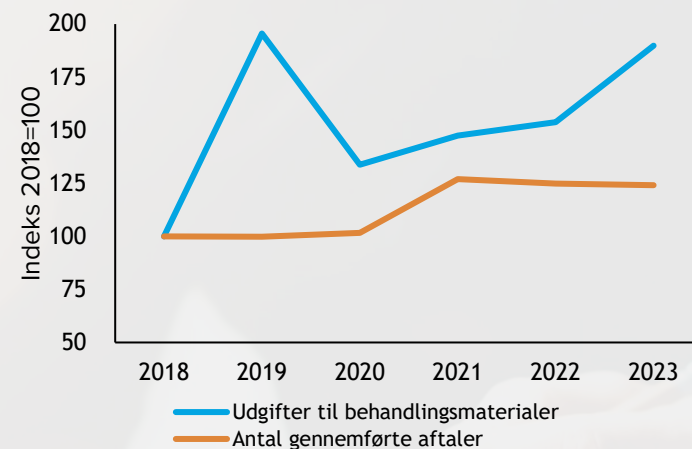
## Behandlingsmaterialer

- Fra 2018 til 2023 er udgifterne til behandlingsmaterialer steget med 90%.
- I samme periode er antallet af gennemførte aftaler i Tandreguleringen I/S steget med 24 %.
- Hver aftale bliver altså løbende dyrere i materialer, selv når der tages højde for den generelle prisudvikling ved P/L indekset. I 2018 blev der gennemsnitligt brugt 104 kr. på behandlingsmaterialer pr. gennemført aftale – dette er steget til 159 kr. i 2023 (i 2024-prisniveau).

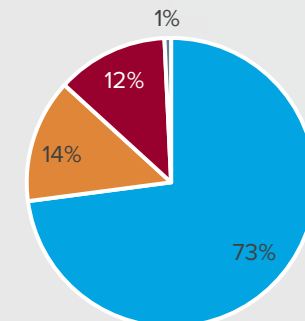
## Lønninger

- Lønudgifterne udgør 73% af de samlede udgifter i Tandreguleringen I/S.
- Fra 2018 til 2023 er udgifterne til løn steget med knap 20 %.
- I samme periode er antallet af samlede årsværk kun steget med 2,7 %, og antallet af årsværk specialtandlæger er faldet.
- Dette medfører, at den gennemsnitlige udgift pr. årsværk er steget fra 588.000 kr. til 684.000 kr. (i 2024-prisniveau)

**Figur A3: Udgifter til behandlingsmaterialer samt antallet af gennemførte aftaler, 2018-2023**



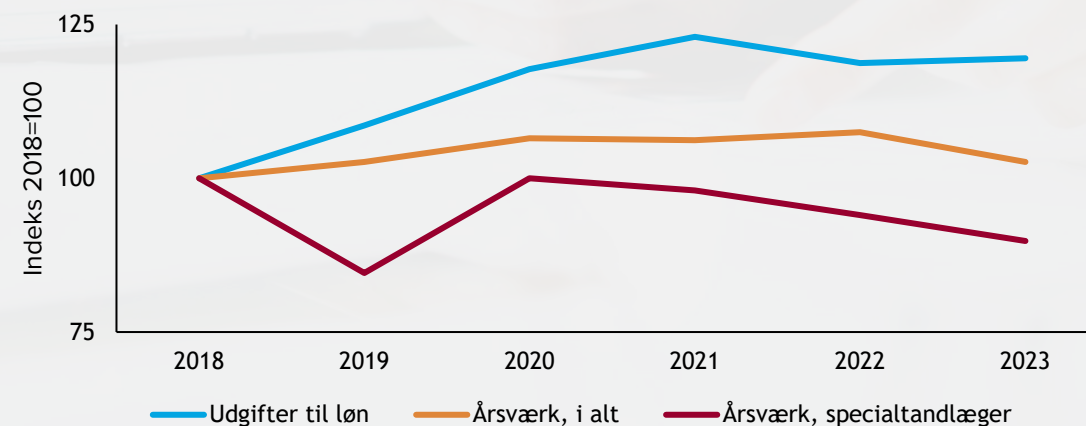
**Figur A4: Fordeling af Tandreguleringens udgifter, 2023**



- Løn og personale
- Behandlingsmaterialer
- Bygninger, IT, administration mv.
- Midlertidige udgifter

Kilde: Årsrapporter og TK2-data fra Tandreguleringen I/S  
Noter: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. Antallet af aftaler og udgifterne til behandlinger er indekseret med 2018=100 for at kunne sammenligne deres udvikling.

**Figur A5: Udgifter til løn samt antallet af årsværk (specialtandlæger & i alt), 2018-2023**



Kilde: Årsrapporter fra Tandreguleringen I/S  
Noter: Antallet af årsværk og lønudgifterne er indekseret med 2018=100 for at kunne sammenligne deres udvikling.

# A2

Organisering, ledelse og bemanning



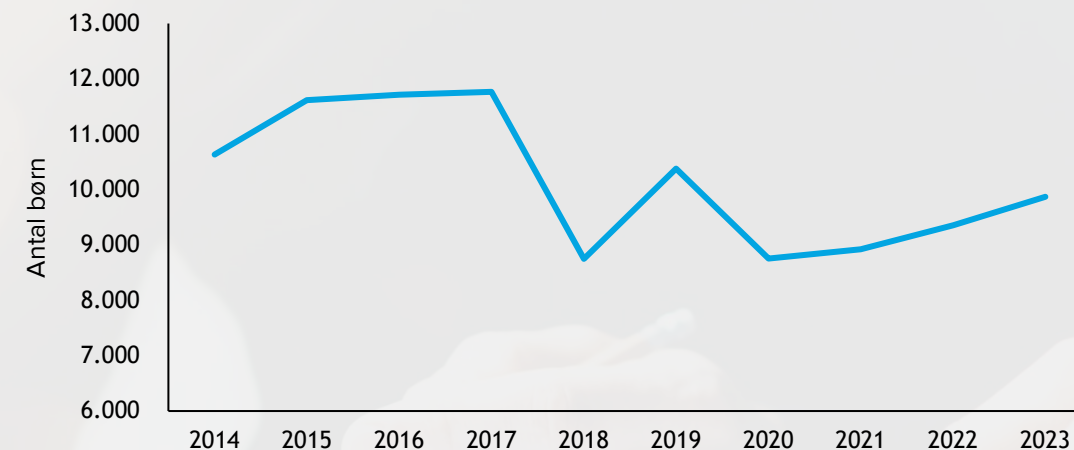
## Udvikling i bemanning

- Antallet af 0-17-årige børn i Tandregulerings deltagerkommuner er fra 2014 til 2023 steget mindre end antallet af årsværk specialtandlæge i samme periode.
- Det medfører, at der i 2014 var ét årsværk specialtandlæge til 10.629 børn, mens der i 2023 var én til 9.866 børn.
- Den samme udvikling gælder de samlede antal årsværk i Tandreguleringen I/S; antallet af børn er steget mindre end antallet af årsværk.
- I 2014 var der således ét årsværk ansat pr. 2.220 børn, men dette er faldet til 1.806 børn i 2023. Der er dog siden 2022 kommet 18-21-årige ind i populationen, men de indgår ikke i dette børnetal ad hensyn til sammenligning med tidligere år.
- Generelt ses altså en tendens, hvor Tandregulerings I/S har tilføjet mere arbejdskraft, end udviklingen i børnetallet ville tilsige.

**Tabel A3: Udvikling i børnetal og antallet af årsværk, 2014-2023**

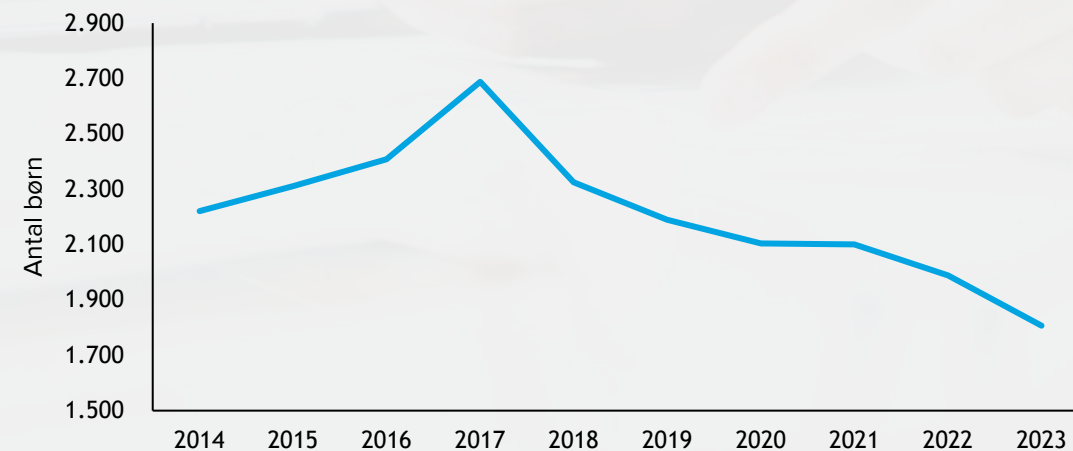
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
0-17-årige børn	42.516	42.978	43.338	43.536	43.737	43.896	43.767	43.703	43.951	44.299
Årsværk, specialtandlæger	4,0	3,7	3,7	3,7	5,0	4,2	5,0	4,9	4,7	4,5
Årsværk, behandlere/assistenter	19,2	18,6	18,0	16,2	18,8	20,1	20,8	20,8	22,1	24,5
Børn pr. specialtandlæge	10.629	11.616	11.713	11.766	8.747	10.377	8.753	8.919	9.351	9.866
Børn pr. behandler/ass.	2.210	2.311	2.408	2.687	2.324	2.189	2.103	2.100	1.988	1.806

**Figur A6: Antal 0-17-årige børn i deltagerkommunerne pr. årsværk specialtandlæge, 2014-2023**



Kilde: Årsrapporter fra Tandreguleringen I/S og Danmarks Statistik

**Figur A7: Antal 0-17-årige børn i deltagerkommunerne pr. årsværk behandler/TKA, 2014-2023**



Kilde: Årsrapporter fra Tandreguleringen I/S og Danmarks Statistik

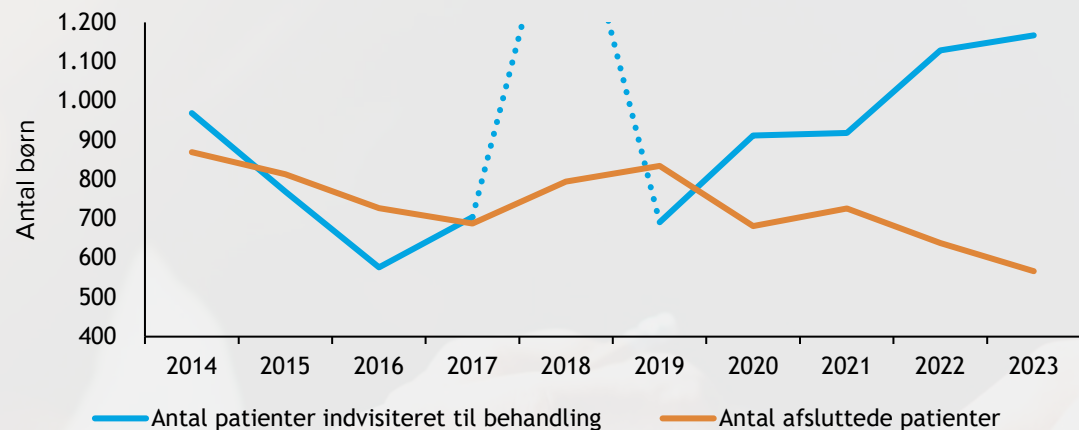
# A3

Venteliste

## Udvikling i patientantal

- Hvis mængden af patienter, som skal behandles i Tandreguleringen I/S, skal forblive nogenlunde stabil, så kræver det balance mellem antallet af indvisiterede patienter og antallet af afsluttede patienter.
- Fra 2014 til 2019 var denne balance i overvejende grad til stede (undtagen i 2018, hvor visitationen var ekstraordinært stor).
- Siden 2019 er de to tal dog udviklet sig i hver sin retning. Antallet af patienter indvisiteret til behandling er fra 2019 til 2023 steget med 476 børn – en stigning på 69 %. Antallet af afsluttede patienter er i samme periode faldet med 268 børn – et fald på 32 %.
- Denne udvikling har medført, at den samlede mængde af patienter, som Tandreguleringen I/S skal behandle, er steget væsentligt.
- I 2023 skete der tilmed et betydeligt fald i antallet af aktive patienter, hvorfor ventelisten voksede endnu mere. Nu er antallet af børn, der venter på behandling, større end antallet af børn, der modtager behandling.

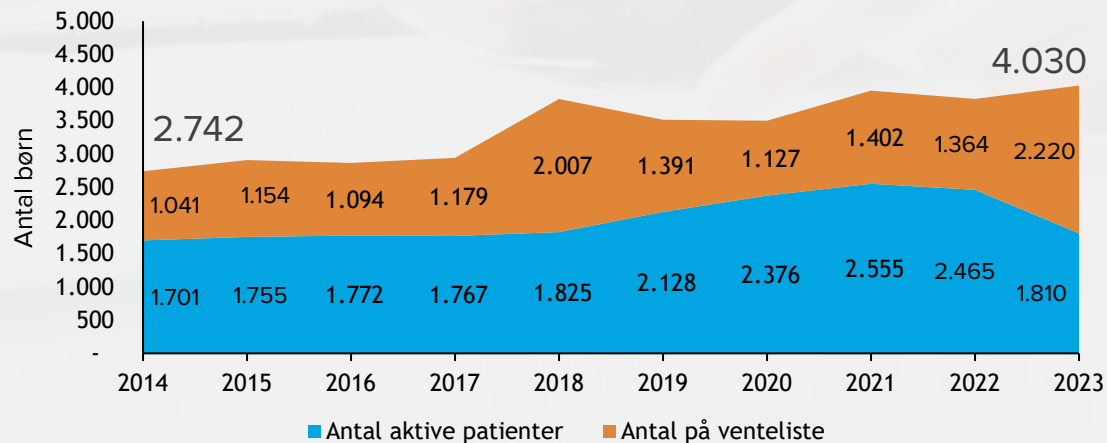
Figur A8: Antal afsluttede patienter og patienter indvisiteret til behandling, 2014-2023



Kilde: Tandreguleringen I/S

Note: I 2018 blev et ekstraordinært stort antal indvisiteret til behandling, hvorfor linjen er gjort stipleet.

Figur A9: Antal aktive patienter + antal på venteliste (samlet antal patienter, som skal behandles)

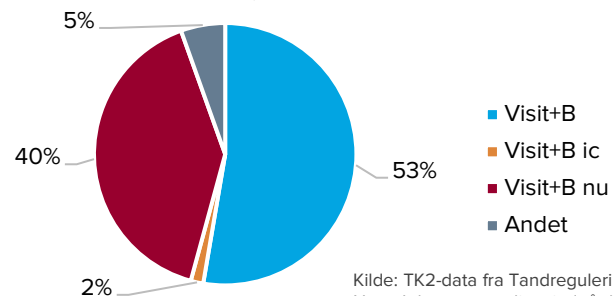


Kilde: Tandreguleringen I/S

# Udvikling i venteliste

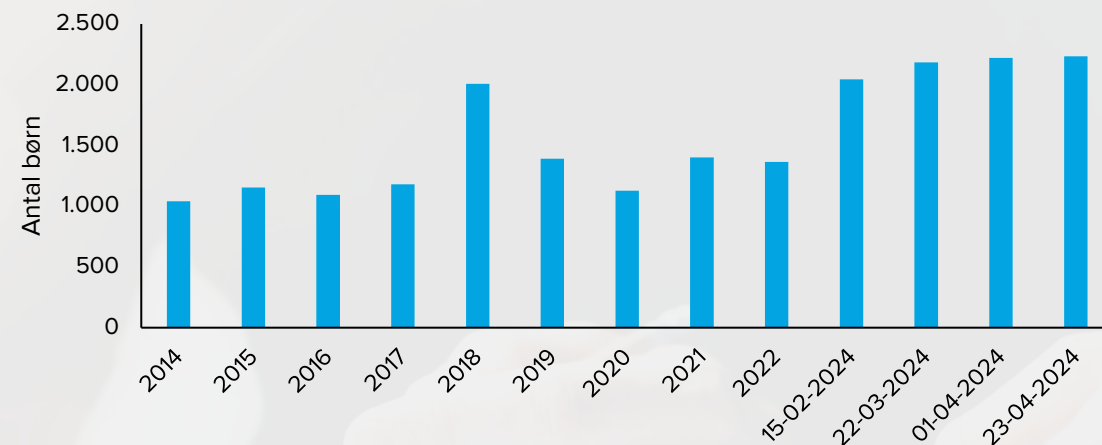
- I perioden fra 2014 til 2022 voksede ventelisten fra 1.041 til 1.364 – en stigning på 31 %. Siden 2022 er ventelisten steget yderligere.
- I slutningen af april 2024 var ventelisten på 2.233 børn. Det er en stigning på 64 % siden 2022 og svarer til ca. det dobbelte af niveauet i 2014.
- Dette niveau er inkl. børn, der ikke har overskredet sin behovsdato, fordi det er disse tal, Tandreguleringen I/S råder over tilbage i tid. I praksis er andelen af børn på den nuværende venteliste, som har overskredet sin behovsdato, ca. 90 %.
- Den mest hyppige alder af børnene på ventelisten er 13 år. Og 52 % af børn på ventelisten er enten 12, 13 eller 14 år gamle.
- Dertil er 29 % af børnene på venteliste ældre end 14 år, mens de resterende 19 % er yngre end 12 år.
- Til sammenligning har Tandreguleringscenter Fyn oplyst, at kun 4 % af børnene på deres venteliste er ældre end 14 år, mens 35 % er yngre end 12 år.
- Gennemsnitsalderen af børnene på venteliste i Tandreguleringen I/S er 13,3 år – denne er 12 år i Tandreguleringscenter Fyn.
- 40 % af børnene på venteliste i Tandreguleringen I/S (med overskredet behovsdato) ligger i kategorien b+nu.

**Figur A12: Fordeling af visitationskategorier på nuværende venteliste (overskredet behovsdato)**



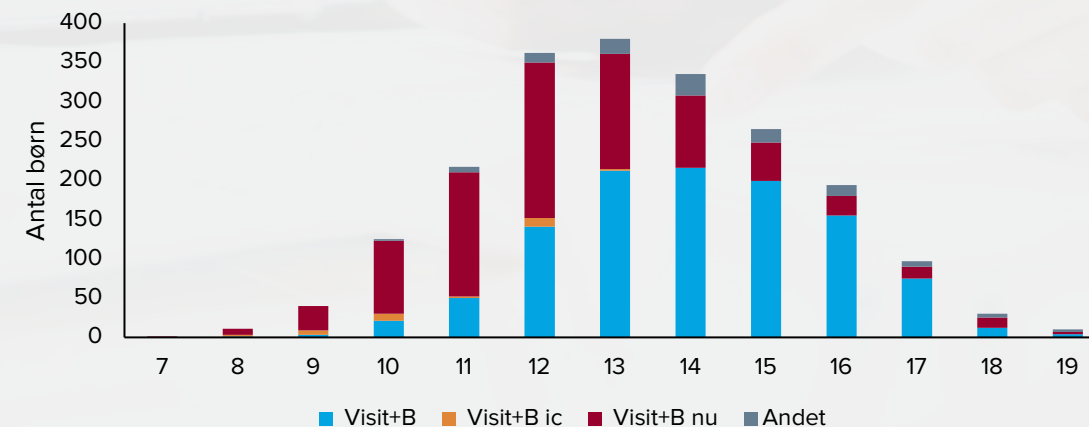
Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S  
 Note: I denne venteliste indgår kun de børn, som har overskredet behovsdato

**Figur A10: Antal børn på venteliste til behandling i Tandreguleringen I/S, 2014-april 2024**



Kilde: Tandreguleringen I/S  
 Note: Denne venteliste vises inkl. de børn, som ikke har overskredet behovsdato, fordi dette er tallet, som Tandreguleringen I/S er i besiddelse af. Omkring 90% af børnene på ventelisten havde overskredet sin behovsdato i de seneste tal.

**Figur A11: Alder og visitationskategori for den nuværende venteliste (overskredet behovsdato)**

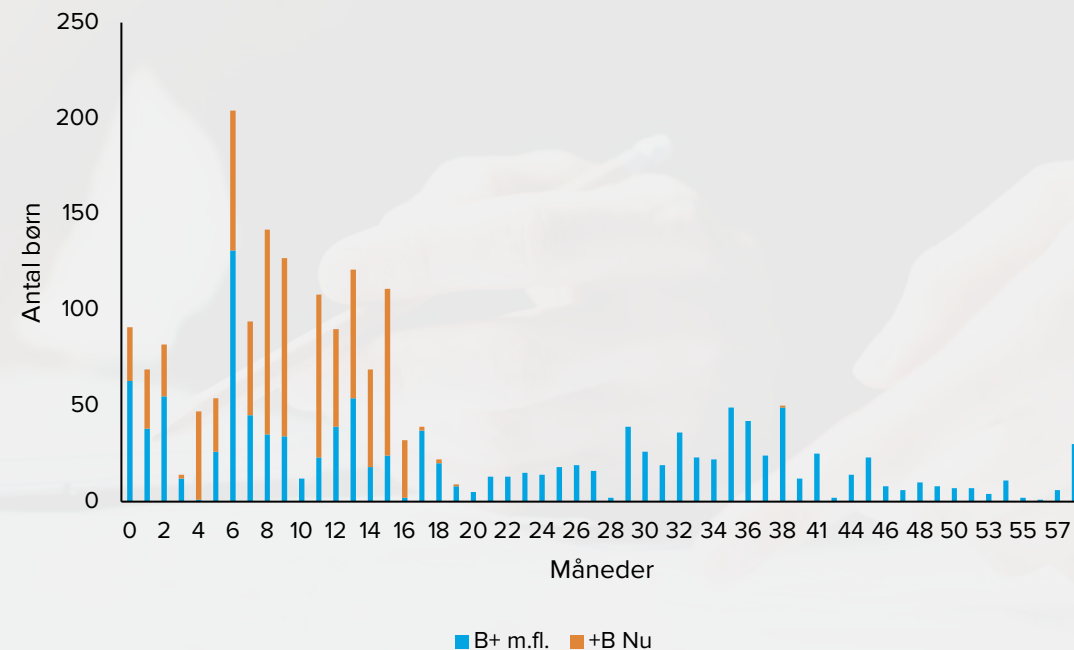


Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S  
 Note: I denne venteliste indgår kun de børn, som har overskredet behovsdato.

# Overskredne behovsdatoer

- Når børn indvisiteres til behandling i Tandreguleringen I/S og havner på ventelisten, så får de en behovsdato. Denne dato er et udtryk for, hvornår behandlingen senest bør igangsættes ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, og den anvendes altså, fordi det ofte ikke er sundhedsfagligt nødvendigt at igangsætte behandlingen med det samme.
- Det er derfor, at den væsentlige venteliste er den, som blot indeholder de børn, hvis behovsdato er overskredet. Det er disse børn, som rent sundhedsfagligt er vurderet til at skulle være igangsat, men endnu ikke er kommet til pga. manglende kapacitet.
- På den nuværende venteliste i Tandreguleringen I/S befinder sig 2.067 børn, som har overskredet sin behovsdato.
- Ca. 27% af disse børn har overskredet deres behovsdato med over 2 år. De længste overskridelser er op til 59 måneder.
- Dette gælder dog primært børnene med visitationskategorien B+. Kun 0,1 % af børnene med et mere akut behov (B+ Nu) har overskredet deres behovsdato med mere end 2 år, mens dette gælder godt 45 % af de øvrige.
- 29 % af børnene på ventelisten med et akut behov (B+ Nu) har overskredet deres behovsdato med over 1 år.
- Ud over at udvide den interne kapacitet gennem effektiviseringer i kombination med en eventuel yderligere ressource tilførsel til kapacitetsudvidelse kan patienterne på ventelisten sikres et relevant behandlingstilbud gennem udbud til private leverandører. Engangsomkostningen dertil vil dels afhænge af konkurrenceforhold og lokale prisniveauer, mængde, diagnose og opgavekompleksitet. Tandreguleringen har for nylig udbudt 100 forløb til en pris på 1,6 mio. kr. Gennemsnitsprisen for fulde behandlingsforløb med fast apparatur i Odense og Viborg de seneste år har ligget omkring 30.000 – 35.000 kr. pr. styk, hvilket svarer til den aktuelle fritvalgs-takst i Tandreguleringen opgjort i 2024 PL (se afsnit 8). Variationen i prisen (16-35.000) afspejler bla. forskel i kompleksitetsgrad af forløb. Udbud af 2000 behandlingsforløb vil således skønsmæssigt koste i intervallet ca. 32-70 mio. kr.
- Ejerkommunerne har allerede bevilget 4,4 mio. kr. til øget kapacitet (ekstra team, materialer mv.) frem til 2027. Uanset en evt. faglig revurdering (se anbefalinger) er denne merbevilling dog langt fra tilstrækkelig til at sikre afvikling af de patienter på ventelisten, som har behov nu.

**Figur A13: Børn på den nuværende venteliste i Tandreguleringen I/S fordelt efter måneders overskridelse af barnets behovsdato**



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Bemærk at figuren blot indeholder de børn, som har overskredet sin behovsdato, og altså ikke dem, som stadig sundhedsfagligt kan nå at blive behandlet rettidigt.

# A4

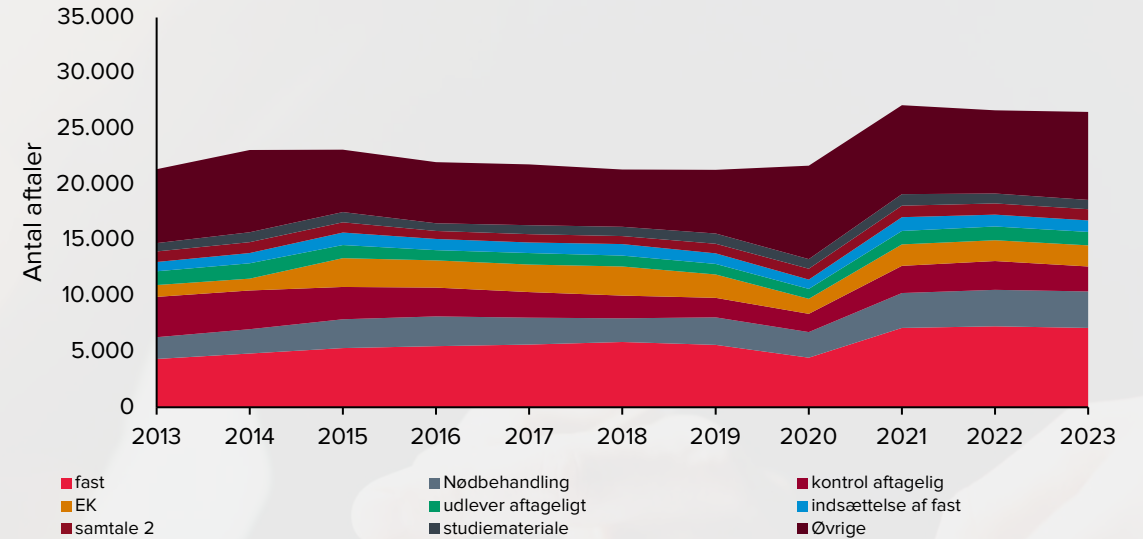
Effektiv drift og kapacitetsudnyttelse



## Udvikling i aktivitet

- Antallet af aftaler/behandlinger er steget fra 23.100 i 2014 til 26.500 i 2023 – svarende til en stigning på knap 15 %.
- Til gengæld er antallet af afsluttede patienter i samme periode faldet med 35 %.
- Det bliver altså gennemført flere aftaler i Tandreguleringen I/S, men dette fører ikke til, at flere bliver færdigbehandlet.
- De mest hyppige aftaletyper er 'fast', 'nødbehandling' og 'kontrol aftagelig'.

