

# Indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet

## *Cirkulære om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet*

## *Vejledning om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet*

## *Redegørelse vedrørende revision af indberetningssystemet for tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet*

---

### Kolofon

**Titel**

Indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet

**Undertitel**

Cirkulære om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet, Vejledning om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet, Redegørelse vedrørende revision af indberetningssystemet for tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet

**Udgiver/forlægger**

Sundhedsstyrelsen

**Forfatter**

Sundhedsstyrelsen

**Copyright**

Sundhedsstyrelsen

**Resumé**

Sundhedsstyrelsen nedsatte i efteråret 1997 en SCOR-følgegruppe med henblik på at foretage en nærmere vurdering af det hidtil opnåede erfaringsmateriale vedrørende SCOR-systemet. Følgegruppen fik endvidere til opgave at opstille de forventninger og ønsker til et revideret indberetningssystem, som ville være nødvendige i forbindelse med planlægnings- og evalueringsopgaver i børne- og ungdomstandplejens videre udvikling. Følgegruppens arbejde er mundet ud i denne publikation om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet

**Sprog**

Dansk

**ISBN - elektronisk udgave**

ISBN 87-90765-73-7

**ISBN - den trykte udgave**

ISBN 87-90765-72-9

**Pris for læsning**

0 DKK

**Pris for download**

0 DKK

**URL**

<http://www.sst.dk>

**Version**

1.0

**Versionsdato**

10. januar 2000

**Format**

html, gif, jpeg

**Inventarliste**

index.html, indhold.html, kap00.html, kap01.html, kap02.html, kap02\_1.html, kap03.html, kap03\_1.html, kolofon.html, ren.html, bestil.gif, Bund.gif, fors.gif, forside.gif, Frem.gif, indhold.gif, skema.gif, sstlogo.jpeg, Tilbage.gif, Top.gif

**Publiceringsstandard**

2.0

Udgiver:

[Sundhedsstyrelsen](#)

Amaliegade 13

Postboks 2020

1012 København K

Telefon 3391 1601

Telefax 3391 1636

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

**Sundhedsstyrelsens**

**Publikationer**

c/o Schultz Information

Herstedvang 12

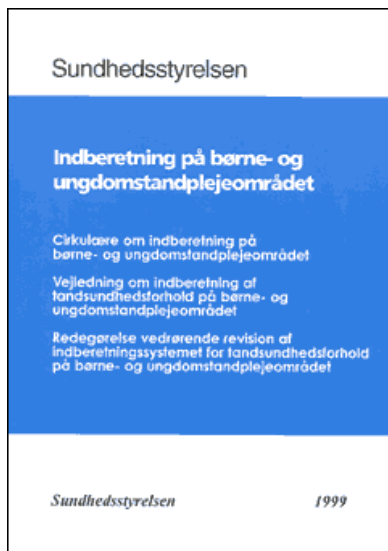
2620 Albertslund

Tlf. 70 26 26 36

Fax: 43 63 62 45

Email: [sundhed@schultz.dk](mailto:sundhed@schultz.dk)

Homepage: [www.sundhed.schultz.dk](http://www.sundhed.schultz.dk)



Sundhedsstyrelsen nedsatte i efteråret 1997 en SCOR-følgegruppe med henblik på at foretage en nærmere vurdering af det hidtil opnåede erfaringsmateriale vedrørende SCOR-systemet.

Følgegruppen fik endvidere til opgave at opstille de forventninger og ønsker til et revideret indberetningssystem, som ville være nødvendige i forbindelse med planlægnings- og evalueringsopgaver i børne- og ungdomstandplejens videre udvikling. Følgegruppens arbejde er mundet ud i denne publikation om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet

[Indholdsfortegnelse](#)

[Kolofon](#)

[Til forsiden](#)

Udgiver:

[Sundhedsstyrelsen](#)

Amaliegade 13

Postboks 2020

1012 København K

Telefon 3391 1601

Telefax 3391 1636

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

## Indholdsfortegnelse

[Cirkulære af 22. november 1999 om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet](#)

## **Indledning**

### **Kapitel 1 Ressourceforbrug**

### **Kapitel 2 Tandsundhedsforhold**

### **Kapitel 3 Indberetning af tandsundhedsforhold ved hjælp af OCR-blanket**

### **Kapitel 4 Indberetning af tandsundhedsforhold ved hjælp af terminalindberetning**

### **Kapitel 5 Ikrafttrædelsesbestemmelser**

## **Vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet**

### **Indledning**

#### **Kapitel 1 OCR-blankettens udformning og indhold**

- 1.1 Format og udformning

#### **Kapitel 2 Identifikationsdata**

- 2.1 Personnummer
- 2.2 Kommunekode
- 2.3 Skolekode
- 2.4 Klassetrin
- 2.5 Statusdato
- 2.6 Ydernummer

#### **Kapitel 3 Karies**

- 3.1 Kariesstatusfelter
- 3.2 Tandtype/tandfrembrud
- 3.3 Registrering af karies, fyldninger samt skader efter akutte, mekaniske traumer
- 3.4 Tilstande, koder og diagnostiske kriterier for registrering af karies m.m.

#### **Kapitel 4 Gingivitis og marginal parodontitis**

- 4.1 Registrering af gingivitis
- 4.2 Statusfelter for registrering af gingivitis
- 4.3 Undersøgelsesmetodik i forbindelse med registrering af gingivitis
- 4.4 Diagnostisk kriterium for registrering af gingivitis
- 4.5 Registrering af marginal parodontitis
- 4.6 Statusfelter for registrering af marginal parodontitis
- 4.7 Undersøgelsesmetodik i forbindelse med registrering af marginal parodontitis
- 4.8 Diagnostisk kriterium for registrering af marginal parodontitis

#### **Kapitel 5 Tandstillingsfejl m.v.**

- 5.1 Obligatorisk registrering af tandstillingsfejl
- 5.2 Diagnostiske kriterier for den obligatoriske registrering af tandstillingsfejl
- 5.3 Ikke-obligatorisk registrering af tandstillingsfejl
- 5.4 Diagnostiske kriterier for den ikke-obligatoriske registrering af tandstillingsfejl

#### **Kapitel 6 Statistikfelter**

- 6.1 Anvendelse af statistik-, disponibel- og variabelfelter

#### **Kapitel 7 Ikrafttrædelsesbestemmelser**

#### **Bilag A Blankettens udformning og anvisning på, hvorledes den udfyldes**

- A.1 Format og udformning af indberetningsblanketten
- A.2 Udfyldning af indberetningsblanketten
- A.3 Anvendelse af felter for registrering af behov for ortodontisk behandling (OR-behov)
- A.4 Anvendelse af statistikkoder og udfyldning af statistikfelterne
- A.5 Anvendelse af variabel- og disponibelkoder

#### **Tabel 1 Tilstande, koder og diagnostiske kriterier for registrering af karies m.m.**

#### **Tabel 2 Tilstand, kode og diagnostisk kriterium for registrering af gingivitis**

#### **Tabel 3 Tilstand, kode og diagnostisk kriterium for registrering af marginal parodontitis**

## [Tabel 4 Tilstande og diagnostiske kriterier for registrering af tandstillingsfejl](#)

## [Tabel 5 Tilstande og diagnostiske kriterier for registrering af andre tandstillingsfejl](#)

# [Redegørelse vedrørende revision af indberetningssystemet for tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet](#)

## [Indledning](#)

### [Kapitel 1 SCOR-systemet](#)

- 1.1 SCOR-systemet i historisk perspektiv
- 1.2 Overordnede strategier for overvågning af tandsundhed hos børn og unge

### [Kapitel 2 Det faglige grundlag for udvælgelse af indberetningskriterier](#)

- 2.1 Diagnostiske hjælpemidler
- 2.2 Kalibrering
- 2.3 Karies
- 2.4 Skader efter akutte, mekaniske traumer
- 2.5 Gingivitis og marginal parodontitis
- 2.6 Tandstillingsfejl
- 2.7 Anvendelse af statistikfelter
- 2.8 Variabel-og disponibelkoder

### [Kapitel 3 Behandling af indberetningsmaterialet](#)

- 3.1 Tekniske forhold vedrørende indberetning
- 3.2 Afvisning af OCR-blanketten inden indlæsning med efterfølgende returnering
- 3.3 Afvisning af OCR-blanketten inden indlæsning med efterfølgende makulering
- 3.4 Indlæsning af ikke-afvist OCR-blanket
- 3.5 CPR-nummer
- 3.6 Tabelsæt

---

## **Cirkulære af 22. november 1999 om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet**

Sundhedsstyrelsens j.nr. 214-5-1999

Ifølge lovbekendtgørelse nr. 411 af 26. maj 1994 af Lov om tandpleje m.v., § 9, er kommunalbestyrelse og amtsråd forpligtet til at afgive oplysninger om virksomheden i medfør af loven efter regler fastsat af sundhedsministeren. I medfør af Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 493 af 8. juni 1994 om kommunal tandpleje, § 13, fastsætter Sundhedsstyrelsen hermed følgende regler om kommunernes indberetning om ressourceforbrug og tandsundhedsforhold i den kommunale tandpleje:

### **Indledning**

§ 1. Kommunernes indberetning om ressourceforbrug og tandsundhedsforhold i den kommunale tandpleje medvirker til at danne grundlag for den planlægning og evaluering, som til stadighed vil være nødvendig med henblik på børne- og ungdomstandplejens omfang og organisation.

### **Kapitel 1**

#### ***Ressourceforbrug***

§ 2 Kommunerne indsender en årlig indberetning om den kommunale tandplejes omfang og struktur til Danmarks Statistik som led i den sociale ressourcetælling.

*Stk. 2.* Kommunerne modtager i årets første kvartal de relevante skemaer fra Danmarks Statistik med henblik på en statusopgørelse af tandplejeform, antal og art af personale samt personer, der er omfattet af ordningen. Tællingsdatoen oplyses af Danmarks Statistik.

*Stk. 3.* Det indsendte materiale bearbejdes og publiceres af Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen, således at den kommunale tandplejes omfang og struktur kan vurderes fra år til år.

§ 3 I forbindelse med den sociale ressourcetælling indsamles også oplysninger om omfanget af tandreguleringsbehandlinger.

