

# TANDPLEJE I HENHOLD TIL LOV OM TANDPLEJE

(Børne- og ungdomstandpleje, amtsspecialtandpleje, landsdels- og videnscentrene samt overgangsbestemmelsen)

2005

# TANDPLEJE I HENHOLD TIL LOV OM TANDPLEJE

(Børne- og ungdomstandpleje, amtsspecial-  
tandpleje, landsdels- og videnscentrene samt  
overgangsbestemmelsen)

Faglige og administrative fortolkningsbidrag  
og anbefalinger

**Tandpleje i henhold til lov om tandpleje** (Børne- og ungdomstandpleje, amtsspecialtandpleje, landsdels- og videnscentrene samt overgangsbestemmelsen) - Faglige og administrative fortolkningsbidrag og anbefalinger

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Tandplejelov, børne- og ungdomstandpleje, amtsspecialtandpleje, odontologisk landsdels- og videnscenter, overgangsordning, inklusionskriterier, eksklusionskriterier

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 16. august 2005

Elektronisk ISBN: 87-7676-147-9

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, august 2005

<b>1</b>	<b>Tandpleje efter tandplejelovens §§ 2, 6b, 6c samt efter overgangsbestemmelsen</b>	<b>6</b>
1.1	Børne- og ungdomstandpleje	6
1.1.1	Børne- og ungdomstandplejens forpligtelser	6
1.2	Amtsspecialtandpleje	6
1.2.1	Amtsspecialtandplejens forpligtelser	7
1.3	Odontologiske landsdels- og videnscentre	7
1.4	Afgrænsning af behandlingsydelse	9
1.5	Overgangsordningen	10
1.5.1	Tandregulering	11
1.5.2	Retention	11
1.5.3	Andet	11
1.5.4	Overgangsordningens udløb	12
1.5.5	Behandling af ansøgninger	12
1.6	Opgaver der ikke omfattes af et særligt tilbud	12
<b>2</b>	<b>Principielle faglige udmeldinger</b>	<b>13</b>
2.1	Agenesier	13
2.1.1	Agenesi af én eller få tænder	13
2.1.2	Agenesi af 5+5 vs. agenesi af 5-5	14
2.1.3	Agenesi – andre tilfælde	14
2.1.4	Agenesi ved ekstrem vækstbetinget kæbeanomali	14
2.2	Ektopiske tænder	15
2.3	Tanddannelsesforstyrrelser	15
2.3.1	Amelogenesis / Dentinogenesis Imperfecta	15
2.3.2	Dental fluorose	16
2.3.3	Stråleinducerede udviklingsforstyrrelser	16
2.3.4	Invaginationsmisdannelser	17
2.4	Juvenil parodontitis	17
2.5	Funktionsforstyrrelser i kæbeledet	17
2.6	Ulykkesbetingede tandskader og tandtab	17
2.6.1	Afgrænsning af begreber	17
2.6.1.1	Ulykkesbetinget tandskade	18
2.6.1.2	Ulykkesbetinget tandtab	18
2.6.2	Ulykkesbetingede tandskader opstået inden det 18. år	18
2.6.3	Ulykkesbetingede tandtab opstået inden det 18. år	19
2.6.4	Behandlingsinstansernes forpligtelser	20
2.6.4.1	Børne- og ungdomstandplejen	20
2.6.4.2	Amtsspecialtandplejen	20
2.7	Replantation og autotransplantation	20
2.7.1	Behandlingsresultater	21
2.7.1.1	Replantation	21
2.7.1.2	Autotransplantation	21
2.7.1.3	Ankylosering	22
2.7.1.4	Permanent vs. provisorisk behandling	23
2.7.1.5	Cost benefit overvejelser	23
2.7.2	Tandtab opstået inden det 18. år	24
2.7.3	Behandlingsregi	24
2.7.3.1	Replantation	24
2.7.3.2	Autotransplantation	24
2.7.4	Behandlingsinstansernes forpligtelser	25
2.7.4.1	Børne- og ungdomstandplejen	25
2.7.4.2	Amtsspecialtandplejen	26
2.8	Anden behandling	26
2.8.1	Tandreguleringsbehandling	26

	2.8.1.1	Utilstrækkelig pladsskabende behandling	27
	2.8.1.2	Retention efter ortodontisk behandling	28
	2.8.2	Protetisk behandling	29
	2.8.3	Bidskinnebehandling	29
	2.8.4	Behandling i relation til fysisk modenhed	29
<b>3</b>		<b>Administration af ordningerne</b>	<b>31</b>
	3.1	Vedr. patienter, der er udmeldt af børne- og ungdomstandplejen	31
	3.2	Vedr. patienter, der har fravalgt tandreguleringsbehandling	31
	3.3	Videreførelse af amtsspecialtandplejetilbud i tilfælde af flytning	32
	3.4	Tandlægefaglig dokumentation for henvisning	32
	3.5	Krav til amtsspecialtandplejens personale	32
	3.5.1	Ikke-specialist behandling	33
	3.6	Visitation i amtsspecialtandplejen	33
	3.7	Landsdels- og videnscentre	33
	3.7.1	Generelle forhold vedrørende henvisning	34
	3.7.1.1	Henvisning jf. tandplejelovens § 6b	34
	3.7.1.2	Henvisning jf. tandplejelovens § 6c	34
	3.8	Finansiering	35
	3.8.1	Børne- og ungdomstandplejens ydelser	35
	3.8.2	Amtsspecialtandplejens ydelser	35
	3.8.3	Landsdels- og videnscentrenes ydelser	35
	3.8.4	Sygehusvæsenets ydelser	35
	3.8.5	Vedr. tidligere, utilstrækkelig behandling	36
	3.8.6	Vedr. retention efter ortodontisk behandling	36
	3.8.7	Vedr. dokumentationsmateriale	37
	3.8.8	Befordringsgodtgørelse	37
	3.9	Klageadgang	38
<b>4</b>		<b>Koordination, samarbejde og ansvarsfordeling</b>	<b>39</b>
	4.1	Koordination og samarbejde	39
	4.2	Ansvarsfordeling	39
<b>5</b>		<b>Kvalitetssikring og vidensopsamling</b>	<b>41</b>
<b>6</b>		<b>Regelsæt</b>	<b>42</b>

# INDLEDNING

I henhold til tandplejelovens § 6b skal amtsrådet tilbyde børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, et specialiseret tandplejetilbud. Herudover skal amtet tilbyde højt specialiseret behandling til de børn og unge, der har behov for det.

Væsentlighedskriteriet er et afgørende og centralt element, når det skal vurderes, om den enkelte kan tilbydes behandling inden for tandplejelovens rammer. Dette er ensbetydende med, at der i hvert enkelt tilfælde skal foreligge en individuel vurdering af, om manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse.

Sundhedsstyrelsen har i sine tidligere udgivne retningslinier givet en udførlig beskrivelse af det tandplejetilbud, der i henhold til lov og bekendtgørelse gives i henhold til lov om tandpleje.

I nærværende skrivelse opridses samspillet mellem den kommunale børne- og ungdomstandpleje, amtsspecialtandplejen, de odontologiske landsdels- og videnscentre og børne- og ungdomstandplejen samt den overgangsordning der indtil udgangen af marts 2006 erstatter de tilbud om tilskud til tandproteser, der tidligere blev givet i henhold til servicelovens § 97.

På baggrund af en lang række faglige fortolkningsbidrag, som Sundhedsstyrelsen har udformet i forlængelse af lov om tandplejes ikrafttræden 1. april 2001, opstilles herefter nogle hovedtræk for inklusions- og eksklusionskriterier mv. samt for administration af tandplejeordningerne i henhold til de nævnte elementer i tandplejelovent. Skrivelsen skal således ses som et supplement til de af Sundhedsstyrelsen tidligere udsendte retningslinier.

*Sundhedsstyrelsen, august 2005*

*Maria Malling,  
Afdelingstandlæge*

# 1 Tandpleje efter tandplejelovens §§ 2, 6b, 6c samt efter overgangsbestem- melsen

## 1.1 Børne- og ungdomstandpleje

Børne- og ungdomstandpleje har ansvaret for den almindelige forebyggende og be- handlende tandpleje til børn og unge under 18 år, ligesom udgifterne til tandbe- handling, der udføres i børne- og ungdomstandplejen som led i et amtsligt special- tilbud, herunder et højt specialiseret tilbud, påhviler børne- og ungdomstandplejen indtil barnet fylder 18 år. Den behandling, der kan udføres i børne- og ungdoms- tandplejen, skal udføres og afsluttes i dette regi. Dette gælder eksempelvis tandre- guleringsbehandling, der i henhold til tandplejebekendtgørelsens § 2 udføres i overensstemmelse med de i bilag 1 til bekendtgørelsen angivne regler for ortodon- tivisation og ortodontiindikationer.

### 1.1.1 Børne- og ungdomstandplejens forpligtelser

Der stilles med loven skærpede krav til børne- og ungdomstandplejen om faglig stillingtagen til patientens odontologiske lidelse. Børne- og ungdomstandplejen:

- a. skal foretage tidlig identifikation af patienter, hvis odontologiske lidelse ubehandlet medfører varig funktionsnedsættelse
- b. skal foretage rettidig henvisning til amtsspecialtandplejen af patienter, hvis odontologiske lidelse ubehandlet medfører varig funktionsnedsættelse
- c. skal ikke foretage henvisning til amtsspecialtandplejen af patienter, hvis odontologiske lidelse ubehandlet ikke medfører varig funktionsnedsættelse

## 1.2 Amtsspecialtandpleje

Præmissen for behandlingstilbudet i amtsspecialtandplejen er, at der i de fleste til- fælde er tale om krævende behandlingsplaner og komplicerede behandlinger. Disse behandlinger bør derfor som udgangspunkt udføres af et odontologisk team med speciel erfaring og ekspertise inden for disciplinerne pædodonti, ortodonti, protetik og kirurgi. Dette teambaserede behandlingstilbud er et væsentligt og bærende ele- ment i amtsspecialtandplejen, som skal tilrettelægges i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen.

I de tilfælde, hvor amtsspecialtandplejepatienter over 18 år har behov for ukompli- cerede behandlinger, der ikke kræver specialistbehandling, kan amtskommunen lade behandlingerne udføre andetsteds, f.eks. hos praktiserende tandlæge eller i bør- ne- og ungdomstandplejen, jf. tandplejebekendtgørelsen. Det skal imidlertid ind- skærpes, at beslutning om at lade behandlingen udføre andetsteds skal baseres på en individuel, odontologisk vurdering foretaget af amtsspecialtandplejen.

Amtsspecialtandplejen har følgende opgaver:

- a) Konsultativ virksomhed for patienter fra børne- og ungdomstandplejen og i samarbejde med denne, jf. b).
- b) Undersøgelse og behandlingsplan for
  - a. patienter, hvis behandling udelukkende udføres i børne- og ungdomstandplejen, men hvor børne- og ungdomstandplejen, på grund af mere komplekse, tandlægefaglige forhold, kan have behov for konsultation på (og samarbejde med) det mere specialiserede tandlægefaglige niveau i amtsspecialtandplejen
  - b. patienter, der (før eller) efter det 18. år skal behandles i amtsspecialtandplejen
- c) Identifikation af patienter, der skal henvises til odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion, og viderehenvisning til denne (se nedenfor under odontologiske landsdels- og videnscentre)
- d) Behandling for
  - a. patienter, der har behov for særligt vanskelige behandlinger inden det 18. år
  - b. patienter, der efter det 18. år skal have afsluttende behandling i amtsspecialtandplejen, når fysisk modenhed muliggør dette

#### 1.2.1 Amtsspecialtandplejens forpligtelser

Amtsspecialtandplejen har en forpligtelse til at udøve konsultativ virksomhed for patienter henvist fra børne- og ungdomstandplejen, der således vil kunne anmode amtsspecialtandplejen om vejledning i de tilfælde, hvor der hersker usikkerhed om, hvorvidt en patient bør henvises eller ej.

Det er udelukkende det særlige tandplejetilbud, jf. lovens § 6b, der skal gives i amtsspecialtandplejen, idet der i amtsspecialtandplejen må forventes at være en specialviden og –kompetence til stede på et niveau, der sædvanligvis ikke er til stede i børne- og ungdomstandplejen eller i privat tandlægepraksis.

Derimod må personer over 18 år, der modtager vederlagsfri specialbehandling efter lovens § 6b, søge almindelig forebyggende og behandlende tandpleje hos praktiserende tandlæger efter reglerne i lov om offentlig sygesikring.

#### 1.3 Odontologiske landsdels- og videnscentre

Sundhedsstyrelsens vejledning anfører, at når en behandlingsplan / behandling er så vanskelig, at tilbudet i amtsspecialtandplejen 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 af de to landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

Amtsrådet skal tilbyde vederlagsfri højt specialiseret behandling til de børn og unge, der har behov for det, jf. tandplejelovens § 6b. Tandplejebekendtgørelsen præciserer, at disse børn og unge skal henvises til ét af de to odontologiske landsdels- og videnscentre af bopælsamtets amtsspecialtandpleje.

