

# **Kommunal og amtskommunal tandpleje**

**Retningslinier for omfanget af og kravene til  
den kommunale og amtskommunale tandpleje**

*Sundhedsstyrelsen 2001*

**Retningslinier for omfanget af og kravene til  
den kommunale og amtskommunale tandpleje**

## **Kommunal og amtskommunal tandpleje**

Retningslinier for omfanget af og kravene til  
den kommunale og amtskommunale tandpleje

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Amaliegade 13  
Postboks 2020  
1012 København K  
Telefon: 33 91 16 01  
Telefax: 33 93 16 36  
Email: [sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)  
Homepage: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

© Sundhedsstyrelsen 2001

ISBN: 87-91093-13-9 (publikation)

ISBN: 87-91093-14-7 (elektronisk udgave)

***Sundhedsstyrelsens***  
***Publikationer***

c/o Schultz Information  
Herstedvang 12  
2620 Albertslund

Tlf. 70 26 26 36 • Fax: 43 63 62 45  
Email: [sundhed@schultz.dk](mailto:sundhed@schultz.dk)  
Homepage:  
[www.sundhed.schultz.dk](http://www.sundhed.schultz.dk)

---

## Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| <b>Indledning</b> .....  | 5  |
| <b>Målsætning for tandplejen</b> .....   | 6  |
| <b>Kapitel 1 Kommunal børne- og ungdomstandpleje</b> .....   | 7  |
| 1.1 Personkreds .....  | 7  |
| 1.2 Tandplejens indhold .....  | 8  |
| 1.2.1 Forebyggelse .....   | 8  |
| 1.2.2 Undersøgelse.....  | 8  |
| 1.2.3 Behandling .....   | 9  |
| 1.2.3.1 Nødbehandling og tandskader.....   | 9  |
| 1.2.3.2 Tandregulering - service og organisation .....   | 9  |
| 1.2.3.3 Færdiggørelse af påbegyndte behandlinger.....  | 10 |
| 1.3 Identifikation og henvisning af patienter, der har behov<br>for behandling i anden behandlingsinstans..... | 11 |
| 1.3.1 Henvisning til tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling .....                                       | 11 |
| 1.3.2 Henvisning til amtsspecialtandpleje .....  | 12 |
| 1.4 Tandlægefaglig ledelse / administration af den kommunale tandpleje .....                                   | 12 |
| 1.5 Praksiskommunernes varetagelse af den kommunale tandpleje .....  | 12 |
| 1.5.1 Kommunens opgaver i praksiskommunerne .....  | 12 |
| 1.5.2 De praktiserende tandlægers opgaver i praksiskommunerne .....  | 13 |
| 1.6 Tværfagligt samarbejde i de kommunale sundhedsordninger .....  | 13 |
| 1.7 Koordination .....   | 14 |
| <b>Kapitel 2 Kommunal omsorgstandpleje</b> .....   | 14 |
| 2.1 Personkreds .....  | 14 |
| 2.2 Visitation .....   | 14 |
| 2.2.1 Viderehenvisning til amtstandplejen .....  | 15 |
| 2.3 Organisation af omsorgstandplejetilbudet.....  | 15 |
| 2.4 Fagligt ansvar for omsorgstandplejen .....   | 16 |
| 2.5 Omsorgstandplejens indhold .....   | 16 |
| 2.5.1 Forebyggelse .....   | 16 |
| 2.5.2 Undersøgelse.....  | 17 |
| 2.5.3 Behandling .....   | 17 |
| 2.5.3.1 Færdiggørelse af behandling .....  | 17 |
| 2.6 Økonomi .....  | 17 |
| 2.7 Tværfagligt samarbejde .....   | 17 |
| 2.8 Koordination .....   | 18 |
| <b>Kapitel 3 Støtte til tandproteser</b> .....   | 18 |
| 3.1 Personkreds .....  | 18 |
| 3.2 Tilbudets indhold .....  | 18 |
| <b>Kapitel 4 Amtstandpleje</b> .....   | 19 |
| 4.1 Personkreds .....  | 19 |
| 4.2 Visitation .....   | 19 |
| 4.3 Amtstandplejens indhold.....   | 20 |
| 4.3.1 Forebyggelse .....   | 20 |
| 4.3.2 Undersøgelse.....  | 21 |
| 4.3.3 Behandling .....   | 21 |
| 4.3.3.1 Færdiggørelse af behandling .....  | 21 |
| 4.4 Organisation af amtstandplejetilbudet .....  | 21 |
| 4.5 Amtets opgaver .....   | 22 |
| 4.6 Kvalitetssikring.....  | 22 |
| 4.7 Koordination .....   | 22 |
| 4.8 Økonomi .....  | 22 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Kapitel 5 Amtsspecialtandpleje</b> .....  | 22 |
| 5.1 Personkreds .....  | 22 |
| 5.2 Amtsspecialtandplejens indhold .....   | 23 |
| 5.2.1 Konsultativ virksomhed.....  | 23 |
| 5.2.2 Undersøgelse og behandlingsplan .....  | 23 |
| 5.2.2.1 Identifikation af patienter, der skal henvises<br>til odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion.....                                 | 24 |
| 5.2.3 Behandling .....   | 24 |
| 5.3 Organisation af amtsspecialtandplejetilbudet.....  | 25 |
| 5.4 Kvalitetssikring.....  | 25 |
| <b>Kapitel 6 Odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion</b> .....   | 25 |
| 6.1 Personkreds .....  | 25 |
| 6.2 Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold .....  | 26 |
| 6.2.1 Konsultativ virksomhed.....  | 26 |
| 6.2.2 Undersøgelse.....  | 26 |
| 6.2.3 Behandling .....   | 26 |
| 6.3 Organisation af tilbudet .....   | 27 |
| 6.4 Kvalitetssikring.....  | 28 |
| <b>Kapitel 7 Tilskud til kræftpatienter, der har modtaget strålebehandling<br/>eller kemoterapi, samt til patienter med Sjögrens Syndrom</b> ..... | 28 |
| 7.1 Personkreds – Strålebehandlede patienter.....  | 28 |
| 7.1.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen.....  | 28 |
| 7.1.2 Tandplejens indhold.....   | 29 |
| 7.1.3 Ordningens omfang .....  | 29 |
| 7.1.4 Tilskud og egenbetaling.....   | 29 |
| 7.2 Personkreds – Kemoterapi patienter .....   | 30 |
| 7.2.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen.....  | 30 |
| 7.2.2 Tandplejens indhold.....   | 30 |
| 7.2.3 Ordningens omfang .....  | 30 |
| 7.2.4 Tilskud og egenbetaling.....   | 31 |
| 7.3 Personkreds – Patienter med Sjögrens Syndrom.....  | 31 |
| 7.3.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen.....  | 31 |
| 7.3.2 Tandplejens indhold.....   | 32 |
| 7.3.3 Ordningens omfang .....  | 32 |
| 7.3.4 Tilskud og egenbetaling.....   | 32 |
| <b>Kapitel 8 Koordination</b> .....  | 33 |
| 8.1 Amtskoordinationsudvalg.....   | 33 |
| 8.2 Samarbejdsudvalgenes opgaver .....   | 33 |
| 8.2.1 Samarbejdsudvalg på amtstandplejeområdet .....   | 34 |
| 8.2.2 Samarbejdsudvalg på amtsspecialtandplejeområdet og på<br>området vedrørende de odontologiske landsdels- og videnscentre.....                 | 34 |
| 8.2.3 Samarbejdsudvalg på området vedrørende økonomisk<br>støtte til behandlinger udført hos praktiserende tandlæge .....                          | 34 |
| 8.2.4 Samarbejdsudvalg på området vedrørende kommunal<br>tandpleje (børne- og ungdomstandpleje samt omsorgstandpleje) .....                        | 34 |
| <b>Kapitel 9 Finansiering, administration og ikrafttræden</b> .....  | 34 |
| 9.1 Befordringsgodtgørelse.....  | 34 |
| 9.2 Planlægning og indberetning .....  | 34 |
| 9.3 Videregivelse af journaler.....  | 35 |
| 9.4 Patientens selvbestemmelse / informeret samtykke .....   | 35 |
| 9.5 Forsøgsvirksomhed.....   | 36 |
| 9.6 Ikrafttræden .....   | 36 |
| <b>Bilag Sjældne sygdomme og handicap</b> .....  | 37 |

I medfør af § 27 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse af 22. marts 2001 om tandpleje fastsættes herved følgende retningslinier for tilrettelæggelse af den kommunale og amtskommunale tandpleje.

### Indledning

Med vedtagelsen af lov om børnetandpleje i 1971 påbegyndtes en udvikling, der medførte årgangsvist inddragelse af undervisningspligtige børn i en kommunal vederlagsfri, forebyggende og behandlende tandpleje. Ved lovændring blev denne pligt udvidet til fra 1981 at omfatte førskolebørn, og med tandplejelovent af 1986 var også unge på 16 og 17 år omfattet af et kommunalt, vederlagsfrit tandplejetilbud.

Tandplejelovent af 1986 åbnede endvidere mulighed for at kommunerne kunne tilbyde tandpleje til særligt vanskeligt stillede grupper, men det var først med ændringen af lovent i 1994, at kommunerne blev pålagt at tilbyde omsorgstandpleje. Der blev derigennem åbnet mulighed for, at en gruppe mennesker, der tidligere var en overset gruppe i tandplejesystemet, kunne opnå en væsentlig bedre tandsundhed.

Omsorgstandplejen omfattede alle personer, der boede på primærkommunale plejehjem samt hjemmebundne ældre, der på grund af fysisk eller psykisk handicap var visiteret til omsorgstandplejen. I forbindelse med omsorgstandplejens indførelse i 1994 blev der rejst spørgsmål om tandplejetilbudene til personer omfattet af de tidligere særforordsbestemmelser, men det blev i første omgang besluttet at holde tandplejen for disse patientgrupper uden for omsorgstandplejen, indtil deres forhold var nærmere belyst.

På sundhedsministerens foranledning blev der efterfølgende (1996) nedsat et udvalg (Amtstandplejeudvalget), der skulle beskrive tandplejetilbudene til de nævnte persongrupper samt andre grupper, der i tandmæssig henseende havde en invaliderende lidelse. Udvalget skulle endvidere overveje, om den del af tandplejen, der blev finansieret via bistandslovens § 58 (senere

servicelovens § 97), med fordel kunne have hjemmel i lov om tandpleje. Endelig kunne udvalget vurdere tandplejeforholdene for andre særligt ramte grupper, f.eks. patienter med Sjögrens Syndrom. Udvalget skulle derudover komme med forslag til forbedringer, hvis der var behov for det.

Som afslutning på sit arbejde afgav Amtstandplejeudvalget i juni 2000 rapporten "Tandplejetilbud til personer med særlige odontologiske behandlingsbehov". Rapporten var baseret på analysearbejdet fra fire arbejdsgrupper, mundende ud i rapporterne: "Amtskommunale tandplejetilbud til personer med sindslidelser, psykisk udviklingshæmning m.fl.", "Behandling af patienter med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse", "Tandpleje for patienter med udtalt mundtørhed (f.eks. som følge af Sjögrens Syndrom, strålebehandling i hoved-/ halsregionen mv.)" samt "Odontologiske kundskabs- og behandlingscentre for personer med sjældne sygdomme og handicap". Udvalgsarbejdet har dannet baggrund for den i december 2000 vedtagne ændring af lov om tandpleje, der således må ses som en naturlig forlængelse af den lovgivning, der har været grundlag for offentlig tandpleje i mere end 30 år.

Med ændringen af tandplejelovent etableres et forbedret tandplejetilbud til grupper af personer, der hidtil ikke, eller kun i begrænset omfang, har haft et hensigtsmæssigt tilbud om tandpleje.

Med lovent sker der endvidere en entydig lovgivningsmæssig placering hos amtskommunerne af såvel behandlingsansvaret som ansvaret for planlægning og koordination af behandlingstilbudene til persongrupper med behov for et specialiseret tandplejetilbud, herunder sindslidende og udviklingshæmmede personer. Derudover vil tandbehandling, der hidtil har været ydet med hjemmel i servicelovens § 97, fremover have hjemmel i lov om tandpleje. Der er dog samtidig sket en revision af både personkredsen og af tilbudene.

Sundhedsministeriet har med bekendtgørelse af 22. marts 2001 om tand-

pleje på en række områder fastlagt regler om omfanget af og kravene til den amtskommunale og kommunale tandpleje. De efterfølgende retningslinier skal i fortsættelse heraf betragtes som en række vejledende, tandlægefaglige og administrative bidrag vedrørende udførelsen af de aktiviteter, der er omfattet af loven.

### Målsætning for tandplejen

Der er i tandplejelovens § 1 formuleret en generel og bred målsætning for hele tandplejen: ”Tandplejens mål er, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet”.

Der er i målsætningen lagt vægt på flere aspekter: Et *adfærdsmæssigt* aspekt (god hjemmetandpleje, hensigtsmæssige tandplejevaner), et *sundhedsresultat* (sunde tænder, mund og kæber ... i funktionsdygtig stand), et *tidsaspekt* (udvikle ... og bevare ... gennem hele livet) og et *systemaspekt* (sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling). Målsætningen omfatter således ikke en enkelt aldersgruppe isoleret, men hele befolkningen i et livsforløb, og kan betragtes som en ideel formulering. For at leve op til en sådan målsætning påhviler der såvel tandplejen, offentlige myndigheder, som enkeltpersoner et betydeligt ansvar.

For børne- og ungdomsgruppen har den kommunale tandpleje gennem en nu lang årrække udviklet og etableret arbejdsrutiner og midler til at fastholde og forbedre en positiv tandsundhedsudvikling.

Siden den pligtmæssige omsorgstandpleje blev indført i 1994, har kommunerne også inden for dette område udviklet og etableret en række nye arbejdsrutiner. Tandplejen har, med udgangspunkt i kendte faglige muligheder og gennem samarbejde med andre dele af det kommunale social- og sundhedsvæsen, i vidt omfang vist sig i stand til at udvikle hensigtsmæssige programmer og rutiner også for denne mål-

gruppe, der som helhed er præget af relativt stor uensartethed i tandsundhedstilstand, tandplejetraditioner og tandplejebehov.

Med den nye ændring af tandplejeloven sker der en udvidelse af omsorgstandpleje-gruppen med den del af gruppen af udviklingshæmmede og sindslidende patienter, for hvem der ikke er særlige odontologiske problemer, men hvor der, overvejende på grund af ringe egenomsorg og manglende evne til at varetage den daglige hjemmetandpleje, er behov for et forbedret tandplejetilbud. Med udgangspunkt i den allerede etablerede omsorgstandplejes faglige tilbud og arbejdsmæssige rutiner vil der ved inddragelse af disse nye patientgrupper, hvis tandbehandlingsbehov i visse tilfælde vil adskille sig fra behandlingsbehovet hos det oprindelige omsorgstandplejeklientel, være behov for, at tandplejen udvikler og etablerer programmer for den nye målgruppe.

Den hidtidige tandplejelov har alene omfattet kommunernes forpligtelser på tandplejeområdet. Som noget nyt bliver amtskommunerne gennem lovgivning forpligtet til at varetage opgaver på tandplejeområdet over for forskellige målgrupper, ud over amternes allerede eksisterende opgaver på sygehusområdet og sygesikringsområdet.

Amtskommunerne har allerede som følge af den sociale lovgivnings regler om amternes ansvar og opgaver over for borgere på amtskommunale botilbud og efter de hidtidige retningslinier for tandbehandling af psykiatriske sygehuspatienter særlige forpligtelser i forhold til udviklingshæmmede og sindslidende patienter. Amtskommunerne har derudover, igennem sygehusvæsenet, den umiddelbare kontakt til kræftpatienter og patienter med Sjögrens Syndrom.

