

OMFANGET AF OG KRAVENE TIL  
DEN KOMMUNALE OG  
REGIONALE TANDPLEJE

2006

Vejledning

# Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje

Vejledning

**Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje mv.**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

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

Emneord: Tandpleje, kommunal tandpleje, børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje, specialtandpleje, regional tandpleje, landsdels- og videnscenter, tandpleje i almen tandlægepraksis, praksistandpleje, anden tandpleje.

Kategori: Vejledning

Sprog: Dansk  
Version: 1,0  
Versionsdato: 9. august 2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-318-8

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juni 2006

Vejledning af 30. juni 2006 om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje.

I medfør af § 30 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 285 af 4. april 2006 om tandpleje fastsætter Sundhedsstyrelsen herved retningslinier for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje:

<b>Indledning</b>	<b>5</b>
<b>Målsætning</b>	<b>6</b>
<b>1 Børne- og ungdomstandpleje</b>	<b>10</b>
1.1 Personkreds	10
1.2 Organisation af tandplejetilbudet	11
1.2.1 Valg af andet behandlingstilbud	11
1.2.1.1 Valg af privat tandlægepraksis	12
1.2.1.2 Valg af anden kommunes offentlige tandklinik	13
1.2.2 Tandpleje for unge på 16 og 17 år	15
1.2.3 Tilkøb af ekstraydelser	16
1.3 Tandplejens indhold	16
1.3.1 Forebyggelse	17
1.3.2 Undersøgelse	17
1.3.2.1 Tilrettelæggelse af undersøgelser	18
1.3.3 Behandling	19
1.3.3.1 Behandlingsplan	19
1.3.3.2 Tandregulering	19
1.3.3.3 Patienter henvist til regionstandplejen	22
1.3.3.4 Kosmetisk behandling	22
1.3.3.5 Nødbehandling og tandskader	23
1.3.3.6 Behandling i generel anæstesi	23
1.3.3.7 Færdiggørelse af behandling	25
1.4 Overførsel af patienter til andet tandplejetilbud	27
1.4.1 Børn og unge under 18 år	27
1.4.1.1 Henvisning til specialtandpleje	27
1.4.1.2 Henvisning til regionstandpleje	27
1.4.1.3 Henvisning til odontologisk landsdels- og videnscenter	28
1.4.1.4 Henvisning til tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling	29
1.4.2 Unge på 18 år	29
1.4.2.1 Overførsel til praksistandpleje	29
1.4.2.2 Overførsel til omsorgstandpleje	29
1.5 Ledelse / administration	29
1.5.1 Klinikkommuner	29
1.5.2 Praksis- og udliciteringskommuner	30
1.5.2.1 Kommunens opgaver	30
1.5.2.2 De praktiserende tandlægers opgaver	31
1.6 Ansvarsfordeling i relation fritvalgsordningerne	31
1.6.1 Bopælskommunens opgaver	31
1.6.2 De praktiserende tandlæges opgaver	32

1.6.3	Behandlerkommunernes opgaver	32
1.7	Tværfagligt samarbejde	33
1.8	Koordination	33
1.9	Enhedernes størrelse	33
<b>2</b>	<b>Omsorgstandpleje</b>	<b>35</b>
2.1	Personkreds	35
2.2	Visitation	36
2.2.1	Viderehenvielse til specialtandplejen	36
2.3	Organisation af tandplejetilbudet	37
2.3.1	Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse	37
2.3.2	Rammeaftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelse	37
2.3.3	Fagligt ansvar for omsorgstandplejen	37
2.4	Tandplejens indhold	38
2.4.1	Forebyggelse	38
2.4.2	Undersøgelse	39
2.4.2.1	Tilrettelæggelse af undersøgelser	39
2.4.3	Behandling	39
2.4.3.1	Behandling i generel anæstesi	39
2.4.3.2	Færdiggørelse af behandling	40
2.5	Økonomi	40
2.6	Tværfagligt samarbejde	41
2.7	Koordination	41
<b>3</b>	<b>Specialtandpleje</b>	<b>42</b>
3.1	Personkreds	42
3.2	Visitation	42
3.3	Organisation af tandplejetilbudet	43
3.3.1	Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse	46
3.3.2	Rammeaftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelse	47
3.4	Tandplejens indhold	47
3.4.1	Forebyggelse	48
3.4.2	Undersøgelse	48
3.4.2.1	Tilrettelæggelse af undersøgelser	49
3.4.3	Behandling	49
3.4.3.1	Behandling i generel anæstesi	49
3.4.3.2	Færdiggørelse af behandling	50
3.5	Kvalitetssikring	50
3.6	Koordination	50
3.7	Økonomi	51
<b>4</b>	<b>Støtte til tandproteser</b>	<b>52</b>
4.1	Personkreds	52
4.2	Tilbudets indhold	52
<b>5</b>	<b>Regionstandpleje</b>	<b>53</b>
5.1	Personkreds	53
5.1.1	Patienter, der er udmeldt af børne- og ungdomstandplejen	53

5.1.2	Patienter, der tidligere har fravalgt tandreguleringsbehandling	53
5.1.3	Visitation i regionstandplejen	54
5.2	Organisation af tandplejetilbudet	55
5.2.1	Krav til regionstandplejens personale	55
5.2.1.1	Ikke-specialist behandling	55
5.2.2	Tandlægefaglig dokumentation for henvisning	56
5.2.3	Ansvarsfordeling	56
5.3	Tandplejens indhold	56
5.3.1	Konsultativ virksomhed	57
5.3.2	Undersøgelse og behandlingsplan	57
5.3.2.1	Regionstandplejens opgaver	57
5.3.2.2	Identifikation af patienter med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali	57
5.3.2.3	Identifikation af patienter til odontologisk landsdels- og videnscenter	58
5.3.3	Behandling	58
5.3.3.1	Tidligere udført ortodontisk behandling og retention	59
5.3.4	Færdiggørelse af behandling	61
5.4	Kvalitetssikring	61
<b>6</b>	<b>  Odontologisk landsdels- og videnscenter</b>	<b>62</b>
6.1	Personkreds	62
6.2	Organisation af tilbudet	62
6.2.1	Ansvarsfordeling	63
6.2.2	Samarbejde	63
6.3	Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold	64
6.3.1	Konsultativ virksomhed	64
6.3.2	Undersøgelse	64
6.3.3	Behandling	64
6.4	Kvalitetssikring	65
<b>7</b>	<b>  Tilskud til kræftpatienter og til patienter med Sjögrens Syndrom</b>	<b>67</b>
7.1	Strålebehandlede patienter	67
7.1.1	Specielle odontologiske problemer hos målgruppen	67
7.1.2	Tandplejens indhold	67
7.1.3	Ordningens omfang	68
7.1.4	Tilskud og egenbetaling	68
7.2	Kemoterapipatienter	69
7.2.1	Specielle odontologiske problemer hos målgruppen	69
7.2.2	Tandplejens indhold	69
7.2.3	Ordningens omfang	70
7.2.4	Tilskud og egenbetaling	70
7.3	Patienter med Sjögrens Syndrom	71
7.3.1	Specielle odontologiske problemer hos målgruppen	71
7.3.2	Tandplejens indhold	71
7.3.3	Ordningens omfang	71
7.3.4	Tilskud og egenbetaling	72

<b>8</b>	<b>Koordination</b>	<b>74</b>
8.1	Koordinationsudvalg	74
8.2	Samarbejdsudvalg	74
8.2.1	Regionstandpleje / odontologiske landsdels- og videnscentre	75
8.2.2	Økonomisk støtte til behandlinger udført i praksisstandplejen	75
8.2.3	Kommunal tandpleje	75
<b>9</b>	<b>Administration og ikrafttræden</b>	<b>76</b>
9.1	Befordringsgodtgørelse	76
9.2	Planlægning og indberetning	76
9.3	Videregivelse af journaler	76
9.4	Patientens selvbestemmelse / informeret samtykke	77
9.5	Forsøgsvirksomhed	77
9.6	Klageadgang	78
9.7	Ikrafttræden	78
<b>10</b>	<b>Bilag A: Principielle faglige udmeldinger</b>	<b>79</b>
10.1	Agenesi	79
10.1.1	Agenesi af én eller få tænder	79
10.1.1.1	Agenesi af 5+5 vs. agenesi af 5-5	79
10.1.2	Agenesi – andre tilfælde	80
10.1.3	Agenesi ved ekstrem vækstbetinget kæbeanomali	80
10.2	Ulykkesbetingede tandskader og tandtab	80
10.2.1	Ulykkesbetingede tandskader	80
10.2.2	Ulykkesbetingede tandtab	81
10.3	Autotransplantation og replantation ved agenesi og tandtab	82
10.3.1	Overlevelsesserater	82
10.3.1.1	Autotransplantation	82
10.3.1.2	Replantation	83
10.3.2	Ankylosering	83
10.3.3	Provisorisk vs. endelig behandling	84
10.3.4	Cost benefit overvejelser	84
10.3.5	Behandlingstilbud ved tandtab opstået inden det 18. år	85
10.3.5.1	Børne- og ungdomstandplejens forpligtelser	85
10.3.5.2	Regionstandplejens forpligtelser	86
10.4	Ektopiske tænder	87
10.5	Tanddannelsesforstyrrelser	87
10.5.1	Amelogenesis / Dentinogenesis / Odontogenesis Imperfecta	88
10.5.1.1	Behandlingsregi	88
10.5.1.2	Definition – svære tilfælde	88
10.5.1.3	Behandlingstilbud	89
10.5.2	Udtalte idiopatiske resorptioner / ankyloser m.v.	90
10.5.3	Dental fluorose	90
10.5.4	Stråleinducerede udviklingsforstyrrelser	90
10.5.5	Invaginationsmisdannelser	91
10.6	Juvenil paradontitis	91

10.7	Funktionsforstyrrelser i kæbeledet	91
10.8	Protetisk behandling	92
10.9	Behandling i relation til fysisk modenhed	92
<b>11</b>	<b>Bilag B: Anden tandpleje</b>	<b>93</b>
11.1	Hospitalsodontologi (tand-, mund- og kæbekirurgi)	93
11.1.1	Basisniveau	93
11.1.2	Lands- og landsdelsniveau	94
11.1.3	Kraniofaciale misdannelser	95
11.1.4	Generel tandbehandling af hospitalsindlagte patienter	95
11.2	Tandprotetisk rekonstruktion	97
11.2.1	Patienter, der har fået udført odontologisk fokussanering inden hjerteklapkirurgi	97
11.2.2	Patienter, der har fået udført odontologisk fokussanering inden strålebehandling på grund af kræft i hoved- og halsregionen eller på grund af alvorlige hæmatologiske lidelser	97
11.2.3	Patienter, der har fået foretaget kæberesektion	98
11.3	Behandling af patienter med læbe-ganespalte	99
11.3.1	Underretningspligt vedrørende børn med læbe- ganespalte	99
11.3.2	Behandlingsstrategier for patienter med læbe- ganespalte	99
11.3.3	Almen tandpleje for patienter med læbe- ganespalte – organisation og finansiering	99
11.3.4	Behandlingstilbudets omfang, bl.a. adgangen til revision af allerede udført behandling	99
11.3.5	Behandling på sygehus af patienter med læbe- ganespalte - organisation og finansiering	100
11.3.6	Behandling på taleinstitutterne af patienter med læbe- ganespalte – organisation og finansiering	101
11.3.6.1	Indtil 1. januar 2007	101
11.3.6.2	Efter 1. januar 2007	102
11.4	Orofacial regulationsterapi	103
<b>12</b>	<b>Bilag C: Sjældne sygdomme / handicap</b>	<b>105</b>
<b>13</b>	<b>Bilag D: Københavner-/ EU kriterier</b>	<b>106</b>
13.1	Københavnerkriterierne	106
13.2	EU-kriterierne	106
<b>14</b>	<b>Noter</b>	<b>107</b>



# Indledning

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har med bekendtgørelse nr. 285 af 14. april 2006 om tandpleje<sup>1</sup> i medfør af Sundhedsloven<sup>2</sup> på en række områder fastlagt regler om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje. Den efterfølgende vejledning skal i fortsættelse heraf betragtes som en række tandlægefaglige og administrative bidrag vedrørende udførelsen af de aktiviteter, der er omfattet af loven.

## Målsætning for tandplejen

Med sundhedslovens ikrafttræden er den målsætning, som tidligere var formuleret i tandplejelovens § 1 ophævet og erstattet af sundhedslovens § 1, hvor følgende målsætning er formuleret: ”Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte”.

Efter Sundhedsstyrelsen opfattelse er den tidligere generelle og brede målsætning for hele tandplejen samtidig gældende, idet den kan betragtes som en delformulering under sundhedslovenes overordnede målsætning: ”Tandplejens mål er, at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet”.

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

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

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

Med indførelsen af den amtskommunale tandpleje i 2001 er der herudover sket en forbedring i tandplejetilbudet for flere store patientgrupper. Det drejer sig om de sindslidende og udviklingshæmmede persongrupper, om børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, om kræftpatienter, der har modtaget strålebehandling eller kemoterapi, samt om patienter med Sjögrens Syndrom. Herudover er der med lovændringen i 2001 indført højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling af patienter med

sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund eller kæber samt højt specialiseret rådgivning eller behandling af børn med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse.

Det er i Danmark et grundlæggende princip, at sundhedsydelser bør gives på det organisatorisk laveste, fagligt forsvarlige og hensigtsmæssige niveau, ligesom der bør tages hensyn til lige adgang til kvalificerede sundhedsydelser.

Sundhedsloven fastsætter eksplicitte krav til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse, at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information samt et gennemslagsligt sundhedsvæsen med kort ventetid på behandling.

Med sundhedsloven sker der en omlægning af forpligtelsen til at varetage tandpleje for gruppen af sindslidende og udviklingshæmmede personer, idet kommunerne fremover skal varetage denne opgave.

Det skal i denne forbindelse præciseres, at det er den generelle, fagligt dokumenterede opfattelse, at kvaliteten i diagnostik og behandling øges med stigende erfaring.

Der vil derfor fremover være mulighed for, at kommunerne kan anmode regionerne om at varetage tandplejeopgaver i relation til den nye personkreds for kommunen.

Personer, der har bopæl her i landet, dvs. personer, der er tilmeldt til Folkeregisteret, har ret til lovens ydelser.

# 1 Børne- og ungdomstandpleje

## 1.1 Personkreds

Den forebyggende og behandlende børne- og ungdomstandpleje omfatter alle børn og unge under 18 år, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen. Børne- og ungdomstandplejen er vederlagsfri og et samlet tandplejetilbud.

Optagelse i den kommunale tandpleje sker automatisk ved barnets fødsel og forudsætter ikke tilmelding. Ved barnets optagelse i den kommunale tandpleje orienterer kommunen forældremyndighedens indehaver om, hvorledes kommunen har tilrettelagt sit tandplejetilbud. I denne forbindelse har kommunen pligt til at oplyse om de valgmuligheder, der foreligger inden for tandplejeområdet, herunder om de specielle regler for behandlerskift, egenbetaling og færdiggørelse, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse. Kommunen bør ved samme lejlighed orientere om de konsekvenser, de forskellige valg kan have, samt om de specielle ordninger for de 16-17 årige. Kommunen har en tilsvarende informationspligt over for de børn og unge, der allerede deltager i den kommunale tandpleje. Informationspligten omfatter endvidere de børn og unge, der flytter til kommunen, samt de børn og unge, der tidligere har været udmeldt af den kommunale tandpleje. Således gøres det muligt for barnet / den unge at træffe et hensigtsmæssigt valg på et fyldestgørende grundlag.

Udeblivelser kan ikke medføre, at et barn / en ung udelukkes fra børne- og ungdomstandplejen. Udmeldelse kan kun ske skriftligt, og da kun for det samlede tandplejetilbud. Udmeldelse indebærer, at kommunen ikke længere yder et vederlagsfrit tandplejetilbud eller yder tilskud til barnets / den unges tandpleje. Når børn under 16 år, der ønsker et andet behandlingstilbud end det, kommunalbestyrelsen vederlagsfrit stiller til rådighed, vælger at modtage kommunal tandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg, eller ved en anden kommunes tandklinik, er der således ikke tale om udmeldelse af børne- og ungdomstandplejen.

I visse situationer er det ud fra en tandlægefaglig vurdering hensigtsmæssigt at tilbyde et barn / en ung under 18 år vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje i en anden kommune end bopælskommunen. Hensigten hermed vil være - under hensyntagen til den almindelige omsorgspligt og under iagttagelse af sundhedslovens regler om patienters retsstilling - at sikre et sammenhængende tandplejetilbud i situationer, hvor såvel folkeregisterkommunen som opholdskommunen skønner dette nødvendigt. Såfremt dette er tilfældet, kan en anden kommune yde den af loven omfattede tandpleje og efter aftale med bopælskommunen afkræve denne refusion for de hermed forbundne udgifter. Det er op til kommunerne selv at træffe aftale om omfanget af refusion. Behandlerkommunens tandplejetilbud vil i sådanne tilfælde svare til det tilbud, der i øvrigt gives børn og unge med bopæl i kommunen. Med en sådan aftale flyttes ansvaret for at yde vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje fra bopælskommunen til behandlerkommunen. Samtidig ophører barnets / den unges mulighed for at modtage vederlagsfri tandpleje i bopælskommunen. Der vil med en sådan ordning ikke være tale om en fritvalgssituation, jf. reglerne i bekendtgørelsens §§ 4-6, hvorfor reglerne om egenbetaling heller ikke finder anvendelse. Unge på 16 og 17 år vil dog altid kunne vælge at modtage vederlagsfri tandpleje i privat praksis efter eget valg jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3.

For børn og unge under 18 år, der har ophold på døgninstitutioner omfattet af § 67 i lov om social service, kan kommunalbestyrelsen tilvejebringe det vederlagsfrie tilbud om børne- og ungdomstandpleje på egne klinikker eller ved at indgå aftale herom med kommunalbestyrelsen i den kommune, hvor institutionen er beliggende. Vælger bopælskommunen at overlade udførelsen af opgaven til den kommune, hvor institutionen er beliggende, er denne forpligtet til, efter nærmere aftale med bopælskommunen, at stille behandlingstilbud til rådighed. De med tandplejen forbundne udgifter afholdes af bopælskommunen.

Da der for børn og unge med ophold på døgninstitutioner omfattet af § 67 i lov om social service ofte er tale om, at bopælskommunen geografisk set er beliggende langt væk institutionen, og da der kan være tale om akutte behandlinger, hvor behandling bør ydes hurtigt, finder Sundhedsstyrelsen det ud fra patienternes tarv mest hensigtsmæssigt, at det er den kommune, hvor institutionen er beliggende, der varetager børne- og ungdomstandplejen for de børn og unge.

Nogle af børnene på § 67 institutioner vil på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne have behov for et specialiseret tandplejetilbud, der ikke kan tilbydes i børne- og ungdomstandplejen. Disse børn skal visiteres til behandling i specialtandplejen. De hermed forbundne udgifter påhviler bopælskommunen.

## 1.2 Organisation af tandplejetilbudet

Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandplejen er de samme, hvad enten tandpleje ydes på offentlig klinik eller hos praktiserende tandlæge.

Tandplejen er vederlagsfri for de børn og unge, der vælger at benytte det af bopælskommunen tilrettelagte tilbud om tandpleje, samt for de 16-17 årige, der vælger praktiserende tandlæge.

Kommunalbestyrelsen kan beslutte at tilbyde børne- og ungdomstandpleje på offentlige klinikker (klinikkommuner), hos praktiserende tandlæger, der har indgået aftale med kommunen, eller ved en kombination af disse ordninger. Såfremt kommunen helt eller delvis tilrettelægger tandplejen hos praktiserende tandlæger, kan der enten være tale om, at barnet / den unge frit kan vælge mellem alle praktiserende tandlæger (praksiskommuner), eller at kommunen indgår aftale med en eller flere praktiserende tandlæger om opgavens løsning (udliciteringskommuner).

For børn og unge, der vælger et andet behandlingstilbud end de ovenfor nævnte, vil der kunne opkræves egenbetaling, jf. 1.2.1.

### 1.2.1 Valg af andet behandlingstilbud

Børn under 16 år, der ønsker et andet behandlingstilbud end det, kommunalbestyrelsen vederlagsfrit stiller til rådighed, kan vælge at modtage børne- og ungdomstandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg, eller ved en anden kommunes tandklinik. Uanset hvilket valg, der træffes, gælder dette det samlede tandplejetilbud.

Valg af andet behandlingstilbud, jf. bekendtgørelsens §§ 4 og 5, er ikke ensbetydende med at barnet / den unge melder sig ud af børne- og ungdomstandplejen.

Reglerne for omfanget af og for kravene til børne- og ungdomstandplejen er derfor også de samme, hvad enten der er tale om det behandlingstilbud, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, eller der er tale om et behandlingstilbud, som barnet / den unge selv har valgt.

I de tilfælde, hvor barnet vælger et andet behandlingstilbud end det, kommunen stiller til rådighed, er det den valgte praktiserende tandlæge eller behandlerkommune, der overtager ansvaret for, at barnet / den unge får tilbudt den af reglerne omfattede tandpleje.

Når børn under 16 år vælger et andet behandlingstilbud end det af kommunen tilrettelagte, bør kommunen således informere forældremyndighedens indehaver om konsekvenserne af dette valg, herunder ansvarsfordelingen, jf. 1.6.

Kommunalbestyrelsen i bopælskommunen kan beslutte, at børn og unge, der vælger at skifte mellem forskellige behandlingstilbud, tidligst kan skifte tilhørsforhold igen et år efter seneste behandlerskift. Denne bestemmelse begrundes dels i administrative og planlægningsmæssige forhold, dels i det forhold, at der derigennem åbnes mulighed for, at den enkelte behandlingsinstans herved gives et tidsmæssigt rum til at udføre tandpleje i henhold til bekendtgørelsens § 2. Kommunalbestyrelsen kan således fastlægge, at skift af tilhørsforhold tidligst kan ske eksempelvis tre eller seks måneder efter seneste behandlerskift. Såfremt specielle forhold taler derfor, bør kommunalbestyrelsen dog åbne mulighed for at dispensere fra en sådan generel regel. Kommunalbestyrelsen kan ikke fastsætte regler vedrørende behandlerskift for en periode, der strækker sig ud over et år. Barnet / den unge er således sikret generel adgang til nyt behandlerskift et år efter seneste behandlerskift.

Vedrørende de særlige regler for behandlerskift, når et barn / en ung er midt i en konkret påbegyndt behandling, jf. bekendtgørelsens § 6, henvises til 1.3.3.7 (Færdiggørelse af behandling).

#### 1.2.1.1 Valg af privat tandlægepraksis

I kommuner, hvor børne- og ungdomstandplejen er tilrettelagt på offentlige klinikker og / eller hos en eller flere tandlæger, kan barnet / den unge vælge at modtage tandplejen hos praktiserende tandlæge efter eget valg.

Valget gælder det samlede tandplejetilbud, dvs. såvel almen tandpleje som tandregulering.

I de tilfælde, hvor kommunens vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje er tilrettelagt således, at kommunen både anvender offentlige klinikker og praktiserende tandlæger efter eget valg, omfatter et eventuelt valg af privat tandlægepraksis kun den del af tandplejen, som kommunen tilbyder på offentlige klinikker, jf. bekendtgørelsens § 4, stk. 2. Der vil derfor kun blive tale om egenbetaling for denne del af barnets tandpleje. Der henvises i øvrigt til 1.6 vedrørende ansvarsfordeling.

Ved valg af privat tandlægepraksis oplyser forældremyndighedens indehaver over for bopælskommunen navnet på den / de tandlæge/-r, der er valgt til at udføre almen tandpleje hhv. tandregulering for det pågældende barn. Det vil være hensigtsmæssigt, at en sådan meddelelse sker skriftligt.

Der gælder særlige regler for iværksættelse af tandregulering og andre særligt kostbare behandlingsydelser, for hvilke der ikke er fastsat betalingstakster, når disse ydes i privat praksis for børn og unge, der har valgt dette tilbud i stedet for det tilbud, kommunen vederlagsfrit har stillet til rådighed. Kommunalbestyrelsen kan bestemme, at iværksættelse af sådanne ydelser først må finde sted, når kommunalbestyrelsen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I relation hertil kan kommunalbestyrelsen have fastsat, hvilke ydelser der kan iværksættes uden forhåndsgodkendelse. Såfremt der opstår behov for iværksættelse af sådanne ydelser, der kræver forhåndsgodkendelse, skal ansøgning herom indgives til kommunen, så snart behandlingsbehovet erkendes, og det ud fra en tandlægefaglig vurdering er indiceret at udføre den omhandlede behandling.

Finansiering: Behandling i privat tandlægepraksis honoreres dels gennem tilskud fra bopælskommunen, dels gennem egenbetaling. Visse forudsætninger skal være opfyldt for at opnå bopælskommunens tilskud til tandpleje: Dels skal forældremyndighedens indehaver have orienteret kommunalbestyrelsen om barnets / den unges valg af tandlæge, før ydelserne modtages hos denne. Dels skal barnet / den unge have overholdt de regler om behandlerkift, som kommunalbestyrelsen eventuelt har fastsat. For nødbehandling gælder særlige regler, jf. afsnit 1.3.3.5.

*Tilskud fra bopælskommunen:* For børn under 16 år, der vælger at modtage tandpleje i privat praksis efter eget valg, yder bopælskommunen et tilskud på 65 % af udgifterne til forebyggende og behandlende tandpleje i privat praksis. Dette gælder ligeledes, når børn med tandstillingsfejl henvises til konsultation hos specialtandlæge, jf. bekendtgørelsens bilag 1, samt for tandreguleringsydelser og andre særligt kostbare behandlingsydelser, som er iværksat efter godkendelse af kommunalbestyrelsen, og hvor kommunalbestyrelsen har godkendt behandlingstilbuddet. Bopælskommunen betaler tilskuddet direkte til den praktiserende tandlæge efter opkrævning fra denne.

*Egenbetaling:* Patientens egenbetaling til den valgte tandlæge / specialtandlæge udgør således 35 %.

*Tilkøb af ekstraydelser:* Se 1.2.3.

#### 1.2.1.2 Valg af anden kommunes offentlige tandklinik

Uanset om kommunen har tilrettelagt sin børne- og ungdomstandpleje på offentlige klinikker, hos praktiserende tandlæger, der har indgået aftale med kommunen, eller ved en kombination af disse ordninger, kan børn og unge vælge at modtage børne- og ungdomstandpleje ved en anden kommunes tandklinik.

I sådanne tilfælde orienterer forældremyndighedens indehaver kommunalbestyrelsen i bopælskommunen om, hvilken kommune forældrene har valgt til at varetage barnets eller den unges tandpleje, samt at der foreligger accept fra den valgte kommune (behandlerkommunen). Dette bør finde sted, inden barnet / den unge påbegynder tandpleje i den anden kommunes tandklinik. Af hensyn til dokumentation kan det være hensigtsmæssigt, at orienteringen sker skriftligt.

Valget gælder det samlede tandplejetilbud. Når barnet / den unge vælger en anden kommunes tandklinik, iværksættes en eventuel tandreguleringsbehandling i henhold til den ordning behandlerkommunen i øvrigt stiller til rådighed for de børn og unge, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen.

Hvis en kommunalbestyrelse skønner, at kommunen ikke uden udvidelse af sin behandlingskapacitet kan overholde sin forpligtelse i forhold til de børn og unge, der bor i kommunen, kan kommunen af kapacitetsmæssige grunde afvise at modtage børn og unge fra andre kommuner. Det samme forhold gør sig gældende, hvis kommunalbestyrelsen skønner, at kommunens egne børn vil komme til at vente betydelig længere på et behandlingstilbud, f.eks. tandregulering, hvis der optages børn fra andre kommuner. En sådan eventuel beslutning må baseres på såvel individuelle som generelle skøn.

Med henblik på at udøve et individuelt skøn, bør bopælskommunen fremsende udskrivningsoplysninger, herunder oplysninger om ortodontisk behandlingsbehov, således at den potentielle behandlerkommune kan tage stilling til, om man har tilstrækkelig kapacitet til at modtage barnet / den unge.

Om end en beslutning om afvisning af børn og unge fra andre kommuner er behandlerkommunens alene og dermed må tilrettelægges lokalt, kan det være hensigtsmæssigt, at mere generelle kriterier tages op til drøftelse i det af koordinationsudvalget nedsatte samarbejdsudvalg på området vedrørende kommunal tandpleje, jf. Kapitel 8.

Såfremt et barn / en ung under 18 år vælger at modtage børne- og ungdomstandplejetilbudet ved en anden kommunes tandklinik, kan kommunalbestyrelsen i bopælskommunen beslutte at færdiggørelse af konkret påbegyndte behandlinger skal ske der, hvor behandlingen er påbegyndt.

**Finansiering:** Behandlerkommunens udgifter til tandpleje finansieres dels gennem refusion fra bopælskommunen dels igennem eventuel opkrævning af egenbetaling fra patienten.