Omfanget af og kompleksiteten i patientens behandlingsbehov afgør således, om behandlingsplanlægning og behandling skal udføres i amtsspecialtandplejen, eller om der er behov for behandling i et højt specialiseret, multidisciplinært behandler-team. Det påhviler derfor amtsspecialtandplejen at foretage identifikation af patienter med specielt vanskelige og komplicerede tilstande, der ikke kan behandles på tilstrækkeligt specialiseret niveau i amtsspecialtandplejen, således at de viderehenvises til et odontologisk landsdels- og videnscenter. Det skal hermed præciseres, at det ikke er hensigten, at den i amtet etablerede amtsspecialtandpleje skal tilbyde højt specialiseret behandling.

Bekendtgørelsen anfører endvidere, at amtsrådet - ligeledes ved de odontologiske landsdels- og videnscentre - skal tilbyde højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og eventuel behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund eller kæber, jf. tandplejelovens § 6c. Det drejer sig om patienter med de i bilaget til retningslinierne nævnte sjældne sygdomme og handicap, kombineret med vidtgående odontologiske problemer f.eks. i form af tanddannelses-, mineralisations- eller eruptionsforstyrrelser, malokklusioner, øget risiko for karies, parodontale lidelser eller slimhindelidelser.

Henvisning kan her ske uden forudgående udredning i amtsspecialtandplejen, idet det er hensigten, at også børne- og ungdomstandplejen og de praktiserende tandlæger kan henvise patienter med sjældne sygdomme og handicap til centret med henblik på rådgivning, udredning og/eller behandling.

En sådan henvisning bør ikke hindres af, at den pågældende patients aktuelle behandlingsbehov ikke er dækket af reglerne i lov om tandpleje, idet landsdels- og videnscentrets primære opgave er udredning og vidensopsamling.

Således tilbyder det odontologiske landsdels- og videnscenter udelukkende behandling, når den henviste patient har behov for højt specialiseret behandling. Derimod skal landsdels- og videnscentret ikke udføre mindre komplicerede eller ukomplicerede behandlinger (eller dele af behandlinger), der kan udføres andetsteds.

Den konkrete tandlægefaglige vurdering af behandlingsbehovet finder sted på landsdels- og videnscentret. Såfremt patienten indvisiteres til højt specialiseret behandling i landsdels- og videnscentret, betales behandlingen af bopælsamtet. Vedrørende finansiering se senere.

Det skal præciseres, at behandlingsområdet på det odontologiske landsdels- og videnscenter er tiltænkt en dimensionering, der kun i meget sjældne tilfælde omfatter odontologisk behandling, eller dele heraf, for patienter med sjældne sygdomme og handicap. Baggrunden for dette er, at det odontologiske behandlingsbehov, der præsenteres hos langt de fleste patienter med sjældne sygdomme og handicap – til trods for at der kan være tale om vidtgående odontologiske problemer - ikke i sig selv er af højt specialiseret karakter.

De fleste patienter, der henvises til landsdels- og videnscentret vil derfor kunne modtage behandling i det øvrige tandplejesystem, dog således at behandlingen –

eksempelvis i privat tandlægepraksis – kan foregå i samråd med det odontologiske landsdels- og videnscenter.

Grænsen mellem behandling af en tilgrundliggende kronisk sygdomstilstand i tænderne og et alment tandbehandlingsbehov fastlægges individuelt ud fra tandlægefaglige kriterier, og den tandlægefaglige vurdering baseres blandt andet på, om der med overvejende sandsynlighed kan fastlægges en årsagssammenhæng mellem det præsenterede tandbehandlingsbehov og den tilgrundliggende lidelse, eller om tandbehandlingsbehovet må anses for at være af samme karakter og omfang som hos patienter, der ikke har den pågældende lidelse.

Sundhedsstyrelsens retningslinier henleder opmærksomheden på de opgaver, der ligger i landsdels- og videnscentrene, blandt andet udvikling og fastholdelse af høj grad af ekspertise, systematisk indsamling af erfaringer, viden og epidemiologiske data, kvalitetssikring, medvirken til oprettelse af videndatabase, udvikling af nye behandlingstilbud mv.

Sundhedsstyrelsen skal præcisere, at de opgaver, som fra centralt hold er tillagt landsdels- og videnscentrene, kun kan udføres af centrene, når de får tilført det relevante patientunderlag, blandt andet fra amtsspecialtandplejen. Kun derigennem kan det kvalitetsløft i tandplejen finde sted, som var intentionen med ændringen af tandplejeloven.

#### 1.4 Afgrænsning af behandlingsydelser

Der kan og skal foretages en klar skelnen mellem de patienter, der tilhører amtsspecialtandplejen, og de patienter, der skal behandles i sygehusregi. Denne skelnen baseres på hhv. lov om tandpleje, tandplejebekendtgørelsen og Sundhedsstyrelsens retningslinier på den ene side og specialeplanlægningen i sygehusvæsenet på den anden side.

Vedrørende patienter indvisiteret til behandling i amtsspecialtandplejen kan amtsrådet i henhold til tandplejebekendtgørelsen beslutte at indgå aftale med praktiserende tandlæger eller børne- og ungdomstandplejen om varetagelse af opgaver, der kan løses af disse. Derimod er der ikke hjemmel til at indgå aftale med en sygehusafdeling om at varetage opgaven inden for sygehuslovgivningens rammer. Det forhold, at mange amter har organiseret amtsspecialtandplejen i relation til tand-, mund- og kæbekirurgiske sygehusafdelinger, er således ikke ensbetydende med, at der er tale om en sygehusopgave, der kan løses efter sygehusloven. Der er derimod tale om et specialiseret tandplejetilbud, som amtsrådene er forpligtede til at stille til rådighed i medfør af tandplejeloven. Sygehuslovens regler finder dermed ikke anvendelse i forhold til amtsspecialtandplejen.

Sundhedsstyrelsen har i sine retningslinier klart præciseret, at omfanget af og kompleksiteten i patientens behandlingsbehov afgør, om behandlingsplanlægning og behandling kan og skal udføres i amtsspecialtandplejen, eller om der er behov for behandling i et højt specialiseret, multidisciplinært behandlerteam.

Det fremgår eksplicit af tandplejebekendtgørelsen, at børn og unge, der har behov for højt specialiseret rådgivning eller behandling, af bopælsamtets amtsspecialtandpleje skal visiteres til ét af de to odontologiske landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet eller Århus Universitetshospital. Amtsspecialtandplejen skal derfor foretage identifikation af 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.

En patient fra amtsspecialtandplejen med behov for kompleks behandling skal således ikke indvisiteres til behandling i sygehusregi (behandling inden for sygehuslovens rammer), med mindre patientens tilstand er omfattet af de tilbud, der eksplicit fremgår af specialeplanlægningen (f.eks. ortodontisk-kirurgisk behandling hos patienter med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali), og som udelukkende kan varetages i sygehusregi.

Derimod skal patienten med det komplekse behandlingsbehov henvises til landsdels- og videnscentret i de tilfælde, hvor amtsspecialtandplejen ikke kan varetage behandlingen.

## 1.5 Overgangsordningen

Med lov om tandpleje blev tandbehandling i henhold til servicelovens § 97 ført ind i tandplejeloven og blev samtidig overført fra kommunalt regi til amtskommunalt regi. I den forbindelse blev der medtaget en overgangsbestemmelse på 5 år med henblik på at medvirke til at sikre, at den gruppe personer med et berettiget behandlingsbehov, der tidligere havde kunnet modtage engangsstøtte til tandproteser efter servicelovens § 97, ikke kom i klemme. Overgangsbestemmelsen betyder, at personer, der var over 18 år ved lovens ikrafttræden, og som var berettiget til tandprotese i henhold til lov om social service § 97, i en periode på 5 år fra lovens ikrafttræden, dvs. indtil 1. april 2006, vil være berettiget til et specialiseret tandplejetilbud i henhold til tandplejeloven.

Det har været hensigten at overføre det oprindelige § 97 område vedrørende tandbehandling uændret til tandplejeloven, hvorved der med overgangsbestemmelsen ikke har været tilsigtet hverken indskrænkning eller udvidelse af området. I den 5-årige overgangsordning er patienterne således ikke dårligere stillet end tidligere.

Tilskud til tandplejeydelser i henhold til servicelovens § 97 drejede sig om engangsstøtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller kosmetisk vansirende følger af hhv. ulykkesbetingede skader, nødvendig lægelig eller tandlægelig behandling, eller medfødte anomalier, der påvirker tyggeorganet. Som eksempler på medfødte invaliderende tandlidelser nævnte Socialministeriets vejledning om støtte til hjælpemidler eksplicit udeblevet anlæg af blivende tænder (aplasier) samt visse arveligt betingede tandlidelser, der medfører manglende eller mangelfuld dannelse af emalje eller tandben (amelogenesis imperfecta eller dentinogenesis imperfecta).

Der blev ikke via de tidligere regler i servicelovens § 97 ydet erstatning for tandtab som følge af fejlslagen behandling, ligesom der ikke blev ydet tilskud til erstatning for tænder, der var fjernet på grund af retention.

Det var endvidere præciseret, at der ikke blev ydet hjælp til operative indgreb, tandregulering eller løbende forebyggende eller behandlende tandpleje. Yderligere var det præciseret, at der ikke blev ydet hjælp til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget protese.

### 1.5.1 Tandregulering

Som nævnt blev der ikke via de tidligere regler i servicelovens § 97 ydet hjælp til tandregulering. Det skal dog nævnes, at det af Socialministeriets tidligere vejledning fremgik, at der kunne ydes hjælp til behandling, der blev anset for nødvendig til fremstilling og fastgøring af protese, herunder behandling af tænder, der skulle bære eller støtte protesen. Sundhedsstyrelsen er bekendt med, at denne formulering generelt er blevet tolket således, at såfremt det var nødvendigt at foretage en finkorrektion af tændernes placering i forbindelse med implantatindsættelse – typisk med henblik på at skabe den fornødne plads til implantatet – så var det muligt inden for de rammer, der lå i servicelovens § 97. Derimod har deciderede tandreguleringsbehandlinger ikke været omfattet af § 97-området.

Såfremt en patient, der ønsker at modtage et tandplejetilbud i henhold til overgangsbestemmelsen, forinden har behov for tandreguleringsbehandling, er dette derfor en opgave, der som udgangspunkt økonomisk set påhviler personen selv.

I relation til overgangsbestemmelsen vil der være en række patienter, der i børne- og ungdomstandplejen har fået udført pladsskabende ortodontisk behandling med henblik på senere indsættelse af implantat. Da formålet med behandlingen har været at skaffe den fornødne plads til implantatet, går Sundhedsstyrelsen ud fra dette også har fundet sted. Er dette imidlertid ikke tilfældet, og har patienten ikke misligholdt et oprindeligt tilfredsstillende behandlingsresultat fra børne- og ungdomstandplejen, må amtsspecialtandplejen og børne- og ungdomstandplejen sammen vurdere, om tandreguleringsbehandlingen i børne- og ungdomstandplejen har levet op til de krav, man må forvente af en sådan behandling.

### 1.5.2 Retention

For patienter, der hidtil var berettiget til protetisk erstatning i henhold til servicelovens § 97, dvs. patienter, der var over 18 år ved tandplejelovens ikrafttræden 1. april 2001, har den økonomiske forpligtelse i forbindelse med kontrol mv. af retentionsapparatet hidtil påhvilet patienten selv, og der er ikke med ændring af lov om tandpleje sket en ændring heraf. For patienter, der skal modtage behandling i henhold til overgangsordningen, er kontrol mv. af retentionsapparatet således ikke en opgave for amtsspecialtandplejen, men en opgave, der må udføres hos patientens egen praktiserende tandlæge, for patientens egen regning.

### 1.5.3 Andet

På grund af erkendte regionale forskelle i behandlingstradition og varierende skøn og bevillingspraksis i kommunerne var der stor forskel på de behandlingsmæssige tilbud, patienterne fik ved tandprotetisk behandling efter servicelovens § 97.

Sundhedsstyrelsen har i relation til administration af overgangsordningen afstået fra at gå ind i en konkret vurdering af tidligere bevillingspraksis, idet det tidligere § 97-område henhørte under den sociale lovgivning.

Opmærksomheden skal imidlertid henledes på, at funktionsevnekriteriet var klart præciseret allerede i serviceloven - og ikke som tidligere i bistandslovens tid alene i en bekendtgørelse – hvorved det med serviceloven blev fastslået, at funktionsevnekriteriet skulle lægges til grund ved bevilling af hjælpemidler over servicelovens § 97.

Formuleringen ”funktionelt ødelæggende eller kosmetisk vansirende” er således ikke en nyskabelse i lov om tandpleje, om end der med denne lov er sket en klarere præcisering af funktionsevnekriteriet, bl.a. med Sundhedsstyrelsens retningslinier, hvoraf det fremgår, at væsentlighedskriteriet er af betydning for afgrænsning af personkredsen.

#### 1.5.4 Overgangsordningens udløb

Amtsrådets forpligtelse i forhold til personer, der pr. 1. april 2001 var over 18 år, er begrænset til en 5 årig periode fra lovens ikrafttræden og udløber dermed med udgangen af marts 2006.