Det er i Danmark et grundlæggende princip, at sundhedsydelser bør gives på det organisatorisk laveste, fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau, ligesom der bør tages hensyn til nærhedsprincippet og til lige adgang til kvalificerede sundhedsydelser. Det er imidlertid også den generelle, fagligt dokumenterede opfattelse, at kvali-

teten i diagnostik og behandling generelt øges med stigende erfaring.

En stor del af den nye målgruppe for amtskommunal tandpleje har tidligere været henvist til at benytte kommunal tandpleje eller sygesikringstandpleje. Det drejer sig såvel om børn og unge med behov for specialiseret odontologisk behandling som sindslidende og udviklingshæmmede personer og personer med sjældne sygdomme og handicap. For alle disse patientgrupper er der behov for at sikre en forbedret adgang til kvalificeret diagnostik og specialbehandling. Etablering af tandplejetilbud på amtsligt niveau er således begrundet i hensynet til kvaliteten, herunder effektiv ressourceudnyttelse, samt hensynet til erfaringsopsamling. Ved at samle såvel faglige som økonomiske ressourcer i forbindelse med diagnostik og behandling af disse patienter vil der dannes grundlag for at sikre den erfaringsopsamling, der er nødvendig for at udvikle og fastholde ekspertise på et højt niveau.

Med lovændringen er der således skabt baggrund for en yderligere opfyldelse af tandplejelovens målsætning, idet der for målgrupperne med lovændringen sker en styrkelse af systemaspektet (sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling), hvilket må forventes at resultere i forbedrede, varige sundhedsresultater for den enkelte.

## Kapitel 1

### Kommunal børne- og ungdomstandpleje

#### 1.1 Personkreds

Den vederlagsfri forebyggende og behandlende kommunale tandpleje omfatter alle børn og unge under 18 år, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen. Optagelse i den kommunale tandpleje sker automatisk og kræver ikke tilmelding. Ved barnets optagelse i den kommunale børne- og ungdomstandpleje orienteres forældremyndighedens indehaver om tandplejens tilbud.

Børn og unge, der flytter til en anden kommune, men bevarer skolegangen i fra-

flytningskommunen, kan vælge fortsat at modtage det kommunale tandplejetilbud i fraflytningskommunen. Det er i den forbindelse uden betydning, om den pågældende går i kommunal eller privat skole, gymnasium, handelsskole mv., ligesom det er uden betydning, hvilken klasse den unge går i, eller om der skiftes skole i fraflytningskommunen. Vælger barnet / den unge at modtage tandplejetilbudet i skolekommunen, refunderer bopælskommunen et beløb, der svarer til skolekommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale børne- og ungdomstandpleje. For så vidt angår den gennemsnitlige udgift pr. barn, sondres ikke mellem "almindelig kommunal tandpleje" og tandreguleringsbehandlinger. Det er således skolekommunen, der skal afholde udgiften til tandreguleringsbehandling med refusion fra bopælskommunen svarende til skolekommunens gennemsnitlige udgift pr. barn. Det gælder også, hvis tandreguleringen foregår i privat praksis. I den gennemsnitlige opgørelse indgår skolekommunens samlede udgifter til almindelig tandpleje og til ortodonti.

Såfremt det anses hensigtsmæssigt at tilbyde børn og unge under 18 år forebyggende og behandlende tandpleje uden for folkeregisterkommunen, kan en anden kommune yde den af loven omfattede tandpleje og efter aftale med bopælskommunen afkræve denne refusion for de hermed forbundne udgifter.

Børn og unge under 18 år, der har ophold på døgninstitutioner omfattet af § 51 i lov om social service, er omfattet af tandplejeordningen i den kommune, hvor institutionen er beliggende, med mindre der er tale om børn og unge, der har behov for amtstandplejens specialiserede tandplejetilbud., jf. Kapitel 4.

Hvis et barn / en ung mellem 0 og 18 år ønskes udmeldt af den kommunale tandpleje, skal forældremyndighedens indehaver orienteres om mulige sundhedsmæssige ulemper ved og de økonomiske konsekvenser af, at barnet / den unge ikke omfattes af tandplejen. Udmeldelse skal foretages skriftligt af forældremyndighedens indehaver til

lederen af børne- og ungdomstandplejen, der underretter kommunalbestyrelsen. Udmeldelse kan kun ske for det samlede tandplejetilbud.

Ifølge Sundhedsministeriets bekendtgørelse kan tandpleje for børn og unge mellem 0 og 18 år tilbydes på offentlige klinikker, hos praktiserende tandlæger, der har indgået aftale med kommunen, eller ved en kombination af disse ordninger. For unge på 16 og 17 år foreligger der i kommuner, hvor der er oprettet offentlige klinikker, særlige valgmuligheder, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse, § 2, stk. 3 og 4. Det påhviler kommunen at oplyse alle 16-årige og deres forældre om, hvorledes ordningen for de 16- og 17-årige er tilrettelagt i kommunen og om de valgmuligheder, der foreligger. Det vil være hensigtsmæssigt at tilrettelægge valgproceduren således, at den unge kun skal melde tilbage til kommunen, hvis der ønskes et andet tandplejetilbud end det, kommunen generelt har fastlagt for de unge på 16 og 17 år.

Unge, der vælger at modtage tandpleje hos praktiserende tandlæger, meddeler kommunen, hvilken tandlæge de ønsker at benytte.

Udeblivelse kan ikke medføre, at et barn udelukkes fra den kommunale tandpleje. Udebliver et barn gentagne gange fra de regelmæssige tandlægelige undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer barnet at følge tandlægens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje, skal tandplejen etablere kontakt med forældremyndighedens indehaver med henblik på at finde årsagen til barnets udeblivelser eller forsømmelser. Tandplejen skal i samarbejde med hjemmet og / eller andre nøglepersoner i barnets omgivelser søge at sikre barnet regelmæssig tandpleje. Dersom enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning med henblik på at sikre barnet regelmæssig tandpleje er forgæves, meddeler den kommunale tandplejes leder kommunalbestyrelsen, at man ikke ser sig i stand til at gennemføre tandplejen i overensstemmelse med lovens intentioner og dermed fagligt må fralægge sig ansvaret for barnets / den unges tand-

pleje. Kommunalbestyrelsens beslutning i sagen meddeles forældremyndighedens indehaver.

## 1.2 *Tandplejens indhold*

Børne- og ungdomstandplejen skal søge at fremme det enkelte barns fysiske, psykiske og sociale trivsel ved at medvirke til, at tand-, mund- og kæberegionen udvikles og bevares i god funktionsdygtig stand gennem forebyggelse, undersøgelse og behandling af sygdomstilstande og -følger, anomalier, skader, funktionsforstyrrelser samt usunde kostvaner og mangelfuld mundhygiejne. For børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, skal tandplejen udføres i samarbejde med amtsspecialtandplejen og de odontologiske landsdels- og videnscentre (jf. Kapitel 5 og 6).

### 1.2.1 *Forebyggelse*

Forebyggende foranstaltninger omfatter: Oplysningsvirksomhed om betydningen af en sund, funktionsdygtig tand-, mund- og kæberegion, herunder om god mundhygiejne, betydningen af hensigtsmæssig kost og regelmæssige undersøgelser samt følgerne af ugunstige orale vaner. Motivation til hensigtsmæssig tandpleje i videste forstand også efter afsluttet deltagelse i børne- og ungdomstandplejen. Instruktion i regelmæssig hjemmetandpleje samt medicamentel profylakse og behandling.

I relation til gennemførelsen af forebyggende aktiviteter bør man i særlig grad være opmærksom på mulighederne for anvendelse af tandplejere.

### 1.2.2 *Undersøgelse*

Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionen foretages med intervaller, der fastsættes på grundlag af odontologiske kriterier.

Hos en stor del af børne- og ungegruppen ses i dag en høj grad af tandsundhed. Med henblik på en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse bør der derfor lægges vægt på anvendelse af tandplejere ved patientundersøgelse.

Det tilstræbes ved undersøgelserne at erkende og diagnosticere sygdomstilstande og -følger, anomalier, skader, funktionsforstyrrelser, at henlede opmærksomheden på u hensigtsmæssige kostvaner og mangelfuld mundhygiejne og at kontrollere udviklingen.

Hvis forældrene ikke følger barnet til undersøgelserne, orienteres de om barnets tand-, mund- og kæbeforhold ved indtrådte væsentlige ændringer i forhold til tidligere undersøgelser.

### 1.2.3 Behandling

Nødvendige behandlinger omfatter interceptive og terapeutiske foranstaltninger over for sygdomstilstande og -følger, anomalier, skader og funktionsforstyrrelser i tand-, mund- og kæberegionen samt den for behandlingens gennemførelse nødvendige pædagogiske og psykologiske forberedelse. Vedrørende selvbestemmelse / informeret samtykke til behandling henvises til afsnit 9.4.

For patienter, der er henvist til amtspecialbehandling, skal den behandling, der kan udføres i den kommunale tandplejes regi, udføres her. Således bør en interceptiv tandreguleringsbehandling udføres og afsluttes af den specialtandlæge, der er tilknyttet kommunens ortodontiske service. Det vil her være nødvendigt med et velfungerende samarbejde mellem amtsspecialtandplejen og den kommunale tandpleje, idet det vil være af betydning for det samlede behandlingsresultat, at patientens tandset er velforberedt til de eventuelle behandlingselementer, der kræver amtstandplejens ekspertise og / eller først kan gennemføres efter det fyldte 18 år.

#### 1.2.3.1 Nødbehandling og tandskader

Nødbehandling som følge af akut opståede tand-, mund- og kæbeproblemer bør kunne foretages umiddelbart, selv om den akut opståede situation sker uden for barnets / den unges folkeregisterkommune eller selv om den akutte nødbehandling må foretages hos en tandlæge, som ikke normalt har ansvaret for den pågældendes

tandpleje. For at undgå efterstående problemer omkring afholdelse af udgiften forbundet med nødbehandling, der påhviler den kommune, der varetager tandplejen for den pågældende, bør nødbehandlingen udelukkende omfatte de indgreb, som er nødvendige for at afhjælpe den akutte situation og for at sikre, at patientens orale tilstand er sådan, at videre behandling kan foregå hos den tandlæge / kommunale klinik, hvor barnets / den unges tandpleje normalt foregår. Andet kan dog være aftalt.

I forbindelse med tandskader skal det pointeres, at børne- / ungdomstandplejeordningen omfatter nødvendig behandling, hvad enten skaden kan tilregnes skadelidte eller tredjemand, og der sondres ikke mellem forsæt og uagtsomhed, eller om skaden er sket i skoletiden eller i fritiden.

#### 1.2.3.2 Tandregulering - service og organisation

Omfanget af kommunens tandreguleringservice fastsættes på baggrund af en visitation af alle børn, således at der til ortodontisk behandling udvisiteres børn med tandstillingsfejl (anomalier, malokklusioner), der indebærer eller med rimelig sikkerhed kan forventes at indebære skader på tænderne og deres støttevæv, fysiske funktionsforstyrrelser eller alvorlige psykosociale problemer på grund af iøjnefaldende afvigelser i udseende. Med hensyn til kriterier for ortodontisk visitation og ortodontiindikationer, henvises der til bilaget til Sundhedsministeriets bekendtgørelse.

Tilbud om tandreguleringsbehandling fremsættes på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Afslår forældremyndighedens indehaver behandling på dette tidspunkt kan der ikke senere rejses krav om gennemførelse af en behandling, som i mellemtiden kan have udviklet sig til en mere ressourcekrævende opgave. Hvis kommunen har besluttet, at et senere opstået ønske om tandregulering ikke vil blive imødekommet, skal denne praksis omtales straks, når forældre eller barn afslår behandling. Det vil sige, at afgørelsen af, om et ønske fra forældre eller barn om at iværk-

sætte en ortodontisk behandling på et senere tidspunkt alligevel vil kunne efterkommes, ligger hos kommunen. Her vurderes det, under hvilke omstændigheder det oprindelige afslag på behandlingen er foregået, og om tandplejens ressourcer kan bære en gennemførelse af en sådan tandreguleringsbehandling.

Det bør sikres, at alle børn visiteres af specialtandlæge. Herved kan sikres et ensartet vurderingsniveau som grundlag for en hensigtsmæssig, faglig og ressourcemæssig styring af området. Dette vil i særlig grad være hensigtsmæssigt i kommuner uden offentlige klinikker.

Det bør tilstræbes, at de ortodontiske behandlinger forestås af specialtandlæger, og ansvarsfordelingen i forhold til den konkrete behandling må være klar (journalført) i de tilfælde, hvor andre behandlere (tandlæger / tandplejere / klinikassistenter) inddrages.

Det kan især for mindre kommuner være hensigtsmæssigt at indgå samarbejde om løsningen af tandreguleringsopgaven, primært for at skabe et tilstrækkeligt patientgrundlag for opbyggelse og vedligeholdelse af rutine og erfaring på området.

### *1.2.3.3 Færdiggørelse af påbegyndte behandlinger*

Det påhviler kommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger, herunder ortodontisk behandling og traumebehandling. Færdiggørelse af behandling er aktuel, når patienten er midt i et konkret behandlingsforløb, der antages at kunne afsluttes umiddelbart efter det generelle tandplejetilbuds ophør. I praksis skal dette forstås således, at den endelige behandling skal være påbegyndt og kunne afsluttes inden for ca. et år efter det kommunale tandplejetilbuds ophør.

Det må forventes, at den kommunale tandpleje tilrettelægger sit arbejde således, at den unge, der står for at skulle forlade den kommunale tandpleje, fordi vedkommende fylder 18 år, indkaldes til sidste behandling så betids, at færdiggørelse af simpel kariesterapi vil kunne finde sted inden

det fyldte 18. år, også i de tilfælde, hvor det drejer sig om simpel kariesterapi af et ikke ubetydeligt omfang. Som udgangspunkt kan en behandlingsplan, der ikke er fuldført, inden den unge fylder 18 år, ikke i sig selv sidestilles med, at patienten er midt i et konkret behandlingsforløb. I de tilfælde, hvor en planlagt kariesbehandling ikke kan afsluttes, inden patienten fylder 18 år, men måske først en til to måneder senere, bør kommunen foretage en konkret vurdering af baggrunden for den manglende afslutning af den planlagte behandling. Særlige omstændigheder vil således kunne medføre, at behandlingen falder ind under reglerne om færdiggørelse.

For ortodontiske behandlinger vedkommende gælder det, at færdiggørelse omfatter såvel den aktive fase som retentionsfasen. Pligten til færdiggørelse af traumebehandlinger gælder ikke permanente tanderstatninger, der først kan udføres, længe efter den unge har forladt den kommunale tandpleje. I disse tilfælde bør den kommunale tandpleje vejlede med hensyn til skadeserstatning mv. i forbindelse med den senere endelige behandling, herunder varetage skadesanmeldelse til forsikring.

I Sundhedsministeriets bekendtgørelse om tandpleje, § 2, stk. 5-6, er der fastsat nærmere regler for betingelserne for færdiggørelse af behandlinger, der er påbegyndt i kommunal tandpleje. Understregningen af, at disse regler særligt omfatter tandregulering samt særligt kostbare behandlingsydelser (f.eks. faste og aftagelige protetiske erstatninger) er begrundet i de omkostninger og den arbejdsindsats, der normalt er forbundet med disse behandlinger.

Hos børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, skal amtsrådet tilbyde vederlagsfri specialbehandling efter det fyldte 18. år, indtil fysisk modenhed muliggør, at den pågældende behandling kan færdiggøres, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse § 15, stk. 3.