*Stk. 2.* Optællingen, der foretages for 15-årige børn, skal afspejle hvor mange af disse, der igennem skoleforløbet har modtaget tandreguleringsbehandling.

*Stk. 3.* Optællingen baseres på journalens oplysninger om datoer for hhv. påbegyndt behandling, afbrudt behandling, afsluttet behandling og igangværende behandling.

*Stk. 4.* Ved påbegyndt behandling forstås enhver behandling med fast eller aftageligt apparatur efter påbegyndt frembrud af de permanente tænder. Ved fast apparatur forstås ethvert apparatur, uanset omfang, som involverer påcementerede/pålmede bånd, brackets eller lignende. Ved aftageligt apparatur forstås enhver form for pladeapparat eller aftagelig aktivator.

*Stk. 5.* Ved afbrudt behandling forstås en ortodontisk behandling, som afsluttes, inden behandlingsmålet er nået, uanset grund.

*Stk. 6.* Ved afsluttet behandling forstås en ortodontisk behandling, som afsluttes med nået behandlingsmål. Behandlingen betragtes i denne sammenhæng som afsluttet efter den aktive behandlingsfase.

*Stk. 7.* Ved igangværende behandling forstås behandlinger, som på tællingstidspunktet stadig er i gang.

*Stk. 8.* Følgende behandlinger registreres ikke som ortodontiske behandlinger:

- a. ortodontisk betingede ekstraktioner uden påfølgende apparaturbehandling,
- b. behandling med bidepind, skråplan eller skråelastik til "knapper",
- c. behandling med pladsholder uden anden funktion end pladsholderfunktionen.

## **Kapitel 2**

### ***Tandsundhedsforhold***

**§ 4** De kommunale børne- og ungdomstandplejer og de praktiserende tandlæger, som behandler børn, der er omfattet af lov om tandpleje, afgiver årligt indberetning om tandsygdommenes forekomst til Sundhedsstyrelsen via kommunerne og LEC (Landbrugets EDB Center).

*Stk. 2.* Indberetningspligten omfatter børn i alderen 5, 7, 12 og 15 år. I denne sammenhæng skal alderen forstås således, at der med 5-årige forstås alle børn, som i det aktuelle kalenderår (f.eks. år 2000) fylder 5 år. Tilsvarende kriterier gælder for 7-, 12- og 15-årige. Børnene registreres første gang, de er til undersøgelse i kalenderåret, uanset de måske endnu ikke er fyldt 5, 7, 12 eller 15 år.

*Stk. 3.* Kommunerne indsender løbende blanketterne, jf. § 5, til LEC, hvor de kontrolleres elektronisk for fejl ("afluses") og indlæses. LEC udsender til kommunerne en oversigt over datoerne for aflusningskørslerne. Kommunerne modtager fejllister efter hver aflusningskørsel. Seneste indsendelse for bilag, der skal med i standardårskørslen, meddeles af LEC.

*Stk. 4.* Kommunerne modtager fra LEC hvert år i januar et sæt udskrifter (standardtabeller) bestående af en kommunetotal over indberettede børn. Standardtabellerne omfatter opgørelser over tandsundhedsdata.

*Stk. 5.* Sundhedsstyrelsen modtager fra LEC hvert år i januar et sæt udskrifter (standardtabeller) bestående af en landstotal (supertotal), en landstotal for klinikkommuner, en landstotal for praksiskommuner samt amtstotaler. Standardtabellerne omfatter opgørelser over tandsundhedsdata. Derudover modtager Sundhedsstyrelsen en opgørelse over indberetningsprocenten i de enkelte kommuner.

## **Kapitel 3**

### ***Indberetning af tandsundhedsforhold ved hjælp af OCR-blanket***

**§ 5** Til optegnelse af de kliniske fund ved regelmæssige, systematiske undersøgelser har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en særlig blanket. Denne OCR-blanket (OCR = Optical Character Recognition) er udformet med henblik på optisk indlæsning i et EDB-anlæg.

*Stk. 2.* Blanketten, der også kan anvendes ved behandlingsplanlægningen for det enkelte barn, skal betragtes som en del af journalen og er derfor, som andre journalbilag, omfattet af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse af 25. juli 1977 om tandlægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring).

*Stk. 3.* Indberetning sker i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet.

## **Kapitel 4**

### ***Indberetning af tandsundhedsforhold ved hjælp af terminalindberetning***

**§ 6** Såfremt indberetning ønskes foretaget via en PC, bør LEC kontaktes for nærmere information.

*Stk. 2.* Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet har også gyldighed for indberetning via PC, idet systematik og diagnostiske kriterier er de samme.

## **Kapitel 5**

## ***Ikrafttrædelsesbestemmelser***

§ 7. Cirkulæret træder i kraft den 1. januar 2000, og samtidig ophæves Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 17 af 8. februar 1989 om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet.

*Sundhedsstyrelsen den 22. november 1999*

Lene Skak-Iversen

/Maria Malling Pedersen

---

# **Vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet**

Sundhedsstyrelsens j.nr. 214-5-1999

## **Indledning**

Sundhedsministeriet har i medfør af bekendtgørelse nr. 493 af 8. juni 1994 om kommunal tandpleje, § 13, bemyndiget Sundhedsstyrelsen til at fastsætte regler om kommunernes indberetning om tandsundhedsforhold og ressourceforbrug i den kommunale tandpleje. Sundhedsstyrelsen har med baggrund heri foretaget en revision af SCOR-systemet (Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register). De tandlægefaglige overvejelser, der er gjort i den forbindelse, er uddybet i Sundhedsstyrelsens redegørelse vedrørende revision af indberetningssystemet for tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet. I tilslutning hertil skal Sundhedsstyrelsen fastsætte følgende regler om kommunernes indberetning om tandsygdommens forekomst:

## **Kapitel 1**

### ***OCR-blankettens udformning og indhold***

#### ***1.1 Format og udformning***

Format og udformning af den indberetningsblanket, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens cirkulære af 22. november 1999 om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet, er tilpasset optiske læseenheder (OCR = Optical Character Recognition). Blankettens udformning og anvisning på, hvorledes den udfyldes, fremgår af Bilag A.

## **Kapitel 2**

### ***Identifikationsdata***

#### ***2.1 Personnummer***

Personnummer skal altid anføres. Alle ti cifre i personnummeret anføres.

#### ***2.2 Kommunekode***

Kommunekode skal altid anføres og skrives i de tre rubrikker efter personnummeret. For den enkelte kommune angives det tre-cifrede tal fra Indenrigsministeriets kommunekodesystem (myndighedskodetabeller). I tilfælde af fælleskommunal børne- og ungdomstandplejeordning skrives koden for den kommune, hvorfra børne- og ungdomstandplejen administreres, hvis der ønskes en samlet statistik.

#### ***2.3 Skolekode***

Hver skole har en seks-cifret kode, i hvilken de første tre cifre er identiske med kommunekoden. De sidste tre cifre, der identificerer en bestemt skole i en given kommune, kan skrives i de tre rubrikker efter kommunekoden, dersom der ønskes mulighed for senere at sondre mellem forskellige skolers statistik. Der skrives højrestillet med et eller to nuller foran, hvis der anvendes skolekoder med færre end tre cifre.

#### ***2.4 Klassetrin***

Klassetrin anføres, hvis der ønskes udskrevet klasseopdelte tabeller, i anden linjes første to rubrikker (i højre del af blanketten).

Børnehaveklasse angives som 00. Der skrives højrestillet med et nul foran klassetrinene 1-9, det vil sige eksempelvis:

9. klasse = 09

10. klasse = 10

For førskolebørn, der altid opgøres efter alder, lades de to rubrikker blanke. Disse børn indgår derfor ikke i de klasseopdelte tabeller.

Hvis rubrikken ikke udfyldes for et skolebarn, vil barnet ikke indgå i de klasseopdelte tabeller, men kun i de aldersfordelte tabeller.

## 2.5 Statusdato

Statusdato skal altid anføres. Statusdatoen er undersøgelsesdagens dato. Hver af de seks rubrikker udfyldes, om fornødent med et nul.

## 2.6 Ydernummer

Ydernummer skal udfyldes af praktiserende tandlæger, der behandler børn, der er omfattet af Lov om tandpleje. Dette sker i de seks rubrikker længst til højre i anden linie. Behandles barnet på offentlig klinik, lades dette felt blankt.

# Kapitel 3

## Karies

### 3.1 Kariesstatusfelter

Kariesstatusfelterne giver mulighed for registrering af status for såvel tandtype/ tandfrembrud som karies mv. Overkæbens tænder fra 8+ til +8 står øverst til venstre på blanketten, underkæbens tænder fra 8- til -8 står nederst til venstre. Det er hensigtsmæssigt at foretage undersøgelsen i samme rækkefølge.

### 3.2 Tandtype/tandfrembrud

For begge kæber indeholder rubrikkerne i den vandrette, øverste række fortryk af cifrene 0 og 1. Der skrives et 0, hvis der er tale om en primær tand og et 1-tal, hvis der er tale om en permanent tand.

En tand regnes som frembrudt, når den har gennembrudt slimhinden.

Hvis en primær tand persisterer efter den tilsvarende permanente tands frembrud, markeres den permanente tand på blanketten.

Persisterer en primær tand, ved undertal af den tilsvarende permanente tand, markeres den primære tand på blanketten.

Persisterer den primære tand derimod ikke ved undertal af den tilsvarende permanente tand, skal der intet markeres i tandnummerfeltet på blanketten.

En transplanteret tand registreres som den tand, til hvis plads den er transplanteret. På den transplanterede tands oprindelige placering registreres tanden med et 7-tal (mistet af anden årsag).

### 3.3 Registrering af karies, fyldninger samt skader efter akutte, mekaniske traumer

Registrering af karies og fyldninger på den enkelte tand foretages fladevis. Ved præmolarer og molarer findes derfor rubrikker for fem flader, hvorimod der ved incisiver og hjørnetænder kun er rubrikker svarende til fire flader, idet skærekanten ikke regnes som en selvstændig flade.

Registrering af skader efter akutte, mekaniske traumer foretages for tanden som helhed.

### 3.4 Tilstande, koder og diagnostiske kriterier for registrering af karies m.m.

Tilstande, koder og diagnostiske kriterier for registrering af karies m.m. fremgår af Tabel 1. Bortset fra registrering af kronisk karies og fissurforsøgling er alle registreringerne obligatoriske. I rubrikken svarende til de enkelte tandflader skrives de relevante koder, der er ens for primære og permanente tænder.