Sundhedsstyrelsen skal således gøre opmærksom på, at tandplejeloven ikke åbner mulighed for, at patienter kan modtage støtte til tandbehandling efter overgangsordningens udløb i 2006, til trods for at nogle (f.eks. patienter med amelogenesis imperfecta) muligvis kan have et løbende behov for protetisk restaurering.

#### 1.5.5 Behandling af ansøgninger

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse er det god forvaltningsskik at vurdere ansøgningen snarest efter dens indgivelse, således at det er muligt at give tilsagn eller afslag.

### 1.6 Opgaver der ikke omfattes af et særligt tilbud

Der ydes ikke tandpleje i henhold til tandplejelovens §§ 6b og 6c eller lovens overgangsbestemmelse til patienter, hvis aktuelle behandlingsbehov:

- direkte kan relateres til eller er en følge af tidligere udført behandling
- kan relateres til eller er en direkte følge af udeladt behandling
- med rette ville kunne siges at kunne være forebygget.

## 2 Principielle faglige udmeldinger

Generelt gælder, at i de tilfælde, hvor børne- og ungdomstandplejen ikke kan afslutte behandlingen, enten pga. patientens manglende fysiske modenhed, eller pga. opgavens kompleksitet, og hvor manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse, påhviler det børne- og ungdomstandplejen at foretage tidlig identifikation og rettidigt at foretage de fornødne henvisninger af patienter tilhørende målgruppen for amtsspecialtandplejen, således at den endelige behandling kan udføres der.

### 2.1 Agenesier

Som biologisk hovedprincip betragtes pladslukning ved agenesi af permanente tænder som den bedste behandling.

Herudover regnes autotransplantation i visse tilfælde som en hensigtsmæssig behandlingsmetode ved agenesi af permanente tænder, når den forudgås af en omhyggelig individuel planlægning, herunder udvælgelse af patient og kirurg (se senere).

Målet for børne- og ungdomstandplejens ortodontiske service er at forebygge og behandle de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/ eller psykosociale belastninger. Ved visitation til behandling foretages en risikovurdering og dermed en individuel vurdering af, om tandstillingsfejlen indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger.

Amtsspecialtandplejetilbudet er rettet imod børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse. Væsentlighedskriteriet er her af afgørende betydning for afgrænsning af personkredsen, idet det ved vurdering af den enkelte patient må bedømmes, om manglende behandling vil resultere i varig funktionsnedsættelse. En sådan bedømmelse indebærer tilsvarende en risikovurdering på linie med den, der foretages i børne- og ungdomstandplejen.

Principielt ligger kosmetisk tandbehandling ikke ligger inden for rammerne af offentlig tandpleje.

#### 2.1.1 Agenesi af én eller få tænder

Ved agenesi af få (højest 3) tænder uden andre afvigelser foreligger der ikke videnskabelig dokumentation, der kan underbygge, at der skulle være en forøget risiko for udvikling af bidfunktionelle lidelser ved udeladelse af erstatning af disse. Mindre okklusionsforstyrrelser, herunder mangel af få permanente tænder (f.eks. 5-, -5) som følge af agenesi, kan således ikke i sig selv gøres ansvarlig for funktionsforstyrrelser i mastikationssystemet i form af eksempelvis kæbeledsknæk, låsninger af kæbeled og muskulær hovedpine.

Henvisning af patienter til amtsspecialtandpleje med henblik på erstatning i relation til agenesi af få tænder, bør således ikke finde sted alene med begrundelsen ”risiko for udvikling af bidfunktionelle lidelser” eller med diagnosen agenesi per se, når der ikke samtidig foreligger andre afvigelser eller funktionsforstyrrelser. Det påhviler børne- og ungdomstandplejen at foretage en sådan vurdering. Tilsvarende forhold gør sig gældende i relation til overgangsordningen.

### 2.1.2 Agenes af 5+5 vs. agenes af 5-5

Agenes af 5+5 udløser stort set aldrig funktionelle problemer. Tilbage står spørgsmålet, om der ved manglende erstatning af manglende 5+5 er risiko for psykosocial belastning, jf. de kriterier, der anlægges i henhold til visitationskriterierne i børne- og ungdomstandplejen. I henhold til disse bindende kriterier er det præciseret, at risiko for psykosocial belastning indebærer, at personens udseende afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende. Der er her tale om variationer, der ligger langt ud over den normale variation.

Sundhedsstyrelsen har tidligere meddelt, at et mellemrum svarende til en lille kindtandsbredde i regio 5+5 ikke henhører under denne definition. Implantatbehandling regio 5+5, hvor der ikke i øvrigt er andre afvigelser, er således efter Sundhedsstyrelsens opfattelse at betragte som kosmetisk behandling, der som udgangspunkt ikke skal tilbydes hverken i børne- og ungdomstandplejen eller i amtsspecialtandplejen.

Agenes af 5-5 kan i visse tilfælde udløse funktionelle problemer. Eksempelvis kan der være situationer, hvor patienter med dybt bid kan have behov for indsættelse af implantater til erstatning for 5-5 med henblik på at sikre efterstående stabilitet.

Der må derfor ved agenes af 5-5 foretages en samlet individuel risikovurdering baseret på patientens aktuelle status, herunder andre afvigelser i tandsystemet samt afvigelser i okklusion, pladsforhold og oral funktion samt faktorer som patientens alder, kariessituation, parodontal status mv. Efter Sundhedsstyrelsens vurdering må beslutning om eventuel implantatbehandling regio 5-5 således bero på en individuel tandlægefaglig vurdering, og denne bør foretages i et samarbejde mellem børne- og ungdomstandplejen og amtsspecialtandplejen.

### 2.1.3 Agenes – andre tilfælde

Ved agenes af 13 tænder eller flere, skal det odontologiske landsdels- og videnscenter varetage behandlingen, idet der hos disse patienter hyppigt ses afvigende kæbevækst og dermed kompleks og specielt vanskeliggjort behandling.

Derudover skal den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion varetage behandlingen af enkelte patienter med færre, men stærkt uheldigt placerede agenesier.

### 2.1.4 Agenes ved ekstrem vækstbetinget kæbeanomali

Patienter med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali behandles som udgangspunkt i lands- og landsdelsfunktion på tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger i henhold til sygehuslovgivningens regler. For patienter, der i amtet er visiteret som lidende af en ekstrem vækstbetinget kæbeanomali, betragtes behandlingen af de tilstande, der er en direkte følge af den vækstbetingede kæbeanomali (dvs. den kirurgiske behandling, den tilhørende tandreguleringsbehandling samt den eventuelle protetiske og bidfunktionelle efterbehandling) som en sygehusopgave fra det øjeblik, patienten er indvisiteret til behandling i amtet.

Er der derimod – som der hyppigst er tale om - et agenesibetinget protetisk behandlingsbehov, der ikke har relation til den vækstbetingede kæbeanomali, vil denne behandling for patienter over 18 år henhøre under amtsspecialtandplejen, i de tilfælde hvor manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse.

Afgørelse af, hvorvidt det ene eller det andet gør sig gældende, må baseres på en konkret, individuel tandlægefaglig vurdering.

## 2.2 Ektopiske tænder

Ektopi (afvigende tandplacering og/eller frembrudsbane) af især hjørnetænder udgør et klinisk problem og kan under visse omstændigheder medføre tab af nabotænder.

Resorption og eventuelt tab af nabotænder samt vanskelige og kostbare behandlinger vil dog i de fleste tilfælde kunne hindres ved tidlig interceptiv behandling. Tidlig diagnostik og interceptiv behandling er således væsentlige faktorer for en god prognose. Børne- og ungdomstandplejen er forpligtet til at være agtpågivende omkring lejring og frembrud af hjørnetænderne allerede fra 9-års alderen. Herved bør børne- og ungdomstandplejen i langt de fleste tilfælde kunne hindre, at der opstår resorption af nabotænder i et sådant omfang, at disse mistes, eller den ektopiske hjørnetand retineres permanent.

I ganske få tilfælde vil der – på trods af tidlig diagnostik og interceptiv behandling – alligevel opstå enten resorption af nabotænder, således at disse mistes, eller permanent retention af den ektopiske hjørnetand. I sådanne tilfælde må børne- og ungdomstandplejen foretage rettidig vurdering, herunder vurdering af, om pladslukning vil være relevant. Om nødvendigt inddrages amtsspecialtandplejen i behandlingsplanlægning. Såfremt pladslukning ikke er mulig og det vurderes, at tilstanden ubehandlet vil medføre varig funktionsnedsættelse, bør amtsspecialtandplejen i disse meget sjældne tilfælde kunne give patienten et tilbud om behandling.

Såfremt børne- og ungdomstandplejen overvejer at foretage kirurgisk fjernelse af ektopiske tænder og ikke er af den opfattelse, at en efterfølgende pladslukning vil kunne komme på tale, er tandplejen således forpligtet til rettidigt at foretage fornøden henvisning til amtsspecialtandplejen med henblik på, at denne inddrages i behandlingsplanlægningen. En sådan konsultation vil danne baggrund for den fornødne information om behandlingsmulighederne og opnåelse af samtykke til behandlingen.

Vurderingen af, om behandlingen kan indvisiteres i amtsspecialtandplejen, beror på en konkret, individuel visitation i amtsspecialtandplejen.

## 2.3 Tanddannelsesforstyrrelser

Såfremt børne- og ungdomstandplejen overvejer at foretage kirurgisk fjernelse af misdannede tænder og ikke er af den opfattelse, at en efterfølgende pladslukning vil kunne komme på tale, er tandplejen forpligtet til rettidigt at foretage fornøden henvisning til amtsspecialtandplejen med henblik på at inddrage denne i behandlingsplanlægningen. En sådan konsultation vil danne baggrund for den fornødne information om behandlingsmulighederne og opnåelse af samtykke til behandlingen.

### 2.3.1 Amelogenesis / Dentinogenesis Imperfecta

Det eksakte tal for forekomsten af Amelogenesis Imperfecta (AI) er ikke kendt, men det skønnes, at der hos mindst 15 børn pr. år diagnosticeres amelogenesis imperfecta, at ca 2/3 af disse vil være alvorligt handicappede af deres tanddannelsesforstyrrelse. Forekomsten af Dentinogenesis Imperfecta (DI) skønnes at være cirka

5 individer pr. år. Behandling af disse patienter har været en del af tandplejelovens økonomiske forudsætninger, jf. amtstandplejeudvalgets rapport<sup>1</sup>.

Patienter med AI / DI i moderat og svær grad kan henvises fra børne- og ungdomstandplejen til amtsspecialtandplejen. For disse patienter bør behandlingsbehovet vurderes ved børne- og ungdomstandplejens ophør. Såfremt patienten på dette tidspunkt præsenterer et behandlingsbehov, der ikke kræver højt specialiseret behandling i landsdels- og videnscentret, og som ubehandlet medfører varig funktionsnedsættelse, vil behandlingen svarende til det aktuelle behov kunne udføres i amtsspecialtandplejen, når fysisk modenhed muliggør det. Derimod vil behandlingsbehov som følge af AI / DI opstået efter det 18. år hos patienter, der ikke er visiteret til højt specialiseret behandling i landsdels- og videnscentret efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ikke være omfattet af tilbudet i amtsspecialtandplejen.

Patienter, der lider af et svært tilfælde af AI / DI, evt. yderligere kompliceret af eksempelvis en alvorlig parodontal lidelse, kan henvises direkte til landsdels- og videnscentret fra børne- og ungdomstandplejen eller privat praksis, uden forudgående udredning i amtsspecialtandplejen, jf. tandplejelovens § 6c og Sundhedsstyrelsens retningslinier. Det skal her nævnes, at Sundhedsstyrelsen i sine retningslinier har angivet 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.

Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at det er den faglige vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre, der lægges til grund for indvisitering af patienten til højt specialiseret behandling. Har patienten således behov for højt specialiseret behandling, kan denne udføres i landsdels- og videnscentret. Derimod skal landsdels- og videnscentret ikke udføre mindre komplicerede eller ukomplicerede behandlinger (eller dele af behandlinger), der kan udføres andetsteds. Vedrørende finansiering henvises til senere afsnit.

### 2.3.2 Dental fluorose

Der findes ingen pålidelige tal vedrørende hyppigheden af alvorlig dental fluorose i Danmark. Det skønnes, at der på landsplan er tale om 1-2 tilfælde om året, hovedsagelig hos børn og unge, som er flyttet til Danmark fra områder med højt fluorindhold i drikkevandet. Disse få, meget alvorlige tilfælde er omfattede af tilbudet i tandplejelovens § 6b.

### 2.3.3 Stråleinducerede udviklingsforstyrrelser

I de tilfælde, hvor et barn / en ung, der er omfattet af børne- og ungdomstandplejen, har behov for specialiseret behandlingsplanlægning og evt. behandling som følge af stråleinducerede udviklingsforstyrrelser pga. tidligere behandling af cancersygdom, skal henvisning herfor kunne finde sted til amtsspecialtandplejen i henhold til tandplejelovens § 6b.

---

<sup>1</sup> Behandling af patienter med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse. Sundhedsstyrelsen, Amtstandplejeudvalget 1999

Såfremt der yderligere er behov for højt specialiseret behandling, skal amtsspecialtandplejen kunne viderehenvise til det odontologiske landsdels- og videnscenter, jf. tandplejelovens § 6b.