**Refusion fra bopælskommunen:** Bopælskommunen betaler behandlerkommunen et beløb, der svarer til bopælskommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i børne- og ungdomstandplejen. Både udgifter til tandregulering og til almen tandpleje indgår ved opgørelsen af den gennemsnitlige udgift. Bopælskommunen betaler tilskuddet direkte til behandlerkommunen.

Betalingen kan højst udgøre et beløb, der svarer til behandlerkommunens gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale tandpleje. Udregning af denne må basere sig på alle direkte og indirekte omkostninger, der er forbundet med opgavevaretagelsen. Af direkte omkostninger kan nævnes løn inkl. pensionsbidrag og andre løndele samt over- og merarbejde, tjenesterejser, materialer og specielt anskaffet apparatur. For børn og unge, der behandles i privat tandlægepraksis, vil de direkte omkostninger f.eks. vedrøre honorering af tandplejeydelser i privat praksis. I kommuner, der har udliciteret børne- og ungdomstandplejen, vil de direkte omkostninger f.eks. udgøre den pris, der er aftalt for varetagelsen af opgaven. Af indirekte omkostninger kan der være tale om indirekte lønomkostninger, andel af fællesomkostninger til f.eks. ledelse, administration, husleje, udstyr, udvikling m.v. og lovpligtige forsikringer, pensionsforpligtelser, forrentning af driftskapital, forrentning og afskrivning af anlægsværdier samt beregnede omkostninger for faciliteter i øvrigt, der er stillet til rådighed ved opgavevaretagelsen. For nærmere vejledning henvises til kapitel 9 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets Budget- og Regnskabsystem<sup>3</sup>, hvor der er en generel vejledning om omkostningskalkulationer.

*Egenbetaling:* Såfremt de gennemsnitlige udgifter pr. barn er større i behandlerkommunen end i bopælskommunen, kan behandlerkommunen, hvis den ønsker det, opkræve en egenbetaling for børn og unge fra andre kommuner. Egenbetalingen vil i sådanne tilfælde svare til forskellen mellem den gennemsnitlige udgift pr. barn i den kommunale tandpleje i henholdsvis behandlerkommunen og bopælskommunen.

### 1.2.2 Tandpleje for unge på 16 og 17 år

Uanset om kommunen har besluttet at tilrettelægge ungdomstandplejen på offentlige klinikker eller har indgået aftale med én eller flere tandlæger om varetagelse af opgaven, foreligger der for unge på 16 og 17 år særlige valgmuligheder, jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3 og 4.

Unge på 16 og 17 år kan vælge at modtage det vederlagsfri kommunale tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge efter eget valg. Unge, der vælger denne løsning, meddeler kommunen, hvilken tandlæge de ønsker at benytte.

I det tilfælde, hvor bopælskommunen har oprettet offentlig klinik, kan den unge imidlertid altid vælge at modtage det kommunale tandplejetilbud her, også i de tilfælde, hvor kommunen har besluttet at tilrettelægge tandplejen for unge på 16 og 17 år hos praktiserende tandlæger.

Endeligt er det muligt for de 16-17 årige at vælge en anden kommunes tandklinik, ligesom det er muligt for dem fortsat at modtage tandplejetilbudet der, hvis de har valgt dette før 16-årsalderen. For 16-17 årige, der vælger denne løsning, vil de ovenfor refererede regler om egenbetaling stadig være gældende, indtil den unge fylder 18 år, jf. bekendtgørelsens §§ 5 og 27. De 16-17 årige har således ikke ret til vederlagsfri tandpleje ved valg af en anden kommunes tandklinik.

Det påhviler bopælskommunen at oplyse om, hvorledes ordningen for de 16- og 17-årige er tilrettelagt i kommunen og om de valgmuligheder, der foreligger for de 16-17 årige. I den forbindelse bør der samtidig oplyses om de eventuelle beslutninger, kommunalbestyrelsen har truffet vedrørende færdiggørelse af påbegyndte behandlinger.

For 16-17 årige, der deltager i bopælskommunens vederlagsfrie tandplejetilbud, vil det være hensigtsmæssigt at tilrettelægge valgproceduren således, at den unge kun skal melde tilbage til kommunen, hvis der ønskes et andet tandplejetilbud end det, kommunen generelt har fastlagt.

For unge, der, når de fylder 16 år, modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge efter eget valg, vil det ligeledes være hensigtsmæssigt at tilrettelægge valgproceduren således, at den unge kun skal melde tilbage til kommunen, hvis der ønskes et andet tandplejetilbud end det allerede valgte.

Kommunen har mulighed for at beslutte, at tandregulering samt andre særligt kostbare behandlingsydelser, der ydes i privat praksis, først må iværksættes, når kommunen har godkendt iværksættelsen samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, hvilke ydelser der kan iværksættes uden forhåndsgodkendelse.



Hvis den unge ønsker en anden eller dyrere behandling, end den kommunen ønsker at godkende, kan den unge få refunderet et beløb svarende til prisen på den behandling, som kommunalbestyrelsen har godkendt, jf. nedenfor 1.2.3.

### 1.2.3 Tilkøb af ekstraydelser

For børn under 16 år, der efter eget valg modtager behandling hos praktiserende tandlæge, samt for 16-17 årige, der modtager tandpleje i privat tandlægepraksis (uanset om dette er kommunens tandplejeordning for de 16-17 årige eller om det er efter eget valg), giver bekendtgørelsen hjemmel til, at der kan tilkøbes en anden eller dyrere behandling end den, der kan godkendes af kommunen.

Såfremt barnet, der efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge, ønsker en anden eller dyrere behandling end den, kommunen kan godkende, kan barnet få refunderet et beløb, der svarer til 65 % af det beløb, kommunen oprindeligt har godkendt.

For unge på 16 og 17 år, der modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge, refunderer kommunalbestyrelsen et beløb, der svarer til prisen på den behandling, som kommunalbestyrelsen har godkendt.

Der er ikke mulighed for at købe sig til dyrere ydelser i det vederlagsfri tandplejetilbud i bopælskommunen. Det gælder både i klinikkommuner, udliciteringskommuner og praksiskommuner. I praksiskommuner gælder dette dog kun for børn og unge under 16 år, jf. ovenfor. Forældre til børn under 16 år, der i praksiskommuner ønsker at få mulighed for at købe sig til en anden eller dyrere behandling, end den, kommunen kan godkende, må fravælge det vederlagsfri tandplejetilbud og i stedet vælge privat tandlægepraksis med et tilskud på 65 %. Valg af privat praksis gælder det samlede tandplejetilbud.

Der er heller ikke hjemmel til tilkøbsydelser for børn og unge, der modtager tandpleje i en anden kommunes kliniktandpleje, eller for 16-17 årige, som har valgt at modtage tandpleje på bopælskommunens offentlige klinik

## 1.3 Tandplejens indhold

Sundhed skabes i et samspil mellem den enkelte og omgivelserne. Den *enkelte* har ansvaret for sit eget liv og har ret til at leve livet efter eget ønske, men de valg, den enkelte foretager, vil altid have konsekvenser. Det *offentlige* har et ansvar for at skabe gode rammer for den enkeltes sundhed og for indsats for sundhed. Det sker gennem lovgivning, planlægning m.v. og gennem ydelser og tilbud. Det sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen, ved at bidrage til udvikling af nye metoder og ved at formulere fælles mål og strategier for indsatsen. I Folkesundhedsprogrammet uddybes disse forhold yderligere<sup>4</sup>.

Børne- og ungdomstandplejen har som mål at søge at fremme det enkelte barns fysiske, psykiske og sociale trivsel ved at medvirke til, at tand-, mund- og kæberegionen udvikles og bevares i god funktionsdygtig stand gennem opsøgende og behovsorienteret tandpleje, der omfatter forebyggelse, herunder fremme af sunde kostvaner og god mundhygiejne, undersøgelse og behandling af sygdomstilstande og -følger, anomalier, skader og funktionsforstyrrelser. For børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, skal

tandplejen udføres i samarbejde med regionstandplejen og de odontologiske landsdels- og videnscentre (jf. Kapitel 5 og 6).

Udebliver et barn / en ung gentagne gange fra de regelmæssige tandlægelige undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer barnet at følge tandlægens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje, bør der etableres kontakt med forældremyndighedens indehaver med henblik på - i samarbejde med hjemmet og / eller andre nøglepersoner i barnets / den unges omgivelser - at søge at sikre den regelmæssige tandpleje. Dersom enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning i denne henseende er forgæves, meddeles forældremyndighedens indehaver, at man fagligt må fralægge sig ansvaret for barnets / den unges tandpleje, idet man ikke ser sig i stand til at gennemføre tandplejen i overensstemmelse med lovens intentioner om at sikre et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling. Der henvises til 1.6 vedrørende ansvarsfordeling.

### 1.3.1 Forebyggelse

Forebyggelsesvirksomhed i børne- og ungdomstandplejen omfatter såvel sundhedsfremme som forebyggelse. I tandplejesammenhæng sigter sundhedsfremme mod at lette de valg, der fremmer oral sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence. Sundhedsfremme (health promotion) er ikke en isoleret tandplejeaktivitet, men en indsats, der er integreret med sundhedsvæsenets øvrige sundhedsarbejde. Forebyggelse er en mere specifik aktivitet rettet mod at hindre orale sygdomme i at opstå (primær forebyggelse) eller tidlige orale sygdomstilstande i at videreudvikle sig (sekundær forebyggelse)<sup>5</sup>.

Orale sygdomme kan, ligesom mange almene kroniske sygdomme, i mange tilfælde relateres til en række fælles risikofaktorer. De forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger omfatter blandt andet oplysningsvirksomhed om betydningen af en sund, funktionsdygtig tand-, mund- og kæberegion, herunder om god mundhygiejne og betydningen af hensigtsmæssig kost samt følgerne af ugunstige orale vaner.

Der skal lægges vægt på motivation til hensigtsmæssig tandpleje og oral sundhed i videste forstand også efter afsluttet deltagelse i børne- og ungdomstandplejen. På denne baggrund vil det ligeledes være relevant at inddrage betydningen af uhenigtsmæssig brug af læskedrikke samt af tobak for den orale sundhedstilstand.

Endeligt omfatter virksomheden instruktion i regelmæssig hjemmetandpleje samt medikamentel profylakse og behandling.

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

### 1.3.2 Undersøgelse

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

Kommunen kan, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 3, fastsætte generelle retningslinier vedrørende hyppigheden af indkaldelse af børn og unge til undersøgelse. Kommu-

nen bør i denne forbindelse henholde sig til Sundhedsstyrelsens eventuelle udmeldinger vedrørende hensigtsmæssige undersøgelsesintervaller. Eventuelle generelle kommunale retningslinier må ikke stille sig hindrende i vejen for at indkalde børn og unge med kortere intervaller til kontrol og forebyggende indsats, såfremt individuelle hensyn taler derfor (se endvidere 1.3.2.1).

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

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

Forældre, der ikke følger barnet til undersøgelserne, orienteres om barnets tandmund- og kæbeforhold ved indtrådte væsentlige ændringer i forhold til tidligere undersøgelser.

#### 1.3.2.1 Tilrettelæggelse af undersøgelser

Ud fra en faglig betragtning – og med den viden, der foreligger i dag – anses en regelmæssig tilknytning til tandplejesystemet som hensigtsmæssig, idet denne kan bidrage til reduktion af risikofaktorer, sygdomsforekomst og sygdomsudvikling i befolkningen.

Tandpleje skal sikre, at den enkelte person gives mulighed for at opnå den størst mulige tandplejemæssige sundhedsgevinst for de ressourcer, samfundet og den enkelte stiller til rådighed. Hyppigheden af undersøgelser skal således baseres på det kendskab, vi har til tandsygdommens udvikling, og hverken til traditioner eller administrative forhold.

Baggrunden for at foretage regelmæssig undersøgelse – uanset i hvilket regi tandplejen tilbydes – er at danne et grundlag for diagnostik, behandlingsplanlægning og dermed intervention og / eller behandling, afhængigt af graden og karakteren af sygdomsaktiviteten. Denne betragtning er grundlæggende og betydningsfuld både i relation til det enkelte individs sundhed, men også ud fra en ressourcemæssig betragtning.

Tandplejens personkreds befinder sig i hele skalaen fra totalt fravær af sygdomsaktivitet og risikofaktorer til udpræget manifestation af samme. Både for personer med tidligere og aktuel sygdomsaktivitet og tilstedeværelse af risikofaktorer og for personer med fravær af sygdom vil der ud over regelmæssige undersøgelser være behov for forebyggende og / eller sundhedsfremmende indsats.

Det væsentlige i denne sammenhæng er således at holde begrebet ”undersøgelse” adskilt fra begrebet ”indkaldelse”.

Undersøgelser af såvel personer med tidligere og aktuel sygdomsaktivitet og tilstedeværelse af risikofaktorer som personer med fravær af sygdom vil kunne lægges i relativt faste rammer ud fra det kendskab, vi i dag har til de orale sygdommes naturhistorie, og tilrettelægges med intervaller, der er hensigtsmæssige med henblik

på at danne grundlag for eventuel intervention og behandling i forhold til nyopstået sygdom siden sidste undersøgelse.

Alt efter, hvor personen befinder sig på skalaen mellem sundhed og sygdom, vil der herudover være graderet behov for indkaldelse til regelmæssig og specifik forebyggende indsats rettet mod reduktion af de intraorale risikofaktorer, som f.eks. plaqueforekomst. Denne aktivitet kan typisk udføres hos tandplejer eller klinikassistent.

### 1.3.3 Behandling

Børne- og ungdomstandplejen skal medvirke til, at tand-, mund- og kæberegionen udvikles og bevares i god funktionsdygtig stand. Tandbehandling hos enhver patient bør forudgås af en behandlingsplanlægning, der baseres på anamnese, individuel undersøgelse og diagnostik.

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

#### 1.3.3.1 Behandlingsplan

Hos patienter med behandlingsbehov, som ligger (langt) ud over, hvad der sædvanligvis ses, vil en forudsætning for at bevare tandsættet i god funktionsdygtig stand være en intensiv indsats fra såvel tandplejepersonalet som fra patientens side. Indsatsen bør rettes imod at eliminere eller reducere de ætiologiske faktorer, der ligger til grund for det store behandlingsbehov. Fastlæggelse af endelig behandlingsplan vil afhænge af forløbet af denne forudgående hygiejnefase, idet der i mange situationer vil være flere forskellige behandlingsmuligheder, som må holdes op imod hinanden i et samlet, tandlægefagligt bedste skøn. For enhver patient må valg af behandling derfor baseres på en konkret, individuel tandlægefaglig vurdering, hvorunder der finder en samlet afvejning sted af de fordele og ulemper, der er forbundet med de konkrete behandlingsmuligheder. En sådan helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet bør således medføre, at behandlingstiltaget giver patienten en blivende tandsundhedsgevinst.

#### 1.3.3.2 Tandregulering

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. Eksempelvis bør der ved bedømmelse af et eventuelt behandlingsbehov tages hensyn til, om den nuværende okklusion kan regnes for at være en relativt stabil, eller om man må forvente en uheldig udvikling af okklusionen (se endvidere bekendtgørelsens bilag 1 - Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer).

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.

Tandreguleringsbehandlinger varierer i omfang som følge af faktorer som tidsforbrug samt kompleksiteten af det anvendte apparatur.

Små behandlinger er typisk tidlige, interceptive (forebyggende) behandlinger, der sigter imod - i visse tilfælde allerede i 7-8 års alderen - at gribe ind over for en udvikling, der vil medføre alvorlige tandstillingsfejl senere. Tidsforbruget er sædvanligvis 6-12 måneder (evt. mindre) i aktiv behandling. Apparaturet er relativt simpelt, med afgrænset virkningsmekanisme, og placeret i én kæbe. Der kan i princippet anvendes såvel fastsiddende som aftageligt reguleringsapparat.

Store behandlinger er typisk sene, korrektive behandlinger, der både er komplicerede og ressourcekrævende. Tidsforbruget er over 12 måneder. Apparaturet er komplekst virkende, og det omfatter ofte en kombination af fastsiddende og / eller aftageligt apparatur. Således anvendes ofte fastsiddende apparatur i begge kæber eller større aftageligt apparatur, evt. i flere udgaver. Behandlingerne foretages som regel senere / sent i tandskiftet eller i de tilfælde hvor en tidlig behandling ikke har været tilstrækkelig.

Tilbud om tandreguleringsbehandling fremsættes på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Det betyder, at tilbud om en række behandlinger bør fremsættes i ganske ung alder. Det drejer sig f.eks. om krydsbid, tvangsført mandibulært overbid og ektopiske hjørnetænder. Om end nogle børn, der har modtaget interceptiv behandling, efterstående vil få behov for en korrektiv behandling, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at en ikke uvæsentlig del af en årgang bør tilbydes interceptiv behandling i en tidlig alder, idet interceptive behandlinger kan medvirke til at reducere omfanget af større, korrektive behandlinger senere. Ligeledes kan tidlig interceptiv behandling hos patienter med sådanne afvigelser i ansigtets normale vækstmønster, at en kombineret ortodontisk-kirurgisk behandling kan forudses, medføre en reduktion i størrelsen af de senere kirurgiske flytninger og hermed en mindre kompliceret kirurgi, idet stabiliteten og kvaliteten af behandlingsresultatet er afhængig af funktionen af bløddele og muskler, som ikke lader sig ændre på én gang.

Al ortodontisk behandling forudsætter omhyggelig information af patient og forældre med en klar anvisning af, hvilket ansvar patient og forældre har for behandlingens gennemførelse. Som optakt til en hvilken som helst tandreguleringsbehandling skal der herudover altid foretages en vurdering af, om den respektive behandling er realistisk at gennemføre. Især forhold som samarbejde og ikke mindst den enkelte patients vilje og evne til at renholde tænder og tandreguleringsapparat er meget væsentlig for at kunne gennemføre en behandling. Der kan under et tandreguleringsforløb ske uoprettelige skader på tænder og støttevæv, hvis der ikke foretages et tilfredsstillende renhold. I de tilfælde, hvor der i det daglige og inden påbegyndelse af behandling ikke kan tilvejebringes en god mundhygiejne, er det derfor kontraindiceret at foretage tandreguleringsbehandling<sup>6</sup>.

Tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet. Ortodontisk undersøgelse er derfor en integreret del af de regelmæssige un-

dersøgelser i børne- og ungdomstandplejen. Dette sikrer dels en rettidig udvælgelse af børn, der har behov for tidlig ortodontisk behandling, dels at alle børn med tandstillingsfejl kommer til konsultation hos en specialtandlæge med henblik på vurdering af behandlingsbehovet. I denne konsultation deltager barnets sædvanlige tandlæge. Det skønnes ikke nødvendigt at lade børn, der ikke har tandstillingsfejl, undersøge af specialtandlæge. Barnets sædvanlige tandlæge forventes at være i stand til at foretage en sådan vurdering, der skal journalføres.

Som nævnt fremsættes tilbud om tandreguleringsbehandling på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Afslår forældremyndighedens indehaver behandling på dette tidspunkt, kan der ikke senere rejses krav om gennemførelse inden af en behandling, som i mellemtiden kan have udviklet sig til en mere ressourcerekrævende opgave. Hvis kommunen har besluttet, at et senere opstået ønske om tandregulering ikke vil blive imødekommet, skal forældre eller barn, jf. 9.4 (Patientens selvbestemmelse / informeret samtykke) informeres om denne praksis straks, når forældre eller barn afslår behandling. Afgørelsen af, om et ønske fra forældre eller barn om at iværksætte en ortodontisk behandling på et senere tidspunkt inden det 18. år alligevel vil kunne efterkommes, ligger hos kommunen. Her vurderes det, under hvilke omstændigheder det oprindelige afslag på behandlingen er foregået, og om tandplejens ressourcer kan bære en gennemførelse af en sådan tandreguleringsbehandling.

Ved valg af privat praksis, jf. bekendtgørelsens § 4, er det den valgte tandlæge, der dels er ansvarlig for, at ortodontisk undersøgelse indgår i de regelmæssige, generelle undersøgelser af barnet / den unge, dels er ansvarlig for, at børn med tandstillingsfejl henvises til konsultation hos specialtandlæge. Der er ikke hjemmel til, at den kommunale tandpleje mod betaling tilbyder ortodontisk visitation af de børn, der efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge.

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

Da kommunens forpligtelse over for børn og unge ophører, når den pågældende fylder 18 år, kan kommunen ikke tilbyde 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 regionstandplejerelateret behandlingstilbud udført i henhold til bekendtgørelsens formulering om, at regionsrådet kan beslutte at indgå aftale med praktiserende tandlæger eller børne- og ungdomstandplejen om varetagelse af opgaver, der kan løses af disse.

Såfremt børne- og ungdomstandplejen i meget sjældne tilfælde skønner, at der skulle være særlig faglig indikation for at udskyde tandreguleringsbehandling til efter det 18. år, bør dette således udelukkende finde sted i samråd med regionstandplejen, hvorfra tandreguleringstilbudet i påkommende tilfælde skal fremsættes.

Dette samråd skal finde sted i god tid inden den unge forlader børne- og ungdomstandplejen. Se endvidere 5.3.3.1.

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

#### 1.3.3.3 Patienter henvist til regionstandplejen

For patienter, der er henvist til behandling i regionstandplejen, skal den behandling, der kan udføres i den kommunale tandplejes regi, udføres der. Således bør tandreguleringsbehandling udføres og afsluttes af den specialtandlæge, der er tilknyttet kommunens ortodontiske service. Grundlæggende udfører børne- og ungdomstandplejen dermed ortodontisk behandling for de patienter, der efterstående skal modtage endelige specialbehandling i regionstandplejen. Om end tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet, er det således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at børne- og ungdomstandplejen som hovedregel afslutter den ortodontiske behandling inden det kommunale tandplejetilbuds ophør.

Udgifter til tandbehandling, der udføres i den kommunale tandpleje som led i et regionalt tandplejetilbud, påhviler den kommunale tandpleje indtil barnet fylder 18 år. Undersøgelsesydelse, f.eks. røntgenbilleder, studiemodeller ol., der ikke er særligt vanskelige, og som ikke kræver et nært samarbejde mellem de forskellige dele af regionstandplejens odontologiske team, og som dermed kan udføres af børne- og ungdomstandplejen, er ligeledes omfattede af disse regler.

Det vil her være nødvendigt med et velfungerende samarbejde mellem regionstandplejen og børne- og ungdomstandplejen, idet det vil være af betydning for det samlede behandlingsresultat, at patientens tandsæt er velforberedt til de eventuelle behandlingselementer, der kræver specialtandplejens ekspertise og / eller først kan gennemføres efter det fyldte 18 år.

#### 1.3.3.4 Kosmetisk behandling

Børne- og ungdomstandplejen skal tilbyde behandling til de børn og unge, der har veldefineret indikation. Det skal således være faglige forhold, der taler for iværksættelse af behandling hos det enkelte barn.

Det er velkendt, at grænserne for normal variation har sammenhæng med sociale normer i referencegrupper og det omgivende samfund. Udgangspunktet er imidlertid, at tilbudet på landsplan skal være ensartet, og at den offentlige tandpleje ikke skal tilbyde kosmetisk behandling. Med henblik på at skelne mellem behandling udført på psykosocial indikation og kosmetisk behandling kan opstilles følgende definitioner:

Behandling udført på psykosocial indikation er behandling, hvor den afgørende indikation for behandlingen er en korrektion af personens udseende, således at dette ikke afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende.

Behandling udført på kosmetisk indikation er behandling, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation for behandlingen, dvs. en behandling, der som hovedformål har til hensigt at forandre / forbedre udseendet, men hvor der ud fra en faglig vurdering ikke er tale om afvigelser i udseendet, der må anses for invaliderende.

Kosmetiske behandlinger er ikke omfattet af tilbudet i børne- og ungdomstandplejen.

#### 1.3.3.5 Nødbehandling og tandskader

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

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

Med henblik på at reducere uklarheder omkring betaling af nødbehandling for børn, der eventuelt har valgt andet behandlingstilbud end det, bopælskommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, sendes den fulde regning for nødbehandling til bopælskommunen. Denne sender regningen videre til behandlerkommunen, såfremt barnet / den unge har valgt tandpleje i en anden kommune end bopælskommunen, eller opkræver eventuel egenbetaling hos forældrene, såfremt barnet efter eget valg modtager tandpleje hos praktiserende tandlæge.

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

#### 1.3.3.6 Behandling i generel anæstesi

For en meget lille del af børne- og ungdomstandplejens klientel vil behandlingsangst og omfattende behandlingsbehov kunne medføre behov for tandbehandling i generel anæstesi, idet patienten på sit nuværende alders- eller udviklingstrin ikke kan præstere tilstrækkelige Kooperation, til at behandlingen kan gennemføres på konventionel vis. Efter Sundhedsstyrelsens skøn vil et sådant behov være til stede hos ca. 1000 i øvrigt sunde børn pr. år.

Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet<sup>7</sup>, anfører, at anæstesi til og observation af spædbørn er en højt specialiseret opgave på landsdelsniveau. Endvidere anføres, at anæstesi til små børn (børn under to år) stiller særlige krav til børne-anæstesiologisk ekspertise og erfaring, idet små børn kræver speciel forberedelse inkl. information og postoperativ overvågning. Anæstesi til børn under to år skal således samles i en enhed et sted i regionen i nært samarbejde med børneafdeling og kirurgi på børn af hensyn til opnåelse af et nødvendigt patientunderlag og ekspertise. Det er væsent-



ligt, at enheden sikres et antal indgreb, der muliggør opretholdelse af rutine, uddannelse og udvikling af det børneanæstesiologiske område.

Efter Sundhedsstyrelsens vurdering vil tandbehandling af børn under to år i generel anæstesi imidlertid kun meget sjældent være relevant.

I langt de fleste tilfælde, når det drejer sig om anæstesibetjening ved tandbehandling af større børn i børne- og ungdomstandplejen, bør kommunerne selv kunne løfte opgaven. Kommunerne finansierer tandplejen for børn og unge under 18 år. Såfremt tandpleje efter kommunens vurdering skal udføres i generel anæstesi, påhviler betalingen af denne også kommunen.

For i forvejen raske børn vil tandbehandling i generel anæstesi kunne varetages ambulant i samarbejde med privat speciallægepraksis, hvor der i forvejen typisk foretages kortvarig standardanæstesi bl.a. i forbindelse med mindre indgreb på i øvrigt raske børn (bl.a. fra ørelægepraksis). Behandlingen udføres under iagttagelse af gældende rekommandationer<sup>8,9</sup>.

Som i alle andre sammenhænge er en forudsætning for at oparbejde kompetence i tandbehandling i generel anæstesi og kvalitet i behandlingerne, at der er et tilstrækkeligt volumen af behandlinger, dvs. et stort patientantal. Såfremt en kommune ikke kan løfte opgaven alene, vil samarbejde med andre kommuner derfor kunne danne grundlag for en fælleskommunal ordning.

Der er ikke hjemmel i sundhedsloven til at kommunen kan indgå aftale med regionen om varetagelse af opgaver i børne- og ungdomstandplejen. Kommunen kan således ikke aftale med regionen, at den varetager hverken anæstesibetjeningen eller den samlede tandbehandlingsopgave for sunde børn fra børne- og ungdomstandplejen, der har behov for behandling i generel anæstesi.

Da der i øvrigt tale om børn, der ikke har en generel medicinsk diagnose, og som ikke er omfattet af personkredsen for specialtandplejen, kan henvisning af disse patienter heller ikke finde sted til specialtandplejen (se endvidere 1.4.1.1).

Såfremt der er behov for behandling i generel anæstesi af børn, som tilhører målgruppen for specialtandplejen, men som hidtil har deltaget i børne- og ungdomstandplejen, er dette efter Sundhedsstyrelsens opfattelse udtryk for, at barnet ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen. I sådanne tilfælde bør barnet indvisiteres til et generelt tandplejetilbud i specialtandplejen (se Kapitel 3).

Sundhedsstyrelsens specialevejledning<sup>7</sup> angiver, at de tand-, mund og kæbekirurgiske afdelinger på sygehusene udfører de hospitalsodontologiske opgaver, der er beskrevet i specialevejledningen. Om end afdelingerne ikke sædvanligvis udfører almindelig tandbehandling, fremgår det af specialevejledningen, at specialet udfører tandbehandling og dento-alveolære kirurgiske indgreb, hvor dette mest hensigtsmæssigt foregår i sygehusregi. Denne formulering har efter Sundhedsstyrelsens opfattelse den implikation for børne- og ungdomstandplejen, at i de meget sjældne tilfælde, hvor en patient, der ikke tilhører specialtandplejens personkreds, men som har behov for behandling i generel anæstesi, og hvor ambulant generel anæstesi er umuliggjort på grund af f.eks. somatiske problemer, bør sådanne patienter kunne henvises til sygehus via egen læge med henblik på nødvendig tandbehandling på en tand-, mund og kæbekirurgisk afdeling. Der er ikke her tale om at

pålægge afdelingerne nye opgaver, idet de nævnte opgaver allerede var formuleret i specialevejledningen fra 1996, og er videreført i den gældende vejledning fra 2001.