#### 3.4.1 Blank rubrik

Såfremt en tandflade ikke opfylder en af de tilstande, der er beskrevet i det følgende, lades rubrikken blank.

#### 3.4.2 Kode 0

Kode 0 benyttes ved tilstedeværelse af initial karies.

#### 3.4.3 Kode 1

Kode 1 benyttes ved tilstedeværelse af manifest karies.

#### 3.4.4 Kode 2

Kode 2 benyttes ved manifest karies på en flade, der tidligere har været fyldt på grund af karies, samt ved defekt eller tabt fyldning (karies causa) på den pågældende flade. Heraf følger, at initial eller manifest karies på en flade, der tidligere er fyldt på grund af f.eks. hypoplasi, men hvor hypoplasien ikke har været kompliceret med karies, ikke registreres med kode 2, men med kode 0 eller 1.

#### 3.4.5 Kode 9

Kode 9, der ikke er en obligatorisk registrering, benyttes ved registrering af kronisk karies på den pågældende flade.

#### 3.4.6 Kode 4

Kode 4 angiver enhver type (intakt) fyldning, indlæg eller krone, der er udført på grund af karies, uanset om det drejer sig om permanent eller provisorisk restaurering og uanset fyldningsmaterialet. For at koden kan finde anvendelse, forudsættes det, at den pågældende flade i øvrigt er kariesfri (se punkt 3.4.3).

Fyldninger, lagt af andre grunde end karies, registreres ikke (se dog punkt 3.4.7). Heraf følger, at fyldninger lagt f.eks. på grund af hypoplasi, kun registreres, hvis den pågældende hypoplasi har været kompliceret med karies.

Fyldninger registreres på de flader, de involverer, uanset hvor stor en del af fladen, der er involveret. Fyldninger på incisivernes og hjørnetændernes incisalkanter registreres som hørende til oralfladerne på disse tænder.

Specielt vedrørende fyldningsextension gælder, at hvis en approximal fyldning er ekstenderet ind på en okklusalflade, registreres såvel approximalfladen som okklusalfladen som fyldt. Hvis en okklusalfyldning er ekstenderet ned på en facial- eller oralflade, registreres såvel

okklusalfladen som facial- eller oralfladen som fyldt. Andre fyldningsektioner registreres ikke.

For endodontisk behandlede tænder (karies causa) se endvidere punkt 3.4.8.

#### 3.4.7 Kode 3

Kode 3 angiver skade som følge af akut mekanisk traume (behandlet eller ubehandlet) på de hårde tandvæv (ekskl. infraktioner og emaljefrakturet), på pulpa eller parodontium (ekskl. concussioner). Eventuelle senfølger på pulpa eller parodontium registreres på det tidspunkt, de opstår. Derudover angiver kode 3 enhver type (intakt) fyldning, indlæg, krone eller endodontisk behandling, der er udført på grund af traume, uanset om det drejer sig om permanent eller provisorisk restaurering og uanset fyldningsmaterialet. Det forudsættes, at den pågældende flade i øvrigt er kariesfri.

3-tallet skrives i den første af tandfladernes rubrikker. Det vil sige mesialfladen på incisiver og hjørnetænder og okklusalfladen på præmolarer og molarer. De øvrige rubrikker lades blanke.

Såfremt der opstår initial eller manifest karies på en flade, der tidligere har været tildelt kode 3, bortfalder 3-tallet til fordel for hhv. kode 0 eller 1 på den pågældende flade. Ved initial eller manifest karies på andre flader på samme tand bevares 3-tallet i den første af tandfladernes rubrikker.

#### 3.4.8 Kode 5

Kode 5 anvendes i forbindelse med endodontisk behandling, udført som følge af kompliceret karies. Som endodontisk behandling regnes direkte overkapning, pulpaamputation (koronal amputation, pulpektomi) samt kanalbehandling. Den endodontiske behandling registreres som et 5-tal på okklusalfladen af præmolarer og molarer, henholdsvis oralfladen på incisiver og hjørnetænder.

#### 3.4.9 Kode 6

Kode 6 benyttes, hvis en tand er ekstraheret på grund af karies. Tallet skrives i den første af tandfladernes rubrikker. Det vil sige okklusalfladen på præmolarer og molarer og mesialfladen på incisiver og hjørnetænder. De øvrige rubrikker lades blanke.

#### 3.4.10 Kode 7

Kode 7 benyttes, hvis en tand er ekstraheret eller mistet af anden årsag end karies. Tallet skrives i den første af tandfladernes rubrikker. Det vil sige okklusalfladen på præmolarer og molarer og mesialfladen på incisiver og hjørnetænder. De øvrige flader lades blanke.

#### 3.4.11 Kode 8

Kode 8, der ikke er en obligatorisk registrering, anvendes ved registrering af tidligere udført fissurforsøgling. Materialet skal på undersøgelsestidspunktet dække dele af eller hele fissursystemet, for at koden kan anvendes.

## Kapitel 4

### *Gingivitis og marginal parodontitis*

#### 4.1 Registrering af gingivitis

Registrering af gingivitis er ikke obligatorisk.

#### 4.2 Statusfelter for registrering af gingivitis

Statusfelterne for registrering af gingivitis er placeret under felterne for statusdato. Overkæbens registreringstænder (6+, 2+, 1+, +1, +2, +6) står øverst, underkæbens registreringstænder (6-, 2-, 1-, -1, -2, -6) står nederst.

#### 4.3 Undersøgelingsmetodik i forbindelse med registrering af gingivitis

Undersøgelse for tilstedeværelse af gingivitis foretages med en pochemåler. Ved undersøgelsen føres pochemålerens spids, med et let tryk, vinkelret på tandoverfladen langs margo gingivae rundt langs tandens omkreds. Det skal præciseres, at pochemåleren ved denne undersøgelse ikke føres til pochens bund. Efter ca. 10 sekunder inspiceres margo gingivae for blødning.

#### 4.4 Diagnostisk kriterium for registrering af gingivitis

Diagnostisk kriterium for registrering af gingivitis fremgår af Tabel 2. Hvis det diagnostiske kriterium for gingivitis ikke er til stede, lades rubrikken blank. Er registreringstanden ikke til stede markeres den pågældende rubrik med et X.

##### 4.4.1 Kode 1

Kode 1 anvendes, såfremt der kan konstateres blødning efter sondering i den marginale del af gingiva.

#### 4.5 Registrering af marginal parodontitis

Registrering af marginal parodontitis er obligatorisk for 12- og 15-årige.

#### 4.6 Statusfelter for registrering af marginal parodontitis

Statusfelterne for registrering af marginal parodontitis er placeret under felterne for registrering af gingivitis. Overkæbens registreringstænder (6+, 2+, 1+, +1, +2, +6) står øverst, underkæbens

registreringstænder (6-, 2-, 1-, -1, -2, -6) står nederst.

#### 4.7 Undersøgelingsmetodik i forbindelse med registrering af marginal parodontitis

Undersøgelse for tilstedeværelse af marginal parodontitis, udtrykt ved fæstetab, foretages med en pochemåler. Undersøgelsen foretages ved, at man med let hånd og med pochemåleren så vidt muligt i tandens længderetning fører pochemåleren til pochens bund langs hele tandens omkreds. Konstateres fordybende pocher, vurderes, om der eventuelt er fæstetab ved at holde pochemålerens spids mod pochebunden og dernæst vinkle pochemåleren mod tandoverfladen (ca. 45°). Ved eventuelt fæstetab vil emalje-cementgrænsen kunne sonderes, når pochemålerens spids herefter føres op og ned i kontakt med tandoverfladen.



#### **4.8 Diagnostisk kriterium for registrering af marginal parodontitis**

Diagnostisk kriterium for registrering af marginal parodontitis fremgår af Tabel 3. Hvis det diagnostiske kriterium for marginal parodontitis ikke er til stede, lades rubrikken blank. Er registreringsstanden ikke til stede, markeres den pågældende rubrik med et X.

##### **4.8.1 Kode 1**

Kode 1 anvendes ved tilstedeværelse af fæstetab mindst ét sted på måletanden.

## **Kapitel 5**

### ***Tandstillingsfejl m.v.***

#### **5.1 Obligatorisk registrering af tandstillingsfejl**

For 12- og 15-årige er det obligatorisk at registrere følgende tandstillingsfejl: ekstremt maksillært overbid, dybt bid, ekstrem trangstilling samt hypodonti og oligodonti. De obligatoriske registreringer er anført med fremhævet skrift på OCR-blanketten.

#### **5.2 Diagnostiske kriterier for den obligatoriske registrering af tandstillingsfejl**

Diagnostiske kriterier for den obligatoriske registrering af tandstillingsfejl fremgår af Tabel 4. Tilstedeværelse af en given anomali markeres ved X i rubrikken.

##### **5.2.1 Ekstremt maksillært overbid (e)**

Bestemmelsen foretages for den habituelle okklusionsstilling med maksimal interkuspidation. Afstanden fra det mest prominente punkt på de centrale overkæbeincisivers skærekanten til underkæbeincisivernes facialflader måles (f.eks. med en pochemåler) parallelt med overkæbens okklusionsplan. Er afstanden 6 millimeter eller derover, sættes kryds i rubrikken.

##### **5.2.2 Dybt bid (d)**

Bestemmelsen foretages for den habituelle okklusionsstilling med maksimal interkuspidation. Den vertikale afstand mellem de centrale overkæbeincisivers og de centrale underkæbeincisivernes skærekanten måles (f.eks. med en pochemåler). Er afstanden 5 millimeter eller derover, sættes kryds i rubrikken.

##### **5.2.3 Ekstrem trangstilling (o / u)**

Der sættes kryds i rubrikken, hvis der konstateres pladsmangel i overkæben (o) eller underkæben (u) på sammenlagt 2 millimeter eller derover i mindst én af kæbens tre sektioner (incisivsektionen og de to sidesektioner).

*Incisivsektionen* afgrænses af de laterale incisivers distale kontaktpunkter, når de to lateraler ikke devierer faciale eller oralt i forhold til alveolarprocessens midtlinie. Hvis lateralen devierer, forlægges demarkationspunktet til hjørnetandens mesiale kontaktpunkt. Hvis både lateral og hjørnetand devierer, benyttes et punkt mellem de to arbitrære kontaktpunkter på alveolarprocessens midtlinie.