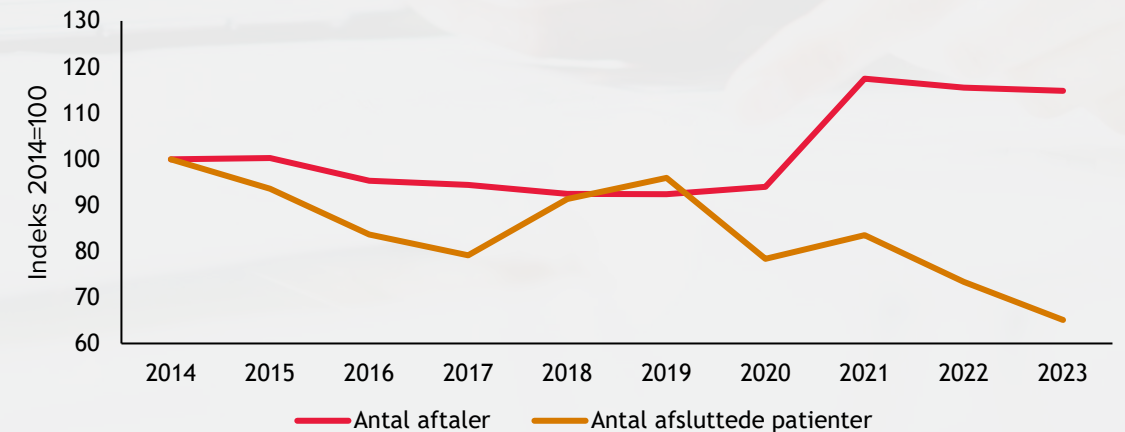
**Figur A14: Antal aftaler gennemført i Tandreguleringen I/S, fordelt på aftaletyper, 2013-2023**



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

**Figur A15: Antal aftaler og antal færdigbehandlede patienter, 2014-2023 (indeks 2014=100)**



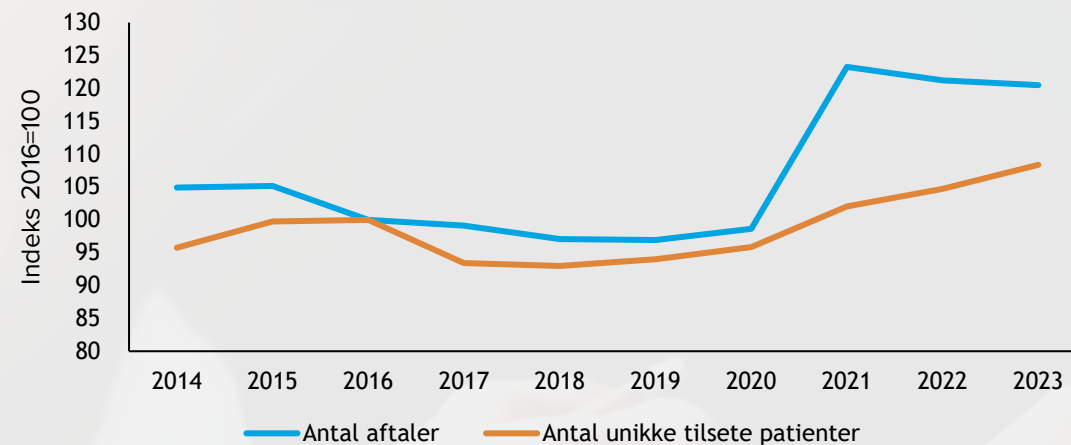
Kilde: Tandreguleringen I/S og TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. Antallet af aftaler og antallet af færdigbehandlede patienter indekseret med 2014=100 for at kunne sammenligne deres udvikling.

# Patientaftaler

- Siden 2016 er antallet af aftaler om året steget med 20 %. I samme periode er antallet af unikke tilsete patienter om året steget med 8 %.
- Dette medfører, at antallet af (gennemførte) aftaler årligt pr. patient har været stigende siden 2016 fra ca. 5 til ca. 6 i 2021 og nu ca. 5,5 i 2023.

Figur A16: Antal aftaler og antal unikke tilsete patienter, 2014-2023 (indeks 2016=100)



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. Antallet af aftaler og antallet af unikke tilsete patienter er indekseret med 2016=100 for at kunne sammenligne deres udvikling.

Figur A17: Antal gennemførte aftaler årligt pr. patient, 2014-2023



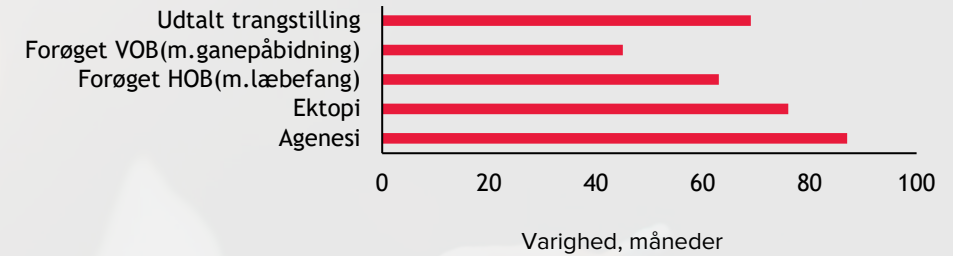
Kilde: Tandreguleringen I/S og TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

# Patientforløb – typer og varighed

- Tandreguleringen I/S inddeler på basis af en hoveddiagnose patienterne i 19 kategorier, men 80% af alle hoveddiagnoser udgøres af de 5, der er angivet i figur A18.
- Der findes ingen faste standarder for behandlingens længde eller antal aftaler pr. behandling. En metaanalyse i American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics (2016)<sup>2)</sup> angiver, at i de 22 inkluderede undersøgelser med 1.211 deltagere med fast apparatur var gennemsnitsbehandlingstiden 20,02 måneder, og det gennemsnitlige antal besøg, der var nødvendig for at gennemføre behandlingen, varierede fra 15,47 til 20,15 aftaler. Som det fremgår af figuren, er de opgivne behandlingstider fra Tandreguleringen I/S væsentligt længere end angivet i den tilgængelige litteratur.
- Der er yderligere en betydelig variation i forløbsvarigheden for behandlinger i Tandreguleringen I/S inden for samme hoveddiagnose. Det vil derfor være vigtigt at være opmærksom på de behandlingsforløb, der tager mindre end 40 mdr. for at identificere de elementer, der bidrager til kortere forløb. Tilsvarende bør man analysere de forløb, der overskrider 65 måneder.
- Det gennemsnitlige antal aftaler pr. forløb er i Tandreguleringen I/S én aftale hver anden måned i forløbet. Det gælder dog ikke behandlingsforløb med "Forøget VOB (m. ganepåbidning)", hvor der i snit kun er 40 dage mellem hver aktiv aftale.<sup>1)</sup> Det gennemsnitlige antal aftaler pr. behandling overskrider for alle behandlingsforløb de 15,47 til 20,15 aftaler pr. behandling, der angives i den nævnte undersøgelse.

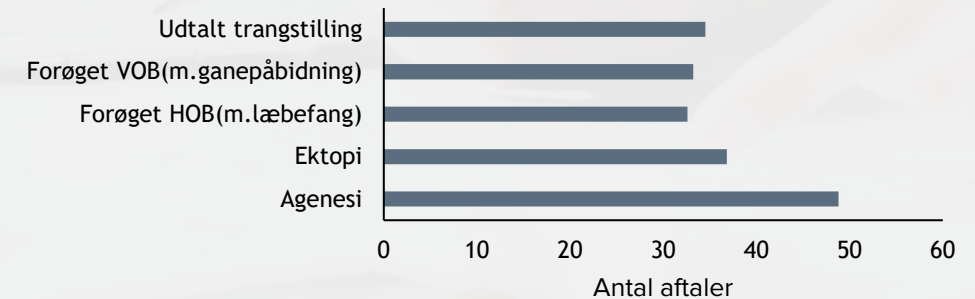
Figur A18: Behandlingsvarighed (måneder) for de 5 mest hyppige hoveddiagnoser



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Behandlingsvarigheden er kun beregnet for afsluttede patienter, som havde sin første aftale i Tandreguleringen I/S tidligst i 2014 og fik afsluttet sit forløb i 2023. En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. Aftaler af typen "EK" er ikke medtaget.

Figur A19: Det gennemsnitlige antal aftaler pr. patientforløb



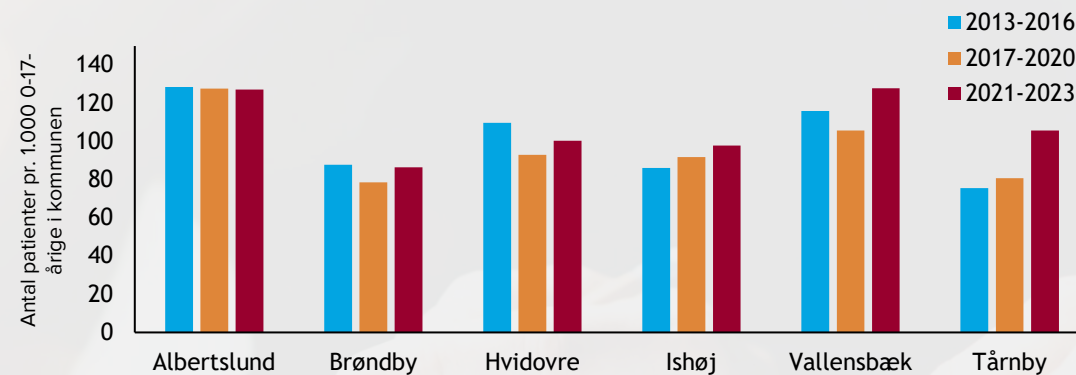
Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Der inkluderes kun afsluttede patienter, som havde sin første aftale i Tandreguleringen I/S tidligst i 2014 og fik afsluttet sit forløb i 2023. En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. Aftaler af typen "EK" er ikke medtaget.

# Aftaler og patienter fordelt på ejerkommunerne

- Tandreguleringen I/S tilså generelt flere unikke patienter i 2021-2023 relativt til 2013-2016, selv når der tages højde for, at der er kommet flere børn i ejerkommunerne.
- Dette skyldes, at udviklingen i patienter fra Ishøj, Vallensbæk og Tårnby er steget mere end disse kommuners børnetal.
- I 2021-2023 er det generelt Vallensbæk og Albertslund, som har det højeste antal patienter i Tandreguleringen I/S relativt til deres børnetal (0-17-årige).
- Forskellene mellem ejerkommunerne kan både forklares med kommunernes forebyggende indsats, praksis for lokal forvisitation og specialtandlægenes visitationspraksis. Sociale forhold kan have betydning såvel for normer i det omgivende samfund som for Kooperation og forekomst af svigtende mundhygiejne, mens der ikke er fundet grundlag for at tilskrive etnisk baggrund selvstændig betydning.
  
- Stigningen i antallet af aftaler pr. barn på tværs af Tandreguleringen I/S er ligeledes fundet sted i de fleste af ejerkommunerne.
- Dette gælder særligt Brøndby, som har få gennemført 1,3 flere aftaler årligt pr. barn i 2021-2023 sammenlignet med 2013-2016.
- For Hvidovre, Ishøj, Tårnby og Vallensbæk er antallet af aftaler årligt pr. barn steget med hhv. 0,7, 0,4, 0,4 og 0,3.
- Albertslund har som den eneste ejerkommune set et mindre fald i antallet af aftaler årligt pr. barn.

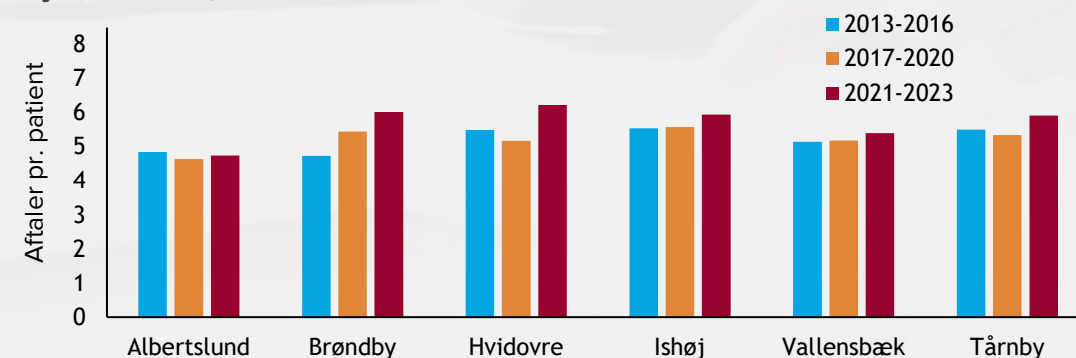
Figur A20: Antal unikke patienter tilset årligt i Tandreguleringen I/S, relativt til hjemkommunens børnetal (0-17 årige), 2013-2023



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Tallet for hver kommune er beregnet som antallet af unikke tilsete patienter (fra Tandreguleringens TK2-data) divideret med antallet af 0-17 årige i kommunen i det givne år (jf. Danmarks Statistik). Det er derfor ikke tallet i sig selv, men sammenligningen mellem kommunerne, som er relevant.

Figur A21: Antal aftaler gennemført årligt pr. patient, fordelt på barnets hjemkommune, 2013-2023



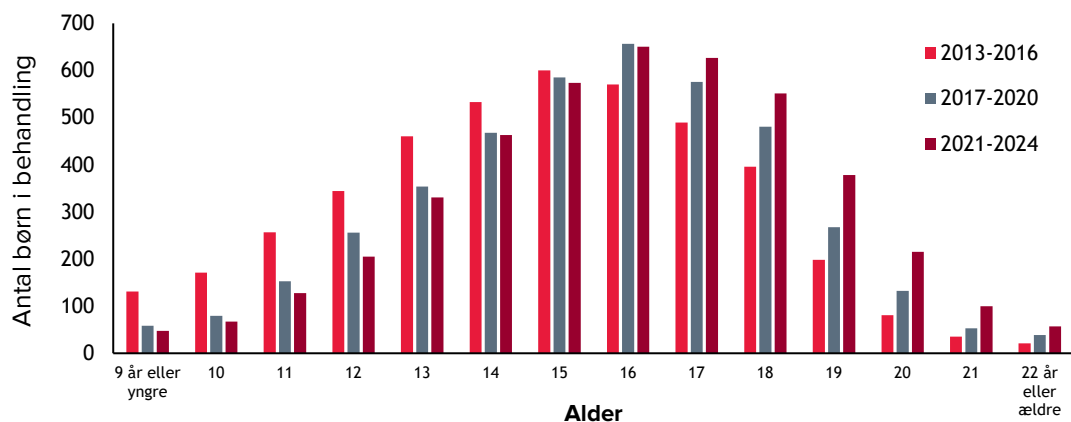
Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

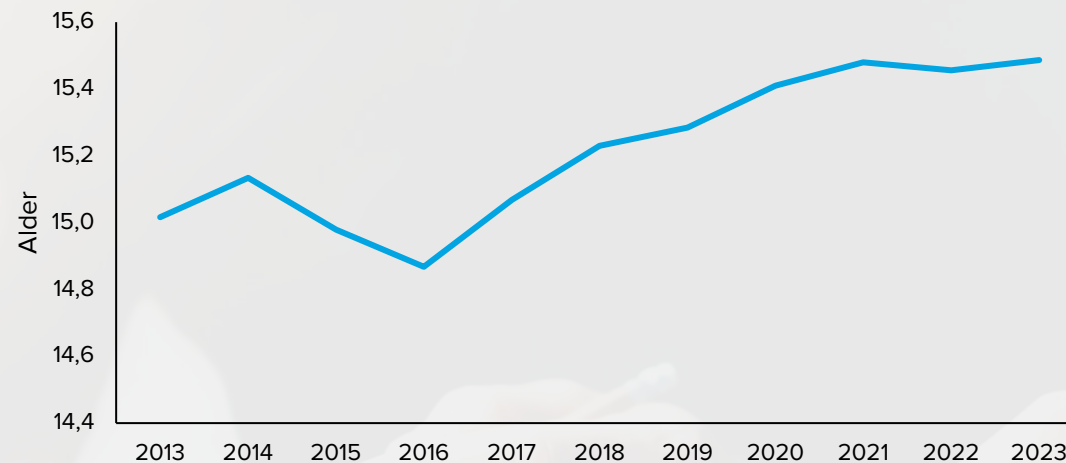
# Udvikling i gennemsnitsalder

- Tandreguleringen I/S tilbyder flere typer af bøjlebehandling. Den mest udbredte er dog behandling med fast apparatur.
- Siden 2013 er den gennemsnitlige alder af patienter, der får igangsat et forløb med fast apparatur, steget år for år.
- I 2013 var gennemsnitsalderen omkring 15 år, mens den i 2023 er steget til 15,5 år.
- Den samme udvikling gør sig gældende, når der kigges på gennemsnitsalderen af alle patienter, som har haft en hvilken som helst aftale i Tandreguleringen I/S.
- Denne var i 2013 på 14,8 år og er i 2023 steget til 15,9 år.
- Patienterne i Tandreguleringen I/S bliver altså ældre og ældre – både fordi de kommer senere i gang, og fordi de skal igennem flere aftaler, før de er færdiggjort.

**Figur A24: Gennemsnitlig aldersfordeling af årlige aktive patienter, 4-årsintervaller, 2013-2024**



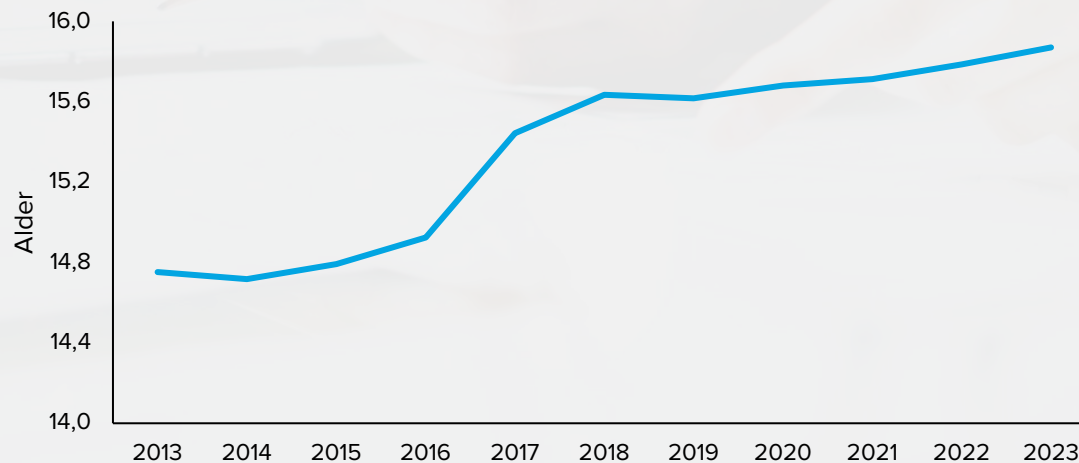
**Figur A22: Gennemsnitsalder for patienter, der får igangsat deres behandling med fast apparatur, 2013-2023**



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Tallene for hvert år er beregnet som gennemsnitsalderen for de børn, der har fået gennemført en aftale af typen "indsættelse af fast". En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

**Figur A23: Gennemsnitsalder for patienter, der har haft en aftale, 2013-2023**



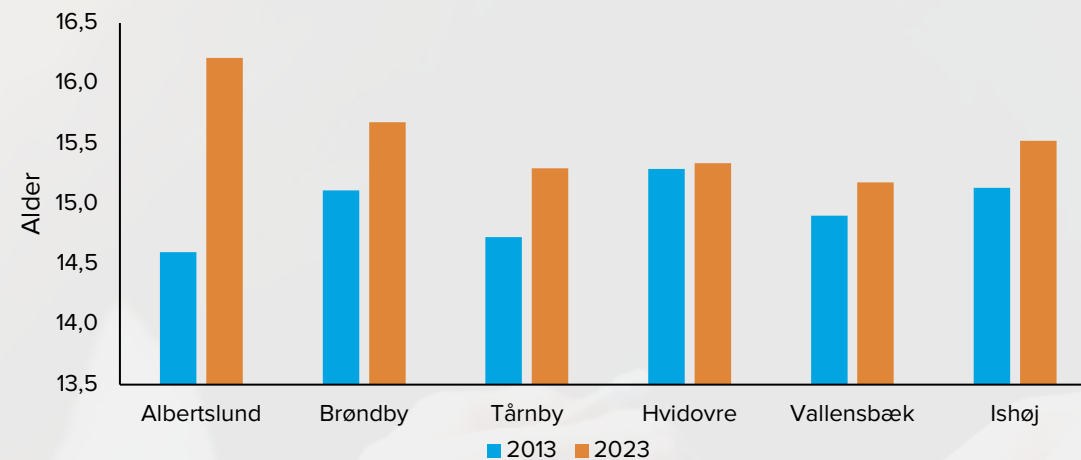
Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Tallene for hvert år er beregnet som gennemsnitsalderen for de børn, der har fået gennemført en aftale. En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

## Udvikling i alder

- Stigningen i den gennemsnitlige alder for patienter opstartet i behandling med fast apparatur ses for alle 6 ejerkommuner.
- De største stigninger ses dog i Albertslund, hvor gennemsnitsalderen er steget fra 14,6 til 16,2 på den tiårige periode. Gennemsnitsalderen på 16,2 er ligeledes den højeste blandt ejerkommunerne i 2023.
- Udviklingen vedr. børn fra Hvidovre adskiller sig fra de øvrige ejerkommuner, idet gennemsnitsalderen kun er steget en smule fra 2013 til 2023. Hvor gennemsnitsalderen af de opstartede fra Hvidovre i 2013 var den højeste blandt ejerkommunerne, så ligger den nu i den lave ende sammen med Tårnby og Vallensbæk.
- Børnene fra Vallensbæk Kommune var i 2023 15,2 år i gennemsnit, da de igangsatte en behandling med fast apparatur – altså et helt år yngre end i Albertslund.
- Også gennemsnitsalderen for alle patienter, der har modtaget en behandling, er steget i samtlige ejerkommuner.
- Den største stigning er blandt Ishøjs patienter, som i 2013 var 14,2 år i gennemsnit, men i 2023 var 16 år i gennemsnit.
- Den højeste gennemsnitsalder i 2023 var blandt Brøndbys patienter, som i gennemsnit var 16,3 år gamle.

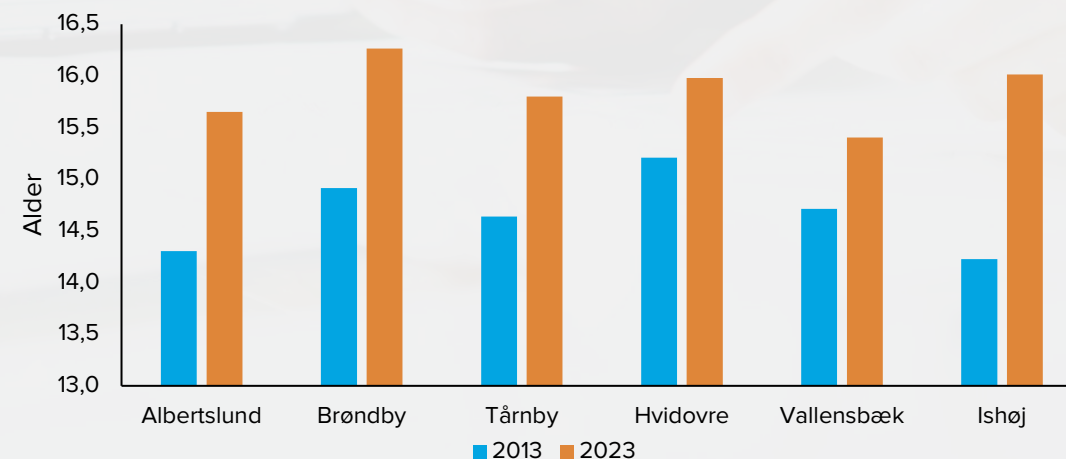
**Figur A25: Gennemsnitsalder for patienter, der får igangsat deres behandling med fast apparatur, fordelt på barnets hjemkommune, 2013 & 2023**



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: Tallene for hvert år er beregnet som gennemsnitsalderen for de børn, der har fået gennemført en aftale af typen "indsættelse af fast". En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

**Figur A26: Gennemsnitsalder for patienter, der har haft en aftale, fordelt på barnets hjemkommune, 2013 & 2023**



Kilde: TK2-data fra Tandreguleringen I/S

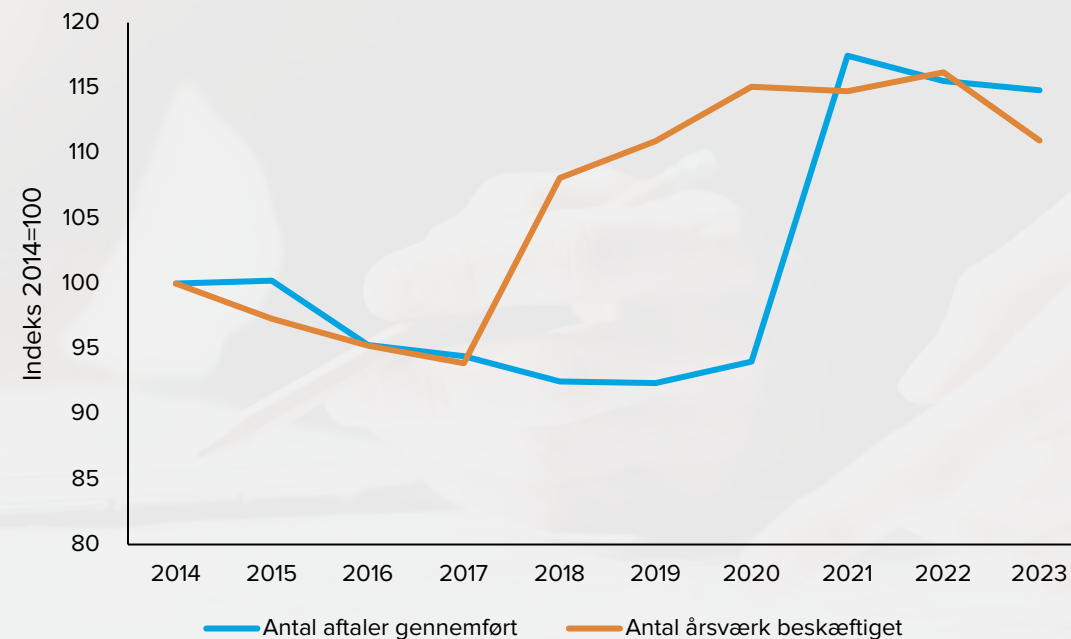
Note: Tallene for hvert år er beregnet som gennemsnitsalderen for de børn, der har fået gennemført en aftale. En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.



## Udvikling i den samlede kapacitetsudnyttelse

- Jo mere personale der beskæftiges i Tandreguleringen I/S, jo flere aftaler bør kunne gennemføres. Derfor bør der være en fornuftig balance i udviklingen mellem de to tal.
- I 2014-2017 fulgtes udviklingen i antallet af aftaler gennemført og antallet af årsværk beskæftiget ad.
- Fra 2017-2020 steg antallet af årsværk beskæftiget med knap 23 %, hvilket også var forventet som følge af en ekstrabevilling i 2019 – 2022. mens antallet af aftaler forblev nogenlunde konstant. Frem mod 2020 var der altså ikke balance i de to udviklinger. Det bemærkes, at Covid-19 pandemien sandsynligvis har påvirket aktivitetsniveauet i perioden.
- I 2021 steg antallet af gennemførte aftaler imidlertid med 25 %, og siden da har udviklingen i antallet af gennemførte aftaler og antallet af årsværk beskæftiget igen haft en fin balance set over hele perioden.

Figur A27: Antal aftaler gennemført og årsværk beskæftiget, 2014-2023 (indeks 2016=100)



Kilde: Årsrapporter og TK2-data fra Tandreguleringen I/S

Note: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. Antallet af aftaler og antal årsværk beskæftiget er indekseret med 2014=100 for at kunne sammenligne deres udvikling.

# Intern kapacitetsudnyttelse på tværs af teams (2024, uge 1-20)

Figuren viser forskelle i driftsindikatorer på tværs af behandlerteams. I tolkningen af nedenstående figur med nøgletal for de enkelte behandlerteams skal der tages forbehold for, at effektiviteten på tværs af teams skal ses i sammenhæng med andre faktorer såsom varigheden af de samlede forløb. I øvrigt skal det fremhæves at opgørelsen er foretaget i en periode med en vakant speciallægestilling, idet der normalt er 6 behandlerteams. Aktiviteter i det tværgående teams indgår hos den specialtandlæge, som har behandlingsansvaret for patienten.