I tilfælde af flytning påhviler det den nye bopælskommune at færdiggøre påbegyndte behandlinger efter vilkår svarende til

ovenstående.

### *1.3 Identifikation og henvisning af patienter, der har behov for behandling i anden behandlingsinstans*

Det påhviler den kommunale tandpleje at foretage tidlig identifikation af patienter med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse. Det vil typisk dreje sig om patienter med forskellige tanddannelsesforstyrrelser, f.eks. aplasier og mineraliseringsforstyrrelser.

I forbindelse med diagnostik af f.eks. aplasier og mineraliseringsforstyrrelser skal der forud for en individuel røntgenundersøgelse foreligge en klinisk motivering, og røntgenundersøgelsen skal være indiceret. Herunder skal fordele ved brug af røntgenundersøgelse opveje de risici, der eksisterer i forbindelse med anvendelse af ioniserende stråling. Såfremt røntgenundersøgelser ønskes udført på populationsniveau (typisk i forbindelse med en screening), ændres kravene til indikationsstilling noget i forhold til de krav, der gør sig gældende, når røntgenundersøgelse udføres på individuelt niveau. Således skal der på populationsniveau foreligge en overordnet vurdering af den kliniske motivering og fordele kontra risici for den gruppe af personer, man ønsker at undersøge, eller for den undersøgelsestype, man ønsker at anvende. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at røntgenscreening af børn i den kommunale tandpleje kun bør foretages, hvis der foreligger et informeret samtykke dertil fra forældremyndighedens indehaver. Såfremt det drejer sig om unge, der er fyldt 15 år, kan informeret samtykke gives af den unge selv, men forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. lov om patienters retsstilling.

Det påhviler derudover den kommunale tandpleje at foretage tidlig identifikation af andre tilstande, der er så komplicerede, at behandlingsplanlægning og / eller behandling kræver et samarbejde mellem forskellige kompetencer (tand-, mund- og kæbekirurgi, protetik, ortodonti, pæodonti mv.). Netop på grund af disse tilstandes kompleksitet er der behov for specialviden på et ni-

veau, der sædvanligvis ikke er til stede i den kommunale børne- og ungdomstandpleje eller i privat tandlægepraksis.

Bedømmelse af, om der hos den enkelte patient er tale om en odontologisk tilstand, der ubehandlet medfører varig funktionsnedsættelse, må bero på et tandlægefagligt skøn sammenholdt med kriterier, fastsat af koordinationsudvalg og relevante samarbejdsudvalg. Selv en enkelt aplasi vil kunne omfattes af definitionen, hvis f.eks. der er tale om aplasi af en fortand, hvis et apasimellemrum ikke kan/bør lukkes ortodontisk og / eller hvis en eventuel tanderstatning ikke kan/bør indsættes før efter det fyldte 18 år.

Den tidlige identifikation, behandlingsplanlægningen samt det eventuelle behandlingstilsagn er af stor betydning for såvel barnet / den unge som for tandplejen. Det påhviler derfor den kommunale børne- og ungdomstandpleje rettidigt at foretage de fornødne henvisninger af ovenfor nævnte tilstande. Herigennem kan barnet / den unge sikres et sammenhængende behandlingstilbud, idet der gennem en langsigtet behandlingsplanlægning kan tages højde for det specielle behandlingsbehov.

#### *1.3.1 Henvisning til tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling*

Inden patienten forlader den kommunale tandpleje, bør ekstreme vækstbetingede kæbeanomalier med så alvorlige afvigelser i kæbevæksten, at såvel ortodontiske som kæbekirurgiske indgreb er nødvendige, være diagnosticerede, og de fornødne henvisninger bør foretages så tidligt som muligt (jf. bilag til Sundhedsministeriets bekendtgørelse (vedr. regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer)).

Behandlingen af sådanne vækstbetingede kæbeanomalier er henlagt til sygehusvæsenet, idet behandlingen af ekstrem vækstbetinget kæbeanomali er defineret som en sygehusopgave, og den kombinerede ortodontisk-kirurgiske behandling (ortokir behandling) af svære tilfælde af ekstrem vækstbetinget kæbeanomali er defineret som lands- og landsdelsfunktion. For pa-

tienter, der i amtet er visiteret som lidende af en ekstrem vækstbetinget kæbeanomali, påhviler betalingsforpligtelsen i forbindelse med det samlede behandlingsbehov for så vidt angår tilstande, der er en direkte følge af den vækstbetingede kæbeanomali (dvs. den kirurgiske behandling, den tilhørende tandreguleringsbehandling samt den eventuelle protetiske og bidfunktionelle efterbehandling) amtskommunen fra det øjeblik, patienten er indvisiteret til behandling i amtet.

### 1.3.2 Henvisning til amtsspecialtandpleje

Børn og unge med behov for odontologisk specialbehandling kan henvises til amtsspecialtandpleje for konsultation og / eller behandling.

Afgrænsning af personkreds, nærmere henvisningskriterier samt procedurer i forbindelse med henvisning er beskrevet i Kapitel 5.

### 1.4 Tandlægefaglig ledelse / administration af den kommunale tandpleje

I kommuner med offentlige klinikker (klinikkommuner) ansættes en leder, der har det faglige ansvar for den kommunale børne- og ungdomstandpleje. Lederen forudsættes at være tandlæge.

Hvis kommunen ønsker det, kan Sundhedsstyrelsen afgive en udtalelse om, hvilke ansøgere til en stilling som leder af den kommunale tandpleje der fagligt er kvalificeret til stillingen. De nærmere regler for afgivelse af denne udtalelse fremgår af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 290 af 1. maj 1987 om bedømmelse af ansøgere til lederstillinger i den kommunale tandpleje.

I kommuner, hvor den kommunale tandpleje tilbydes hos praktiserende tandlæger, med hvem kommunen har indgået aftale (praksiskommuner), kan ansættes en tandlægekonsulent til at bistå på tandplejeområdet. Ved ansættelse af tandlægeligt hjælpepersonale skal der udpeges en tandlæge til at føre tilsyn med dette personales arbejde.

### 1.5 Praksiskommunernes varetagelse af den kommunale tandpleje

I praksiskommunerne må opgaverne vedrørende varetagelse af det kommunale tandplejetilbud nødvendigvis deles mellem kommunen og de praktiserende tandlæger.

Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandplejen er imidlertid de samme, hvad enten tandpleje ydes på offentlig klinik eller hos praktiserende tandlæge, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse, § 3, stk. 2. Dette er ensbetydende med, at praksiskommunerne må tilbyde forebyggelse, undersøgelse og behandling, herunder ortodontisk behandling, svarende til afsnit 1.2 med underafsnit samt identifikation og henvisning af patienter, der har behov for behandling i anden behandlingsinstans, svarende til afsnit 1.3 med underafsnit.

I det følgende er fordelingen af opgaver mellem de to instanser skitseret.

#### 1.5.1 Kommunens opgaver i praksiskommunerne

Kommunen udarbejder en plan for sin børne- og ungdomstandpleje, der indeholder en redegørelse for:

- hvilke børn og unge der er omfattet af loven
- de praktiserende tandlæger, som kommunen har indgået skriftlig aftale med om forebyggende og behandlende tandpleje, samt tilrettelæggelse af børnenes / forældrenes valg af tandlæge og betingelserne for at kunne skifte tandlæge
- navne, adresser, telefonnumre samt sygesikringsydernumre på de pågældende praktiserende tandlæger
- det maksimale antal børn, for hvem hver tandlæge skriftligt forpligter sig til at varetage tandpleje i overensstemmelse med disse retningslinier
- koordineringen af den almene og den individuelle forebyggende tandpleje, herunder koordineringen mellem de enkelte praktiserende tandlæger, skolerne og disses lærere, den kommunale sundhedstjeneste i øvrigt samt med eventuelle fælleskommunale børnetandpleje-

- programmer
- tilrettelæggelse af en med den forebyggende børnetandpleje koordineret behandlende tandpleje, som angiver en entydig ansvarsplacering vedrørende det enkelte barns tandpleje, og som sikrer, at dobbeltprofylakse eller dobbeltbehandling eller undladelse af profylakse eller behandling ikke kan finde sted ved en fejltagelse
- tilrettelæggelse af et tilkaldesystem, som sikrer, at børnene indkaldes med de aftalte intervaller til den praktiserende tandlæge, som barnet (forældrene) har valgt, og som sikrer, at tandlægerne tager børnene til undersøgelse samt fornøden forebyggende og behandlende børnetandpleje i overensstemmelse med de indgåede aftaler
- tilrettelæggelse af den opsøgende virksomhed over for de børn (forældre), som ikke umiddelbart deltager i børnetandplejeordningen med de praktiserende tandlæger
- tilrettelæggelse af kommunens børnetandplejekartotek, som omfatter nødvendige oplysninger om hvert enkelt barn
- de budgetterede udgifter forbundet med kommunens plan, herunder også udgifter til aflønning af administrativt personale og øvrige administrationsudgifter, eventuelle udgifter til befordring til og fra de praktiserende tandlæger samt udgifter forbundet med kontrol og evaluering af kommunens børne- og ungdomstandplejeordning, herunder databehandling af indberetninger samt kopi af dataudtræk til de praktiserende tandlæger, som kommunen har aftaler med.

#### *1.5.2 De praktiserende tandlægers opgaver i praksiskommunerne*

De praktiserende tandlæger, som har indgået en aftale med én eller flere kommuner om tandpleje for de af loven omfattede børn og unge, modtager børnene til undersøgelse og nødvendig forebyggende og behandlende tandpleje og gennemfører i øvrigt tandplejen i overensstemmelse med de

foranstående bestemmelser.

Indsendelse af indberetninger om tand sygdommens forekomst sker til kommunen efter regler, som sundhedsstyrelsen udsender særskilt, jf. afsnit 9.2. Indberetning én gang årligt om virksomheden på børne- og ungdomstandplejeområdet i det forløbne skoleår afgives til kommunen.

De praktiserende tandlæger medvirker i kommunens arbejde med koordinering af tandplejen, herunder koordinering mellem den almene og den individuelle forebyggende og behandlende børne- / ungdomstandpleje.

De praktiserende tandlæger giver kommunen meddelelse om børn, som undlader at møde på klinikken som aftalt, med den virkning at behandling ikke kan påbegyndes eller videreføres. I disse tilfælde iværksættes den opsøgende virksomhed i overensstemmelse med kommunens plan.

#### *1.6 Tværfagligt samarbejde i de kommunale sundhedsordninger*

Børne- og ungdomstandplejen skal i samarbejde med hjemmet og andre nøglepersoner i barnets miljø søge at sikre barnet regelmæssig forebyggende og behandlende tandpleje. Nøglepersonerne kan typisk være ansatte i den kommunale sundhedstjeneste (f.eks. sundhedsplejersken eller kommunelægen), familiens læge, daginstitutionens personale, dagplejeren, skolens personale eller personale fra social- og sundhedsforvaltningen. Specielt skal det påpeges, at børne- og ungdomstandplejen tillige med den kommunale sundhedstjeneste og hjemmesygeplejerskeordningen er det primærkommunale ansvarsområde i den primære sundhedstjeneste (de kommunale sundhedsordninger). Det er væsentligt, at der er tæt og smidigt samarbejde disse ordninger imellem for at sikre den bedste service overfor befolkningen og for at opnå den bedste udnyttelse af ressourcerne. Specielt i relation til samarbejdet med sundhedsplejerskerne skal nævnes, at opgaven for tandplejen i relation til de 0-2 årige fortrinsvis består i at rådgive forældrene angående kost, mund- og tandhygiejne og af-

vænning med hensyn til funktionelle uvaner. Denne rådgivning er særdeles vigtig, da det viser sig, at mange senere opståede skader bundet i forkerte vaner, der er indledt på et meget tidligt tidspunkt i barnets liv. Denne opgave kan i vid udstrækning gennemføres af sundhedsplejerskerne - specielt i barnets første leveår, hvor sundhedsplejerskerne har regelmæssig kontakt med alle børn.

### 1.7 Koordination

Børne- og ungdomstandplejen skal medvirke til, at der sker en koordination med andre tandplejeaktiviteter. Det drejer sig primært om omsorgstandplejen, amtstandplejen samt anden tandpleje i amtskommunalt regi, herunder sygesikringstandpleje, amtsspecialtandplejen og sygehusvæsenets tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger (jf. Kapitel 8).

## Kapitel 2

### Kommunal omsorgstandpleje

#### 2.1 Personkreds

Kommunerne skal tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud (omsorgstandpleje).

Loven sigter mod, at omsorgstandplejetilbudet ydes til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner eller pleje og omsorg. Der skal være tale om, at egenomsorgen er så begrænset, at personen ikke kan udnytte den eksisterende sygesikringstandplejeordning.

Målgruppen for omsorgstandpleje er oprindeligt defineret som personer, der bor på plejehjem samt personer, der bor i eget hjem / ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, hvis egenomsorg er så begrænset, at de reelt kan ligestilles med plejehjemsbeboere. Det skal i den forbindelse bemærkes, at plejehjemsbegrebet

sammen med institutionsbegrebet i øvrigt er ophævet ved lov om social service. I det omfang plejehjem for en overgangsperiode videreføres, jf. servicelovens § 140, vil beboerne på disse dog stadig uden konkret visitation være omfattede af omsorgstandplejen. Øvrige "tidligere" plejehjemsbeboere skal visiteres til omsorgstandplejen på samme mådes som hjemmeboende personer.

Ud over den oprindeligt definerede målgruppe består målgruppen fremover også af de udviklingshæmmede og sindslidende patienter, hos hvem der ikke er særlige odontologiske problemer, der kræver tandlægefaglig specialbehandling i amtstandplejen, men hvor personen ikke i tilstrækkeligt omfang er i stand til at benytte de eksisterende tandplejetilbud i sygesikringstandplejen, overvejende på grund af ringe egenomsorg. Det er karakteristisk, at patienterne har vanskeligt ved at få kontakt til det etablerede tandplejesystem, ligesom de har vanskeligt ved at bevare kontinuiteten i deres tandpleje. Derudover ses der hos disse patienter nedsat eller manglende evne til at varetage den daglige hjemmetandpleje. Omsorgstandplejen vil her være velegnet til at yde patienten et relevant tandplejetilbud, når den pågældende ikke er i stand til at benytte sygesikringstandplejen, og når der ikke skønnes at være behov for specialbehandling i amtstandplejen. Det vil i sådanne situationer være relevant at tilbyde omsorgstandpleje til såvel voksne som til unge ved den kommunale børne- og ungdomstandplejes ophør.

Det er ikke tanken, at en bredere kreds af svagelige ældre eller handicappede, der kan behandles på almindelige tandklinikker, hvoraf mange er indrettet handicapvenligt, skal være omfattet af omsorgstandplejetilbudet. Omsorgstandplejen er heller ikke rettet mod personer, som principielt kan benytte de eksisterende tandplejetilbud, men som af sociale eller andre grunde har fravalgt tandplejetilbudet.

#### 2.2 Visitation

Visitation til omsorgstandplejen kan

finde sted ad flere kanaler. Det overordnede ansvar for, at visitation finder sted ligger for både børne- og ungegruppen og for voksen-gruppen hos kommunen.

For unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal der, såfremt den pågældende ikke skønnes at kunne udnytte sygesikringstandplejen og under forudsætning af, at vedkommende i øvrigt ikke skønnes at have behov for et specialiseret tandlægefagligt tilbud i amtstandplejen, kunne finde en direkte visitation sted til omsorgstandplejen, når den unge fylder 18 år. I sådanne tilfælde er det den kommunale børne- og ungdomstandpleje, der henviser den unge til omsorgstandplejetilbudet.

For personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne vil adgang til omsorgstandplejen bero på en visitation i den enkelte kommune - på samme måde som når kommunerne, efter en konkret individuel vurdering, sørger for tilbud om f.eks. personlig hjælp og pleje efter servicelovens §§ 71-73. Der vil således være tale om konkret visitation, uanset om der er tale om hjemmeboende personer i primærkommunale socialpsykiatriske tilbud eller andre personer, der i primærkommunalt regi modtager andre særlige tilbud p.g.a. varig og betydelig funktionsnedsættelse, eller om der er tale om personer i primærkommunale boformer. Det er op til primærkommunen at synliggøre henvisningsmuligheden for det berørte personale og de berørte borgere.

Endelig kan personer med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der oprindeligt er visiteret til amtstandplejen, herfra viderevisiteres til omsorgstandplejen, såfremt dette efter en tandlægefaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 12, stk. 3. Det er skønsmæssigt antaget, at ca. 3.500 af amtstandplejens patienter vil blive visiteret videre til omsorgstandplejen.

Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om at patienten behandles på det nødvendige, men mindst specialiserede niveau tilgodeses. I praksis vil dette være

ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af omsorgstandplejen til f.eks. sygesikringstandplejen, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt omsorgstandpleje, ikke længere er til stede. Der kan således for den enkelte patient ske henvisning både opadtil og nedadtil i systemet, dog således at det altid er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning om, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt. Omvisitering bør derfor kun finde sted på baggrund af en samlet vurdering baseret på såvel en tandlægefaglig bedømmelse som en konkret individuel vurdering fra kommunen.

### *2.2.1 Viderehenvisning til amtstandplejen*

For patienter, der af kommunen er visiteret til omsorgstandpleje, kan der finde viderehenvisning sted til amtstandplejen, såfremt den pågældende har behov for tandlægefaglig specialbehandling, jf. Kapitel 4.

Hvor der ikke generelt er behov for at henvise patienten til amtstandpleje kan der henvises til amtstandplejen for specielle enkeltopgaver (eksempelvis behandling i generel anæstesi), jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse § 5, stk. 2.

Personkredsen for omsorgstandplejetilbudet blev ved dens indførelse i 1994 opgjort til 100.000 på landsplan. Med lovændringen i december 2000 skønnes personkredsen udvidet med ca. 3.500 personer.

### *2.3 Organisation af omsorgstandplejetilbudet*

Kommunerne kan tilbyde omsorgstandpleje både ved offentlige klinikker og i privat tandlægepraksis / klinisk tandteknikerpraksis. Det er en forudsætning, at personer, der opfylder kriterierne for at modtage omsorgstandplejetilbudet, selv kan vælge mellem tandplejetilbud ved en kommunal klinik eller i privat regi, uanset om kommunen som udgangspunkt tilbyder tandpleje på offentlig klinik. Personer, der er omfattet af kommunens tilbud om omsorgstandpleje, men som ikke ønsker at modtage dette, be-

varer retten til tilskud til tandpleje efter reglerne i sygesikringsloven.

Der kan således i realiteten være tale om tre valgmuligheder for den enkelte, nemlig at modtage omsorgstandpleje ved a) offentlig klinik, b) privat praksis eller c) at fravælge et tilbud om omsorgstandpleje, hvorved retten til det almindeligt eksisterende sygesikringstilbud bevares. Hensigten med at understrege disse valgmuligheder er at henlede opmærksomheden på, at der ved ydelsen af tandplejetilbudet må tages vidtstrakt hensyn til den enkeltes ønsker og behov, herunder særligt hensyn til tidligere tandplejevaner.

Både kommuner med offentlige klinikker og praksiskommuner kan beslutte at tilbyde omsorgstandpleje ved hjælp af et kommunalt ansat personale (tandlæger, kliniske tandteknikere, tandplejere, klinikassistenter m.fl.), ved hjælp af praktiserende tandlæger / kliniske tandteknikere eller ved kombinationer heraf.

Det skal påpeges, at det må betragtes som en fordel, at ordningen tilrettelægges, så opgaven varetages af et begrænset antal personer. Behandlingen af denne gruppe patienter kræver særlig indsigt i de specielle problemer, som personer med begrænset egenomsorg har i relation til pasning af tænder og tandsystem.

Ligeledes kræves der mobilt udstyr samt et kendskab til og erfaring med at anvende et sådant udstyr i ikke-klinikmæssige omgivelser.

#### 2.4 Fagligt ansvar for omsorgstandplejen

På grund af den hyppige forekomst af specielle odontologiske lidelser, herunder mundslimhindelidelser samt akutte behandlingskrævende tilstande er det mest hensigtsmæssigt, at det er en tandlæge, der har det faglige ansvar for omsorgstandplejen. I kommuner med offentlige klinikker vil det faglige ansvar for omsorgstandplejen som udgangspunkt påhvile den ansatte tandlægelige leder.

Da de forebyggende foranstaltninger udgør en betydelig del af det samlede tandplejetilbud til hele omsorgstandplejegrup-

pen, vil det være relevant at tilknytte tandplejere til undersøgelse og behandling af denne patientgruppe.

Som led i de forebyggende foranstaltninger vil det ligeledes være af betydning at inddrage omsorgspersonalet.

Tandprotetiske eftersyn, undersøgelser og behandlinger kan foretages af såvel tandlæger som kliniske tandteknikere.

#### 2.5 Omsorgstandplejens indhold

Omsorgstandplejen skal gennem opsøgende, regelmæssige undersøgelser, forebyggende foranstaltninger og behandlinger medvirke til at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel.

Tandplejetilbudet skal baseres på et realistisk behandlingsbehov. Det vil sige, at der i forbindelse med tandplejetilbudet skal foretages et kvalificeret skøn over behovet for tandpleje under hensyntagen til patientens alder og almentilstand, objektive behov samt subjektive behov og ønsker, således at de foranstaltninger, der tilbydes, medvirker til at opretholde / forbedre patientens livskvalitet både i fysisk og psykisk henseende.

Hvor patientens almentilstand begrænser mulighederne for intervention eller vanskeliggør gennemførelsen af denne, har den tandlægelige indsats først og fremmest til hensigt at holde patienten fri for patologiske tilstande, der kan forvolde smerter og andre gener. Den almindelige omsorgspligt tilsiger, at fordelene ved behandlingen klart skal overstige ulemperne ved den eller ulemperne ved slet ikke at behandle.

Omsorgstandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forskellige elementer, eksempelvis de forebyggende og de behandlende.

Tandplejetilbudet skal omfatte følgende elementer:

##### 2.5.1 Forebyggelse

Den individuelle og kollektive forebyggelse omfatter alle aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at op-

stå, eller at begrænse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået.

Væsentlige elementer i forebyggelsen er derfor oplysningsvirksomhed til såvel patient som omsorgspersonale om betydningen af en sund, funktionsdygtig tand-, mund- og kæberegion. Der må lægges vægt på at tydeliggøre betydningen af god mundhygiejne og hensigtsmæssig kost. I videst mulige omfang motiveres til hensigtsmæssig tandpleje, ligesom der gives instruktion i og hjælp til regelmæssig mundpleje.

### 2.5.2 Undersøgelse

Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionen foretages med intervaller tilrettelagt på grundlag af odontologiske kriterier i overensstemmelse med den enkeltes behov.

Der skal således i denne sammenhæng ikke alene lægges vægt på den tandsundhedsmæssige situation, men også på den enkeltes generelle tilstand, og det bør vurderes, om ændringer heri giver anledning til særlig opmærksomhed i relation til tandpleje. På grund af de betydelige forskelle i tandplejebehovet i målgruppen kan der ikke fastlægges standardkrav til undersøgelsesintervallerne. Det bør imidlertid indgå i overvejelserne, at der hos en stor del af målgruppen vil være øget risiko for udvikling af karies på grund af mundtørhed som følge af behandling med farmaka.

### 2.5.3 Behandling

Nødvendige behandlinger omfatter behandling af symptomer, sygdomme og funktionsforstyrrelser i tænder, mund og kæber, herunder de nødvendige tandprotetiske behandlinger. Vedrørende selvbestemmelse / informeret samtykke til behandling henvises til afsnit 9.4.

#### 2.5.3.1 Færdiggørelse af behandling

Hvis en patient flytter fra en kommune til en anden, påhviler det tilflytningskommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger og videreføre omsorgstandplejetilbudet.

### 2.6 Økonomi

Kommunalbestyrelsen kan beslutte, hvorvidt omsorgstandplejen skal være vederlagsfri for modtagerne, eller om der skal være medbetaling. Patientens egenbetaling i omsorgstandplejen kan dog maksimalt udgøre 350 kr. årligt (en regulering af de 300 kr., der oprindeligt blev fastsat som led i lovforslaget vedrørende omsorgstandplejens økonomiske konsekvenser). Ved medbetaling kan der for sygesikringsdækkede ydelser maksimalt afkræves en betaling, der svarer til den takst, der skulle være afholdt af patienten i sygesikringstandplejen.

Udgiften til tandpleje hos praktiserende tandlæge / klinisk tandtekniker afholdes af kommunen. Påbegyndelse af særligt kostbare behandlinger kan dog først ske, når kommunen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen eller den kliniske tandtekniker afgivne tilbud. Kommunalbestyrelsen kan fastsætte, hvilke ydelser der skal være omfattet af kommunens forhåndsgodkendelse.

Modtagere af omsorgstandpleje kan ikke tillige modtage tilskud efter Lov om offentlig sygesikring, jf. § 6 i Lov om tandpleje m.v.

### 2.7 Tværfagligt samarbejde

Der vil være et betydeligt behov for et udstrakt tværfagligt samarbejde mellem tandplejens personale og de øvrige personalegrupper, som har etablerede arbejdsrutiner og pligter vedrørende målgruppen, hvad enten der er tale om personer, der opholder sig i primærkommunale boformer, amtskommunale boformer, eller om der er tale om hjemmeboende personer, evt. med tilknytning til primærkommunale socialpædagogiske eller -psykiatriske tilbud.

Det påhviler tandplejepersonalet i omsorgstandplejen at samarbejde med de øvrige faggrupper i social- og sundhedsvæsenet, herunder medvirke til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af den indsats, der vedrører fælles klienter og de generelle sundhedsfremmende foranstaltninger over for målgruppen.

Omsorgstandplejens samarbejdspart-

nere er først og fremmest social- og sundhedsforvaltningens personale, som sidder inde med viden om målgruppens placering og om de generelle forhold i kommunen, og som administrerer de sociale og sundhedsmæssige aktiviteter. Hertil kommer ledelse og medarbejdere i de kommunale boformer, som i varierende omfang vil blive berørt af omsorgstandplejens virksomhed. For de berettigede hjemmeboende patienters vedkommende vil tandplejens samarbejdspartnere især omfatte hjemmeplejens personale. Det må sikres, at der fra disse grupper ydes den fornødne bistand til gennemførelse af omsorgstandplejen.

Ved inddragelse af nye målgrupper i omsorgstandplejen kan det være hensigtsmæssigt, at der indkaldes til orienteringsmøder med relevante personalegrupper for herigennem dels at informere om omsorgstandplejens mål og muligheder dels at modtage informationer om de andre personalegruppers holdninger og forventninger til denne aktivitet. Endvidere er det væsentligt at udveksle informationer om, hvilke aktiviteter der i øvrigt er i gang på tandplejeområdet, og om hvorledes nye tandplejeaktiviteter vil indvirke på de øvrige personalegruppers virksomhed.

### 2.8 Koordination

Omsorgstandplejen er et primærkommunalt tilbud til personer, som ikke kan udnytte de eksisterende sygesikringsbaserede tandplejetilbud. Det betyder, at der er behov for koordination over for primært børne- og ungdomstandplejen, sygesikringstandplejen og amtstandplejen (jf. Kapitel 8).

Det kan især for mindre kommuner være hensigtsmæssigt at indgå samarbejde om løsningen af omsorgstandplejeopgaven, primært for at skabe et tilstrækkeligt patientgrundlag for opbyggelse og vedligeholdelse af rutine og erfaring på området.

Honoreringen af behandling af patienter, der henvises fra én kommune til en anden, aftales parterne imellem.

En kommune kan træffe aftale med amtet om at varetage omsorgstandplejeop-

gaven, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse § 5, stk. 2.

## Kapitel 3

### Støtte til tandproteser

#### 3.1 Personkreds

Støtte kan ydes til voksne, der ikke er omfattet af særlige tandplejeordninger (omsorgstandpleje, amtstandpleje), i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader på tyggeorganet (tænder, mund og kæber samt omgivende væv), uafhængigt af den pågældende persons økonomiske forhold.

#### 3.2 Tilbudets indhold

Kommunen yder økonomisk støtte til tandproteser. Støtte af denne art har hidtil været ydet i medfør af § 11 i Socialministeriets bekendtgørelse om ydelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter servicelovens §§ 97 og 98, udstedt med hjemmel i servicelovens § 97. Med ændringen af tandplejeloven er der således samtidig sket en ressortomlægning, således at den støtte ved ulykkesbetingede tandskader, der hidtil er blevet ydet efter servicelovens § 97 fremover ydes med hjemmel i lov om tandpleje (§ 4a).

Der ydes støtte til tandprotese, hvorved forstås en erstatning for én eller flere manglende tænder og skader opstået på tandproteser. Tandprotese omfatter faste proteser (kroner, broer, implantater) og aftagelige proteser (delproteser eller helproteser). Der ydes ikke hjælp til operative indgreb, tandregulering eller løbende forebyggende eller behandlende tandpleje

Støtte ydes til afhjælpning af følger af pludselige og direkte skadevirkninger, hvorimod der ikke ydes støtte til afhjælpning af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes sygdom (f.eks. epilepsi).

Da der ved tildeling af støtte til tandprotese er tale om støtte til restituering efter en ulykkesbetinget skade, må der lægges vægt på en umiddelbar tidsmæssig sam-

menhæng mellem ulykken og det som følger deraf opståede behandlingsbehov. Ansøgning om støtte bør derfor fremlægges så hurtigt som muligt efter skadens opståen, således at der på ansøgningstidspunktet er udført mindst mulig permanent behandling. Herved sikres, at kommunen får mulighed for at vurdere eventuelle alternativer til en foreslået behandling.

Der ydes ikke støtte til senere opståede skader, der ikke har umiddelbar sammenhæng med den oprindelige skade, ligesom der ikke ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse, § 10, stk. 3, præciserer, at hjælp ydes til behandling, der er i overensstemmelse med tandsættets status og vedligeholdelsesniveau. Herudover bør hjælpen i overensstemmelse med Socialministeriets tidligere retningslinier ydes til den billigst mulige, forsvarlige behandling, og der bør kun ydes hjælp til fast protetik, hvis dette er den eneste forsvarlige behandlingsmulighed. Disse forhold er nødvendigvis ensbetydende med, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret tandlægelig vurdering, hvorunder også patientens alder inddrages i vurderingen.

Ønsker patienten en anden behandling end den, der kan ydes støtte til, kan patienten få refunderet et beløb svarende til den godkendte støtte. Dette svarer stort set til de tidligere gældende regler vedrørende personlige hjælpemidler.

## Kapitel 4

### Amtstandpleje

#### 4.1 Personkreds

Amtsrådet skal tilbyde specialiseret tandpleje (amtstandpleje) til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksantandplejen eller i omsorgstandplejen.

Ud over de nævnte persongrupper skønnes gruppen for amtstandpleje at omfatte visse personer med cerebral parese,

autisme samt andre med meget betydelig og varig funktionsnedsættelse, eksempelvis hårdt ramte sklerosepatienter. I amtstandplejesammenhæng skønnes gruppen af ikke-sindslidende og ikke-udviklingshæmmede at udgøre ca. 1.500 patienter på landsplan.