*Sidesektionerne* afgrænses af den laterale incisiv distale kontaktpunkt og den permanente første molars mesiale kontaktpunkt.

Pladsforholdene i en sektion kan principielt ikke registreres, hvis der er foretaget ekstraktion, hvis der mangler tænder af anden årsag, eller hvis der forekommer tandmisdannelser i sektionen.

##### **5.2.4 Hypodonti (h)**

Ved hypodonti, dvs. manglende anlæg (aplasi) af 1-5 permanente tænder (eksklusive tredje molarer) sættes kryds i rubrikken.

##### **5.2.5 Oligodonti (o)**

Ved oligodonti, dvs. manglende anlæg (aplasi) af mere end 5 permanente tænder (eksklusive tredje molarer) sættes kryds i rubrikken.

#### **5.3 Ikke-obligatorisk registrering af tandstillingsfejl**

Registrering af følgende tandstillingsfejl er ikke obligatorisk, hvorfor udskrift skal rekvireres særskilt: Eruptionsafvigelse, stillingsanomalier, invertering, mandibulært overbid, åbent bid, distal okklusion, mesial okklusion, krydsbid, saksbid, midtlinieforskydning, tvangsføring, spredtstilling, orale vaner og diastema mediale.

#### **5.4 Diagnostiske kriterier for den ikke-obligatoriske registrering af tandstillingsfejl**

Diagnostiske kriterier for den ikke-obligatoriske registrering af tandstillingsfejl fremgår af Tabel 5. Forekomst af en given anomali markeres ved X i rubrikken.

##### **5.4.1 Eruptionsafvigelser (e)**

Registreres, hvis der observeres ektopi, transposition, hindret eller standset

eruption, samt persistens.

##### **5.4.2 Stillingsanomalier (r / k)**

Registreres, hvis der observeres rotation (r) eller kipning (k).

##### **5.4.3 Invertering (i)**

Registreres, hvis én, to eller tre overkæbeincisiver okkluderer oralt for underkæbens tænder.

##### **5.4.4 Mandibulært overbid (m)**

Registreres, hvis alle fire overkæbeincisiver okkluderer oralt for underkæbens incisiver.

##### **5.4.5 Åbent bid (å)**

Registreres, hvis ingen af underkæbeincisiverne når overkæbens okklusplan.

#### 5.4.6 *Distal okklusion (d)*

Registreres, hvis de to permanente første molarers indbyrdes stilling afviger  $\frac{1}{2}$  cuspisbredde eller derover fra normal okklusion, idet underkæbemolarens relative stilling er distal. Bedømmes for både højre og venstre side, men registreres kun i én rubrik.

#### 5.4.7 *Mesial okklusion (m)*

Registreres, hvis de to permanente første molarers indbyrdes stilling afviger  $\frac{1}{2}$  cuspisbredde eller derover fra normal okklusion, idet underkæbemolarens relative stilling er mesial. Bedømmes for både højre og venstre side, men registreres kun i én rubrik.

#### 5.4.8 *Krydsbid (k)*

Registreres, hvis en overkæbemolars eller -præmolars faciale cuspis eller en overkæbehjørnetand okkluderer oralt for en antagenerende underkæbemolars eller -præmolars faciale cuspis eller for en underkæbehjørnetand.

Bedømmes for både højre og venstre side, men registreres kun i én rubrik.

#### 5.4.9 *Saksbid (s)*

Registreres, hvis en overkæbemolars eller -præmolars orale cuspis okkluderer facialt for en antagenerende underkæbemolars eller -præmolars faciale cuspis eller for en underkæbehjørnetand.

Bedømmes for både højre og venstre side, men registreres kun i én rubrik.

#### 5.4.10 *Midtlinieforskydning (m)*

Registreres, hvis underkæbens midtlinie devierer 2 millimeter eller derover til højre eller venstre for overkæbens midtlinie.

#### 5.4.11 *Tvangsføring (t)*

Registreres, hvis underkæben forskydes 2 millimeter eller derover til højre eller venstre ved sammenbidning fra første tandkontakt til maksimal interkuspitation.

#### 5.4.12 *Spredtstilling (o / u)*

Registreres, hvis der konstateres pladsoverskud i overkæben (o) eller underkæben (u) på sammenlagt 2 millimeter eller derover i mindst én af kæbens tre sektioner (incisivsektionen og de to sidesektioner).

Afgrænsningen af de tre sektioner fremgår af 5.2.3.

#### 5.4.13 *Orale vaner (v)*

Orale vaner (bruksisme, tungepres, suttevaner etc.) kan registreres i en enkelt rubrik.

#### 5.4.14 *Diastema mediale (d)*

Registreres, hvis diastemas mindste bredde er 2 millimeter eller derover.

## **Kapitel 6**

### ***Statistikfelter***

#### **6.1 *Anvendelse af statistik-, disponibel- og variabelfelter***

De fire statistikfelter, de to disponibelfelter samt det ene variabelfelt kan anvendes efter den enkelte tandplejes behov. Det skal bemærkes, at 'blank' ikke kan anvendes som en kode, samt at oplysningerne i de fire statistikfelter ikke umiddelbart kan kombineres.

## **Kapitel 7**

### ***Ikrafttrædelsesbestemmelser***

Vejledningen træder i kraft den 1. januar 2000, og samtidig ophæves Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 18 af 8. februar 1989 om anvendelse af OCR-indberetningsblanket på børne- og ungdomstandplejeområdet.

*Sundhedsstyrelsen den 22. november 1999*

Lene Skak-Iversen

/Maria Malling Pedersen

NAVN	STATUS	SIGN
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X		
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	personnummer	kommunenr. skole
8+ 7+ 6+ 5+ 4+ 3+ 2+ 1+ 1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6+ 7+ 8+	klasse statusdato	ydernr.
okk	OVERKÆBE	
mes	gingiv overk.	distal okkl. (d) mesial okkl. (m)
fac	gingiv underk.	krydsbid (k) sæksbid (s)
dis	6+ 2+ 1+ +1 +2 +6	midtlineær (m) tvangsføring (t)
ora	6- 2- 1- -1 -2 -6	ekstrem trangt. OK (o) ekstrem trangt. UK (u)
8- 7- 6- 5- 4- 3- 2- 1- -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8	eruptionsafv. (e) rotation (r)	spredst. OK (o) spredst. UK (u)
okk	UNDERKÆBE	
mes	kigning (k) invertering (i)	orale vaner (v) diastema med (d)
fac	ekstr. maks.ob. (e) mand.ob. (m)	OR-behov
dis	døbt bid (d) åbent bid (å)	hypodonti (h) oligodonti (o)
ora	var. disp.kode	STATISTIK
		a b c d

## Bilag A

### Blankettens udformning og anvisning på, hvorledes den udfyldes

#### A.1 Format og udformning af indberetningsblanketten

Format og udformning af indberetningsblanketten er tilpasset optiske læseenheder.

Den optiske læser aflæser kun de indrammede rubrikker.

Det øverste felt over de grønne rubrikindramninger aflæses ikke af den optiske læser.

Rubrikindramningerne er udformet med henblik på optegnelse af identifikationsdata, koder for registrering af karies, parodontale lidelser og malokklusioner. Derudover er der mulighed for udfyldning af fire statistikfelter.

Ved indsendelse bør alle blanketter ligge ens, og de må ikke foldes, hæftes eller krølles.

#### A.2 Udfyldning af indberetningsblanketten

I de indrammede rubrikker kan følgende tegn benyttes: Tallene 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9 samt bogstavet X (kryds).

Disse 11 tegn skal, for at kunne identificeres af den optiske læser, skrives tydeligt med blyant (ikke kuglepen eller lignende), og således, at det næsten helt udfylder rubrikken uden dog at berøre dennes ramme. Blyanten skal skrive tyndt og sort.

Tegnene skal udformes som vist på blankettens øverste, højre hjørne.

Kun tegn, der har standardudformning, vil blive accepteret af den optiske læser.

Udviskning af forkert skrevne tegn skal foretages meget grundigt. Det er uden betydning, hvis den grønne rubrikindramning herved skulle blive fjernet.

Da det øverste felt over de grønne rubrikindramninger ikke aflæses af den optiske læser, kan der i dette felt anvendes almindelig skrift til notering af barnets navn, statusnummer, det vil sige den fortløbende nummerering af blanketterne, samt tandlægens/tandplejerens og medhjælperens signatur.

#### A.3 Anvendelse af felter for registrering af behov for ortodontisk behandling (OR-behov)

Der er afsat to rubrikker, som kan anvendes lokalt.

#### A.4 Anvendelse af statistikkoder og udfyldning af statistikfelterne

Statistikfelterne a, b, c og d kan anvendes til opdeling af tabelmaterialet efter den enkelte tandplejes behov. Der kan for hvert felt kun

anvendes koderne 0 til 9, idet det bemærkes, at ”blank” ikke kan anvendes som kode.

Det angives på en rekvisition til LEC, hvorledes tabelmaterialet ønskes udskrevet.

#### A.5 Anvendelse af variabel- og disponibelkoder

Variabel-/disponibelkoderne anvendes efter aftale med Sundhedsstyrelsen.