#### 1.3.3.7 Færdiggørelse af behandling

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for færdiggørelse af påbegyndte behandlinger ud over det fyldte 18. år. I tilfælde af flytning mellem kommuner overgår ansvaret for færdiggørelse til den nye bopælskommune.

En forudsætning for at tilflytningskommunen kan leve op til denne forpligtelse, og at sammenhængen i behandlingstilbudet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette vil normalt forudsætte samtykke enten fra patienten selv eller fra forældremyndighedens indehaver, fra pårørende eller fra en værge, jf. 9.3.

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.

I de særlige tilfælde, hvor børn og unge under 18 år efter eget valg modtager det kommunale tandplejetilbud i privat tandlægepraksis eller ved en anden kommunes tandklinik, kan kommunalbestyrelsen i bopælskommunen beslutte at færdiggørelse af konkret påbegyndte behandlinger skal ske der, hvor behandlingen er påbegyndt. Med denne bestemmelse sigtes hovedsageligt til større sammenhængende behandlinger, typisk ortodontiske behandlinger, hvis færdiggørelse kan strække sig over flere år.

En sådan eventuel beslutning fra bopælskommunens side vil kunne være med til at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet og hindre øgede kommunale udgifter. Derimod vil der kun under helt særlige omstændigheder være strengt faglige forhold til stede, der kan begrunde en sådan beslutning.

Af denne grund skal begrebet ”konkret påbegyndt behandling”, jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 1, forstås snævert. Det forhold, at røntgenbilleder er optaget og opmålt, studiemodeller fremstillet, behandlingsplan lagt, og separation isat, er ikke i sig selv ensbetydende med, at behandling er konkret påbegyndt. En forudsætning for, at der kan være tale om en konkret påbegyndt behandling, der kan berettige til beslutning om færdiggørelse i det regi, hvor den er påbegyndt, er således, at aftageligt ortodontisk apparatur skal være fremstillet, eller fast ortodontisk apparatur skal være isat.

Det forhold, at der for alle børn og unge er hjemlet adgang til at fastholde sådanne konkret påbegyndte behandlinger i det regi, hvor de er påbegyndt, er ikke ensbetydende med, at der samtidig er mulighed for at hindre barnet / den unge i at skifte behandlerregi for de øvrige, almene tandplejeydelser. Dette forhold bør give anledning til en skærpelse af opmærksomheden på og tydeliggørelsen af ansvarsfordelingen mellem forskellige behandlere.

Det påhviler som tidligere nævnt kommunen at foretage en rettidig udvælgelse af de børn, der har indikation for ortodontisk behandling, samt at give et rettidigt tilbud om behandling, mens barnet / den unge er omfattet af den kommunale tandpleje.

Under disse omstændigheder bør ortodontisk behandling kunne fuldføres inden for de nævnte rammer, altså senest når den unge fylder 19 år.

Såfremt det kan forudses, at en given behandling – typisk i tilfælde hvor behandlingen på grund af særlige omstændigheder først kan iværksættes på et sent tidspunkt - først kan fuldføres længe efter, den unge har forladt den kommunale tandpleje, vil der derimod ikke være tale om en behandlingsopgave, der ligger inden for den kommunale tandplejes rammer. For behandlinger, der skal udføres i regions-tandplejen, henvises til 1.4.1.2.

For ortodontiske behandlinger vedkommende gælder det generelt, at færdiggørelse efter det 18. år omfatter 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 den kommunale tandplejes ophør, påhviler det således ikke den kommunale tandpleje at fjerne eller betale for fjernelse af denne. Såfremt patienten ikke er videre visiteret til regionstandplejen, 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 behandlede tandpleje, der ydes hos praktiserende tandlæger. Vedrørende retention for patienter, der skal færdigbehandles i regionstandplejen henvises i øvrigt til 5.3.3.1.

Pligten til færdiggørelse af traumebehandlinger gælder ikke permanente tanderstatninger, der først kan udføres, længe efter den unge har forladt den kommunale tandpleje. I disse tilfælde bør den kommunale tandpleje vejlede med hensyn til skadeserstatning mv. i forbindelse med den senere endelige behandling, herunder varetage skadesanmeldelse til forsikring.

I relation til almindelig kariesbehandling må det generelt forventes, at tandplejen tilrettelægger sit arbejde således, at den unge, der står for at skulle forlade tandplejen, fordi vedkommende fylder 18 år, indkaldes til sidste behandling så betids, at færdiggørelse af kariesterapi vil kunne finde sted inden det fyldte 18. år, også i de tilfælde, hvor det drejer sig om kariesterapi af et ikke ubetydeligt omfang. Som udgangspunkt kan en behandlingsplan, hvor samtlige kariesbehandlinger ikke er fuldført, inden den unge fylder 18 år, ikke i sig selv sidestilles med, at patienten er midt i en påbegyndt behandling. I de tilfælde, hvor en planlagt kariesbehandling ikke kan afsluttes, inden patienten fylder 18 år, men måske først en til to måneder senere, bør kommunen foretage en konkret vurdering af baggrunden for den manglende afslutning af den planlagte behandling. Særlige omstændigheder vil således kunne medføre, at behandlingen falder ind under reglerne om færdiggørelse.

## 1.4 Overførsel af patienter til andet tandplejetilbud

Overførsel af patienter fra børne- og ungdomstandplejen kan finde sted både inden den fyldte 18. år (ved behov for specialkonsultation og / eller -behandling) og efter det fyldte 18 år.

### 1.4.1 Børn og unge under 18 år

Det påhviler børne- og ungdomstandplejen at foretage tidlig identifikation af børn og unge, der har behov for et specialiseret tandplejetilbud, der ikke kan tilbydes i børne- og ungdomstandplejen.

For børn og unge, der efter eget valg har ønsket at modtage tandpleje hos praktiserende tandlæge, gælder, at det er den behandlende tandlæge / specialtandlæge, der har forpligtelsen til at foretage denne identifikation og henvisning.

De patienter, der i denne forbindelse sigtes til, er dels patienter med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, dels patienter med ekstreme vækstbetingede kæbeanomalier med så alvorlige afvigelser i kæbevæksten, at såvel ortodontiske som kæbekirurgiske indgreb er nødvendige. Herudover sigtes til børn og unge med sindslidelse, udviklingshæmning mv., som ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen.

Da den tidlige identifikation, behandlingsplanlægningen samt det eventuelle behandlingstilsagn er af stor betydning for barnet / den unge, påhviler det børne- og ungdomstandplejen rettidigt at foretage de fornødne henvisninger af ovenfor nævnte tilstande.

#### 1.4.1.1 Henvisning til specialtandpleje

Børn og unge med behov for specialiseret tandpleje kan henvises til specialtandpleje med henblik på indvisitering i dette regi, under forudsætning af, at de tilhører personkredsen for specialtandplejen (se endvidere Kapitel 3).

Henvisning til specialtandplejen gælder for det samlede tandplejetilbud. Der kan således ikke henvises enkeltopgaver (eksempelvis behandling i generel anæstesi af behandlingsangste børn, der ikke tilhører specialtandplejens personkreds) fra børne- og ungdomstandplejen til specialtandplejen.

#### 1.4.1.2 Henvisning til regionstandpleje

Børn og unge med behov for odontologisk specialbehandling kan henvises til regionstandpleje for konsultation og / eller behandling (se endvidere Kapitel 5 og Bilag A).

Der stilles klare krav til børne- og ungdomstandplejen om faglig stillingtagen til patientens odontologiske lidelse. Herigennem kan barnet / den unge sikres et sammenhængende behandlingstilbud, idet der gennem en langsigtet behandlingsplanlægning kan tages højde for det specielle behandlingsbehov.

De klare krav til børne- og ungdomstandplejen om faglig stillingtagen til patientens odontologiske lidelse er samtidig ensbetydende med, at børne- og ungdomstandplejen ikke skal foretage henvisning til regionstandplejen af patienter, hvis den odontologiske lidelse ubehandlet ikke medfører varig funktionsnedsættelse. Ved

vurdering af den enkelte patient må således bedømmes, om manglende behandling vil resultere i varig funktionsnedsættelse. En sådan bedømmelse indebærer en risikovurdering på linie med den, der foretages i børne- og ungdomstandplejen ved ortodontivisitation, jf. bilag 1 til bekendtgørelsen.

Det specialiserede tandplejetilbud i regionstandplejen er ikke rettet imod patienter, hvis aktuelle behandlingsbehov direkte kan relateres til eller er en følge af tidligere udført eller udeladt behandling, eller hvis odontologiske problemer med rette kunne have været forebygget.

De patienter, der typisk kan henvises til regionstandplejen fra børne- og ungdomstandplejen, er patienter med forskellige tanddannelsesforstyrrelser, fx agenesier og mineraliseringsforstyrrelser, når disse odontologiske lidelser ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse.

I forbindelse med diagnostik af f.eks. agenesier og mineraliseringsforstyrrelser skal der forud for en individuel røntgenundersøgelse foreligge en klinisk motivering, og røntgenundersøgelsen skal være indiceret. Såfremt røntgenundersøgelser ønskes udført på populationsniveau (typisk i forbindelse med en screening), ændres kravene til indikationsstilling noget i forhold til de krav, der gør sig gældende, når røntgenundersøgelse udføres på individuelt niveau. Således skal der på populationsniveau foreligge en overordnet vurdering af den kliniske motivering og fordele kontra ulemper 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. Sundhedslovens afsnit III om patienters retsstilling.

Det påhviler derudover den kommunale tandpleje at foretage tidlig identifikation af andre tilstande, der er så komplicerede, at behandlingsplanlægning og / eller behandling kræver et samarbejde mellem forskellige kompetencer (tand-, mund- og kæbekirurgi, protetik, ortodonti, pæodonti mv.). Netop på grund af disse tilstandes kompleksitet og sjældne forekomst er der behov for specialviden på et niveau, der sædvanligvis ikke er til stede i børne- og ungdomstandplejen eller i privat tandlægepraksis.

#### 1.4.1.3 Henvisning til odontologisk landsdels- og videnscenter

Henvisning af børn og unge med sjældne sygdomme og handicap til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion kan ske uden forudgående udredning i regionstandplejen (se endvidere Bilag C). Det er således for denne patientgruppes vedkommende 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. Indvisitering til behandling beror på den faglige vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre (se endvidere Kapitel 6).

Med denne direkte visitationsadgang må børne- og ungdomstandplejen og de praktiserende tandlæger tydeliggøre i henvisningen, at patienten har et klart og utvetydigt behov for udredning, behandling eller lignende på den højt specialiserede

funktion. Fremgår dette ikke tydeligt bør landsdels- og videnscentrene umiddelbart returnere henvisningen.

#### 1.4.1.4 Henvisning til tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling

Inden patienten forlader den kommunale tandpleje, bør ekstreme vækstbetingede kæbeanomalier med så alvorlige afvigelser i kæbevæksten, at såvel ortodontiske som kæbekirurgiske indgreb er nødvendige, være diagnosticerede, og de fornødne henvisninger bør foretages så tidligt som muligt (jf. bilag 1 til bekendtgørelsen vedr. regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer).

Børne- og ungdomstandplejen skal imidlertid også for denne patientgruppe være opmærksom på betydningen af tidlig intercektiv behandling (se endvidere 1.3.3.2).

Behandlingen af vækstbetingede kæbeanomalier er henlagt til sygehusvæsenet, og den kombinerede ortodontisk-kirurgiske behandling ("orto-kir" behandling) af svære tilfælde af ekstrem vækstbetinget kæbeanomali er defineret som lands- og landsdelsfunktion. For patienter, der i sygehusvæsenet er visiteret som lidende af en ekstrem vækstbetinget kæbeanomali, påhviler betalingsforpligtelsen i forbindelse med det samlede behandlingsbehov for så vidt angår tilstande, der er en direkte følge af den vækstbetingede kæbeanomali (dvs. den kirurgiske behandling, den tilhørende tandreguleringsbehandling samt den eventuelle protetiske og bidfunktionelle efterbehandling) regionsrådet fra det øjeblik, patienten er indvisiteret til sygehusbehandling (se endvidere Bilag B)

#### 1.4.2 Unge på 18 år

Når den unge fylder 18 år, skal der ske overførsel til andet tandplejetilbud.

##### 1.4.2.1 Overførsel til praksistandpleje

Med henblik på at sikre kontinuitet i tandplejen bør der fastlægges overførselsprocedurer fra børne- og ungdomstandplejen til privat tandlægepraksis. Vedrørende koordination henvises til Kapitel 8.

##### 1.4.2.2 Overførsel til omsorgstandpleje

Unge, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge, men som ikke har behov for et specialiseret tandplejetilbud (specialtandpleje), kan visiteres direkte til omsorgstandplejen, når de som 18-årige forlader børne- og ungdomstandplejen.

### 1.5 Ledelse / administration

Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandplejen er de samme, hvad enten tandpleje ydes på offentlig klinik eller hos praktiserende tandlæge.

#### 1.5.1 Klinikkommuner

I kommuner, der helt eller delvis har valgt at tilrettelægge det vederlagsfri tandplejetilbud ved hjælp af offentligt ansatte tandlæger (klinikkommuner), kan ansættes en leder.

### 1.5.2 Praksis- og udliciteringskommuner

I kommuner, hvor den vederlagsfri kommunale tandpleje tilbydes hos praktiserende tandlæger, med hvem kommunen har indgået aftale (praksis- og udliciteringskommuner), kan ansættes en tandlægekonsulent til at bistå på tandplejeområdet.

I sådanne kommuner deles opgaverne vedrørende varetagelse af det kommunale tandplejetilbud mellem kommunen og de praktiserende tandlæger.

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

#### 1.5.2.1 Kommunens opgaver

Kommunen udarbejder en plan for sin børne- og ungdomstandpleje, som gør rede for:

- hvorledes tandplejen i kommunen er tilrettelagt
- hvilke børn og unge, der er omfattet af loven
- hvilke opgaver, de praktiserende tandlæger er forpligtede til at påtage sig som led i varetagelse af børne- og ungdomstandplejen
- hvorledes tandplejetilbudet er koordineret, herunder koordineringen mellem de enkelte praktiserende tandlæger og specialtandlæger, de øvrige kommunale sundhedsydelse, eventuelle fælleskommunale tandpleje- og tandreguleringsordninger, samt tandplejetilbud i regionalt regi i henhold til sundhedslovgivning og sygehuslovgivning
- hvorledes en entydig ansvarsplacering er tilrettelagt vedrørende det enkelte barns tandpleje, og hvorledes det sikres, at dobbeltprofylakse eller dobbeltbehandling eller undladelse af profylakse eller behandling ikke finder sted
- hvilke praktiserende tandlæger og specialtandlæger, kommunen har indgået skriftlig aftale med om tandpleje (navne, adresser, telefonnumre samt ydernumre på de pågældende praktiserende tandlæger) samt det antal børn, for hvem hver tandlæge skriftligt forpligter sig til at varetage tandpleje
- hvorledes kommunen tilrettelægger børnenes / forældrenes valg af tandlæge og betingelserne for at kunne skifte tandlæge
- hvorledes kommunen tilrettelægger sit tilkaldesystem, som sikrer, at børnene indkaldes med de aftalte intervaller til den praktiserende tandlæge, og som sikrer, at tandlægerne tager børnene til undersøgelse samt tilbyder fornøden forebyggende og behandlende børnetandpleje i overensstemmelse med de indgåede aftaler
- hvorledes kommunen tilrettelægger den opsøgende virksomhed over for de børn (forældre), som ikke deltager i kommunens tilbud om vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje

- hvilke budgetterede udgifter, der er forbundet med kommunens plan, herunder også udgifter til aflønning af administrativt personale og øvrige administrationsudgifter, eventuelle udgifter til befordring samt udgifter forbundet med kontrol og evaluering af kommunens børne- og ungdomstandpleje, herunder data-behandling af indberetninger samt kopi af dataudtræk til de praktiserende tandlæger, som kommunen har aftaler med.

#### 1.5.2.2 De praktiserende tandlægers opgaver

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

Indsendelse af indberetninger om tandsygdommenes forekomst sker til kommunen efter regler, som Sundhedsstyrelsen udsender særskilt, jf. 9.2.

De praktiserende tandlæger medvirker i kommunens arbejde med koordinering af tandplejen, herunder koordinering mellem børne- / ungdomstandpleje og voksentandplejen, jf. Kapitel 8.

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

### 1.6 Ansvarsfordeling i relation fritvalgsordningerne

Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandplejen er de samme, uanset hvor tandplejen varetages. Dette er ensbetydende med, at uanset hvilken type tandpleje barnet / den unge deltager i eller selv har valgt, skal tandplejetilbudet leve op til regelsættet.

Når barnet / den unge fravælger det tilbud, kommunen vederlagsfrit stiller til rådighed, er der imidlertid behov for klarlæggelse af ansvarsfordelingen mellem bopælskommune og behandlende instans. Det forhold, at den enkelte frit vælger eget behandlingssted, og dermed til dels selv tager ansvaret for sin tandpleje, er nødvendigvis ensbetydende med, at den valgte tandlæge er ansvarlig for at tilbyde barnet / den unge tandpleje. I det følgende er ansvarsfordelingen mellem bopælskommune og selvvalgt behandlingsinstans skitseret.

#### 1.6.1 Bopælskommunens opgaver

Bopælskommunens administrative opgaver er de samme, uanset om der er tale om børn og unge, der modtager hele eller dele af deres tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge efter eget valg eller ved anden kommunes tandklinik. Bopælskommunen skal:

- udarbejde betingelser for det enkelte barns muligheder for at kunne skifte tandlæge



- udarbejde en opgørelse over, hvilke børn og unge der har valgt et andet behandlingstilbud end det, bopælskommunen vederlagsfrit stiller til rådighed
- udarbejde fortegnelse over de praktiserende tandlæger (navn, adresse, telefonnummer, ydernummer) samt over de behandlerkommuner, som bopælskommunen har indgået skriftlig aftale med
- udarbejde en plan for, hvorledes bopælskommunen forholder sig i relation til de børn / unge, som undlader at møde hos den praktiserende tandlæge eller på behandlerkommunens klinik, og hvor tandlæge / behandlerkommune derfor – på grund af manglende muligheder for at påbegynde eller videreføre behandling – har måttet meddele bopælskommunen, at det ikke er muligt at yde tandpleje i henhold til loven.

#### 1.6.2 De praktiserende tandlæges opgaver

De praktiserende tandlæger, hos hvem barnet / den unge efter eget valg ønsker at modtage tandpleje, skal:

- som ansvarlig for barnets / den unges tandpleje at gennemføre tandplejen i overensstemmelse med bekendtgørelsens og retningsliniernes regler
- modtage barnet / den unge til undersøgelse og nødvendig forebyggende og behandlende tandpleje
- sikre, at alle børn med tandstillingsfejl visiteres af specialtandlæge, således at tilbud om tandregulering kan fremsættes på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt
- foretage fornødne henvisninger til specialtandlæge, regionstandpleje mv.
- indsende til barnets / den unges bopælskommune indberetning om tandsundhedsforhold hos de børn / unge der modtager tandpleje hos den pågældende tandlæge, jf. Sundhedsstyrelsens indberetningsregler<sup>10</sup>
- etablere – i de situationer, hvor et barn / en ung gentagne gange udebliver fra regelmæssige tandlægelige undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer at følge tandlægens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje - kontakt med forældremyndighedens indehaver med henblik på at søge at sikre den regelmæssige tandpleje
- give - dersom enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning i denne henseende er forgæves - forældremyndighedens indehaver og bopælskommunen meddelelse om, at man må fralægge sig ansvaret for barnets / den unges tandpleje, idet man ikke ser sig i stand til at gennemføre tandplejen i overensstemmelse med lovens intentioner om at sikre et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling
- medvirke i den nødvendige koordinering af tandplejen.

#### 1.6.3 Behandlerkommunernes opgaver

For børn og unge, der modtager deres tandplejetilbud i anden kommunes offentlige klinik modtager behandlerkommunen barnet / den unge til undersøgelse og nød-

vendig forebyggende og behandlende tandpleje i overensstemmelse med det tandplejetilbud, der i øvrigt gives børn og unge i behandlerkommunen.

Såfremt barnet / den unge gentagne gange udebliver fra regelmæssige undersøgelser eller behandlinger, eller forsømmer at følge tandlægens anvisninger angående hensigtsmæssig tandpleje – tager behandlerkommunen kontakt med forældremyndighedens indehaver med henblik på at søge at sikre den regelmæssige tandpleje. Hvis enhver hensigtsmæssig og rimelig foranstaltning i denne henseende er foregået, må behandlerkommunen give forældremyndighedens indehaver og bopælskommunen meddelelse om, at man må fralægge sig ansvaret for barnets / den unges tandpleje, idet man ikke ser sig i stand til at gennemføre tandplejen i overensstemmelse med lovens intentioner om at sikre et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling.

## 1.7 Tværfagligt samarbejde

Børne- og ungdomstandplejen skal i samarbejde med hjemmet og andre nøglepersoner i barnets miljø søge at sikre barnet regelmæssig forebyggende og behandlende tandpleje. Denne forpligtelse er gældende, uanset om der er tale om, at barnet / den unge deltager i den vederlagsfri børne- og ungdomstandpleje, eller barnet / den unge har valgt et andet behandlingstilbud end det, kommunen stiller til rådighed.

Nøglepersonerne kan typisk være ansatte i de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud, kommunen har ansvaret for, jf. Sundhedslovens Kapitel 34, 35 og 36. Børne- og ungdomstandplejen er sammen med de øvrige forebyggende sundhedsydelser for børn og unge det primærkommunale ansvarsområde i forhold til børnegruppen. Det er derfor væsentligt, at der er tæt og smidigt samarbejde disse ordninger imellem for at sikre den bedste service og for at opnå den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Specielt i relation til samarbejdet med sundhedsplejerskerne skal nævnes, at opgaven for tandplejen i relation til de 0-2 årige fortrinsvis består i at rådgive forældrene angående kost, mund- og tandhygiejne og afvænnning med hensyn til funktionelle uvaner. Denne rådgivning er særdeles vigtig, idet senere opståede skader kan bunde i forkerte vaner, der er indledt på et tidligt tidspunkt i barnets liv. Denne opgave kan derfor i vid udstrækning gennemføres i samarbejde med sundhedsplejerskerne - specielt i barnets første leveår, hvor sundhedsplejerskerne har regelmæssig kontakt med alle børn.

## 1.8 Koordination

Børne- og ungdomstandplejen skal medvirke til, at der sker en koordination med andre tandplejeaktiviteter. Det drejer sig primært om omsorgstandplejen, specialtandplejen samt tandplejen i privat tandlægepraksis, regionstandplejen og sygehusvæsenets tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger (se endvidere Kapitel 8).

## 1.9 Enhedernes størrelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne samarbejder i større tandreguleringsenheder<sup>11</sup>. Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der på tandreguleringsområdet ideelt set bør være følgende teamsammensætning (et minimumsteam) 1 specialtandlæge: 1 tandplejer: 3 klinikassistenter. Afhængig af befolkningsunderlaget og

andre lokale forhold kan det være nødvendigt at udvide antallet af kliniske medarbejdere (tandplejere og klinikassistenter under ét) fra 4 til 5 personer.

Tandplejen må tilrettelægges med henblik på hensigtsmæssig og maksimal udnyttelse af de til opgaverne allokerede ressourcer, både personalemæssige, lokalemæssige og økonomiske, og der må skabes rammer for den fornødne fleksibilitet, afhængigt af blandt andet lokale forhold. Med henblik på at sikre den fornødne enhedsstørrelse på tandreguleringsområdet, bør der være mindst 1,2, men gerne 2 minimumsteams pr. organisatorisk enhed. Under optimale forhold vil dette være ensbetydende med, at en organisatorisk enhed på tandreguleringsområdet bør dække tandreguleringsbehovet for ca. 11.000 – 20.000 børn og unge (0-18 år).

Tandreguleringsområdet er en integreret del af børne- og ungdomstandplejen. Den organisatoriske enhed inden for børne- og ungdomstandplejen bør ud fra en hensigtsmæssighedsvurdering tilpasses størrelsen af den organisatoriske enhed inden for tandreguleringsområdet.

## 2 Omsorgstandpleje

### 2.1 Personkreds

Kommunerne skal tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje (omsorgstandpleje) til personer over 18 år, der på grund af kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud. Kommunalbestyrelsen har pligt til at oplyse om, hvorledes kommunen har tilrettelagt omsorgstandplejen.

Loven sigter mod, at omsorgstandplejetilbudet ydes til personer, hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner eller for egentlig pleje. Det er karakteristisk, at personkredsen har vanskeligt ved at benytte det etablerede tandplejesystem, og da patienternes funktionsnedsættelse oftest er overvejende fysisk, har de vanskeligt ved at modtage tandpleje på en etableret tandklinik. Det er desuden karakteristisk, at personkredsen har nedsat evne til at klare egen daglig hjemmetandpleje.

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

Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds bor i ældrebolig / plejehjem og modtager alderspension. Dette harmonerer med den oprindeligt definerede målgruppe, som var defineret som personer, der bor på plejehjem samt personer, der bor i eget hjem / ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, og hvis egenomsorg er så begrænset, at de reelt kan ligestilles med plejehjemsbeboere. Det skal i den forbindelse bemærkes, at plejehjemsbegrebet sammen med institutionsbegrebet i øvrigt er ophævet ved lov om social service<sup>12</sup>. I det omfang plejehjem for en overgangsperiode videreføres, jf. servicelovens § 192, vil beboerne på disse dog stadig uden konkret visitation være omfattede af omsorgstandplejen. Øvrige "tidligere" plejehjemsbeboere skal visiteres til omsorgstandplejen på samme måde som hjemmeboende personer.

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

## 2.2 Visitation

Visitation til omsorgstandplejen kan finde sted ad flere kanaler. Det overordnede ansvar for, at visitation finder sted, ligger for både ungdomsgruppen og for voksengruppen hos kommunen.

For unge med nedsat funktionsevne, skal der, såfremt den pågældende ikke skønnes at kunne udnytte tandpleje hos praktiserende tandlæge og under forudsætning af, at vedkommende i øvrigt ikke skønnes at have behov for et specialiseret tandlægefagligt tilbud i specialtandplejen, kunne finde en direkte visitation sted til omsorgstandplejen, når den unge fylder 18 år. I sådanne tilfælde er det børne- og ungdomstandplejen, der henviser den unge til omsorgstandplejetilbudet.

For personer med nedsat funktionsevne vil adgang til omsorgstandplejen bero på en visitation i den enkelte kommune - på samme måde som når kommunerne, efter en konkret individuel vurdering, sørger for tilbud om f.eks. personlig hjælp og pleje efter servicelovens<sup>12</sup> Kapitel 16. Der vil således være tale om konkret visitation, uanset om der er tale om hjemmeboende personer i kommunale socialpsykiatriske tilbud eller andre personer, der i kommunalt regi modtager andre særlige tilbud pga. varig og betydelig funktionsnedsættelse, eller om der er tale om personer i kommunale boformer. Det er op til kommunen at synliggøre henvisningsmuligheden for det berørte personale og de berørte borgere.

Endelig kan personer med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne, der oprindeligt er visiteret til specialtandplejen, herfra viderevisiteres til omsorgstandplejen, såfremt dette efter en tandlægefaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3. Det er skønsmæssigt antaget, at ca. 3.500 af specialtandplejens patienter vil blive visiteret videre til omsorgstandplejen.

Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om, at patienten behandles på det nødvendige, men mindst specialiserede niveau, tilgodeses. I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af omsorgstandplejen til f.eks. tandpleje hos praktiserende tandlæge, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt omsorgstandpleje, ikke længere er til stede. Der kan således for den enkelte patient ske henvisning både opadtil og nedadtil i systemet, dog således at det altid er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning om, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt. Omvisitering bør derfor kun finde sted på baggrund af en samlet vurdering baseret på såvel en tandlægefaglig bedømmelse som en konkret individuel vurdering fra kommunen.

### 2.2.1 Viderehenvisning til specialtandplejen

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

Hvor der ikke generelt er behov for at henvise patienten til specialtandpleje kan der henvises til specialtandplejen for specielle enkeltopgaver (eksempelvis behandling i generel anæstesi).

## 2.3 Organisation af tandplejetilbudet

Kommunerne kan tilbyde omsorgstandpleje både ved offentlige klinikker og i privat tandlægepraksis / klinisk tandteknikerpraksis. Det er en forudsætning, at personer, der opfylder kriterierne for at modtage omsorgstandplejetilbudet, selv kan vælge mellem tandplejetilbud ved en kommunal klinik eller i privat regi, uanset om kommunen som udgangspunkt tilbyder tandpleje på offentlig klinik. Personer, der er omfattet af kommunens tilbud om omsorgstandpleje, men som ikke ønsker at modtage dette, bevarer retten til tilskud til tandpleje efter reglerne i sundhedslovens § 65.