Derimod kan de pågældende patienter ikke henvises til det odontologisk landsdels- og videnscenter i henhold til tandplejelovens § 6c. Dette begrundes i følgende forhold: De tilstande, der i henhold til bilaget i Sundhedsstyrelsens retningslinier kan henvises til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion er i det store hele medfødte tilstande eller tilstande, der antagelig skyldes en medfødt disposition, hvorimod følger af nødvendig lægelig / tandlægelig behandling ikke er omfattet af reglerne i lovens § 6c.

#### 2.3.4 Invaginationsmisdannelser

Patienter, der efter en fejlslagen rodbehandling af f.eks. en fortand med invaginationsmisdannelse mister denne, er ikke berettiget til behandling i amtsspecialtandplejen, idet der ikke i henhold til tandplejeloven ydes et specialiseret tandplejetilbud i amtsspecialtandplejen til patienter, hvis aktuelle behandlingsbehov direkte kan relateres til eller er en følge af tidligere udført behandling.

#### 2.4 Juvenil parodontitis

Det eventuelle tandbehandlingsbehov hos patienter med juvenil parodontitis har ikke indgået i tandplejelovens økonomiske grundlag, hvorfor patienterne på det foreliggende grundlag ikke er omfattede af tilbudet i amtsspecialtandplejen.

#### 2.5 Funktionsforstyrrelser i kæbeledet

Behandlingskrævende funktionsforstyrrelser i kæbeledet forekommer hos 5-10% af befolkningen, og størstedelen af de voksne patienter med kæbeledslidelser behandles hos praktiserende tandlæger. Sygesikringen yder ikke tilskud til hverken bideskinnebehandling, protetisk eller ortodontisk behandling.

Sygehusenes tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger udfører på basisniveau kirurgisk behandling af funktionsforstyrrelser og patologiske tilstande i kæbeled. På lands- og landsdelsniveau foretages kirurgisk behandling af svære tilfælde af kæbeledslidelser, f.eks. kæbeledsankyloser og – rekonstruktioner.

Patienter med behandlingskrævende funktionsforstyrrelser i kæbeledet er ikke omfattet af tilbudet i tandplejeloven, dvs. hverken amtsspecialtandplejen eller overgangsordningen.

#### 2.6 Ulykkesbetingede tandskader og tandtab

Sundhedsstyrelsen skal præcisere, at det ikke er intentionen med tandplejelovens tilbud at fremskynde tidspunktet for f.eks. ekstraktion og efterfølgende implantatindsættelse på bekostning af den tandlægefagligt mest forsvarlige løsning.

##### 2.6.1 Afgrænsning af begreber

I forbindelse med fortolkning af reglerne har Sundhedsstyrelsen tidligere præciseret nødvendigheden af en skelnen mellem ulykkesbetingede tandskader og ulykkesbetingede tandtab, samt ligeledes en skelnen imellem patienter under 18 år og patienter over 18 år.

#### 2.6.1.1 Ulykkesbetinget tandskade

Ved ulykkesbetinget tandskade forstås følgerne af en akut, voldelig påvirkning af en tand og dennes omgivende væv.

#### 2.6.1.2 Ulykkesbetinget tandtab

Ved ulykkesbetinget tandtab forstås tab af en tand som følge af en ulykkesbetinget skade på tænder/kæber.

Tandtabet kan ske i umiddelbar tilslutning til den ulykkesbetingede skade, eller det kan ske senere. Et ulykkesbetinget tandtab kan således i denne sammenhæng være synonymt dels med eksartikulation (avulsion) eller senfølger på replantat efter eksartikulation, dels med senfølger efter displaceringer eller frakturer.

#### 2.6.2 Ulykkesbetingede tandskader opstået inden det 18. år

Behandling af ulykkesbetingede tandskader, der opstår inden det 18. år, finder sted i børne- og ungdomstandplejen.

I de tilfælde, hvor et barn/en ung, omfattet af den kommunale børne- og ungdomstandpleje, har behov for specialiseret behandlingsplanlægning på grund af mere komplekse forhold som led i en ulykkesbetinget tandskade, skal henvisning herfor kunne finde sted til amtsspecialtandplejen med henblik på konsultation og eventuelt samarbejde om behandlingsplanlægningen med det mere specialiserede tandlægefaglige niveau i amtsspecialtandplejen.

Patienter, som har fået en tandskade inden det 18. år (uden at der er tale om et ulykkesbetinget tandtab opstået inden det 18. år, jf. definitionen nedenfor) er imidlertid ikke omfattet af et behandlingstilbud i amtsspecialtandplejen efter det fyldte 18. år. Tilbudet i amtsspecialtandplejen er således ikke at betragte som en ulykkesforsikringsordning, til hvilken man kan indgive en skadesanmeldelse og herunder tage forbehold for eventuelle senskader.

Senfølger ud over det 18. år af ulykkesbetingede tandskader, der ikke har medført tandtab inden det 18. år, jf. definitionen, er således ikke behandlingsmæssigt omfattet af tilbudet i amtsspecialtandplejen. Henvisning skal således ikke finde sted af sådanne patienter til amtsspecialtandplejen for behandling efter det 18. år.

De samme patienter henhører heller ikke under reglerne i tandplejelovens § 4a (støtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader på tænder, mund og kæber). Retningslinierne præciserer her klart, at der ved tildeling af støtte til tandprotese er tale om støtte til restitution efter en ulykkesbetinget skade, må der lægges vægt på en umiddelbar tidsmæssig sammenhæng mellem ulykken og det som følge deraf opståede behandlingsbehov.

Ovenstående forhold bør foranledige børne- og ungdomstandplejen til at rådgive om hensigtsmæssigheden i, at forældrene tegner en tandskadeforsikring for deres børn.

### 2.6.3 Ulykkesbetingede tandtab opstået inden det 18. år

Ved ulykkesbetinget tandtab forstås tab af en tand som følge af en ulykkesbetinget skade på tænder/kæber. Ulykkesbetingede tandtab i det permanente tandsæt kan primært relateres til eksartikulations- (avulsion-)skader, hvor replantation ikke udføres, eller hvor replantation udføres, men der opstår så store komplikationer med indhelingen, at tanden mistes<sup>2</sup>. Herudover kan ulykkesbetinget tandtab som oftest relateres til ikke-behandlelige krone-rod frakturer eller cervikale rodfrakturer.

Ulykkesbetingede tandtab inden det 18. år udgør talmæssigt en meget begrænset gruppe. I Danmark er der 2 undersøgelser, der viser en årlig incidens på eksartikulation på 0,02%<sup>3</sup> - 0,03%<sup>4</sup>. I Danmark forekommer der således hos 6-18 årige ca. 150 tilfælde årligt, hvoraf mellem 1/3 og 1/4 ikke udløser noget senere behandlingsbehov, idet de viser optimal heling. Hertil kommer ganske enkelte tilfælde, hvor andre traumetyper efterfølges af progressiv resorption, der vil føre til tandtab.

**Definition:** Såfremt en tand, der har været udsat for en ulykkesbetinget skade, enten er mistet inden det 18. år (ikke længere befinder sig in situ), eller inden det 18. år præsenterer en tilstand, der er ensbetydende med at tanden mistes senest på det tidspunkt, hvor en permanent erstatning (implantat) tidligst ville kunne indsættes, dvs. i 20-25 års alderen, betragtes tilstanden som et ulykkesbetinget tandtab opstået inden det 18. år.

Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at der med denne definition udelukkende er tale om en faglig afgrænsning af personkredsen, og dermed hverken en udvidelse eller indskrænkning af den af amtstandplejeudvalget oprindeligt definerede personkreds, der skal kunne modtage behandling i amtsspecialtandplejen på grund af ulykkesbetinget tandtab inden det 18. år, og hvor behandling af disse patienter har været en del af lovens økonomiske forudsætninger.

Tandbehandlingsbehov opstået som følge af et ulykkesbetingede tandtab inden det 18. år er omfattet af tilbudet i børne- og ungdomstandplejen, når barnet/den unge er under 18 år. Børne- og ungdomstandplejens forpligtelser ophører imidlertid, når den unge fylder 18 år. Bekendtgørelsen præciserer dog, at det påhviler kommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger, herunder traumebehandling. Færdiggørelse af behandling ud over det 18. år 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, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinier.

Kan det imidlertid inden afslutningen af børne- og ungdomstandplejen konstateres, at der er tale om et ulykkesbetinget tandtab, jf. definitionen ovenfor, og vil dette uden behandling medføre varig funktionsnedsættelse, er patientens endelige behand-

---

<sup>2</sup> Andreassen JO. Tooth and bone loss related to dental trauma. In Koch G, Bergendal T, Kvint S & Johansson U-B (eds.) Consensus conference on oral implants in young patients. The Institute for Postgraduate Dental Education, Jönköping, Sweden 1996

<sup>3</sup> Andreassen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. Int J Oral Surg 1972; 1: 235-9

<sup>4</sup> Ravn JJ. Dental injuries in Copenhagen schoolchildren school years 1967-1972. Comm Dent Oral Epidemiol 1974; 2: 231-45

ling omfattet af amtsspecialtandplejens tilbud om behandling efter det 18. år. Sundhedsstyrelsen skal præcisere, at det ligger implicit i den ovenfor nævnte definition, at den endelige behandling skal udføres på det tidspunkt, hvor den permanente erstatning (implantat) tidligst vil kunne indsættes, dvs. i 20-25 års alderen.

#### 2.6.4 Behandlingsinstansernes forpligtelser

Et hensigtsmæssigt behandlingsforløb for patienter med ulykkesbetingede tandtab opstået inden det 18. år kan kun løftes i et samarbejde mellem amtsspecialtandplejen og børne- og ungdomstandplejen. Bekendtgørelsens præciserer da også, at det amtslige specialtilbud skal tilrettelægges i samarbejde med den kommunale børne- og ungdomstandpleje, der har ansvaret for den almindelige forebyggende og behandlende tandpleje til børn og unge under 18 år.

##### 2.6.4.1 Børne- og ungdomstandplejen

Sundhedsstyrelsen skal påpege, at der er stillet skærpet krav til børne- og ungdomstandplejen om faglig stillingtagen til patientens odontologiske lidelse. Børne- og ungdomstandplejen skal således i sin identifikation og henvisning til amtsspecialtandplejen af patienter, som eventuelt skal modtage behandling i amtsspecialtandplejen på grund af ulykkesbetinget tandtab, foretage en faglig vurdering af, om tanden kan betragtes som mistet / endeligt tabt, jf. definitionen ovenfor.

Børne- og ungdomstandplejen bør i denne forbindelse ikke give patienten tilsagn om behandling i amtsspecialtandplejen, uden at der forinden har fundet en konference sted med amtsspecialtandplejen herom.

##### 2.6.4.2 Amtsspecialtandplejen

Den endelige behandling af ulykkesbetinget tandtab, opstået inden det 18. år er henlagt til amtsspecialtandplejen (behandling af odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse).

Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at det af bekendtgørelsen fremgår, at amtet kan indgå aftale med praktiserende tandlæger eller børne- og ungdomstandplejen om varetagelse af opgaver, der kan løses af denne. Som det fremgår af retningslinierne kan amtskommunen således lade behandlinger, der ikke kræver specialistbehandling, udføre andetsteds, f.eks. hos praktiserende tandlæge eller i børne- og ungdomstandplejen. Beslutning herom skal imidlertid baseres på en individuel odontologisk vurdering foretaget af amtsspecialtandplejen.

Bekendtgørelsen præciserer endvidere, at reglerne for omfanget af og kravene til amtsspecialtandplejen er de samme, hvad enten tandplejen ydes i offentlig eller privat tandlægepraksis.

## 2.7 Replantation og autotransplantation

Replantation er en (akut) behandlingstype, der udføres som led i behandling af et akut ulykkesbetinget tandtab (eksartikulation).

Autotransplantation er en (elektiv) behandlingstype, der udføres som led i behandling af et ulykkesbetinget tandtab eller af agenesi.

### 2.7.1 Behandlingsresultater

Ingen tandbehandlingsalternativer, der kendes i dag, og om hvilke man anvender betegnelsen ”permanent erstatning”, har en 100% langtidsoverlevelse.

#### 2.7.1.1 Replantation

Behandling af eksartikulerede tænder er evidensbaseret gennem 40 års kliniske studier. I den hidtil største undersøgelse af langtidsresultatet af 400 udslåede og replanterede tænder<sup>5</sup> fremgår det, at 24% helede med normal rodhinde, og 64% helede med ankylose.

#### 2.7.1.2 Autotransplantation

Resultater fra den hidtil største langtidsundersøgelse af 370 transplanterede præmolærer<sup>6</sup> viste en 10-års overlevelsesrate på 96%. Denne overlevelse er identisk med lignende undersøgelser af implantater. I et nyligt studie fra Norge er der rapporteret 90% overlevelse med en observationsperiode på 41 år<sup>7</sup>. Ingen andre behandlingsalternativer kan dokumentere sådan klinisk tilfredsstillende overlevelse.