Team 1		Team 2		Team 3		Team 4		Team 5	
<b>Input</b>		<b>Input</b>		<b>Input</b>		<b>Input</b>		<b>Input</b>	
Samlede arbejdstimer pr. uge:	241	Samlede arbejdstimer pr. uge:	87	Samlede arbejdstimer pr. uge:	212	Samlede arbejdstimer pr. uge:	177	Samlede arbejdstimer pr. uge:	135
Ca. lønudgifter pr. uge:	65.421 kr.	Ca. lønudgifter pr. uge:	25.116 kr.	Ca. lønudgifter pr. uge:	59.661 kr.	Ca. lønudgifter pr. uge:	53.720 kr.	Ca. lønudgifter pr. uge:	39.185 kr.
<b>Output</b>		<b>Output</b>		<b>Output</b>		<b>Output</b>		<b>Output</b>	
Aftaler pr. uge	67,9	Aftaler pr. uge	43,7	Aftaler pr. uge	103,4	Aftaler pr. uge	107,2	Aftaler pr. uge	63,9
Patienttimer pr. uge	39,6	Patienttimer pr. uge	24,3	Patienttimer pr. uge	56,0	Patienttimer pr. uge	59,6	Patienttimer pr. uge	34,5
<b>Effektivitet</b>		<b>Effektivitet</b>		<b>Effektivitet</b>		<b>Effektivitet</b>		<b>Effektivitet</b>	
Lønudgifter pr. aftale	964 kr.	Lønudgifter pr. aftale	575 kr.	Lønudgifter pr. aftale	577 kr.	Lønudgifter pr. aftale	501 kr.	Lønudgifter pr. aftale	614 kr.
Lønudgifter pr. patienttime	1.651 kr.	Lønudgifter pr. patienttime	1.036 kr.	Lønudgifter pr. patienttime	1.066 kr.	Lønudgifter pr. patienttime	902 kr.	Lønudgifter pr. patienttime	1.137 kr.
Arbejdstimer i hele teamet pr. patienttime	6,1	Arbejdstimer i hele teamet pr. patienttime	3,6	Arbejdstimer i hele teamet pr. patienttime	3,8	Arbejdstimer i hele teamet pr. patienttime	3,0	Arbejdstimer i hele teamet pr. patienttime	3,9

## Kilder:

Arbejdstimer pr. uge og ca. lønudgifter pr. uge oplyst af Tandreguleringen I/S.  
Aftaler pr. uge og patienttimer pr. uge udtrukket fra TK2-data.

## Note:

Lønudgifterne er ikke personspecifikke. Der er anvendt generelle faggruppespecifikke lønudgifter pr. time, og disse er ganget med antallet af planlagte arbejdstimer for den givne faggruppe i det givne team. En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler.

Analysen tager udgangspunkt i personaledata fra april 2024 samt Tandreguleringens aftalebog for de første 20 uger af 2024.

# Potentiale ved færre udeblivelser

- Andelen af aftaler, som resulterer i udeblivelser, ligger på 5,7 % for deltagerkommunerne i Tandreguleringen I/S.
- Listen toppes af Albertslund, hvis børn udebliver i 7 % af aftalerne.
- I bunden findes Vallensbæk, hvis børn udebliver i 4,2 % af aftalerne.
- Hvis der kan arbejdes for at sænke udeblivelsesprocenten, så giver det et væsentligt potentiale. Hver procentpoint andelen kan sænkes med, giver plads til 265 ekstra aftaler om året, svarende til 48 ekstra patienter om året.
- Udeblivelser og afbud ses også at være en udfordring i de andre tandreguleringsordninger. Ved den seneste manuelle optælling i Høje-Taastrup Kommune udgjorde udeblivelser 6 %. Der er således ikke indikation for, at Tandreguleringen ligger under benchmark. Alligevel er det en generel observation, at der er en relativt høj andel aftaler, som enten aflyses med kort varsel, eller hvor patienten udebliver, og at der ligger et potentiale i at øge kapaciteten ved at reducere omfanget. Dette er bl.a. et ledelsesfokus i Center for Tandregulering (Ballerup).

Tabel A4: Andel af aftaler med udeblivelse i 1. kvartal 2023 og 2024 tilsammen

	1. kvartal 2023 & 1. kvartal 2024
Albertslund	7,0%
Brøndby	6,1%
Hvidovre	6,0%
Ishøj	6,5%
Tårnby	4,6%
Vallensbæk	4,2%
<b>I alt</b>	<b>5,7%</b>

Kilde: Tandreguleringen I/S

Noter: En aftale er, når Tandreguleringen I/S har noteret i sit aftalesystem TK2, at patienten har en aftale med klinikken. Der kigges kun på de gennemførte aftaler. I tabellen angives andelen af disse, som har fået noteret en status om udeblivelse.

For hver gang vi kan sænke andelen af udeblivelser med 1 procentpoint, kan vi i stedet gennemføre:

265 ekstra aftaler om året.  
Det svarer til ca. 48 ekstra patienter om året.

Note: Der blev gennemført ca. 26.500 aftaler i 2023. 1% af disse svarer til 265 aftaler. Og hver patient har i gennemsnit 5,5 aftaler gennemført pr. år.

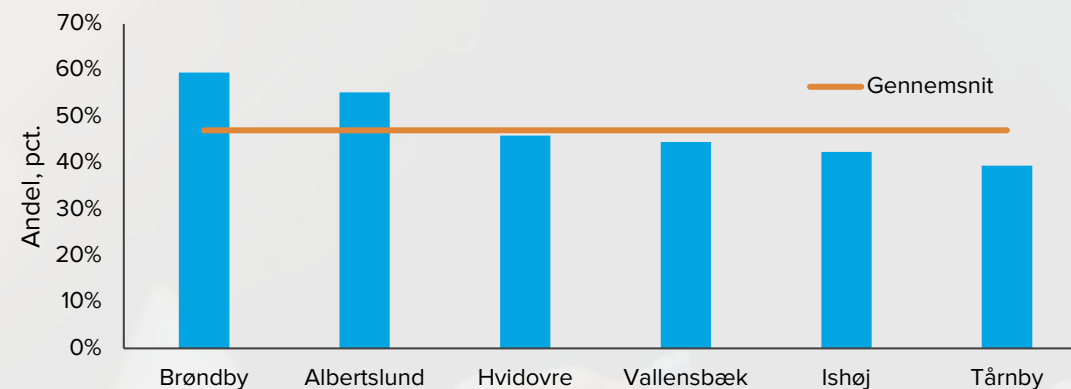
# A5

Faglig prioritering og visitationspraksis

## Forskelle i visitationen

- I Brøndby er visitationsdagene i 2023 og 2024 (indtil videre) resulteret i, at 60% af de tilsete børn er blevet visiteret til behandling i Tandreguleringen I/S.
- Tæt derefter ligger Albertslund, hvor 55% af børnene på visitationsdage bliver indvisiteret til behandling.
- I den anden ende ligger Hvidovre (46%), Vallensbæk (45%), Ishøj (42%) og Tårnby (39%).
- Dette kan skyldes kommunale forskelle i visitationspraksis, forvisitation eller interceptiv behandling.
- En forklaring på de kommunale forskelle kan også ligge i brugen af ekstern visitation. I Brøndby og Albertslund, hvor mange af børnene bliver indvisiteret til behandling, foretages visitationen kun af Tandreguleringens specialtandlæger.
- Omvendt anvendes lejlighedsvist en ekstern visitator i de 4 øvrige kommuner, hvor andelen af indvisiterede børn er lavere.
- En analyse af de enkelte visitationsdage viser nemlig, at der på visitationsdage med den eksterne visitator typisk indvisiteres omkring 20% af børnene til tandregulering – mod ca. 50%, når specialtandlægerne står for visitationen.
- Den eksterne visitator indvisiterer altså færre end halvt så mange børn til behandling sammenlignet med Tandreguleringens specialtandlæger.

**Figur A28: Andelen af børn på visitationsdage, som bliver indvisiteret til behandling hos Tandreguleringen I/S (2023 & 2024)**

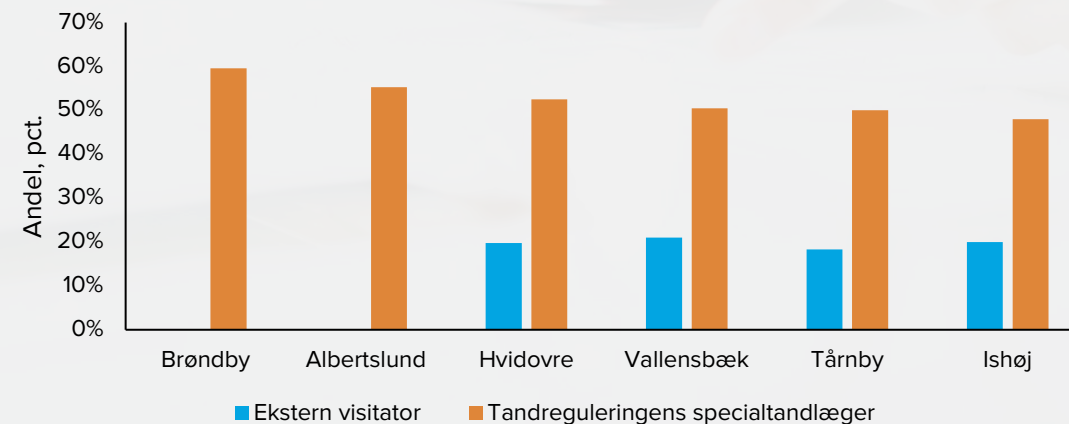


**Tabel A5: Antal årlige visitationsdage pr. 1.000 0-17-årige børn i kommunen, (2023 & 2024)**

Kommune	Brøndby	Albertslund	Hvidovre	Vallensbæk	Ishøj	Tårnby
Andel, pct.	1,15	1,02	1,26	1,20	0,98	1,22

Kilde: Tandreguleringen I/S og Danmarks Statistik

**Figur A29: Andelen af børn på visitationsdage, som bliver indvisiteret til behandling hos Tandreguleringen I/S, fordelt på intern/ekstern visitator (2023 & 2024)**



Kilde: Tandreguleringen I/S

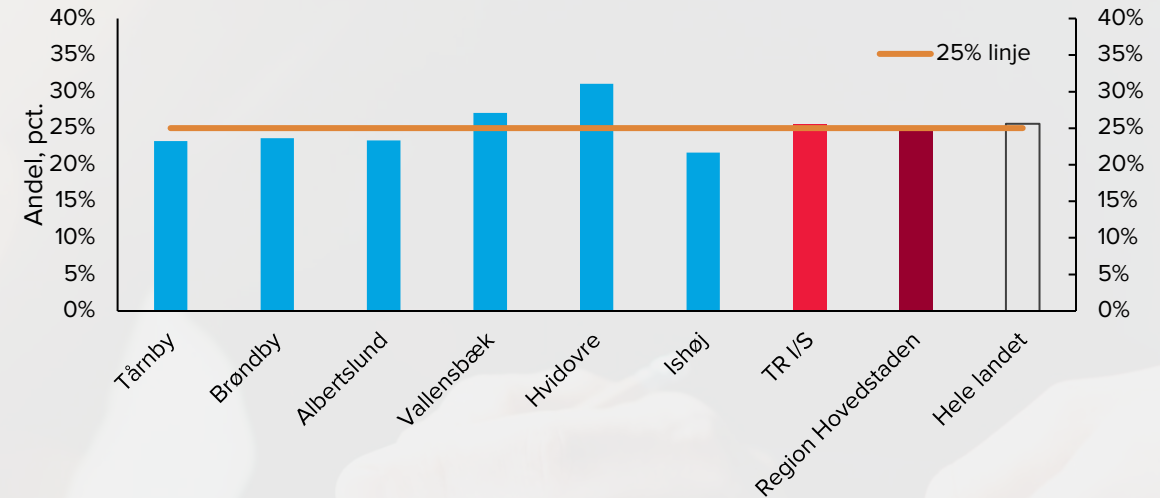


# Visitation i ejerkommunerne

- Samlet set er det knap 26 % af de 15-årige i ejerkommunerne, som er blevet visiteret til tandregulering.
- De 26 % er samme andel som på landsplan og ligger meget tæt på de 25 %, som Sundhedsstyrelsen vejleder om.
- 25 % er dog blot vejledende - ifølge specialister skal 16 % af patienter fra tandplejen helt sikkert visiteres ind – resten op til de 25 % er en gråzone
- Der er forskelle på tværs af ejerkommunerne. Vallensbæk (27,1%) og Hvidovre (31,1%) ligger over, mens de resterende ligger under 25%.
- Dette er dog kun for de 15-årige.

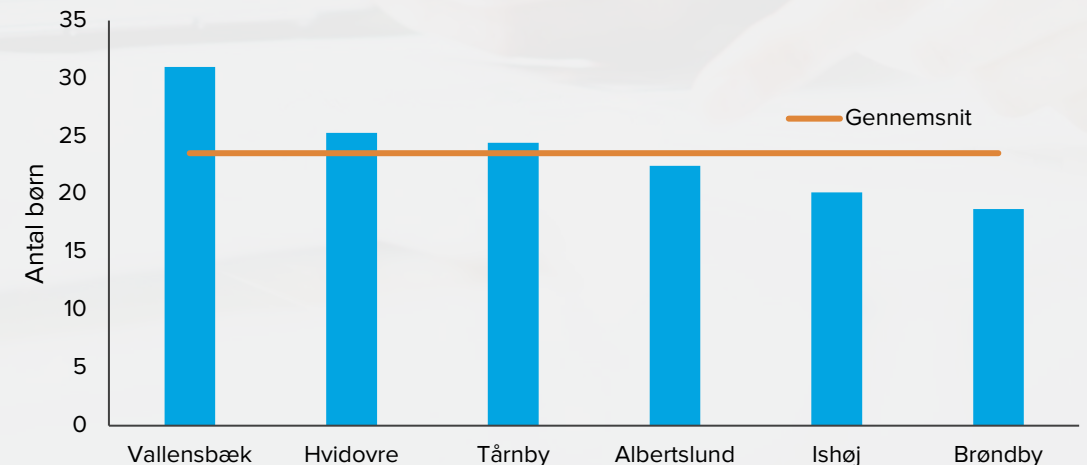
- Over alle aldersgrupper får ejerkommunerne i Tandreguleringen I/S gennemsnitligt indvisiteret 23,5 børn til tandregulering pr. 1.000 0-17-årige.
- Igen ligger Vallensbæk og Hvidovre højere end gennemsnittet med hhv. 31 og 25 indvisiterede patienter pr. 1.000 0-17-årige i kommunen.
- Også Tårnby ligger lidt over gennemsnittet, mens Albertslund, Ishøj og Brøndby ligger under gennemsnittet.

**Figur A30: Andelen af kommunens 15-årige, som på et tidspunkt er blevet visiteret til tandregulering**



Kilde: Danmarks Statistik

**Figur A31: Antal børn visiteret til tandregulering om året pr. 1000 0-17-årige børn i kommunen, samlet for 2020-2023**



Kilde: Tandreguleringen I/S





# B

## Komparativ analyse

# B1

Økonomi

# Benchmark af budgetter og udgifter

Til højre ses en sammenligning af budgetterne og udgifterne i 2023 i Tandreguleringen I/S sammenholdt med tre andre tværkommunale tandreguleringer. Bemærk, at tallene er prisreguleret til 2024-priser ved P/L indekset.

## Budget

- Tandreguleringen I/S har et basisbudget på 651 kr. pr. 0-17-årig i deltagerkommunerne.
- Dette er et højere basisbudget pr. barn end i de øvrige tandreguleringer. Hvis Tandreguleringen skulle have det samme budget pr. barn som Center for Tandregulering, (Ballerup) ville dette være ca. 27,3 mio. kr. – altså ca. 1,5 mio. kr. lavere,
- Basisbudgettet pr. aktiv patient i behandling er lidt lavere end i CTN (Nordvestjylland)
- I Tandreguleringscenter Fyn udvides budgettet for 2025 og frem pga. udvidelsen af målgruppen med de 18-21-årige. Udvides budgettet i Tandreguleringens I/S med samme metodik, ville dette have medført knap 3,1 mio. kr. ekstra i 2023 og frem.
- Det bemærkes, at der fra 2024 og frem afdrages 650.000 kr. om året på en 3,5 mio. kr. gæld til Hvidovre Kommune.. Dette medfører, at basisbudgettet til at drive Tandreguleringen I/S i praksis er 650.000 kr. lavere i de kommende år, indtil gælden er afviklet.

## Udgifter

- Tandreguleringen I/S overskred sit budget i 2023. Der var sammenlagt udgifter for 30,5 mio. kr., svarende til 688 kr. pr. 0-17-årig i deltagerkommunerne.
- Udgifterne pr. barn var således omkring 100 kr. højere end i de to øvrige §60-selskaber.
- 73 % af udgifterne i Tandreguleringen I/S i 2023 gik til aflønning af ansatte. Dette er en lidt højere andel end i de to øvrige §60-selskaber.
- Tandreguleringen I/S brugte i 2023 ca. 750.000 kr. på fritvalgspatienter. Dette svarer til 17 kr. pr. 0-17-årig i deltagerkommunerne - de to øvrige §60-selskaber brugte hhv. 2 kr. og 3 kr. pr. 0-17-årig.

**Table B1: Budgettal, 2023 (2024-prisniveau)**

	Tandreguleringen I/S	Center for Tandregulering I/S (Ballerup m.fl.)	Center for Tandregulering Nordvestjylland	Tandreguleringscenter Fyn
Budget 2023 (basisbudget*)	28.845.642 kr.	19.200.924 kr.	13.273.944 kr.	[35.594.398 kr.]**
Budget 2023 (inkl. ekstrabevilling)	29.571.116 kr.	Der kan ligge ekstrabevillinger i ovenstående budgettal.		
Antal børn 0-17 årige	44.299	31.110	23.897	64.366
Basisbudget pr. barn (0-17 år)	651 kr.	617 kr.	555 kr.	553 kr.
Basisbudget pr. aktiv patient i behandling	15.937 kr.	11.229 kr.	16.592 kr.	
Potentiel basisbudgetudvidelse pga. udvidet population***	[3.087.791 kr.]	[1.964.530 kr.]	[1.719.997 kr.]	[4.828.796 kr.]

Kilde: Årsrapporter, Danmarks Statistik og information afgivet af de enkelte tandreguleringer.

Noter: Budgettallene for CFT, CTN og Tandreguleringscenter Fyn kan inkludere ekstrabevillinger. Dog ikke de 68 mio. kr., som TCF har fået ekstraordinært til at nedbringe ventelisten. \*Basisbudgettet er uden ekstrabevillinger. \*\*Budgettallet for TCF er beregnet af BDO ud fra deres budgettakst pr. 0-17-årig i deltagerkommunerne. \*\*\*TCF udvider i 2025 budgettet med 50% af den budgettakst pr. barn, de havde for de 0-17-årige, idet de 18-21-årige kommer ind i populationen. Tallene potentiel budgetudvidelse i de øvrige tandreguleringer er beregnet af BDO med denne metode.

**Table B2: Udgiftstal, 2023 (2024-prisniveau)**

	Tandreguleringen I/S	Center for Tandregulering I/S (Ballerup m.fl.)	Center for Tandregulering Nordvestjylland	Høje-Taastrup
Udgifter	30.494.399 kr.	18.537.959 kr.	13.286.604 kr.	[5.775.000 kr.]
Udgifter pr. barn (0-17 år)	688 kr.	596 kr.	556 kr.	[492 kr.]
Lønudgifter	22.235.120 kr.	12.798.500 kr.	9.109.540 kr.	
Lønudgifter pr. barn (0-17 år)	502 kr.	411 kr.	381 kr.	
Lønandel af udgifter	73%	69%	69%	
Udgifter til fritvalg	756.046 kr.	52.474 kr.	61.044 kr.	
Udgifter til fritvalg pr. barn (0-17 år)	17 kr.	2 kr.	3 kr.	

Kilde: Årsrapporter, Danmarks Statistik og information afgivet af de enkelte tandreguleringer.

Noter: Høje-Taastrup har oplyst, at 25% af deres kommunale tandplejeudgifter ligger i tandreguleringen, og udgiftsniveauet er beregnet på den baggrund. Lønudgifterne er inkl. tandteknik.

# B2

Organisering

# Benchmark af nøgletal for organisering og drift

Til højre ses en sammenligning af organisering og drift i Tandreguleringen I/S sammenholdt med fire andre tværkommunale tandreguleringer.

- Tandreguleringen I/S havde i 2023 4,5 årsværk specialtandlæger ansat. Dette svarer til 9.844 0-17-årige i deltagerkommunerne pr. specialtandlæge.
- Både CFT (Ballerup) og CTN (Nordvestjylland) ligger ligeledes på omkring 10.000 0-17-årige børn pr. specialtandlæge. TCF (Odense) ligger dog et stykke lavere.
- Antallet af aktive patienter pr. specialtandlæge er 402 i Tandreguleringen I/S, hvilket lidt højere end i CTN (Nordvestjylland) og lavere end CFT (Ballerup).
- Specialtandlægerne i Tandreguleringen I/S har i deres teams typisk 2-4 stole i gang på samme tid. De øvrige tandreguleringer har altid flere end 2 stole aktive ad gangen for hver specialtandlæge.
- Tandreguleringen I/S har flere behandlere/TKA pr. speciallæge end CTN (Nordvestjylland), hvilket kunne indikere en høj delegeringsgrad sammenlignet med de øvrige.
- Ventelisten i Tandreguleringen I/S er langt højere end i CTN (Nordvestjylland) og Tandreguleringscenter Fyn – også når der skaleres med antallet af 0-17-årige i de respektive ejerkommuner.
- Tandreguleringen I/S visiterer flere børn til behandling relativt til børnetallet, end i de øvrige sammenligningscases.

**Tabel B3: Nøgletal for Tandreguleringen I/S og øvrige tandreguleringer (2023)**

	Tandregulering en I/S	Center for Tandregulering (Ballerup m.fl.)	Center for Tandregulering Nordvestjylland	Tandreguleringscenter Fyn	Høje-Taastrup
Specialtandlæger, årsværk	4,5	3,1	2,46	5,64	1,2
Behandlere/TKA'ere, årsværk	24,53	14,89	9,48	36,71	
Øvrige, årsværk	3,48	1,38	2,09	7,75	
Aktive patienter	1.810	1.710	800	2.977	
Aktive patienter pr. specialtandlæge	402	552	325	528	
0-17-årige børn pr. specialtandlæge	9.844	10.035	9.714	11.412	9.777
Typisk stole pr. specialtandlæge	2-4	3	Min. 4	3-4	4
Specialtandlæger pr. behandlere/TKA'er	0,18	0,21	0,26	0,15	
Antal visiteret til behandling (alle aldre)	1.167	656	613	1.389	
Antal visiteret til behandling pr. 1.000 0-17-årige børn	26,34	21,09	25,65	21,58	
Afsluttede patienter	566		500	1.248	
Venteliste (overskredet behovsdato)	1.998	0	238	675	
Venteliste (skaleres ift. Tandreguleringen I/S's børnetal)	1.998	0	441	465	

Kilde: Årsrapporter, Danmarks Statistik og information afgivet af de enkelte tandreguleringer.

Note: Ventelisten i Tandreguleringen I/S er nedjusteret med ca. 10%, så den kun inkluderer dem, der har overskredet behovsdato. TK2-data viser, at ca. 10% af ventelisten ikke har overskredet sin behovsdato.

Note: TCF (Odense) har yderligere 2 årsværk specialtandlæger på barsel og 1,1 årsværk eksterne specialtandlæger/konsulenter.





# 5. Sammenligningscases

# Introduktion – sammenligningscases

I nedenstående præsenteres korte casebeskrivelser for hver af de udvalgte og deltagende sammenligningskommuner/-§60 selskaber;

- Center for Tandregulering Nordvestjylland (CFTN) - §60 selskab → Ejerkommuner: Struer, Lemvig, Skive, Thisted, (Holstebro er på vej ind)
- Center for Tandregulering Ballerup (CFT) - § 60 selskab → Ejerkommuner: Ballerup, Egedal, Furesø
- Tandreguleringscenter Fyn (TRCF) – Kommunesamarbejde med følgende kommuner: Odense (driftsledende/-ansvarlig), Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nordfyn og Nyborg. Odense Kommune udfører opgaver for de andre kommuner.
- Tandregulering "Bøjletandplejen" i Høje-Taastrup
- Tandreguleringen Viborg Kommune

Casebeskrivelserne er struktureret ensartet og består af en deskriptiv faktuel del suppleret med forslag til inspiration.

Casebeskrivelserne er udarbejdet med baggrund i gennemførte interviews med leder, dataansvarlig og specialtandlæge/behandler fra sammenligningskommunerne/-selskaberne – kombineret med modtagne og tilgængelige kvantitative data fra hver kommune/selskab.

Alle casebeskrivelserne er blevet kvalitetssikret af de pågældende sammenligningskommuner/§60 selskaber.

Det bemærkes at sammenligningskommunerne/§60 selskaberne har udvist stor samarbejdsvilje til at indgå i analysen, ligesom flere har tilbudt at deltage i eventuelle opfølgende afklaringer/sparring alt efter hvad Tandreguleringen måtte beslutte på baggrund af nærværende analyse. Ligeledes har §60 selskabet CFTN deltaget på det afsluttende styregruppemøde med henblik på at formidle deres erfaringer med organisering og ledelse.

I udvælgelsen af sammenligningscases er der lagt vægt på både at inkludere § 60-selskaber og andre leverancemodeller. En væsentlig egenskab ved konstruktionen § 60-selskab er ud over at det er en fælleskommunal løsning, at ejerkommunerne formelt set afgiver kompetence til selskabet, som overtager ansvaret for den del af opgaveløsningen, der iflg. vedtægterne er overladt til samarbejdet (tandregulering/ortodonti). Dette i modsætning til de rene kommunale ordninger, hvor kommune både har ansvar for tandplejen og tandreguleringen også kaldet "kædeansvar".

*Note: Et samarbejde efter den kommunale styrelseslovs § 60 er et samarbejde mellem kommuner, hvor deltagerkommunerne afgiver kompetence til at varetage netop de opgaver, der med samarbejdsaftalen – vedtægterne – overlades til samarbejdet. Det er særegent for samarbejder efter den kommunale styrelseslovs § 60, at deltagerkommunerne afgiver kompetence. Ved andre former for samarbejde, herunder f.eks. i kommunale aktieselskaber eller ved udlicitering, sker der en delegation af opgaverne, hvorved kommunalbestyrelsen bevarer ansvaret for opgaverne. Når opgaver overdrages til et samarbejde efter § 60, overgår ansvaret for varetagelsen af opgaverne til det øverste styrende organ for dette samarbejde.*

*(Kilde: Vejledning om kommunale fællesskaber, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2016)*



# Center for Tandregulering Nordvestjylland (CTN) - § 60-selskab

## Introduktion

- CTN er et § 60-selskab for 4 kommuner (Struer, Lemvig, Skive, Thisted) med Struer som driftskommune.
- Holstebro Kommune er på vej ind i selskabet, hvilket indebærer en udvidelse med 50 %.
- Fysisk er CTN indrettet som et stort, moderne center med en fælles sterilisation i midten. Indretningen understøtter effektiv drift.

## Bemanding og internt samarbejde

TCN har 2 fuldtids-specialtandlæger og 2 deltid-specialtandlæger. Der er for nylig etableret 3 teams med en specialtandlæge og 3-4 behandlere, primært klinikassistenter. Fuld oplæring af behandlere tager ca. 2 år. CTN har høj grad af delegering, hvor specialtandlæger primært er superviserende Tandplejere udfører selvstændigt mindre (interceptive) behandlinger, herunder udarbejdelse af behandlingsplaner, der godkendes af specialtandlæge.

Procedurer følger fælles systematikker som er understøttet af drejebøger, skabeloner i journalsystemet m.v. CTN har generelt mange skabeloner, procedurer og arbejdsgangsbeskrivelser, hvilket fremmer ensartethed i patientforløbene. Specialtandlægerne deler kontor, de kalibrerer indbyrdes og deres behandlingsmetoder er relativt ens. Disse forhold medvirker til, at patienterne ses som fælles patienter (mindre "dine og mine"), og at det er relativt let for medarbejderne at hjælpe og aflaste hinanden på tværs af teams ved behov. Specialtandlægerne har egne patienter, men pga. ensartede arbejdsgange og behandlingsmetoder, kan de nemt hjælpe og aflaste hinanden.

Specialtandlægerne involveres i selskabets drift og økonomi og engageres derigennem i, at budgettet overholdes.

Det beskrives som en ulempe ved udstrakt delegation, at specialtandlægerne i nogle situationer kan løse opgaverne hurtigere, og at det er lettere for specialtandlæger end for tandplejere at tage ansvar for at afslutte forløbene.

## Grunddata

Børnetal: 23.900

Budget: 13,3 mio. kr.

## Organisering og ledelse

### Bestyrelse

Bestyrelsen er sammensat af politikere - udvalgsformænd fra de 4 kommuner. Borgmesteren i driftskommunen (Struer) er formand.

Bestyrelsen mødes 4 gange årligt. Til forberedelse af bestyrelsesmøderne afholdes administrative formøder, hvor velfærdsdirektøren fra driftskommunen kvalificerer indstillingerne til bestyrelsen sammen med lederen af CTN og en chef fra hver børneområdet i hver ejerkommune.

Overtandlægerne fra hver kommune kan deltage i bestyrelsesmøder med taleret men uden stemmeret.