**Tabel 1**

**Tilstande, koder og diagnostiske kriterier for registrering af karies m.m.**

Tilstand	Kode	Diagnostiske kriterier
<b>Initial karies</b>	0	Emaljeoverfladen tydeligt ru, mat og opak; ingen kavitetsdannelse
<b>Manifest karies</b>	1	Emaljeoverfladen tydeligt ru, mat og opak; derudover findes kavitetsdannelse bedømt enten direkte eller ved anvendelse af diagnostiske hjælpemidler  Tydelige skygger under tilsyneladende klinisk intakt emalje (f.eks. skjult okklusal karies)
<b>Sekundær karies Defekt eller tabt fyldning</b>	2	Manifest karies på flade, der tidligere er fyldt på grund af karies
<b>Kronisk karies ikke obligatorisk registrering</b>	9	Emaljeoverfladen hård, glat og blank, hvidligt eller brunligt misfarvet
<b>Fyldning</b>	4	Alle fyldninger, indlæg og kroner, der er udført karies causa, uanset fyldningsmateriale
<b>Traume</b>	3	Skade som følge af akut mekanisk traume (behandlet eller ubehandlet) på de hårde tandvæv (ekskl. infractioner og emaljefrakture), pulpa eller parodontium. Fyldning, indlæg, krone eller endodontisk behandling udført på grund af traume, uanset fyldningsmateriale
<b>Endodontisk behandlet tand (karies causa)</b>	5	Direkte overkapning, pulpaamputation eller kanalbehandling pga. karies; føres kun på okklusal- (hhv. oral-) fladen
<b>Ekstraktion (karies causa)</b>	6	
<b>Mistet (af anden årsag)</b>	7	F.eks. mistet på grund af traume eller ekstraheret som led i ortodontisk behandling
<b>Fissurforsøgling ikke obligatorisk registrering</b>	8	Tidligere udført fissurforsøgling. Fissurforsøglingsmaterialet skal dække dele af eller hele fissursystemet

**Tabel 2**

**Tilstand, kode og diagnostisk kriterium for registrering af gingivitis  
(ikke obligatorisk)**

Tilstand	Kode	Diagnostisk kriterium
<b>Gingivitis</b>	1	Blødning efter sondering i den marginale del af gingiva.
Manglende registreringstand	X	

**Tabel 3**

**Tilstand, kode og diagnostisk kriterium for registrering af marginal parodontitis  
(obligatorisk for 12- og 15-årige)**

Tilstand	Kode	Diagnostisk kriterium
<b>Parodontitis marginalis</b>	1	Fæstetab mindst ét sted ved sondering langs tandens omkreds
Manglende registreringstand	X	

**Tabel 4**

**Tilstande og diagnostiske kriterier for registrering af tandstillingsfejl  
(obligatorisk for 12- og 15 årige)**

Tilstande	Diagnostiske kriterier
<b>Ekstremt maksillært overbid</b>	Afstanden fra det mest prominente punkt på de centrale overkæbeincisivers skærekanter til underkæbeincisivernes facialflader er 6 millimeter eller derover
<b>Dybt bid</b>	Den vertikale afstand mellem de centrale overkæbeincisivers og de centrale underkæbeincisivernes skærekanter er 5 millimeter eller derover
<b>Ekstrem trangstilling</b>	Pladsmangel i overkæben eller underkæben på sammenlagt 2 millimeter eller derover i mindst én af kæbens tre sektioner (incisivsektionen og de to sidesektioner)
<b>Hypodonti</b>	Manglende anlæg (aplasi) af 1-5 permanente tænder (eksklusive tredje molarer)
<b>Oligodonti</b>	Manglende anlæg (aplasi) af mere end 5 permanente tænder (eksklusive tredje molarer)

**Tabel 5**

**Tilstande og diagnostiske kriterier for registrering af andre tandstillingsfejl  
(ikke-obligatorisk)**

Tilstande	Diagnostiske kriterier
<b>Eruptionsafvigelser</b>	Ektopi, transposition, hindret eller standset eruption, persistens
<b>Stillingsanomalier</b>	Rotation, kipning
<b>Invertering</b>	Én, to eller tre overkæbeincisiver okkluderer oralt for underkæbens tænder
<b>Mandibulært overbid</b>	Alle fire overkæbeincisiver okkluderer oralt for underkæbens tænder
<b>Åbent bid</b>	Ingen af underkæbeincisiverne når overkæbens okklusplan
<b>Distal okklusion</b>	De to permanente første molarers indbyrdes stilling afviger ½ cuspisbredde eller derover fra normal okklusion, idet underkæbemolarens relative stilling er distal
<b>Mesial okklusion</b>	De to permanente første molarers indbyrdes stilling afviger ½ cuspisbredde eller derover fra normal okklusion, idet underkæbemolarens relative stilling er mesial
<b>Krydsbid</b>	En overkæbemolars eller- præmolars faciale cuspis eller en overkæbehjørnetand okkluderer oralt for en antagenerende underkæbemolars eller- præmolars faciale cuspis eller for en underkæbehjørnetand
<b>Saksbid</b>	En overkæbemolars eller -præmolars orale cuspis okkluderer faciale for en antagenerende underkæbemolars eller -præmolars faciale cuspis eller for en underkæbehjørnetand
<b>Midtlinieforskydning</b>	Underkæbens midtlinie devierer 2 millimeter eller derover til højre eller venstre for overkæbens midtlinie
<b>Tvangsføring</b>	Underkæben forskydes 2 millimeter eller derover til højre eller venstre ved sammenbidning fra første tandkontakt til maksimal interkuspitation
<b>Spredtstilling</b>	Pladsoverskud i overkæben eller underkæben på sammenlagt 2 millimeter eller derover i mindst én af kæbens tre sektioner (incisivsektionen og de to sidesektioner)
<b>Orale vaner</b>	Bruksisme, tungepres, suttevaner etc.
<b>Diastema mediale</b>	Diastemas mindste bredde er 2 millimeter eller derover

# Redegørelse vedrørende revision af indberetningssystemet for tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet

Sundhedsstyrelsens j.nr. 214-5-1999

## Indledning

Indberetning af tandsundhedsforhold hos børn og unge foretages i henhold til det regelsæt, der er fastlagt i Sundhedsstyrelsens cirkulære og vejledning om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet. I det følgende er vægten lagt på at gøre rede for de faglige overvejelser, der ligger til grund for regelsættet.

I takt med den stærkt forbedrede tandsundhedstilstand og den teknologiske udvikling er der løbende blevet foretaget systemændringer i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR). Den sidste større revision af SCOR blev foretaget i 1987.

Nærværende redegørelse er udsprunget af et fornyet ønske i Sundhedsstyrelsen om at foretage en nærmere vurdering af det hidtil opnåede erfaringsmateriale vedrørende SCOR-systemet. I den forbindelse har Sundhedsstyrelsen fundet det væsentligt, at der blev foretaget en opstilling af de forventninger og ønsker til et revideret indberetningssystem, som er nødvendige med henblik på fremtidige planlægnings- og evalueringsopgaver i børne- og ungdomstandplejen. I forbindelse med en revision af SCOR-systemet har det grundlæggende synspunkt været, at systemets kvaliteter skulle bevares, samtidig med at der skulle ske en modernisering med henblik på fortsat kvalitetsudvikling af tandplejen.

I henhold til Lov om tandpleje [\[1\]](#) er kommunalbestyrelse og amtsråd forpligtet til at afgive oplysninger om virksomheden i medfør af loven. Med hjemmel i denne lovgivning samt i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje [\[2\]](#) fastsætter Sundhedsstyrelsen regler for indberetning, herunder indberetning af forekomsten af tandsygdomme og tandstillingsfejl. Sundhedsstyrelsen har i cirkulære af 22. november 1999 om indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet og i vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet fastsat sådanne regler.

I tilslutning hertil skal Sundhedsstyrelsen i det følgende gøre nærmere rede for de tandlægefaglige overvejelser, der har ligget til grund for vejledningen og foretage en mere indgående beskrivelse af baggrunden for vejledningens indhold.

## Kapitel 1

### *SCOR-systemet*

#### *1.1 SCOR-systemet i historisk perspektiv*

I 1972 blev der med lov om børnetandplejes ikrafttræden indført systematisk børnetandpleje i Danmark. Samtidig hermed blev der indført et ensartet journalsystem med henblik på registrering af børns tandsundhed. Med disse registreringer har kommunerne fra 1972 foretaget systematisk indberetning til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register. Herigennem har Sundhedsstyrelsen i over 25 år haft mulighed for at overvåge status for og udvikling i tandsundheden hos danske børn og unge, som en integreret del af Sundhedsstyrelsens tilsynsfunktion over for børne- og ungdomstandplejeordningerne. For den kommunale tandpleje er SCOR-systemet et effektivt planlægnings- og evalueringsredskab.

SCOR-systemet blev allerede fra starten udformet som en integreret del af et standardjournalsystem, og den blanket, der anvendes til registrering, udgør som sådan et væsentligt journalmateriale i forbindelse med undersøgelse og diagnostik af det enkelte barn. Indberetningerne til registeret er baseret på optisk læsning af de håndskrevne tal og tegn på registreringsblanketten.

I forbindelse med indførelse af SCOR-systemet blev der lagt vægt på, at resultaterne fra indberetningssystemet direkte kunne anvendes lokalt, og at tilbagemelding skete så hurtigt, at resultaterne kunne indgå i den løbende planlægning og evaluering decentralt i kommunerne. Der blev derfor indført mulighed for at tilgodese lokale behov i kommunerne, dels ved at give mulighed for at underopdele statistikkerne, f.eks. efter skoledistrikter, dels ved indførelse af variable koder, der kunne fastlægges decentralt.

Der er gennem årene foretaget en række ændringer i SCOR. I 1977 reduceredes tabelsættet, og man gik bort fra at opgøre tand-sundhed for piger og drenge hver for sig, da dette havde vist sig at være uden faglig betydning. På samme tid indførtes opgørelser over fordeling i kariessværhedszoner, og oversigterne over kariesforekomsten blev fra nu af også opgjort i relation til alder, ikke blot som hidtil i relation til klassetrin.

På samme tid blev børnetandplejeloven ændret, således at det nu også blev obligatorisk at indberette for de kommuner, som ikke havde offentlige klinikker (de dengang såkaldte dispensationskommuner). Hermed blev statistikken landsdækkende.

I 1985 blev der indført tabelopgørelser over kariesforekomst på tandniveau (def-t/ DMF-T), og ikke blot, som hidtil, på tandfladeniveau. Denne ændring var især begrundet i den voksende internationale interesse for den danske børne- og ungdomstandpleje, samt i at man internationalt, herunder i WHO, anvendte kariesmål på tandniveau som sammenligningsgrundlag.