Autotransplanterede præmolærer i præmolar- og molarregionen viser således en overlevelsesrate, der er fuldt på højde med andre permanente behandlingstilbud, hvorfor autotransplantation her må betragtes som en permanent behandling, på samme måde som eksempelvis en konventionel bro eller et implantat. Helt generelt har det således hidtil været Sundhedsstyrelsens opfattelse, at de tilfælde, hvor autotransplantater mistes, er sammenlignelige med tilfælde, hvor eksempelvis en bro mistes, idet begge behandlinger regnes som permanente.

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt, at det ikke har været intentionen, at der via tandplejeloven skulle ydes tandplejetilbud i amtsspecialtandplejen til patienter, hvis

---

<sup>5</sup> Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL & Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 1. Diagnosis of healing complications. *Endod Dent Traumatol* 1995;11;51-58

Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 traumatically avulsed permanent incisors. 2. Factors related to pulpal healing. *Endod Dent Traumatol* 1995;11;59-68.

Andreasen JO, Borum MK, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 3. Factors related to root growth. *Endod Dent Traumatol* 1995;11;69-75

Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 traumatically avulsed permanent incisors. 4. Factors related to periodontal ligament healing. *Endod Dent Traumatol* 1995;11;59-89

<sup>6</sup> Andreasen JO, Paulsen H-U, Yu Z, Ahlquist R, Bayer T & Schwartz O. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part I. Surgical procedure and standardized techniques for monitoring healing. *Europ J Orthod* 1990;12;3-13

Andreasen JO, Paulsen H-U, Yu Z, Bayer T & Schwartz O. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part II. Tooth survival and pulp healing subsequent to transplantation. *Europ J Orthod* 1990;12;14-24

Andreasen JO, Paulsen H-U, Yu Z & Schwartz O. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part III. Periodontal healing subsequent to transplantation. *Europ J Orthod* 1990;12;25-37

Andreasen JO, Paulsen H-U, Yu Z, Bayer T. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part IV. Root development subsequent to transplantation. *Europ J Orthod* 1990;12;38-50

<sup>7</sup> Czochrowska EM, Stenvik A, Bjercke B and Zacharsson BU. Outcome of tooth transplantation: Survival and success rates 17-41 years posttreatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121;110-9

behandlingsbehov kan relateres til eller er en følge af tidligere udført behandling. Sundhedsstyrelsen har derfor udmeldt principielt, at behandling som følge af mistede autotransplantater ikke generelt er omfattet af tilbudet i amtsspecialtandplejen, eller i tandplejelovens overgangsordning.

På givne foranledning har Sundhedsstyrelsen for nyligt revurderet den ovenfor nævnte udmelding og har indhentet supplerende oplysninger.

Baggrunden herfor er, at der specielt vedrørende overlevelse af autotransplantater i incisivregionen kun foreligger et par enkelte rapporter baseret på ret få tilfælde, der kan sammenligne helingsresultatet i denne region med alternativ behandling såsom en Marylandbro, ortodontisk lukning eller implantatbehandling.

Autotransplantation af tænder (præmolarer) til incisivregionen er en relativ ny procedure, og metoden er under udvikling. Fra behandlerside<sup>8</sup> er det imidlertid erfaringen, at autotransplantater i incisivregionen har en overlevelse, der ikke kommer på højde med overlevelsen af autotransplantater, der indsættes i præmolar- og molarregionen.

På Rigshospitalet foretages i øjeblikket indkaldelse af 160 patienter, der over en periode på 25 år er behandlet med autotransplantationer til incisivregionen. Det søges i denne forbindelse at sammenligne resultaterne med andre regioner, hyppigst præmolarregionen i underkæben. På baggrund af de foreløbige resultater af analysen af transplantationer til incisivregionen tyder det på, at der er flere komplikationer i denne region. Årsagen hertil er ikke afklaret, men muligvis kan det tilskrives det forhold, at tænder i incisivregionen let traumatiseres, og da pulpa i transplanterede tænder bliver kanalobliterede, vil de relativt set have en begrænset modstandskraft ved et nyt traume. Hertil kommer, at transplantationen finder sted i et meget knoglekompromitteret område, ligesom de transplanterede præmolarer skal restaureres i omfattende grad med henblik på et tilfredsstillende resultat i incisivregionen.

### 2.7.1.3 Ankylosering

Ulemperne ved såvel replantation som autotransplantation er, at en vis procentdel af de replanterede eller autotransplanterede tænder ankyloserer, således at der ikke - eller kun i begrænset omfang - opnås knogletilvækst endsige et permanent behandlingsresultat.

Børn og unge er individer med kæbeknogle i vækst. Ankylose af en tand i en kæbe i vækst er en potentielt skadelig / patologisk tilstand, der skal elimineres eller observeres.

Som hovedregel bør en ankyloseret tand i en kæbe i vækst elimineres, når det resterende vertikale vækstpotentiale i kæberne er mere end ca. 2 mm dvs. for de fleste før 16-års alderen. Baggrunden herfor er, at om end en ankyloseret tand i en kæbe i vækst almindeligvis vil bevare den horisontale kæbedimension (og dermed ikke kompromittere den), vil tanden kunne kompromittere den vertikale dimension. Imidlertid kan det i sådanne situationer overvejes at foretage dekoronering<sup>9</sup> i stedet

---

<sup>8</sup> Andreasen JO: Personlig kommunikation

<sup>9</sup> Malmgren B, Cvek M. Surgical treatment of ankylosed and infrapositioned reimplanted incisors in adolescents. Scand J Dent Res 1984; 92; 391-9

for helt at eliminere tanden. Herved kan den horisontale dimension af processus alveolaris bevares, samtidig med at der kan ske en vertikal øgning hos personer behandlet før og under den pubertale vækst. En dekoronering vil bevirke etablering af periost over den dekoronerede rod, og væksten af processus alveolaris bringes i harmoni med den øvrige processus alveolaris' vækst.

Ligeledes som hovedregel bør en ankyloseret tand i en kæbe i vækst almindeligvis observeres efter 16-års alderen, hvor det vertikale vækstpotentiale for de fleste er mindre end 2 mm.

En ankyloseret tand i en udvokset kæbe anses for at være en velfungerende, midlertidig tanderstatning, der er knoglebevarende, indtil endelig tanderstatning kan fremstilles.

#### 2.7.1.4 Permanent vs. provisorisk behandling

På grundlag af overstående er Sundhedsstyrelsens konklusion indtil videre, at autotransplantation af præmolare til præmolar- og molarområdet betragtes som en permanent behandlingsløsning.

Replantation og autotransplantation af præmolare til incisivregionen kan medføre permanent indheling af den replanterede / autotransplanterede tand. Replantation har en meget usikker prognose. Om end prognosen for autotransplantation er bedre vil såvel replantation som autotransplantation af præmolare til incisivregionen i hovedparten af tilfældene medføre tab af tanden.

Replantation og autotransplantation af præmolare til incisivregionen må på denne baggrund indtil videre betragtes som en provisorisk behandling, på samme måde som tilfældet sædvanligvis er for en enkelttandsprotese eller en Marylandbro.

#### 2.7.1.5 Cost benefit overvejelser

På baggrund af de ovenfor refererede behandlingsresultater kan det diskuteres, hvorvidt replantation / autotransplantation af præmolare til incisivregionen er et hensigtsmæssigt behandlingsvalg for børn og unge, der oplever et ulykkesbetinget tandtab, eller som har agenesi af en/en flere tænder i incisivregionen.

Ulykkesbetinget tandtab hos børn og unge, hos hvem kæbevæksten ikke er afsluttet, vil som oftest vil resultere i, at kæbeknoglen i den region, hvorfra tanden er mistet, ikke udvikles hverken horisontalt eller vertikalt. Også i agnesiområder vil kæbevæksten være nedsat. Dette er ensbetydende med, at en eventuel senere implantatindsættelse oftest må forudgås af en knogletransplantation, som i de fleste tilfælde ikke kan udføres samtidig med implantatindsættelsen, og som derfor kræver en ekstra operation.

Fordelene ved autotransplantation og replantation er imidlertid, at der kan opnås en vækst af alveolarprocessen, og at der derudover eksisterer en reel mulighed for en vellykket indheling. Behandlingerne, der kan udføres i en tidlig alder, er dermed al-

---

Malmgren O, Malmgren B in Andreasen JO, Andreasen FM. Textbook and Color Atlas of traumatic Dental Injuries. 1994: 623-33

Malmgren B. Decoronation How, Why, and When. Calif Dent Ass Journal 1999: 28; 846-54

le andre overlegen med hensyn til knogletilvækst og et eventuelt permanent resultat.

Der er for nærværende ikke data, der hverken be - eller afkræfter, hvorvidt der skulle være forskel på prognosen af autotransplantater alt efter om baggrunden for autotransplantation er agenesi eller ulykkesbetinget tandtab, men erfaringsmæssigt synes der ikke umiddelbart at være forskel i prognosen.

Samlet set findes det derfor hensigtsmæssigt at anvende såvel replantation som autotransplantation af præmolarer til incisivregionen, til trods for at begge behandlingstyper betragtes som provisoriske, idet de samlede fordele vurderes til at opveje de samlede ulemper.

#### 2.7.2 Tandtab opstået inden det 18. år

**Definition:** Såfremt en replanteret incisiv eller en præmolar autotransplanteret til incisivregionen (hvad enten dette er begrundet i et ulykkesbetinget tandtab eller i agenesi af en incisiv) er mistet inden det 18. år (ikke længere befinder sig in situ), eller inden det 18. år præsenterer en tilstand, der er ensbetydende med at tanden mistes senest på det tidspunkt, hvor en permanent erstatning (implantat) tidligst ville kunne indsættes, dvs. i 20-25 års alderen, betragtes tilstanden som et endeligt tandtab opstået inden det 18. år.

Det er indtil videre Sundhedsstyrelsens generelle opfattelse, at endeligt tab, jf. definitionen ovenfor, er ensbetydende med, at amtsspecialtandplejen skal tilbyde behandling efter det 18. år, såfremt der ikke er muligt for børne- og ungdomstandplejen forinden at foretage ortodontisk pladslukning.

Sundhedsstyrelsen skal præcisere, at det ligger implicit i den ovenfor nævnte definition, at den endelige behandling skal udføres på det tidspunkt, hvor den permanente erstatning (implantat) tidligst vil kunne indsættes, dvs. i 20-25 års alderen.

#### 2.7.3 Behandlingsregi

Som nævnt finder Sundhedsstyrelsen det ud fra en cost benefit vurdering (på grund af den reelle mulighed for indhelning og fortsat knoglevækst i området) helt relevant og hensigtsmæssigt at foretage såvel replantation som autotransplantation i relation til behandling af ulykkesbetinget tandtab og agenesi i incisivregionen.

##### 2.7.3.1 Replantation

Replantation kan under de rette forudsætninger udføres efter avulsion / eksartikulation af en permanent tand, typisk i incisivregionen. Denne behandling, der må betragtes som en akut behandling, udføres undertiden af patienten selv eller dennes forældre, eller finder sted på kommunal klinik, hos praktiserende tandlæge eller på skadestue.

##### 2.7.3.2 Autotransplantation

Autotransplantation af præmolarer til incisivregionen kan under de rette forudsætninger udføres efter ulykkesbetinget tandtab eller som led i behandling af agenesi. Denne behandling, der må betragtes som en elektiv behandling, kan typisk udføres i ca. 12 års alderen.

Autotransplantation af præmolarer til incisivregionen hos børn og unge bør udelukkende udføres i situationer, hvor der forinden er planlagt ekstraktion af præmolarer af andre årsager.

Autotransplantation som behandlingsmetode er meget teknikfølsom, og den må derfor generelt altid forudgås af en omhyggelig individuel planlægning, herunder udvælgelse af patient og kirurg. Det er således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at autotransplantation hos børn / unge til såvel incisivregionen som til præmolar- og molarregionen udelukkende bør udføres af en kirurg, der har tilstrækkelig erfaring med denne behandlingstype, og som er specielt trænet deri.

Af denne grund finder Sundhedsstyrelsen, at autotransplantation må henregnes under de behandlinger, der er beskrevet i retningsliniernes formulering: De behandlinger eller dele af behandlinger, der er særligt vanskelige, og som kræver et nært samarbejde mellem de forskellige dele af amtsspecialtandplejens odontologiske team (pædagog, ortodont, protetik, kirurgi), udføres i (og betales af) amtet, også inden patientens fyldte 18. år.

Det er således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at autotransplantationer bør udføres i amtsspecialtandplejens regi af kirurger, der har den fornødne erfaring med metoden.

#### 2.7.4 Behandlingsinstansernes forpligtelser

Behandlingsforløbet for såvel patienter, der har fået udført replantation som for patienter, der skal have udført / har fået udført autotransplantation, skal tilrettelægges i et samarbejde mellem amtsspecialtandplejen og børne- og ungdomstandplejen.

##### 2.7.4.1 Børne- og ungdomstandplejen

Når replantation har fundet sted hos et barn / en ung skal børne- og ungdomstandplejen i god tid inden afslutning af det kommunale tandplejetilbud foretage en faglig vurdering af, om tanden kan betragtes som mistet / endeligt tabt, jf. definitionen ovenfor.