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

Kommunalbestyrelsen kan i tilfælde, hvor dette skønnes mest hensigtsmæssigt, aftale med regionsrådet, at dette varetager hele eller dele af tandplejen for omsorgstandplejens målgruppe, jf. bekendtgørelsens § 7, stk. 2. Derimod er der ikke hjemmel til at indgå aftale med andre kommuner om opgavevaretagelsen.

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

Det vil sædvanligvis være nødvendigt at anvende mobilt tandbehandlingsudstyr i personernes hjem eller i umiddelbar nærhed heraf. Det forudsættes, at tandplejens personale har kendskab til og erfaring med at anvende et sådant udstyr i ikke-klinikmæssige omgivelser.

### 2.3.1 Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse

I de tilfælde, hvor kommunalbestyrelsen ønsker, at regionen skal varetage omsorgstandplejen, skal kommunalbestyrelsen inden 1. maj levere en redegørelse til regionsrådet med samme oplysninger som anført ved specialtandplejen, jf. 3.3.1.1.

### 2.3.2 Rammeaftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelse

Med udgangspunkt i kommunalbestyrelsens redegørelse kan indgås en rammeaftale mellem kommunalbestyrelsen og regionsrådet. Rammeaftalen skal indeholde de samme oplysninger, som er anført ved specialtandplejen, jf. 3.3.2.

### 2.3.3 Fagligt ansvar for omsorgstandplejen

I omsorgstandplejen er brugerne for størstedelens vedkommende enten risikopatienter og / eller patienter med et komplekst behov for diagnostik og behandling. Af denne grund og på grund af den hyppige forekomst af andre orale lidelser, herunder mundslimhindelidelser samt akutte behandlingskrævende tilstande er det mest hen-

sigtsmæssigt, at det er en tandlæge, der har det faglige ansvar for omsorgstandplejen.

Da de forebyggende foranstaltninger udgør en betydelig del af det samlede tandplejetilbud til hele omsorgstandplejegruppen, er det relevant at tilknytte tandplejere til undersøgelse og behandling af denne patientgruppe.

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

Tandprotetiske eftersyn, undersøgelser og behandlinger hos helt eller delvis tandløse patienter kan foretages af såvel tandlæger som kliniske tandteknikere. Da sådanne opgaver imidlertid henhører under de kliniske tandteknikers virksomhedsområde, bør det sikres, at denne personalegruppe får en relativt større grad af inddragelse i omsorgstandplejen.

## 2.4 Tandplejens indhold

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

Tandplejebehovet hos målgruppen er overvejende af henholdende eller palliativ karakter, og det dækkes som regel af de ydelser, der i øvrigt er dækket af helbredstillæg i pensionslovgivningen (dvs. aftagelig protetik / ydelser, til hvilke der gives offentligt tilskud i privat tandlægepraksis).

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

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

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

Tandplejetilbudet skal omfatte følgende elementer:

### 2.4.1 Forebyggelse

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

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

#### 2.4.2 Undersøgelse

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

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

##### 2.4.2.1 Tilrettelæggelse af undersøgelser

Ud fra en faglig betragtning – og med den viden, der foreligger i dag – anses en regelmæssig tilknytning til tandplejesystemet, som hensigtsmæssig, idet denne kan bidrage til reduktion af risikofaktorer, sygdomsforekomst og sygdomsudvikling i befolkningen. Vedrørende den faglige begrundelse for tilrettelæggelse af undersøgelser henvises til 1.3.2.1.

#### 2.4.3 Behandling

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

Det bør indgå i interventions- og behandlingsovervejelserne, at der hos en stor del af målgruppen vil være øget risiko for udvikling af karies på grund af mundtørhed som følge af behandling med farmaka.

Vedrørende behandlingsplan henvises til 1.3.3.1.

Vedrørende selvbestemmelse / informeret samtykke til behandling henvises til 9.4.

##### 2.4.3.1 Behandling i generel anæstesi

For en del af omsorgstandplejens patienter vil der være behov for behandling i generel anæstesi. Omsorgstandplejens patientgruppe kan imidlertid som helhed ofte være vanskelig at udrede, ligesom patienterne som regel indtager megen medicin. Da omsorgstandplejens patienter som helhed derudover ofte udviser mange samtidige handicaps, er risikoen for komplikationer under generel anæstesi større end for i øvrigt raske personer.

Såfremt den almenmedicinske udredning af patienten er vanskelig, udføres behandling i generel anæstesi mest hensigtsmæssigt på sygehus eller i et sygehuslignende miljø med de nødvendige back-up funktioner<sup>7,13</sup>.

I større tandplejeenheder er det ikke utænkeligt, at der grundet et tilstrækkeligt patientflow og tilstrækkelig adgang til medicinsk og anæstesiologisk beredskab, kan



etableres et sådant miljø, der kan danne grundlag for en tilstrækkelig patientsikkerhed ved behandling af vanskeligt udredte patienter i generel anæstesi.

Alternativt bør behandling i generel anæstesi af vanskeligt udredte patienter fra omsorgstandplejen finde sted ved at indgå aftale herom med regionsrådet, jf. bekendtgørelsens § 7, stk. 2. For mindre enheders vedkommende bør dette som hovedregel finde sted. Regionen vil på grund af sin størrelse og de opgaver, der i forvejen er den tillagt, have et langt bedre grundlag for - på kvalificeret vis - at varetage en sikker anæstesibetjening af disse patienter, end det vil være tilfældet i mindre enheder. Typisk kunne man forvente, at regionen i så fald kunne henlægge opgaven til sygehusregi, hvor der i forvejen er det relevante anæstesiologiske personale. Det skal bemærkes, jf. sundhedslovens § 249, at bopælskommunen afholder udgifter forbundet med tandpleje efter bekendtgørelsens § 7, stk. 2.

Selve tandbehandlingen af de pågældende patienter er ikke en sygehusopgave, således som defineret i Sundhedsstyrelsens specialevejledning<sup>7</sup>. Det vil således ikke henhøre under de opgaver, der er beskrevet under specialet "Hospitalsodontologi" at udføre tandbehandling på omsorgstandplejens patienter (jf. dog Bilag B).

#### 2.4.3.2 Færdiggørelse af behandling

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

En forudsætning for at tilflytningskommunen kan leve op til denne forpligtelse, og at sammenhængen i behandlingstilbudet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette vil normalt forudsætte samtykke enten fra patienten selv eller fra pårørende eller en værge, jf. 9.3.

## 2.5 Økonomi

Kommunalbestyrelsen kan beslutte, hvorvidt omsorgstandplejen skal være vederlagsfri for modtagerne, eller om der skal være medbetaling. Patientens egenbetaling i omsorgstandplejen kan dog maksimalt udgøre 400 kr. årligt<sup>14</sup> (grundbeløb pr. 1. januar 2006) (en regulering af de 300 kr., der oprindeligt blev fastsat som led i lovforslaget vedrørende omsorgstandplejens økonomiske konsekvenser). For forebyggende og behandlende tandpleje, der er omfattet af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn<sup>15</sup> og Dansk Tandlægeforening, og som der ydes tilskud til i medfør af § 65 i sundhedsloven, kan kommunalbestyrelsen maksimalt afkræve en betaling svarende til patientens egenbetaling i praksistandplejen

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

Modtagere af omsorgstandpleje kan ikke tillige modtage tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge, jf. reglerne i sundhedslovens § 65.

## 2.6 Tværfagligt samarbejde

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

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

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

Det er væsentligt at udveksle informationer om, hvilke aktiviteter der er i gang på tandplejeområdet, og om hvorledes nye tandplejeaktiviteter vil indvirke på de øvrige personalegruppers virksomhed.

## 2.7 Koordination

Omsorgstandplejen er et kommunalt tilbud til personer, som ikke henhører under specialtandplejens personkreds, eller som henhører herunder, men ikke har behov for specialtandpleje, men som alligevel ikke kan udnytte det eksisterende tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge. Det betyder, at der er behov for koordination med det øvrige tandplejesystem (jf. Kapitel 8).

## 3 Specialtandpleje

### 3.1 Personkreds

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde specialiseret tandpleje (specialtandpleje) til sindslidende, udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen.

Ud over de nævnte persongrupper skønnes gruppen for specialtandpleje at omfatte visse personer med cerebral parese, autisme samt andre med meget betydelig og varig funktionsnedsættelse, eksempelvis hårdt ramte sklerosepatienter. I specialtandplejesammenhæng skønnes gruppen af ikke-sindslidende og ikke-udviklingshæmmede at udgøre ca. 1.500 patienter på landsplan.

Loven sigter imod, at specialtandplejetilbudet ydes til personer med betydelig og varigt nedsat funktionsevne. Målgruppen har primært en psykisk funktionsnedsættelse, men ofte fysiske tillægshandikaps. Det er karakteristisk for målgruppen, at personerne ofte har behov for omfattende sygepleje- eller pædagogisk bistand. En del af målgruppen vil være indlagt på psykiatriske hospitaler, tilknyttet distriktspsykiatriske ordninger / boformer efter serviceloven eller regionale almene ældreboliger.

På grund af målgruppens adfærd og sygdom, vurderes denne at have særlige problemer med at benytte de sædvanlige tandplejetilbud og med at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner. Målgruppen har derfor behov for særlig behandlingsmæssig støtte, f.eks. generel anæstesi for at gennemføre behandling. Endvidere er der behov for et mere specialiseret behandlingstilbud, end omsorgstandplejen kan tilbyde.

Amtstandplejeudvalget skønnede i sit arbejde, at cirka 31.000 personer vil have behov for et særligt specialtandplejetilbud. Denne gruppe skønnes at bestå af cirka 19.000 voksne personer med udviklingshæmning, cirka 7.500 voksne personer med sindslidelser, cirka 1.500 tidligere særforsorgsklienter m.fl. (f.eks. patienter med cerebral parese eller autisme) samt cirka 3.000 børn. Ud af denne samlede gruppe skønnes cirka 8.000 personer, efter visitation i specialtandplejen, at kunne modtage behandling i omsorgstandplejen (jf. Kapitel 2), i børne- og ungdomstandplejen (jf. Kapitel 1) eller hos praktiserende tandlæge.

### 3.2 Visitation

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

Personer, som har ophold i kommunale eller regionale boformer efter serviceloven<sup>12</sup> eller i kommunale eller regionale almene ældreboliger efter lov om almene boliger m.v.<sup>16</sup>, der enten er etableret af kommunen eller af regionen efter aftale med kommunen, kan henvises direkte til specialtandpleje af den ansvarlige pædagogiske eller sygeplejefaglige leder ved botilbudet.

Til specialtandplejen kan endvidere visiteres hjemmeboende børn og unge, som er omfattet af servicelovens<sup>12</sup> § 32 om særlige dagtilbud til børn, der på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har et særligt behov for støtte, behandling mv., der ikke kan dækkes gennem ophold i et af de almindelige dagtilbud. Ligeledes kan der finde visitation sted af børn, som ifølge folkeskolelovens<sup>17</sup> § 20 er berettigede til at modtage tilbud om specialundervisning pga. vidtgående fysisk / psykisk udviklingshæmning eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

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

Det er op til de enkelte kommuner selv at formulere mere detaljerede henvisningsprocedurer (se endvidere Kapitel 8), men kommunen skal synliggøre muligheden for henvisning for de berørte parter.

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

Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om at patienten behandles på det nødvendige, men mindst specialiserede niveau, tilgodeses. I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af specialtandplejen til f.eks. omsorgstandplejen, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt specialtandpleje, ikke længere er til stede. Det bærende princip er her, at det er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning af, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt.

### 3.3 Organisation af tandplejetilbudet

Kommunen har ansvaret for, at borgeren får det specialiserede tandplejetilbud, som borgeren har krav på, og kommunalbestyrelsen træffer beslutning om den nærmere organisering af specialtandplejen. Kommunalbestyrelsen i bopælskommunen (den kommune, hvor personen er tilmeldt folkeregistret) kan vælge at etablere behandlingstilbud på egne klinikker eller at overlade udførelsen af specialtandplejeopgaven til andre kommuner, regionsråd eller private klinikker, jf. bekendtgørelsens § 14, stk. 1. Specialtandplejen skal betragtes som et samlet tandplejetilbud.

For at lette den fysiske tilgængelighed skal klinikindretningen gøres så handicapvenlig som mulig både i adgangsforhold og med hensyn til liftning og lejring af patienten. Da specialtandplejen regnes som et samlet tandplejetilbud, gælder dette for alle elementer af specialtandplejetilbudet. Der henvises i øvrigt til planlægningsloven<sup>18</sup>.

Endvidere skal der være adgang til elektiv tandbehandling i generel anæstesi (se 3.4.3.1), ligesom det nødvendige billeddiagnostiske udstyr skal være til rådighed ved sådanne behandlinger.

Det skal præciseres, at det er karakteristisk for patienter, der er indvisiteret til specialtandpleje, at de har særlige problemer med at benytte tandplejen og med at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner. De har derfor behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Så længe patienter er indvisiteret til specialtandpleje, er det således ensbetydende med, at de efter tandlægefaglig vurdering i specialtandplejen ikke skønnes i stand til at modtage det sædvanlige, samlede tandplejetilbud i det almindelige tandplejesystem.

Ikke mindst, når der er tale om en gruppe borgere, som har vanskeligt ved eller mangler evnen til at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner, skal det ved tilrettelæggelsen af tilbudet have høj prioritet, at der skabes mulighed for, at patientens manglende evne kompenseres ved et nært samarbejde med de persongrupper, som omgiver patienten i det daglige. Tandplejetilbudet bør endvidere, i det omfang det er muligt, kompensere for patienternes manglende evne til at give udtryk for deres tandsygdomsproblemer.

Til trods for, at specialtandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, hjemler lovgivningen mulighed for, at kommunalbestyrelsen kan lade andre varetage behandlingsopgaver, herunder enkeltopgaver, som i specialisering og kompleksitet overstiger, hvad den enkelte kommune kan løfte på egne klinikker. Såfremt en kommune derfor ikke mener sig i stand til at løfte hele eller dele af tilbudet til specialtandplejens patienter, vil kommunen kunne indgå aftale med andre om at varetage denne.

Det er et velkendt fænomen inden for sundhedssektoren, at der kan være flere behandlere om samme patient i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Det sker både inden for sygehusområdet og i praksissektoren og mellem de forskellige sektorer. Et sådant samarbejde er uomgængeligt, når der for patientforløbet er brug for kompetencer og kompetenceniveauer, der ikke kan tilgodeses af en enkelt behandler. Involvering af flere behandlere kan medføre en manglende sammenhæng i patientforløbet. I de tilfælde, hvor behandlerskift af faglige grunde er nødvendig for en forsvarlig behandling, må sådanne eventuelle ulemper bestræbes gjort så små som muligt.

Såfremt en kommune således indgår aftale andre om varetagelse af dele af specialtandplejetilbudet men samtidig ser sig i stand til at varetage andre elementer af specialtandplejetilbudet, fx de forebyggende, vil dette kunne lade sig gøre under iagttagelse af en række forhold:

Uanset i hvilket regi kommunen beslutter at tilbyde specialtandpleje, må de specielle forhold hos specialtandplejens patienter skærpe opmærksomheden på at sikre kontinuitet mellem de forskellige elementer, eksempelvis de forebyggende og de behandlende.

Herudover må det i alle elementer i specialtandplejen sikres, at de generelle krav til såvel organisation af tilbudet som til tilbudets indhold er opfyldt. Kommunen skal derfor være opmærksom på, at de offentlige eller private klinikker, med hvilke kommunen indgår aftale om udførelse af specialtandpleje, lever op til det indhold, der er formuleret for specialtandplejen. I den forbindelse skal det bemærkes, at såvel forebyggende tiltag som behandling ofte skal foregå under rolige forhold på klinikker, hvor andre patientgrupper ikke er til stede samtidig.

Såfremt man fra kommunens side måtte vælge at tilrettelægge specialtandplejen, således at det almindelige tandplejesystem varetager opgaven ved – mod betaling fra kommunen - at give specialtandplejens patienter et tandplejetilbud svarende til de almindelige tilbud i hhv. børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller omsorgstandplejen, vil dette efter Sundhedsstyrelsens vurdering være i modstrid med sundhedslovens tandlægefagligt begrundede intentioner og Sundhedsstyrelsens anbefaling.

Herudover skal det bemærkes, at personalet i alle elementer af specialtandplejen skal besidde den fornødne viden om de funktionsnedsættelser, som man møder hos patienterne, og hvorledes man håndterer de afledte problemer med hensyn til de forskellige elementer i tandplejen.

Med specialtandplejetilbudet bør der finde såvel kvalitetssikring som vidensopsamling sted, således at det igennem systematisk dokumentation til stadighed er muligt at dokumentere resultater og videreudvikle behandlingsmetoder. Og endelig kræver specialtandplejens funktioner tæt koordination og samarbejde med det øvrige tandplejesystem. Dette samarbejde vil bl.a. kunne omfatte undervisning og supervision fra specialtandplejens side over for det øvrige tandplejesystem.

Sikring af ovennævnte punkter i relation til specialtandplejen skønnes vanskelig - eller umulig - hvis en væsentlig del af specialtandplejetilbudet, herunder selve behandlingsopgaven, spredes ud til varetagelse blandt en større kreds af behandlere, som ikke har den fulde faglige tilknytning til, indsigt i og erfaring med det indhold i specialtandplejetilbudet, som oprindeligt var tilsigtet med tandplejeloven.

Såfremt kommunen indgår aftale med regionsrådet om varetagelse af hele specialtandplejen eller de dele som i specialisering og kompleksitet overstiger, hvad kommunen kan løfte på egne klinikker, henvises til 3.3.1 og 3.3.2.

Indgår kommunen derimod aftale med andre kommunalbestyrelser eller private klinikker, stilles der i henhold til bekendtgørelsen ikke krav til kommunen om en årlig redegørelse og aftaleindgåelse. I sådanne tilfælde finder Sundhedsstyrelsen det imidlertid tillige overordentligt hensigtsmæssigt, at der af hensyn til det samlede patientforløb indgås en specifik aftale herom for den enkelte patient, således at det til enhver tid er klart, hvorledes ansvarsfordelingen er tilrettelagt. En sådan aftale kan eventuelt udformes på samme måde som tilfældet er, hvis aftalen indgås med regionsrådet, jf. 3.3.1. og 3.3.2. Endvidere kan nærmere rammer for sådanne aftaler med fordel tænkes drøftet i de lovbestemte koordinationsudvalg eller eventuelle samarbejdsudvalg.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde specialtandpleje til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der er tilmeldt folkeregistret i kommunen. For personer med ophold i botilbud oprettet i henhold til serviceloven<sup>12</sup> eller lov om almene boliger<sup>16</sup> vil der i langt de fleste tilfælde vil være tale om permanent ophold, hvorfor personen efter reglerne om folkeregistrering skal folkeregistreres i boligen / på institutionen. Dermed bliver opholdskommune (beliggenhedskommune) lig med bopælskommune, ligesom den er handlekommune i henhold til ydelser efter sociallovgivningen. De pågældende borgere får udbetalt deres forsørgelsesgrundlag (pension eller kontanthjælp) af bopælskommunen, og de betaler deres skat der. Der kan derfor ikke i relation til denne gruppe borgere skelnes mellem "bopælskommunen" og "den kommune, hvor boligen er beliggende". Bopælskommunen (kaldet opholdskommunen eller beliggenhedskommunen) kan få refunderet sine udgifter<sup>19</sup> af den

oprindelige bopælskommune (den anbringende kommune)<sup>20</sup>. Derimod refunderes udgifter i henhold til lov om tandpleje ikke. I enkelte tilfælde sker der ikke folkeregistrering på institutionen / boligen af personer med ophold i botilbud oprettet i henhold til serviceloven eller lov om almene boliger (fx ved midlertidig anbringelse / aflastning på institution). Her vil der derfor kunne skelnes mellem bopælskommune og opholdskommune. Hvis kommunalbestyrelsen i bopælskommunen i sådanne tilfælde vælger at overlade udførelsen af specialtandplejen til den kommune eller region, hvor boligen er beliggende, er denne forpligtet til, efter nærmere aftale med bopælskommunen, at stille behandlingspladser til rådighed.

For personer, som er indlagt på eller tilknyttet psykiatriske hospitalsafdelinger, herunder distriktskykiatriske ordninger, og som opretholder bolig og folkeregistrering i bopælskommunen, vil sidstnævnte være forpligtet til at yde specialtandpleje. Dersom kommunalbestyrelsen i bopælskommunen i sådanne tilfælde vælger at overlade udførelsen af specialtandplejen til den kommune eller region, der driver institutionen, henholdsvis specialtandplejen på institutionen, er denne forpligtet til, efter nærmere aftale med bopælskommunen, at stille behandlingstilbud til rådighed.

Da der i de nævnte særlige tilfælde kan være tale om, at borgerens bopælskommune geografisk set er beliggende langt væk fra den boform / den psykiatriske hospitalsafdeling, hvor personen bor / er indlagt, og da der kan være tale om akutte behandlinger, hvor behandling bør ydes hurtigt, finder Sundhedsstyrelsen det ud fra patienternes tarv mest hensigtsmæssigt, at det er den kommune / region, hvor boligen er beliggende, alternativt den kommune eller region, der driver institutionen, henholdsvis specialtandplejen på institutionen, der varetager specialtandplejen for de pågældende borgere. Er der tale om regional klinik, må der kunne indgås en ad hoc aftale mellem kommunen og regionen, idet det ikke kan forventes, at der er taget højde herfor i rammeaftalen (se 3.3.2).

### 3.3.1 Kommunalbestyrelsens årlige redegørelse

Kommunalbestyrelsen udarbejder, med frist 1. maj og i dialog med regionsrådet, en årlig redegørelse over behov og kommunens forventede forbrug af behandlingstilbud i regionen for omsorgstandplejepatienter og specialtandplejepatienter. Med udgangspunkt i redegørelsen indgås en rammeaftale mellem kommunalbestyrelsen og regionsrådet.

Redegørelsen skal indeholde oplysninger om:

1. det forventede forbrug af regionale ydelser fordelt på antal pladser inden for de enkelte patientkategorier i det følgende år, herunder antal patienter i generel anæstesi
2. det forventede forbrug af regionale ydelser i den efterfølgende 3-årige periode fordelt på antal pladser inden for de enkelte patientkategorier – i redegørelsen opgøres det forventede antal
  - a) omsorgstandplejepatienter
  - b) specialtandplejepatienter under 18 år
  - c) specialtandplejepatienter over 18 år

3. anæstesipatienter inden for gruppe a), b) og c) samt øvrige omsorgstandplejepatienter og specialtandplejepatienter, hvor kommunen selv varetager den daglige tandpleje, men hvor der er et behov for, at patienten behandles i generel anæstesi som en speciel enkeltopgave
4. hvor mange personer opdelt på patientkategorier, omfattet af regionens forsyningspligt, kommunalbestyrelsen eventuelt selv eller sammen med andre kommunalbestyrelser eller private klinikker, forventer at behandle
5. øvrige forhold, der efter kommunalbestyrelsens opfattelse er vigtige for regionens forsyningspligt.

### 3.3.2 Rammeaftale mellem regionsråd og kommunalbestyrelse

Med udgangspunkt i kommunalbestyrelsens redegørelse indgås en rammeaftale mellem kommunalbestyrelsen og regionsrådet.

Rammeaftalen skal omfatte:

1. regionsrådets forpligtelse til at tilpasse og udvikle de tilbud, som regionsrådet driver på vegne af kommunalbestyrelsen
2. oplysninger om det samlede antal ydelser og tilbud, som regionsrådet stiller til rådighed for kommunalbestyrelsen (specificeret på antal pladser inden for de enkelte patientkategorier, herunder antal patienter i generel anæstesi)
3. aftale om takster for behandling
4. aftale om, at regionsrådet skal stille oplysninger til rådighed til brug for kommunens opkrævning af egenbetaling hos patienten
5. procesbeskrivelse for den løbende tilpasning af aftalen.

### 3.4 Tandplejens indhold

Specialtandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forskellige elementer, eksempelvis de forebyggende og de behandlende. Dette gælder også i de tilfælde, hvor kommunen indgår aftale med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private klinikker om varetagelse af hele eller dele af specialtandplejeopgaven.

Specialtandplejen skal igennem et opsøgende, regelmæssigt tandplejetilbud, med henblik på bevarelse af tænder, mund og kæber i funktionsdygtig tilstand, medvirke til, at den enkelte i videst mulige omfang bevarer sin fysiske, psykiske og sociale trivsel livet igennem.

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

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



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

Tandplejebehovet er som regel af konserverende eller rehabiliterende karakter, og der vil ofte være behov for behandlinger inden for højteknologiske område. Behandlingsomfanget vil således ofte nærme sig det normative behov.

Om end behandlinger ofte må udføres under sedation eller i generel anæstesi, bør tandplejen alligevel have et klart pædagogisk sigte, således at patienterne, i det omfang, det er realistisk, tilvænnens tandpleje, og således, at så få procedurer som muligt skal gennemføres i generel anæstesi eller under sedation. Såfremt en sådan tilvænnelse er mulig og kan gennemføres, bør det efterstående overvejes, om patienten eventuelt kan modtage tilbud på et mindre specialiseret niveau, uden at det til lærte mistes.

#### 3.4.1 Forebyggelse

Med sundhedsloven har kommunerne fået ansvar for at skabe rammer for en sund levevis for borgerne og sikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Dette sker ud fra en grundlæggende idé om, at forebyggelsen bedst foregår i de miljøer, hvor borgeren færdes, og at kommunerne har særlig god adgang til en række målgrupper og har erfaring med driftsmæssigt at forestå forebyggende og sundhedsfremmende opgaver, fx inden for tandpleje.

Ikke mindst når patienten har meget svært ved at gennemføre behandling, er minimering af sygdomsforekomsten den mest farbare vej for at friholde patienten for ubehag. Den forebyggende indsats bør derfor vægtes tungt og bør tilrettelægges under hensyntagen til det forhold, at der hos en stor del af målgruppen er øget risiko for udvikling af karies på grund af den hyppige forekomst af mundtørhed som følge af anvendelse af farmaka.

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

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

#### 3.4.2 Undersøgelse

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

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

#### 3.4.2.1 Tilrettelæggelse af undersøgelser

Ud fra en faglig betragtning – og med den viden, der foreligger i dag – anses en regelmæssig tilknytning til tandplejesystemet, som hensigtsmæssig, idet denne kan bidrage til reduktion af risikofaktorer, sygdomsforekomst og sygdomsudvikling i befolkningen. Vedrørende den faglige begrundelse for tilrettelæggelse af undersøgelser henvises til 1.3.2.1.

#### 3.4.3 Behandling

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

Det forhold, at der er tale om borgere med nedsat tolerance over for de ubehageligheder, som nødvendigvis er forbundet med tandbehandling, må indgå i overvejelserne vedrørende behandlingsvalg og -metoder. Vedrørende behandlingsplan henvises i øvrigt til 1.3.3.1.

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

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

##### 3.4.3.1 Behandling i generel anæstesi

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

Specialtandplejens patientgruppe udviser som helhed ofte mange samtidige handicaps og kan være vanskelig at udrede, ligesom patienterne som regel indtager megen medicin, hvorfor risikoen for komplikationer under generel anæstesi er større end for i øvrigt raske personer. Såfremt opgaven skulle varetages af én eller flere kommuner i fællesskab eller i privat praksis, vil behandling af specialtandplejepatienter i generel anæstesi typisk skulle finde sted i samarbejde med privat speciallægepraksis. Sundhedsstyrelsen finder det imidlertid ikke generelt hensigtsmæssigt at varetage af disse vanskeligt udredte patienters tandbehandlingsbehov finder sted i generel anæstesi i privat speciallægepraksis, hvor der typisk foretages kortvarig standardanæstesi bl.a. i forbindelse med mindre indgreb på i øvrigt raske børn (fx i ørelægepraksis). Såfremt den almenmedicinske udredning af patienten er vanskelig eller ufuldstændig udføres behandling i generel anæstesi derfor mest hensigtsmæs-

sigt på sygehus eller i et sygehuslignende miljø med de nødvendige back-up funktioner<sup>7,13</sup>.

I større tandplejeenheder er det ikke utænkeligt, at der grundet et tilstrækkeligt patientflow og tilstrækkelig adgang til medicinsk og anæstesiologisk beredskab, kan etableres et sådant miljø, der kan danne grundlag for en tilstrækkelig patientsikkerhed ved behandling af vanskeligt udredte patienter i generel anæstesi.

Alternativt bør behandling i generel anæstesi af vanskeligt udredte patienter fra specialtandplejen finde sted ved at indgå aftale herom med regionsrådet, der, jf. sundhedslovens § 133, stk. 3, driver specialtandpleje efter aftale med kommunen. For mindre enheders vedkommende bør dette som hovedregel finde sted. Regionen vil på grund af sin størrelse og de opgaver, der i forvejen er den tillagt, have et bedre grundlag for - på kvalificeret vis - at varetage en sikker anæstesibetjening af disse vanskelige patienter. Typisk kunne man forvente, at regionen i så fald kunne henlægge opgaven til sygehusregi, hvor der i forvejen er det relevante anæstesiologiske personale. Det skal bemærkes, jf. sundhedslovens § 249, at bopælskommunen afholder udgifter forbundet med tandpleje efter § 133.