### Ledelse

CTN har ikke en leder på fuld tid. Den ledende specialtandlæge bruger 1,5 - 2 dage om ugen på ledelse bistøjet af en fuldtids administrativ medarbejder, der har fuldt mandat og accept til kapacitetsstyring og koordinering på tværs af teams og specialtandlæger.

Ledende specialtandlæge, administrativ medarbejder og overtandlægerne i ejerkommunerne koordinerer på kvartalsmøder.

### Økonomi og finansiering

Finansieringen er solidarisk. Kommunernes betaling er baseret på deres børnetal og herefter behandles efter behov. Således skeles ikke til hvilken kommune patienterne kommer fra, da der udelukkende indkaldes ud fra vurderet behov (hvorfor ensartede visitationskriterier er vigtigt).

Ejerkommunerne tager medansvar for, at de ikke visiterer for mange ind i CTN.

Ift. udvidelsen af aldersgruppen op til 22 år er det besluttet at følge det faktiske forbrug, og CTN forventer at udvide budgettet med 5 % af DUT-midlerne.

### Åbningstid

8-16 Mandag, tirsdag, torsdag

Onsdag: lokale klinikker

8-14 fredag

# Center for Tandregulering Nordvestjylland (CTN) - § 60-selskab

## Samspil med kommunal tandpleje

Der foreligger en skriftlig opgave- og ansvarsfordeling mellem basistandplejen og selskabet bl.a. formuleret i dokumentet "Arbejdsgange i ejerkommunen ift. CTN-samarbejdet".

Tandreguleringen har satellit-funktion i den kommunale tandpleje, hvor de (klinikassistenter og/eller tandplejere) en gang om ugen tager ud og laver mindre og forebyggende behandlinger, nødbehandling og kontroller godkendt af en specialtandlæge. Ud over samarbejdet på visitationsdage mv. er dette med til at styrke relationer og synlighed. Ejerkommunerne og tandplejerne beskrives som ret homogene. Overtandlægerne får feedback på visitationer, så kommunerne kan øve sig i at sende de rette til visitation (for-visitering).

Hvert andet år samles tandlægerne i basistandplejen og Tandreguleringen til temadage, fx om interceptiv behandling.

## Visitationskoder og venteliste

Anvendte koder: 1) Cito (haste = under 1 måned), 2) Semi-cito (3 måneder), 3) "Kan vente" (indkaldes når muligt, typisk inden for 1-2 år).

Ca. 65 visitationer pr. visitationsdag.

Tandplejen styrer selv venteliste til visitation i ejerkommuner, og ca. ½ års ventetid ift. overskredet behovsdato.

Det estimeres, at en specialtandlæge i gns. kan opstarte cirka 200 nye patienter om året.

## Grunddata

Børnetal: 23.900

Budget: 13,3 mio. kr.

## Organisering og ledelse

### Bestyrelse

Bestyrelsen er sammensat af politikere - udvalgsformænd fra de 4 kommuner. Borgmesteren i driftskommunen (Struer) er formand.

Bestyrelsen mødes 4 gange årligt. Til forberedelse af bestyrelsesmøderne afholdes administrative formøder, hvor velfærdsdirektøren fra driftskommunen kvalificerer indstillingerne til bestyrelsen sammen med lederen af CTN og en chef fra hver børneområdet i hver ejerkommune.

Overtandlægerne fra hver kommune kan deltage i bestyrelsesmøder med taleret men uden stemmeret.

### Ledelse

CTN har ikke en leder på fuld tid. Den ledende specialtandlæge bruger 1,5 - 2 dage om ugen på ledelse bistået af en fuldtids administrativ medarbejder, der har fuldt mandat og accept til kapacitetsstyring og koordinering på tværs af teams og specialtandlæger.

Ledende specialtandlæge, administrativ medarbejder og overtandlægerne i ejerkommunerne koordinerer på kvartalsmøder.

### Økonomi og finansiering

Finansieringen er solidarisk. Kommunernes betaling er baseret på deres børnetal og herefter behandles efter behov. Således skeles ikke til hvilken kommune patienterne kommer fra, da der udelukkende indkaldes ud fra vurderet behov (hvorfor ensartede visitationskriterier er vigtigt).

Ejerkommunerne tager medansvar for, at de ikke visiterer for mange ind i CTN.

Ift. udvidelsen af aldersgruppen op til 22 år er det besluttet at følge det faktiske forbrug, og CTN forventer at udvide budgettet med 5 % af DUT-midlerne.

### Åbningstid

8-16 Mandag, tirsdag, torsdag

Onsdag: lokale klinikker

8-14 fredag

# Center for Tandregulering Nordvestjylland (CTN) - § 60-selskab

## Inspiration og videndeling

- CTN oplever stor opbakning oppefra, hvilket smitter ned i organisation og kultur, som er kendetegnet ved samarbejde og commitment.
- CTN bemander en ugentlig satellitfunktion på lokale tandpleje-klinikker. Behandlere (klinikassistenter eller tandplejere) tager en gang ugentligt ud til de kommunale tandpleje-klinikkerne og udfører mindre interceptive behandlinger samt opgaver som indgår i specialtandlægenes behandlinger, men kan udføres uden specialtandlæge til stede, fx bueskift). Formålet er at bidrage til øget synlighed og relations-opbygning. Det primære formål er dog at tilbyde den service, at små og korte behandlinger kan udføres tæt på bopælen (da mange har lange køreafstande til Struer).
- Udstrakt delegation til behandlere/tandplejere bidrager til at tilvejebringe den behandlingskapacitet, der er behov for i området for at løse opgave jf. kontrakten med ejerkommunerne og med den anvendte visitationspraksis.
- Specialtandlægerne er meget ens i deres måde at arbejde på. Der er fokus på sidemandsoplæring, fælles faglige retningslinjer og kalibreringsdage for specialtandlæger. Dette understøtter bl.a. at specialtandlæger nemmere kan tage hinandens patienter, og at de øvrige medarbejdere kan arbejde på tværs af teams. Ledelsen beskriver at der er sat rammer op som bidrager til, at behandlerne er velkalibrerede, taler om fejl og udfordringer og hjælper hinanden.
- Ledelsen fremhæver at det er vigtigt at involvere specialtandlæger ift. drift og økonomi og at sikre ejerskab hertil. Der er forskellige overvejelser om konstruktiv fremgangsmåde ift. gennemsigtighed ved intern benchmark af teams (ikke som pisk, men som inspiration til optimeringsdrøftelser).
- Ved visitation er der en visitationskode til akutte patienter, som skal opstartes inden for 1 måned. Dette sikrer rette prioritering af de mest kritiske patientgrupper.
- Ugentlig faglig sparring mellem specialtandlæger og fokus på sidemandsoplæring ift. at bibeholde høj grad af uddelegering internt i CTN.
- Der afholdes hvert 2. år temadage med alt personale fra kommunal tandpleje.
- Systematikker i form af drejebøger, arbejdsgangsbeskrivelser, stringente regler og skabeloner ift. journalføring reducerer personafhængighed.
- Frit valg: individuel pris pr. barn efter konkret tilbud. Har fokus på muligheden for re-visitering ift. vurderinger i privat praksis.

## Eksempel på fordeling af visitationer fra CTN

Fordeling af decentrale visitationer					
	Børnetal 2023	Normerede visitationer 2023	Faktiske visitationer 2023	Børnetal 2024	Normerede visitationer 2024
Lemvig	3.364	2,2	3,0	3.280	2,2
Struer	3.778	2,5	2,0	3.666	2,4
Thisted	8.436	5,6	8,0	8.308	5,5
Skive	8.228	5,5	7,0	8.020	5,3
Holstebro	-	-	-	12.312	8,2
I alt	23.822		20,0	35.586	23,7

Visitationerne fordeles med 1 visitationsdag pr. år pr. 1500 børn

## Eksempel på procedurebeskrivelse fra CTN

### Direkte henvendelser

Der kan rettes direkte kontakt til CTN ved tvivlsspørgsmål eller akutte problemstillinger som fx degenerative forandringer eller smerter.

1. Der føres notat i continuationen ved brug af Henvendelseskabelon.
2. OR status ændres til "Henvendelse til CTN".
3. Der laves OR§60 markering på stamkortet.
4. Der sendes mail til CTN (ctn@struer.dk) med teksten Henvendelse + patientens navn og fødselsdato i emnefeltet.
5. Eventuelle relevante røntgenbilleder eksporteres til CTN.
6. CTN besvarer mail og ændrer OR status til "Retur til KMTP".
7. Ejerkommunen noterer specialtandlægens svar i continuationen, fjerner OR§60 markering og opdaterer evt. OR status ved behov.

# Center for Tandregulering (CFT) Ballerup - § 60-selskab

## Introduktion

- CFT er et § 60-selskab for 3 kommuner (Ballerup, Egedal, Furesø). Ballerup har funktion af driftskommune, og leverer – mod betaling herfor - bistand til selskabet ift. økonomi og HR.
- Rollen som formandskommune skifter hvert 2. år. Den fungerende formandskommune stiller juridisk bistand til rådighed for selskabet.
- Fysisk er CFT indrettet hensigtsmæssigt ift. driften. Behandlingsstolene er placeret på samme etage i umiddelbar forbindelse. Specialtandlægerne deler kontor.
- Der er planer om ombygning for at skaffe plads til ekstra stole. Dette skal udvide kapaciteten for et team fra 3 til 3,5 stole.
- CFT har tidligere haft venteliste, som nu er afviklet. Børnene kommer ind rettidigt hvilket betyder, at det lykkes at udnytte vækstzonen. Tidl. venteliste på ca. 180 patienter blev håndteret via opnormering af egne specialtandlæger i en periode på ca. 2-3 år samt en plan for effektivisering. Der blev i den forbindelse afsat 1,7 mio. kr. af egenkapital til ventelisteafvikling. Dog blev den endelige omkostning til afvikling lavere end forventet.

## Bemanding og internt samarbejde

4 specialtandlæger fordelt på 3,1 årsværk leder 4 teams samt et fælles tværfagligt team. Et team består typisk af en specialtandlæge, 2 behandlere og 2 "klinikassistenter på gulv". Hvert team har 3 stole i gang, idet specialtandlægen har egen stol. Specialtandlægerne er uddannet tæt på hinanden, hvorfor teams og behandlingsprincipper fungerer ret ens. Behandlere er dedikeret til 2 teams for at sikre samarbejde på tværs. Behandlerne beskriver en ret høj delegationsgrad, hvor de foretager de fleste behandlinger. Behandlerne bliver sidemandsoplært til nye opgaver af specialtandlægerne. Det er udelukkende specialtandlægerne, der udarbejder behandlingsplaner.

Der er ansat en receptionist (32 t/uge) med baggrund som klinikassistent, som håndterer dialog (telefon/emails) med forældre (afbud, til/fraflytning mv.) samt håndterer telefoniske/mail henvendelser fra basistandplejen.

## Grunddata

Børnetal: 31.110

Budget: 19,2 mio. kr.

## Organisering og ledelse

### Bestyrelse

Bestyrelsen består af de 3 direktører for børn/unge området. Formandsrolle skifter hvert 2. år. Formandskommunen understøtter CFT med juridisk bistand.

Overtandlægerne har mulighed for at præsentere et selvvalgt emne på et formøde før hvert 2. møde i bestyrelsen. Overtandlægerne deltager ikke i bestyrelsesmøder.

### Ledelse

Lederen med titel af overtandlæge og direktør er leder på fuld tid, er selv specialtandlæge.

Har PA funktion (CBS baggrund) tilknyttet 2 dage/uge ift. strategisk sparring og udvikling, økonomirapportering, optimering og adm. (fx ferie).

### Økonomi og finansiering

Budgettet pl- reguleres hvert år og er fastlagt ud fra ejerkommunernes andel af børnetal. Budgettet revurderes såfremt børnetallet ændres med +/- 2000.

Det forudsættes iflg. Vedtægterne, at ejerkommunerne er ajour mht. patientbehandling og således ikke tilfører fællesskabet ekstraarbejde.

Ift. udvidelsen af aldersgruppen op til 22 år har der pågået en forhandling som er endt med, at CFT får 10 % af dut-midlerne.

Udgifter til frit-valg afholde af CFT's budget. Udgiften er lille (budget på ca. 50.000 kr.).

### Åbningstid

8-15 mandag-fredag

# Center for Tandregulering (CFT) Ballerup - § 60-selskab

## Samspil med kommunal tandpleje

Specialtandlægerne visiterer i en fast kommune. Behandling af patienterne går dog på tværs af teams. Den kommunale tandpleje kan kontakte CFT telefonisk/via mail via ovennævnte receptionist, der enten selv svarer - eller videregiver kontakt til specialtandlæge.

Den enkelte basistandpleje kan selv vurdere hvilke interceptive behandlinger, de har kompetencer til at udføre. Der er ikke et fastlagt skema herfor, men tandplejen sætter selv små knapper på til elastiktræk, bidepinde osv.. Tandlægerne i basistandplejen skal selv kunne stå inde for og tage ansvar for de interceptive behandlinger de udfører. Der er ikke tale om delegering. CFT henviser opgaver til basistandplejen fx operation af hjørnetænder. Håndtering af evt. prioriteringsudfordringer af patienter henvist fra CFT til tandplejen for udførelse af delopgaver håndteres via direkte dialog. Der arbejdes på at holde observationspatienter i basistandplejen frem for at de kommer ind og bliver fulgt i Tandreguleringen. Specialtandlægerne afholder sparringsdage 2 gange om året en eftermiddag, hvor ejerkommunerne kan indsende cases.

## Visitationskoder og venteliste:

Anvendte koder: 1) OBS, 2) Behandling (+B), 3) Ikke behandling (-B), 4) Cito (Haster) i særlige tilfælde (ikke ofte), 5) 2-opinion (ikke en kode men bruges i tvivlstilfælde)

Ca. 61 patienter ses pr. visitationsdag. Målet er at min. 40 % visiteres ind, men er kun ca. 30 % på nuværende tidspunkt.

Ingen venteliste ift. overskredet behovsdato.

## Grunddata

Børnetal: 31.110

Budget: 19,2 mio. kr.

## Organisering og ledelse

### Bestyrelse

Bestyrelsen består af de 3 direktører for børn/unge området. Formandsrolle skifter hvert 2. år. Formandskommunen understøtter CFT med juridisk bistand.

Overtandlægerne har mulighed for at præsentere et selvvalgt emne på et formøde før hvert 2. møde i bestyrelsen. Overtandlægerne deltager ikke i bestyrelsesmøder.

### Ledelse

Lederen med titel af overtandlæge og direktør er leder på fuld tid, er selv specialtandlæge.

Har PA funktion (CBS baggrund) tilknyttet 2 dage/uge ift. strategisk sparring og udvikling, økonomirapportering, optimering og adm. (fx ferie).

### Økonomi og finansiering

Budgettet pl- reguleres hvert år og er fastlagt ud fra ejerkommunernes andel af børnetal. Budgettet revurderes såfremt børnetallet ændres med +/- 2000.

Det forudsættes iflg. Vedtægterne, at ejerkommunerne er ajour mht. patientbehandling og således ikke tilfører fællesskabet ekstraarbejde.

Ift. udvidelsen af aldersgruppen op til 22 år har der pågået en forhandling som er endt med, at CFT får 10 % af dut-midlerne.

Udgifter til frit-valg afholde af CFT's budget. Udgiften er lille (budget på ca. 50.000 kr.).

### Åbningstid

8-15 mandag-fredag



# Center for Tandregulering (CFT) Ballerup - § 60-selskab

## Inspiration og videndeling

- Specialtandlæger har mellemlæder-funktion. Høj delegeringsgrad inden for egne teams, hvor behandlere arbejder på højeste kompetenceniveau. Ansvar for tilrettelæggelse og afvikling af driften er decentraliseret til teams fx for at håndtere kortvarig sygdom.
- Ordningen har ikke egne tandteknikere, hvorfor alt købes eksternt
- CFT har de sidste par år løbende arbejdet på at mindske patient basen i CFT for at sikre driften.
- CFT har de seneste år arbejdet på at eliminere en venteliste ved at opnormere internt i en tidsafgrænset periode. Desuden er der effektiviseret således specialtandlægerne har øget deres produktion. Ventelisten er angrebet "fra flere vinkler". Der arbejdes med kortere og mere effektive behandlinger, som kommer patienten og CFT til gode. (Kilde: Ledelsesberetning 2022) Eksempelvis arbejdes på at reducere retentionsperioden i CFT, således pt. afsluttes til basis efter ca. 2 års retention.
- CFT har de seneste år arbejdet på at eliminere en venteliste ved at opnormere internt i en tidsafgrænset periode. Ventelisten er angrebet "fra flere vinkler". Der arbejdes med kortere og mere effektive behandlinger, som kommer patienten og CFT til gode. (Kilde: Ledelsesberetning 2022) Eksempelvis arbejdes på at reducere retentionsbehandling fra typisk 2 år til 1 år.
- Ledelsesinformation med centrale nøgletal udarbejdes af lederens PA (økonom) og drøftes på kvartalsvise ledelsesmøder, hvor mellemlæderne (specialtandlægerne) deltager. Nøgletalsopfølgning omfatter statistik om patientforløb (indkaldte, aktive, i retentionsbehandling) samt visitationspraksis fordelt på de 4 teams.
- CFT har fokus på at nedbringe antallet i patienter i observationsgruppen, så patienterne enten kommer hurtigere i behandling, eller er tilknyttet basistandplejen som "OBS-patienter" indtil de er klar til tandregulering. I så fald sættes de igen på til visitation.
- Har ledelsesmæssigt fokus på at reducere afbud/udeblivelser, herunder sikre at disse genbookes fremfor at stole står tomme.
- CFT overvejer fremadrettet hvorledes automatisering kan frigøre ressourcer, eks. AI til journalskrivning.

## Kilder:

Årsrapporter med ledelsesberetninger

Interview

Hjemmeside

## Eksempler på ledelsesinformation fra CFT

### Fordelingen af patienter i CFT i forhold til behandlingsstadie

Patienter fordelt på status	2019	2020	2021	2022	2023
Observation	892	680	498	513	189
Aktive	1.245	1.337	1.435	1.536	1.710
Retention	954	870	730	745	736
Indkaldt til materiale	263	351	529	302	308

Efter målrettet fokus gennem flere år er antallet af patienter i observationsgruppen på et acceptabelt niveau. CFT har fortsat fokus på at bevare en mindre gruppen af patienter i observation.

Kilde: Ledelsesberetning 2023

	2023 Januar	Februar	Marts
Afbud fra Patient på dagen	30%	28%	30%
Antal afbud	382	310	425
Antal afbud på dagen	116	87	126
Timer	48	40	57
Udeblivelser	117	97	105
Timer	57	46	45

Ortotandlæge	OBS	Indkaldes OR klinik	Aktiv behandling igang	Aktive + Indkald	% af samlet aktiv + indkald	Retention
	45	111	358	469	21,7%	230
	59	83	404	487	22,5%	243
	60	114	437	551	25,5%	199
	54	130	528	658	30,4%	193
	218	438	1727	2165		865

OBS: Sammenligninger på tværs af teams må vurderes med forbehold for, at der ofte er forskelle i kapacitet og arbejdstid

# Tandreguleringscenter Fyn (TRCF) i Odense – Kommunesamarbejde

## Introduktion

- Tandregulering Fyn er en fælleskommunal samarbejdsordning, som dækker fem kommuner; Odense, Faaborg-Midtfyn, Kerteminde, Nordfyn og Nyborg.
- Odense Kommune er den driftsledende/-ansvarlig kommune og har samarbejdsaftale med hver af deltagerkommunerne. Det oplyses, at ordningen kører godt til medarbejdernes og deltagerkommunernes tilfredshed.

## Bemanding og internt samarbejde

I alt 65 medarbejdere fordelt på 12-13 behandlingsteams med hver en specialtandlæge, som er behandlingsansvarlig. Opgaverne løses i disse relativt faste teams hver med 3-4 stole. Delegeringsgraden kan godt variere på tværs af teams. Klinikassistenter kan være tilknyttet flere teams. I hvert team er der en teamrepræsentant som står for kalenderbooking, så specialtandlægerne aflastes for det administrative. Lederen har en times møde med specialtandlægerne hver 14 dag hvor driftsmæssige forhold eller lign. drøftes. Der rapporteres på inflow og output på og til hvert team, hvilket engagerer specialtandlægerne i hensyn til drift og økonomi ud over faglige hensyn. Det er udelukkende specialtandlægerne, der udarbejder behandlingsplaner. V/ 4 stole kan alle enten være booket ift. "alm." behandlingsforløb – eller 1 stol reserveres til akutte patienter eller seponering.

Kommunerne kan sende "hændelser" ind fx akutte problemer. En specialtandlæge har 4-5 timer ugentligt til at gennemgå disse. En ansat tandlæge er specialiseret i interceptive behandlinger og er fælles vidensperson herfor ift. tandplejen i deltagerkommunerne.

TRCF har ansat 8 tandteknikere, hvilket ikke vurderes helt tilstrækkeligt til at dække behovet.

## Grunddata

Børnetal: 64.400

Budget: 35,9 mio. kr. (beregnet)

## Organisering og ledelse

### Organisering og samarbejdsforum

Tandreguleringscenter Fyn drives af Odense Kommune, der har indgået aftale med de omkringliggende kommuner på Fyn om at udføre opgaverne for de disse kommuner i Tandreguleringscenter Fyn og levere ydelser til børn og unge som bor i området.

Der er ikke etableret en tværgående bestyrelse. Men der er TRCF-samarbejdsfora bestående af henholdsvis direktører og overtandlæger fra de deltagende kommuner, som mødes to gange årligt ift. drift og økonomi

De politiske udvalg i hver kommune kan 1 gang årligt indkalde lederen af TRCF til en drøftelse af ordningen.

### Ledelse

Ordningen er entydigt ledet af overtandlægen i Odense, som har det faglige og økonomiske ansvar. Specialtandlægerne arbejder selvstændigt under overtandlægen.

Overtandlægen supporteres af en klinikass. der tager sig af og har mandat til adm. drift og kapacitetsplanlægning samt daglige personalemæssige forhold. Pågældende er faglig leder for gruppen af teamrepræsentanter, der styrer kalenderen i hvert team.

### Økonomi og finansiering

Kommunerne betaler en takst pr. capita ud fra deres andel af børnetallet ( 0-17 årige) Pr. capita takst er 553 kr. i år.

Udvidelsen af aldersgruppen op til 22 år har medført øget budget beregnet som 50 % af pr. capita taksten for 18-22 årige.

## Åbningstid

8-15 på skoledage



# Tandreguleringscenter Fyn (TRCF) i Odense – Kommunesamarbejde

## Samspil med kommunal tandpleje

Odense Kommune har det fulde ansvar for visitation ud fra reglerne i bekendtgørelsen. Specialtandlægerne visiterer og behandler i de samme kommuner, hvilket sikrer kontinuitet og entydighed ift. faglig behandlingspraksis og vejledning af kommunal tandpleje (specialtandlægen kender kommunens specifikke kompetencer), relationsopbygning og tilgængelighed. Klinikkerne kan skrive direkte til specialtandlægen eller dennes team mellem visitationerne og får svar retur.

Opgavedeling og samarbejde mellem TRCF og de kommunale klinikker (basistandplejen) er defineret i aftalen, som bl.a. fastslår, at udførelse af interceptive og korrektive behandlinger hvor det er hensigtsmæssigt og muligt - kan foregå i kommunernes tandpleje. Aftalen har som udgangspunkt, at deltagerkommunerne er forskellige. De kan vælge selv at udføre mindre og forebyggende behandlinger, hvis de mener de har kompetencerne - det er deres ansvar. Kompetenceudvikling, faglig sparring og kalibreringsøvelser samt koordinering er definerede opgaver for TRCF.

Såfremt ejerkommunerne selv foretager interceptive behandlinger såsom aftagelige ganebøjler, så godtgøres de herfor af TRCF, dog foretages altid en screening først af en specialtandlæge. Odense vurderer, at tidlige interceptive behandlinger reducerer behovet for dyre og komplekse behandlinger med 1/3.

## Visitationskoder og venteliste:

Anvendte koder: 1) Vækstadapterende behandling, 2) ikke-vækstadapterende behandling, 3) Akut behov/skaderisiko.

Tidligere udfordringer med venteliste på ca. 2000 visiterede (+ 500 på venteliste til visitation). Blev håndteret vha. en ekstrabevilling på ca. 68 mio. kr. over ca. 5-6 år (ca. 2000 x 34.000 kr.), herunder udbud af 1300 patienter til private specialtandlæge-klinikker.

Alle godt 700 patienter på ventelisten har overskredet behovsdatoen. Ventelisten er defineret ved, at det alene omfatter patienter med overskredet behovsdato.- men de har ikke stået der så længe, og de vækstadapterende når at blive taget mens der er vækst, om end nogle gange sent i væksten. Ca. 50 % har stået på listen under et halvt år, hastepatienter kommer til hurtigt, og gennemsnitssnitalderen for opstart er 11,8 år. Så generelt vurderer overtandlægen nu at der er opnået en fornuftig balance i driften.

## Grunddata

Børnetal: 64.400

Budget: 35,9 mio. kr. (beregnet)

## Organisering og ledelse

### Organisering og samarbejdsforum

Tandreguleringscenter Fyn drives af Odense Kommune, der har indgået aftale med de omkringliggende kommuner på Fyn om at udføre opgaverne for de disse kommuner i Tandreguleringscenter Fyn og levere ydelser til børn og unge som bor i området.

Der er ikke etableret en tværgående bestyrelse. Men der er TRCF-samarbejdsfora bestående af henholdsvis direktører og overtandlæger fra de deltagende kommuner, som mødes to gange årligt ift. drift og økonomi

De politiske udvalg i hver kommune kan 1 gang årligt indkalde lederen af TRCF til en drøftelse af ordningen.

### Ledelse

Ordningen er entydigt ledet af overtandlægen i Odense, som har det faglige og økonomiske ansvar. Specialtandlægerne arbejder selvstændigt under overtandlægen.

Overtandlægen supporteres af en klinikass. der tager sig af og har mandat til adm. drift og kapacitetsplanlægning samt daglige personalemæssige forhold. Pågældende er faglig leder for gruppen af teamrepræsentanter, der styrer kalenderen i hvert team.

### Økonomi og finansiering

Kommunerne betaler en takst pr. capita ud fra deres andel af børnetallet ( 0-17 årige) Pr. capita takst er 553 kr. i år.

Udvidelsen af aldersgruppen op til 22 år har medført øget budget beregnet som 50 % af pr. capita taksten for 18-22 årige.

## Åbningstid

8-15 på skoledage

# Tandreguleringscenter Fyn (TRCF) i Odense – Kommunesamarbejde

## Inspiration og videndeling

- TRCF er lykkedes med at afvikle en markant venteliste, bl.a. via køb af behandlinger til 1300 patienter hos 3 private leverandører (alle disse patienter var i den vanskelige og behandlingstunge kategori). Den samlede merbevilling til ventelisteafvikling var 68 mio. kr. inkl. midlertidig opnormering og betaling til de private leverandører.
- TRCF fokuserede på følgende ift. at håndtere ventelisten optimalt;
  - Fokuser på alder ift. ventelisten. De patienter hvor det allerede er ”for sent” aldersmæssigt og derfor kræver komplekse behandlinger skal håndteres særskilt uden for den normale drift - eks. via private leverandører.
  - Sorter desuden patienter i vækst-adapterende (ca. 80%) og ikke-vækst adapterende (ca. 20%). De ikke-vækstadapterende kan ofte fint vente 4-5 år på behandling, så planlæg herefter.
  - Fordel de vækst-adapterende i akutte og ikke-akutte, hvor de akutte tages først – og herefter de øvrige vækst-adapterende.
- Systematikken ift. at håndtere og prioritere ventelisten skal være en ledelsesopgave - ikke specialtandlægenes ansvar.
- Entydig organisering og ledelse placeret i en den ansvarlige driftskommune (Odense). Den valgte organisering vurderes at sikre hurtige beslutningsveje og klart mandat ift. styring og udvikling.
- TRCF udarbejder kvartalsrapporter til samarbejdsfora, og der foretages regelmæssigt brugertilfredshedsundersøgelser.
- Kommunale forskelle (eks. ift. kompetencer mv.) anses som et vilkår, der bliver håndteret og som organiseringen er indrettet efter.
- Specialtandlægerne inddrager økonomiske overvejelser og bestræber sig på at gøre behandlingerne kortest mulige. Primært ved at udnytte vækstsone via forebyggende og interceptive behandling. En specialtandlæge fra Odense vurderer, at nogle forløb også kan optimeres ved at instruere patienter og forældre i egenomsorg.
- Forebyggende behandlinger prioriteres højt og betragtes som en ”god businesscase”. Fx aktivatorer som anvendes i vækstsone kan have stor effekt på behandlingsforløbet. Oral motorik i form af tungeøvelser og læbeøvelser fremhæves også som en god businesscase. Der spares behandling og det er nemt og billigt.
- En behandler i TRCF har uddannelse i oral motorik, og underviser medarbejderne i deltagerkommunernes basistandpleje.
- Tandregulering Fyn har ansat en tandlæge til at foretage interceptive behandling, som har sit eget team i tandreguleringen. Vedkommende har direkte adgang til sparring med specialtandlægerne, hvilket sikrer tryghed og kvalitet. Juridisk må tandlægerne i basistandplejen gerne lave ic behandlinger, forudsat at de har kompetencerne. Tandreguleringen tilbyder kvalitetsscreening, men tandlægerne står selv for behandlingen. Og tandreguleringen betaler for teknikudgiften, så der ikke er økonomisk incitament til at sende dem ind i tandreguleringen.