Baggrunden herfor er som nævnt tidligere, at patienter skal kunne modtage behandling i amtsspecialtandplejen, såfremt den afsluttende behandling som følge af et ulykkesbetinget tandtab, der har fundet sted mens barnet / den unge har været omfattet af den kommunale børne- og ungdomstandpleje, først kan udføres efter det 18. år.

For så vidt angår autotransplantater i incisivregionen skal børne- og ungdomstandplejen – ligeledes i god tid inden patienten fylder 18 år - sikre, at der foretages en afsluttende vurdering af, om der er opnået et endeligt resultat, eller om tanden må betragtes som mistet, jf. definitionen. Dette vil danne grundlag for den videre behandlingsplanlægning.

Den endelige behandling skal udføres i amtsspecialtandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra børne- og ungdomstandplejen til et amtsspecialtandplejetilbud. Det vil derfor være hensigtsmæssigt tidligt at inddrage amtsspecialtandplejen i behandlingsforløbet, således at der kan lægges en langsigtet behandlingsplan for den enkelte patient.

Børne- og ungdomstandplejen bør i denne forbindelse ikke give patienten tilsagn om behandling i amtsspecialtandplejen, uden at der forinden har fundet en konference sted med amtsspecialtandplejen herom. Dette vil endvidere medvirke til at hindre senere uoverensstemmelser om behandlingens afslutning.

#### 2.7.4.2 Amtsspecialtandplejen

Den endelige behandling af såvel ulykkesbetinget tandtab, der har fundet sted inden det 18. år, som agenesi, er opgaver, der er henlagt til amtsspecialtandplejen (behandling af odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse).

Autotransplanterede tænder i præmolar- og molarregionen, der mistes som følge af ankylose, er ikke omfattet af tilbudet i amtsspecialtandplejen, eller i tandplejelovens overgangsordning. Som nævnt har det ikke været intentionen, at der via tandplejeloven skulle ydes tandplejetilbud i amtsspecialtandplejen til patienter, hvis behandlingsbehov kan relateres til eller er en følge af tidligere udført behandling. Derfor er behandling som følge af mistede autotransplantater i præmolar- og molarregionen ikke omfattet af tilbudet i amtsspecialtandplejen, eller i tandplejelovens overgangsordning.

Derimod regnes replantation og autotransplantation af tænder til incisivregionen indtil videre som provisoriske behandlinger. Derfor er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at endeligt tab, jf. definitionen, af den replanterede eller autotransplanterede tand inden patienten udskrives af børne- og ungdomstandplejen, er ensbetydende med, at amtsspecialtandplejen efterstående skal tilbyde behandling, såfremt der ikke er muligt for børne- og ungdomstandplejen forinden at foretage ortodontisk pladslukning, og såfremt manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse.

## 2.8 Anden behandling

### 2.8.1 Tandreguleringsbehandling

Børne- og ungdomstandplejen tilbyder tandreguleringsbehandling til børn og unge med tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/ eller psykosociale belastninger, jf. bilag 1 i tandplejebekendtgørelsen.

Som hovedprincip skal den behandling, der kan udføres i børne- og ungdomstandplejens regi, udføres der, og tandreguleringsbehandling – der er en integreret del af det kommunale tandplejetilbud – udføres og afsluttes af den specialtandlæge, der er tilknyttet kommunens ortodontiske service. Grundlæggende udfører børne- og ungdomstandplejen således ortodontisk behandling for de patienter, der efterstående skal modtage endelige specialbehandling i amtsspecialtandplejen, jf. tandplejelovens § 6b. Om end tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet, er det dermed Sundhedsstyrelsens opfattelse, at børne- og ungdomstandplejen som hovedregel afslutter den ortodontiske behandling inden det kommunale tandplejetilbuds ophør.

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 inden for tandplejelovens rammer (dvs. hverken i børne- og ungdomstandplejen eller i amtsspecialtand-

plejen) af en behandling, som i mellemtiden kan have udviklet sig til en mere resourcekrævende opgave.

Da kommunens forpligtelse over for børn og unge ophører, når den pågældende fylder 18 år, kan kommunen således ikke tilbyde yderligere tandreguleringsbehandling efter det fyldte 18. år, med mindre der er tale om, at den unge er midt i et konkret behandlingsforløb, der kan færdiggøres inden for et år efter børne- og ungdomstandplejens ophør, dvs. inden patienten fylder 19 år. Kommunen har således ikke hjemmel til at påbegynde behandling så sent (dvs. umiddelbart inden det 18. år), at behandlingen ikke kan afsluttes inden det 19. år.

Tilsvarende har kommunen heller ikke hjemmel til at påbegynde behandling efter det fyldte 18. år, med mindre der er tale om et amtsspecialtandplejerelateret behandlingstilbud udført i henhold til tandplejebekendtgørelsens formulering om at amtsrådet kan beslutte at indgå aftale med praktiserende tandlæger eller børne- og ungdomstandplejen om varetagelse af opgaver, der kan løses af disse.

Sundhedsstyrelsen skal præcisere, at såfremt børne- og ungdomstandplejen i meget sjældne tilfælde skønner, at der skulle være særlig faglig indikation for at udskyde egentlig tandreguleringsbehandling til efter det 18. år, bør dette udelukkende finde sted i samråd amtsspecialtandplejen, hvorfra tandreguleringstilbudet i påkommende tilfælde skal fremsættes. Dette samråd skal finde sted i god tid inden den unge forlader børne- og ungdomstandplejen.

Med henblik på at undgå situationer, hvor der er tvivl om behandlingsregi (børne- og ungdomstandpleje eller amtsspecialtandpleje) og dermed manglende ansvarsplacering samt med henblik på at opnå det bedst mulige behandlingsresultat inden for tandplejelovens rammer, skal Sundhedsstyrelsen præcisere, at der må lægges vægt på et velfungerende og smidigt samarbejde mellem amtsspecialtandplejen og børne- og ungdomstandplejen. Nærmere retningslinier for en sådan koordination bør henlægges til det amtslige koordinationsudvalg og eventuelle samarbejdsudvalg, jf. tandplejebekendtgørelsen og Sundhedsstyrelsens retningslinier.

#### 2.8.1.1 Utilstrækkelig pladsskabende behandling

En række patienter får i børne- og ungdomstandplejen udført pladsskabende ortodontisk behandling med henblik på senere indsættelse af implantat. Ved denne behandling må der som hovedprincip skaffes den fornødne plads til implantatet, således at der efterstående kun er behov for minimal eller ingen korrektion at i amtsspecialtandplejen, inden implantatindsættelse kan finde sted.

Sundhedsstyrelsen lægger til grund, at når børne- og ungdomstandplejen i sin behandling har sigtet imod senere implantatindsættelse, har man samtidig gjort sig klart, hvor stor en pladsskabelse, der er påkrævet for implantatindsættelse, såvel apikalt som cervikalt.

Undertiden vil patienten imidlertid præsentere en tilstand, hvor der ikke er tilstrækkelig plads til implantatindsættelse. I sådanne situationer må amtsspecialtandplejen lægge følgende forhold til grund for en faglig vurdering af behandlingsforpligtelse mv.:

Såfremt der er tale om et behov for ortodontisk korrektion, der ikke har kunnet udføres i børne- og ungdomstandplejen, bør denne behandling udføres i amtsspecialtandplejen.

Er der derimod behov for en egentlig tandreguleringsbehandling, og foreligger der ikke en aftale med børne- og ungdomstandplejen om, at behandlingen ud fra en særlig faglig begrundelse skal udføres i amtsspecialtandplejen, må udgangspunktet være at tandreguleringsbehandlingen ikke er et anliggende for amtsspecialtandplejen.

Sigtet med indførelse af amtsspecialtandplejen har været, at børn og unge med behov for odontologisk specialbehandling får et ensartet og sammenhængende behandlingstilbud i et niveaudelt system. Amtsspecialtandplejen og børne- og ungdomstandplejen må således sammen vurdere, om tandreguleringsbehandlingen i børne- og ungdomstandplejen har levet op til de krav, man må forvente af en sådan behandling.

Sundhedsstyrelsen skal atter præcisere, at et velfungerende samarbejde mellem den kommunale børne- og ungdomstandpleje og amtsspecialtandpleje vil være en forudsætning for at løse eventuelle tvivlsspørgsmål i relation til behandlingsregi og ansvarsplacering.

#### 2.8.1.2 Retention efter ortodontisk behandling

Amtsrådet skal tilbyde børn og unge under 18 år med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, et vederlagsfrit specialiseret tandplejetilbud. Amtsrådet skal tilbyde de pågældende unge vederlagsfrit specialbehandling efter det fyldte 18. år, indtil fysisk modenhed hos den enkelte muliggør, at den pågældende behandling kan færdiggøres.

For ortodontiske behandlings vedkommende omfatter færdiggørelse efter det 18. år såvel den aktive fase som retentionsfasen, i de tilfælde hvor patienten som afslutning på en ortodontisk behandling gives en ikke-permanent retention. Denne situation vil således være at opfatte, som at patienten er midt i et konkret behandlingsforløb, der bør afsluttes, inden patienten fylder 19 år, og forpligtelsen til at fjerne / betale for fjernelsen af retentionen påhviler kommunen.

Derimod vil der i tilfælde, hvor patienten tilrådes at beholde fastsiddende retentioner semipermanent eller permanent for at undgå recidiv, ikke være tale om, at patienten er midt i et konkret behandlingsforløb, for hvilket kommunen er forpligtet til færdiggørelse. Afsluttes den ortodontiske behandling med en retention, der først skal fjernes lang tid efter børne- og ungdomstandplejens ophør, påhviler det således ikke børne- og ungdomstandplejen at fjerne eller betale for fjernelse af denne.

Såfremt patienten ikke er viderevisiteret til amtsspecialtandplejen og retentionen således ikke er en del af den specialbehandling, der ydes der, vil udgiften i forbindelse med kontrol, fjernelse mv. af retentionen som udgangspunkt påhvile patienten selv på linie med de udgifter, patienten i øvrigt har til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, der ydes hos praktiserende tandlæger efter reglerne i lov om offentlig sygesikring.

I de tilfælde, hvor der ved den ortodontiske behandling har været sigtet imod at skaffe plads til et implantat, vil den ortodontiske behandling typisk afsluttes med en semi-/ permanent retention, eksempelvis en ætsbro. Ved mangelfuld eller manglende retention vil sandsynligheden for, at der sker en reduktion eller kompromittering af den opnåede plads til implantatindsættelse, være meget stor. Dette vil være ensbetydende med det uheldige forhold, at det efterstående kan blive nødvendigt at genoptage en ortodontisk behandling, inden implantatindsættelse kan finde sted. En

sådan situation vil under alle omstændigheder være meget uhensigtsmæssig for patienten, ligesom den må antages at belaste amtsspecialtandplejen ud over den dimensionering denne er tiltænkt. Sundhedsstyrelsen finder det således yderst relevant, at de af børne- og ungdomstandplejen indsatte retentioner hos patienter, der efterstående skal have behandling i amtsspecialtandplejen, bevares intakte, indtil endelig behandling kan foretages.

For patienter, der ved tandplejelovens ikrafttræden var under 18 år, har Sundhedsstyrelsen på denne baggrund tidligere udmeldt, at retentioner, der indsættes af børne- og ungdomstandplejen som afslutning på en interceptiv ortodontisk behandling, og hvor patienten efterfølgende, når fysisk modenhed hos den pågældende muliggør, at behandling kan færdiggøres i amtsspecialtandplejen, er at betragte som et led i den vederlagsfrie specialbehandling, amtsrådet skal tilbyde den unge. Er der derimod tale om retentioner, eksempelvis 3-3 retainere, der ikke har konkret relation til den efterfølgende behandling i amtsspecialtandplejen, må Sundhedsstyrelsens generelle regler vedrørende retentioner iagttages. Færdiggørelsesforpligtelsen er uddybet i Sundhedsstyrelsens retningslinier, hvoraf det fremgår, at færdiggørelse af behandling ud over det 18. år 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.

#### 2.8.2 Protetisk behandling

Behandling med enhver form for støbt krone er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse at betragte som en permanent protetisk erstatning.

Patienter, som tidligere har modtaget protetisk behandling for offentlige midler, f.eks. i børne- og ungdomstandplejen, og hvor den protetiske behandling trænger til reparation / udskiftning, har ikke ret til at modtage hjælp til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget protetisk behandling.

#### 2.8.3 Bidskinnebehandling

Såfremt en indledende behandling med bidskinne er indiceret og nødvendig for den endelige behandlingsplanlægning i amtsspecialtandplejen, vil en sådan behandling være en del af den samlede behandling, patienten skal tilbydes i amtsspecialtandplejens regi.

Imidlertid skal - som hovedprincip - den behandling, der kan udføres i børne- og ungdomstandplejen, udføres der. Kan bidskinnebehandlingen således udføres i børne- og ungdomstandplejen, skal dette finde sted.

#### 2.8.4 Behandling i relation til fysisk modenhed

Implantater må ikke indsættes for tidligt i forhold til vækst-afslutningen. Det er overvejelserne i den tandlægefaglige præmis vedrørende den nederste (biologisk betingede) aldersgrænse for implantatindsættelse, som stort set altid ligger efter den kommunale børne- og ungdomstandplejes ophør, der har affødt formuleringer som ”fysisk modenhed muliggør, at den pågældende behandling kan færdiggøres” (lovens formulering), ”patienten er udvokset (i 20-25 års alderen)” (bekendtgørelsens formulering), ”når væksten er afsluttet” og ”når patienten er udvokset (i 20-25 års alderen)” (retningsliniernes formulering).