Loven sigter imod, at amtstandplejetilbudet ydes til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktions-evne. Det er karakteristisk for målgruppen, at personerne ofte har behov for omfattende hjælp i almindelige, daglige funktioner eller for pleje. De pågældende personer har særlige problemer med at benytte tandplejen og med at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Endvidere har de behov for et mere specialiseret behandlingstilbud, end omsorgstandplejen kan tilbyde.

#### 4.2 Visitation

Visitation til amtstandpleje sker på grundlag af en faglig bedømmelse af patientens evne og mulighed for at benytte de øvrige tandplejetilbud. Denne bedømmelse bør foretages af en fagperson, der har jævnlig kontakt med patienten og kendskab til dennes funktionsnedsættelse, og som har ansvaret for den pågældende person.

Personer, der langvarigt bor på amtskommunale botilbud eller andre botilbud oprettet efter aftale med amtskommunen, kan henvises direkte til amtstandpleje af den ansvarlige pædagogiske eller sygeplejefaglige leder ved botilbudet.

Til amtstandplejen kan endvidere visiteres hjemmeboende børn og unge, som er omfattet af servicelovens § 16, stk. 1, om særlige dagtilbud til børn, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har et særligt behov for støtte, behandling mv. Ligeledes kan der finde visitation sted af børn, som ifølge folkeskolelovens § 20, stk. 2, er berettigede til at modtage et af amtskommunen (subsidiært Københavns og Frederiksberg Kommuner) tilrettelagt tilbud om specialundervisning pga. vidtgående fysisk / psykisk udviklingshæmning eller gennemgribende udviklings-

forstyrrelser.

Patienter, der er indlagt på eller tilknyttet psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktpspsykiatriske ordninger, kan henvises direkte til amtstandplejen..

Det er op til de enkelte amter selv at formulere mere detaljerede henvisningsprocedurer og synliggøre muligheden for henvisning for de berørte.

For patienter henvist til amtstandplejen skal det ved en tandlægefaglig vurdering i amtstandplejen vurderes, om patientens tandpleje kan tilgodeses på et mindre specialiseret niveau, f.eks. i omsorgstandplejen. Såfremt dette er tilfældet, er det imidlertid også ensbetydende med, at patienten, der som udgangspunkt tilhører amtstandplejens personkreds, kan genvisiteres til amtstandplejen fra f.eks. den kommunale børne- og ungdomstandpleje eller fra den kommunale omsorgstandpleje, såfremt det viser sig, at patientens tandplejebehov ikke i tilstrækkeligt omfang kan tilgodeses der.

Ligeledes bør det regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om at patienten behandles på det nødvendige, men mindst specialiserede niveau, tilgodeses. I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af amtstandplejen til f.eks. omsorgstandplejen, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt amtstandpleje, ikke længere er til stede. Det bærende princip er her, at det er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning af, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt.

Den samlede personkreds, der er omfattet af amtstandplejetilbudet, er skønsmæssigt opgjort til ca. 31.000 på landsplan. Heraf skønnes ca. 8.000 patienter efter amtslig visitation at kunne modtage behandling i omsorgstandplejen eller sygesikringstandplejen.

### 4.3 Amtstandplejens indhold

Amtstandplejen skal igennem et opsøgende, regelmæssigt tandplejetilbud, med henblik på bevarelse af tænder, mund og

kæber i funktionsdygtig tilstand, medvirke til, at den enkelte i videst mulige omfang bevarer sin fysiske, psykiske og sociale trivsel livet igennem .

Et fællestræk for de borgere, som indskrives i amtstandplejen, er, at de vanskeligt eller slet ikke kan benytte de øvrige tandplejetilbud, og at de vanskeligt eller slet ikke kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner. Tandplejetilbudet må således gives under skyldig hensyntagen til personens almene funktionsnedsættelse, og såvel mål som midler bør afpasses denne.

Den tandpleje, som tilbydes, skal i sit udgangspunkt være opsøgende, regelmæssig og forebyggende over for de patienter, som er indskrevet til tandpleje.

Nogle patienter, især patienter med langvarige psykiatriske lidelser, vil have et svingende funktionsniveau og derfor i perioder være utilgængelige for tandpleje. Ikke mindst over for denne gruppe er det vigtigt, at patienten regelmæssigt tilbydes tandpleje, som så kan ydes, når vedkommende er parat til at modtage denne.

Tandplejen bør have et klart pædagogisk sigte, således at patienterne, i det omfang det er realistisk, tilvænnes tandpleje, og således, at så få procedurer som muligt skal gennemføres i generel anæstesi eller under sedation. Såfremt en sådan tilvænnelse er mulig og kan gennemføres, bør det efterstående overvejes, om patienten eventuelt kan modtage tilbud på et mindre specialiseret niveau, uden at det tillærte mistes.

Amtstandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forskellige elementer, eksempelvis de forebyggende og de behandlende.

Tandplejetilbudet skal omfatte følgende elementer:

#### 4.3.1 Forebyggelse

Når patienten har meget svært ved at gennemføre behandling er minimering af sygdomsforekomsten den mest farbare vej for at friholde patienten for ubehag. Den forebyggende indsats bør derfor vægtes tungt.

De individuelle og kollektive forebyggende foranstaltninger omfatter alle aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at opstå, eller at begrænse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået.

Samarbejde med de nøglepersoner, som er omkring patienten (pårørende, støttekontaktpersoner, sygeplejefagligt eller pædagogisk personale), er helt afgørende i den forebyggende indsats. Alliancen med disse nøglepersoner i forbindelse med de daglige mundhygiejneprocuderer skal prioriteres højt, og kan bl.a. ske gennem systematisk undervisning, oplysning og andre sundhedsfremmende tiltag.

#### 4.3.2 Undersøgelse

Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionen, foretages med intervaller tilrettelagt på grundlag af odontologiske kriterier i overensstemmelse med den enkeltes behov.

Der skal i denne sammenhæng ikke alene lægges vægt på den tandsundhedsmæssige situation, men også på den enkeltes generelle tilstand, og det bør vurderes, om ændringer heri giver anledning til særlig opmærksomhed i relation til tandpleje.

Da det må forventes, at der er betydelige forskelle i tandplejebehovet i målgruppen, kan der ikke fastlægges standardkrav til undersøgelsesintervallerne. Tilrettelæggelse bør ske under hensyntagen til det forhold, at der hos en stor del af målgruppen er øget risiko for udvikling af karies på grund af den hyppige forekomst af mundtørhed som følge af anvendelse af farmaka.

#### 4.3.3 Behandling

Nødvendige behandlinger omfatter behandling af symptomer, sygdomme og funktionsforstyrrelser i tænder, mund og kæber, herunder de nødvendige tandprotetiske behandlinger, og for børn og unge de nødvendige tandreguleringsbehandlinger.

Det forhold, at der er tale om borgere med nedsat tolerance over for de ubehageligheder, som nødvendigvis er forbundet

med tandbehandling, må indgå i overvejelserne vedrørende behandlingsvalg og -metoder.

Det skal pointeres, at den diagnostiske udredning forud for behandlingsplanlægning og behandling, både hvad angår almenlidelser, og hvad angår patientens generelle situation, skal gøres så udtømmende som muligt med henblik på at tilpasse behandlingsplanen til patientens helhedssituation. I den forbindelse vil bl.a. oplysninger fra nøglepersoner omkring patienten være hensigtsmæssige, idet mange patienter, som modtager amtstandpleje, kan have svært ved at formulere deres problemer, ønsker og behov mht. tandsundhed. Vedrørende selvbestemmelse / informeret samtykke til behandling henvises til afsnit 9.4.

I forbindelse med behandling i generel anæstesi / under sedation skal det nødvendige billeddiagnostiske udstyr være til rådighed, idet mange patienter, som kun kan behandles på denne måde, vil have meget vanskeligt ved at give sufficente anamnesticke oplysninger. Diagnoser og behandlingsplaner må derfor i vid udstrækning baseres på objektive fund.

##### 4.3.3.1 Færdiggørelse af behandling

Hvis en patient flytter fra et amt til et andet, påhviler det tilflytningsamtet at færdiggøre påbegyndte behandlinger og videreføre amtstandplejetilbudet.

#### 4.4 Organisation af amtstandplejetilbudet

Amtsrådet træffer beslutning om den nærmere organisering af amtstandplejen. Amtsrådet og kommunalbestyrelsen kan aftale, at kommunen varetager opgaver for amtstandplejen. Amtsrådet og kommunalbestyrelsen træffer i den forbindelse aftale vedrørende betaling for opgaven.

Ved tilrettelæggelsen af amtstandplejetilbudet bør det have høj prioritet, at der skabes mulighed for, at patientens manglende evne til at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner kompenseres ved et nært samarbejde med de persongrupper, som omgiver patienten i det daglige. Derudover bør tandplejen, i det omfang det er muligt,

kompensere for patienternes manglende evne til at give udtryk for deres tandsygeproblemer.

For at lette den fysiske tilgængelighed skal klinikindretningen gøres så handicapvenlig som mulig både i adgangsforhold, og med hensyn til liftning og lejring af patienten.

Endvidere skal der være adgang til elektiv tandbehandling i generel anæstesi, ligesom det nødvendige billeddiagnostiske udstyr skal være til rådighed ved sådanne behandlinger.

Derudover skal der være adgang til præmedicinering i samarbejde med speciallæge, således at patienter, som ikke tolererer behandling på anden vis, kan modtage tandbehandling under sedation.

Det er i øvrigt amtsrådets beslutning, hvorledes man nærmere vil organisere amtstandplejen.

#### 4.5 Amtets opgaver

Amtstandplejens personale skal besidde den fornødne viden om de funktionsnedsættelser, som man møder hos patienterne, og hvorledes man håndterer de afledte problemer med hensyn til tandpleje.

#### 4.6 Kvalitetssikring

Kvalitetssikring og vidensopsamling bør finde sted, således at det igennem systematisk dokumentation til stadighed er muligt at dokumentere resultater og videreudvikle behandlingsmetoder.

#### 4.7 Koordination

Amtstandplejens funktioner kræver tæt koordination og samarbejde med det øvrige tandplejesystem. Samarbejdet vil bl.a. kunne omfatte undervisning og supervision fra amtstandplejen til såvel den kommunale tandpleje som sygesikringstandplejen.

#### 4.8 Økonomi

Amtsrådet kan beslutte, hvorvidt amtstandplejen skal være vederlagsfri for modtagerne, eller om der skal være medbetaling. Ved medbetaling kan der maksimalt afkræves en betaling på 1.300 kr. årligt. For

børn og unge under 18 år er et amtstandplejetilbud vederlagsfrit.

Den pligtmæssige amtstandpleje er indført blandt andet med det formål, i videst mulige omfang behandlingsmæssigt og økonomisk, at sidestille amtstandplejens patientgrupper med den øvrige befolkning. De 1.300 kr., amtsrådet kan opkræve i egenbetaling svarer derfor til den gennemsnitlige egenbetaling i voksentandplejen (1999-tal). Loftet for egenbetalingen reguleres én gang årligt på grundlag af satsreguleringsprocenten. Der vil være mulighed for at få tilskud til dækning af egenbetaling efter social- og pensionslovgivningen, det vil sige efter konkret trangsvurdering.

Amtstandplejeudvalget har i sit arbejde skønnet, at cirka 31.000 personer vil have behov for et særligt amtstandplejetilbud. Denne gruppe skønnes at udgøres af cirka 19.000 voksne personer med udviklingshæmning, cirka 7.500 voksne personer med sindslidelser, cirka 1.500 tidligere særfor-sorgsklienter m.fl. (f.eks. patienter med cerebral parese eller autisme) samt cirka 3.000 børn. Ud af denne samlede gruppe skønnes cirka 8.000 personer, efter amtlig visitation, at kunne modtage behandling i omsorgstandplejen (jf. Kapitel 2) eller sygesikringstandplejen.

Modtagere af amtstandpleje kan ikke tillige modtage tilskud efter lov om offentlig sygesikring.

## Kapitel 5

### Amtsspecialtandpleje

#### 5.1 Personkreds

Amtsrådet skal tilbyde børn og unge under 18 år med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse et specialiseret tandplejetilbud. Til disse børn og unge skal amtsrådet tilbyde vederlagsfri specialbehandling efter det fyldte 18. år, indtil fysisk modenhed muliggør, at den pågældende behandling kan færdiggøres. Det er således sigtet, at børn og unge med behov for odontologisk specialbehandling får et ensartet og sammenhæn-

gende behandlingstilbud i et niveaudelt system.

Målgruppen for amtsspecialtandplejen er hovedsagelig børn og unge med manglende anlæg af tænder (aplasi), mineraliseringsforstyrrelser eller andre tanddannelsesforstyrrelser eller odontologiske lidelser, hvor manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse. Væsentligheds-kriteriet er her af betydning for afgrænsning af personkredsen, idet det ved vurdering af den enkelte patient må bedømmes, om manglende behandling vil resultere i varig funktionsnedsættelse.

Det har ikke med loven været hensigten, at amtsspecialtandplejen skulle give et behandlingstilbud til patienter med kariesfølger eller med andre odontologiske problemer, der med rette ville kunne siges at kunne være forebygget ved en varig indsats fra patientens side.

Skønsmæssigt antages ca. 1.200 børn og unge pr. alderskohorte at have behov for et odontologisk amtsspecialtilbud i form af visitation, behandlingsplanlægning og behandling.

## 5.2 Amtsspecialtandplejens indhold

For det enkelte individ kan manglende tænder / tandanlæg, mineraliseringsforstyrrelser eller andre generelle tanddannelsesforstyrrelser eller odontologiske lidelser være et stort problem, og ikke sjældent kan problemet være ensbetydende med funktionsforstyrrelse / -nedsættelse eller direkte funktionshæmning, som kan have et omfang, der udgør et egentligt handicap. Det gælder især, hvis lidelsen omfatter mange tænder, eller hvis den omfatter tænder i fortandsregionen.

For den enkelte er de med disse tilstande forbundne problemer af såvel funktionel som psykosocial karakter. Terapeutisk vil der ofte være behov for kompliceret behandlingsplanlægning og / eller behandling, der kræver inddragelse af ekspertise fra flere odontologiske fagdiscipliner, ligesom der er behov for såvel koordination, kontinuitet og helhedssyn.

Med henblik på at sikre den fysiske,

psykiske og sociale trivsel for den enkelte, skal amtsspecialtandplejen derfor, i samarbejde med den kommunale børne- og ungdomstandpleje, give et teambaseret konsultativt og behandlingsmæssigt tilbud til de børn og unge, der på grund af manglende anlæg af tænder (aplasi), mineraliseringsforstyrrelser eller andre generelle tanddannelsesforstyrrelser eller odontologiske lidelser risikerer varig funktionsnedsættelse.

### 5.2.1 Konsultativ virksomhed

Amtsspecialtandplejen skal give et konsultativt tilbud for patienter henvist fra den kommunale børne- og ungdomstandpleje. Som led i den konsultative funktion skal den amtslige tandplejeenhed, efter behov, kunne medvirke til behandlingsplanlægning i samarbejde med den kommunale tandpleje. Dette gælder i forbindelse med patienter, hvis behandling udelukkende udføres i den kommunale tandpleje, men hvor den kommunale tandpleje, på grund af mere komplekse, tandlægefaglige forhold, kan have behov for konsultation på (og samarbejde med) et mere specialiseret tandlægefagligt niveau.