## Uddrag af kommissorium for samarbejdsforum for Tværkommunal Tandregulering, Odense Kommune

Samarbejdsforummet samarbejder om en faglig og strategisk udvikling af den tværkommunale tandregulering, herunder:

- Drøfte og fastsætte målsætninger for centret i relation til f.eks. visitationer, det faglige ortodontiske serviceniveau, borgertilfredshed m.m.
  - Drøfte og understøtte strategier og tiltag, som kan imødekomme udfordringer lokalt eller nationalt i forhold til centret. Eksempelvis ventelisteudfordring, rekruttering og frit valg.
  - Drøfte håndtering af økonomisk mer/mindreforbrug i centret
  - Drøfte håndtering af markante prognose- eller behandlingsafvigelser
  - Drøfte og vejlede i vanskelige driftsmæssige situationer
  - Drøfte evt. indtrædelse af nye medlemmer
  - Drøfte evt. nye og større investeringer i centret
  - Drøfte evt. orienteringer/kommunikation til det politiske niveau m.m.
- Der tilstræbes generelt et åbent og tillidsfuldt samarbejde, hvor løsningerne findes i fællesskab. Såfremt der ikke kan opnås enighed, har Odense Kommune den afgørende stemme.

Samarbejdsforummet kan til enhver tid vurdere, om der er emner, der drøftes mest hensigtsmæssigt på Overtandlægemøder. Disse afholdes efter behov mellem alle overtandlæger i de deltagende kommuner.

### Succeskriterier og effektmål

Succeskriterier for udvalget er:

- at sikre tæt koordinering og samarbejde på tværs af kommunerne
- at alle deltagende kommuner kan bakke op omkring beslutninger og løsninger
- at TRCF bliver et effektivt og fagligt attraktivt center, som kan imødekomme borgernes behov på den mest hensigtsmæssige måde.

# Tandregulering ”Bøjletandplejen” Høje-Taastrup – kommunal ordning

## Introduktion

- Tandreguleringen i Høje-Taastrup Kommune er en kommunal ordning placeret på samme lokation som en af de tre basis-klinikker.
- Tandreguleringen og børnetandplejen indgår således i den samme organisation under fælles ledelse, deler patienter og journalsystem og har adgang til de samme oplysninger fx røntgenbilleder. Deling af oplysninger mellem behandlere kræver ikke samtykke.

## Bemanding og internt samarbejde

Bøjletandplejen i Høje-Taastrup har en erfaren specialtandlæge, som dækker hele kommunen. Kapaciteten svarer til 1,2 årsværk. Der er ansat 4 fuldtids klinikassistenter med speciale i orto, som hver bemander en stol – i alt 4 stole i behandlerteamet. Klinikassistenterne er oplært til at varetage hele arbejdsgangen, både kliniske og andre funktioner, hvilket sikrer en høj fleksibilitet. De 4 klinikassistenter har den samme funktion og kompetencer og arbejder selvstændigt på delegation fra specialtandlægen, som er tæt på.

Overtandlægen er bakket op af to administrative medarbejdere, begge uddannet klinikassistent, hvoraf den ene fungerer som sekretær for specialtandlægen styrer det administrative, booking osv. Specialtandlægen, som er alene på posten, har adgang til faglig sparring gennem deltagelse i erfa-møder og konferencer med kolleger fra andre kommuner. Ordningen har ikke egne tandteknikere pga. lav volumen.

## Grunddata

Børnetal: 13.600

Budget: Ca. 5,8 mio. (beregnet)

## Organisering og ledelse

### Organisering

Tandreguleringen i Høje-Taastrup Kommune er en kommunal ordning. Tandplejen og tandreguleringen indgår i den samme organisation.

### Ledelse

Ordningen er entydigt ledet af kommunens overtandlæge, som har det faglige og økonomiske ansvar samt personaleansvar.

Specialtandlægen (som har været ansat i 18 år) arbejder under egen autorisation og er fagligt ansvarlig for kvaliteten af de undersøgelser og behandlinger, de foretager.

Klinikassistenterne arbejder på specialtandlægens delegation.

### Økonomi og finansiering

Tandreguleringens økonomi er ikke adskilt fra kommunens samlede budget for børnetandpleje. Tandreguleringen skønnes at repræsentere ca. 25 % af budgettet.

### Åbningstid

8-15 på skoledage, mandag udvidet åbningstid til kl. 17

Har åbent i uge 8 og 42.

I sommerperioden dækkes 5 uger i fællesskab med øvrige vestegns-kommuner.

# Tandregulering ”Bøjletandplejen” Høje-Taastrup – kommunal ordning

## Samspil med kommunal tandpleje

Tandregulering og basistandpleje er tæt på hinanden, og tandreguleringen oplyser at ”vi er meget tilgængelige”. Specialtandlægen afholder visitationsdage og underviser behandlere på en årlig temadag. Kommunen visiterer tidligt i alderen 9-11 år, 4 gange årligt på hver tandplejeklinik (2 forår og 2 efterår), for at sikre grundlag for en tidlig indsats. Nogle børn observeres i basistandplejen og skal ses igen af specialtandlægen senere.

Personalet i klinikkerne er lært op til at screene børnene (for-visitation), så visitationsdagene udnyttes effektivt. Fx tilstræbes det at børn med dårlig mundhygiejne ikke sættes på til visitation pga. risiko ved bøjlebehandling. Tandreguleringen er tilgængelig for tandklinikkerne, og den behandlende tandlæge eller tandplejer kan altid skrive, ringe eller se ind til specialtandlægen og bede om en hurtig vurdering fx ved forværring.

Organisering og samarbejde understøtter behandlerne i at udnytte potentialet i mindre, forebyggende behandlinger, som behandlerne selv kan foretage under vejledning af specialtandlægen og gerne ude på lokalklinikken. Der skønnes at ligge et potentiale i interceptiv behandling for omkring 20 % af patienterne (fx ekspansion, aktivator og så slut), så fast apparatur forebygges. Mindre behandlinger inkl. pladebehandling må gerne foretages i tandplejen under vejledning af specialtandlægen - og når udvidelsen er foretaget, ser specialtandlægen barnet igen.

Lederen tilstræber kort retentionsperiode i tandreguleringen på ca. 1 år (på sigt ½ år), herefter skal den almene kontrol overgå til tandplejen.

## Visitationskoder og venteliste:

Der anvendes tre visitationskoder: 1) Her og nu/akut, 2) Almindelig indkald (ca. 8 mdr), 3) Behandling før 22 år. – ca. 47 visitationer pr. visitationsdag. Alle patienter indkaldes efter behov. Der er således ingen ventetid for patienter med akut behov. Patienter til almindeligt indkald kan vente op til ca. 8 måneder. Der arbejdes efter at specialtandlægen cirka skal kunne igangsætte 230 nye patienter om året.

## Visitationskriterier og mål for behandlingsindsatsen

Tandreguleringen holder sig til de sikre og velafprøvede metoder. Der anvendes ikke invisalign, og aktuelt undersøges muligheden for at indføre 3D-scanning. Ledelsen har fokus på at sikre sundhedsfagligt begrundet behandlingsniveau, og at gratis behandling i offentligt regi ikke omfatter kosmetisk behandling. Der er opmærksomhed på at arbejde ud fra et helhedssyn med udgangspunkt i det enkelte menneske og ikke en kulturel norm eller faglig standard for, hvordan et tandsæt bør se ud, når behandlingen er færdig.

## Grunddata

Børnetal: 13.600

Budget: Ca. 5,8 mio. (beregnet)

## Organisering og ledelse

### Organisering

Tandreguleringen i Høje-Taastrup Kommune er en kommunal ordning. Tandplejen og tandreguleringen indgår i den samme organisation.

### Ledelse

Ordningen er entydigt ledet af kommunens overtandlæge, som har det faglige og økonomiske ansvar samt personaleansvar.

Specialtandlægen (som har været ansat i 18 år) arbejder under egen autorisation og er fagligt ansvarlig for kvaliteten af de undersøgelser og behandlinger, de foretager. Klinikassistenterne arbejder på specialtandlægens delegation.

## Økonomi og finansiering

Tandreguleringens økonomi er ikke adskilt fra kommunens samlede budget for børnetandpleje. Tandreguleringen skønnes at repræsentere ca. 25 % af budgettet.

## Åbningstid

8-15 på skoledage, mandag udvidet åbningstid til kl. 17

Har åbent i uge 8 og 42.

I sommerperioden dækkes 5 uger i fællesskab med øvrige vestegn-kommuner.

# Tandregulering ”Bøjletandplejen” Høje-Taastrup – kommunal ordning

## Inspiration og videndeling

- Tæt samarbejde mellem den faste specialtandlæge og basistandpleje bidrager til sammenhængende og effektive patientforløb samt kompetenceudvikling, idet specialtandlægen underviser de øvrige behandlere.
- Høj tilgængelighed og nærhed sikrer let adgang til specialtandlægen, fx ved akutte tilfælde. Fysisk samlokation med en af klinikkerne betyder, at en del afklaringer kan håndteres særligt nemt og hurtigt.
- En fast specialtandlæge sikrer kontinuitet og entydig sparring, rådgivning og behandlingspraksis (til gengæld er det sårbart)
- Visitor er den samme som foretager behandlingen hvorfor der opbygges et godt kendskab til barnet og familien – ligesom behandlingsmæssige erfaringer kan overføres direkte ift. fremtidige visitationer.
- Skarpt fokus på fortolkning af SST-retningslinjer ift. hvad er reelt sundhedsfagligt behov og hvad er kosmetisk behandling
- Bruger alene velafprøvede metoder og afventer fx invisalign
- All-round orto-klinikassistenter med brede kompetencer sikrer højere fleksibilitet end orto-tandplejere – en person pr. stol
- Booking af tider ”fuldt ud” (fra åbningstid til lukketid)
- Udvidet åbningstid en dag om ugen muliggøres ved, at nogle medarbejdere møder ind kl. 10-17. Ydertidspunkterne er populære blandt patienterne og bliver ofte booket først.
- Der stræbes efter at minimere mødetid, idet målet er ”jo mere tid på stolen, jo bedre”. Derfor er tandreguleringen også åben i uge 8 og uge 42, hvilket især er efterspurgt blandt de store børn og unge.
- Akut visitationskode haves, og disse patienter kommer ind straks, dvs. de får en hurtig tid til materialeoptagelse mhb. på hurtig diagnose og vurdering.
- Retentionsfasen er nedbragt til ca. 1 år (og målet er ½ år).
- For at reducere risiko for tom stol ved afbud/udeblivelser (opgjort i stikprøve til ca. 8 % af samlet stoletid jf. boks til højre) så udsendes sms vedr. aftaletidspunkt, ligesom der 48 timer før aftale udsendes bekræftelse til e-boks.

### Udeblivelses procent for bøjlelinikken i Høje-Taastrup

Manuel optælling på 2 uger i foråret og 2 uger i efteråret i hvert af de følgende år.

2019: 11%  
2020: 11 % (OBS Covid nedlukning)  
2021: 7 %  
2022: 11 %  
2023: 6 %



# Tandregulering Viborg – kommunal ordning

## Introduktion

- Viborg Kommune har en kommunal tandregulering, som gennem længere tid har været varetaget af en underleverandør i form af en ekstern, privatpraktiserende specialtandlæge (offentligt-privat partnerskab). Den private specialtandlæge har en yderligere specialtandlæge tilknyttet samt øvrige behandlere og støttepersonale. Specialtandlægens klinik ligger fysisk tæt på basistandplejen, og der er tradition for tæt samarbejde. Ordningen er kendetegnet ved gensidig tillid og lokalt funderede relationer. Der er ingen venteliste og få klager.
- Specialtandlægen tager medansvar for de samlede patientforløb og har samme opgave med at visitere, yde sparring, henvise m.v. hos leverandører af basistandpleje til kommunens børn og unge, uanset om de pågældende medarbejdere er ansat i kommunen eller i private klinikker.

## Bemanding og internt samarbejde

Den privatpraktiserende specialtandlæge har en anden specialtandlæge ansat samt et hold af klinikpersonale. Behandlingen udføres primært af erfarne behandlere, mens specialtandlægerne udarbejder behandlingsplaner, afholder samtaler og superviserer i hverdagen. Klinikken har 6-7 stole i gang på samme tid, idet der også udføres private behandlinger af voksne. Fast-track og akutte tider sikrer kapacitet til at behandle hastepatienter umiddelbart.

## Samspil med kommunal tandpleje

Kompetenceudvikling prioriteres højt i hele systemet, og specialtandlægen deltager i oplæring af kommunens medarbejdere og øvrige leverandører af basistandpleje. Arbejdsdelingen følger LEON-princippet. Specialtandlægen igangsætter og superviserer en række behandlinger, der udføres i tandplejen eks; Aktivator behandling (reduktion af overbid), aftagelige plader + sætte plast på tænder og rette tænder. Der foregår systematisk oplæring af medarbejderne i basistandplejen i rettidig visitation og interceptiv behandling. Bl.a. afholder specialtandlægen 2 gange årligt et kursus for nyansatte tandlæger og tandplejere. Nyansatte hos private leverandører af kommunal børnetandpleje får samme tilbud.

Ligesom i andre ordninger kan specialtandlægen henvise en opgave til basistandplejen fx tandudtrækning. Det foregår gennem et henvisningssystem, hvor indbakken tømmes dagligt, og haste-bestillinger ekspederes hurtigt hvilket lettes af, at basistandplejen har en ansat tandlæge som er specialiseret i kirurgi. Specialtandlægen kører selv retentionsperioden færdig.

## Grunddata

Børnetal: 23.283

## Organisering og ledelse

Tandreguleringen i Viborg Kommune er en kommunal ordning. Tandreguleringen og dele af tandplejen leveres af private underleverandører med egen klinik.

## Ledelse

Ordningen er entydigt ledet af kommunens overtandlæge, som har det faglige og økonomiske ansvar samt personaleansvar.

Der anvendes en fast specialtandlæge, som er selvstændigt praktiserende. Specialtandlægen arbejder under egen autorisation og er fagligt ansvarlig for kvaliteten af de visitationer, undersøgelser og behandlinger, der foretages.

## Økonomi og finansiering

Tandreguleringens økonomi er ikke adskilt fra kommunens børnetandpleje. Der er således et samlet budget for det hele.

Udgiften til de tandreguleringsydelser, der udføres af underleverandøren er aktivitetsafhængig. Som budgetmæssig pejlemærke antages at 20 % af børnetallet skal reguleres. Der anvendes en vejledende gennemsnitstakst på ca. 29.000 kr., som dækker den aktive fase (ekskl. registrering og retentionsfase). Opgaver vedr. visitationer, undervisning m.v. faktureres derudover med timetakst.

Bliver det dyrere at bruge den private underleverandør, så tages midlerne fra det samlede budget. Populationsudvidelsen med 18-22 årig har ikke givet anledning til ændret samlet budget.

# Tandregulering Viborg – kommunal ordning

## Visitationskoder og venteliste:

Det opleves, at klinikkerne er gode til at for-visitere, så en relativt høj andel på visitationerne har behov eller skal observeres. Anvendte koder: 1) OBS, 2) Behandling i hhv. basistandpleje og tandregulering, 3) Ikke behandling (-B), 4) Cito (Haster). Specialtandlægen har en kapacitet og planlægning som sikrer, at behandling igangsættes rettidigt. Der er ingen venteliste til visitation i ejerkommuner og ingen venteliste ift. overskredet behovsdato.

## Mål for behandlingsindsatsen

Overtandlægen og specialtandlægen mødes periodisk for at drøfte nye muligheder, behandlinger, teknologi mv. Som overordnet pejlemærke tilstræbes en behandlingsandel på 20 % af en årgang. Det er målet at forløbene er intensive, og at der løbende sikres fremdrift gennem regelmæssige kontrolbesøg, typisk hver 6. uge. Behandlingsforløbene varer omkring 2 år efterfulgt af en retentionsperiode på ca. 1½ år.

## Grunddata

Børnetal: 23.283

## Organisering og ledelse

Tandreguleringen i Viborg Kommune er en kommunal ordning. Tandreguleringen og dele af tandplejen leveres af private underleverandører med egen klinik.

## Ledelse

Ordningen er entydigt ledet af kommunens overtandlæge, som har det faglige og økonomiske ansvar samt personaleansvar.

Der anvendes en fast specialtandlæge, som er selvstændigt praktiserende. Specialtandlægen arbejder under egen autorisation og er fagligt ansvarlig for kvaliteten af de visitationer, undersøgelser og behandlinger, der foretages.

## Økonomi og finansiering

Tandreguleringens økonomi er ikke adskilt fra kommunens børnetandpleje. Der er således et samlet budget for det hele.

Udgiften til de tandreguleringsydelser, der udføres af underleverandøren er aktivitetsafhængig. Som budgetmæssig pejlemærke antages at 20 % af børnetallet skal reguleres. Der anvendes en vejledende gennemsnitstakst på ca. 29.000 kr., som dækker den aktive fase (ekskl. registrering og retentionsfase). Opgaver vedr. visitationer, undervisning m.v. faktureres derudover med timetakst.

Bliver det dyrere at bruge den private underleverandør, så tages midlerne fra det samlede budget. Populationsudvidelsen med 18-22 årig har ikke givet anledning til ændret samlet budget.



# Tandregulering Viborg – kommunal ordning

## Inspiration og videndeling

- Brugen af den private underleverandør sikrer den nødvendige kapacitet så der ikke er venteliste og børn og unge behandles altid rettidigt, hvilket overtandlægen vurderer er med til at begrænse udgifterne til komplekse og dyre behandlinger med fast apparatur. Omvendt stiller modellen større krav om ressourcer og kompetencer i basistandplejen, og prioritering heraf – samt mulighed for fortsat at rekruttere kompetent personale - udgør en forudsætning for, at ordningen kan fungere.
- I Viborg Kommune behandles ud fra LEON-princippet med vægt på at udnytte forebyggelses-potentialet og ressourcerne hos tandlæger og tandplejere i basistandplejen. Derfor satses massivt på delegation og kompetenceudvikling i tandplejen herunder gennem intern specialisering (interceptiv, kirurgi, rodbehandling mv.). Der oplæres i orto i forbindelse med visitation. Desuden prioriterer specialtandlægen at undervise alle nyansatte behandlere i basistandplejen i at for-visitere patienterne og i interceptiv behandling. Derudover afholder specialtandlægen 2 gange årligt teoretisk undervisning for tandplejen.
- Der er bla. fokus på opbygning af kompetencer fx vedr. tandkirurgi i basistandplejen, således dette ikke bliver en flaskehals ift. henviste patienter fra specialtandlægen. Overtandlægen mener at almindelige tandlæger i tandplejen godt kan oplæres til at varetage en del af de kirurgiske behandlinger.
- Leverandøren af tandreguleringen lægger vægt på at gennemføre intensive behandlingsforløb med regelmæssige kontrolbesøg og fremdrift fra gang til gang. Der arbejdes ud fra et mål om at klare mest muligt, når patienten er mødt op i klinikken. Dette vurderes mest effektivt i lyset af de relativt store transaktionsomkostninger både for patienterne og for klinikken i forbindelse med hvert besøg (transport, rengøring, registreringer, skiftetider mv.)
- Kommunens børnetandpleje har samarbejdsaftale med 11 private praksis, de laver ligesom den kommunale tandklinik også mindre forebyggende tandreguleringsbehandlinger såsom aktivatorbehandling, små plader, plast på tænderne for at rette op.
- Der anvendes et pejlemærke om at 20 % af en årgang børn og unge modtager tandregulering. Dette ift. at estimere forventet forbrug af den private underleverandør. Det opleves at drøftelsen om budget og serviceniveau er naturlig at have med en ekstern leverandør, som ydermere har erfaring fra det offentlige og forståelse for kommunens budgetmæssige begrænsninger.
- En fast specialtandlæge sikrer kontinuitet og entydig sparring, rådgivning og behandlingspraksis. I Viborg har specialtandlægen selv oplært sin partner, og modellen opleves at reducere nogle af de udfordringer, som kan opstå andre steder når en ny specialtandlæge overtager behandlingen, ændrer behandlingsplanen og forløbet trækker ud.
- Det er en erklæret værdi at etablere en tæt tilknytning til patienterne og at rammerne sikrer, at det enkelte barn er i fokus under konsultationen. Der tages individuelle hensyn fx til børn med særlige behov. Personalet har fået rådgivning fra en psykolog om hvordan barnet/den unge engageres i behandlingen og kommunikation med forældre i den forbindelse, idet moderne forældre kan være krævende for fagpersonerne, der er afhængige af at kunne have fuldt fokus på barnet for at yde høj faglig kvalitet.
- Ejeren af tandreguleringsklinikken har som mål – og instruerer de ansatte i, at patienterne skal føle sig velkomne. Dette mål kommunikerer til medarbejderne således, at patienterne skal have oplevelsen af, at de kommer til et fint hotel, når de bliver modtaget i tandreguleringsklinikken.



6. Situationsbillede og  
inspiration fra  
sammenligningscases

# Introduktion – Situationsbillede og inspiration fra sammenligningscases

I det følgende afsnit præsenteres resultatet af organisations- og flowanalysen i form af et situationsbillede inden for 7 temaer:

1. Økonomi og budget
2. Organisering, ledelse og bemanning
3. Venteliste
4. Effektiv drift og kapacitetsudnyttelse
5. Faglig vurdering og visitationspraksis
6. Samarbejdet med Tandreguleringen I/S og Tandplejen
7. Kultur og værdier

De valgte temaer afspejler dels opgavebeskrivelsen, dels de emner som har været behandlet i den kvalitative del af analysen, og som har været vigtige for deltagerne både inden for Tandreguleringen og i ejerkommunerne.

For hvert tema præsenteres

- Situationsbillede baseret på observationer og kvalitative fund, hvor relevant opdelt på erfaring og oplevelser hos ledelse og medarbejdere i Tandreguleringen I/S (indefra-ud perspektiv) og erfaring og oplevelser hos overtandlæger og medarbejdere i ejerkommunerne (udefra-ind perspektiv).
- Inspiration fra sammenligningscases med vægt på konkrete løsningsforslag, som er implementeret i praksis.

BDO har desuden for hvert tema kort opsummeret hovedbudskaberne i en rød bjælke øverst.

Konkrete forslag til indsatser for hvert tema er samlet i bilaget: Indsatskatalog. En yderlig opsummering og gruppering af indsatskatalogets indhold er desuden foretaget i afsnit 7: Samlede anbefalinger.

Situationsbilledet bygger på de gennemførte aktiviteter i perioden april-juni 2024, og bærer således præg af perioden op til analysens gennemførelse, som blandt andet var præget af udskiftning i ledelsen i TR og driftsmæssige udfordringer, bl.a. som følge af en specialtandlæges opsigelse.

Situationsbilledet er først kvalificeret på to workshops med hhv. specialtandlægegruppen og overtandlægerne fra ejerkommunerne, og efterfølgende på møde med styregruppen. Tema 1: "Økonomi og budget i balance" adskiller sig ved at det ikke har været kvalificeret på workshops, men alene i dialog med ledelsen og styregruppen.

De præsenterede inspirationer fra sammenligningscases er kvalificeret gennem interview med sammenligningskommuner/selskaber, og så vidt muligt underbygget med supplerende data og øvrigt skriftligt materiale såsom samarbejdsaftaler. Kontaktpersonerne fra de øvrige tandreguleringsordninger har været med til at udpege de løsninger, som har givet gode resultater hos dem inden for de valgte temaer. Generelt har de samme temaer og i nogle tilfælde udfordringer været oplevet og håndteret flere steder.

# Tema 1: Økonomi og budget i balance – (s. 1/2)

Budgettet til Tandreguleringen anses internt for utilstrækkeligt til at sikre bæredygtig opgaveløsning med balance mellem inflow og afsluttede forløb. Der er behov for større gennemsigthed i forudsætningerne for budgettet sammenholdt med behandlingskapacitet og resultatkrav til Tandreguleringen. Sammenlignet med data fra andre ordninger synes Tandreguleringen dog ikke underfinansieret ud fra budget pr. barn (0-17 årig).

## Observationer

- Internt i Tandreguleringen er det en udbredt opfattelse at budgettet til Tandreguleringen ikke er tilstrækkeligt i forhold til antal visitationsdage og antal ind-visiterede børn.
- Der opleves hos bestyrelse og overtandlæger en vis uigennemsigthed i forhold til Tandreguleringens anvendelse af budget og ressourcer. Eksempelvis er der ejerkommuner der selv foretager en yderlig bearbejdning af modtagne data fra Tandreguleringen, for at sikre den nødvendige indsigt og forståelse.
- Specialtandlægerne synes ikke struktureret at blive inddraget løbende ift. at drøfte den drifts-økonomiske situation, dette med henblik på at skabe synlighed og ejerskab for rettidigt at imødekomme økonomiske udfordringer. Skal ses i forhold til at specialtandlægerne har friheden til at vælge egne behandlingsprincipper/-materialer - og samtidig er de ansvarlige for andelen der indvisiteres inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Det bemærkes denne andel varierer på tværs af ejerkommuner og specialtandlæger.
- Forøgelsen af Tandreguleringens population med de 18-22 årige har ikke medført øget budget.
- Justering af Tandreguleringens budget foretages ved ændring i population på 2000 børn. Potentielt kan der således "udestå" finansiering ved en populationsforøgelse på eks. 1900 børn svarende til ca. 3-400 yderligere børn der vil skulle ind-visiteres inden for samme budgetramme.
- Antal visitationsdage hos ejerkommunerne er øget til ialt 44 i 2024. Indvisiteres ca. 25-28 pr. visitationsdag, så giver det ca. 1200 ind-visiterede. Normeringen for Tandreguleringen er 950 ind-visiterede årligt baseret på antal specialtandlæger (årsværk).
- Anvendt Frit-Valgs takst har været en fast takst uanset behandlingsform. Dog er BDO ultimo juni 2024 blevet gjort bekendt med, at der er udarbejdet en ny beregningsmodel for konkret og individuel beregning af egenbetaling til Frit-Valg – og at modellen tages i anvendelse fra august 2024.
- Hvidovre Kommune yder et omfang af økonomisk bistand/rådgivning til Tandreguleringen som opleves at ligge udover den eksisterende aftale herom.

# Tema 1: Økonomi og budget i balance – (s. 2/2)

## Inspiration fra sammenligningscases

- I TRCF (Odense) bliver budgettet årligt tilpasset børnetallet. Budgettet reguleres således årligt vha. en fastlagt pr. capita takst (553 kr. pr. capita i 2024) der ganges med årets børnetal (=tandreguleringsens samlede population). De deltagende kommuner fordeler betalingen ud fra deres andel af børnetallet.
- Tre sammenligningskommuner/-selskaber har justeret budgettet som følge af en øget population svarende til de 18-22 årige;
  - To §60 selskab har øget budget med henholdsvis 5% (CTN) og 10% (CFT Ballerup) af ejer kommunernes DUT-midler.
  - TRCF (Odense) har øget budgettet med 50% (for de 18-22 årige) af den faste pr. capita takst, der danner grundlag for beregningen af hver enkelt deltagende kommunes samlede budgetbidrag → pr. capita takst x andel af børnetal.
- Argumentet for øget budget til de 18-22 årige er blandt andet øget ressourcetræk grundet;
  - Patienter med sen kæbevækst og sent udviklede dybe bid (betalte selv for disse behandlinger før), patienter med holdebøjle skal tilses og vedligeholdes i en længere periode, flere klagesagsbehandlinger og erstatningssager mv.
- CTN: Aftalegrundlaget der ligger til grund for §60 selskaber definerer klart indholdet i og grænserne for den opgave der skal løses i tandreguleringen inden for budgettet – herunder snitfladen til tandplejen.
- TRCF betaler ejer kommuners materialeomkostninger, såfremt de udfører interceptive behandlinger, som er defineret om værende dækket af budgettet til tandreguleringen – eks. krydsbid eller ganebøjler.
- I flere §60-selskaber involveres specialtandlægerne aktivt i driftsøkonomien, eksempelvis;
  - CFT Ballerup: Ledelsesinformation med centrale nøgletal udarbejdes og drøftes på kvartalsvise ledelsesmøder, hvor specialtandlægerne deltager. Nøgletalsopfølgning omfatter statistik om patientforløb (indkaldte, aktive, i retentionsbehandling) samt visitationspraksis fordelt på behandlingsteams.
  - CTN: Ledelsen fremhæver vigtigheden af at involvere specialtandlæger ift. drift og økonomi og at sikre ejerskab hertil. Der er forskellige overvejelser om konstruktiv fremgangsmåde ift. gennemsigtighed ved intern benchmark af teams – med fokus på inspiration til optimeringsdrøftelser.
- CFT Ballerup: Bistand/rådgivning til HR og Økonomi tilkøbes i driftskommunen.
  - Juridisk bistand stilles til rådighed hos den ejer kommune, der besidder formandsposten i bestyrelsen (skiftes hvert 2. år).
- CTN: Frit-Valgs takst beregnes individuelt for det enkelte barn og ud fra den specifikke behandlingstype.