Det har derimod ikke været intentionen med amtsspecialtandplejetilbudet at fremskynde tidspunktet for implantatindsættelse på bekostning af den tandlægefagligt mest forsvarlige løsning.

Det er således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at såfremt en patient indvisiteres til behandling i amtsspecialtandplejen, bør tidspunktet for implantatindsættelse afhænge af en tandlægefaglig vurdering. Behandlingen, der er mulig fra det tidspunkt, hvor patienten er udvokset (i 20-25 års alderen) og dermed har opnået fysisk modenhed, udføres i henhold til formuleringen i Sundhedsstyrelsens retningslinier, 5.3: "...den endelige behandling udføres i amtsspecialtandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra børne- og ungdomstandplejen til et amtsspecialtandplejetilbud". Opmærksomheden skal imidlertid henledes på de specielle forhold, der tidligere er beskrevet vedrørende (ulykkesbetingede) tandtab opstået inden det 18 år (afsnittene 2.6 og 2.7).

Såfremt patienten – efter at have modtaget den fornødne information - beslutter at fravælge amtsspecialtandplejens tilbud, vil amtet ikke senere være forpligtet til at fremsætte tilbud om behandling. Hvorvidt amtet alligevel ønsker at imødekomme patientens ønsker om at modtage behandling på et senere tidspunkt, bør efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bero på beslutning herom i det i henhold til bekendtgørelsen nedsatte koordinationsudvalg.

## 3 Administration af ordningerne

### 3.1 Vedr. patienter, der er udmeldt af børne- og ungdomstandplejen

Amtsspecialtandplejen skal tilrettelægges i samarbejde med den kommunale børne- og ungdomstandpleje. Såfremt barnet / den unge er udmeldt af børne- og ungdomstandplejen, er det ikke muligt at tilrettelægge et tilbud i henhold hertil. Forudsætningerne for at modtage amtsspecialtandpleje er således ikke til stede.

### 3.2 Vedr. patienter, der har fravalgt tandreguleringsbehandling

Tilbud om tandreguleringsbehandling fremsættes af børne- og ungdomstandplejen 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. Afgørelsen af, om et ønske fra forældre eller barn om at iværksætte en ortodontisk behandling på et senere tidspunkt alligevel vil kunne efterkommes, ligger hos kommunen. Derimod kan kommunen ikke træffe en sådan beslutning på amtsspecialtandplejens vegne.

Som udgangspunkt bør den kommunale børne- og ungdomstandpleje derfor ikke til amtsspecialtandplejen anmelde patienter, som har fravalgt tandreguleringsbehandling, og over for hvem kommunen har givet udtryk for ikke at ville imødekomme et senere ønske om iværksættelse af behandling.

Børne- og ungdomstandplejen skal samarbejde med amtskommunen vedrørende amtsspecialtandplejen. Når patienten har fravalgt tandreguleringsbehandling er det ikke muligt at tilrettelægge et særligt, teambaseret tilbud i henhold hertil, hvorfor forudsætningen for at give barnet/den unge et særligt tandplejetilbud i henhold til tandplejelovens § 6b ikke er til stede.

Såfremt kommunen imidlertid selv ville imødekomme iværksættelse af behandling, og såfremt en sådan behandling ville inddrage amtsspecialtandplejen, bør anmeldelse til denne udelukkende finde sted, efter at den kommunale børne- og ungdomstandpleje har benyttet det konsultative tilbud, der ligger i amtsspecialtandplejen, og dermed har haft lejlighed til at drøfte det aktuelle tilfælde med amtsspecialtandplejen og modtaget dennes accept af en henvisning.

Såfremt børne- og ungdomstandplejen alligevel henviser for behandling i amtsspecialtandplejen, uden at have haft denne forudgående konsultation, bør amtsspecialtandplejen ikke gå ind i en nærmere udredning af de aktuelle forhold, men bør henholde sig til de forpligtelser, herunder vedrørende samarbejde og information, der påhviler børne- og ungdomstandplejen.

### 3.3 Videreførelse af amtsspecialtandplejetilbud i tilfælde af flytning

I tilfælde af flytning mellem amtskommuner påhviler det den nye bopælsamtskommune at videreføre et i fraflytningsamtskommunen fremsat og evt. påbegyndt tilbud, samt at færdiggøre den pågældende behandling.

Som hovedprincip skal behandlingsplanen således følges. Er der imidlertid tale om en eventuel faglig uenighed om behandlingsplanen mellem amtsspecialtandplejen i fraflytningsamtet og amtsspecialtandplejen i tilflytningsamtet, bør en sådan uenighed kunne løses på fagligt grundlag.

Tilflytningsamtet løser behandlingsopgaven inden for sine egne organisatoriske rammer. Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse kan patienten ikke stille krav om anden leverandør af ydelsen, end den amtet sædvanligvis stiller til rådighed.

### 3.4 Tandlægefaglig dokumentation for henvisning

Det er rimeligt, at amtsspecialtandplejen stiller som krav ved modtagelse af henvisninger, at det fremgår, at den henvisende tandlæge på baggrund af en konkret vurdering har skønnet, at patientens odontologiske lidelse ubehandlet vil medføre varig funktionsnedsættelse.

Tandlægen bør derfor kunne dokumentere, hvorpå hun / han støtter sit skøn. Hvorledes denne dokumentation forelægges, må bero på et individuelt, tandlægefagligt skøn. Det er imidlertid Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en forudsætning for, at en tandlæge kan foretage fornøden diagnostik er, at tandlægen undersøger patienten, herunder foretager eventuel røntgenundersøgelse mv., eksempelvis vurdering af studiemodeller. Den undersøgelse og diagnostik, der udføres blandt andet på grundlag af røntgenbillederne, er en del af det tandplejetilbud, der i det konkrete tilfælde gives i hhv. børne- og ungdomstandplejen eller sygesikringstandplejen.

På baggrund af den udførte undersøgelse og diagnostik kan tandlægen efterstående vurdere, om patienten bør henvises i henhold til reglerne i tandplejelovens § 6b og tandplejelovens overgangsbestemmelse.

### 3.5 Krav til amtsspecialtandplejens personale

For den i forbindelse med lovens § 6 b relevante patientgruppe er det vigtigt, at der lægges en langsigtet behandlingsplan. Der er ofte behov for specialviden på et niveau, som ikke er til stede i børne- og ungdomstandplejen eller privat praksis. Endvidere er det teambaserede behandlingstilbud et væsentligt og bærende element i amtsspecialtandplejen.

Med amtsspecialtandplejen er der således tale om et specielt tandplejetilbud, der kræver specielle forudsætninger for opgavevaretagelsen. Det er ikke i strid med tandlægeloven at skulle dokumentere kompetence, når det drejer sig om specialopgaver.

Det påhviler amtsrådet at sikre, at der er kvalificeret personale til at varetage den teambaserede amtsspecialtandplejefunktion.

Sundhedsstyrelsen finder det derfor relevant, at amtskommunen kræver dokumentation for erfaring inden for relevante fagdiscipliner fra de tandlæger, som skal varetage funktionen.

### 3.5.1 Ikke-specialist behandling

I de tilfælde, hvor der for patienter over 18 år er tale om ukomplicerede behandlinger, der ikke kræver specialistbehandling, kan amtskommunen lade behandlingerne udføre andetsteds, f.eks. hos praktiserende tandlæge eller i børne- og ungdomstandplejen. Det skal imidlertid indskræpes, at beslutning om at lade behandlingen udføre andetsteds skal baseres på en individuel, odontologisk vurdering foretaget af amtsspecialtandplejen.

## 3.6 Visitation i amtsspecialtandplejen

For så vidt angår spørgsmålet, om agenesipatienter under 18 år blot skal registreres i amtet, eller om der samtidig med registreringen skal foretages en vurdering, således at det allerede her er muligt at give tilsagn eller afslag skal dette vurderes i relation til to forhold:

Dels påhviler det børne- og ungdomstandplejen at foretage tidlig identifikation af patienter med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse og af andre tilstande, der er så komplicerede, at behandlingsplanlægning og / eller behandling kræver et samarbejde mellem forskellige kompetencer. 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.

Dels beror en bedømmelse af, om der hos den enkelte patient er tale om en odontologisk tilstand, der ubehandlet medfører varig funktionsnedsættelse, på et tandlægefagligt skøn sammenholdt med kriterier, fastsat af koordinationsudvalg og relevante samarbejdsudvalg.

Da det med amtsspecialtandplejen har været hensigten at sikre barnet / den unge et sammenhængende behandlingstilbud, er det således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at amtet – ved modtagelse af henvisning til amtsspecialtandpleje – bør underkaste henvisningen en individuel, tandlægefaglig vurdering, og ikke blot registrere, at henvisning har fundet sted. Herved dannes der baggrund for - igennem en langsigtet behandlingsplanlægning – at tage højde for patientens specielle behandlingsbehov.

## 3.7 Landsdels- og videnscentrene

Som i sygehusvæsenet gælder det også i tandplejelovens sammenhæng, at ekspertisen på de odontologiske landsdels- og videnscentre først og fremmest skal anvendes til patienter med behov for højt specialiseret behandling. Ressourcerne på de højt specialiserede landsdels- og videnscentre skal således primært anvendes til sjældne, særligt komplicerede og særligt ressourcekrævende patienter.

Samtidig er det vigtigt at sikre, at der er den fornødne kapacitet til udredning, behandling mv. af sådanne sjældne og særlige patienter på disse afdelinger, og at der et tilstrækkeligt stort underlag af disse særlige patienter til at opretholde og udvikle afdelingens ekspertise på området.

### 3.7.1 Generelle forhold vedrørende henvisning

Når en behandlingsplan / behandling er så vanskelig, at tilbudet i amtsspecialtandplejen 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 af de to landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

Sundhedsstyrelsens retningslinier præciserer de opgaver, der ligger i landsdels- og videnscentrene, blandt andet udvikling og fastholdelse af høj grad af ekspertise, systematisk indsamling af erfaringer, viden og epidemiologiske data, kvalitetssikring, medvirken til oprettelse af videndatabase, udvikling af nye behandlingstilbud mv.

De opgaver, som fra centralt hold er tillagt landsdels- og videnscentrene, kan imidlertid kun udføres af centrene, når de får tilført det relevante patientunderlag, blandt andet fra amtsspecialtandplejen. Kun derigennem kan den kvalitetsløft i tandplejen finde sted, som var intentionen med ændringen af tandplejeloven.

#### 3.7.1.1 Henvisning jf. tandplejelovens § 6b

Henvisning af børn og unge til højt specialiseret behandling på landsdels- og videnscentrene, jf. tandplejelovens § 6b, finder sted fra bopælsamtets amtsspecialtandpleje.

Omfanget af og kompleksiteten i patientens behandlingsbehov afgør således, om behandlingsplanlægning og behandling skal udføres i amtsspecialtandplejen, eller om der er behov for behandling i et højt specialiseret, 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. Det er således ikke hensigten, at den i amtet etablerede amtsspecialtandpleje skal tilbyde højt specialiseret behandling.

#### 3.7.1.2 Henvisning jf. tandplejelovens § 6c

Henvisning af patienter til landsdels- og videnscentrene i henhold til § 6c kan finde sted fra såvel kommunal tandpleje som praktiserende tandlæge, uden forudgående udredning i amtsspecialtandplejen.

Der er således ikke tale om, at adgangen til landsdels- og videnscentrene forudsætter en sekundær visitation fra hjemamtet, f.eks. amtsspecialtandplejen, idet det alene er faglige visitationskriterier, der ligger til grund for henvisning til landsdels- og videnscentrene, jf. tandplejelovens § 6c.

Det er væsentligt, at både børne- og ungdomstandplejen og de praktiserende tandlæger med denne direkte visitationsadgang er med til at sikre, at der sker en hensigtsmæssig, fagligt baseret visitation af patienter til landsdels- og videnscentrene. Det skal derfor fremgå af henvisningen, at patienten har et klart og utvetydigt behov for udredning, behandling eller lignende på den højt specialiserede funktion (der skal i denne forbindelse henvises til Sundhedsstyrelsens retningslinier, bila-

get). Er det ikke tilfældet bør landsdels- og videnscentrene umiddelbart returnere henvisningen.

## 3.8 Finansiering

### 3.8.1 Børne- og ungdomstandplejens ydelser

Udgifter til tandbehandling, der udføres i børne- og ungdomstandplejen som led i amtsligt specialtilbud påhviler børne- og ungdomstandplejen indtil barnet fylder 18 år. Undersøgelsesydelser mv., der ikke er specielt vanskelige, og som ikke kræver nært samarbejde mellem de forskellige dele af amtsspecialtandplejens odontologiske team, og som dermed kan udføres i børne- og ungdomstandplejen, er omfattet af disse regler.