Sundhedsstyrelsen skal præcisere, at selve tandbehandlingen af de pågældende patienter ikke er en sygehusopgave, således som defineret i Sundhedsstyrelsens specialevejledning<sup>7</sup>. Det vil således ikke henhøre under de opgaver, der er beskrevet under specialet ”Hospitalsodontologi” at udføre tandbehandling på specialtandplejens patienter (se dog Bilag B).

#### 3.4.3.2 Færdiggørelse af behandling

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

En forudsætning for at tilflytningskommunen kan leve op til denne forpligtelse, og at sammenhængen i behandlingstilbudet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette vil normalt forudsætte samtykke enten fra patienten selv eller fra forældremyndighedens indehaver, fra pårørende eller fra en værge, jf. 9.3.

### 3.5 Kvalitetssikring

Specialtandplejens personale skal besidde den fornødne viden om de funktionsnedsættelser, som man møder hos patienterne, og hvorledes man håndterer de afledte problemer med hensyn til tandpleje. Dette gælder inden for alle elementer af specialtandplejen.

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

### 3.6 Koordination

Specialtandplejens funktioner kræver tæt koordination og samarbejde med det øvrige tandplejesystem. Samarbejdet vil bl.a. kunne omfatte undervisning og supervi-

sion fra specialtandplejen til såvel den kommunale tandpleje som praksistandplejen.

### 3.7 Økonomi

Kommunalbestyrelsen kan beslutte, hvorvidt specialtandplejen skal være vederlagsfri for modtagerne, eller om der skal være medbetaling. Ved medbetaling kan der maksimalt afkræves en betaling på 1.480 kr. årligt<sup>14</sup> (grundbeløb pr. 1. januar 2006). De 1480 kr. er en regulering af de 1300 kr., der oprindeligt blev fastsat som led i lovforslaget vedrørende den tidligere amtstandplejes økonomiske konsekvenser). For forebyggende og behandlende tandpleje, der er omfattet af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn<sup>15</sup> og Dansk Tandlægeforening, og som der ydes tilskud til i medfør af § 65 i sundhedsloven, kan kommunalbestyrelsen maksimalt opkræve en betaling svarende til patientens egenbetaling i praksistandplejen. For øvrige ydelser, herunder ydelser, der gives i tillæg til ydelser i nævnte overenskomst, fastsættes egenbetalingen af kommunalbestyrelsen.

Den pligtsmæssige specialtandpleje er indført blandt andet med det formål, i videst mulige omfang behandlingsmæssigt og økonomisk, at sidestille specialtandplejens patientgrupper med den øvrige befolkning. De 1.480 kr., kommunalbestyrelsen kan opkræve i egenbetaling svarer derfor til den gennemsnitlige egenbetaling i voksentandplejen (1999-tal). Loftet for egenbetalingen reguleres én gang årligt på grundlag af satsreguleringsprocenten. Der vil være mulighed for at få tilskud til dækning af egenbetaling efter social- og pensionslovgivningen, det vil sige efter konkret trangsvurdering.

For forebyggende og behandlende tandpleje, der er omfattet af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening, og som der ydes tilskud til i medfør af § 65 i sundhedsloven, kan kommunalbestyrelsen maksimalt opkræve en betaling svarende til patientens egenbetaling i hos praktiserende tandlæge. For øvrige ydelser, herunder ydelser, der gives i tillæg til de ovenfor nævnte ydelser omfattet af overenskomsten, fastsættes egenbetalingen af kommunalbestyrelsen.

For børn og unge under 18 år er tilbudet i specialtandplejen vederlagsfrit.

## 4 Støtte til tandproteser

### 4.1 Personkreds

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

### 4.2 Tilbudets indhold

Kommunen yder økonomisk støtte til tandproteser, hvorved forstås en erstatning for én eller flere manglende eller beskadigede tænder og skader opstået på tandproteser. Tandprotese omfatter faste proteser (kroner, broer, implantater) og aftagelige proteser (delproteser eller helproteser). Der kan ydes hjælp til behandling, der anses for nødvendig til fremstilling og fastgøring af protese, herunder behandling af tænder, der skal bære eller støtte protesen. Der ydes ikke hjælp til operative indgreb, tandregulering eller løbende forebyggende eller behandlende tandpleje

Støtte ydes til afhjælpning af følger af pludselige og direkte skadevirkninger, hvorimod der ikke ydes støtte til afhjælpning af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes sygdom (fx epilepsi). Da der ved tildeling af støtte til tandprotese er tale om støtte til restituering efter en ulykkesbetinget skade, må der lægges vægt på en umiddelbar tidsmæssig sammenhæng mellem ulykken og det som følge deraf opståede behandlingsbehov. Ansøgning om støtte bør derfor fremlægges så hurtigt som muligt efter skadens opståen, således at der på ansøgningstidspunktet er udført mindst mulig permanent behandling. Herved sikres, at kommunen får mulighed for at vurdere eventuelle alternativer til en foreslået behandling.

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

Sundhedsministeriets bekendtgørelse, § 17, stk. 3, præciserer, at hjælp ydes til behandling, der er i overensstemmelse med tandsættets status og vedligeholdelsesniveau. Herudover bør hjælpen ydes til den billigst mulige, forsvarlige behandling, og der bør kun ydes hjælp til fast protetik, hvis dette er den eneste forsvarlige behandlingsmulighed. Disse forhold er nødvendigvis ensbetydende med, at der i hvert enkelt tilfælde foretages en konkret tandlægelig vurdering, hvorunder også patientens alder inddrages i vurderingen.

Ønsker patienten en anden behandling end den, der kan ydes støtte til, kan patienten få refunderet et beløb svarende til den godkendte støtte.

## 5 Regionstandpleje

### 5.1 Personkreds

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

Det specialiserede tandplejetilbud i regionstandplejen skal gives i overensstemmelse med de i bilag 1 til bekendtgørelsen angivne regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer.

Det regionale specialtilbud skal tilrettelægges i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen, der har ansvaret for den almindelige forebyggende og behandlede tandpleje til børn og unge under 18 år.

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

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

Det har ikke med loven været hensigten, at regionstandplejen skulle give et behandlingstilbud til patienter med kariesfølger eller med andre odontologiske problemer, der med rette ville kunne siges at kunne være forebygget ved en varig indsats fra patientens side. Det specialiserede tandplejetilbud i regionstandplejen er heller ikke rettet imod patienter, hvis aktuelle behandlingsbehov direkte kan relateres til eller er en følge af tidligere udført eller udeladt behandling, eller hvis odontologiske problemer med rette kunne have været forebygget.

#### 5.1.1 Patienter, der er udmeldt af børne- og ungdomstandplejen

Regionstandplejen skal tilrettelægges i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen. 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 regionstandpleje er således ikke til stede.

#### 5.1.2 Patienter, der tidligere 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 (inden det fyldte 18. år) alligevel vil kunne efterkommes, ligger hos kommunen. Derimod kan kommunen ikke træffe en sådan beslutning på regionens vegne.

Som udgangspunkt bør børne- og ungdomstandplejen derfor ikke til regionstandplejen 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 regionsrådet vedrørende regionstandplejen. 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 regionstandplejen ikke er til stede.

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

Såfremt børne- og ungdomstandplejen alligevel henviser for behandling i regionstandplejen, uden at have haft denne forudgående konsultation, bør regionstandplejen 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.

### 5.1.3 Visitation i regionstandplejen

For så vidt angår spørgsmålet, om agenesipatienter under 18 år blot skal registreres af regionsrådet, 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 børne- og ungdomstandplejen 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 regionstandplejen har været hensigten at sikre barnet / den unge et sammenhængende behandlingstilbud, er det således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at regionsrådet – ved modtagelse af henvisning til regionstandpleje – bør underka-

ste 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.

## 5.2 Organisation af tandplejetilbudet

Behandlingsmæssigt vil der ofte være behov for krævende behandlingsplaner og komplicerede behandlinger, og det teambaserede behandlingstilbud er derfor et væsentligt og bærende element i regionstandplejen.

For patienter, hvis endelige behandling (f.eks. med implantater, støbte kroner) først kan færdiggøres efter børne- og ungdomstandplejens ophør / når patienten er udvokset (i 20-25 års alderen), udføres den endelige behandling i regionstandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra den kommunale tandpleje til et regionstandplejetilbud.

Der kan ikke indgås aftale med en sygehusafdeling om at varetage regionstandplejeopgaven inden for sundhedslovens rammer om sygehusbehandling. Det forhold, at mange amter har organiseret regionstandplejen i relation til tand-, mund- og kæbekirurgiske sygehusafdelinger, er således ikke ensbetydende med, at der er tale om en sygehusopgave. Der er derimod tale om et specialiseret tandplejetilbud, som regionen er forpligtet til at stille til rådighed i medfør af sundhedslovens § 162.

### 5.2.1 Krav til regionstandplejens personale

For den i forbindelse med regionstandplejen relevante patientgruppe er det vigtigt, at der lægges en langsigtet behandlingsplan. Der er i denne forbindelse og i forbindelse med behandlingerne ofte behov for specialviden på et niveau, som ikke er til stede i børne- og ungdomstandplejen eller i praksistandplejen. Der skal således ske en inddragelse af - og et tæt samarbejde mellem – flere odontologiske discipliner (pæodonti, ortodonti, protetik, kirurgi), hvilket danner grundlag for det teambaserede behandlingstilbud, som er et væsentligt og bærende element i regionstandplejen.

Med regionstandplejen er der således tale om et specielt tandplejetilbud, der kræver specielle forudsætninger for opgavevaretagelsen. Det påhviler regionsrådet at sikre, at der er kvalificeret personale til at varetage denne teambaserede regionstandplejefunktion, og det er ikke i strid med tandlægeloven at tandlægen skal dokumentere kompetence, når det drejer sig om specialopgaver. Dette kan bl.a. gøres ved at stille konkrete krav om systematisk deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter samt dokumenteret erfaring i behandling af et nærmere fastsat antal komplicerede patienttilfælde inden for fagområderne (kirurgi, ortodonti, protetik og pæodonti) for de personer, der skal indgå i regionstandplejens tværfaglige teams.

#### 5.2.1.1 Ikke-specialist behandling

I de tilfælde, hvor der for patienter over 18 år er tale om ukomplicerede behandlinger, der ikke kræver specialistbehandling, kan regionsrådet lade behandlingerne udføre andetsteds, fx hos praktiserende tandlæge eller i børne- og ungdomstandplejen. Sådanne ikke-komplicerede behandlingsopgaver kan eventuelt lægges hos et begrænset antal behandlere for dermed at opnå en større volumen og erfaring hos de enkelte tandlæger til fremme af kvaliteten.



Det skal imidlertid indskærpes, at beslutning om at lade behandlingen udføre andetsteds skal baseres på en individuel, odontologisk vurdering foretaget af regionstandplejen. Det skal endvidere præciseres, at intentionen med regionstandpleje (oprindeligt amtsspecialtandplejen) var at give et teambaseret tandplejetilbud, og at ordningen blev indført med henblik på et kvalitetsløft. Det teambaserede tilbud skal således betragtes som standarden for regionstandplejen.

Reglerne for omfanget af og kravene til regionstandplejen er i øvrigt de samme, hvad enten tandplejen ydes i offentlig eller privat tandlægepraksis.

### 5.2.2 Tandlægefaglig dokumentation for henvisning

Det er rimeligt, at regionstandplejen 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 børne- og ungdomstandplejen. På baggrund af den udførte undersøgelse og diagnostik kan tandlægen efterstående vurdere, om patienten bør henvises i henhold til reglerne om regionstandpleje.

### 5.2.3 Ansvarsfordeling

Regionstandplejen 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 regionstandplejen 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.

## 5.3 Tandplejens indhold

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

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

Med henblik på at sikre den fysiske, psykiske og sociale trivsel for den enkelte, skal regionstandplejen derfor, i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen, give et teambaseret konsultativt og behandlingsmæssigt tilbud til de børn og unge, der på grund af manglende anlæg af tænder (agenesi), mineraliseringsforstyrrelser eller andre generelle tanddannelsesforstyrrelser eller odontologiske lidelser risikerer varig funktionsnedsættelse.

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

#### 5.3.1 Konsultativ virksomhed

Regionstandplejen skal give et konsultativt tilbud for patienter henvist fra børne- og ungdomstandplejen. Som led i den konsultative funktion skal den regionale tandpleje efter behov kunne medvirke til behandlingsplanlægning i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen. Dette gælder i forbindelse med 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) et mere specialiseret tandlægefagligt niveau.

Regionstandplejen har herudover en forpligtelse til at udøve vejledning i de tilfælde, hvor der fra børne- og ungdomstandplejens side hersker usikkerhed om, hvorvidt en patient bør henvises eller ej.

#### 5.3.2 Undersøgelse og behandlingsplan

Omfanget af og kompleksiteten i patientens behandlingsbehov afgør, om behandlingsplanlægning og behandling skal udføres i regionstandplejen, eller om der er behov for behandling i et højt specialiseret, multidisciplinært behandlerteam. Det skal hermed præciseres, at det ikke er hensigten, at regionstandplejen skal tilbyde højt specialiseret behandling.

##### 5.3.2.1 Regionstandplejens opgaver

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

##### 5.3.2.2 Identifikation af patienter med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali

Patienter med svære tilfælde af ekstrem vækstbetinget kæbeanomali, for hvem der er behov for kombineret ortodontisk og kirurgisk behandling, behandles som udgangspunkt i lands- og landsdelsfunktion på tand-, mund- og kæbekirurgiske afde-

linger, og dermed ikke i regionstandplejen eller på odontologisk landsdels- og videnscenter.

#### 5.3.2.3 Identifikation af patienter til odontologisk landsdels- og videnscenter

Det påhviler regionstandplejen at foretage identifikation af henviste patienter med specielt vanskelige og komplicerede tilstande, der ikke kan behandles på tilstrækkeligt specialiseret niveau i regionstandplejen, således at de kan viderehenvises til ét af de to odontologiske landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet eller Århus Universitetshospital. (jf. Kapitel 6). Se endvidere Bilag A.

Det skal præciseres, at en patient fra regionstandplejen med behov for kompleks behandling ikke skal indviseres til behandling i sygehusregi (behandling inden for sundhedslovens regler om sygehusbehandling), med mindre patientens tilstand er omfattet af de tilbud, der eksplicit fremgår af specialeplanlægningen (f.eks. ortodontisk-kirurgisk behandling hos patienter med ekstrem vækstbetinget kæbe-anomali), og som udelukkende kan varetages i sygehusregi (se Bilag B).

Derimod skal patienten med det komplekse behandlingsbehov henvises til landsdels- og videnscentret i de tilfælde, hvor regionstandplejen ikke kan varetage behandlingen. Skønsmæssigt antages denne patientgruppe at udgøre ca. 30 patienter pr. alderskohorte. Det drejer sig f.eks. om de mest vanskelige agenesitilfælde, dvs. patienter med omfattende mangel på tænder og med anodonti.

#### 5.3.3 Behandling

En stor del af de patienter, der bliver henvist til regionstandplejen på grund af forskellige odontologiske lidelser vil være patienter, hvis hovedproblem er agenesi af permanente tænder. Hos disse patienter må pladslukning som biologisk hovedprincip betragtes 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 (jf. Bilag A).

Imidlertid er pladslukning og autotransplantation som behandlingsmetode ikke altid mulig, ikke mindst når der er tale om multiple agenesier og / eller uhensigtsmæssigt placerede tilstedeværende tænder. De helt væsentlige behandlingsmæssige problemer ligger derfor hos den gruppe af agenesipatienter, hvor det ikke er muligt at gennemføre behandlingen ved hjælp af pladslukning, og hvor der følgelig dels er en tandlægefaglig indikation, dels et subjektivt behov for tanderstatning, der kan etableres på forskellige måder. På denne patientgruppe vil implantatunderstøttede erstatninger normalt være at foretrække. I den konkrete situation bør andre behandlingsmuligheder dog også indgå i vurderingen med baggrund i det forventede behandlingsresultat, prognosen og omfanget af den samlede behandling.

Med henblik på at opnå det bedst mulige behandlingsresultat må der lægges vægt på et velfungerende og smidigt samarbejde mellem regionstandplejen og børne- og ungdomstandplejen.

Som hovedprincip skal den behandling, der kan udføres i børne- og ungdomstandplejens regi, udføres der. Således bør den interceptive tandreguleringsbehandling udføres og afsluttes af den specialtandlæge, der er tilknyttet kommunens ortodonti-

ske service. Det skal her erindres, at børne- og ungdomstandplejen fremsætter tilbud om ortodontisk behandling, herunder pladslukning som led i agenesibehandling, på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Afslår forældremyndighedens indehaver behandling på dette tidspunkt, kan der ikke senere rejses krav om gennemførelse af behandling, der kan have udviklet sig til en mere ressourcekrævende opgave, fx indsættelse af implantater.

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

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

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

Behandlingen bør følges op med hyppige kontrolbesøg. Herved har behandlerteamet mulighed for hurtigt at gribe ind med behandling og dermed undgå tab af knogle, hvis der f.eks. opstår betændelse ved implantatet. Tandplejere kan med fordel inddrages i denne kliniske efterkontrol og eventuelle behandling.

Regionstandpleje er at regne som et samlet tilbud, for hvilket der ikke er hjemlet adgang til at patienten selv kan supplere med egenbetaling.

Det er udelukkende det særlige tandplejetilbud, jf. sundhedslovens § 162, der skal gives i regionstandplejen, idet der i regionstandplejen 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 i regionstandplejen, søge almindelig forebyggende og behandlende tandpleje hos praktiserende tandlæger efter reglerne i sundhedslovens § 65.

#### 5.3.3.1 Tidligere udført ortodontisk behandling og retention

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 af i regionstandplejen, 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 regionstandplejen lægge følgende forhold til grund for en faglig vurdering af behandlingsforpligtelse mv.:

Såfremt regionstandplejen konstaterer, at den utilstrækkelige plads til implantatindsættelse 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 børne- og ungdomstandplejen 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 et oprindeligt behandlingsresultat fra børne- og ungdomstandplejen, kan patienten ikke pålægges nogen betalingsforpligtelse. Er der således behov for en egentlig tandreguleringsbehandling fordi børne- og ungdomstandplejen ikke har udført relevant og tilstrækkelig tandreguleringsbehandling, og foreligger der ikke en aftale mellem børne- og ungdomstandplejen og regionstandplejen om, at behandlingen ud fra en særlig faglig begrundelse skal udføres i regionstandplejen, er tandreguleringsbehandlingen i sådanne tilfælde ikke et anliggende for regionstandplejen. Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse erindre om, at kommunens forpligtelse over for børn og unge ophører, når den pågældende fylder 18 år. Påbegyndelse af tandreguleringsbehandling efter det fyldte 18. år er således ikke en del af børne- og ungdomstandplejens tilbud. Sigtet med indførelse af regionstandplejen har været, at børn og unge med behov for odontologisk specialbehandling får et ensartet og sammenhængende behandlingstilbud i et niveaudelt system. Regionstandplejen 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.

Endelig er der de situationer, hvor der er et behov for ortodontisk korrektion, der ud fra en faglig begrundelse (ekstraordinært) ikke har kunnet udføres i børne- og ungdomstandplejen. Foreligger der en aftale mellem børne- og ungdomstandplejen og regionstandplejen om, at behandlingen skal udskydes til efter det 18. år, udføres behandlingen i regionstandplejen.

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

I de tilfælde, hvor der ved den ortodontiske behandling i børne- og ungdomstandplejen 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 u hensigtsmæssig for patienten, ligesom den må antages at belaste regionstandplejen 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 regionstandplejen, bevares intakte, indtil endelig behandling kan foretages.

Retentioner, der indsættes af børne- og ungdomstandplejen som afslutning på en ortodontisk behandling, og hvor patienten efterfølgende, når fysisk modenhed hos den pågældende muliggør, at behandling kan færdiggøres i regionstandplejen, er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse at betragte som et led i den vederlagsfrie specialbehandling, regionsrådet skal tilbyde den unge.

#### 5.3.4 Færdiggørelse af behandling

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

Som hovedprincip skal behandlingsplanen følges. Er der imidlertid tale om en eventuel uenighed om behandlingsplanen mellem regionstandplejen i fraflytningsregionen og regionstandplejen i tilflytningsregionen, bør en sådan uenighed kunne løses på fagligt grundlag.

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

En forudsætning for at tilflytningsregionen kan leve op til færdiggørelsesforpligtelsen, og at sammenhængen i behandlingstilbudet kan sikres, er, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette vil normalt forudsætte samtykke enten fra patienten selv eller fra forældremyndighedens indehaver, fra pårørende eller fra en værge, jf. 9.3.

### 5.4 Kvalitetssikring

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

Kvaliteten i diagnostik og behandling i regionstandplejen bør sikres igennem samarbejde med de odontologiske landsdels- og videnscentre (jf. Kapitel 6).

## 6 Odontologisk landsdels- og videnscenter

### 6.1 Personkreds

Regionsrådet skal tilbyde højt specialiseret rådgivning og / eller behandling til børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, og for hvem tilbudet i regionstandplejen ikke er tilstrækkeligt specialiseret. Skønsmæssigt udgør denne gruppe ca. 30 personer pr. år.

Regionsrådet skal derudover tilbyde højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæber. Der sigtes her til personer, der omfattes af begrebet ”sjældne sygdomme og handicap”, defineret som en tilstand med en forekomst på mindre end 1:10.000, dvs. en absolut forekomst på mindre end ca. 500 i Danmark, jf. Bilag C. Herforuden skal den pågældende person have vidtgående odontologiske problemer f.eks. i form af tanddannelses-, mineralisations- eller eruptionsforstyrrelser, malokklusioner, øget risiko for karies, parodontale lidelser eller slimhindelidelser. Grænsen mellem 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.

Skønsmæssigt skønnes den samlede gruppe af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæber at udgøre ca. 5.000 personer, hvoraf hovedparten dog kun har behov for rådgivning, behandlingsplan mv. (jf. 6.3.3).

Det specialiserede tandplejetilbud i landsdels- og videnscentrene er ikke rettet imod patienter, hvis aktuelle behandlingsbehov direkte kan relateres til eller er en følge af tidligere udført eller udeladt behandling, eller hvis odontologiske problemer med rette kunne have været forebygget.

### 6.2 Organisation af tilbudet

De odontologiske landsdels- og videnscentre er placeret på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital. Centerteamet bør være et multidisciplinært team med højt kvalificerede repræsentanter fra de relevante fagdiscipliner (ortodonti, kirurgi, protetik og pædagogik).

Henvisning af børn og unge med behov for højt specialiseret behandling til de odontologiske landsdels- og videnscentre bør forudgås af udredning i regionstandplejen.

Henvisning af personer med sjældne sygdomme og handicap til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion kan ske uden forudgående udredning i regionstandplejen. Det er således for denne patientgruppes vedkommende hensigten, at og-

så 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. Indvisitering til behandling beror på den faglige vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre. Med denne direkte visitationsadgang må børne- og ungdomstandplejen og de praktiserende tandlæger tydeliggøre i henvisningen, at patienten har et klart og utvetydigt behov for udredning, behandling eller lignende på den højt specialiserede funktion. Fremgår dette ikke tydeligt bør landsdels- og videnscentre umiddelbart returnere henvisningen.

Bopælsregionen betaler en omkostningsbestemt takst for konsultative ydelser og behandling af de patienter, der henvises til de odontologiske landsdels- og videnscentre ved Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

#### 6.2.1 Ansvarsfordeling

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

Derimod har 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.

#### 6.2.2 Samarbejde

De odontologiske landsdels- og videnscentre varetager løsningen af opgaven i tæt samarbejde med de to tandlægeskoler for på den måde bedst at sikre anvendelse af den samlede ekspertise, der er til rådighed i landet. Derudover bør der til center-teamet tilknyttes relevant ekspertise fra pædiatri og andre lægelige specialer.

For børn og unge med læbeganespalte, med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali eller med vækstbetinget afvigelse i tand- og kæbestilling i forbindelse med juvenil rheumatoid arthritis har behandlingen i en årrække været defineret som en landsdelsfunktion, jf. Bilag B. Denne landsdelsfunktion er ikke berørt af de odontologiske landsdels- og videnscentre. Det forhold, at de odontologiske landsdels- og videnscentre er placeret på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital, er således ikke ensbetydende med, at der er tale om en sygehusopgave, der skal løses efter reglerne i sundhedslovens Afsnit VI om sygehusydelser. Der er derimod tale om et særligt specialiseret tandplejetilbud, som regionsrådene er forpligtede til at stille til rådighed i medfør af sundhedslovens Afsnit XI om øvrige ydelser og tilskud. Sygehusvæsenets regler finder således ikke anvendelse i forhold til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion.

Om end den behandling, der ligger i de odontologiske landsdels- og videnscentre ikke er af samme type som de behandlinger, der ligger inden for den tand-, mund- og kæbekirurgiske landsdelsfunktion, er det hensigtsmæssigt, at der etableres et udstrakt samarbejde imellem de odontologiske landsdels- og videnscentre og de centre inden for sygehusvæsenet, der varetager den kirurgiske behandling af patienter med svære kraniofaciale misdannelser.



Desuden bør der etableres samarbejde med de klinikker og centre for sjældne handicap og sygdomme, som er etableret på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital.

### 6.3 Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold

Når en behandlingsplan / behandling er så vanskelig, at tilbudet i regionstandplejen ikke er tilstrækkelig specialiseret til at varetage opgaven, eller når en tilstand / et handicap er så sjældent, at tandplejeopgaven ikke kan løses i det øvrige tandplejesystem, vil patienten have behov for et højt specialiseret tilbud på et landsdels- og videnscenter.

Principielt ligger kosmetisk tandbehandling ikke ligger inden for rammerne af offentlig tandpleje.(se endvidere 1.3.3.4).

#### 6.3.1 Konsultativ virksomhed

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal give et konsultativt tilbud over for den kommunale tandpleje og regionstandplejen ved behandlingsplanlægning for patienter med behov for meget kompliceret behandling.

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal derudover yde konsultativ virksomhed over for den kommunale og regionale tandpleje samt praktiserende tandlæger ved odontologisk udredning, diagnostik og behandlingsplanlægning for patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem der er vidtgående odontologiske problemer.

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

#### 6.3.2 Undersøgelse

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

#### 6.3.3 Behandling

De odontologiske landsdels- og videnscentre tilbyder udelukkende behandling, når den henviste patient har behov for højt specialiseret, multidisciplinær behandling. Derimod udfører landsdels- og videnscentret ikke mindre komplicerede eller ukomplicerede behandlinger (eller dele af behandlinger), der kan udføres andetsteds.

De typer behandlinger, der helt eller delvis kan indvisiteres til behandling i de odontologiske landsdels- og videnscentre er af forskellig karakter. Nedenfor nævnes nogle eksempler på behandlinger, der i de fleste tilfælde vil være omfattede af den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion.

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

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

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

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

#### 6.4 Kvalitetssikring

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

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

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

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

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

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

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

Det skal præciseres, at de opgaver, som er tillagt landsdels- og videnscentrene, kun kan udføres af centrene, når de får tilført det relevante patientunderlag, blandt andet fra regionstandplejen, der således har en forpligtelse til at henvise de relevante patienter. Kun derigennem kan det kvalitetsløft i tandplejen finde sted, som oprindeligt var intentionen med ændringen af tandplejeloven.

## 7 Tilskud til kræftpatienter og til patienter med Sjögrens Syndrom

Regionsrådet yder et særligt tilskud til tandpleje til kræftpatienter, der efter strålebehandling i hoved- eller halsregionen eller på grund af kemoterapi har betydelige dokumenterede tandproblemer. Herudover yder regionsrådet et særligt tilskud til tandpleje til personer, der kan dokumentere betydelige tandproblemer som følge af Sjögrens Syndrom

### 7.1 Strålebehandlede patienter

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

Skønsmæssigt antages denne gruppe at udgøre ca. 250 nye patienter pr. år, hvortil kommer ca. 1.000 patienter, der ved tandplejelovens ikrafttræden i 2001 levede efter strålebehandling af hoved og / eller hals, og som forventes at ville tage imod et særligt tilbud.

#### 7.1.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

Ved strålebehandling for kræft på hoved og hals opstår akutte bivirkninger i form af hudpåvirkninger, sår i munden, svamp, belægninger, mundsmerter og mundtørhed. Kroniske gener efter strålebehandlingen omfatter mundtørhed, røde og sarte slimhinder, øget kariesaktivitet m.v. Mundtørheden kan vise sig ved en tør pergamentagtig mundslimhinde, hvori mundspejlet hænger fast ved almindelig undersøgelse. Tungen taber sit papilmønster og fremtræder eventuelt glat og med indtørrede belægninger. Slimhinden er sart med tendens til sår dannelse, og gabeevnen er ofte nedsat. Kronisk mundtørhed samt påvirkning af tænderne medfører ud over øget kariesaktivitet karies på atypiske steder (cervikalt, incisalt og langs fyldninger), og tænderne bliver skøre, knækker let, hvorfor fyldninger tabes hyppigt.