### 5.2.2 Undersøgelse og behandlingsplan

For patienter henvist fra den kommunale børne- og ungdomstandpleje foretages undersøgelse og behandlingsplanlægning af det odontologiske team i amtsspecialtandplejen. For de apasipatienter, der har et relativt overskueligt behandlingsbehov, men alligevel har brug for et sammenhængende behandlingstilbud, vil behandlingsplanlægning og eventuelt behandling med fordel kunne udføres i amtsspecialtandplejens tværfaglige team.

Patienter med svære tilfælde af ekstrem vækstbetinget kæbeanomali, for hvem der er behov for kombineret ortodontisk og kirurgisk behandling, behandles som udgangspunkt i lands- og landsdelsfunktion på tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger, og dermed ikke i amtsspecialtandplejen eller på odontologisk landsdels- og videnscenter.

### 5.2.2.1 Identifikation af patienter, der skal henvises til odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion

Omfanget af og kompleksiteten i patientens behandlingsbehov afgør, om behandlingsplanlægning og behandling skal udføres i amtsspecialtandplejen, eller om der er behov for behandling i et højtspecialiseret, multidisciplinært behandlerteam. Det påhviler derfor amtsspecialtandplejen at foretage identifikation af henviste patienter med specielt vanskelige og komplicerede tilstande, der ikke kan behandles på tilstrækkeligt specialiseret niveau i amtsspecialtandplejen, således at de kan viderehenvises til et odontologisk landsdels- og videnscenter (jf. Kapitel 6). Skønsmæssigt antages denne gruppe at udgøre ca. 30 patienter pr. alderskohorte. Det drejer sig f.eks. om de mest vanskelige aplasitilfælde, dvs. patienter med omfattende mangel på tænder og med anodonti.

### 5.2.3 Behandling

En stor del af de patienter, der bliver henvist til amtsspecialtandplejen på grund af forskellige odontologiske lidelser vil være patienter, hvis hovedproblem er aplasi af permanente tænder<sup>1</sup>.

Ud fra biologiske principper må pladslukning i form af tandregulering som hovedprincip betragtes som den bedste behandling.

Imidlertid er pladslukning som behandlingsmetode ikke mulig i mange situationer, ikke mindst når der er tale om multiple aplasier og / eller uhensigtsmæssigt placerede tilstedeværende tænder. De helt væsentlige behandlingsmæssige problemer ligger derfor hos den gruppe af aplasipatienter, hvor det ikke er muligt at gennemføre behandlingen ved hjælp af pladslukning, og hvor der følgelig dels er en tandlægefaglig indikation, dels et subjektivt behov for tanderstatninger, der kan etableres på forskellige

måder. Aftagelige proteser og ætsbroer betragtes i dag som midlertidige løsninger, der kan accepteres, indtil en blivende tanderstatning kan indsættes, hvorimod sådanne løsninger ikke sædvanligvis kan betragtes som rimelige og acceptable permanente løsninger for yngre mennesker. I langt de fleste tilfælde vil der derfor i dag være tale om, at patienten skal have indsat implantat(er).

Med henblik på at opnå det bedst mulige behandlingsresultat må der lægges vægt på et velfungerende og smidigt samarbejde mellem amtsspecialtandplejen og den kommunale tandpleje.

Som hovedprincip skal den behandling, der kan udføres i den kommunale tandplejes regi, udføres der. Således bør den interceptive tandreguleringsbehandling udføres og afsluttes af den specialtandlæge, der er tilknyttet kommunens ortodontiske service, jf. bekendtgørelsens § 15, stk. 2.

Den kommunale børne- og ungdomstandpleje fremsætter tilbud om ortodontisk behandling, herunder pladslukning som led i aplasibehandling, på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Afslår forældremyndighedens indehaver behandling på dette tidspunkt, kan der ikke senere rejses krav om gennemførelse af behandling, der kan have udviklet sig til en mere ressourcekrævende opgave (jf. afsnit 1.2.3.2), f.eks. indsættelse af implantater.

De behandlinger eller dele af behandlinger, der er særligt vanskelige, og som kræver et nært samarbejde mellem de forskellige dele af amtsspecialtandplejens odontologiske team (pæodonti, ortodonti, protetik, kirurgi), udføres i (og betales af) amtet, også inden patientens fyldte 18. år.

Det bør indgå i behandlingsovervejelserne, ikke mindst, når der er tale om implantatbehandlinger, at behandlingen skal tage højde for, at der er tale om et individ i vækst. Hvis implantater indsættes for tidligt i forhold til vækstafslutning vil det medføre, at implantatet kommer i infraposition, hvilket foruden æstetiske problemer, også vil medføre svækkelse af nabotændernes parodontier. Som udgangspunkt skal implanta-

<sup>1</sup> Indtil 31. Marts 2006 omfatter tilbudet også personer over 18 år, der før lovens ikrafttræden var berettigede til tandprotese i henhold til lov om social service § 97, jf. overgangsbestemmelserne i lov om tandpleje af 20. december 2000, § 3, stk. 2.

terne derfor indsættes, når væksten er afsluttet.

Som hovedprincip skal behandlingen ikke indledes, før den er grundigt gennemdiskuteret og aftalt med patienten og / eller forældrene. Behandlinger hos børn og unge skal baseres på veldokumenterede metoder hos voksne, inden de appliceres på børn.

Behandlingen bør følges op med hyppige kontrolbesøg. Herved har behandler-teamet mulighed for hurtigt at gribe ind med behandling og dermed undgå tab af knogle, hvis der f.eks. opstår betændelse ved implantatet. I mange tilfælde kan tandplejere med fordel inddrages i denne kliniske efterkontrol og –behandling.

### *5.3 Organisation af amtsspecialtandpleje-tilbudet*

Behandlingsmæssigt vil der ofte være behov for krævende behandlingsplaner og komplicerede behandlinger. Netop af denne grund er der behov for inddragelse af - og et tæt samarbejde mellem - flere odontologiske discipliner (pædodonti, ortodonti, protetik, kirurgi). Det teambaserede behandlingstilbud er derfor et væsentligt og bærende element i amtsspecialtandplejen. Det påhviler derfor amtsrådet at sikre, at der er kvalificeret personale til at varetage denne teambaserede amtsspecialtandplejefunktion. Dette kan bl.a. gøres ved at stille konkrete krav om dokumenteret generel erfaring i behandling af et nærmere fastsat antal komplicerede, relevante fagdiscipliner (ortodonti, kirurgi, pædodonti, protetik mv.) fra de personer, der skal varetage amtsspecialtandplejen.

For patienter hvor den endelige behandling (f.eks. med implantater) først kan færdiggøres, når patienten er udvokset (i 20-25 års alderen) betyder det, at den endelige behandling udføres i amtsspecialtandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra den kommunale tandpleje til et amtsspecialtandplejetilbud.

I de tilfælde, hvor der er tale om behandlinger, der ikke kræver specialistbehandling, kan amtskommunen lade den ud-

føre andetsteds, f.eks. hos praktiserende tandlæge eller i den kommunale tandpleje. Beslutning herom må baseres på en individuel odontologisk vurdering foretaget af amtsspecialtandplejen. Reglerne for omfanget af og kravene til amtsspecialtandplejen er i øvrigt de samme, hvad enten tandplejen ydes i offentlig eller privat tandlægepraksis, jf. bekendtgørelsens § 17, stk. 4.

Det påhviler amtsrådet at færdiggøre påbegyndte behandlinger. I tilfælde af flytning påhviler det den nye amtskommune at videreføre tilbudet og færdiggøre den pågældende behandling.

### *5.4 Kvalitetssikring*

Kvalitetssikring og vidensopsamling bør finde sted, således at det igennem systematisk dokumentation til stadighed er muligt at dokumentere resultater og videreudvikle behandlingsmetoder. Specielt hvad angår implantatbehandlinger, skal behandlingen dokumenteres igennem en langsigtet opfølgning med indrapportering af behandlingsresultater. En konkret, klinisk vurdering af behandlingsresultatet efter implantatbehandlinger er at betragte som en etisk nødvendighed, ikke mindst fordi implantater, der anvendes til behandling af unge, skal sidde i mange år.

Kvaliteten i diagnostik og behandling i amtsspecialtandplejen bør sikres igennem samarbejde med den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion (jf. Kapitel 6).

## **Kapitel 6**

### **Odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion**

#### *6.1 Personkreds*

Amtsrådet skal tilbyde højt specialiseret rådgivning og / eller behandling til børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, og for hvem tilbudet i amtsspecialtandplejen ikke er tilstrækkeligt specia-

liseret. Skønsmæssigt udgør denne gruppe ca. 30 personer pr. år.

Amtsrådet skal derudover tilbyde højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den til grundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæber. Der sigtes her til personer, der omfattes af begrebet ”sjældne sygdomme og handicap”, defineret som en tilstand med en forekomst på mindre end 1:10.000, dvs. en absolut forekomst på mindre end ca. 500 i Danmark, jf. bilag til Sundhedsstyrelsens retningslinier. Herforuden skal den pågældende person have vidtgående odontologiske problemer f.eks. i form af tanddannelses-, mineralisations- eller eruptionsforstyrrelser, malokklusioner, øget risiko for karies, parodontale lidelser eller slimhindelidelser. Skønsmæssigt udgør den samlede gruppe ca. 5.000 personer, hvoraf hovedparten dog kun har behov for rådgivning, behandlingsplan mv. (jf. afsnit 6.2.3).

## 6.2 Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold

Når en behandlingsplan/behandling er så vanskelig, at tilbudet i amtspecialtandplejen ikke er tilstrækkelig specialiseret til at varetage opgaven, eller når en tilstand / et handicap er så sjældent at tandplejeopgaven ikke kan løses i det øvrige tandplejesystem, vil patienten have behov for et højt specialiseret tilbud på et landsdels- og videnscenter. De odontologiske landsdels- og videnscentre på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital skal til disse patienter, i samarbejde med bl.a. de to tandlægeskoler, give et højt specialiseret konsultativt og behandlingsrelateret tilbud.

### 6.2.1 Konsultativ virksomhed

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal yde konsultativ virksomhed over for den kommunale og amtskommunale tandpleje samt sygesikringstandplejen ved odontologisk udredning, diagnostik og behandlingsplanlægning for patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem

der er vidtgående odontologiske problemer

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal derudover give et konsultativt tilbud over for den amtskommunale tandpleje, herunder amtspecialtandplejen ved behandlingsplanlægning for patienter med behov for meget kompliceret behandling.

Som led i den konsultative virksomhed skal de odontologiske landsdels- og videnscentre udvikle informationsmateriale til patienter og pårørende til patienter med sjældne sygdomme eller handicap kombineret med vidtgående odontologiske problemer.

### 6.2.2 Undersøgelse

Det odontologiske landsdels- og videnscenter foretager undersøgelse, diagnostik og behandlingsplanlægning i et multidisciplinært, højt specialiseret team af henviste patienter med sjældne sygdomme og handicap kombineret med vidtgående, odontologiske problemer og for patienter med behov for højt specialiseret, multidisciplinær behandling.

### 6.2.3 Behandling

Den behandling, der ligger inden for den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion er ikke af samme type som de behandlinger, der ligger inden for den tand-, mund- og kæbekirurgiske landsdelsfunktion, der i samarbejde med andre specialer blandt andet varetager behandling af de svære kraniofaciale misdannelser. Det er imidlertid hensigtsmæssigt, at der etableres et udstrakt samarbejde imellem de odontologiske landsdels- og videnscentre og de centre inden for sygehusvæsenet, der varetager den kirurgiske behandling af patienter med svære kraniofaciale misdannelser. Desuden bør der etableres samarbejde med de klinikker og centre for sjældne handicap og sygdomme, som er etableret på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

De typer behandling, der kan indvisiteres til hel eller delvis behandling i den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion er af forskellig karakter. Overord-

net set vil der være tale om patienter med behov for højt specialiseret, multidisciplinær behandling eller patienter med sjældne sygdomme og handicap kombineret med vidtgående odontologiske problemer i de tilfælde, hvor der er behov for højt specialiseret, multidisciplinær behandling. Nedenfor nævnes nogle eksempler på behandlinger, der i de fleste tilfælde vil være omfattede af den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion. Der henvises endvidere til bilaget til Sundhedsstyrelsens retningslinier.

Det odontologiske landsdels- og videnscenter vil eksempelvis skulle varetage behandlingen af patienter med 13 aplasier eller mere (på landsplan ca. 20 patienter pr. år). Hos disse patienter ses hyppigt afvigende kæbevækst og dermed kompleks og specielt vanskeliggjort behandling.

Derudover vil den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion skulle varetage behandlingen af enkelte patienter med færre, men stærkt uheldigt placerede aplasier (f.eks. i overkæbens frontregion) - på landsplan ca. 10 patienter pr. år.

Også patienter med andre, komplicerede typer tanddannelsesforstyrrelser som f.eks. amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta og odontodysplasi, kan, såfremt behandlingen ikke kan varetages i amtsspecialtandplejen, tilbydes behandling i det odontologiske landsdels- og videnscenter. Der er her tale om ganske få patienter (færre end 10 pr. år).

Endelig vil den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion kunne udføre odontologisk behandling, eller dele heraf, for patienter med sjældne sygdomme og handicap kombineret med vidtgående odontologiske problemer. Det er dog skønt, at der for disse patienter kun i meget sjældne tilfælde vil være et egentligt behov for behandling på dette niveau, idet langt de fleste patienter med fordel vil kunne modtage behandling i det øvrige tandplejesystem i samarbejde med det odontologiske landsdels- og videnscenter.

### 6.3 Organisation af tilbudet

Den odontologiske landsdels- og vi-

denscenterfunktion placeres på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital, der i samarbejde med de to tandlægeskoler varetager løsningen af opgaven.

Centerteamet bør være et multidisciplinært team med højt kvalificerede repræsentanter fra de relevante fagdiscipliner (ortodonti, kirurgi, protetik og pæodonti). Derudover bør der tilknyttes relevant ekspertise fra pædiatri og andre lægelige specialer. Det er hensigten, at centerfunktionen skal opbygges i tæt samarbejde med tandlægeskolerne, for på den måde bedst at sikre anvendelse af den samlede ekspertise, der er til rådighed i landet.

For børn og unge med læbeganespalte, med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali eller med vækstbetinget afvigelse i tand- og kæbestilling i forbindelse med juvenil rheumatoid arthritis har behandlingen i en årrække været defineret som en landsdelsfunktion. Denne landsdelsfunktion berøres ikke af etableringen af de odontologiske landsdels- og videnscentre.

Det forhold, at den nyetablerede odontologiske landsdels- og videnscenterfunktionen nu placeres på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital, er ikke ensbetydende med, at der er tale om en sygehusopgave, der skal løses efter sygehusloven. Der er derimod tale om et særligt specialiseret tandplejetilbud, som amtsrådene er forpligtede til at stille til rådighed i medfør af tandplejeloven. Sygehuslovens regler finder således ikke anvendelse i forhold til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion. Bopælsamtskommunen betaler en omkostningsbestemt takst til Hovedstadens Sygehusfællesskab eller Århus Amtskommune for konsultative ydelser og behandling af de patienter, der henvises til de odontologiske landsdels- og videnscentre.

Henvisning af børn og unge med behov for højt specialiseret behandling til de odontologiske landsdels- og videnscentre bør forudgås af udredning i amtsspecialtandplejen. Henvisning af personer med sjældne sygdomme og handicap til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion kan dog ske uden forudgående

udredning i amtsspecialtandplejen. Indvisitering til behandling beror på den faglige vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre.