Indtil 1985 blev der således foretaget flere ændringer i det tabelmateriale, der var resultatet af indberetningssystemet. Derimod gjorde man fortsat brug af de i 1972 fastlagte indberetningskriterier for at sikre kontinuiteten. Da der imidlertid samtidig kun i meget begrænset omfang kunne foretages individuelle ændringer af hensyn til enkelte brugeres ønsker, og da der over den pågældende årrække var sket betydelige ændringer i såvel kariesforekomsten som i opfattelsen af kariessygdommen, fandt Sundhedsstyrelsen det atter påkrævet at foretage en mere gennemgribende vurdering af systemet. På denne baggrund undergik SCOR-systemet en større revision, og det reviderede SCOR-system trådte i kraft 1. januar 1988. Herved blev der tilstræbt såvel en forenkling (ved at reducere det hidtidige tabelsæt på over 50 tabeller til et standardtabelsæt på 13 tabeller), som en øget valgmulighed for kommunerne til at rekvirere tabelmateriale. Derudover blev der på indberetningsblanketten givet øgede

muligheder for individuelle indberetninger, ligesom der skete en forenkling af en række tilbagevendende indberetninger af mere administrativ art.

De indberetningspligtige årgange har varieret noget i perioden fra 1972. Oprindeligt blev der foretaget indberetning af alle de børn, som var omfattet af lov om tandpleje. I 1993 reduceredes indberetningerne til kun at omfatte de 5-, 7-, 12- og 15-årige [3]. Sundhedsstyrelsen betaler de udgifter, der er forbundet med behandlingen af indberettede data fra disse årgange.

Indberetningspligten omfatter alle børn i de indberetningspligtige årgange. Det har således i denne sammenhæng ingen betydning, om den kommunale tandpleje tilbydes på offentlige klinikker eller hos praktiserende tandlæger, med hvilke kommunalbestyrelsen indgår aftale, eller en kombination af disse ordninger [4].

SCOR-systemet har fundet stor anvendelse i den kommunale tandplejes planlægning og evaluering. Omkring halvdelen af landets kommuner har valgt at styrke planlægningsgrundlaget ved at indberette flere end de fire indberetningspligtige årgange. En meget væsentlig del af de kommunale tandplejer anvender endvidere informationer fra SCOR ved målformulering og i forskellige strategiske sammenhænge.

### 1.2 Overordnede strategier for overvågning af tandsundhed hos børn og unge

Sundhedsstyrelsens behov for data er afledt af Styrelsens ansvar for en national overvågning af børns og unges tandforhold. National overvågning kunne imødekommes ved indsamling af data vedrørende tandtab, karies og destruktiv parodontitis på repræsentative stikprøver af udvalgte årgange med f.eks. 5-års intervaller. En sådan *survey*-strategi har man da også valgt i en række andre europæiske lande. Her i landet har Sundhedsstyrelsen fundet at behovet for central overvågning kan tilgodeses ved årlig indberetning af 5-, 7-, 12- og 15-årige3.

Decentralt i kommunerne har man imidlertid behov for mere omfattende data, der kan støtte organisations- og kvalitetsudvikling i den kommunale tandpleje. I den sammenhæng har man behov for at kunne følge sundheds- og sygdomsudviklingen tættere med henblik på løbende at kunne vurdere, om opstillede mål nås og med henblik på hurtigt at kunne reagere på ændringer i sygdomsforekomsten. Til dette formål er indberetning af de af Sundhedsstyrelsen valgte fire aldersklasser næppe tilstrækkeligt. Som eksempel kan man forestille sig en situation, hvor kariesforekomsten blandt småbørn i en kommune stiger fra den ene årgang til den næste. Har man valgt kun at indberette de indberetningspligtige aldersklasser, vil denne stigning først kunne observeres, når de pågældende årgange er blevet 5 år gamle. Man vil altså først på dette sene tidspunkt kunne reagere på udviklingen, hvilket må anses for u hensigtsmæssigt. Ligeledes kan man på kommunalt plan have brug for at anvende de epidemiologiske data til kvalitetsvurderinger, og det kan da være hensigtsmæssigt at tilvejebringe forløbsdata under anvendelsen af moderne informationsteknologi.

I forbindelse med tilrettelæggelse og opfølgning af tandpleje for den enkelte patient er der behov for at indsamle og journalføre data, der gør det muligt at vurdere sygdomsbilledet hos den enkelte patient, herunder den enkelte patients sygdomsforekomst i forhold til resten af populationen samt sygdomsudvikling over tid.

Alle børn i de fire årgange, som Sundhedsstyrelsen har valgt som indberetningspligtige, skal undersøges og indberettes. Det betyder f.eks., at alle børn, der er født i 1995, skal undersøges i år 2000 (5-årige). Vælger man derudover i en kommunal tandpleje at indberette andre årgange, er det på samme måde vigtigt, at alle børn i disse årgange undersøges og indberettes. Dette krav kan meget vel tænkes at kolliderer med den individualisering af undersøgelsesintervallerne, som er sket i de senere år, og som betyder, at undersøgelsesintervallet ud fra faglige kriterier ofte kan øges til mere end 12 måneder. For at reducere risikoen for frafaldsbias mest muligt er det imidlertid vigtigt, at man tilrettelægger indkaldelse af børnene i de aldersklasser, Sundhedsstyrelsen har valgt som indberetningspligtige, således at alle børn i disse aldersklasser undersøges og indberettes. Det samme gælder børn i de øvrige aldersklasser, man i den enkelte kommunale tandpleje har valgt at indberette.

## Kapitel 2

### *Det faglige grundlag for udvælgelse af indberetningskriterier*

Indledningsvis må det fastslås, at de data, der er nødvendige for epidemiologisk overvågning på såvel centralt som decentralt niveau, er *tandsygdomsdata*. Dette medfører, at SCOR ikke omfatter registrering af tandsygdommens årsagsfaktorer (som f.eks. plaque) eller behandlingsbehov (som f.eks. behov for fyldningsterapi eller ortodontisk behandling).

Ved fastlæggelse af, hvilke sygdomme og anomalier, der skal registreres, indgår overvejelser over, hvilken folkesundhedsmæssig betydning de pågældende tilstande har. Også her varierer behovet for data imellem de forskellige anvendelsesniveauer. Derudover er valget begrundet i, om der findes undersøgelsesmetoder og diagnostiske kriterier, der er så enkle, at de er anvendelige i et nationalt registreringssystem, hvor et meget stort antal undersøgere foretager indberetningerne.

Sundhedsstyrelsen har overvejende behov for data om de mest udbredte tandsygdomme, karies og parodontale lidelser, og deres følgetilstande, først og fremmest i form af tandtab.

Data vedrørende karies indsamles ved hjælp af diagnostiske kriterier, der tillader en kvalitativ beskrivelse af kariesangrebets progression. Registrering af parodontale lidelser begrænses til parodontalt fæstetab.

Registrering af skader efter akutte mekaniske traumer på permanente tænder er udvidet. Baggrunden herfor er, at denne type skader forekommer forholdsvis hyppigt blandt børn og unge, samt at behandlingen af dem derfor må antages at beslaglægge en del af børne- og ungdomstandplejens ressourcer. De alvorligere skader medfører ofte et kompliceret og langvarigt behandlingsforløb. De mindre alvorlige tandskader (infraktioner, rene emaljefraktureturer, concussioner) registreres ikke. Eventuelle senfølger, f.eks. pulpaskader og parodontale skader, registreres derimod på det tidspunkt, de måtte opstå. Der er ved registrering af tandskader ikke givet mulighed for at skelne mellem de forskellige typer skader. Et akut mekanisk traume bør imidlertid altid give anledning til optagelse af en traumejournal. Skader på primære tænder efter akutte mekaniske traumer registreres ikke.

En del kommunale tandplejer og enkeltkolleger har derudover efterlyst muligheden for at indsamle data vedrørende en række andre sygdomstilstande eller anomalier, som f.eks. funktionsforstyrrelser, mineraliseringsforstyrrelser, erosioner m.m. Som led i den nationale overvågning anses indberetning af disse tilstande til en central myndighed ikke for at være relevant. Decentralt i kommunerne og ikke mindst i forbindelse med tandplejeindsatsen for den enkelte patient kan informationer om disse tilstande imidlertid være af betydning. Man kunne derfor



tænke sig, at man på lokalt niveau tog initiativ til udarbejdelse af faglige vejledninger vedrørende registrering af disse tilstande omfattende diagnostiske kriterier og standardiserede journaler på samme måde, som det allerede er sket på f.eks. traumeområdet.

Ønsket om indberetning af f.eks. funktionsforstyrrelser, mineraliseringsforstyrrelser, erosioner m.m. kan også ses som et ønske om at kunne beskrive disse tilstandes forekomst i befolkningen f.eks. med henblik på at sammenligne med data fra andre lande eller med henblik på at analysere disse tilstandes årsagsforhold. Sådanne formål tilgodeses bedst ved gennemførelse af epidemiologiske undersøgelser, evt. baseret på repræsentative stikprøver, hvor dataindsamlingen, herunder træning af undersøgerne, tilrettelægges med sigte på en præcis diagnostik af de pågældende sygdomme.

### 2.1 Diagnostiske hjælpemidler

Valg af diagnostiske hjælpemidler sker efter tandlægens eller tandplejerens vurdering og må blandt andet baseres på en stillingtagen til det forventede diagnostiske udbytte.

Forud for en individuel røntgenundersøgelse skal der foreligge en klinisk motivering, og røntgenundersøgelsen skal være indiceret. Herunder skal fordele ved brug af røntgenundersøgelse opveje de risici, der eksisterer i forbindelse med anvendelse af ioniserende stråling. Der skal anvendes så følsomme film som foreneligt med de diagnostiske krav til billedet [\[5\]](#).

De diagnostiske kriterier for karies, som er beskrevet i vejledningen, forudsætter ikke optagelse af røntgenbilleder, men diagnosen må stilles efter en samlet vurdering af de kliniske og eventuelle røntgenologiske fund. I de tilfælde, hvor man vælger at supplere den kliniske undersøgelse med en røntgenundersøgelse, er det diagnosen baseret på de samlede fund, der skal noteres på OCR-blanketten. Det vil i praksis sige, at røntgenbilledet skal aflæses i forbindelse med den kliniske undersøgelse.

Såfremt røntgenundersøgelser ønskes udført på populationsniveau (typisk i forbindelse med en screening for f.eks. manglende permanente tandanlæg), ændres kravene til indikationsstillingen noget i forhold til de krav, der gør sig gældende, når røntgenundersøgelse udføres på individuelt niveau. Således skal der på populationsniveau foreligge en overordnet vurdering af den kliniske motivering og fordele kontra risici for den gruppe af personer, man ønsker at undersøge, eller for den undersøgelsestype, man ønsker at anvende. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at røntgenscreening af børn i den kommunale tandpleje kun bør foretages, hvis der foreligger et informeret samtykke dertil fra forældremyndighedens indehaver. Såfremt det drejer sig om unge, der er fyldt 15 år, kan informeret samtykke gives af den unge selv, men forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. lov om patienters retsstilling [\[6\]](#).