### 3.8.2 Amtsspecialtandplejens ydelser

Såfremt børn og unge under 18 år har behov for behandling, der er særligt vanskelig, og som kræver et nært samarbejde mellem de forskellige dele af amtsspecialtandplejens odontologiske team, udføres behandlingen i amtsspecialtandplejen, og så inden patientens fyldte 18. år. I sådanne tilfælde påhviler betalingsforpligtelsen amtet.

Tandbehandling i henhold til lovens § 6b er at regne som et samlet tilbud, for hvilket der ikke er hjemlet adgang til at patienten selv kan supplere med egenbetaling.

### 3.8.3 Landsdels- og videnscentrenes ydelser

De to odontologiske landsdels- og videnscenterfunktioner er etableret i henhold til lov om tandpleje, hvorfor sygehuslovens regler ikke finder anvendelse her. Der er dog sammenfaldende regler, idet ydelserne fra det odontologiske videnscenter efter reglerne i lov om tandpleje kan leveres uden kaution på samme måde som hospitalets landsdelsydelser efter sygehusloven.

Amterne tilføres bloktilskud med henblik på højt specialiseret tandpleje. Dette bloktilskud er beregnet på, at bopælsamtet betaler omkostningsbestemt takst for rådgivning og behandling af de patienter, der i henhold til tandplejelovens §§ 6b og 6c henvises til Rigshospitalet eller Århus Universitetshospital.

De fleste patienter, der henvises til landsdels- og videnscentret vil imidlertid kunne modtage behandling i det øvrige tandplejesystem, dog således at behandlingen kan foregå i samråd med det odontologiske landsdels- og videnscenter. For børn og unge skal behandlinger, der kan udføres i børne- og ungdomstandplejen, udføres der (og betales af børne- og ungdomstandplejen). For behandling i privat tandlægepraksis påhviler betalingsforpligtelsen patienten selv.

### 3.8.4 Sygehusvæsenets ydelser

For patienter, 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 amtskommunen fra det øjeblik, patienten er indvisiteret til behandling i amtet.

Såfremt et konkret behandlingsbehov er en direkte følge af den vækstbetingede kæbeanomali hos en patient, der er indvisiteret til orto-kir behandling, vil behandling (dvs. den kirurgiske behandling, den tilhørende tandreguleringsbehandling samt den eventuelle protetiske og bidfunktionelle efterbehandling) således være defineret som en sygehusopgave, og betalingsforpligtelsen vil påhvile amtet.

Er der derimod hos patienten med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali tale om et agenesibetinget protetisk behandlingsbehov, der ikke har relation til den vækstbetingede kæbeanomali, vil denne behandling og dermed betalingen for denne for patienter over 18 år henhøre under amtsspecialtandplejen, i de tilfælde hvor manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse.

### 3.8.5 Vedr. tidligere, utilstrækkelig behandling

Såfremt amtsspecialtandplejen konstaterer, at der f.eks. ikke er tilstrækkelig plads til implantatindsættelse, og at dette er begrundet i patientens misligholdelse af et oprindeligt tilfredsstillende behandlingsresultat fra børne- og ungdomstandplejen, må den fornødne pladsskabende behandling efter Sundhedsstyrelsens opfattelse finansieres af patienten selv. Det lægges i den forbindelse til grund, at den kommunale tandpleje har levet op til sin forpligtelse til at give den fornødne information om den endelige behandling samt om vigtigheden af, at den indsatte retention blev bevaret.

Har patienten derimod ikke misligholdt det oprindelige behandlingsresultat fra børne- og ungdomstandplejen, kan patienten ikke pålægges nogen betalingsforpligtelse.

Såfremt der er tale om et behov for ortodontisk korrektion, der ud fra en faglig begrundelse (ekstraordinært) ikke har kunnet udføres i børne- og ungdomstandplejen, og foreligger der en aftale om, at behandlingen derfor skal udskydes til efter det 18. år, udføres behandlingen i amtsspecialtandplejen.

Har børne- og ungdomstandplejen derimod ikke udført relevant og tilstrækkelige tandreguleringsbehandling, og foreligger der ikke en aftale om at udskyde behandlingen til efter det 18. år, må udgangspunktet være, at tandreguleringsbehandlingen ikke er et anliggende for amtsspecialtandplejen.

Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse erindre om, at kommunens forpligtelse over for børn og unge ophører, når den pågældende fylder 18 år. Kommunen kan således ikke - inden for tandplejelovens rammer - tilbyde yderligere tandreguleringsbehandling efter det fyldte 18. år. Såfremt kommunen erkender, at patientens behandlingsbehov ikke er blevet dækket tilfredsstillende ved behandlingen i børne- og ungdomstandplejen, og dermed vil tilbyde patienten genbehandling, kan dette således ikke finde sted inden for børne- og ungdomstandplejens rammer, efter patienten er udskrevet børne- og ungdomstandplejen som 18-årig.

### 3.8.6 Vedr. retention efter ortodontisk behandling

Når en ortodontisk behandling afsluttes med en retention, der først skal fjernes lang tid efter børne- og ungdomstandplejens ophør, påhviler det ikke børne- og ungdomstandplejen at fjerne eller betale for fjernelse af denne. Såfremt patienten ikke er viderevisiteret til amtsspecialtandplejen og retentionen således ikke er en del af den specialbehandling, der ydes der, vil udgiften i forbindelse med kontrol, fjernelse mv. af retentionen derfor som udgangspunkt påhvile patienten selv på linie med

de udgifter, patienten i øvrigt har til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, der ydes hos praktiserende tandlæger efter reglerne i lov om offentlig sygesikring.

For patienter, der ved tandplejelovens ikrafttræden var under 18 år, og som skal modtage afsluttende behandling i amtsspecialtandplejen, vil retentioner, der indsættes af børne- og ungdomstandplejen som afslutning på en interceptiv ortodontisk behandling, være at betragte som et led i den vederlagsfrie specialbehandling, amtsrådet skal tilbyde den unge. Er der derimod tale om retentioner, eksempelvis 3-3 retainere, der ikke har konkret relation til den efterfølgende behandling i amtsspecialtandplejen, må Sundhedsstyrelsens generelle regler vedrørende retentioner iagttages.

### 3.8.7 Vedr. dokumentationsmateriale

Vedrørende omfanget af den dokumentation, amtet kan kræve, og betalings-spørgsmålet er Sundhedsstyrelsen af den opfattelse, at en forudsætning for, at en tandlæge kan foretage fornøden diagnostik er, at tandlægen undersøger patienten, herunder foretager eventuel røntgenundersøgelse mv., eksempelvis vurdering af studiemodeller. Det er på denne baggrund Sundhedsstyrelsens opfattelse, at røntgenoptagelser mv., der optages/fremstilles i relation til den diagnostik, tandlægen udfører, betales af hhv. kommunen (såfremt der tale om en patient omfattet af børne- og ungdomstandplejen) eller patienten selv (såfremt der er tale om en patient i sygesikringstandplejen), idet den undersøgelse og diagnostik, der udføres blandt andet på grundlag af røntgenbillederne, er en del af det tandplejetilbud, der i det konkrete tilfælde gives i hhv. børne- og ungdomstandplejen eller sygesikringstandplejen.

På baggrund af den udførte undersøgelse og diagnostik kan tandlægen efterstående vurdere, om patienten bør henvises til amtsspecialtandplejen i henhold til reglerne i tandplejelovens § 6b og i tandplejelovens overgangsbestemmelse, hvoraf det fremgår, at personer, der ved lovens ikrafttræden var over 18 år, og som i øvrigt ville have været berettiget til tandprotese efter servicelovens § 97, i en periode på 5 år er berettigede til et specialiseret tandplejetilbud efter tandplejelovens § 6b, stk. 3.

Henvises patienten således efterstående til amtsspecialtandplejen, er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at såfremt der her er behov for yderligere røntgenoptagelser, studiemodeller mv., bør betalingsforpligtelsen herefter påhvile amtsspecialtandplejen.

Kommunen har pligt til at færdiggøre påbegyndte behandlinger. Bekendtgørelsen præciserer dog, at amtet skal tilbyde vederlagsfri specialbehandling efter det fyldte 18. år til børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse. For patienter, der er omfattet af tilbudet i tandplejelovens § 6b - påhviler børne- og ungdomstandplejen at færdiggøre den provisoriske behandling og den ortodontiske behandling – i samråd med amtsspecialtandplejen – inden det 18. år, hvorimod efterfølgende behandling foregår i amtligt regi.

### 3.8.8 Befordringsgodtgørelse

Der er ikke i tandplejeloven fastsat særlige regler vedrørende befordringsgodtgørelse. Patienter, der er indvisiteret til tandpleje jf. tandplejelovens § 6b (amtsspecialtandpleje) og §6c (det odontologiske landsdels- og videnscenter) har således ikke ret til at få dækket transportomkostninger i henhold til tandplejeloven.

Ud fra økonomiske kriterier kan der eventuelt gives hjælp til betaling efter social- og pensionslovene.

### 3.9 Klageadgang

Tandplejeloven indeholder ikke særlige regler vedrørende klageadgang, og der er intet særligt klageorgan, hvortil personer, der er uenige i afgørelser truffet efter tandplejeloven, kan klage. Ydelser givet i henhold til tandplejeloven betragtes som en del af sundhedsvæsenets tilbud, og klageadgangen kan dermed paralleliseres hermed.

Amtskommunens afgørelser vedrørende tilbud i henhold til tandplejeloven kan ikke påklages til anden administrativ myndighed. Faglige klager vedrørende den virksomhed, tandlæger udøver inden for rammerne af tandplejeloven, kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Faglig virksomhed er i denne sammenhæng ensbetydende med, at der skal foreligge et tandlæge/patientforhold, idet den faglige virksomhed skal være relateret til egentlig patientbehandling eller undersøgelse.

## 4 Koordination, samarbejde og ansvarsfordeling

### 4.1 Koordination og samarbejde

Det må generelt tilrådes, at samarbejde og henvisningspraksis jævnligt drøftes mellem børne- og ungdomstandplejen, amtsspecialtandplejen, de praktiserende tandlæger og landsdels- og videnscentre med henblik på at sikre den bedste og mest hensigtsmæssige kvalitet i visitationen af patienterne. I disse drøftelser bør indgå aftaler om gensidig information samt hensynet til koordinerede patientforløb.

Sundhedsstyrelsen skal her henlede opmærksomheden på bekendtgørelsens krav om at amtsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af den offentlige tandpleje og tandplejen i privat praksis. Med henblik herpå nedsætter amtsrådet et koordinationsudvalg.

Koordinationsudvalget har til opgave at sikre den sammenhæng i tandplejetilbudet, som er nævnt i tandplejelovens formålparagraf. 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.

Sundhedsstyrelsen skal endvidere opfordre til, at relevante drøftelser finder sted i de Sundhedsstyrelsens retningslinier beskrevne samarbejdsudvalg på amtsspecialtandplejeområdet. Det tilrådes her, at disse udvalg sammensættes af ledende tandlæger fra amtsspecialtandplejen, fra børne- og ungdomstandplejen samt af tandlæger fra privat praksis, samt at de odontologiske landsdels- og videnscentre afholder koordinationsmøder med repræsentanter fra de regionale amtsspecialtandplejcentre og amtskoordinationsudvalg.

Generelt kan samarbejdsudvalget varetage de koordinerende opgaver i det daglige, løbende arbejde. Udvalgene kan tage initiativer inden for deres opgaveområde, og skal overvåge resultaterne. Samarbejdsudvalget kan tillægges kompetence til at detaljere koordinationsudvalgets retningslinier svarende til eget opgaveområde.

Udvalget 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.

### 4.2 Ansvarsfordeling

Amtsspecialtandplejen eller det odontologiske landsdels- og videnscenter har ansvaret for, at der for den enkelte henviste patient udføres undersøgelse, behandlingsplan og behandling af den tilstand, for hvilken der er henvist.

Derimod har amtsspecialtandplejen eller det odontologiske landsdels- og videnscenter ikke det overordnede ansvar for den henviste patient, men udelukkende for varetagelse af det særlige tilbud, for hvilket patienten er indvisiteret.

Ved det enkelte patientforløb bør ansvarsfordelingen mellem de forskellige instanser derfor gøres klar, således at der ikke opstår situationer, hvor ansvarsforholdet for patienten ikke entydigt kan placeres.

## 5 Kvalitetssikring og vidensopsamling

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

## 6 Regelsæt

[LOVBKENDTGØRELSE NR. 1261 AF 15. DECEMBER 2003](#) AF LOV OM TANDPLEJE M.V.

[Bekendtgørelse nr. 1073 af 11. december 2003](#) om tandpleje

[Sundhedsstyrelsens retningslinier \(vejledning\) nr. 11855 af 29. marts 2001](#) for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje med senere ændringer

[Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9278 af 10. maj 2004](#) om ændring af Sundhedsstyrelsens retningslinier for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje (Børne- og ungdomstandpleje)

[BEKENDTGØRELSE NR. 766 AF 28. AUGUST 2003](#) AF LOV OM SYGEHUSVÆSENET

[Sundhedsstyrelsens vejledning](#) vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen, december 2001

[BEKENDTGØRELSE NR. 709 AF 13. AUGUST 2003](#) AF LOV OM AKTIV SOCIALPOLITIK

[BEKENDTGØRELSE NR. 697 AF 21. AUGUST 2002](#) AF LOV OM SOCIAL PENSION