# Tema 2: Organisering, ledelse og bemanning – (s. 1/2)

Organiseringen af § 60-selskabet er kompleks og der savnes klare mandater og entydig ledelse ift. tværgående behandlingsforløb. Styrket faglig ledelse, mandat og faglig koordinering er et centralt tema, såvel internt i Tandreguleringen som på tværs af TR og ejerkommunerne. Dette anses som en forudsætning, hvis målet er et TR med ensartet og kalibreret visitations- og behandlingspraksis.

## Situationsbillede - fælles

- Organiseringsmodellen er kompleks med mange aktører og mange niveauer af beslutningstagere – administrativt, fagligt og politisk.
- Der opleves eks. uklare roller og mandater på tværs af Tandreguleringen i spændet mellem bestyrelse, ledelse og overtandlæger. Det aftalemæssige grundlag bidrager ikke i tilstrækkelig grad til afklaring.
- Der opleves en bestyrelse, som er træg til at tage beslutninger og implementere disse på tværs af ejerkommuner - fx om opgave- og arbejdsdeling med basistandplejen og med manglende klare udmeldinger om retning for den fælles Tandreguleringsordning.
- Kommunikationsvejene til medarbejderne i Tandreguleringen og i ejerkommunerne har været svære. Der har manglet klare udmeldinger om retning for den fælles Tandreguleringsordning og om trufne beslutninger.
- Der beskrives et potentiale for klare mandater til eksekvering af beslutninger på tværs af Tandreguleringen og ejerkommunerne og på tværs af ejerkommunerne.
- Ledelsesforum for TR og ejerkommunerne består af direktøren for TR og de seks overtandlæger. Der er således ingen faglige samarbejdsfora på tværs af ejerkommuner og specialtandlægerne i TR eks. ift. kriterier for henvisning til visitation og udbredelse af best practices (fx forebyggende indsatser).
- Hvert behandlerteam er fagligt ledet af en specialtandlæge. Den enkelte specialtandlæge har stor autonomi beskrevet som ”metodefrihed”. Der er forskellig arbejdsform, arbejdsdeling og delegationsgrad, og der eksisterer ikke en fælles entydig faglig ledelse på tværs af behandlerteamsene i TR.

- Volumen i ordningen åbner mulighed for at udvikle stærke faglige fællesskaber for de forskellige faggrupper, hvilket forventes at understøtte rekruttering og fastholdelse.

## Situationsbillede – Indefra-ud perspektiv

- Der ses et potentiale i tættere samarbejde på tværs af basistandplejen i ejerkommunerne, fx om at styrke kvaliteten af for-visitationen – og udveksling af god praksis ift. eksempelvis bedre forebyggende indsatser.

## Situationsbillede – Udefra-ind perspektiv

- Beslutningsgangene kunne bl.a. lattes ved at styrke sekretariatsbetjeningen og de administrative arbejdsgange fx årshjul og rettidig udsendelse af mødemateriale, så ejerkommunerne har bedre forudsætninger for at forberede møderne og klæde bestyrelsesmedlemmerne på.
- Overtandlægerne efterspørger en faglig ledelse, som kan sætte retning og træffe beslutning ud fra evidens og effekt sammenholdt med omkostninger ved introduktion af nye metoder og materialer.
- Desuden kan en faglig leder kvalificere beslutninger i bestyrelsen og indgå i ledelsesnetværket på tværs af TR og ejerkommunerne, så der kan foregå fælles faglige drøftelser.



# Tema 2: Organisering, ledelse og bemanning - (s. 2/2)

## Inspiration fra sammenligningscases

### 2A Enklere organisering og klare rammer

- Model for fælleskommunal løsning for TRCF sikrer beslutningskraft og entydig placering af ledelsesansvaret hos overtandlægen i Odense. Modellen sikrer accountability såvel økonomisk som fagligt. Desuden definerer samarbejdsaftalen mellem Tandregulering Fyn og deltagerkommunerne klart roller og ansvar.
- Arbejdsgangsbeskrivelse i CTN tydeliggør hvad der er ejerkommunernes ansvar, og hvordan de kan være med til at sikre at de specialiserede ressourcer i den fælles Tandreguleringsordning anvendes mest hensigtsmæssigt. Arbejdsgangsbeskrivelsen bidrager til at sikre ensartethed mellem ejerkommunerne og klare rammer for samarbejdet.
- Tandreguleringen i Høje-Taastrup Kommune er ledet af overtandlægen, som også er leder for tandplejen. Dette sikrer entydig placering af ledelsesansvar og helhedssyn på opgave- og arbejdsdeling ud fra målet om at optimere de samlede patientforløb.

### 2B Eksempler på mål og retning vedr. udvikling af Tandreguleringen

- Lederen i CTF Ballerup prioriterer at udvide fysisk, så alle teams får udvidet deres kapacitet til 3,5 stole. Lederen i Høje-Taastrup har som mål, at ansvaret for behandling i retentionsfasen skal overgå fra Tandreguleringen til basistandplejen efter ½-1 år.

### 2C Controllerfunktion og aflastning af ledelsen

- I §60-selskaberne CTF Ballerup, CTN og i TRCF (Odense) har direktøren ledelsessupport fra en dedikeret økonom/administrativ koordinator med kompetencer inden for controlling og opfølgning på resultatmål baseret på data.

### 2D Entydig placering af faglig ledelsesfunktion

- De øvrige sammenligningscases ledes alle af en specialtandlæge eller overtandlæge, hvilket sikrer entydig placering af formaliseret faglig ledelsesfunktion og fagligt organisatorisk ansvar koblet med budgetansvar hos den pågældende person.

### 2E Involvering af specialtandlægegruppen i opfølgning på mål og resultater

- I CTF Ballerup har specialtandlægerne en mellemliderfunktion, hvilket indebærer medansvar for at den faglige opgave løses bedst muligt inden for de givne rammer. I TCN involveres specialtandlægerne i selskabets drift og økonomi og engageres i, at budgettet overholdes. I TRCF (Odense) engageres specialtandlægerne i hensyn til drift og økonomi bl.a. via dataunderstøttet opfølgning på mål og resultater fordelt på teams.



# Tema 3: Venteliste – (s. 1/2)

Der er opbygget en betydelig venteliste, både for patienter som har fået optaget materiale og for dem, som endnu ikke er vurderet i Tandreguleringen. Ventelisten stiger fortsat måned for måned. En større gruppe patienter har overskredet deres behovsdata, og situationen er alvorlig. Reduktion af ventelisten vil kræve særskilt og tidsafgrænset tiltag udenfor normal drift.

## Situationsbillede - fælles

- Længere ventetid indebærer risiko for, at patienter kommer for sent i gang set i forhold til vækstzonen, hvorfor behandlingerne i sidste ende kan blive mere komplekse og langvarige og dermed dyrere.
- Budskab om at der kun må være en venteliste har betydet fokus på at der ikke eksisterer ventetid på visitation i ejerkommunerne, hvilket bl.a. har affødt et øget antal visitationsdage i visse ejerkommuner. Dette opleves at have haft en effekt på ventelisten i TR.

## Situationsbillede - Indefra-ud perspektiv

- Ventelisten til Tandreguleringen er stigende og omfangsrig (pt. ca. 2200 patienter). Er karakteriseret ved at den hyppigste alder er 13 år og næsten 30% er over 14 år.
- Ventelisten begrundes bl.a. i øget inflow og øget kompleksitet/varighed i behandlinger.
- Øget inflow tilskrives flere visitationsdage, som i kombination med det oplevede utilstrækkelige budget og kapacitetsmangel resulterer i en øget venteliste.
- Ventelisten tilskrives også et gammelt efterslæb fra en ejerkommune, der på et tidspunkt var bagud i visitationer.
- Venteliste medfører øget ventetid med risiko for, at patienter kommer for sent i gang set i forhold til vækstzonen, hvorfor behandlingerne i sidste ende bliver mere komplekse og langvarige.
- Aktuelt opstartes alene behandling for nye patienter, som allerede har fået optaget studiemateriale. Nyt materialeoptag blev stoppet i 2023. Optaget materiale kan risikere at blive forældet før behandlingsopstart.
- På grund af forsinkelse er der ikke et opdateret overblik over karakteristika for patienterne på den almindelige venteliste. De oplysninger, som er registreret om patienterne kan man ikke længere regne med, idet behovet kan have ændret sig i ventetiden.
- Der er i analyseperioden udarbejdet en køreplan for fremadrettet afvikling af ventelisten, men der udestår en plan for systematisk faglig prioritering og håndtering af haste-patienter.

- Aktuelt er der kun kapacitet til at opstarte +B-nu – det er usikkert hvornår +B kan komme til.
- Bevidstheden om den lange ventetid på behandlingsopstart påvirker speciallægenes visitationspraksis. Det indebærer, at TR's specialtandlæger vil have tendens til at markere børn til +B eller +Bnu, frem for at markere dem som OBS/OBS i lokalt regi, for at øge chancen for rettidig opstart. Den eksterne konsulent, som også visiterer, tager ikke det samme hensyn, hvilket kan medvirke til at forklare forskellen i visitationsprocent.
- Der vurderes ikke at være de fysiske rammer til at kunne indsætte et ekstra behandlingsteam med fokus på afhjælpning af venteliste.

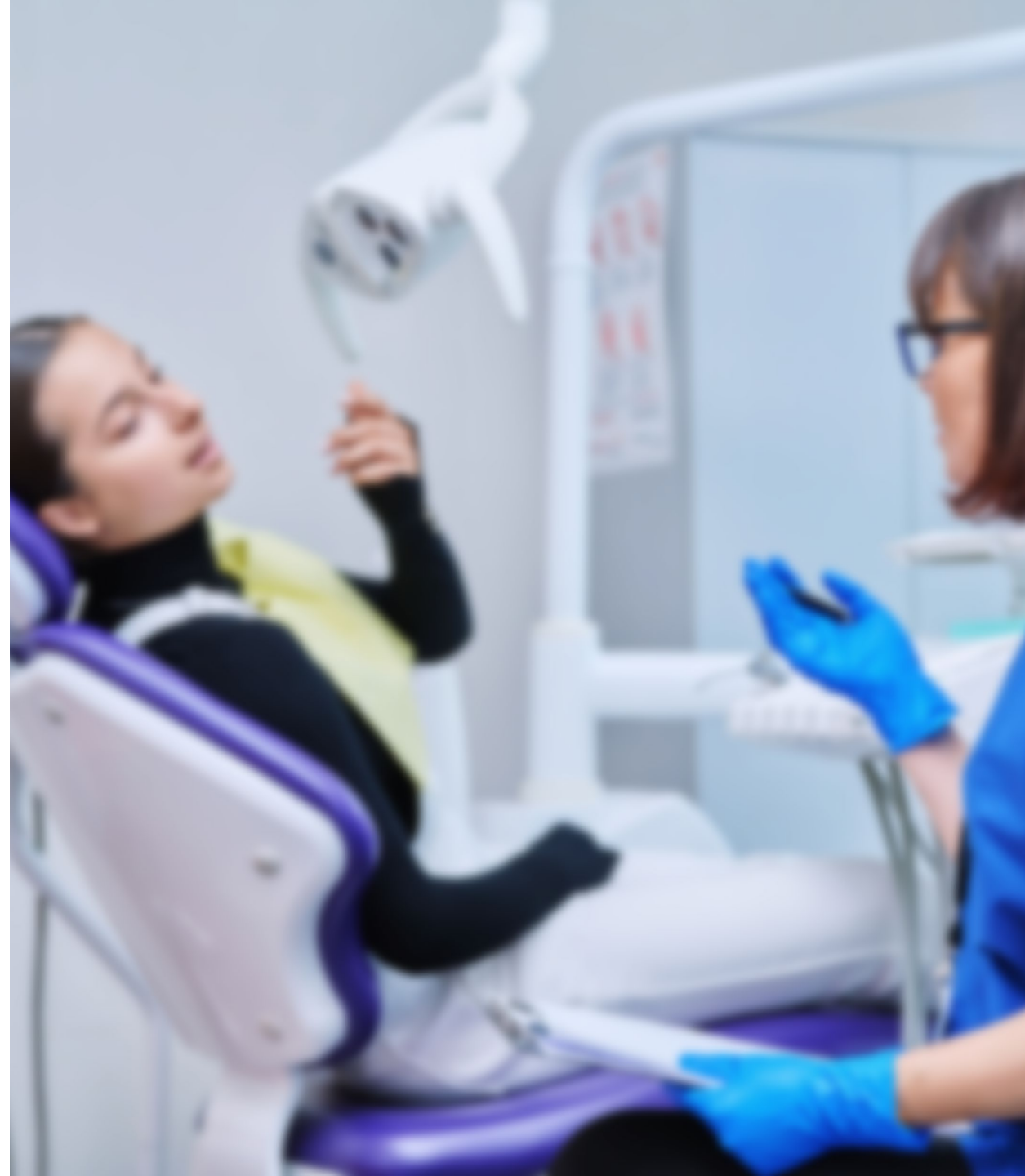
## Situationsbillede - Udefra-ind perspektiv

- Ventetiden er fagligt set alvorlig og kan potentielt give anledning til kritik fra relevante myndigheder, hvis rette tidspunkt for vækstadapterende behandling er forpasset.
- Bør tilbage til at have en behovsventeliste (venteliste ift. reelt behov) og en alm. venteliste (patienter der godt kan vente). Dette sikrer større gennemsigtighed og bedre grundlag for prioritering.
- Det er en myte at ventelisten skyldes gammelt efterslæb med pukkel fra især Hvidovre kommune – og der blev givet finansiering til TR i den forbindelse, dog usikkert hvorvidt finansieringen blev givet til øget produktionskapacitet.
- Manglende forebyggende/afklarende dialog/kommunikation mellem tandplejen og specialtandlæger øger risikoen for unødige henvisninger fra tandplejen til visitationsdage. Samtidig øges risikoen for flere OBS patienter, som optager tider på efterfølgende visitationsdage. Dette indebærer uhensigtsmæssig brug af specialtandlægers ressourcer.
- Basistandplejen bruger uhensigtsmæssigt mange ressourcer på dialog med pårørende til børn/unge med behov for opstart hos TR og/eller hvor tilstanden forværres.
- Ejerkommunerne har givet ekstrabevilling til et ekstra behandlerteam som skal øge behandlingskapaciteten, så ventelisten kan nedbringes. Dette er ikke implementeret, bl.a. grundet manglende kapacitet på eksisterende matrikler og forventelige vanskeligheder med at rekruttere specialtandlæge. En del af ekstrabevillingen vil anvendes til at sende patienter til private aktører.

## Tema 3: Venteliste – (s. 2/2)

### Inspiration fra sammenligningscases

- TRCF har over en 3-4 årige periode reduceret venteliste på ca. 2000 patienter (+ ca. 500 der ventede på visitation) ved følgende tiltag (+ en væsentlig ekstrabevilling);
  - Via udbud købt ca. 1300 patientpladser hos tre private underleverandører. Primært de komplekse (for sene) og dermed langvarige behandlinger der blev håndteret i privat regi. Derved blev normal drift ikke blev påvirket heraf.
  - Derudover fokuserede TRCF på følgende ift. ventelisten:
    - Sorter patienter i vækst-adapterende (ca. 80%) og ikke-vækst adapterende (ca. 20% ). De ikke-vækstadapterende kan ofte fint vente 4-5 år på behandling, så planlæg herefter.
    - Fordel de vækst-adapterende i akutte og ikke-akutte, og prioriter herefter.
- TRCF: En vis venteliste er ok såfremt de kritiske og vækstadapterende kommer til rettidigt. De ikke-vækstadapterende kan fint stå på venteliste et vist antal år – dog skal deres opstart planlægges ind inden for en bestemt frist, således de ikke strander.
- CFT (Ballerup) håndterede ca. 100 patienter på venteliste via intern opnormering af special-tandlægers tid i en afgrænset periode over ca. 3 år.





# Tema 4: Effektiv drift og kapacitetsudnyttelse – (s. 1 / 2)

Der ses et potentiale for at øge kapacitetsudnyttelsen dvs. gennemføre flere aftaler inden for eksisterende kapacitet gennem en række indsatser, herunder udbredelse af bedste praksis på tværs af teams, øget opgavedelegation og indsats for at reducere udeblivelser. Desuden sikre at behandlinger afsluttes hurtigere i TR med fokus på faglige behandlingsmål.

## Situationsbillede - Indefra-ud perspektiv

Del 1: Planlægning og afvikling af patientkontakter på åbningssdage

- Behandlerteamsene fungerer relativt selvstændigt og drives som "6 små tandregulerings-klinikker". Behandlere er typisk tilknyttet en specialtandlæge og et team, og der er begrænset deling af ressourcer på tværs af behandlerteams. Enkelte medarbejdere arbejder i flere behandlerteams.
- Der er forskel i produktionen på tværs af teams, hvilket både afspejler forskel i arbejdstid, bemanning og kompetencer, antal stole i gang pr. behandlerteam, forskel i delegationsgrad og speciallægenes arbejdsform.
- Det er forskel på hvilke opgaver specialtandlægerne uddelegerer internt i behandlerteams, hvor ofte de selv vil se patienterne til eks. kontrol, og hvordan de registrerer og reserverer såkaldte "support-tider" i kalenderbookingen.
- Åbningstiderne fremgår p.t. ikke af hjemmesiden. Af kalenderen kan aflæses, at den almindelige åbningstid er 8-15 (fredag til 13/14), og tiderne bookes ikke altid i den fulde åbningstid. Specialtandlægerne oplyser, at de har åbent til kl. 16 på udvalgte dage.
- Anvendt måltal for kapaciteten er antal nye behandlingsplaner pr. specialtandlæge.
- Drift på to matrikler har betydning for muligheden for at dele kapacitet på tværs, og der er ikke samme adgang til fællesfunktioner fx ledelse, servicecenter og teknik i Albertslundklinikken.

Del 2: Effektivitet i de samlede patientforløb

- Forsinket behandlingsopstart som følge af kapacitetsmæssige udfordringer og venteliste opleves at have som konsekvens, at behandlingerne bliver mere komplekse og forløbene skønmæssigt ca. dobbelt så lange.
- Det opleves, at patientforløb kan trække ud pga. manglende behandlingsskapacitet, bl.a. fordi der går for lang tid mellem kontrolbesøg. Ideelt set vurderes der maksimalt at skulle være ca. 6-8 uger mellem kontrolbesøg for at sikre fremdrift i behandlingsforløbet.

- Det er uklart og sandsynligvis forskelligt på tværs af teams, hvornår patienter i retentionsbehandling afsluttes til opfølgning i ejerkommunen.
- Når patienter henvises af Tandreguleringen til ydelser i kommunen kan der opstå forsinkelse i forløbet, fordi ejerkommunerne typisk kun har begrænsede dage med besøg af kirurg (1-2 gange pr. måned). Der er i Tandreguleringen oplevet eksempler på op til 5 måneders ventetider på henvisninger til basistandplejen.
- Det er endnu ikke klarlagt, om/i hvilken grad nye og dyrere teknologier har givet forventede afledte effektiviseringsgevinster i form af mere effektive patientforløb, hvilket er intentionen og forventningen til bl.a. 3D-scan og invisalign. Endnu er de nye metoder dog ikke fuldt implementeret, og der har været brugt tid og ressourcer på omstillingen i opstartsperioden.
- Eksempelvis bemærkes at den forventede gevinst ved 3D print (færre årsværk) endnu ikke er blevet realiseret, hvorfor tandteknikere er pressede og risikerer at udgøre en flaskehals, Det er dyrt at købe apparatur hos eksterne, hvilket afspejler sig i materialeomkostningerne.

## Situationsbillede - Udefra-ind perspektiv

- Oplevelse af komplekse og langstrakte behandlingsforløb i TR. Der går for lang tid mellem kontrollerne, og så hober patienterne sig op. Det er en kendt og italesat udfordring, at patientforløbene ikke bliver afsluttet.
- Overtandlægegruppen ønsker større sikkerhed for at driften i TR er omkostningseffektiv og at kapaciteten udnyttes maksimalt til gavn for flest mulig børn og unge med behov for tandregulering. Dette svarer 1:1 til ledelsesopgaven i basistandplejen, hvor det også er en konstant udfordring at løse opgaven inden for de givne budgetmæssige rammer.
- I forlængelse heraf ønskes større sikkerhed for og gennemsigtighed af, om bedste praksis eksempler inden for TR suppleret med inspirationscases fra sammenligningskommuner bliver udbredt ved at virksomme arbejdsmetoder implementeres på tværs af behandlerteams i TR.

## Tema 4: Effektiv drift og kapacitetsudnyttelse – (s. 2/2)

### Inspiration fra sammenligningscases

- CFT Ballerup har de sidste par år løbende arbejdet på at mindske patient basen i CFT for at sikre driften. Eksempelvis ved at nedbringe antallet i patienter i observationsgruppen, så patienterne enten kommer hurtigere i behandling, eller observeres lokalt, indtil de er klar til tandregulering. Desuden er der effektiviseret således specialtandlægerne har øget deres produktion.
- CFT Ballerup: Ledelsesinformation med centrale nøgletal udarbejdes af lederens PA (økonom) og drøftes på kvartalsvise ledelsesmøder, hvor mellemliderne (specialtandlægerne) deltager. Nøgletalsopfølgning omfatter statistik om patientforløb (indkaldte, aktive, i retentionsbehandling) samt visitationspraksis fordelt på de 4 teams.
- Høje-Taastrup Kommune: Der stræbes efter at minimere mødetid, idet målet er ”jo mere tid på stolen, jo bedre”. Booking af tider ”fuldt ud” (fra åbningstid til lukketid)
- Tandregulering Fyn: Ledelsesinformation med centrale nøgletal udarbejdes af lederens PA (økonom) og drøftes på kvartalsvise ledelsesmøder, hvor mellemliderne (specialtandlægerne) deltager. Nøgletalsopfølgning omfatter statistik om patientforløb (indkaldte, aktive, i retentionsbehandling) samt visitationspraksis fordelt på de 4 teams.
- CTN: Udstrakt delegation til behandlere/tandplejere bidrager til at tilvejebringe den behandlingskapacitet, der er behov for i området for at løse opgave jf. kontrakten med ejerkommunerne og med den anvendte visitationspraksis.
- Viborg: Det er målet at forløbene er intensive, og at der løbende sikres fremdrift gennem regelmæssige kontrolbesøg, typisk hver 6. uge. Behandlingsforløbene varer omkring 2 år efterfulgt af en retentionsperiode på ca. 1½ år.



# Tema 5: Faglig vurdering og visitationspraksis - (s. 1 /2)

Specialtandlægerne i Tandreguleringen I/S har en høj grad af autonomi og metodefrihed, betydende visse variationer på tværs af behandlerteams og kommuner. Det kan være relevant at have øget fokus på at afstemme det faglige ambitionsniveau for behandlingsmål i forhold til de budgetmæssige rammer.

## Situationsbillede - Indefra-ud perspektiv

- Den enkelte specialtandlæge vurderer og prioriterer sine patienters behandlingsbehov og lægger en individuel behandlingsplan ud fra SST retningslinjer. Specialtandlæger beslutter egne behandlingsprincipper – samt anvendelsen af ny teknologi/behandlingsformer. Specialtandlægenes individuelle behandlingspraksis og frihedsgraderne hertil fremhæves af behandlerne internt som et positivt kendetegn ved Tandreguleringen.
- Tandreguleringen er bemandet af erfarne specialtandlæger med høj anciennitet og et højt fagligt ambitionsniveau. Flere deltager i undervisning af kommende specialtandlæger, og de rekrutterer patienter inden for forskellige behandlingskategorier ifb. med visitation i ejerkommunerne til behandling som led i videreuddannelsen på Panum.
- Specialtandlægerne sikrer i fællesskab faglig kvalitet på kalibreringsmøder, og gruppen oplyser at de arbejder ud fra de samme nedskrevne visitationskriterier.
- Second opinion-princip sikrer behandling på rette faglige niveau. Det indebærer, at det er en anden specialtandlæge end visitator, der lægger behandlingsplanen. I praksis er de ofte enige hvilket afspejler sig i, at ganske få af de indvisiterede patienter revurderes til –b.
- Det opleves forskelligt hvor gode ejerkommunerne er til for-visitiation og forbyggende behandling, og der er potentiale i at styrke og ensrette dette, så tiden på visitationsdagene udnyttes bedre.
- Der eksisterer ikke et fast track for at indoptage akutte patienter til vækstadapterende behandling eller ved risiko for skade m.v.
- De patienter, som endnu ikke har fået lagt en behandlingsplan, men som står på venteliste og er vurderet til +b-nu, kan have en ventetid, som fagligt set er bekymrende – vurderet af specialtandlægerne.
- T-10 blanketter modtages og besvares af klinikassistenter i call-center – og vurderes ikke systematisk af specialtandlæger. Pt. afsendes standardsvar, som ikke afspejler faglig stillingtagen eller prioritering.
- Speciallægerne er sideordnede hvilket betyder, at mails til specialtandlæger vedr. ikke-for-delte patienter går ud til alle, uden at ansvaret for at svare er placeret hos en person.

## Situationsbillede - Udefra-ind perspektiv

- Det opleves i ejerkommunerne, at specialtandlægerne anvender forskellige behandlingsprincipper, og at der er forskel på deres visitationspraksis. Det opleves at den eksterne visitator tager færre ind, og pågældendes faglige vurderinger er anerkendt og accepteret.
- Specialtandlægenes visitationspraksis afspejler også deres tillid til basistandplejen. Hvis der er lavt tillidsniveau, så er det oplevelsen, at specialtandlægerne visiterer flere ind.
- Second-opinion model indebærer, at det er en anden specialtandlæge, der lægger behandlingsplan end den, som har visiteret. Ifølge ejerkommunerne bidrager modellen reelt ikke til at sikre ensartet visitations- og serviceniveau, og modellen ses som unødigt ressourcekrævende pga. gentagelse af undersøgelse og yderligere dokumentation.
- Specialtandlægenes individuelle behandlingsmetoder og –principper kan udfordre medarbejderne i basistandplejen, hvis der opleves forskelligheder. Set fra overtandlægenes perspektiv er forskelligheder som følge af metodefrihed som udgangspunkt ok. Dog kan sådanne forskelle udfordre muligheden for effektiv drift og indhøstning af stordriftsfordele, fordi specialtandlæger i mindre grad kan aflaste på tværs af teams - og patientforløb ikke kan overdrages lige så let ved evt. udskiftning af behandler.
- Der er forskel på medarbejdernes kontinuitet, erfaring og kompetencer i basistandplejen på tværs af de 6 ejerkommuner. Det er forskelligt hvor gode ejerkommunerne er til for-visitiation, og der er effektiviseringspotentiale i at styrke og ensrette dette.
- Der ses et påtrængende behov for koder og procedurer, som kan sikre prioritering af tilfælde, som fagligt set haster/er akutte ("Cito") i Tandreguleringen.
- Det er relevant at drøfte behandlingsmål og serviceniveau. Hvor perfekt skal resultatet være, før man afslutter? Der skal være vedvarende fokus på at behandlinger alene efterlever det sundhedsfagligt nødvendige niveau - og at borgere selv må betale for behandlinger af kosmetisk karakter.
- Højt fagligt ambitionsniveau for igangsatte behandlingsforløb skal afvejes imod hensynet til nye patienter med behandlingsbehov. Det kan være nødvendigt at prioritere hårdere, hvis det skal være muligt at løse den samlede opgave inden for det tildelte budget.