#### 7.1.2 Tandplejens indhold

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

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

Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbudet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet. Vedrørende behandlingsplan henvises i øvrigt til 1.3.3.1.

### 7.1.3 Ordningens omfang

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

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

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

Mild strålebehandling i hoved- og halsregionen for andre lidelser end kræft, f.eks. for hudsygdomme, vil ikke berettige til tilskud.

### 7.1.4 Tilskud og egenbetaling

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

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge kan maksimalt udgøre 1.480 kr. årligt (grundbeløb pr. 1. januar 2006) (en regulering af de 1.300 kr., der oprindeligt blev fastsat som led i lovforslaget vedrørende den amtskommunale tandplejes økonomiske konsekvenser). Egenbetalingen reguleres én gang årligt den 1. januar på grundlag af satsreguleringsprocenten<sup>14</sup>.

Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje, afholder patienten sin egenbetaling og modtager evt. helbredstillæg i forhold hertil. Tilskud fra Sygeforsikringen Danmark fraregnes ikke ved opgørelsen af patientbetalingen.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger 1.480 kr., betaler regionsrådet den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

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

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

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

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

## 7.2 Kemoterapipatienter

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

Ud af den samlede gruppe patienter, der årligt modtager kemoterapi som led i behandling af en kræftsygdom, vil kun en ganske lille gruppe kunne antages at få betydelige tandproblemer som følge af kemoterapien. Skønsmæssigt antages ca. 250 nye patienter årligt således at have behov for et særligt tilbud, enten i en genoprettelsesfase eller af mere vedvarende karakter. Hertil kommer et antal patienter, der ved tandplejelovens ikrafttræden i 2001 levede efter kemoterapi af en kræftlidelse og som følge af behandlingen vil have et særligt tandplejebøvhov, der opfylder betingelserne for en tilskudsbevilling. Ca. 1.300 af disse patienter forventes at ville tage imod et særligt tilbud.

### 7.2.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

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

### 7.2.2 Tandplejens indhold

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

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

Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbudet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet. Vedrørende behandlingsplan henvises i øvrigt til 1.3.3.1.

### 7.2.3 Ordningens omfang

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

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

### 7.2.4 Tilskud og egenbetaling

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

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge kan maksimalt udgøre 1.480 kr. årligt (grundbeløb pr. 1. januar 2006) (en regulering af de 1.300 kr., der oprindeligt blev fastsat som led i lovforslaget vedrørende den amtskommunale tandplejes økonomiske konsekvenser). Egenbetalingen reguleres én gang årligt den 1. januar på grundlag af satsreguleringsprocenten<sup>14</sup>.

Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje, afholder patienten sin egenbetaling og modtager evt. helbredstillæg i forhold hertil. Tilskud fra Sygeforsikringen Danmark fraregnes ikke ved opgørelsen af patientbetalingen.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger 1.480 kr., betaler amtskommunen den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

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

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

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

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

### 7.3 Patienter med Sjögrens Syndrom

Målgruppen for tilskudsordningen er patienter med diagnosen Sjögrens Syndrom<sup>21</sup> efter "Københavnkriterierne" eller "EU-kriterierne" (se Bilag D), der som følge heraf har betydelige tandproblemer.

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

#### 7.3.1 Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

Ved Sjögrens Syndrom er spytkirtler og tårekirtler påvirkede, hvorfor patienterne er tørre i mund og øjne. Sygdommen er kronisk. Mundgener i forbindelse med Sjögrens Syndrom kan omfatte hævelse af spytkirtlerne, mundtørhed, svamp, tynde sarte slimhinder, og øget kariesaktivitet, m.v. Mundtørheden kan vise sig ved en tør pergamentagtig mundslimhinde, hvori mundspejlet hænger fast ved alm. undersøgelse. Tungen taber sit papilmønster og fremtræder evt. glat og med indtørrede belægninger. Kronisk mundtørhed medfører ud over øget kariesaktivitet, karies på atypiske steder (cervikalt, incisalt, langs fyldninger).

#### 7.3.2 Tandplejens indhold

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

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

Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbudet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet. Vedrørende behandlingsplan henvises i øvrigt til 1.3.3.1.

#### 7.3.3 Ordningens omfang

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



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

#### 7.3.4 Tilskud og egenbetaling

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

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge kan maksimalt udgøre 1.480 kr. årligt (grundbeløb pr. 1. januar 2006) (en regulering af de 1.300 kr., der oprindeligt blev fastsat som led i lovforslaget vedrørende den amtskommunale tandplejes økonomiske konsekvenser). Egenbetalingen reguleres én gang årligt den 1. januar på grundlag af satsreguleringsprocenten.

Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje, afholder patienten sin egenbetaling og modtager evt. helbredstillæg i forhold hertil. Tilskud fra Sygeforsikringen Danmark fraregnes ikke ved opgørelsen af patientbetalingen.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger 1.480 kr., betaler regionsrådet den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

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

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

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

Patienten søger regionsrådet om at komme med i ordningen. Ansøgningen vedlægges lægelig dokumentation for sygdom samt erklæring fra egen tandlæge vedlagt journaloptegnelser, der kan dokumentere, at der er opstået særlige problemer i forbindelse med patientens tilgrundliggende Sjögren Syndrom. Tandlægen bør vejlede

patienten om, hvor man skal henvende sig, og eventuelt være patienten behjælpelig med kontakten til regionsrådet.

## 8 Koordination

### 8.1 Koordinationsudvalg

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne skal sikre en koordination af den offentlige tandpleje og praksistandplejen, jf. bekendtgørelsens § 26, stk. 1.

Med henblik herpå nedsætter regionsrådet i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen samt repræsentanter for praksistandplejen et koordinationsudvalg. Udvalget sammensættes efter lokal aftale og skal afspejle de forskellige interesser og funktionsområder, der er på tandplejeområdet i den enkelte region. Som deltage-re bør der fra såvel region som kommuner være repræsentation af både politikere og ikke-odontologiske embedsmænd, af tandlæger fra offentlig tandpleje og fra praksistandplejen.

Koordinationsudvalget har til opgave at sikre den sammenhæng i befolkningens tilbud om forebyggelse og behandling på tandplejeområdet, som er nævnt i sundhedslovens formålsparagraf (Sundhedslovens § 1: Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte).

Koordinationsudvalget skal endvidere sikre, at der for personer omfattet af børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen, specialtandplejen, regionstandplejen og praksistandplejen etableres vagtordninger i regionen til ydelse af fornøden tandlægehjælp uden for sædvanlig behandlingstid

Udvalget varetager koordinationen og sikrer hensigtsmæssig visitation og smidige overførselsprocedurer inden for alle de funktionsområder / opgaveområder, hvor der er berøringsflader mellem regionsrådet, kommunerne og praksistandplejen. Det drejer sig om specialtandpleje, regionstandpleje, tandpleje i landsdels- og videnscentrene, regionsrådenes tilskud til tandbehandling samt børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje og praksistandpleje.

I relation til specialtandplejen skal det erindres, at kommunalbestyrelsen i medfør af den sociale lovgivning<sup>22</sup> har pligt til at nedsætte et handicapråd, der rådgiver kommunalbestyrelsen i handicappolitiske spørgsmål og formidler synspunkter mellem borgerne og kommunalbestyrelsen om lokalpolitiske spørgsmål, der vedrører mennesker med handicap. Kommunalbestyrelsen hører handicaprådet over alle initiativer, som har betydning for mennesker med handicap.

Koordinationsudvalget kan udarbejde og ajourføre retningslinier for sit arbejde og medvirker til belysning af eventuelle koordinationsproblemer i de situationer, hvor der i de af koordinationsudvalget nedsatte samarbejdsudvalg ikke kan opnås enighed om den løbende administration af retningslinierne.

### 8.2 Samarbejdsudvalg

Koordinationsudvalget kan nedsætte samarbejdsudvalg svarende til de enkelte funktionsområder med henblik på varetagelse af det løbende, daglige samarbejde og koordinationen på de enkelte områder: regionstandplejeområdet, praksisområdet samt området vedr. de kommunale tandplejeordninger (børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen og specialtandplejen).

Samarbejdsudvalgene, der sammensættes efter lokal aftale, kan tage initiativer inden for deres opgaveområde og skal overvåge resultaterne. Endvidere kan samarbejdsudvalgene tillægges kompetence til at detaljere koordinationsudvalgets retningslinier svarende til eget opgaveområde.

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

Udvalgene kan derudover have koordinerende opgaver vedrørende overførsel til og fastholdelse af de unge i praksistandplejen samt forhold vedrørende vagtordninger / nødbehandling, ligesom der bør ske en løbende vurdering af funktionen af de indgåede aftaler.

Eventuelle tvivlsspørgsmål kan forelægges for koordinationsudvalget.

#### 8.2.1 Regionstandpleje / odontologiske landsdels- og videnscentre

Samarbejdsudvalg på regionstandplejeområdet kan sammensættes af tandlæger fra regionstandplejen og fra de kommunale tandplejere samt af repræsentanter fra praksistandplejen.

De odontologiske landsdels- og videnscentre kan afholde koordinationsmøder med repræsentanter fra regionstandplejen og koordinationsudvalg.

#### 8.2.2 Økonomisk støtte til behandlinger udført i praksistandplejen

Samarbejdsudvalg på dette område kan sammensættes af visitationsinstansen samt repræsentanter for praksistandplejen.

#### 8.2.3 Kommunal tandpleje

Samarbejdsudvalg på dette område kan sammensættes af repræsentanter fra børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen, specialtandplejen (kommunal og regional) samt praksistandplejen. Repræsentanter fra regionens administration eller fra den regionale specialtandpleje kan indgå i dette samarbejdsudvalg i de tilfælde, hvor kommuner har indgået rammeaftale med regionen om at løse opgaver vedr. specialtandpleje.

## 9 Administration og ikrafttræden

### 9.1 Befordringsgodtgørelse

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

For personer, der har ophold i kommunale eller regionale boformer efter serviceloven eller i kommunale eller regionale almene ældreboliger efter lov om almene boliger m.v., der enten er etableret af kommunen eller af regionen efter aftale med regionen, kan transporten være en del af behandlingstilbudet.

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

### 9.2 Planlægning og indberetning

I henhold til sundhedslovens § 195 påhviler det regionsråd, kommunalbestyrelser, praktiserende sundhedspersoner og de private personer eller institutioner, der driver sygehuse m.v., at give oplysning om virksomheden til de centrale sundhedsmyndigheder m.fl. efter nærmere af indenrigs- og sundhedsministeren fastsatte regler.

For tandplejen er sådanne regler fastsat i bekendtgørelsens § 31, hvoraf det fremgår, at Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler om kommunernes og regionernes indberetning om sundhedsforhold og ressourceforbrug i den kommunale og regionale tandpleje. Indberetningerne skal danne grundlag for den til stadighed nødvendige planlægning og evaluering af den kommunale og regionale tandplejes omfang og organisation. Regler for indberetning udsendes særskilt<sup>23</sup>.

I henhold til sundhedslovens § 206 udarbejder regionsrådet en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Forud for regionsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Regionsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen. Regionsrådet indsender planen og senere ændringer heri til Sundhedsstyrelsen.

Herudover vil Sundhedsstyrelsen vurdere tandplejens udvikling på basis af informationer indsamlet gennem den årlige sociale ressourcetælling.

### 9.3 Videregivelse af journaler

Når en patient flytter til en anden kommune / region, eller overgår til behandling i andet regi, bør sammenhængen i behandlingstilbudet sikres ved, at den nye behandlingsansvarlige instans modtager oplysning om tidligere og igangværende behandling. Dette vil normalt forudsætte samtykke enten fra patienten selv eller fra forældremyndighedens indehaver, fra pårørende eller fra en værge.

De rettigheder, der skal tilgodeses over for patienten i denne forbindelse, fremgår af sundhedslovens afsnit III om patienters retsstilling. I henhold til sundhedslovens § 277, stk. 12, forbliver regler, der er fastsat i medfør af den med sundhedsloven ophævede lov om patienters retsstilling<sup>24</sup>, i kraft, indtil de ophæves eller afløses af regler fastsat i medfør af sundhedsloven. Relevante regler er udsendt af Sundhedsstyrelsen i bekendtgørelse<sup>25</sup> og vejledning<sup>26</sup> og af Sundhedsministeriet i vejledning<sup>27</sup>. Reglerne kan findes på internetadressen: [www.retsinfo.dk](http://www.retsinfo.dk).

#### 9.4 Patientens selvbestemmelse / informeret samtykke

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

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

Når det drejer sig om mere omfattende behandlinger (i børne- og ungdomstandplejen f.eks. tandreguleringsbehandling, ekstraktioner af permanente tænder og af primære tænder i tilfælde af agenesi mv.), om valg mellem forskellige behandlingsmuligheder, om risici og komplikationer ved behandlingen og lignende forhold, skal der gives information og indhentes udtrykkeligt samtykke. Et mundtligt samtykke vil i langt de fleste tilfælde være tilstrækkeligt, men det skal altid journalføres.

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

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

Der henvises i øvrigt til sundhedslovens regler om information og samtykke for børn og unge og for patienter, især i omsorgstandplejen og specialtandplejen, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke<sup>2,25,26,27</sup>.

#### 9.5 Forsøgsvirksomhed

Efter sundhedslovens § 233 kan indenrigs- og sundhedsministeren efter ansøgning fra et regionsråd eller en kommunalbestyrelse godkende, at der iværksættes forsøg, der indebærer fravigelse af sundhedslovens bestemmelser. Forsøg skal have til formål at fremme omstilling i sundhedsvæsenet, herunder med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud eller ændrede honoreringssystemer m.v. Ved godkendelse af forsøg skal der lægges afgørende vægt på hensynet til borgerens retssikkerhed og velfærd.

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

Konkrete forslag til forsøgsordninger, der nærmere beskriver forsøgets tilrettelæg-gelse og gennemførelse, evaluering m.v., kan forelægges for indenrigs- og sund-hedsministeren med henblik på godkendelse i henhold til § 233 i sundhedsloven.

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

## 9.6 Klageadgang

Sundhedsloven indeholder ikke særlige regler vedrørende klageadgang på tandple-jeområdet, og der er intet særligt klageorgan, hvortil personer, der er uenige i afgø-relser truffet efter loven, kan klage. Ydelser givet i henhold til sundhedsloven på tandplejeområdet betragtes som en del af sundhedsvæsenets tilbud, og klageadgan-gen kan dermed paralleliseres hermed.

Faglige klager vedrørende den virksomhed, der udøves af personer inden for sund-hedsvæsenet, kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Faglig virk-somhed er i denne sammenhæng ensbetydende med, at den faglige virksomhed skal være relateret til egentlig patientbehandling eller undersøgelse.

## 9.7 Ikrafttræden

De foranstående retningslinier træder i kraft 1. januar 2007 og afløser følgende tid-ligere udsendte bestemmelser:

Sundhedsstyrelsens retningslinier af 29. marts 2001 for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje.

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9278 af 10. maj 2004 om ændring af retningsli-nier af 29. marts 2001 for omfanget af og kravene til den kommunale og amts-kommunale tandpleje (Børne- og ungdomstandpleje).

Sundhedsstyrelsen 30. juni 2006

Jens Kristian Gøtrik

/

Maria Malling

# 10 Bilag A: Principielle faglige udmeldinger

## 10.1 Ageneser

Som biologisk hovedprincip betragtes pladslukning ved ageneser af permanente tænder som den bedste behandling. Herudover regnes autotransplantation i visse tilfælde som en hensigtsmæssig behandlingsmetode ved ageneser af permanente tænder, når den forudgås af en omhyggelig individuel planlægning, herunder udvælgelse af patient og kirurg.

### 10.1.1 Ageneser af én eller få tænder

Ved ageneser 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 som følge af ageneser, kan således ikke i sig selv gøres ansvarlig for funktionsforstyrrelser i mastikationssystemet i form af eksempelvis kæbeledsknæk, låsninger af kæbeled og muskulær hovedpine<sup>28</sup>.

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

#### 10.1.1.1 Ageneser af 5+5 vs. ageneser af 5-5

Ageneser af 5+5 udløser stort set aldrig udløser funktionelle problemer. Dog skal det tilses, at spontan lukning ikke medfører funktionsforstyrrelser pga. kipning og rotation af 6+6.

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 de ortodontiske visitationskriterier 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<sup>29</sup>, 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 regionstandplejen.

Ageneser af 5-5 kan i visse tilfælde udløse funktionelle problemer. Det er her afgørende at vurdere, om der er tale om en okklusion, hvor der ved tab af de primære tænder er risiko for at nabotænderne vil klatre ind i mellemrummet med risiko for, at patienten udvikler et større horisontalt og vertikal overbid. Vurdering af okklusionens stabilitet er her væsentlig for beslutningen om behandling, herunder beslut-



ning om indsættelse af erstatning eller lukning. Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at pladslukning som biologisk hovedprincip må betragtes den bedste behandling.

Der må derfor ved agenesi 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.

#### 10.1.2 Agenesi – andre tilfælde

Ved agenesi 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 det odontologiske landsdels- og videnscenter varetage behandlingen af enkelte patienter med færre, men stærkt uheldigt placerede agenesier.

#### 10.1.3 Agenesi 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 regionen 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 regionen.

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 regionstandplejen 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.

## 10.2 Ulykkesbetingede tandskader og tandtab

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig om ulykkesbetingede tandskader og tandtab<sup>33</sup>. Det skal i den forbindelse præciseres, at det ikke er intentionen med sundhedslovens tilbud at fremskynde tidspunktet for f.eks. ekstraktion og efterfølgende implantatindsættelse på bekostning af den tandlægefagligt mest forsvarlige løsning.

Sundhedsstyrelsen har endvidere 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.

#### 10.2.1 Ulykkesbetingede tandskader

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

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 børne- og ungdomstandplejen, har behov for specialiseret behandlingsplanlægning på grund af mere komplekse forhold som led i en ulykkesbetinget tandskade, skal henvisning herfor kunne finde sted til regionstandplejen med henblik på konsultation og eventuelt samarbejde om behandlingsplanlægningen med det mere specialiserede tandlægefaglige niveau i regionstandplejen.

Patienter, som har fået en tandskade inden det 18. år (uden at der er tale om et ulykkesbetinget tandtab opstået inden det 18. år) er imidlertid ikke – ved eventuelle senfølger ud over det 18. år - omfattet af et behandlingstilbud i regionstandplejen efter det fyldte 18. år. Tilbudet i regionstandplejen er således ikke at betragte som en ulykkesforsikringsordning, til hvilken man kan indgive en skadesanmeldelse og herunder tage forbehold for eventuelle senskader. Henvisning skal derfor ikke finde sted af sådanne patienter til regionstandplejen for behandling efter det 18. år.

De samme patienter henhører heller ikke under reglerne i bekendtgørelsens § 17 (støtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader på tænder, mund og kæber). Det er her præciseret, jf. Kapitel 4, at da 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.

#### 10.2.2 Ulykkesbetingede 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. Ulykkesbetingede tandtab i det permanente tandsæt kan således 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. Herudover kan ulykkesbetinget tandtab relateres til ikke-behandlelige senfølger efter displaceringer, krone-rod frakturer eller cervikale rodfrakturer.

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 regionstandplejen på grund af ulykkesbetinget tandtab inden det 18. år, og hvor behandling af disse patienter har været en del af lovens økonomiske forudsætninger.

Ulykkesbetingede tandtab inden det 18. år udgør talmæssigt en meget begrænset gruppe. Med en årlig incidens på eksartikulation på 0,02 % - 0,03 % forekommer der således i Danmark 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. Her til kommer de ganske enkelte tilfælde, hvor andre traumetyper efterfølges af progressiv resorption, der vil føre til tandtab.

### 10.3 Autotransplantation og replantation ved agenesi og tandtab

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig om replantation og autotransplantation<sup>33</sup>.

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

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

#### 10.3.1 Overlevelsesserater

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

##### 10.3.1.1 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.

10-års overlevelsesseraten for transplanterede præmolarer i præmolar- og molarregionen er over 90 %, og er identisk med overlevelsesseraten for implantater. Autotransplanterede præmolarer i præmolar- og molarregionen viser således en overlevelsesserate, der er fuldt på højde med andre endelige behandlingsløsninger, hvorfor autotransplantation her må betragtes som en endelig behandling, på samme måde som eksempelvis en konventionel bro eller et implantat.

Vedrørende overlevelse af autotransplantater i incisivregionen foreligger der kun 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 behandlerens side 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, idet der synes at være flere komplikationer ved transplantationer til incisivregionen. Årsagen hertil er ikke afklaret, men muligvis kan det tilskrives det forhold, at tænder i incisivregionen let traumatiseres. 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, og endeligt, at de transplanterede præmolarer skal re-staureres i omfattende grad med henblik på et tilfredsstillende resultat i incisivregionen.

Autotransplantation som behandlingsmetode er meget teknikfølsom, og den må derfor generelt altid forudgå af en omhyggelig individuel planlægning. Det er 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.

#### 10.3.1.2 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.

Behandling af eksartikulerede tænder er evidensbaseret gennem mange års kliniske studier og det kan antages, at af udslåede og replanterede tænder vil ca. 1/4 hele ind med normal rodhinde, og ca. 2/3 vil hele ind med ankylose.

#### 10.3.2 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 for tænder i incisivregionen overvejes at foretage dekoronering i stedet 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.

### 10.3.3 Provisorisk vs. endelig behandling

På grundlag af overstående er Sundhedsstyrelsens konklusion indtil videre, at replantation af eksartikulerede tænder og autotransplantation af præmolarer til incisivregionen kan medføre permanent indheling af den replanterede / autotransplanterede tand. Replantation har dog en meget usikker prognose. Om end prognosen for autotransplantation er bedre, vil såvel replantation som autotransplantation af præmolarer til incisivregionen i hovedparten af tilfældene medføre tab af tanden. Replantation af eksartikulerede tænder og autotransplantation af præmolarer 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.

Derimod betragtes autotransplantation af præmolarer til præmolar- og molarområdet som en endelig behandlingsløsning.

### 10.3.4 Cost benefit overvejelser

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

Ulykkesbetinget tandtab hos børn og unge, hos hvem kæbevæksten ikke er afsluttet, vil som oftest resultere i, at kæbeknoglen i den region, hvorfra tanden er mistet, ikke udvikles hverken horisontalt eller vertikalt. Også i agenesiområder 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, 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 alle 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 autotransplantationen 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 af eksartikulerede tænder 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.

#### 10.3.5 Behandlingstilbud ved tandtab opstået inden det 18. år

Såfremt en tand, der har været udsat for en ulykkesbetinget skade eller 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.

Tandbehandlingsbehov opstået som følge af et endeligt 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 tandplejetilbudets 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 tandplejetilbudets ophør.

Kan det inden afslutningen af børne- og ungdomstandplejen konstateres, at der er tale om et endeligt tandtab, jf. definitionen ovenfor, og er det ikke muligt for børne- og ungdomstandplejen forinden at foretage ortodontisk pladslukning, er det indtil videre Sundhedsstyrelsens opfattelse, at patientens endelige behandling er omfattet af regionstandplejens tilbud om behandling efter det 18. år, såfremt manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse.

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.

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

##### 10.3.5.1 Børne- og ungdomstandplejens forpligtelser

Sundhedsstyrelsen skal påpege, at der er stillet skærpet krav til børne- og ungdomstandplejen om faglig stillingtagen til patienters odontologiske lidelse.

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 regionstandplejen, såfremt den afsluttende behandling som følge af

et endeligt tandtab, der har fundet sted mens barnet /den unge har været omfattet af børne- og ungdomstandplejen, 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 regionstandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra børne- og ungdomstandplejen til et regionstandplejetilbud. Det vil derfor være hensigtsmæssigt tidligt at inddrage regionstandplejen 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 regionstandplejen, uden at der forinden har fundet en konference sted med regionstandplejen herom. Dette vil endvidere medvirke til at hindre senere uoverensstemmelser om behandlingens afslutning.

#### 10.3.5.2 Regionstandplejens forpligtelser

Den endelige behandling af såvel endeligt tandtab, der har fundet sted inden det 18. år, som agenesi, er opgaver, der er henlagt til regionstandplejen (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 regionstandplejen. 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 regionstandplejen 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.

Grundet det store teknikfølsomhed ved autotransplantationsbehandling, er det endvidere Sundhedsstyrelsen opfattelse, at autotransplantationer hos børn og unge bør udføres i regionstandplejens regi af kirurger, der har den fornødne erfaring med metoden. Sundhedsstyrelsen finder således, at autotransplantation må henregnes under de behandlinger, der er beskrevet i formuleringen: De behandlinger eller dele af behandlinger, der er særligt vanskelige, og som kræver et nært samarbejde mellem de forskellige dele af regionstandplejens odontologiske team (pædodonti, ortodonti, protetik, kirurgi), udføres i (og betales af) amtet, også inden patientens fyldte 18. år.

Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at det af bekendtgørelsen fremgår, at regionen 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 regionen 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 regionstandplejen.

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

#### 10.4 Ektopiske tænder

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig i spørgsmålet om ektopiske tænder<sup>30</sup>.

Ektopi (afvigende tandplacering og/eller frembrudsbane) af især hjørnetænder udgør et klinisk problem og kan under visse omstændigheder medføre tab af nabetænder. Resorption og eventuelt tab af nabetænder samt dermed forbundne vanskelige og kostbare behandlinger vil dog i de fleste tilfælde kunne hindres ved tidlig interceptiv behandling. Eksempelvis vil ektopisk eruption af hjørnetanden i overkæben ofte korrigeres spontant ved ekstraktion af den primære hjørnetand og / eller første primære molar. 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 med henblik på tidlig diagnostik og interceptiv behandling i relation til ektopi af disse. Herved bør børne- og ungdomstandplejen i langt de fleste tilfælde kunne hindre, at der opstår resorption af nabetænder i et sådant omfang, at disse mistes, eller den ektopiske tand retineres permanent.

I ganske få tilfælde vil der – på trods af tidlig diagnostik og interceptiv behandling – alligevel opstå enten resorption af nabetænder, således at disse mistes, eller permanent retention af den ektopiske tand. I sådanne tilfælde må børne- og ungdomstandplejen foretage rettidig vurdering, herunder vurdering af, om pladslukning vil være relevant. Om nødvendigt inddrages regionstandplejen i behandlingsplanlægning. Såfremt pladslukning ikke er mulig, og det vurderes, at tilstanden ubehandlet vil medføre varig funktionsnedsættelse, bør regionstandplejen 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 regionstandplejen 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 regionstandplejen, beror på en konkret, individuel visitation i regionstandplejen.

#### 10.5 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 i tilfælde af varig funktionsnedsættelse forpligtet til rettidigt at foretage fornøden henvisning til regionstandplejen 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.



### 10.5.1 Amelogenesis / Dentinogenesis / Odontogenesis Imperfecta

Dentale mineraliseringsforstyrrelser omfatter en lang række forstyrrelser i de hårde tandvævs struktur, som klinisk giver sig et meget varierende udtryk. Nogle af forandringerne er lokaliseret til bestemte tænder i tandsættet, medens andre afficerer hele tandsættet; nogle afficerer kun det primære tandsæt, andre kun det permanente tandsæt og atter andre begge tandsæt. Ætiologien kan være lokal eller systemisk, genetisk eller erhvervet, men ofte er ætiologien ukendt.

Amelogenesis Imperfecta (AI) og Dentinogenesis Imperfecta (DI) indtager en særstilling blandt de dentale mineraliseringsforstyrrelser, idet de begge er genetisk betingede. Begge tilstande medfører en række problemer for patienterne i form af stærk følsomhed af tænderne, stærkt slid med deraf følgende kompromitteret bidhøjde og oro-facial funktion samt invaliderende afvigelser i tændernes udseende med deraf følgende risiko for psykosocial belastning. Disse problemer kommer til udtryk allerede i børneårene, og belaster således patienterne stort set fra frembruddet af den første tand<sup>31</sup>.

Ud over AI og DI kan der i meget sjældne tilfælde ses ekstreme mineraliseringsforstyrrelser af ukendt ætologi, hvor både emalje, dentin og formodentlig også cement er angrebet, og hvor de hårde tandvæv er så dårligt mineraliserede, at der udvikler sig apikal parodontitis meget kort tid efter tændernes frembrud (Odontogenesis Imperfecta (OI) / odontodysplasi).

Det eksakte tal for forekomsten af (AI) i er ikke kendt, men det skønnes, at der hos mindst 15 børn pr. år diagnosticeres AI, og at ca. 2/3 af disse vil være alvorligt handicappede af deres tanddannelsesforstyrrelse. Forekomsten af DI skønnes at være ca. 5 individer pr. år.