For de to odontologiske landsdels- og videnscentre bør der etableres en fælles referencegruppe med repræsentanter fra det multidisciplinære team, tandlægeskolerne, relevant medicinsk ekspertise, relevante patientforeninger samt Sundhedsstyrelsen, med henblik på drøftelser af landsdels- og videnscentrenes funktioner og faglige prioriteringer.

#### 6.4 Kvalitetssikring

Det er en generel opfattelse, at kvaliteten i diagnostik og behandling øges med stigende erfaring. Ved at samle de faglige og økonomiske ressourcer vedrørende visse sygdomstilstande kan man sikre den erfaringsopsamling, der er nødvendig for at fastholde og udvikle ekspertise på internationalt sammenligneligt niveau. De odontologiske landsdels- og videnscentre må således udvikle og fastholde en høj grad af ekspertise, og skal - som led i denne proces - systematisk indsamle erfaringer, viden og epidemiologiske data, eventuelt i et nordisk og / eller internationalt samarbejde. Der bør derudover foretages kvalitetssikring igennem dokumentation af behandlingsresultater.

De odontologiske landsdels- og videnscentre bør derudover medvirke til oprettelse af videndatabase, udvikling af nye behandlingstilbud, udarbejdelse af behandlingsprotokoller (referenceprogrammer) og kommunikation af indhøstede erfaringer.

Med henblik på sikring af kvalitet i diagnostik og behandling bør amtsspecialtandplejen i et vist omfang medinddrages og medvirke i de omtalte processer. Et sådant samarbejde mellem de to niveauer kan bl.a. komme på tale i de tilfælde, hvor en patient, der primært behandlingsmæssigt hører hjemme på det højt specialiserede niveau, i visse perioder af sin behandling kan følges på et amtsligt center, under forudsætning af, at der foreligger en aftale herom (sattelitaf-tale).

Hos de odontologiske landsdels- og videnscentre ligger derudover en forpligtelse til, i samarbejdet med amtsspecialtandplejen, at sikre en spredning af opgaver, der er blevet almindeligt kendte og ukomplicerede.

Samarbejde mellem de forskellige niveauer, og dermed større kvalitet i diagnostik og behandling, kan også styrkes på andre måder, f.eks. igennem fælles behandlingsplaner, vandrejournaler, konferencer m.m.

Derudover vil centret have til opgave at varetage såvel forsknings- og udviklingsopgaver som uddannelsesopgaver på området, ligesom der vil være en forpligtelse til at foretage vurdering af nye og særlige ydelser før eventuel spredning (MTV-vurdering).

## Kapitel 7

### Tilskud til kræftpatienter, der har modtaget strålebehandling eller kemoterapi, samt til patienter med Sjögrens Syndrom

#### 7.1 Personkreds – Strålebehandlede patienter

Målgruppen for tilskudsordningen er patienter, der på grund af strålebehandling af kræftsygdomme på hoved og hals har betydelige tandproblemer.

Skønsmæssigt antages denne gruppe at udgøre ca. 250 nye patienter pr. år, hvortil kommer ca. 1.000 patienter, der ved lovens ikrafttræden lever efter strålebehandling af hoved og / eller hals, og som forventes at ville tage imod et særligt tilbud.

##### 7.1.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

Ved strålebehandling for kræft på hoved og hals opstår akutte bivirkninger i form af hudpåvirkninger, sår i munden, svamp, belægninger, mundsmerter og mundtørhed. Kroniske gener efter strålebehandlingen omfatter mundtørhed, røde og sarte slimhinder, øget kariesaktivitet m.v.

Mundtørheden kan vise sig ved en tør pergamentagtig mundslimhinde, hvori mundspejlet hænger fast ved almindelig undersøgelse. Tungen taber sit papilmønster og fremtræder eventuelt glat og med indtørrede belægninger. Slimhinden er sart med tendens til sårdannelse, og gabevejen er ofte nedsat. Kronisk mundtørhed samt påvirkning af tænderne medfører ud over øget kariesaktivitet karies på atypiske steder (cervikalt, incisalt og langs fyldninger), og at tænderne bliver skøre, knækker let, hvorfor fyldninger tabes hyppigt.

### 7.1.2 Tandplejens indhold

Det odontologiske behandlingsbehov som følge af strålebehandlingen omfatter behandlingskrævende tilstande, som er tilkommet efter saneringen og som kan relateres til strålebehandlingen. Behandling af tandsættet udføres således svarende til det dokumenterede behov (tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser m.v.)

Hertil kommer et odontologisk behov for forebyggende tiltag, som næsten altid er påkrævet i forbindelse med strålebehandling. Den konserverende behandling bør således suppleres af forebyggende behandling (afpuddning, tandrensning, kontrol, instruktion m.v.) f.eks. hver 3. måned, afhængig af behov.

### 7.1.3 Ordningens omfang

Forudsætningen for, at en patient omfattes af den særlige tilskudsordning, er, at det kan dokumenteres, at det odontologiske behandlingsbehov har karakter af at være betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til strålebehandlingen.

Patienter, der skal have strålebehandling på hoved / hals for cancer bør undersøges på en hospitalsafdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi med henblik på sanering af tandsættet før strålebehandlingen.

Den odontologiske status lige før strålebehandlingen dokumenteres via hospitalsjournalerne / røntgenbilleder fra disse afdelinger samt erklæring fra egen tandlæge.

Mild strålebehandling i hoved- og hals-

regionen for andre lidelser end kræft, f.eks. for hudsygdomme, vil ikke berettige til tilskud.

### 7.1.4 Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der er opstået efter strålebehandling, og som kan relateres til denne. Støtten ydes i form af forebyggende behandling og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser.

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge kan maksimalt udgøre 1.300 kr. årligt. Egenbetalingen reguleres én gang årligt den 1. januar på grundlag af satsreguleringsprocenten.

Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje (sygesikringsdækkede ydelser) fraregnes dette tillæg ved opgørelsen af patientbetalingen op til de 1.300 kr.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger 1.300 kr., betaler amtskommunen den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af amtets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbudet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet.

Patienter, der godkendes til ordningen, modtager en særlig tilskudsbevilling fra amtskommunen, hvoraf de nærmere vilkår for støtten vil fremgå. Amtet kan fastsætte, hvilke ydelser der er omfattede af amtets forhåndsgodkendelse. Amtet vil således normalt, i forbindelse med at patienten har fået sin tilskudsbevilling, have taget stilling til, hvilke behandlinger tandlægen kan iværksætte uden forhåndsgodkendelse fra amtet, og dette vil normalt fremgå af patientens tilskudsbevilling.

Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes, før amtet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før amtet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud.

Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling, end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra amtet svarende til prisen på den behandling, som amtet har godkendt støtte til.

Det er i øvrigt op til amterne selv at beslutte, hvordan man nærmere vil organisere ordningen.

Patienten søger bopælsamtskommunen om at komme med i ordningen. Ansøgningen vedlægges lægelig dokumentation for sygdom / behandling samt erklæring fra egen tandlæge vedlagt journaloptegnelser, der kan dokumentere, at der er opstået særlige problemer efter strålebehandlingen. Tandlægen bør vejlede patienten om, hvor man skal henvende sig og eventuelt være patienten behjælpelig med kontakten til amtet.

## 7.2 Personkreds – Kemoterapi patienter

Målgruppen for tilskudsordningen er patienter, der på grund af kemoterapi for en kræftsygdom, uanset lokalisation af sygdommen, har betydelige tandproblemer.

Ud af den samlede gruppe patienter, der årligt modtager kemoterapi som led i behandling af en kræftsygdom, vil kun en ganske lille gruppe kunne antages at få betydelige tandproblemer som følge af kemoterapien. Skønsmæssigt antages ca. 250 nye patienter årligt således at have behov for et særligt tilbud, enten i en genoprettelsesfase eller af mere vedvarende karakter. Hertil kommer et antal patienter, der ved lovens ikrafttræden lever efter kemoterapi af en kræftlidelse og som følge af behandlingen vil have et særligt tandplejebehov, der op-

fylder betingelserne for en tilskudsbevilling. Ca. 1.300 af disse patienter forventes at ville tage imod et særligt tilbud.

### 7.2.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

Ved kemoterapi i forbindelse med kræft kan der opstå akutte, såvel som mere kroniske bivirkninger i munden. Disse forhold er dog i regelen er mindre udtalte og varierende efter behandlingstype, ligesom omfanget af bivirkninger er mindre veldokumenterede end når det drejer sig om strålebehandling.

### 7.2.2 Tandplejens indhold

Det odontologiske behandlingsbehov som følge af kemoterapi omfatter behandlingskrævende tilstande, som er tilkommet efter behandlingen, og som kan relateres til kemoterapien. Behandling af tandsættet udføres således svarende til det dokumenterede behov (tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser m.v.)

Hertil kommer et odontologisk behov for forebyggende tiltag, som næsten altid er påkrævet i forbindelse med kemoterapi. Den konserverende behandling bør derfor suppleres af forebyggende behandling (afpudsning, tandrensning, kontrol, instruktion m.v.) f.eks. hver 3. måned, afhængig af behov.

### 7.2.3 Ordningens omfang

Forudsætningen for, at en patient omfattes af den særlige tilskudsordning er, at det kan dokumenteres, at det præsenterede odontologiske behandlingsbehov har karakter af at være betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til kemoterapien.

Patienter, der skal have kemoterapi, bør anbefales at blive undersøgt hos tandlæge før eller snarest efter kemoterapien. Dokumentation af odontologiske behandlingsbehov efter kemoterapi dokumenteres via journaloptegnelser samt erklæring fra egen tandlæge, suppleret med udskrivningsbrev eller skriftlig bekræftelse fra den behandlede instans.

#### 7.2.4 Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der er opstået efter kemoterapi og som kan relateres til denne. Støtten ydes i form af forebyggende behandling og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser. Den særlige støtte ydes kun, så længe der som følge af kemoterapien er behov for en særlig indsats.

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge kan maksimalt udgøre 1.300 kr. årligt. Egenbetalingen reguleres én gang årligt den 1. januar på grundlag af satsreguleringsprocenten.

Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje (sygesikringsdækkede ydelser) fraregnes dette tillæg ved opgørelsen af patientbetalingen op til de 1.300 kr.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger 1.300 kr., betaler amtskommunen den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af amtets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbudet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet.

Patienter, der godkendes til ordningen, modtager en særlig tilskudsbevilling fra amtskommunen, hvoraf de nærmere vilkår for støtten vil fremgå. Amtet kan fastsætte, hvilke ydelser der er omfattede af amtets forhåndsgodkendelse. Amtet vil således normalt, i forbindelse med at patienten har fået sin tilskudsbevilling, have taget stilling til, hvilke behandlinger tandlægen kan iværksætte uden forhåndsgodkendelse fra amtet, og dette vil normalt fremgå af patientens tilskudsbevilling.

Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes,

før amtet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før amtet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud.

Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling, end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra amtet svarende til prisen på den behandling, som amtet har godkendt støtte til.

Det er i øvrigt op til amterne selv at beslutte, hvordan man nærmere vil organisere ordningen.

Patienten søger bopælsamtskommunen om at komme med i ordningen. Ansøgningen vedlægges lægelig dokumentation for sygdom / behandling samt erklæring fra egen tandlæge vedlagt journaloptegnelser, der kan dokumentere, at der er opstået særlige problemer efter kemoterapi. Tandlægen bør vejlede patienten om, hvor man skal henvende sig og eventuelt være patienten behjælpelig med kontakten til amtet.

#### 7.3 Personkreds – Patienter med Sjögrens Syndrom

Patienter med diagnosen Sjögrens Syndrom efter ”Københavnkriterierne” eller ”EU-kriterierne”, og som følge heraf har betydelige tandproblemer.

På baggrund af erfaringer fra Sverige skønnes det, at ca. 850 patienter med Sjögrens Syndrom vil falde ind under ordningen og tage imod et særligt tandplejetilbud.

##### 7.3.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

Ved Sjögrens Syndrom er spytkirtler og tårekirtler påvirkede, hvorfor patienterne er tørre i mund og øjne. Sygdommen er kronisk. Mundgener i forbindelse med Sjögrens Syndrom kan omfatte hævelse af spytkirtlerne, mundtørhed, svamp, tynde sarte slimhinder, og øget kariesaktivitet,

m.v. Mundtørheden kan vise sig ved en tør pergamentagtig mundslimhinde, hvori mundspejlet hænger fast ved alm. undersøgelse. Tungen taber sit papilmønster og fremtræder evt. glat og med indtørrede belægninger. Kronisk mundtørhed medfører ud over øget kariesaktivitet, karies på atypiske steder (cervikalt, incisalt, langs fyldninger).

### 7.3.2 Tandplejens indhold

Behandling af tandsættet udføres svarende til det dokumenterede behov (tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser m.v.)

Hertil kommer et odontologisk behov for forebyggende tiltag, som næsten altid er påkrævet i forbindelse med Sjögrens Syndrom. Den konserverende behandling bør derfor suppleres af forebyggende behandling (afpudsning, tandrensning, kontrol, instruktion m.v.) f.eks. hver 3. måned, afhængig af behov.

### 7.3.3 Ordningens omfang

Forudsætningen for, at en patient omfattes af den særlige tilskudsordning er, at det kan dokumenteres, at det præsenterede odontologiske behandlingsbehov har karakter af at være betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til det til grundliggende Sjögrens Syndrom.

Det odontologiske behandlingsbehov skal dokumenteres af journaloptegnelser samt erklæring fra egen tandlæge, suppleret med udskrivningsbrev, journalkopi eller skriftlig bekræftelse af diagnosen fra den undersøgende instans.

### 7.3.4 Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der skyldes Sjögrens Syndrom. Støtten ydes i form af forebyggende behandling og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser.

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge kan maksimalt udgøre 1.300 kr. årligt. Egenbetalingen reguleres én gang årligt den 1. januar på grundlag af satsreguleringsprocenten.

Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje (sygesikringsdækkede ydelser) fraregnes dette tillæg ved opgørelsen af patientbetalingen op til de 1.300 kr.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger 1.300 kr., betaler amtskommunen den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af amtets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbudet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet.

Patienter, der godkendes til ordningen, modtager en særlig tilskudsbevilling fra amtskommunen, hvoraf de nærmere vilkår for støtten vil fremgå. Amtet kan fastsætte, hvilke ydelser der er omfattede af amtets forhåndsgodkendelse. Amtet vil således normalt, i forbindelse med at patienten har fået sin tilskudsbevilling, have taget stilling til, hvilke behandlinger tandlægen kan iværksætte uden forhåndsgodkendelse fra amtet, og dette vil normalt fremgå af patientens tilskudsbevilling.

Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes, før amtet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før amtet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud.

Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling, end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra amtet svarende til prisen på den behandling, som

amtet har godkendt støtte til.

Det er i øvrigt op til amterne selv at beslutte, hvordan man nærmere vil organisere ordningen.

Patienten søger bopælsamtet om at komme med i ordningen. Ansøgningen vedlægges lægelig dokumentation for sygdom samt erklæring fra egen tandlæge vedlagt journaloptegnelser, der kan dokumentere, at der er opstået særlige problemer i forbindelse med patientens tilgrundliggende Sjögren Syndrom. Tandlægen bør vejlede patienten om, hvor man skal henvende sig og eventuelt være patienten behjælpelig med kontakten til amtet.

## **Kapitel 8**

### **Koordination**

#### *8.1 Amtskoordinationsudvalg*

Amtsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af den offentlige tandpleje og tandplejen i privat praksis, jf. bekendtgørelsens § 23, stk. 1. Med henblik herpå nedsætter amtsrådet et koordinationsudvalg.