# Tema 5: Faglig prioritering og visitationspraksis – (s. 2/2)

## Inspiration fra sammenligningscases

- CTN: Kontrakt og arbejdsgangsbeskrivelser kommunikerer og tydeliggør fælles opgave og ansvar for de samlede patientforløb. Herunder forventninger til basistandplejen.
- Høje-Taastrup: Erklæret målsætning om at behandlingsmål og –indsatser afspejler et helhedssyn på børn og familier, hvor behandlingsplanen og de faglige mål justeres ud fra den enkeltes situation og baggrund.
- Fyn: Ordningen anerkender kommunale forskelle i kapacitet og kompetencer, og er indrettet fleksibelt på at kompensere for de faktiske forskelle, så børnene får samme faglige tilbud.
- Fyn: Der gennemføres regelmæssige brugertilfredshedsmålinger.
- Tandregulering Fyn: Kommunerne kan sende ”hændelser” ind fx akutte problemer. En specialtandlæge har 4-5 timer ugentligt til at gennemgå disse
- CTN: Systematikker i form af drejebøger, arbejdsgangsbeskrivelser, stringente regler og skabeloner ift. journalføring reducerer personafhængighed.
- CTN: Overtandlægerne får feedback på visitationer, så kommunerne kan øve sig i at sende de rette til visitation (for-visitering).

*Note: Selve § 60 selskabskonstruktionen udgør ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed ikke i sig selv en barriere for delegation eller lokal opgaveløsning, så længe den ansvarlige sundhedsperson (centralt eller decentralt) arbejder inden for sit virksomhedsområde og i øvrigt tilgodeser hensynet til omhu og samvittighedsfuldhed.*

*Selskabskonstruktionen og kompetenceforholdene mellem TR og ejerkommunerne kan have betydning for rammerne for opgavedelegation i de individuelle patientforløb sammenlignet med en kommunal ordning som fx Høje-Taastrup.*



# Tema 6: Samarbejdet ml. Tandreguleringen og Tandplejen – (s. 1 / 2)

Samarbejdet mellem Tandreguleringen I/S og basistandplejen er generelt kendetegnet ved et lavt tillidsniveau og sparsom kontakt. Den faglige dialog og sparring foregår primært på visitationsdagene suppleret med skriftlig korrespondance. Potentialet i at samarbejde om tidlig, forebyggende behandling bliver ikke udnyttet med den konsekvens, at behandlingsforløbene bliver komplekse og længerevarende.

## Situationsbillede – Fælles

- Gode og effektive patientforløb forudsætter på en række punkter samarbejde mellem basistandplejen og TR, eksempelvis om visitationsprincipper, tandudtrækning og observation af udviklingen hos børnene/de unge.
- Samarbejdet og dialogen er p.t. primært fokuseret omkring visitationsdage suppleret med skriftlig kommunikation (henvisninger, mails og T-10 blanketter). Kontakten mellem tandplejen og specialtandlægerne er generelt sparsom og afgrænset til visitationsdagene.
- Der ikke etableret periodiske og relations-opbyggende samarbejdsfora mellem tandplejen (eks. overtandlæger) og specialtandlægerne i TR.
- Samarbejdet er generelt præget af et gensidigt lavt tillidsniveau. Dog fungerer samarbejdet bedre med nogle kommuner, end med andre.
- Arbejdsgrupper mv. har været forsøgt, men er endt uden et fælles resultat.
- Patientforløbene ses ikke som fælles ansvar, i stedet fokus på at definere hvornår patienten er kommunens ansvar hhv. TR's ansvar.
- Potentialet i forebyggende indsatser og interceptive behandlinger i tandplejen bliver ikke undersøgt og udnyttet, hvilket medvirker til øget risiko for forsinket behandlingsopstart, med øget kompleksitet og udgiftsniveau til følge.
- Grundlaget/forudsætningerne for forebyggende indsatser og interceptive behandlinger i tandplejen er forskelligt på tværs af ejerkommuner (eks. kompetencer, parathed mv.)

## Situationsbillede - Indefra-ud perspektiv

- Det opleves i Tandreguleringen, at hverken TR eller basistandplejen pt. har kapacitet og overskud til faglig sparring og oplæring.
- Tidligere var der fælles faglige aktiviteter, men de er stoppet. Eksempelvis var der praksis for at drøfte cases på visitationsdagene. Den ændrede prioritering forklares bl.a. Med, at

ejerkommunerne ikke efterspørger det, men ønsker at ressourcerne i Tandreguleringen prioriteres på visitationer og behandlinger.

- TR var ikke involveret i planlægning af pilotprojekt vedr. interceptiv behandling (ganebøjle-håndtering) i en ejerkommune.

## Situationsbillede - Udefra-ind perspektiv

- Tandplejen oplever det er vanskeligt at få adgang til specialtandlæger i TR udenfor visitationsdagene, hvorfor der bl.a. er begrænset adgang til efterspurgt sparring, hvilket ellers kunne styrke den forebyggende behandling og kvalitet af forvisitation.
- Der foregår ikke en fælles og struktureret oplæring og supervision af tandplejen med henblik på at udnytte potentialet i interceptiv, vækstadapterende behandling.
- Der er etableret en tværgående erfa-gruppe, men det er uklart hvilket mandat, gruppen har, og der er risiko for dobbeltarbejde og ineffektive processer. Erfa møder er mere en orientering om TR økonomi end løsningsorienteret.
- Tandplejen oplever det er vanskeligt at få adgang til specialtandlæger i TR udenfor visitationsdagene, hvorfor der bl.a. er begrænset adgang til efterspurgt sparring. Lettere adgang til dialog og sparring kunne bidrage til at kvalificere/målrette udvælgelsesproceduren for børn der skal til visitation.
- Der har været gjort forsøg på at styrke de interceptive behandlinger i basistandplejen i form af et pilotprojekt i Hvidovre Kommune, bl.a. for at aflaste Tandreguleringen og udnytte mulighederne i rettidige, forebyggende indsatser. Fortolkningen af sundhedsjuraen har blokeret for samarbejdet på dette punkt, og specialtandlægerne i Tandreguleringen har anmeldt Hvidovre til STPS.
- Tandreguleringen forsøger at skubbe opgaver og udgifter over på kommunerne fx udgift til scanning, besvarelse af forældrehenvendelser m.v.
- Tandplejen får ekstraarbejde når TR ikke tager visiterede patienter ind ift. kontrol, opfølgning, dialog mv.

## Tema 6: Samarbejdet ml. Tandreguleringen og Tandplejen – (s. 2/2)

### Inspiration fra sammenligningscases

- CTN bemander en ugentlig satellitfunktion på lokale tandpleje-klinikker. Behandlere (klinikassistenter eller tandplejere) tager ud til de kommunale tandpleje-klinikkerne og udfører mindre interceptive behandlinger samt opgaver som indgår i specialtandlægenes behandlinger, men kan udføres uden specialtandlæge til stede, fx bueskift). Dette sikrer synlighed og relations-opbygning samt god service til patienter og pårørende via behandling i nærområdet.
- TRCF har ansat en tandlæge til at foretage interceptive behandling, som har sit eget team i tandreguleringen. Vedkommende har direkte adgang til sparring med specialtandlægerne, hvilket sikrer tryghed og kvalitet. Juridisk må tandlægerne i basistandplejen gerne lave ic behandlinger, forudsat at de har kompetencerne. Tandreguleringen tilbyder kvalitets-screening, men tandlægerne står selv for behandlingen. Og tandreguleringen betaler for teknikudgiften, så der ikke er økonomisk incitament til at sende dem ind i tandreguleringen.
- En behandler i TRCF har uddannelse i oral motorik, og underviser medarbejderne i deltagekommunernes basistandpleje.
- I Viborg Kommune satses massivt på delegation og kompetenceudvikling i tandplejen herunder gennem intern specialisering (interceptiv, kirurgi, rodbehandling m.v.). Der oplæres i orto i forbindelse med visitation. Specialtandlægen underviser alle nyansatte behandlere i basistandplejen i at for-visitere patienterne og i interceptiv behandling.



# Tema 7: Kultur og værdier – (s. 1 / 2)

Tandreguleringen I/S og basistandplejen har ikke et fælles værdisæt eller fælles mål for patientforløbene. Der er ikke en oplevelse af fælles ansvar for de samlede patientforløb og –resultater, men er i stedet udviklet en dem-og-os retorik. Set udefra har den udfordrede situation negativ indvirkning på kommunikationen med forældrene, og patientperspektivet bliver ikke tilgodeset i tilstrækkelig grad i Tandreguleringen I/S.

## Situationsbillede – Fælles

- Der er p.t. ikke et fælles værdisæt eller fælles mål/ansvar for de samlede patientforløb på tværs af tandpleje og TR. Det vil være godt med fælles værdier og rammer.
- Der er ikke en oplevelse af, at det er fælles patienter. Oplevelsen er, at det er meget mine og dine patienter Tandreguleringen er på afstand af ejerkommunerne.

## Situationsbillede - Indefra-ud perspektiv

- Oplevelse af utilstrækkelig kapacitet og ressourcer i forhold til behandlingsopgaven i § 60 selskabet, idet ressourcemæssige begrænsninger ses som en barriere for de fleste forandringer.
- Tandreguleringen (TR) fokuserer overvejende på den del af patientgruppen og patientforløbene, de selv har ansvar for. Her menes patienter, som er indvisiteret OG hvor der er udarbejdet en behandlingsplan.
- Patienter i basistandplejen og på venteliste til opstart frem til der, hvor der lægges en behandlingsplan anses som værende ejerkommunernes ansvar.
- Fagpersonerne i TR er stolte over det faglige niveau og resultatet af de tandreguleringer, der bliver gennemført. Men bevidstheden om lang ventetid og forsinket behandlingsopstart fylder meget og påvirker trivslen og arbejdsmiljøet.
- Det opleves positivt, at TR benytter sig af moderne og teknologisk avancerede behandlingsmetoder såsom 3D-print og invisalign-systemer.
- Generelt eksisterer der ikke en frugtbar samarbejdskultur mellem TR og basistandplejen. De udfordrede samarbejdsrelationer kan i Tandreguleringen i nogle situationer opleves som ”6 mod 1”. På det individuelle plan er der flere eksempler på gode faglige samarbejdsrelationer.

Dog er der begrænset kendskab til og kontakt med fagpersonerne i ejerkommunernes basistandpleje, hvilket kan medvirke en dem-og-os retorik.

- Familiesamarbejdet og kommunikationen med forældrene er anstrengt når det gælder patienter på ventelisten. Det opleves, at disse forældre kan være krævende og grove over for medarbejderne, som kan føle sig dårligt behandlet. For så vidst angår forældre til børn i behandling opleves forældresamarbejdet velfungerende.

## Situationsbillede - Udefra-ind perspektiv

- Dem-og-os kultur præger relation og samarbejde med basistandplejen i ejerkommunerne, hvilket er gensidigt. Der er flere steder et fint samarbejde på visitationsdage, men ellers udfordret dialog og tilgængelighed
- TR's kommunikation til interessenter beskrives som defensiv. Hermed menes at familier fx henvises til fritvalgs-reglerne, hvis de bliver utålmodige med ventetiden, ligesom der kommunikeres med henvisning til bestyrelsens kommende handleplan.
- TR's samarbejde med familierne bærer præg af, at de driftsmæssige udfordringer p.t. har det primære fokus, mens patienter og pårørendes behov ikke i tilstrækkelig grad er i centrum. Kommunikation og samarbejds-kulturen opleves generelt udfordret, og ejerkommunerne får ofte feedback fra forældre, som ikke oplever en god kommunikation med Tandreguleringen. Som eksempel på at brugerperspektivet ikke er i centrum, og at det er problematisk, fremhæves eksempelvis A) Manglende systematisk håndtering af henvendelser om forværring B) Forældrene bliver informeret om at vente i venteværelset under behandlingen, selvom de har krav på at deltage. [TR har oplyst hertil, at forældre, som spørger til muligheden, får tilladelse til at deltage]. Der er behov for at sætte patienterne mere i centrum (både børnene/de unge og deres forældre) bl.a. ved at indarbejde feedback fra brugerperspektivet.

## Tema 7: Kultur og værdier – (s. 2/2)

### Inspiration fra sammenligningscases

- CTN: Kontrakt og arbejdsgangsbeskrivelser kommunikerer og tydeliggør fælles opgave og ansvar for de samlede patientforløb. Herunder forventninger til basistandplejen.
- Høje-Taastrup: Erklæret målsætning om at behandlingsmål og –indsatser afspejler et helhedssyn på børn og familier, hvor behandlingsplanen og de faglige mål justeres ud fra den enkeltes situation og baggrund.
- TRCF: Ordningen anerkender kommunale forskelle i kapacitet og kompetencer, og er indrettet fleksibelt på at kompensere for de faktiske forskelle, så børnene får samme faglige tilbud. Herunder at delegering af interceptive behandlinger til tandplejen baseres på den enkelte ejerkommunens kompetencer, ressourcer og villighed hertil.
- TRCF: Der gennemføres regelmæssige brugertilfredshedsmålinger.





A photograph of three young women sitting on a tufted grey sofa, laughing and talking. The woman on the left has dark curly hair and glasses. The woman in the middle has dark hair and a green headband. The woman on the right has long red hair. A dark grey diagonal shape covers the bottom-left portion of the image.

## 7. Samlede anbefalinger



# Introduktion – samlede anbefalinger

På de følgende slides er de forskellige forslag til indsatser (jf. bilaget: Indsatskatalog) blevet yderligere bearbejdet og grupperet med henblik på en øget overskuelighed i forhold til at kunne anvendes til drøftelser om fremtidig handleplan. Rækkefølgen og overskrifterne i præsentationen af de samlede anbefalinger afviger fra temaerne i analysen og indsatskataloget. Dette afspejler, at præsentationen af de samlede anbefalinger fremhæver forudsætninger og indbyrdes afhængigheder, hvor BDO anser nogle for mere grundlæggende nødvendige som led i den fremadrettede handleplan, mens andre kan ses som supplement eller alternativ.

Det er bestyrelsen for Tandreguleringen I/S, der vurderer og prioriterer BDO's anbefalinger - og som har det endelige ansvar for at beslutte handleplanen for Tandreguleringen I/S, blandt andet baseret på konklusioner fra nærværende analyse.

## Samlede anbefalinger

1. Organisering og ledelse: Justeret organisering af den fælles tandreguleringsordning, herunder en struktur som i højere grad kan sikre ledelse og handlekraft for at realisere handleplanen, såvel administrativt som fagligt.
2. Udvikling af en professionel samarbejdskultur mellem TR og Tandplejen og skabelsen af fælles værdier.
3. Økonomi og budget – klare og realistiske forudsætninger funderet i et afstemt og realistisk serviceniveau
4. Særlig, midlertidig indsats for at nedbringe ventelisten med øremærkede midler hertil
5. Fokus på at udnytte muligheder i rettidig interceptiv og forebyggende behandling i tandplejen
6. Optimering af samlede patientforløb med kortere og mere intensive behandlingsforløb i TR som vil frigør kapacitet til at opstarte behandling af nye patienter
7. Øget kapacitetsudnyttelse i Tandreguleringen I/S gennem effektiviseringer i driften
8. Ledelsesfokus på forventningsafstemning om rette behandlingsniveau



# Samlede anbefalinger - (s. 1/5)

## 1. Styrket ledelse og handlekraft gennem ny organisering

- BDO anbefaler en justeret organisering af den fælles tandreguleringsordning, herunder en struktur som styrker ledelse og handlekraft for at realisere handleplanen, såvel administrativt som fagligt. Konkret anbefaler BDO, at bestyrelsens sammensætning genovervejes for at sikre hurtigere beslutningsvej og beslutningskraft. Organiseringen skal i højere grad sikre tværgående beslutningskraft om fælles anliggender og samlede patientforløb på tværs af tandpleje og TR. Derfor er det også relevant, at strukturen som det eksempelvis ses i flere sammenligningscases i højere grad understøtter involvering af overtandlægegruppen, da de har ansvar for at lede basistandplejen i ejerkommunerne.
- Et velfungerende kommunesamarbejde forudsætter, at bestyrelsen har det nødvendige mandat til at implementere snitfladerelaterede beslutninger på tværs af Tandreguleringen og ejerkommunerne. Grundlaget for at varetage rollen i bestyrelse og ledelse inden for et § 60 selskab kan forbedres ved, at opgaver og arbejdsdeling mellem den fælles Tandregulering og ejerkommunerne er defineret tydeligere i aftalekomplekset – enten i vedtægter/driftskontrakt eller i supplerende aftaler.
- Generelt anbefales øget involvering af specialtandlægegruppen i opfølgning på mål og resultatskabelse, fx gennem dataunderstøttet opfølgning og mellemlider-rolle med ansvar for bemanning og produktionsmål i eget behandlingsteam.
- BDO anbefaler derudover at styrke den faglige ledelsesfunktion ved at en af specialtandlægerne efter en ansøgnings- og vurderingsproces får rollen som faglig leder og indgår i et ledelsesteam med direktøren og i det tværgående ledelsesforum med overtandlægerne. Denne faglige ledelse bør have mandat til - i samarbejde med leder af TR - at udstikke fælles retningslinjer og rammer for behandlingsprincipper og prioriteringer som grundlag for at realisere effektivt patientflow og økonomistyring.
- I sammenhæng med en ny organisering genvurderes ejerkommunernes mål og værdier med den fælles tandreguleringsordning. Der skal i den sammenhæng træffes en principiel og strategisk beslutning om retningen for den fælles ordning eksemplificeret i følgende to driftsmodeller, som den ny organisering indrettes på at realisere;

## Model A "Nordvestjylland-modellen"

- TR udvikles og indrettes ud fra en betragtning om, at øget effektivitet og produktivitet bedre realiseres gennem en højere grad af ensartethed og kalibrering i TR's interne visitations- & behandlingsprincipper, delegeringspraksis og produktivitet – samt i opgavesnittet med ejerkommunerne (som hos CFTN). Dette fordrer en øget ensretning og fælles standarder mellem ejerkommuner, eks. ift. forvisitering, forebyggende indsatser og kompetenceopbygning med henblik på at der opgavemæssigt sikres ensartede snitflader mellem TR og ejerkommunerne.
- BDO ser det som en forudsætning for at realisere en driftsmodel med større ensartethed i visitations- og behandlingspraksis på tværs af ejerkommunerne, at der fremadrettet sikres entydig og formaliseret faglig ledelse af TR og at det tværgående ledelsesforum tilsikrer at aftalte faglige snitflader med overtandlæger implementeres – også i ejerkommunerne.
- Modellen forudsætter ensretning af visitationspraksis og arbejdsdeling på tværs af ejerkommuner.
- Modellen peger i retning af solidarisk finansiering af TR ud fra børnetal.

## Model B "Odense-modellen"

- TR udvikles og indrettes under hensyntagen til eksisterende variationer i forvisitering, forebyggende indsatser og kompetencer i ejerkommunernes tandpleje. Her etableres for hver tandpleje en snitflade til TR, der justeres i forhold til forskellighederne i tandplejens forvisitering, forebyggende indsatser og kompetenceniveau. Dette ved lokalt forankrede samarbejder mellem tandplejen og et til hver tandpleje fast tilknyttet behandlerteam i TR, hvor de lokalt afstemmer visitations-/behandlingspraksis og delegeringsmuligheder under hensyntagen til tandplejens ressource-/kompetenceniveau.
- Modellen åbner mulighed for, at opgavemæssige snitflader og aftaler om roller og arbejdsdeling tilpasses den enkelte ejerkommune.
- Modellen forudsætter en mere differentieret styring af TR, da hvert behandlerteams procedurer og praksis til en vis grad tilpasses den tilknyttede ejerkommunes forudsætninger og vilkår.
- Modellen forudsætter, at der etableres et tilbud om interceptiv behandling i TR, som kan supplere de lokale tandplejer, som ikke har den nødvendige erfaring og kompetencer.

# Samlede anbefalinger - (s. 2/5)

## 2. Kultur og værdier: Udvikling af en professionel samarbejdskultur og fælles værdier

- Der skal etableres en professionel samarbejdskultur på tværs af TR og ejerkommunerne hvor fokus er på i fællesskab at tilbyde effektive behandlingsforløb for patienterne.
- For at realisere de ønskede forandringer er det nødvendigt at arbejde med at skabe en langt større professionelt sammenhængskraft mellem Tandregulering og kommunernes tandplejeklinikker, og en større gensidig forståelse af de respektive roller og opgaver i patientforløbene set ud fra et helhedsperspektiv med inspiration fra sammenligningscases.
- Som led i forandringsprocessen bør der arbejdes på at udvikle et fælles værdisæt, som sætter børnene og de unges behov og ønsker i centrum, og med et mere inkluderende sprog og tilgang ift. familier og andre samarbejdspartnere.
- Det anses som en forudsætning fremadrettet, at Tandreguleringens ledelse og tandplejernes ledelser sammen kan arbejde systematisk, fremtidsorienteret og processuelt med sideløbende og afhængige indsatser samtidigt med at der sikres momentum i driften. BDO anbefaler, at den nuværende ledelse understøttes i denne komplekse ledelsesopgave.
- Sideløbende hermed skal bestyrelsen og ledelsen på tværs af Tandreguleringen og tandplejens ledelser arbejde på en bedre og mere konstruktiv kommunikation og gøre op med fortællinger om samarbejdet og den massive opdeling i narrativet: "os og dem"
- Relationsskabende aktiviteter skal prioriteres mellem basistandplejen og specialtandlæger, i et forum hvor det er muligt åbent og konstruktivt at drøfte udfordringer og finde fælles løsninger.
- BDO anbefaler, at der som led i handleplanen arbejdes med Tandreguleringens "selvforståelse" og afklaring om, hvorvidt de er en offentlig eller privat organisation. Deri ligger blandt andet at genbesøge, fremhæve og kommunikere de grundlæggende vilkår, som gælder for en politisk ledet driftsorganisation, som forudsættes at samarbejde om at levere størst mulig værdi for borgerne inden for en tildelt budgetmæssig ramme. Samt at opgaveløsningen kræver finansiering og prioritering på lige fod med andre kommunale, skattefinansierede opgaver, der ligeledes oplever en demografisk betinget udvikling i efterspørgslen.

## 3. Økonomi og budget – klare og realistiske forudsætninger

- Klare forudsætninger for basisbudgettet herunder at der arbejdes med en mere fleksibel afregningsmodel som kan tage hensyn til lovændringer og ændringer populationen (eks. ift. den øgede population med de 18-22 årige).
- Finansiering af den midlertidige opgave med at afvikle den prioriterede venteliste hurtigst muligt, eksempelvis ved at udlicitere et antal forløb til private leverandører og/eller midlertidig opnormering internt.
- Etabler øget gennemsigtighed og rapportering til bestyrelse og overtandlæger som adresserer realiseret og prognosticeret forbrug versus budget (personaleomk., indkøb mv.), kapacitet (faktisk vs. planlagt) samt nøgletal for produktivitet (visitationsdage, antal visiterede, nyopstartede behandlinger, igangværende og afsluttede) og venteliste (opdelt i dem der er reelt forsinkede ift. vækstzonen og dem der afventer uden det giver udfordringer (ikke-vækstadapterende behandling). Hvor relevant fordeles nøgletal ud på hver ejerkommuner mhp. øget gennemsigtighed. Produktivitetstal kan fordeles på behandlerteams.
- Desuden løbende rapportering på og klarhed over hvad evt. ekstra-bevillinger konkret er anvendt til – samt status på de planlagte effekter heraf.
- Overvej budgetmodel der bidrager til at budgettet løbende (årligt) tilpasses udviklingen i børnetallet. Såfremt antal visitationsdage i ejerkommuner øges bør dette ligeledes bidrage til drøftelser af den kapacitetsmæssige tilstrækkelighed henset risikoen for øget inflow.

# Samlede anbefalinger - (s. 3/5)

## 4. Særlig, midlertidig indsats for at nedbringe ventelisten

- BDO vurderer at reduktionen af den eksisterende venteliste nødvendigvis må håndteres som en særskilt målrettet indsats i en tidsbegrænset periode, og adskilt fra den normale drift hvilket vil kræve yderligere ressourceindsats. Dette eksempelvis ved brug af køb af private eksterne leverandører og/eller midlertidig opnormering af egne specialtandlæger. Indsatsen skal fokusere på de komplekse ("for sene") patienter med længerevarende og mere aktivitetskrævende behandlingsforløb, således den normale drift kan komme på sporet igen ved at fokusere på rettidige patienter med kortere behandlingsforløb.
- I forlængelse af ovenstående er det BDOs vurdering at en pragmatisk og realistisk løsning for fremadrettet håndtering af ventelisten højeste prioritet. Dette særligt i lyset af, at ventelisten fortsat stiger, også for børn og unge med akut behov. Samtidig bidrager ventelisten til en risiko for u hensigtsmæssige prioriteringer og et udfordret arbejdsmiljø i TR.
- Det anbefales at gennemføre en faglig gennemgang af patienterne på ventelisten og mulig revurdering af de individuelle behov og frister. Dette vil på kort sigt udgøre en ekstraopgave. Når det alligevel anbefales at prioritere opgaven er årsagen, at efter mange måneders ventetid kan de individuelle behov have ændret sig under ventetiden, og nogle vurderes evt. ikke længere at have en behandlingskrævende tandstillingsfejl. Nogle børn og unge på ventelisten skal sandsynligvis undersøges igen for at fastslå det aktuelle behov. Det kan overvejes at overdrage opgaven med at gennemgå ventelisten og evt. undersøge børnene/de unge hos en ekstern specialtandlægefaglig konsulent.
- Patienterne på ventelisten, som fortsat vurderes at have et behandlingsbehov, prioriteres i tre spor:
  - A) Identificer patienter der ikke kræver vækst-adapterende behandling og således ud fra faglige hensyn fortsat kan vente. Etabler en systematik hvor disse indkaldes inden for eks. 4-6 år. (I Odense antages at ca. 20 % på deres venteliste tilhørte denne gruppe).
  - B) Vækstadapterende behandling med lav alder/mulighed for at udnytte vækstsone til rettidig og mindre indgribende behandling. Her foretages en yderlig prioritering i forhold til hvorvidt behovet er akut (eks. 1 mdr.) eller ikke-akut (eks. 4-12 mdr.).
  - C) Visiteret med behov for vækstadapterende behandling men høj alder/den unge er fuldt udviklet gør, at behandlingsopstart allerede er "for sent" og kræver komplekse behandlingsforløb. Disse patienter foreslås håndteret i en særskilt indsats jf. A).