Behandlingsbehovet varierer betydeligt, fra intet behandlingsbehov, over simpel lokal behandling til omfattende og ofte livslang restaurerende behandling af stort set alle tænder i dentitionen. Behandling af disse patienter var en del af tandplejens økonomiske forudsætninger, jf. amtstandplejeudvalgets rapport<sup>32</sup>. Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt<sup>33</sup>, at kun hos patienter med AI / DI som er visiteret højt specialiseret behandling i landsdels- og videnscentret vil det komme på tale at tilbyde behandling af skader opstået efter det 18. år. På givent foranledning og på grundlag af supplerende oplysninger<sup>31</sup>, har Sundhedsstyrelsen imidlertid revideret ovennævnte udmelding, jf. nedenstående.

#### 10.5.1.1 Behandlingsregi

Tilbudet i regionstandplejen og de odontologiske landsdels- og videnscentre omfatter patienter med AI og DI samt de få patienter, der lider af OI. Svære tilfælde af AI, DI og OI henvises til de odontologiske landsdels- og videnscentre.

#### 10.5.1.2 Definition – svære tilfælde

**Amelogenesis Imperfecta:** Ved svære tilfælde af AI forstås de tilfælde, hvor patienterne ud over mineraliseringsforstyrrelsen lider af ét eller flere af nedenstående komplicerende forhold:

- Ekstremt åbent bid
- Generelle eruptionsproblemer med behov for gentagne denuderings af tænder

- Svære afvigelser i kronemorfologi eller svære misfarvninger med tydelig psykosocial belastning
- Udtalt risiko for posteruptivt *breakdown* af kronerne
- Udtalt følsomhed af tænderne med daglige smertefulde episoder.

**Dentinogenesis Imperfecta:** For patienter med DI gælder det, at alle patienter med denne lidelse må betegnes som svære tilfælde.

**Odontogenesis Imperfecta:** For patienter med OI betragtes svære tilfælde som:

- OI kombineret med DI
- OI kombineret med dentindysplasi med generel pulpaobliteration
- Enkelte tilfælde af helt ekstreme mineraliseringsforstyrrelser af typen OI.

#### 10.5.1.3 Behandlingstilbud

Behandlingstilbuddet til patienter med mineraliseringsforstyrrelser bør tilrettelægges under hensyntagen til tre overordnede forhold:

- Tilstandene er sjældne, og det er derfor nødvendigt at centralisere udredning, diagnostik, behandling og opfølgning på regionalt niveau, henholdsvis i de odontologiske landsdels- og videnscentre, fordi der her findes den fornødne tværfaglige ekspertise indenfor endodonti, pædodonti, ortodonti, kirurgi og protetik til på fagligt forsvarlig vis at udvikle og gennemføre et langsigtet behandlingsforløb
- Behandlingsbehovet manifesterer sig tidligt i børneårene, og persisterer langt op i voksenalderen
- Omfattende restaurativ behandling bør udskydes så længe som muligt, således at patienterne når en modenhed, hvor potentielle risici ved omfattende præparation af tænder reduceres mest muligt.

Patienterne skal initialt identificeres i børne- og ungdomstandplejen, hvorfra de skal henvises til endelig diagnostik og eventuel indvisitation i regionstandplejen eller det odontologiske landsdels- og videnscenter. Her udarbejdes den første langsigtede behandlingsplan.

Den initiale (temporære) behandling udføres, mens patienterne er omfattet af børne- og ungdomstandplejen. Behandlinger, der kan udføres i børne- og ungdomstandplejen, udføres der under anvisninger fra regionstandplejens tværfaglige team / landsdels- og videnscentrets multidisciplinære team.

Formålet med den initiale (temporære) behandling er at udbedre de æstetiske gener, samt sikre okklusionsudviklingen. Behandlingen består i tilpasning af præformerede stålkroner, fremstilling af temporære kroner i plast / metalkapper, udbedring af særligt skæmmende misfarvninger ved blegning eller fremstilling af facader mv. Behandlingen forudsætter effektiv smertekontrol og ofte også anvendelse af forskellige former for sedering. Endvidere holdes okklusionsforholdene under observation, og det sikres, at bidhøjden bevares. Okklusionsudviklingen konfereres med barnets / den unges sædvanlige specialtandlæge i ortodonti.

Den endelige behandling af patienter med mineraliseringsforstyrrelser bør udskydes så længe som muligt, idet risikoen for såvel komplikationer som overbehandling herved reduceres. Sundhedsstyrelsen skal i denne forbindelse præcisere, at det ikke er intentionen med sundhedslovens tilbud at fremskynde tidspunktet for endelig behandling med f.eks. støbte kroner på bekostning af den tandlægefagligt mest forsvarlige løsning. Det er således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at hos patienter med mineraliseringsforstyrrelser, indvisiteret til behandling i regionstandplejen / landsdels- og videnscentret, bør tidspunktet for behandling med støbte kroner afhænge af en tandlægefaglig vurdering. Behandlingen udføres i henhold til formuleringen i Sundhedsstyrelsens retningslinier: "...den endelige behandling udføres i regionstandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra børne- og ungdomstandplejen til et regionstandplejetilbud"

Sundhedsstyrelsen skal her henlede opmærksomheden på, at behandling med støbte kroner er at betragte som en permanent protetisk erstatning, og at omlavning af permanente protetiske erstatninger ikke er omfattet af regionstandplejens eller landsdels- og videnscentrenes behandlingstilbud.

Sundhedsstyrelsen skal endvidere gøre opmærksom 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.

#### 10.5.2 Udtalte idiopatiske resorptioner / ankyloser m.v.

Ved idiopatisk resorption forstås en tilstand, hvor en tands hårde væv nedbrydes uden påviselig årsag. Såfremt en sådan resorption finder sted i tandroden, vil der kunne opstå en ankylose, altså en sammenvoksning mellem tanden og den omgivende knogle. Forekomsten af udtalte idiopatiske resorptioner / ankyloser er meget sjælden. Årligt anslås der at være 1 – 2 tilfælde. Disse få tilfælde er omfattet af tilbudet i regionstandplejen.

#### 10.5.3 Dental fluorose

Der finder ingen pålidelige tal fra Danmark vedrørende hyppigheden af dental fluorose, hvorved forstås tilfælde med svær misfarvning og nedbrydning af emaljen i det permanente tandsæt. Det skønnes, at der på landsplan er tale om et beskedent antal tilfælde om året, hovedsagligt børn og unge, som er flyttet til Danmark fra områder med højt fluorindhold i drikkevandet. Disse få, alvorlige tilfælde er omfattet af tilbudet i regionstandplejen.

#### 10.5.4 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 kræftsygdom, skal henvisning herfor kunne finde sted til regionstandplejen.

Såfremt der yderligere er behov for højt specialiseret behandling, skal regionstandplejen kunne viderehenvise til det odontologiske landsdels- og videnscenter.

De pågældende patienter kan derimod ikke henvises til det odontologisk landsdels- og videnscenter direkte fra børne- og ungdomstandplejen eller privat praksis, uden forudgående udredning i regionstandplejen, idet de sjældne sygdomme og tilstande, der i henhold til bilaget i Sundhedsstyrelsens retningslinier kan henvises direkte til de odontologiske landsdels- og videnscentre i det store hele er medfødte tilstande eller tilstande, der antagelig skyldes en medfødt disposition, hvorimod følger af nødvendig lægelig / tandlægelig behandling ikke er omfattet af de pågældende regler.

#### 10.5.5 Invaginationsmisdannelser

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

Imidlertid kan der i sjældne tilfælde være situationer, hvor der - til trods for tidlig diagnostik og korrekt behandling - ikke kan opnås et tilfredsstillende behandlingsresultat, og tanden derfor mistes. I sådanne tilfælde må børne- og ungdomstandplejen foretage rettidig vurdering, herunder vurdering af, om pladslukning vil være relevant. Såfremt pladslukning ikke er mulig, og det vurderes, at tilstanden ubehandlet vil medføre varig funktionsnedsættelse, bør regionstandplejen i disse sjældne tilfælde kunne give patienten et tilbud om behandling. Børne- og ungdomstandplejen er her forpligtet til rettidigt at foretage fornøden henvisning til regionstandplejen 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 regionstandplejen, beror på en konkret, individuel visitation i regionstandplejen.

#### 10.6 Juvenil parodontitis

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

#### 10.7 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. Der ydes ikke offentligt tilskud til hverken bidskinnebehandling, 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 regionstandplejen.

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

## 10.8 Protetisk behandling

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

## 10.9 Behandling i relation til fysisk modenhed

Implantater må ikke indsættes for tidligt i forhold til vækstafslutningen. Det er overvejelserne i den tandlægefaglige præmis vedrørende den nederste (biologisk betingede) aldersgrænse for implantatindsættelse, som stort set altid ligger efter børne- og ungdomstandplejens 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 regionstandplejetilbudet 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 regionstandplejen, 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: "...den endelige behandling udføres i regionstandplejen i henhold til den behandlingsplan, der blev lagt der i forbindelse med indvisitering af patienten fra børne- og ungdomstandplejen til et regionstandplejetilbud". Opmærksomheden skal imidlertid henledes på de specielle forhold, der tidligere er beskrevet vedrørende (ulykkesbetingede) tandtab opstået inden det 18 år.

Såfremt patienten – efter at have modtaget den fornødne information - beslutter at fravælge regionstandplejens tilbud, vil regionsrådet ikke senere være forpligtet til at fremsætte tilbud om behandling. Hvorvidt regionsrådet 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.

## 11 Bilag B: Anden tandpleje

I dette bilag gøres rede for tandplejeordninger, der ikke er reguleret af bekendtgørelse om tandpleje, men baserer sig på anden regelfastsættelse eller på principielle udmeldinger fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet eller Sundhedsstyrelsen.

### 11.1 Hospitalsodontologi (tand-, mund- og kæbekirurgi)

Sundhedsstyrelsen har i sin specialeplanlægning<sup>7</sup> gjort nærmere rede for arbejdsområdet for de tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger inden for sygehusvæsenet.

Ifølge cirkulære om specialtandlæger i ortodonti og hospitalsodontologi<sup>34</sup> omfatter arbejdsområdet:

1. diagnostik af anomalier, læsioner og sygdomme i tænder, mund og kæber
2. behandlinger af frakturer i kæbeskelettet samt følgetilstande heraf
3. behandlinger af traumatiske skader på tænder og disses støtteapparat samt på mundhulens bløddele
4. behandlinger af benigne lidelser i relation til tænder, mund og kæber inkl. kæbeled
5. præprotetisk kirurgi med nødvendig transplantation og implantation
6. kirurgisk korrektion af medfødte og erhvervede kæbeanomalier og malokklusioner
7. medvirken i det læge- og tandlægelige samarbejde omkring behandling af mulige lidelser i mund og kæber.

Specialet udfører endvidere tandbehandling og dento-alveolære kirurgiske indgreb, hvor dette mest hensigtsmæssigt foregår i sygehusregi.

I henhold til specialeplanlægningen<sup>7</sup> er der sygehusafdelinger på såvel basisniveau som lands- og landsdelsniveau.

#### 11.1.1 Basisniveau

I henhold til specialevejledningen tillægges de tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger følgende opgaver:

Behandlingen af traumatisk betingede skader på tænder og kæber udgør en væsentlig del af arbejdsområdet på basisniveau. Specialet varetager behandling af mandibel- og maksilfrakturer. Mere udbredte ansigtsskader behandles på basisniveau i samarbejde med andre specialer eksempelvis oto-rhino-laryngologi, ortopædkirurgi og anæstesiologi.

På basisniveau udføres diagnostik og behandling af benigne sygdomme og anomalier i kæber, mundslimhinde og tænder. Diagnostik og behandling af præmaligne mundslimhindelidelser er en del af disse funktioner. I øvrigt er præprotetisk kirurgi og diagnostik og behandling af funktionsforstyrrelser i kæbeled og muskler en vigtig del af arbejdsområdet.

### 11.1.2 Lands- og landsdelsniveau

På landsdelsniveau indgår specialet i teamfunktion med en række lægelige specialer bl.a. neurokirurgi, plastikkirurgi og oto-rhino-laryngologi.

Behandlingen af maligne sygdomme i mund- og kæberegionerne foregår på landsdelsniveau ved de onkologiske centre. Tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling indgår i visse faser af behandlingen.

Landsdelsafdelingerne er tillagt følgende lands- og landsdelsfunktioner:

1. Sekundær korrektion af læbe-ganespalter – svære tilfælde (Den ossøse lukning af processus alveolaris området og ganen (knogletransplantation)) (Rigshospitalet og Århus Universitetshospital)
2. Osteomyelitis og osteoradionekrose i kæberne (Osteomyelitis og osteoradionekrose i kæberne, som kræver hyperbar iltbehandling ( i samarbejde med anæstesi) som behandling eller forud for knoglerekonstruktion (Rigshospitalet og Århus Universitetshospital)
3. Odontologisk behandling af hæmofilipatienter (Odontologisk behandling af hæmofilipatienter, i samarbejde med hæmofilicentrene (Rigshospitalet og Århus Kommunehospital)
4. Vækstbetingede afvigelser i tand- og kæbestilling i forbindelse med kronisk juvenil arthritis (Vækstbetingede afvigelser i tand- og kæbestilling i forbindelse med kronisk juvenil arthritis, i samarbejde med pædiatri og Tandlægeskolerne i henholdsvis København og Århus (Rigshospitalet og Århus Universitetshospital)
5. Svære tilfælde af kæbeledslidelser (Svære tilfælde af kæbeledslidelser, f.eks. kæbeledsankyloser og kæbeledsrekonstruktioner (Rigshospitalet og Aalborg Sygehus)
6. Svære tilfælde af rekonstruktiv kæbekirurgi (Svære tilfælde af rekonstruktiv kæbekirurgi, bl.a. hvor behandlingen inkluderer mikrovaskulære lapper: typisk større ossøse rekonstruktioner blandt andet efter cancerbehandling, osteoradionekrose eller kæbeostemyelitis (Rigshospitalet og Århus Universitetshospital)
7. Kombineret ortodontisk-kirurgisk behandling af svære tilfælde af ekstrem vækstbetinget kæbe-anomali (Kombineret ortodontisk-kirurgisk behandling af svære tilfælde af ekstrem vækstbetinget kæbe-anomali, f.eks. svære asymmetrier, herunder hemifacial mikrosomi og komplicerede bimaksillære behandlinger (Rigshospitalet, Amtssygehuset i Glostrup, Odense Universitetshospital, Århus Universitetshospital og Aalborg Sygehus)
8. Andet (Ud over de ovenfor nævnte diagnoser og tilstande bør visse andre alvorlige tilstande også henvises til lands- og landsdelssygehuse, f.eks. ved mangelfuld diagnose, særlig vanskelig behandling eller ekstremt sjældne tilstande, selvom der ikke foreligger særlige behandlingstilbud).

### 11.1.3 Kraniofaciale misdannelser

Undersøgelse og behandling af denne patientgruppe udføres på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital<sup>35</sup>. Funktionen er en teamfunktion omfattende neurokirurgi, plastikkirurgi, hospitalsodontologi (tand-mund- og kæbekirurgi), pædiatri, oto-rhino-laryngologi samt ortodonti.

### 11.1.4 Generel tandbehandling af hospitalsindlagte patienter

Sundhedsstyrelsen har udtalt sig om ansvaret for generel tandbehandling af hospitalsindlagte patienter<sup>36,37,38</sup>.

De tand-, mund og kæbekirurgiske afdelinger på sygehusene udfører de hospitalsodontologiske opgaver, der er beskrevet i specialevejledningen<sup>7</sup>. Det vil sige diagnostik og behandling af medfødte og erhvervede anomalier, traumatisk betingede læsioner, infektioner og benigne sygdomstilstande i tand-, mund- og kæberegionen. Endvidere medvirker specialet i et samarbejde om behandling af maligne sygdomme i mund- og kæberegionen.

Om end afdelingerne ikke sædvanligvis udfører almindelig tandbehandling af hospitalsindlagte patienter, fremgår det ligeledes af specialevejledningen, at specialet endvidere udfører tandbehandling og dento-alveolære kirurgiske indgreb, hvor dette mest hensigtsmæssigt foregår i sygehusregi.

Dette er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ensbetydende med, at der på de tand-, mund og kæbekirurgiske afdelinger må være personale til rådighed, der kan varetage tandbehandlingsopgaver for indlagte patienter.

Pligten til at tilse indlagte patienter er en del af den almindelige plejeforpligtelse, idet mundpleje er en del af den grundlæggende, basale sygepleje og indgår i grunduddannelserne for alle plejegrupper. Udførelse af mundpleje er dermed en af de opgaver, som plejepersonalet skal varetage i relation til den indlagte patient. I relation til den enkelte patient har plejepersonalet således det faglige ansvar for at sikre, at den fornødne mundpleje udføres.

Helt generelt er ændringer i mundhulens mikroflora samt nedsat spytksekretion risikofaktorer for udvikling af sygdomme i tænder (karies), tændernes støtteapparat (parodontose) og mundslimhinde (f.eks. svampeinfektioner). Ændringer i mundhulens mikroflora finder typisk sted ved mangelfuld eller manglende mundpleje / mundhygiejne. Meget medicin inducerer i sig selv mundtørhed. Desuden vil bevidstløse og meget svækkede patienter hverken spise eller drikke normalt, hvorved spytksekretionen yderligere aftager.

Jo længere tid risikofaktorerne er til stede, og jo mere udtalte de er, desto større er – alt andet lige – sandsynligheden for udvikling af sygdom. Visse specielle patientgrupper har qua deres sygdom / indlæggelsesårsag ofte behov for mere omfattende mundplejeforanstaltninger under deres indlæggelse og generelle behandling. Det drejer sig hovedsageligt om intensive eller ikke-selvhjulpne patienter på eksempelvis brandsårsafdelinger, børneafdelinger, onkologiske afdelinger, respirationsafdelinger samt patienter på kæbekirurgiske afdelinger, patienter med udtalt mundtørhed og patienter med visse hæmatologiske og immunologiske lidelser. For disse patienter bør mundpleje prioriteres højt, idet risikoen for at udvikle såvel smertevoldende tilstande som permanente skader i tænder og mund er udtalt.



Sundhedsstyrelsen går ud fra, at sygehusene i deres plejeprocedurer er bevidste om de specielle forhold, der gør sig gældende også for sådanne specielle patientgrupper, når det drejer sig om pleje af munden.

Helt generelt ligger ansvaret for plejen, herunder mundpleje, hos den lokale ledelse. Denne kan således udarbejde retningslinier for at sikre kvaliteten af blandt andet mundplejen. Hvorvidt eller i hvilket omfang, dette finder sted, er således op til den lokale ledelse.

I nogle tilfælde vil patienten selv kunne give udtryk for et behov for tandbehandling, men for en lang række patienter, eksempelvis meget syge og/eller demente patienter, vil erkendelse af et behandlingsbehov ofte bero på observationer foretaget af pårørende, plejepersonale ol.

Når et behandlingsbehov er erkendt, bør der foretages en vurdering af, om en eventuel tandbehandling er ubetinget nødvendig under patientens indlæggelse på sygehuset, eller om den kan vente. En sådan vurdering må efter Sundhedsstyrelsens opfattelse foretages af tandlægeligt personale fra sygehusets tand-, mund og kæbekirurgiske afdeling.

Såfremt tandlægelig behandling under indlæggelsen er ubetinget nødvendig, må det efterfølgende vurderes, om den nødvendige tandbehandling mest hensigtsmæssigt foregår i sygehusregi. En sådan afgørelse må efter Sundhedsstyrelsens opfattelse foretages af sygehusets lægelige personale, idet beslutningen må bero på en vurdering af patientens almene tilstand, herunder om det er muligt og forsvarligt at transportere patienten til behandling - og om behandling kan gennemføres - uden for sygehusets regi.

Såfremt det vurderes, at patientens nødvendige tandbehandling mest hensigtsmæssigt foregår i sygehusregi, påhviler det efter Sundhedsstyrelsens opfattelse sygehusets tand-, mund og kæbekirurgiske afdeling at foretage behandlingen.

Såfremt det derimod vurderes, at patienten kan modtage behandling uden for sygehuset, må behandling udføres enten i det almindelige tandplejesystem (børne- og ungdomstandpleje / almen tandlægepraksis) eller i omsorgstandplejen / specialtandplejen, såfremt patienten tilhører målgruppen herfor eller allerede er indvisiteret til disse tandplejesystemer. Behandlingsansvaret påhviler i sådanne tilfælde den praktiserende tandlæge eller den behandlende tandlæge i den relevante tandplejeordning.

Specialevejledningens formulering om at specialet udfører tandbehandling og dento-alveolære kirurgiske indgreb, hvor dette mest hensigtsmæssigt foregår i sygehusregi, har efter Sundhedsstyrelsens opfattelse yderligere en implikation: I de givetvis meget sjældne tilfælde, hvor en patient i tandlægepraksis har behov for behandling i generel anæstesi, men hvor ambulat generel anæstesi er umuliggjort på grund af f.eks. somatiske problemer, bør sådanne patienter efter Sundhedsstyrelsens opfattelse kunne henvises via egen læge til de tand-, mund og kæbekirurgiske afdelinger på sygehusene med henblik på nødvendig tandbehandling.

Sundhedsstyrelsen skal afslutningsvis præcisere, at der i ingen af de netop beskrevne tilfælde, hvor sygehusets tand-, mund og kæbekirurgiske afdeling efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør foretage behandling, er tale om at pålægge afdelin-

gerne nye opgaver. De nævnte opgaver var allerede formuleret i specialevejledningen fra 1996, og er videreført i den gældende vejledning fra 2001.

## 11.2 Tandprotetisk rekonstruktion

### 11.2.1 Patienter, der har fået udført odontologisk fokussanering inden hjerteklapkirurgi

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig i spørgsmålet om protetisk rekonstruktion efter fokussanering, der udføres inden hjerteklapoperation<sup>39,40,41</sup>.

Omhyggelig behandling af patientens tandsæt (herunder eventuel fjernelse af tænder) med henblik på undgå infektioner fra tandfoci (fokussanering), er aktuel, hvis den pågældende patient skal modtage transplantation og i forbindelse hermed immunosuppressiv behandling, som anvendes ved alle former for transplantationer, eller hvis patienten skal have foretaget indoperation af fremmedlegemer som f.eks. hjerteklapper.

Når tandbehandling for de ovennævnte patienter, herunder den efterfølgende protesbehandling, indgår som led i den behandling, der i øvrigt gives patienten på sygehuset, og dermed er et nødvendigt led i patientens samlede behandling, vil der være tale om en udgift, der afholdes af sygehuset og ikke af patienten selv. Udgifter til patientens løbende, konserverende tandbehandling regnes derimod ikke som en sygehusudgift.

### 11.2.2 Patienter, der har fået udført odontologisk fokussanering inden strålebehandling på grund af kræft i hoved- og halsregionen eller på grund af alvorlige hæmatologiske lidelser

Sundhedsstyrelsen har udtalt sig i spørgsmålet om tandprotetisk rekonstruktion af patienter, der har fået udført odontologisk fokussanering inden strålebehandling på grund af kræft i hoved- og halsregionen eller på grund af alvorlige hæmatologiske lidelser<sup>42</sup>.

I finanslovsaftale for 2005 blev der afsat 10 mio. kr. årligt fra 2005 til dækning af udgifter forbundet med rekonstruktion af tandsættet hos patienter med kræft i hoved- og halsregionen og patienter med alvorlige hæmatologiske lidelser, der har fået foretaget odontologisk fokussanering.

Finanslovsaftalen betød, at tandprotetisk rekonstruktion efter odontologisk fokussanering for de nævnte kræftpatienter fra 1. januar 2005 betragtes som en sygehusopgave. Herved sidestilles de omhandlede kræftpatienter med patienter, der modtager organtransplantation eller indoperation af fremmedlegemer.

I overensstemmelse med sygehuslovens regler er det op til sygehusmyndighederne selv at beslutte, om sygehuset selv vil varetage opgaven, eller om den protetiske rekonstruktion ønskes udlagt til varetagelse andetsteds, f.eks. hos praktiserende tandlæger eller på tandlægeskolerne.

I lighed med hvad der gør sig gældende på en del af sundhedslovens område, bør der foretages en odontologisk vurdering af, om fokussaneringen ud fra et væsentlighedskriterium medfører et protetisk behandlingsbehov, der ubehandlet vil resultere i varig funktionsnedsættelse. Der bør således i forbindelse med behandlings-

plan anlægges en helhedsvurdering, for så vidt angår patientens samlede odontologiske status, før fokussanering blev iværksat, herunder tandsættets vedligeholdelsesgrad, samt prognosen for resttandsættet.

Af hensyn til en smidig og ensartet administration af ordningen er det hensigtsmæssigt, at denne vurdering foretages af sygehusets afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi, hvor kræftpacienterne i forvejen undersøges med henblik på vurdering af behovet for sanering af tandsættet, inden stråle- og / eller kemobehandlingen kan iværksættes.

En hensigtsmæssig løsning for langt hovedparten af de betandede patienter er at tilbyde patienten en delprotese. Imidlertid øger delproteser kariesmodtageligheden, hvorfor denne behandlingsløsning næppe er hensigtsmæssig i alle tilfælde. Ud fra en individuel vurdering kan det således være nødvendigt i meget få tilfælde at give behandling med fast protetik, som prismæssigt vil være dyrere.

Ordningen er trådt i kraft med virkning for patienter, som har fået foretaget fokussaneringen fra og med den 1. januar 2005.

### 11.2.3 Patienter, der har fået foretaget kæberesektion

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tidligere udtalt sig om tandprotetisk rekonstruktion af patienter, der har fået foretaget resektion af kæbe inklusive tænder som følge af tumor eller større cyste<sup>43</sup>.

Med ændringen af lov om tandpleje, der trådte i kraft den 1. april 2001<sup>44</sup>, fik tandbehandling, der før 1. april blev ydet med hjemmel i servicelovens § 97, hjemmel i tandplejeloven.

I forbindelse med overflytning af servicelovens § 97 til tandplejeloven overså man imidlertid den patientgruppe, der har fået foretaget resektion af kæbe inklusive tænder som følge af tumor eller større cyste. Disse patienter kan efterfølgende – som direkte følge af resektionen - have behov for tand- og kæbeprotetisk rekonstruktion.

Den tandprotetiske rekonstruktion blev tidligere i nogle tilfælde udført som led i den vederlagsfri sygehusbehandling, mens der i andre tilfælde blev bevilget støtte efter servicelovens § 97.

Den omhandlede patientgruppe var ikke omfattet af tandplejelovens regelsæt. I forbindelse med DUT-forhandlingerne i juni måned 2001 blev det imidlertid aftalt, at den omhandlede patientgruppe har ret til vederlagsfri tandprotetisk rekonstruktion herunder implantater på sygehus. Den samlede behandlingsindsats og dermed betalingsforpligtelsen i forhold til den omhandlede patientgruppe blev således blevet gjort til en sygehusopgave.

Om sygehuset selv vil varetage opgaven, eller om den protetiske rekonstruktion evt. ønskes udlagt til varetagelse andetsteds, f.eks. på tandlægeskolerne, er op til sygehusmyndighederne selv at beslutte i overensstemmelse med sygehuslovens regler.

### 11.3 Behandling af patienter med læbe-ganespalte

Sundhedsstyrelsen har tidligere udarbejdet en redegørelse for organisationen af læbe-ganespaltebehandlingen i Danmark<sup>45</sup>.

#### 11.3.1 Underretningspligt vedrørende børn med læbe- ganespalte

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om jordemødres virksomhedsområde mv.<sup>46</sup>, 8.3, påhviler det jordemoderen snarest muligt at foretage indberetning, såfremt et barn fødes med læbespalte og/eller ganespalte. Det anføres, at der øst for Storebælt foretages anmeldelse til Tale- og Høreinstituttet, Rygaards Allé 45, 2900 Hellerup, og vest for Storebælt til Taleinstituttets Ganespalte afdeling, Peder Sabroes Gade 4, 8000 Århus.

#### 11.3.2 Behandlingsstrategier for patienter med læbe- ganespalte

I behandlingen af patienter med læbe- ganespalte indgår en række forskellige elementer. Der er således tale om såvel kirurgisk behandling som ortodontisk og protetisk behandling, ligesom patienterne grundet deres særlige otologiske og foniatriske problemer oftest har behov for blandt andet talepædagogisk behandling.

For den kirurgiske behandlings vedkommende er der tale om primære behandlinger, der retter sig imod lukning af spalter, samt sekundære kirurgiske korrektioner på næse, læbe mv. Hertil kommer oralkirurgiske indgreb, der omfatter f.eks. fjernelse af ektopiske tænder og tandanlæg, samt knogletransplantationer og osteotomier ved ekstremt afvigende kæberelationer, som ikke kan korrigeres ved ortodontisk behandling alene.

Den ortodontiske behandling er som regel tidskrævende, idet afvigelserne ofte er vækstrelaterede, således at flere behandlingsperioder er nødvendige i løbet af opvæksten.

Den protetiske behandling omfatter behandling med obturerende proteser samt af-tagelige og faste proteser.

#### 11.3.3 Almen tandpleje for patienter med læbe- ganespalte – organisation og finansiering

Almindelig konserverende tandpleje for patienter med læbe- ganespalte udføres i børne- og ungdomstandplejen eller almen tandlægepraksis.