### 2.2 Kalibrering

Med henblik på at opnå en forbedring af overensstemmelsen i diagnostikken må det anbefales, at man gennemfører kalibreringsøvelser. Sådanne kalibreringsøvelser bør indledes med en drøftelse af de diagnostiske rutiner og fortolkningen af de i vejledningen beskrevne diagnostiske kriterier. Derudover bør der gennemføres dobbeltundersøgelser, dels ved at forskellige tandlæger undersøger de samme børn, dels ved at den samme tandlæge undersøger de samme børn med f.eks. 14 dages interval for vurdering af overensstemmelsen i eksempelvis diagnostik af karies. Sådanne dobbeltundersøgelser kan dels udføres ved aflæsning af røntgenbilleder, dels ved gennemførelse af kliniske dobbeltundersøgelser. Kalibreringsøvelser bør være et konstant element i den kommunale tandplejes kvalitetsudvikling.

### 2.3 Karies

Indledningsvis skal det fastslås, at der er tale om registrering af sygdomstilstande, altså diagnose af karies og kariessequelae, hvorimod der ikke er tale om registrering af behandlingsbehov.

Som nævnt sker valg af diagnostiske hjælpemidler efter tandlægens eller tandplejerens vurdering, der blandt andet baseres på en vurdering af det forventede diagnostiske udbytte. Det skal bemærkes, at ikke mindst kariesdiagnostikken forbedres betydeligt ved god tørlægning og belysning samt fjernelse af plaque.

Supplerende kariesfund, der gøres i løbet af behandlingen, skal ikke efterstående føres på OCR-blanketten. Den pågældende flade vil eventuelt optræde som en behandlet flade på næste OCR-blanket.

Den udbredte brug af tandfarvede fyldningsmaterialer gør det hensigtsmæssigt at sammenholde aktuelle registreringer med registreringer fra tidligere OCR-blanketter og journalmateriale for at sikre, at sådanne fyldninger ikke overses.

Registreringen af karies omfatter registrering af ubehandlet såvel som behandlet karies.

Karies eller fyldninger på incisivernes og hjørnetændernes incisalkanter registreres som hørende til orallfladerne på disse tænder.

Fyldninger registreres på de flader, de involverer, uanset hvor stor en del af fladen, der er involveret. Specielt vedrørende fyldningsekstension gælder, at hvis en approximal fyldning er ekstenderet ind på en okklusalflade, registreres såvel approximalfladen som okklusalfladen som fyldt. Hvis en okklusalfyldning er ekstenderet ind på en facial- eller oralflade, registreres såvel okklusalfladen som facial- eller oralfladen som fyldt. Andre fyldningsekstentioner registreres ikke.

Tidligere udført endodontisk behandling (direkte overkapning, pulpaamputation eller kanalbehandling), der er udført pga. kompliceret karies, registreres som et 5-tal på okklusalfladen (henh. oralfladen på incisiver og hjørnetænder).

I vejledningen vises som Tabel 1 de tilstande, koder og diagnostiske kriterier, der anvendes ved registrering af karies m.m. Opfylder en tandflade ikke kriterierne for en af de diagnoser, der er anført i Tabel 1, lades rubrikken for den pågældende flade på OCR-blanketten blank. Det betyder samtidig, at andre patologiske tilstande i de hårde tandvæv, som måtte blive diagnosticeret, ikke registreres på blanketten.

#### 2.3.1 Kariesregistrering

Ved karies skelnes imellem, om der er kavitedannelse eller ej.

For initial karies er det diagnostiske kriterium, at emaljeoverfladen er tydeligt ru, mat og opak.



Ved manifest karies vil der ud over de nævnte fund være tale om kavitationsdannelse, bedømt enten direkte eller ved anvendelse af diagnostiske hjælpemidler. Såfremt der ved undersøgelsen ses tydelige skygger – som tegn på karies - under tilsyneladende klinisk intakt emalje (f.eks. skjult okklusal karies / hidden caries), registreres dette ligeledes som manifest karies.

Når der er tale om karies på en tidligere fyldt flade, foretages der kun registrering heraf, når kariesangrebet opfylder kriterierne for manifest karies.

### 2.3.2 Fyldningsregistrering

Kun fyldninger lagt som følge af karies (eller traume, se punkt 2.4) registreres. Det vil sige, at fyldninger lagt f.eks. på grund af hypoplasi, kun registreres, hvis den pågældende hypoplasi har været kompliceret med karies. Baggrunden herfor er ønsket om at øge validiteten i registreringen.

### 2.4 Skader efter akutte, mekaniske traumer

Registrering af skader efter akutte, mekaniske traumer begrænses til alvorlige, permanente skader på de hårde tandvæv, pulpa og parodontium. Såfremt et akut, mekanisk traume ikke medfører øjeblikkelig skade på hverken de hårde tandvæv, pulpa eller parodontium, registreres det ikke. Opstår der på et senere tidspunkt en komplikation til skaden (f.eks. pulpaobliteration, pulpanekrose eller resorption) registreres dette, ligesom enhver fyldning som følge af traumat registreres. Registreringerne foretages kun for de permanente tænder.

### 2.5 Gingivitis og marginal parodontitis

OCR-blanketten tillader registrering af såvel gingivitis (udtrykt som blødning ved sondering af margo gingivae) som marginal parodontitis (udtrykt som fæstetab).

De obligatoriske indberetninger begrænses til registrering af fæstetab, som udtryk for marginal parodontitis, hos 12- og 15-årige. På denne måde sikres Sundhedsstyrelsens behov for data vedrørende mere alvorlige parodontale tilstande (marginal parodontitis), medens registrering af mindre alvorlige tilstande (gingivitis) kan ske i overensstemmelse med den enkelte kommunale tandplejes behov.

Registreringerne foretages på følgende 12 tænder: 6+, 2+, 1+, +1, +2, +6 samt 6-, 2-, 1-, -1, -2, -6. Kun positive fund registreres. Manglende registreringstænder markeres med X i rubrikken for den pågældende tand på OCR-blanketten.

Undersøgelse for marginal parodontitis, udtrykt ved fæstetab, foretages med pochemåler langs hele tandens omkreds. Ved at afsøge tandens omkreds skabes mulighed for at konstatere ikke blot eventuelt approksimalt fæstetab, men også eventuelt fæstetab svarende til rodfurer og furkaturer. Såfremt der findes tegn på fordybende pocher vurderes, om der er tale om egentligt fæstetab eller om det forøgede pochemål udelukkende skyldes tilstedeværelse af pseudopocher: Ved fæstetab vil pochens bund ligge apikalt for emalje-cementgrænsen, som derfor vil kunne sonderes under registreringen.

Hvis der kan konstateres fæstetab mindst ét sted i forbindelse med sonderingen, tildeles måletanden kode 1. Det skal erindres, at tildeling af kode 1 på en måletand ved undersøgelse for marginal parodontitis skal udløse yderligere undersøgelse og eventuel behandling.

Kriterierne for registrering af gingivitis og marginal parodontitis fremgår af vejledningens Tabel 2 og Tabel 3.

### 2.6 Tandstillingsfejl

Disse registreringer omfatter afvigelser i dentition, okklusion, pladsforhold og funktion. For de 12- og 15-årige er det obligatorisk at registrere følgende afvigelser: ekstremt maksillært overbid, dybt bid, ekstrem trangstilling samt hypodonti og oligodonti. Formålet med de obligatoriske registreringer er at give Sundhedsstyrelsen mulighed for at monitorere forekomsten af enkelte af de tandstillingsfejl m.v., som ifølge Sundhedsstyrelsens regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer <sup>[7]</sup> så godt som altid i sig selv er behandlingskrævende, og som på grund af deres hyppige forekomst er ressourcekrævende. Kriterierne for de tilstande, det er obligatorisk at registrere, fremgår af vejledningens Tabel 4. Registrering sker ved et X i den pågældende rubrik (fremhævet tekst).

Derudover er der mulighed for frivilligt at registrere andre afvigelser i dentition, okklusion, pladsforhold og funktion. Udskrift skal for disse ikke-obligatoriske registreringer rekvireres særskilt. Tilstande og kriterier for den ikke-obligatoriske registrering af tandstillingsfejl m.v. fremgår af vejledningens Tabel 5. Forekomsten af en given anomali markeres ved X i den pågældende rubrik.

### 2.7 Anvendelse af statistikfelter

I OCR-blankettens nederste højre hjørne af findes fire såkaldte statistikfelter mærket med a, b, c og d. Disse felter kan anvendes efter den enkelte tandplejes behov. Statistikfeltet a kunne f.eks. anvendes til at registrere etnisk baggrund (dansk etnisk baggrund = kode 1; ikke-dansk etnisk baggrund = kode 2). Statistikfeltet b kunne anvendes til at registrere deltagelse i et særlig intensivt profylakse-program, den pågældende tandpleje havde iværksat (deltaget = kode 1; ikke deltaget = kode 2), etc.

Det skal bemærkes, at 'blank' ikke kan anvendes som kode.

I forbindelse med årskørslen ville kommunens tabelmateriale herefter kunne opdeles på grundlag af informationerne i statistikfelterne. I det ovenfor anførte eksempel vil tandplejen kunne få tabelmateriale, der beskriver karies i relation til etnisk baggrund, eller karies i relation til deltagelse i intensiv profylakse. Man skal imidlertid være opmærksom på, at informationerne i de fire statistikfelter ikke kan kombineres. Man kan således i eksemplet ikke umiddelbart få tabelmateriale, der beskriver karies hos børn med dansk etnisk baggrund, der har deltaget i

intensiv profylakse, karies hos børn med ikke-dansk etnisk baggrund, der har deltaget i intensiv profylakse, etc. Ønsker man tabelmaterialet opdelt på denne måde, er en mulighed at kode de kombinerede oplysninger om etnisk baggrund og deltagelse i intensiv profylakse i f.eks. statistikfelt a således:

etnisk baggrund	deltaget i intensiv profylakse	kode
dansk	deltaget	1
	ikke deltaget	2

ikke-dansk	deltaget	3
	ikke deltaget	4

## 2.7 Variabel- og disponibelkoder

Anvendelse af variabel- og disponibelkoder kan finde sted efter aftale med Sundhedsstyrelsen.