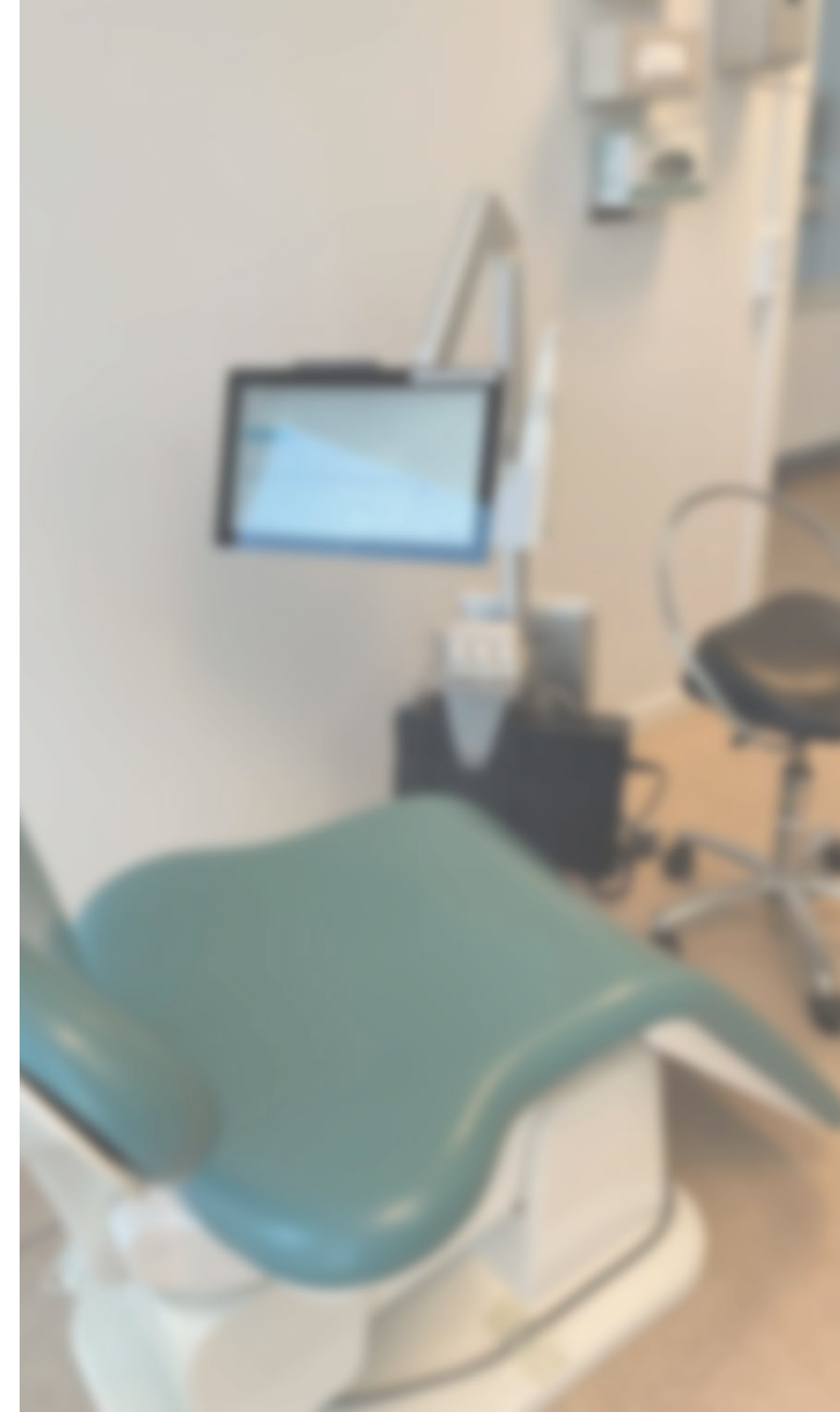
## 5. Fokus på at udnytte muligheder i rettidig interceptiv og forebyggende behandling – enten i Tandreguleringen eller i basistandplejen

- Det er afgørende, at procedurer og arbejdsdeling fremadrettet sikrer, at muligheden for rettidig interceptiv behandling udnyttes. Denne kan enten udføres i basistandplejen, forudsat de nødvendige kompetencer er til stede, eller i TR.
- Hvis særlige kompetencer i forhold til interceptiv og forebyggende behandling findes i en eller flere ejerkommuner, så bør det vurderes hvorvidt denne kompetences viden som supplement til specialisterne i TR kan udbredes og deles til de øvrige ejerkommuner (eks. via oplæring, uddannelsesdage mv.).
- TR tager medansvar for oplæring og sparring med medarbejderne i basistandplejen ift. forebyggende interceptive behandlinger, og der prioriteres ressourcer til denne opgave, både på visitationsdage og gennem faglige arrangementer og kurser/undervisning. Indholdet af disse dage afstemmes mellem tandplejen og TR. Dette kan ses som en investering som vil kunne aflaste Tandreguleringen og frigøre tid hos specialtandlægerne. Målet er at reducere kapacitetspresset på specialtandlægerne i TR, herunder at patienterne får hurtigere og mindre indgribende behandlingsforløb.
- Ovenstående fordrer at kommunikationsvejene udvikles så basistandplejen kan få regelmæssig adgang til sparring fra en specialtandlæge og straks-vurdering af fagligt set hastende/alvorlige tilfælde. Såfremt det var samme specialtandlæge, der både var visiterende og behandlende (opgør med second-opinion princippet), så kunne der aftales en kommunikationsstruktur mellem ejerkommunen og specialtandlægen (eller dennes behandlingsteam), hvilket antagelig kunne styrke relationen udover visitationsdagene.
- Ved valg af en driftsmodel, hvor der fortsat er variation i kapacitet og kompetencer i basistandplejen kan overvejes at supplere eller erstatte speciallægekapaцитet med en almindelig tandlæge dedikeret til at udføre interceptiv behandling.
- Det bør ligeledes tilstræbes at eventuelle pilot-projekter vedrørende eksempelvis interceptive/forebyggende behandlinger i tandplejen eller øget tilgængelighed til specialtandlæger planlægges og gennemføres i tæt samarbejde mellem tandplejen og TR. Dette i forhold til at knytte relationer gennem fælles tiltag og dermed skabe fælles incitamenter til øget samarbejde fremadrettet.

## Samlede anbefalinger - (s. 4/5)

### 6. Optimering af samlede patientforløb, hvor kortere og mere intensive behandlingsforløb i TR frigør kapacitet til behandlingsopstart af nye patienter

- BDO anbefaler, at TR og ejerkommunerne forpligter sig til at samarbejde om opgaveløsning med udgangspunkt i det fælles mål, at børn og unge får de bedst mulige, korte og effektive behandlingsforløb på et faglige relevant niveau, at behandlingen igangsættes rettidigt og afsluttes så hurtigt, som muligt – både af hensyn til barnet/den unge og ressourceanvendelsen. Derved sikres luft til, at nye børn kan få opstartet behandling. Dette anbefales uanset valg af driftsmodel A eller B.
- BDO anbefaler i forlængelse heraf, at der fremadrettet arbejdes på at reducere og afgrænse den del af behandlingsforløbet, der løses i TR, som led i at sikre et højere patientflow.
- Den del af forløbet, der foregår i Tandreguleringen bør være kort og intensivt, hvilket får betydning for opgavesnittet til ejerkommunerne. Basistandplejen får et større ansvar i opstarten og i afslutningen af forløbet (retentionsbehandling).
- Så vidt muligt varetages OBS patienter lokalt i tandplejen i starten af forløbet, og patienter i retentionsbehandling afsluttes hurtigere til kontrol i basistandplejen.
- Ved usikkerhed om behov og udvikling observeres patienterne som udgangspunkt i basistandplejen, og kun undtagelsesvist i regi af specialtandlægerne i TR. Der samarbejdes om at få håndteret flest mulige OBS patienter i regi af tandplejen, således at specialtandlægernes tid udnyttes bedst muligt på visitationsdage – og OBS patienter ikke risikerer at fortrænge nye patienter på visitationsdagene.
- Muligheden for at gennemføre kontroller digitalt gennem videokonsultation fra hjemmet/basistandplejen undersøges og implementeres så vidt muligt
- Realiseringen af det fælles mål skal anses som et fælles ansvar og hvor såvel overtandlæger som bestyrelse og leder af TR bidrager til at det fælles mål realiseres på tværs af TR og tandplejen.
- Det er afgørende, at ledelsen sikrer et vedvarende og stabilt pres for at afslutte de individuelle forløb, når de fagligt set anbefalede og nødvendige behandlingsmål er opnået. Derved frigøres kapacitet til umiddelbar håndtering af akutte tilfælde og til at opstarte nye forløb for børn og unge med behandlingsbehov. I den løbende dataunderstøttede dialog med specialtandlægegruppen indgår opfølgning på varighed af forløb og antal afsluttede forløb.





# Samlede anbefalinger - (s. 5/5)

## 7. Øget kapacitetsudnyttelse i Tandreguleringen I/S gennem effektiviseringer i driften

- Øge fokus på at udnytte stordriftsfordele fx ved at fælles procedurer og skabeloner til ensartet dokumentation efter inspiration fra CTN understøtter at specialtandlæger, behandlere og støttepersonale kan arbejde på tværs af teams.
- Ensretning af intern drift gennem udbredelse af bedste praksis på tværs af behandlerteams, blandt andet for booking af tider og delegation (eks. flere stole i gang samtidig, booking i fuld åbningstid) - samt fælles praksis for anvendelse af specialtandlægenes tid. I den forbindelse kan det overvejes om/hvordan stordriftsfordele kan udnyttes yderligere gennem intern arbejdsdeling, så specialtandlægerne og behandlere kan aflastes for opgaver, hvor deres kompetenceniveau ikke er påkrævet. Eksempelvis gennem centralisering og dermed professionalisering af tovholderfunktion og/eller frigøre klinikassistenter i behandlerfunktion fra sterilisationsopgaver og lignende.
- Styrkelse af planlægnings- og bookingfunktion som grundlag for at øge kapacitetsudnyttelsen og sikre regelmæssige aftaler i de aktive patientforløb og booking til stregen, evt. med overbooking pga. forventet højt antal afbud og udeblivelser.
- Gennem delegation sikres at medarbejdere fra alle faggrupper så vidt muligt arbejder på højeste kompetenceniveau, så hvert team kan producere flest muligt aftaler.
- Begrænse mængden af aktive patienter i TR og til gengæld sikre fremdrift i og færdiggørelse af de aktive forløb gennem relativt hyppige kontroller,. Derved reduceres varigheden af forløb, så der bliver luft til at tage flere nye patienter ind.
- Indføre et fast-track, fx ved at friholde en stol til at indkalde patienter med kort varsel til akutte tider og vurderinger (fx efter TK-10 fra basiskommunen).
- Undersøge muligheden for at afvikle visse kontroller virtuelt på telefon/lpad, eventuelt i samarbejde med basistandplejen, særligt vedr. retentionsbehandling.
- Opstilling af måltal for driftseffektivitet (fx antal ny-opstartede forløb, produktion af aftaler, udeblivelser, afsluttede forløb) og regelmæssig, dataunderstøttet opfølgning – såvel samlet som pr. team.
- Driftsmålet om behandlingsplaner pr. specialtandlæge erstattes af mål for igangsatte og gennemførte behandlingsforløb.

## 8. Ledelsesfokus på forventningsafstemning om rette behandlingsniveau

- Det faglige ledelsesforum mellem overtandlægerne og ledelsen af TR opdaterer visitationsvejledning og kvalitetsstandarder for at sikre grundlag for rettidig behandling på rette niveau ud fra LEON-princippet, i overensstemmelse med SST retningslinjer - og inden for de tildelte budgetmæssige rammer.
- Større investeringer i apparatur og introduktion af nye materiale og behandlingsmetoder skal godkendes af bestyrelsen efter indstilling fra ledelsen i TR. Der forudsættes en høringsproces i det faglige ledelsesforum.
- Procedurer og prioritering sikrer, at de mest behandlingskrævende patienter behandles rettidigt set i forhold til deres individuelle vækst og udvikling.
- Der kan inddrages erfaringer med brug af ekstern visitator, som opleves at "visitere hårdt" og med en større andel til lokal observation.
- Ledelsesmæssig beslutning om fagligt set korrekt og nødvendigt behandlingsniveau implementeres i hele organisationen, såvel i forbindelse med visitation som i forhold til gennemførelse og afslutning af behandlingsforløb. (Fra nice-to til need-to). Ved faglig gennemgang af aftalerne i udvalgte patientforløb ses eksempler på, at forløbet afsluttes med "fintuning" typisk ved anvendelse af Invisalign. En sådan beslutning vil samtidig sikre øget lighed ift. den samlede familiepopulation, hvor børn og unge med teknisk set funktionelt tandsæt selv skal betale for kosmetisk tandretning i privat regi.
- Brugerinvolvering skal fremadrettet sikres som supplement til de faglige prioriteringer af behandlingsindsatsen, både for så vidt angår indretningen af tilbuddet og patientforløbene og målet med behandlingsindsatsen. Brugerinvolvering kan sikres gennem regelmæssige brugertilfredshedsmålinger, etablering af et brugerpanel og lignende.





## 8. Frit-valgs beregning

# Fritvalgsberegning

## Baggrund

Reglerne om fritvalg tilsiger, at børn og unge har muligheden for at vælge en privat leverandør af tandregulering fremfor det kommunale tilbud. Borgeren kan i mange tilfælde få kompensation for hele eller dele af den private omkostning hos den kommunale tandregulering, som derfor har brug for en praksis for, hvordan denne kompensation beregnes.

## Regler for kompensation

Reglerne for denne kompensation tilsiger, at børn og unge ikke nødvendigvis kan få dækket alle udgifter til det private forløb. I stedet kan børn og unge mellem 0-15 år få dækket 65% af den udgift, som forløbet ville have kostet i den kommunale tandregulering. Unge mellem 16-21 kan få dækket 100% af den udgifts, som forløbet ville have kostet i den kommunale tandregulering.

## Afgørelser i Ankestyrelsen

Den kommunale tandregulering har ansvaret for at beregne, hvad et givent forløb ville koste hos dem, på en nøjagtig måde. Beregningen er hidtil blevet foretaget på forskellige måder i forskellige kommuner, men efter en række nylige afgørelser i Ankestyrelsen, er det blevet klargjort, at mange har gjort det utilfredsstillende.

## Nuværende praksis i Tandreguleringen I/S (pr. juni 2024)

Tandreguleringen I/S har beregnet, at det koster 36.453 kr. for et fuldt patientforløb og 12.926 kr. for et interceptivt forløb, og det er derfor disse konkrete beløb, som barnet kan få 65% eller 100% af, såfremt de vælger en privat tandregulering.

Der anvendes dog fra august 2024 en ny beregningsmodel for Frit-Valg i TR, jf. beskrivelse i boksen til højre.

## Ikke en tilfredsstillende praksis

Det fremgår af afgørelserne fra Ankestyrelsen, at den kommunale tandregulering skal angive en pris for den konkrete behandling, som tager udgangspunkt i behandlingens forventede kompleksitet og tidsforbrug - og altså ikke må anvende en generel gennemsnitspris på tandregulering. Den pt. anvendte praksis hos Tandreguleringen I/S er derfor ikke tilfredsstillende, jf. afgørelserne i Ankestyrelsen.

Dog er BDO ultimo juni 2024 blevet informeret om, at der er udarbejdet en ny beregningsmodel for konkret og individuel beregning af egenbetaling til Frit-Valg. Modellen tages i anvendelse fra august 2024.

## En tilfredsstillende praksis

BDO har indhentet erfaringer fra CTN (Nordvestjylland) for at få klarlagt, hvordan fritvalgsberegningen kan foregå på en retvisende måde

*Hos CTN anvender de følgende metode:*

Alle behandlingsrelaterede timer samt alle udgifter fra det forrige år opgøres. Udgifterne divideres med antallet af timer, hvormed de finder omkostningen pr. patienttime. Når en patient vælger en privat tandregulering, vil CTN vurdere, hvor mange timer forløbet forventes at tage, og så bliver patienten kompenseret for dette antal timer ganget med omkostningen pr. patienttime.

CTN oplyser, at metoden er inspireret af *Helsingør-modellen*, som er udbredt blandt mange kommuner og er "godkendt" af en ekstern lektor i sundhedsjura på SDU.

## Potentiale

BDO har foretaget en overordnet screening af fritvalgspriser hos andre tandreguleringer online og set indikationer på, at Tandreguleringen I/S har en høj referencepris. Der er yderligere en høj andel af borgerne i de 6 ejerkommuner, som vælger en privat tandregulering, relativt til de øvrige tandreguleringer, vi har tal fra. En ny fritvalgsberegning vil altså både sikre mod sager i Ankestyrelsen og potentielt kunne give en besparelse i fritvalgsudgifterne.



## 9. Bilag: Indsatskatalog

# Forslag til indsatser - temaopdelt

## Tema 1: Økonomi og budget

- 1A Overvej budgetmodel der bidrager til at budgettet løbende (årligt) tilpasses udviklingen i børnetallet. Såfremt antal visitationsdage i ejerkommuner øges bør dette ligeledes bidrage til drøftelser af budgettets tilstrækkelighed henset risikoen for øget inflow.
- 1B Etabler en præcis og valid ledelsesrapportering til bestyrelse og overtandlæger som adresserer de væsentligste udviklinger og nøgletal for forbrug vs. budget (personaleomk. og indkøb), kapacitet (faktisk vs. planlagt), aktivitet (visitationsdage, antal visiterede, ny-opstartede behandlinger, igangværende og afsluttede behandlinger) og venteliste (omfang og indhold). Hvor relevant fordeles nøgletal ud på hver ejerkommuner mhp. øget gennemsigtighed. Aktivitetstal kan fordeles på behandlerteams.
- 1C Genbesøge beslutningen om ikke at øge budgettet til Tandreguleringen i forbindelse med at 18-22 årige inkluderes i populationen (se inspiration fra sammenligningskommuner/-selskaber i afsnit 5)
- 1D Specialtandlægerne skal løbende inddrages i driftsøkonomien således der skabes ejerskab ift. budgetoverholdelsen. Herunder sikre/bidrage med at visitationskriterier, behandlingsmetoder og serviceniveau tilpasses og kalibreres ift. budgettet.

## Tema 2: Organisering, ledelse og bemanning

- 2A Enklere organisering ("færre kokke") og klare rammer for opgaveløsning og arbejdsdeling mellem TR og tandplejen (inkl. overvejelse om Odense-model med en driftsansvarlig kommune der har ansvaret og øvrige kommuner køber sig ind i ordningen). Ændringen kan enten ske inden for rammerne af de gældende vedtægter eller gennem større ændringer såsom udtrædelse eller ophævelse af selskabet afhængig af ejerkommunernes beslutning.
- 2B Det styrende organ (Bestyrelsen) og ledelsen definerer og kommunikerer fælles mål og retning for udviklingen af Tandreguleringen med udgangspunkt i resultaterne for børn og unge med behov for tandregulering.
- 2C Controllerfunktion og aflastning for driftsledelse sikrer at lederen har tid og rammer til at prioritere opgaver vedr. ledelse og udvikling
- 2D Entydig placering af formaliseret faglig ledelsesfunktion og fagligt organisatorisk ansvar koblet med budgetansvar, som udgangspunkt ved at en specialtandlæge efter ansøgning tildeles funktion af faglig leder med særlige beføjelser. Den faglige leder referer til lederen af TR og rådgiver det styrende organ om faglige spørgsmål vedr. tandregulering.
- 2E Øget involvering af specialtandlægegruppen i opfølgning på mål og resultatskabelse, fx gennem dataunderstøttet opfølgning og mellemleder-rolle med ansvar for personale og produktion i eget behandlingsteam.
- 2F En fælles beslutning om den fremtidige fælles retning for udviklingen af TR. Dette ift. om TR skal fungere som en ensartet og standardiseret central funktion med ensartede interne procedurer og snitflader ud til ejerkommuner - hvilke fordrer øget kalibrering mellem ejerkommunerne også. Alternativt at TR i højere grad tilpasser sig den enkelte ejerkommunes forskelligheder i ressourcer, kompetencer og forebyggende praksis, betydende varierende snitflader med mere lokale samarbejder mellem den enkelte ejerkommune og den tilknyttede specialtandlæger/behandlerteam.

# Forslag til indsatser - temaopdelt

## Tema 3: Ventelisten

- 3A Ventelisten skal reduceres via en målrettet og tidsafgrænset sær-indsats (adskilt fra den normale drift), eks. gennem køb af pladser hos private leverandører og/eller midlertidig intern opnormering internt (hvis fysiske rammer hertil er afklaret). •Det har betydning for at komme til bunds i opgaven, at ventelisten med patientpukkel tilgås fra flere vinkler, og ikke bare tages fra toppen/dem som har ventet længst.
- 3B Faglig kategorisering og prioritering af patienter på venteliste ift. alder samt behov for vækstadapterende og ikke-vækstadapterende behandling (disse kan vente 4-5 år med behandlingsopstart). Patienter der er "for sent" ift. vækstzonen håndteres særskilt (se punkt nedenfor). De rettidige vækst-adapterende behandlinger opdeles i akut og ikke-akut og der prioriteres herudfra.
- 3C Sær-indsatsen vedrørende ventelisten skal fokusere på de komplekse (og allerede forsinkede) behandlinger ift. vækstzonen. Derved kan den normale drift fokusere på at komme i rette flow med de rettidige (ift. vækstzonen) patienter.
- 3D Afklar hvorvidt ventelisten indeholder patienter der kan afsluttes uden behandling i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, fx fordi de hele tiden har befundet sig i gråzonen eller har udviklet sig gunstigt og således ikke længere har et behandlingsbehov, som opvejer risikoen ved behandlingen.
- 3E Implementer procedurer der sikre kalibrering af forebyggende behandlinger og praksis for henvisning til visitation ejerkommunerne imellem.
- 3F Overvej kvoter for ejerkommuner i en afgrænset periode med henblik på at styre at inflow matcher kapacitet. Kunne være mens ventelisten afvikles - og mens der sikres en kalibrering af de forebyggende indsatser ejerkommunerne imellem.

## Tema 4: Effektiv drift og kapacitetsudnyttelse

- 4A Øge antallet af tider til booking inden for de givne rammer gennem en række tiltag, som kan øge "spyt-på-hænderne" tid såsom: •Reducere tidsforbrug på interne møder •Tovholderfunktion sikrer at kalender fyldes og bookes i fuld åbningstid •Udvidet åbningstid muliggøres gennem forskudt fremmøde
- 4B Øge kapacitetsudnyttelsen af den tilgængelige tid via tiltag såsom: •Reducere antal udeblivelser bla. gennem forældresamarbejde, SMS-remindere og bekræftelse i e-boks. •Introducere fast-track med 15-min. tider til ukomplicerede opgaver og akutte kontakter, suppleret med virtuelle kontrolbesøg.
- 4C Frigøre kapacitet til flere behandlingsforløb gennem tiltag som; •Tilpasse serviceniveau ifb. med behandlingsmål -afslutte forløb ud fra en stringent sundhedsfaglig og ikke kosmetisk betragtning. •Komprimere forløb og afkorte opfølgingsforløb (retentions-behandling) •Aflaste specialtandlæger ift. adm. Opgaver, såsom at overføre data mellem systemer - samt etablere en indgang så der sikres imod, at samme mails tilgår flere specialtandlæger.
- 4D Udbrede mest effektiv arbejdsgang på tværs af teams gennem en række tiltag såsom: •Arbejdsdeling hvor alle arbejder på højeste kompetenceniveau, og behandler- og tekniker kapacitet udnyttes til behandling (aflastning for sterilisationsopgaver, 3D-print m.v.) •Samme antal stole i gang samtidig pr. specialtandlæge
- 4E Skabe øget sikkerhed for fremdrift i de igangsatte patientforløb, bla. ved at skemalægge forløb fra opstart med regelmæssige kontroller fx 6 ugers mellemrum således at varighed af de samlede forløb ikke forlænges unødigt
- 4F Opfølgning og dialog understøttet af data: Engagere specialtandlæger, behandlere og øvrige medarbejdere i optimeringer ved at synliggøre mål og resultater og følge systematisk op vha. data



# Forslag til indsatser - temaopdelt

## Tema 5: Faglig vurdering og visitationspraksis

- 5A Mere ensartet og fælles praksis for behandlings- og serviceniveau, behandlingsmetoder og arbejdsdeling i Tandreguleringen, som sikrer kvalitet og effektiv ressourceanvendelse.
- 5B Strammere faglig prioritering af tilbuddet om tandregulering, hvor behandlingstilbud og serviceniveau ses i sammenhæng med økonomiske rammer. Fokus skal være på, at ordningen via prioritering sikrer ejerkommunerne mest mulig sundhed for pengene. ("fra nice-to til need-to"). Ressourcerne prioriteres med patienter med klart behandlingsbehov, og behandlingen opstartes og afsluttes rettidigt.
- 5C Mere ensartet og fagligt kvalificeret kommunal praksis for udvælgelse af patienter til visitationsdage (for-visitering) og rettidig forebyggende behandling, hvor bedste praksis udbredes på tværs af kommunerne. Dette sikrer at specialtandlægenes tid og kapacitet på visitationsdagene udnyttes hensigtsmæssigt, ligesom mængden af patienter der sættes på venteliste med OBS-status reduceres. Tandreguleringen understøtter gennem sparring og oplæring, og er tilgængelig mellem visitationsdagene, når basistandplejen har spørgsmål.
- 5D OBS-patienter, hvor visitation afventer barnets udvikling, håndteres i basistandplejen, frem for at blive sat på venteliste i Tandreguleringen. Med støtte fra specialtandlæger håndteres disse patienter ved lokal-OBS hvor muligt, hvorved også behovet for re-visitering reduceres.
- 5E Større sikkerhed for ensartet visitations- og serviceniveau på tværs af specialtandlæger og ejerkommuner, idet specialtandlægerne fortsat vil have behandlingsansvaret og dermed et vist fagligt råderum.
- 5F Patientsikker prioritering – hurtig indkaldelse ved akut behov. Ved visitation anvendes koder: 1) Vækstadapterende behandling delt i a) akut og b) behandling inden for perioden A-B samt 2) ikke-vækst adapterende behandling (kan ofte vente 3-6 år).

## Tema 6: Samarbejde med Tandplejen

- 6A TR og basistandplejen øger samarbejdet om i fællesskab at sikre at de samlede tværgående patientforløb bliver gode og effektive med fokus på patienten. Særligt øges samarbejdet om at igangsætte tidlige, forebyggende indsatser ud fra LEON-princippet rettidigt, så potentialet i at udnytte mulighederne i vækstzonen indfries for samtlige børn/unge i området.
- 6B I samarbejdet mellem TR og basistandplejen nedtones problemløsning baseret på jura og skarp ansvarsfordeling over imod mere helhedsorienteret problemløsning med udgangspunkt i de fælles mål for de fælles patientforløbene med inspiration fra sammenligningscases (både § 60 selskaber og andre samarbejdsmodeller).
- 6C Det tværgående ledelsesforum med deltagelse af overtandlægegruppen og leder af TR sikrer, at både TR og basistandplejen prioriterer sparring og sidemandsoplæring på visitationsdage samt tid til at vende cases. Desuden prioriteres regelmæssige fælles faglige aktiviteter, fx undervisning, hvor fagpersonerne mødes på tværs af TR og basistandplejen. Dette gøres i forventning om, at en investering i tidsforbrug på kort sigt relativt hurtigt vil give afkast i form af kortere og enklere behandlingsindsatser i TR og samlet set mere omkostningseffektive forløb.
- 6D Funktioner i den fælles Tandregulering indrettes med afsæt i "bestiller-udfører-tankegangen" med et mere udadvendt fokus på at imødekomme efterspørgsel fra basistandplejens i ejerkommunerne – fx tilbud om interceptiv behandling i TR, fast-track, udgående funktioner på lokalklinikkerne. Dette omfatter øget tilgængelighed og adgang til løbende rådgivning fra specialtandlæger og øvrige behandlere såvel telefonisk som skriftligt for samarbejdspartnere i basistandplejen. I den sammenhæng anbefales, at basistandplejen får én indgang til TR, enten den ledende specialtandlæge eller en som leder et behandlerteam, som er dedikeret til den pågældende ejerkommune.



# Forslag til indsatser - temaopdelt

## Tema 7: Kultur og værdier

- 7A Bestyrelsen og ledelsen skal have mandat til at sætte en klar retning med fokus på fælles mål om værdiskabelse for borgerne. Omkostningseffektiv opgaveløsning til gavn for målgruppen skal være det centrale omdrejningspunkt for organisationen – både for Tandreguleringen og for de kommunale tandplejeordninger. Der vil naturligvis fortsat være faglige mål for det specialiserede sundhedstilbud til borgere med behov for tandregulering.
- 7B Der udarbejdes et nyt formelt aftalegrundlag med beskrivelse af opgaven for hhv. Tandreguleringen og ejerkommunerne med afsæt i de fælles mål for patientforløbene set på tværs af Tandreguleringen og basistandplejen. Det kan overvejes at understøtte dette princip ved at indføre finansiering efter børnetal.
- 7C Grundlaget for driften af den fælles tandreguleringsordning i form af en bestiller-udfører konstruktion fremhæves i aftalegrundlaget og kommunikativt. Herunder at funktionen er finansieret af ejerkommunerne i fællesskab til at udføre en defineret og afgrænset opgave, hvor fællesskabet har interesse i at den specialiserede viden og behandlingskapacitet i Tandreguleringen anvendes ansvarligt efter formålet, og at basistandplejen tilsvarende varetager sine opgaver på et højt niveau i samarbejde med tandreguleringen. Eksempelvis gennem omhyggelig forvisitation og forventningsafstemning med forældrene.
- 7D Medarbejderne og særligt specialtandlægegruppen får øget medansvar for opgaven med at sikre en tværfaglig, fleksibel og effektiv arbejdstilrettelæggelse, så opgaven løses bedst muligt inden for de givne økonomiske og faglige rammer - ud over det faglige ansvar. Dette kan bla. fremmes gennem driftsmål og dataunderstøttet forbedringsarbejde med gennemsigtighed i resultatskabelsen. Prioritering og serviceniveau ift. patienter i "gråzonen" samt behandlingsmål drøftes åbent som led i kalibrering.
- 7E Der arbejdes på at udvikle mere inkluderende sprog og tilgang ift. familier og andre samarbejdspartnere. Et konkret initiativ kan være udarbejdelse af støttemateriale til call-center funktioner ift. vejledning af forældre. Udviklingen går i retning af i højere grad at se forældre som en ressource fx engagere dem i egenomsorg og indsats for at reducere udeblivelser.
- 7F Patienternes- og familiernes perspektiv og succeskriterier for behandlingsforløb afdækkes og inddrages i beslutninger om drift og prioritering gennem brugerinvolvering fx i form af brugertilfredshedsmålinger, brugerpanel og lignende.
- 7G Fælles faglige aktiviteter (initiativ 6C) og lignende aktiviteter bidrager til at opbygge relationer og tillid og dermed til skabelse af en fælles samarbejdskultur