#### 11.3.4 Behandlingstilbudets omfang, bl.a. adgangen til revision af allerede udført behandling

I henhold til oplysninger fra taleinstitutterne tilbydes personer, der fødes med læbe-ganespalte, adgang til livslang revision af den protetiske (spalterrelaterede) behandling. Herudover har Sundhedsstyrelsen ikke fundet oplysninger, der beskriver tilbudets omfang. Det er således Sundhedsstyrelsens vurdering, at den livslange adgang til revision af tidligere udført behandling, som tilbydes patienterne, ikke hviler på et egentligt lovgrundlag, men på gældende praksis.

### 11.3.5 Behandling på sygehus af patienter med læbe- ganespalte - organisation og finansiering

I begyndelsen af 1900 tallet blev kirurgisk behandling af læbe- ganespalte foretaget flere steder i landet med vekslende kvalitet og ikke ubetydelig operativ dødelighed. Mange læbe-ganespalte patienter blev derfor behandlet med protetisk behandling<sup>47</sup>.

Centraliseringen af læbe- ganespaltekirurgien (kirurgisk lukning af læbe- og / eller ganespalter) begyndte at finde sted omkring 1917. I en årrække blev operationerne foretaget på Dronning Louises Børnehospital, men i 1931 blev den kirurgiske behandling af børn med læbe- ganespalte overført til Diakonissestiftelsens børneafdeling. I tilslutning til socialreformen i 1933 blev den landsdækkende centralisering på Diakonissestiftelsen mulig gjort som en særlig sygehusfunktion under særfor-sorgslovgivningen.

I 1978 foreslog Sundhedsstyrelsen en overflytning af den kirurgiske behandling af patienter med læbe- ganespalte til Rigshospitalet, idet man mente, det ville være mere hensigtsmæssigt at have denne landsfunktion på Rigshospitalet i stedet for på et lille hospital som Diakonissestiftelsens. Samtidig ville det give mulighed for en central styring af behandlingen, når særfor-sorgen blev udlagt til amtskommunerne. Med udlægningen af særfor-sorgen ville der nemlig være risiko for, at der kunne ske en utilsigtet spredning af læbe- ganespaltekirurgien. Dette ville være ensbetydende med, at den ekspertise, der var opbygget på Diakonissestiftelsens hospital, kunne gå tabt. For at sikre, at dette ikke skulle finde sted, fik indenrigsministeriet finansudvalgets tilslutning til at indgå overenskomst med Diakonissestiftelsens bestyrelse om, at staten skulle opretholde finansiering af den kirurgiske sygehusbehandling af læbe- ganespalte på Diakonissestiftelsens hospital. Denne finansiering blev givet som tilskud i henhold til sygehusloven, og overenskomsten skulle oprindeligt løbe længst til 1984.

I 1981 afgav et udvalg under Sundhedsstyrelsen en delt indstilling på spørgsmålet om, hvorvidt den kirurgiske behandling af patienter med læbe- ganespalte skulle fortsætte som en centraliseret behandling eller om der skulle ske en deling af behandlingen til to behandlingscentre.

I 1984 blev den kirurgiske læbe- ganespaltebehandling overført fra Diakonissestiftelsen til Rigshospitalet, og den centraliserede behandling blev dermed videreført. I dag er den primære og sekundære kirurgiske behandling af læbe- ganespalte hos patienter under 18 år fastlagt som plastikkirurgisk landsfunktion – i samarbejde med andre specialer, herunder det tand-, mund- og kæbekirurgiske - ved Rigshospitalet<sup>7</sup>. For patienter over 18 år er sekundær behandling af læbe- ganespalte derimod en landsdelsfunktion inden for det tand-, mund- og kæbekirurgiske speciale på Rigshospitalet og Århus Universitetshospital<sup>7</sup>. Disse behandlinger finansieres i henhold til sundhedslovens regler om sygehusbehandling.

I forbindelse med overflytningen af den kirurgiske læbe- ganespaltebehandling til Rigshospitalet i 1984 blev der ligeledes overført statslige midler til Rigshospitalet med henblik på at løse opgaven. Ved finansloven 1985 blev det besluttet at lade det statslige tilskud til den kirurgiske sygehusbehandling af patienter med læbe- ganespalte indgå i bevillingen til Rigshospitalet. Dette fulgte den generelle udvikling inden for den statslige økonomistyring, hvor øremærkede tilskud blev afløst af mål- og rammestyring. I henhold til oplysninger fra Sundhedsministeriet indgik tilskuddet i 1997 som en uspecificeret del af statens bevilling til Hovedstadens Sygehus-

fællesskab, herunder til Rigshospitalet<sup>48</sup>. Hovedstadens Sygehusfællesskab er til gengæld forpligtet til at varetage behandlingen af patienter med læbe- ganespalte.

Så vidt Sundhedsstyrelsen er orienteret, er denne ordning ikke siden hen ændret, hvilket er ensbetydende med, at den primære og sekundære kirurgiske behandling af børn og unge under 18 år er omkostningsfri for regionen.

### 11.3.6 Behandling på taleinstitutterne af patienter med læbe- ganespalte – organisation og finansiering

#### 11.3.6.1 Indtil 1. januar 2007

Særforsorgen (åndssvageforsorgen og den øvrige særforsorg) blev udlagt til amtskommunerne i 1980. I den forbindelse blev også statens forpligtelse til at sørge for, at personer med fysiske eller psykiske handicap kunne få undervisning og specialpædagogisk bistand, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af disse handicap (kompenserende specialundervisning), henlagt til amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Taleinstitutterne tilbyder undersøgelse, undervisning, rådgivning og vejledning samt behandling til personer med læbe- ganespalte. Behandlingen af børn født med læbe-ganespalte er et tværfagligt samarbejde imellem talepædagoger, tandlæger, sundhedsplejersker, læger og psykolog. Der er indrettet tandklinikker ved taleinstitutterne i Hellerup og Århus, hvor de ortodontiske og protetiske behandlinger er centraliseret.

I henhold til oplysninger fra taleinstitutterne, tilbydes personer, der fødes med læbe-ganespalte, en livslang behandling af deres medfødte misdannelse.

Det fremgår af skrivelse fra 1980 fra Socialstyrelsen<sup>49</sup>, at Socialstyrelsen ved beregning af bloktilskud forudsatte, at behandling på Taleinstituttets læbe- ganespalteafdeling er en undervisningsforanstaltning. Denne udmelding havde direkte implikationer for betalingsforpligtelsen. For børn og unge angav Socialstyrelsen ved sin udmelding, at udgifterne skulle følge folkeskolelovens § 40, stk. 2. Dette ville være ensbetydende med, at amtskommunen skulle afholde udgifterne bortset fra det såkaldte forhøjede normaludgiftsbeløb, som blev afholdt af kommunen.

Amtsrådsforeningen<sup>50</sup> anførte imidlertid over for Socialstyrelsen, at denne ordning ikke var hensigtsmæssig, og foreslog, at taleinstitutternes læbe- ganespalteafdelinger blev finansieret som rene amtskommunale foranstaltninger. Derfor foreslog Amtsrådsforeningen, at udgifterne blev betragtet som institutionsundervisning i henhold til folkeskolelovens § 21, stk. 2 om institutionsundervisning, og at udgiften blev afholdt som en ren amtskommunal udgift. Socialstyrelsen oversendte denne skrivelse til Undervisningsministeriet.

Med skrivelse fra Undervisningsministeriet<sup>51</sup> blev der på denne baggrund udtalt, at virksomheden finansieres som sygehusundervisning, og at den sker efter folkeskolelovens § 21, stk. 2, jf. § 40, stk.3. Finansieringen blev således en ren amtskommunal udgift.

Indtil 1. januar 2007 er der ikke – så vidt Sundhedsstyrelsen er orienteret - efterstående foretaget ændringer i denne organisering og finansiering. For børn og unge er

udgiften til behandling på Taleinstituttets læbe- ganespalteafdeling efter det oplyste afholdt i medfør af folkeskoleloven.

Udgiften for voksne for behandling på Taleinstituttets læbe- ganespalteafdeling har så vidt Sundhedsstyrelsen er orienteret ligeledes været regnet som en undervisningsforanstaltning, der i dette tilfælde er afholdt i medfør af § 4 i lov om specialundervisning for voksne<sup>52, 53</sup>.

#### 11.3.6.2 Efter 1. januar 2007

Forankringen efter kommunalreformens ikrafttræden 1. januar 2007 af de to Læbe-ganespalte Centre har affødt en del overvejelser.

Indenrigs- og sundhedsministeren har ved besvarelse af spørgsmål fra Folketingets Sundhedsudvalg<sup>54</sup> oplyst, at Undervisningsministeriet i 2005<sup>55</sup> henlede Indenrigs- og Sundhedsministeriets opmærksomhed på, at placeringen af den nu selvstændige institution Læbe-Ganespalte Centret i Københavns Amtskommune var usikker efter kommunalreformens ikrafttræden 1. januar 2007. Ifølge Undervisningsministeriet ville Læbe-Ganespalte Centret i Århus – som en del af Taleinstituttet i Århus Amtskommune – som udgangspunkt blive placeret i Region Midtjylland i henhold til lov om ændring af lov om folkeskolen mv.<sup>56</sup>, der udmønter kommunalreformen for så vidt angår specialundervisningsområdet. Da Læbe-Ganespalte Centret i Københavns Amtskommune ikke er oprettet i medfør af konkret lovgivning, men i henhold til kommunalfuldmagten, ville det ikke kunne henføres til lov om ændring af lov om folkeskolen mv., men ville blive placeret kommunalt efter 1. januar 2007, såfremt centret forblev selvstændigt. På baggrund af centrets opgaver tilkendegav Amdsrådsforeningen og Københavns Amt imidlertid over for Undervisningsministeriet, at centret burde placeres i Region Hovedstaden. I forlængelse heraf tilkendegav Indenrigs- og Sundhedsministeriet over for Undervisningsministeriet<sup>57</sup>, at Læbe-Ganespalte Centret i Københavns Amtskommune kunne placeres regionalt efter Sundhedsloven. Det ville således kunne falde ind under regionsrådets ansvar for sygehusedelser og drives efter lovens § 74, stk. 2, idet der er tale om specialiseret behandling, der har sammenhæng med det tilbud, disse patienter får i sygehusvæsenet. Københavns Amds Økonomiudvalg<sup>58</sup> har efterstående truffet beslutning om at lade Læbe-Ganespalte Centret forankre regionalt og blive drevet efter Sundhedslovens § 74, stk. 2.

Imidlertid er dette ensbetydende med, at Læbe-Ganespalte Centret i Københavns Amtskommune og Læbe-Ganespalte Centret under Taleinstituttet i Århus Amtskommune efter 1. januar 2007 – om end begge centre er regionalt forankrede – vil komme til at fungere under hver sin lovgivning. I øst vil lovgrundlaget således være sundhedsloven mens det i vest vil være lov om ændring af lov om folkeskolen mv.

Indenrigs- og sundhedsministeren over for Folketingets Sundhedsudvalg<sup>59</sup> tilkendegivet, at det vil være bedst, at begge læbe-ganespaltecentre forankres i sundhedsloven, da de yder et specialiseret og komplekst behandlingstilbud, der har sammenhæng med det tilbud, disse patienter i øvrigt får i sygehusvæsenet. Såfremt centrene forankres efter hver sin lovgivning fra 1. januar 2007, vil der være risiko for, at tilbudet til børn født med læbeganespalte fremover bliver forskelligt i Øst- og Vestdanmark, hvilket ikke vil være hensigtsmæssigt i betragtning af, at der er tale om et specialiseret tilbud til en relativt lille patientgruppe. Indenrigs- og sundhedsministeren har på denne baggrund givet tilsagn om, at spørgsmålet om forankring af

Læbe-Ganespalte Centret i Vestdanmark efter sundhedsloven tages op med de relevante myndigheder.

#### 11.4 Orofacial regulationsterapi

Orofacial regulationsterapi a.m. Castillo Morales (herefter omtalt som OR) er et tværfagligt behandlingskoncept, der - ud over fysioterapi med stimulation og træning af den orofaciale motorik - indbefatter neuromotorisk kropsterapi, orofacial regulationsterapi og brug af ganeplader/stimulationsapparat. Det tværfaglige behandlingskoncept involverer flere sundhedsfaglige personalegrupper (ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopæder og tandlæger).

De tilstande, som OR retter sig imod, er dårlig motorisk funktion af især læber, kinder og tunge, som typisk ses hos patienter med cerebral parese, Down syndrom og andre tilstande med muskulær hypotoni eller anden neuromuskulær affektion.

Den dårlige orofaciale motorik er således en orofacial manifestation af en generel lidelse, på samme måde som en række andre generelle medicinske lidelser giver sig udtryk i det orofaciale område.

Det kan ikke afvises, at OR kan have en effekt, men den kliniske evidens for metodens effekt er ikke særlig høj.

Tandlægen har speciel indsigt i den orofaciale muskulaturs anatomi og funktion. Om end mundmotorisk træning regnes for en opgave, der sædvanligvis udøves af logopæder og / eller fysio- / ergoterapeuter, er diagnostik og behandling af anomalier i munden en opgave, der ligger inden for det tandlægelige virksomhedsområde. Det er således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at denne del af den behandling, der udføres ved OR, falder ind under tandlægens virksomhedsområde. Tandlægens kan således medvirke til vurdering af den orofaciale anatomi og funktion samt til at fremstille ganeplader / stimulationsapparat, når det ifølge behandlingskonceptet er påkrævet som et supplement til manuel stimulation.

En tandlæge skal i udøvelse af sin profession varetage opgaver, der ligger inden for det tandlægelige virksomhedsområde, jf. tandlægelovens<sup>60</sup> § 10. Udgangspunktet for afgrænsningen af tandlægens virksomhedsudøvelse er herefter tandlægens ansvarsfølelse med hensyn til hans/hendes viden og kunnen. Udfører en tandlæge således en delkomponent af den mundmotoriske træning ved eksempelvis at fremstille ganeplader til stimulation af tunge- og læbemuskulatur, står tandlægen til ansvar i relation til tandlægelovens regler. Tandlægen vil således kunne ifalde ansvar, hvis der ikke er diagnosticeret og behandlet omhyggeligt og samvittighedsfuldt under hensyn til, hvad der er gældende faglig korrekt behandling inden for det pågældende område, og under hensyntagen til det tandlægelige virksomhedsområde. Dette gør sig også gældende, når tandlægen indgår i et tværfagligt team.

Det er velkendt, at børn med (lang- (varige)) fysiske handikap har særlige behandlings- og træningsbehov, fordi der sker en stadig udvikling af færdigheder, som stiller krav om en tværfaglig, koordineret og ofte højt specialiseret indsats. Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse bør der derfor lægges vægt på, at barnet og forældrene efter henvisning fra læge gives et helhedsorienteret optrænings- og behandlingstilbud i regionalt eller kommunalt regi, således at den terapeutiske indsats opleves som et velplanlagt og sammenhængende forløb.



Multihandikappede børn, som har tilknytning til et bo- eller dagtilbud, skal tilbydes fysioterapi inden for tilbuddets rammer som et integreret led i andre undervisnings- og psykosociale tilbud.

Med Sundhedsstyrelsens retningslinier for vederlagsfri fysioterapi<sup>61</sup> kan fysisk handikappede personer desuden under visse veldefinerede forudsætninger modtage behandling i privat praksis. Tilbud om vederlagsfri fysioterapi i privat praksis efter ordningens forudsætninger erstatter ikke amtskommunale / kommunale tilbud. Man kan altså ikke modtage behandling både i amtskommunalt / kommunalt regi og efter ordningen om vederlagsfri fysioterapi.

OR er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse et tværfagligt behandlingskoncept, der, såfremt der er indikation herfor, kan indgå som led i den generelle tværfaglige indsats for det handikappede barn. Efter Sundhedsstyrelsens vurdering placeres eventuel mundmotorisk træning, herunder fremstilling af en ganeplade som led i fysio- / ergoterapibehandling, derfor naturligt inden for dette samlede regi, hvor det helhedsorienterede træningstilbud er centralt.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at tandlæger – med selvstændigt ansvar i relation til tandlægeoven – kan indgå i det tværfaglige team af behandlere omkring den enkelte patient, såfremt det i henhold til det ovenfor nævnte helhedsorienterede behandlingstilbud skønnes hensigtsmæssigt at tilbyde patienten OR med eksempelvis fremstilling af stimulationsplade med henblik på at stimulere muskel- / nervefunktionen i og omkring mundhulen.

Derimod finder Sundhedsstyrelsen ikke, at der er tale om en tandplejemæssig behandlingsmetode, der indgår hverken som delement eller som selvstændigt behandlingstilbud i de tandplejetilbud, der gives i henhold til tandplejebekendtgørelsen.

## 12 Bilag C: Sjældne sygdomme / handicap

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

Amelogenesis imperfecta (svære tilfælde)	Incontinentia pigmenti
Arthrogyriposis multiplex congenita (AMC)	Kromosomdefekter (sjældne)
Cerebral parese med spastisitet, bruxisme og tonusvekselsyndrom	Laurenc-Moon Bardet- Biedl syndrom
Cherubisme	Marfan syndrom
Chondrodysplasier (Achondroplasi o.a.)	Maroteaux syndrom
Cleidocranial Dysplasi	Mucopolysakkaridoser (Hunter, Hurler, Sanfilippo, Morquio)
Dentindysplasi	Moebius syndrom
Dentinogenesis imperfecta	Neurofibromatose
D-vitamin resistent rachitis	Noonan syndrom
Døvblinde-fødte (ofte som en del af et syndrom)	Odontogenesis Imperfecta (svære tilfælde)
Ektodermal dysplasi	Osteogenesis Imperfecta
Ehlers Danlos syndrom	Osteopetrose
Epidermolysis bullosa	Odontodysplasi
Esofagusatresi	Prader Willi Syndrom
Freeman Sheldon (Whistling face)	Progressive muskelsygdomme (Duchenne, spinal muskelatrofi o.a.)
Huntingtons sygdom	Pseudohypoparathyreoidisme
Hypofosfatasi og lignende forstyrrelser af calcium-fosfor metabolisme	Rubinstein Taybi syndrom
Immunsigt (svære tilfælde)	Sclerodermi
	Sturge Weber syndrom
	Tuberøs Sclerose
	Williams syndrom

## 13 Bilag D: Københavner-/ EU kriterier

### 13.1 Københavnerkriterierne

Primært Sjögrens syndrom er til stede når både nr. 1 og nr. 2 er opfyldt. Sekundært Sjögrens syndrom er til stede når nr. 3 og nr. 1 og/eller nr. 2 er opfyldt.

1. Keratoconjunctivitis sicca (KCS): mindst to af følgende tre forandringer:
  - a) Schirmer-1: < eller = 5 mm/5 min. hvert øje
  - b) Break-up time: < 10 sek. hvert øje
  - c) Rose-bengal score: > eller = 4 hvert øje
2. Xerostomi/hyposalivation: mindst to af følgende tre forandringer:
  - a) Ustimuleret sialometri:<1,5 ml/15 min. (stimuleret sialometri: < 3,5 ml/5 min.)
  - b) Læbespytkirtelbiopsi: > 1 focus/4 mm<sup>2</sup>
  - c) Spytkirtelscintigrafi abnorm
3. Anden bindevævssygdom: (Reumatoid artrit, systemisk lupus erythematosus, sklerodermi, blandet bindevævssygdom (Mixed connective tissue disease, MCTD), polymyositis, andre)

### 13.2 EU-kriterierne

Primært Sjögrens syndrom er til stede når mindst fire af nedennævnte seks kriterier er opfyldt uden anden bindevævssygdom. Sekundært Sjögrens syndrom er til stede når fire af seks kriterier er opfyldt plus forekomst af anden bindevævssygdom.

1. Subjektivt tørt øje
2. Subjektivt tør mund
3. Keratoconjunctivitis sicca: mindst én af følgende to forandringer:
  - a) Schirmer test: < eller = 5 mm/ 5 min. hvert øje
  - b) Rose Bengal score: > eller = 4 hvert øje
4. Xerostomi/hyposalivation: mindst én af følgende tre forandringer:
  - a) Ustimuleret sialometri: < eller = 1,5 ml/15 min.
  - b) Spytkirtelscintigrafi: abnorm
  - c) Spytkirtelsialografi: abnorm
5. Spytkirtelhistologi (læbebiopsi): > eller = 1 focus/4mm<sup>2</sup>
6. Autoantistoffer: mindst ét af følgende fire:
  - a) SS-A/Ro eller
  - b) SS-B/La
  - c) ANA
  - d) IgM-RF

# 14 Noter

- <sup>1</sup> Bekendtgørelse nr. 285 af 4. april 2006 om tandpleje
- <sup>2</sup> Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005
- <sup>3</sup> Budget- og regnskabssystem for kommuner og amtskommuner. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <http://www.im.dk/guleMappe/maingul.asp>
- <sup>4</sup> Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. Regeringen. September 2002
- <sup>5</sup> Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen 2005
- <sup>6</sup> Sammenfatning af nævnets praksis vedrørende tandlæger i perioden fra 1998-2005. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 2005. Sag 6, klage over manglende indikation for tandregulering (2003) (0339012A)
- <sup>7</sup> Vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2001
- <sup>8</sup> Retningslinier for tandbehandling af børn og unge i generel anæstesi. Dansk Pæodontisk Selskab 2006
- <sup>9</sup> Rekommandationer for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis. Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) 25. juni 2002 (<http://www.dasaim.dk/menu-03/pdf-03-01-005.pdf>)
- <sup>10</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet
- <sup>11</sup> Tandplejens struktur og organisation. Sundhedsstyrelsen 2004
- <sup>12</sup> Lov nr. 573 af 24. juni 2005 om social service
- <sup>13</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 149 af 24. juli 1990 om tilrettelæggelse af den anæstesiologiske betjening på mindre sygehuse
- <sup>14</sup> Cirkulæreskrivelse nr. 95 af 7. november 2005 om regulering for 2006 af egenbetalingen i omsorgstandplejen og amtstandplejen efter lov om tandpleje m.v. (Til samtlige kommunalbestyrelser, amtsråd m.fl.)
- <sup>15</sup> Tidligere Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Efter 1. januar 2007 Regionernes Løn- og Takstnævn
- <sup>16</sup> Bekendtgørelse af lov nr. 626 af 30. juni 2003 om almene boliger samt støttede private andelsboliger m.v.
- <sup>17</sup> Bekendtgørelse nr. 393 af 26. maj 2005 af lov om folkeskolen
- <sup>18</sup> Lovbekendtgørelse nr. 883 af 18. august 2004 om planlægning med senere ændringer
- <sup>19</sup> Udgifter efter lov om social service, lov om aktiv socialpolitik, lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om individuel boligstøtte, § 52, stk. 1, i lov om social pension og § 50, stk. 1, i lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension
- <sup>20</sup> Efter reglerne i lov om retssikkerhed og administration
- <sup>21</sup> Schiødt M. Sjögrens Syndrom og tandplejeloven. Tandlægebladet 2002: 9; 700-2

- <sup>22</sup> Lov nr. 574 af 24. juni 2005 om ændring af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og andre love og om ophævelse af lov om udlægning af åndssvageforsorgen og den øvrige særforborg m.v. og lov om gennemførelse af visse tjenestemandsrettlege og pensionsmæssige forhold m.v. i forbindelse med gennemførelse af lov nr. 333 af 19. juni 1974 om social bistand (Konsekvensrettelser på det sociale område som følge af kommunalreformen i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, jf. lovbekendtgørelse nr. 72 af 6. februar 2004, som ændret bl.a. ved § 1 i lov nr. 1380 af 20. december 2004 og § 2 i lov nr. 1442 af 22. december 2004 og senest ved § 5 i lov nr. 304 af 2. maj 2005)
- <sup>23</sup> Indtil videre er udsendt: Indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet. Sundhedsstyrelsen 1999
- <sup>24</sup> Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling
- <sup>25</sup> Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.
- <sup>26</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v.
- <sup>27</sup> Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt m.v. i helbredsoplysninger.
- <sup>28</sup> Københavns Tandlægeskolens skrivelse af 10. juni 2002 til Sundhedsstyrelsen. Udarbejdet af professor Sven Kreiborg og lektor Merete Bakke
- <sup>29</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 23. juni 2005 til Århus Kommunale Tandpleje. Journalnr. 0-202-05-22/1
- <sup>30</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 17. januar 2003 til Gladsaxe Kommune. Journalnr. 0-202-05-22/1
- <sup>31</sup> Notat af 17. januar 2006 om behandling af børn og unge med mineraliseringsforstyrrelser. Udarbejdet af professor Sven Poulsen (Aarhus Universitet) i samarbejde med centerleder Jette Daugaard-Jensen (Rigshospitalet), centerleder Hans Gjørup (Århus Sygehus), lektor Dorte Haubek (Aarhus Universitet), afdelingstandlæge Gro Haukali (Aarhus Universitet), afdelingstandlæge Betty Holm (Københavns Universitet), professor Flemming Isidor, (Århus Universitet) og afdelingstandlæge Peter Nørlinger (Aarhus Universitet)
- <sup>32</sup> Behandling af patienter med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse. Sundhedsstyrelsen, Amtstandplejeudvalget 1999
- <sup>33</sup> Tandpleje i henhold til lov om tandpleje. Sundhedsstyrelsen 16. august 2005
- <sup>34</sup> Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 203 af 9. december 1991 om uddannelse til specialtandlæge i ortodonti og hospitalsodontologi
- <sup>35</sup> Sjældne handicap. Den fremtidige tilrettelæggelse af indsatsen i sygehusvæsenet. Retningslinier. Sundhedsstyrelsen 2001
- <sup>36</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 24. maj 2004 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Journalnr. 0-299/1/1
- <sup>37</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 2. juni 2004 til Amtstandlægekollegiet. Journalnr. 0-202-05-22/1
- <sup>38</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 4. februar 2005 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Journalnr. 0-299/1/1
- <sup>39</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 10. maj 1983 til Indenrigsministeriet

- <sup>40</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 27. juni 1989 til Rigshospitalet
- <sup>41</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 21. maj 2001. Journalnr. 225-1-2000
- <sup>42</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 20. maj 2005 til de amtslige sundhedsforvaltninger, samtlige sygehusledelser mv. Journalnr. 0-299/1/1
- <sup>43</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriets skrivelse af 6. december 2001 til samtlige amtsråd, Direktionen for Hovedstadens Sygehusfællesskab samt Københavns og Frederiksberg Kommuner. Journalnr. 3.kt.j.nr. 2001-1700-39.
- <sup>44</sup> Lov nr. 1315 af 20. december 2000
- <sup>45</sup> Sundhedsstyrelsens skrivelse af 14. marts 2005 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Journalnr. 0-203-02-242/1
- <sup>46</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 151 af 8. august 2001 om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.
- <sup>47</sup> Læbe- ganespalte. Organisation af undersøgelse og behandling. Redegørelse afgivet af et udvalg under Sundhedsstyrelsens planlægnings- og visitationsudvalg. Sundhedsstyrelsen 1981
- <sup>48</sup> Skrivelse af 20. juni 1997 fra Sundhedsminister Birte Weiss til Landsforeningen Læbe-Ganespalte. Sundhedsministeriet, 2. kt., Journalnr. 96-2211-12
- <sup>49</sup> Skrivelse af 21. august 1980 fra Socialstyrelsen til Århus Amtskommune. Journalnr. 6-41-0-20-79
- <sup>50</sup> Skrivelse af 10. marts 1981 fra Amtsrådsforeningen til Socialstyrelsen. Journalnr. 3-01-856/78
- <sup>51</sup> Skrivelse af 18. januar 1983 fra Undervisningsministeriet til Amtsrådsforeningen.
- <sup>52</sup> Lovbekendtgørelse nr. 658 af 3. juli 2000 af lov om specialundervisning for voksne
- <sup>53</sup> Bekendtgørelse nr. 838 af 11. november 1997 om specialundervisning for voksne og læsekurser for voksne m.v.
- <sup>54</sup> Indenrigs- og sundhedsministerens besvarelse af 9. november 2005 af spørgsmål nr. 234 (Alm. del) fra Folketingets Sundhedsudvalg
- <sup>55</sup> Undervisningsministeriets skrivelse af 8. juni 2005 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- <sup>56</sup> Lov nr. 592 af 24. juni 2005 om ændring af lov om folkeskolen mv., § 2, nr. 3
- <sup>57</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriets skrivelse af 16. juni 2005 til Undervisningsministeriet
- <sup>58</sup> Københavns Amts Økonomiudvalg. Beslutning af 28. september 2005
- <sup>59</sup> Indenrigs- og sundhedsministerens besvarelse af 11. april 2006 af spørgsmål nr. 257 (Alm. del) fra Folketingets Sundhedsudvalg
- <sup>60</sup> Lov nr. 276 af 26. maj 1976 om tandlæger
- <sup>61</sup> Fysisk handicappede personers adgang til vederlagsfri fysioterapi. Sundhedsstyrelsen. Retningslinier revideret 2005