## Kapitel 3

### Behandling af indberetningsmaterialet

#### 3.1 Tekniske forhold vedrørende indberetning

Indberetning kan ske enten ved udfyldelse og indsendelse af OCR-blanketter eller elektronisk. Udfyldte OCR-blanketter indsendes til LEC, Bytoften, 8240 Risskov.

LEC udsender til de kommunale tandplejer en oversigt over, hvornår der sker kørsler med henblik på kontrol af indberetningerne (aflusningskørsler), herunder deadline for indsendelse af OCR-blanketter. Efter hver aflusningskørsel returnerer LEC fejllister (se punkt 3.3.1), samt en kvittering for modtagne og indlæste OCR-blanketter. Det må anbefales, at den kommunale tandpleje løbende fører en oversigt over indsendte og indlæste bilag.

#### 3.2 Afvisning af OCR-blanketten inden indlæsning med efterfølgende returnering

I visse tilfælde kan OCR-blanketten være behæftet med fejl, der vil resultere i en afvisning og udskillelse af blanketten. Dette vil ske når følgende fejl forekommer:

- CPR-nummeret er blankt, ulæseligt eller forkert (ifølge modulus-11-check)
- OCR-blanketten kan ikke læses af den optiske læser.

Såfremt LEC kan identificere afsenderen, vil afvisning resultere i, at OCR-blanketten returneres til denne.

Da blanketter, der returneres, er afvist inden selve indlæsningen, vil sådanne blanketter ikke udskrives på fejllisterne og heller ikke indgå i statistikken. Sådanne blanketter er derfor at betragte som ikke indsendte.

#### 3.3 Afvisning af OCR-blanketten inden indlæsning med efterfølgende makulering

Nogle OCR-blanketter kan være så behæftede med fejl, at LEC ikke kan identificere afsenderen (f.eks. manglende kommunenummer). Sådanne OCR-blanketter opbevares ca. 1 måned på LEC, hvorefter de makuleres. Blanketterne optræder ikke på fejllisterne.

#### 3.4 Indlæsning af ikke-afvist OCR-blanket

Efter indlæsning af de indberettede data foretages en kontrol (aflusning). Ved aflusningskørslerne korrigeres visse logiske fejl i de indberettede data.

##### 3.4.1 Fejllister

For de blanketter, der trods indeholdte fejl accepteres af LEC, udskrives følgende fejllister:

- "Fejlliste - godkendte OCR-bilag".

For disse OCR-blanketter er der sket korrektion af logiske fejl som angivet på fejllisten. OCR-blanketten indgår i tabelmaterialet og returneres ikke til kommunen.

- "Fejlliste - afviste OCR-bilag".

Disse bilag indgår ikke i tabelmaterialet. Det er vigtigt at være opmærksom på, at OCR-blanketten ikke returneres til den kommunale tandpleje. Hvis man ønsker, at data fra den afviste OCR-blanket skal indgå i tabelmaterialet, skal der indsendes en ny OCR-blanket.

- "Fejlliste, OCR-bilag, optælling".

Denne liste giver en oversigt over antallet af indlæste bilag og antallet af fejl fordelt efter typer af fejl.

#### 3.5 CPR-nummer

Hvis samme CPR-nummer forekommer flere gange i samme kørsel, accepteres kun det første. Resten afvises. Det betyder, at et CPR-nummer kun indlæses én gang i samme kørsel.

Ved en ny kørsel accepteres det samme CPR-nummer, som allerede er indlæst ved en tidligere kørsel. Den sidst indlæste OCR-blanket erstatter dermed tidligere indlæste OCR-blanketter på samme patient og indgår i årskørslen.

#### 3.6 Tabelsæt

Tabelsættet omfatter dels et sæt standardtabeller, dels er sæt rekvisitionstabeller.

##### 3.6.1 Standardtabelsæt

Standardtabelsættet udskrives for alle kommuner i forbindelse med årskørslen, der sker kort efter årsskiftet. Standardtabelsættet består af ni tabeller:

### Standardtabelsæt

--	--	--

<b>Tabel 1</b>	Gennemsnitligt antal frembrudte, karierede, fyldte eller ekstraherede (pga. karies) temporære tandflader
<b>Tabel 2</b>	Procentuel fordeling af børn efter def-s i det temporære tandsæt
<b>Tabel 3</b>	Procentuel fordeling af børn efter kariessværhedszone i det temporære tandsæt
<b>Tabel 4</b>	Gennemsnitligt antal frembrudte, karierede, fyldte eller ekstraherede (pga. karies) permanente tandflader
<b>Tabel 5</b>	Procentuel fordeling af børn efter DMF-S i det permanente tandsæt
<b>Tabel 6</b>	Procentuel fordeling af børn efter kariessværhedszone i det permanente tandsæt
<b>Tabel 7</b>	Forekomst af initial karies (kode 0) i det permanente tandsæt
<b>Tabel 8</b>	Procentuel fordeling af børn efter antal permanente tænder med fæstetab, med skader efter akutte mekaniske traumer og med endodontiske behandlinger pga. karies.
<b>Tabel 9</b>	Forekomsten af tandstillingsfejl, malokklusioner m.m.

Standardtabellerne 1-6 beskriver forekomsten af karies i det temporære tandsæt (tabellerne 1-3) og i det permanente tandsæt (tabellerne 4-6), men tabelsættene for de to tandsæt er i øvrigt helt ens opbygget. Kariesregistreringerne sammenfattes dels ved hjælp af def-s og DMF-S indices og disses komponenter, dels ved sværhedszoner. Sværhedszonesystemet er hierarkisk opbygget forstået på den måde, at et barn kun registreres som hørende til den højeste sværhedszone. Et barn, der har ”incisiv- eller glatfladekaries” vil derfor kun blive optalt i sværhedszone 4. Sværhedszonerne er beskrevet i tabellerne nedenfor:

#### Kariessværhedszoner i det temporære tandsæt

<b>zone 4</b> (incisiv- og glatfladekaries)	alle faciale/buccale og orale/palatinale flader (ekskl. $05^3-05^3$ , $05^5+05^5$ ) samt mesialfladerne på hjørnetænderne og alle approksimale flader på incisiverne
<b>zone 3</b> (approksimal-karies)	alle approksimale flader på molarer samt distalfladerne på hjørnetænderne
<b>zone 2</b> (fissurkaries)	alle okklusale flader samt $053-053$ og $055+055$
<b>zone 1</b> (kariesfri)	kariesfri

#### Kariessværhedszoner i det permanente tandsæt

<b>zone 4</b> (incisiv- og glatfladekaries)	alle faciale/buccale og orale/palatinale flader (ekskl. $8^3, 7^3, 6^3-6^3, 7^3$ , $8^3$ , $8^5, 7^5, 6^5+6^5, 7^5, 8^5$ og $2^5$ , $1^5+1^5, 2^5$ ) samt mesialfladerne på hjørnetænderne og alle approksimale flader på incisiverne
<b>zone 3</b> (approksimal-karies)	alle approksimale flader på molarer og præmolarer samt distalfladerne på hjørnetænderne
<b>zone 2</b> (fissurkaries)	alle okklusale flader samt $83, 73, 63-63, 73, 83$ , $85, 75, 65+65, 75$ , $85$ og $2^5$ , $1^5+1^5, 2^5$
<b>zone 1</b> (kariesfri)	kariesfri

I den statistiske beskrivelse anvendes gennemsnit og standarddeviationer, samt fordelingstabeller. Med henblik på en hensigtsmæssig beskrivelse af de efterhånden meget skæve kariesfordelinger beregnes som noget nyt medianer, samt første og tredje kvartiler for def-s og DMF-S indices.

Forekomsten af initial karies beskrives i en selvstændig tabel (standardtabel 7), dels ved hjælp af en fordelingstabel, dels ved hjælp af gennemsnit og median med de relevante spredningsmål (standarddeviation, samt henholdsvis første og tredje kvartil).

Standardtabel 8 viser forekomsten af marginal parodontitis, og forekomsten af skader efter akutte mekaniske traumer og endodontisk behandling pga. karies.

Endelig beskrives i standardtabel 9 de tandstillingsfejl m.v., det er obligatorisk at indberette.

Kommunestatistikken (standardtabelsæt på kommuneniveau) sendes fra LEC direkte til kommunerne.

Amtsstatistikken (standardtabelsæt på amtsniveau) sendes fra LEC til Sundhedsstyrelsen, der videregiver statistikken til de respektive amter.

Landsstatistikken (standardtabelsæt på landsniveau) består af en supertotal, en landstotal for klinikkommuner samt en landstotal for praksiskommuner. Landsstatistikken sendes fra LEC til Sundhedsstyrelsen, der sørger for udsendelse til kommunerne.

### 3.6.2 Rekvisitionstabeller

Rekvisitionstabellerne er stort set uændrede, således som de kendes fra den tidligere brugervejledning [\[8\]](#).

---

## Fodnoter

[\[1\]](#) Bekendtgørelse nr. 411 af 26. maj 1994 af Lov om tandpleje m.v.

[\[2\]](#) Sundhedsstyrelsens retningslinier nr. 117 af 8. juni 1994 for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje

[\[3\]](#) Sundhedsstyrelsens cirkulæreskrivelse af 15. december 1992 til den kommunale tandplejeordning angående reduktion pr. 1. januar 1993 af indberetningspligtige årgange til SCOR-systemet.

[\[4\]](#) Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 493 af 8. juni 1994 om kommunal tandpleje

[\[5\]](#) Bekendtgørelse nr. 209 af 6. april 1999 om dentalrøntgenanlæg til intraorale optagelser med spændinger til og med 70 Kv

[\[6\]](#) Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling

[\[7\]](#) Sundhedsstyrelsens regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer, fastsat i henhold til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 493 af 8. juni 1994 om kommunal tandpleje, § 3, stk. 1, nr. 4.

[\[8\]](#) Sundhedsstyrelsen. Brugervejledning til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register. København 1988.