Udvalget sammensættes efter lokal aftale og skal afspejle de forskellige interesser og funktionsområder, der er på tandplejeområdet i det enkelte amt. Som deltagere bør der fra såvel amt som kommuner være repræsentation af både politikere, ikke-odontologiske embedsmænd og ledende tandlæger, ligesom privat tandlægepraksis bør være repræsenteret.

Amtskoordinationsudvalget har til opgave at sikre den sammenhæng i befolkningens tilbud om forebyggelse og behandling på tandplejeområdet, som er nævnt i tandplejelovens formålsparagraf.

Udvalget varetager koordinationen og sikrer hensigtsmæssig visitation og smidige overførselsprocedurer inden for alle de funktionsområder / opgaveområder, hvor der er berøringsflader mellem amtet, kommunerne og privat tandlægepraksis. Det drejer sig om amtstandpleje (i medfør af tandplejelovens § 6a), amtsspecialtandpleje (i medfør af tandplejelovens § 6b og § 6c),

amtslige tilskud til tandbehandling (i medfør af tandplejelovens § 6d) samt kommunal tandpleje (børne- og ungdomstandpleje (i medfør af tandplejelovens § 2) og omsorgstandpleje (i medfør af tandplejelovens § 4)).

Udvalget kan udarbejde og ajourføre retningslinier for sit arbejde og medvirker til belysning af eventuelle koordinations-spørgsmål i de situationer, hvor der i de af amtskoordinationsudvalget nedsatte samarbejdsudvalg ikke kan opnås enighed om den løbende administration af retningslinierne.

Udvalget kan nedsætte samarbejdsudvalg svarende til de enkelte funktionsområder med henblik på varetagelse af det løbende, daglige samarbejde og koordinationen på de enkelte områder: amtstandplejeområdet, amtsspecialtandplejeområdet, sygesikringsområdet samt området vedr. den kommunale tandpleje (børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandpleje).

#### *8.2 Samarbejdsudvalgenes opgaver*

Samarbejdsudvalgene kan varetage de koordinerende opgaver i det daglige, løbende arbejde. Udvalgene kan tage initiativer inden for deres opgaveområde, og skal overvåge resultaterne.

Samarbejdsudvalgene kan tillægges kompetence til at detaljere koordinationsudvalgets retningslinier svarende til eget opgaveområde.

Udvalgene kan drøfte og træffe beslutninger om anbefalinger vedr. det daglige samarbejde på grænsefladerne mellem parternes funktionsområder, f.eks. forhold vedrørende visitation og omvisitation til de forskellige tandplejetilbud, samt opgavefordeling, både hvad angår principper og konkrete patienter. Derudover kan der være behov for drøftelse af amtets mulighed for indflydelse på behandlingsforslagene, for evt. henvisning af patienten til andre tandlæger, for udskydelse af visse behandlinger, for prisniveau m.v.

Udvalgene kan derudover have koordinerende opgaver vedrørende overførsel til og fastholdelse af de unge i privat tandlægepraksis samt forhold vedrørende vagtordninger / nødbehandling, ligesom der bør ske

en løbende vurdering af funktionen af de indgåede aftaler.

Eventuelle tvivlsspørgsmål kan forelægges for amtskoordinationsudvalget.

Samarbejdsudvalg sammensættes efter lokal aftale, svarende til de fire funktionsområder, der er i amtet.

### 8.2.1 Samarbejdsudvalg på amtstandplejeområdet

Samarbejdsudvalg på amtstandplejeområdet kan sammensættes af ledende tandlæger fra hhv. amtstandplejen og de kommunale tandplejer. Eventuelt kan udvalget suppleres med tandlægelige repræsentanter fra privat praksis, som kan bidrage med vurderinger af patienters mulighed for at benytte det almindelige tandplejesystem.

### 8.2.2 Samarbejdsudvalg på amtsspecialtandplejeområdet og på området vedrørende de odontologiske landsdels- og videnscentre

Samarbejdsudvalg på amtsspecialtandplejeområdet kan sammensættes af ledende tandlæger fra amtsspecialtandplejen og fra de kommunale tandplejer samt af tandlæger fra privat praksis.

De odontologiske landsdels- og videnscentre kan afholde koordinationsmøder med repræsentanter fra de regionale amtsspecialtandplejecentre og amtskoordinationsudvalg.

### 8.2.3 Samarbejdsudvalg på området vedrørende økonomisk støtte til behandlinger udført hos praktiserende tandlæge

Samarbejdsudvalg på dette område kan sammensættes af visitationsinstansen, de tand-, mund- og kæbekirurgiske sygehusafdelinger samt repræsentanter for de praktiserende tandlæger.

### 8.2.4 Samarbejdsudvalg på området vedrørende kommunal tandpleje (børne- og ungdomstandpleje samt omsorgstandpleje)

Samarbejdsudvalg på dette område kan sammensættes af tandlæger fra den kommunale tandpleje og privat tandlægepraksis.

## Kapitel 9

### Finansiering, administration og ikrafttræden

#### 9.1 Befordringsgodtgørelse

Der er ikke i tandplejeloven fastsat særlige regler vedrørende befordringsgodtgørelse. Kommunen beslutter, i hvilket omfang man ønsker at dække befordringsudgifterne i forbindelse med gennemførelse af den kommunale børne- og ungdomstandpleje. De fastsatte regler herom bør meddeles de af tandplejen omfattede børn / forældre. Det skal påpeges, at der skal tages vidtgående hensyn til børnenes trafiksikkerhed.

For personer, der har ophold i amtskommunale boformer efter serviceloven eller i boliger efter lov om almene boliger mv., såfremt boligen er oprettet af eller efter aftale med amtskommunen, kan transporten være en del af behandlingstilbudet, som amtskommunen i medfør af servicelovens regler har forpligtelser overfor.

Personer, som ikke kan få dækket transportudgifter efter de i dag gældende regler, vil ud fra økonomiske kriterier have mulighed for hjælp til betaling efter social- og pensionslovene.

#### 9.2 Planlægning og indberetning

I henhold til Sundhedsministeriets lov-bekendtgørelse nr. 509 af 1. juli 1998 om offentlig sygesikring, § 27d, skal kommunalbestyrelsen en gang i hver kommunal valgperiode udarbejde en redegørelse, der omfatter kommunens betjening af borgerne blandt andet vedrørende tandplejen.

Redegørelsen bør indeholde en kort beskrivelse af, hvorledes kommunen varetager opgaven: Mål for ordningen (stikord: dækningsgrad, serviceniveau, kvalitetsmål og strategier for målopfyldelse) samt tilrettelæggelse og omfang af ordningen (stikord: organisation, områdeinddeling, samarbejde med andre sektorer, evt. forsøgs-/ udviklingsprojekter).

Redegørelsen bør omtale planlagte ændringer af området. Eventuelt kan særlige indsatsområder, aktiviteter, handlingsplaner

og løsninger nævnes. Endvidere skal man redegøre for et eventuelt samarbejde med amtet på dette område.

Det findes væsentligt, at der som led i planlægningen tilrettelægges procedurer, efter hvilke de kommunale tandplejeaktiviteters virksomhed og resultater kan evalueres.

Herudover vil Sundhedsstyrelsen vurdere udviklingen på basis af informationer indsamlet gennem den årlige sociale resourcetælling.

Også for hver amtskommune skal der, i henhold sygesikringslovens § 27 e, foreligge en plan for tilrettelæggelsen af amtskommunens virksomhed på sundhedsområdet. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning, og den vedtagne sundhedsplan og senere ændringer indsendes til sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen.

Herudover kan Sundhedsstyrelsen i henhold til Sundhedsministeriets bekendtgørelse om tandpleje, § 28, fastsætte regler om kommunernes og amternes indberetning om sundhedsforhold og ressourceforbrug i den kommunale og amtskommunale tandpleje. Indberetningerne skal danne grundlag for den til stadighed nødvendige planlægning og evaluering af den kommunale og amtskommunale tandplejes omfang og organisation. Regler for indberetning udsendes særskilt<sup>2</sup>.

I kommuner uden kommunale klinikker kan ansættes en tandlæge til at bistå kommunalbestyrelsen på tandplejeområdet. Ligeledes kan der i amtskommuner ansættes en tandlæge til at bistå amtsrådet på tandplejeområdet.

### 9.3 Videregivelse af journaler

Når en patient flytter til en anden kommune / amtskommune, eller overgår til behandling i andet regi, bør sammenhængen i behandlingstilbudet sikres ved, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager

oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette vil normalt forudsætte samtykke enten fra patienten selv eller fra forældremyndighedens indehaver, fra pårørende eller fra en værge.

De rettigheder, der skal tilgodeses over for patienten i denne forbindelse, fremgår af lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling. I fortsættelse heraf har Sundhedsstyrelsen udsendt bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., samt vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v. Sundhedsministeriet har udsendt vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger.

Reglerne kan findes på internetadressen: [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk).

### 9.4 Patientens selvbestemmelse / informeret samtykke

Patienterne bestemmer selv, om de vil behandles, og hvilken behandling blandt de foreslåede de vil vælge. Derfor skal de altid informeres om, hvilke muligheder der er for behandling, herunder information om risici og komplikationer m.v.

Mange undersøgelser og behandlinger inden for tandplejen vil imidlertid i vid udstrækning ligge inden for de ønsker og forventninger, som patienterne har, allerede når de møder til tandbehandling. Derfor kan samtykket i mange tilfælde tilkendegives stiltiende. Dette kræver dog, at der er tale om en mindre behandling af klar rutinemæssig karakter (undersøgelse, almindelig tandrensning, lokalbedøvelse, enkeltfyldning og lignende).

Når det drejer sig om mere omfattende behandlinger (i børne- og ungdomstandplejen f.eks. tandreguleringsbehandling, ekstraktioner af permanente tænder og af primære tænder i tilfælde af aplasi mv.), om valg mellem forskellige behandlingsmuligheder, om risici og komplikationer ved behandlingen og lignende forhold, skal der gives information og indhentes udtrykkeligt

<sup>2</sup> Indtil videre er udsendt: Indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet. Sundhedsstyrelsen 1999

samtykke. Et mundtligt samtykke vil i langt de fleste tilfælde være tilstrækkeligt, men det skal altid journalføres.

Det er tandlægens / tandplejerens / den kliniske tandteknikers ansvar konkret at vurdere, hvornår den givne information er fyldestgørende, og er der den mindste tvivl om, at patienten har tilstrækkelig viden om en behandling og dens konsekvenser, skal patienten have yderligere oplysninger.

For børn og unge under 15 år er det forældremyndighedens indehaver, der skal informeres og give samtykke til behandlingen. Såfremt det drejer sig om unge, der er fyldt 15 år, kan informeret samtykke gives af den unge selv, men forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. patientretsstillingsloven.

Der henvises i øvrigt til patientretsstillingslovens regler om information og samtykke for børn og unge (§ 8) og for patienter, især i omsorgstandplejen og amtstandplejen, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke (§ 9).

### 9.5 Forsøgsvirksomhed

Efter tandplejelovens § 13 kan sundhedsministeren godkende, at der iværksættes forsøg med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud og ændrede honoreringssystemer, hvorved reglerne vedrørende den kommunale børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandplejen

samt reglerne om tilskud til tandpleje i medfør af sygesikringsloven kan fraviges.

Tandplejen bør både lokalt og generelt til stadighed kunne udvikle sig i takt med nye krav og ny viden, som fremkommer på baggrund af udviklingen i samfundet, ændringer i sygdomsmønstre og behandlingsmuligheder og i befolkningens tand-sundhedsmæssige adfærd. Dette bør forudgås af en forsøgsvirksomhed, hvor nye eller ændrede organisationsformer og funktioner / opgaver afprøves.

Konkrete forslag til forsøgsordninger, der nærmere beskriver forsøgets tilrettelæggelse og gennemførelse, evaluering m.v., kan forelægges med henblik på godkendelse i henhold til § 13 i tandplejeloven.

Forslaget må indeholde en beskrevet plan for forsøgets tilrettelæggelse og gennemførelse, herunder kriterier for vurdering af forsøgsvirksomheden og dennes resultater. Nødvendig ekspertbistand kan eventuelt inddrages i planlægningen og evalueringen. Endelig må protokollen indeholde planer for rapportering.

### 9.6 Ikrafttræden

De foranstående retningslinier træder i kraft 1. april 2001 og afløser følgende tidligere udsendte bestemmelser:

Sundhedsstyrelsens retningslinier nr. 117 af 8. juni 1994 for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje.

*Sundhedsstyrelsen 29. marts 2001*

Maria Malling

## Bilag

### Sjældne sygdomme og handicap

Nedenfor gives en liste over de sjældne sygdomme og handicap, der antages at udgøre langt størstedelen af de tilstande, der, i kombination med vidtgående odontologiske problemer, kan henvises til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion med henblik på undersøgelse, diagnostik, behandlingsplanlægning og eventuel behandling. Ud over disse kan der være andre meget sjældne sygdomme og handicap (f.eks. 1/100.000 eller endnu sjældnere), der ikke er nævnt, og hvor patienten har vidtgående, odontologiske problemer. I de tilfælde, hvor det er patientens tilgrundliggende tilstand, der giver anledning til de specielle problemer i tænder, mund og kæber, kan sådanne patienter ligeledes omfattes af tilbudet i den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion.

Amelogenesis imperfecta (svære tilfælde)  
 Arthrogyroposis multiplex congenita (AMC)  
 Cerebral parese med spastisitet bruxisme og tonusvekselsyndrom  
 Cherubisme  
 Chondrodysplasier (Achondroplasi o.a.)  
 Cleidocranial Dysplasi  
 Dentindysplasi  
 Dentinogenesis imperfecta (solitære, svære tilfælde)  
 D-vitamin resistent rachitis

Døvblinde-fødte (ofte som en del af et syndrom)  
 Ektodermal dysplasi  
 Ehlers Danlos syndrom  
 Epidermolysis bullosa  
 Esofagusatresi  
 Freeman Sheldon (Whistling face)  
 Huntingtons sygdom  
 Hypofosfatasi og lignende forstyrrelser af calcium-fosfor metabolisme  
 Immunsvig (svære tilfælde)  
 Incontinentia pigmenti  
 Kromosomdefekter (sjældne)  
 Laurenc-Moon Bardet- Biedl syndrom  
 Marfan syndrom  
 Maroteaux syndrom  
 Mucopolysakkaridoser (Hunter, Hurler, Sanfilippo, Morquio)  
 Moebius syndrom  
 Neurofibromatose  
 Noonan syndrom  
 Osteogenesis Imperfecta  
 Osteopetrose  
 Odontodysplasi  
 Prader Willi Syndrom  
 Progressive muskelsygdomme (Duchenne, spinal muskelatrofi o.a.)  
 Pseudohypoparathyreoidisme  
 Rubinstein Taybi syndrom  
 Sclerodermi  
 Sturge Weber syndrom  
 Tuberøs Sclerose  
 Williams syndrom

Med den nye tandplejelov etableres et forbedret tandplejetilbud til grupper af personer, der hidtil ikke, eller kun i begrænset omfang, har haft et hensigtsmæssigt tilbud om tandpleje. Med loven sker der endvidere en entydig lovgivningsmæssig placering hos amtskommunerne af såvel behandlingsansvaret som ansvaret for planlægning og koordination af behandlingstilbudene til persongrupper med behov for et specialiseret tandplejetilbud.

Sundhedsministeriet har ved bekendtgørelse på en række områder fastlagt regler om omfanget af og kravene til den amtskommunale og kommunale tandpleje.

Sundhedsstyrelsens retningslinier skal i fortsættelse heraf betragtes som en række vejledende, tandlægefaglige og administrative bidrag vedrørende udførelsen af de aktiviteter, der er omfattet af loven.