



Den Regionale Tandpleje



Vejledning for omfanget af og kravene til den regionale tandpleje

Den Regionale Tandpleje

Vejledning for omfanget af og kravene til den regionale tandpleje

© Sundhedsstyrelsen, 2024.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-626-5

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: 22.10.24
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Oktober 2024

Indholdsfortegnelse

Indledning	7
1. Regionstandplejen	8
1.1. Personkreds	8
1.1.1. Børn og unge der er meldt ud af børne- og ungdomstandplejen	9
1.1.2. Børn og unge der tidligere har fravalgt tandreguleringsbehandling	9
1.1.3. Visitation i regionstandplejen	10
1.2. Organisation af tandplejetilbuddet	10
1.2.1. Krav til regionstandplejens personale	11
1.2.2. Tandlægefaglig dokumentation for henvisning	11
1.2.3. Ansvarsfordeling	12
1.3. Tandplejens indhold	12
1.3.1. Konsultativ virksomhed	12
1.3.2. Undersøgelse og behandlingsplan	13
1.3.3. Behandling	14
1.3.4. Færdiggørelse af behandling	17
1.4. Kvalitetssikring	17
2. Odontologisk landsdels- og videnscenter	18
2.1. Personkreds	18
2.2. Organisation af tilbuddet	18
2.2.1. Ansvarsfordeling	20
2.2.2. Samarbejde	20
2.3. Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold	20
2.3.1. Konsultativ virksomhed	21
2.3.2. Undersøgelse	21
2.3.3. Behandling	21
2.4. Kvalitetssikring	22
3. Tilskud til tandpleje for udvalgte patientgrupper (§166-ordningen)	24
3.1. Udvalgte patientgrupper	24
3.2. Visitationskriterier for særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	25
3.2.1. Patientgruppe 1-6	25
3.2.2. Patienter med medfødte sjældne sygdomme	25
3.3. Behandlingskriterier for tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig oral funktionsnedsættelse	26
3.4. Tandpraksis	26
4. Kræftpatienter ved strålebehandling i hoved og halsregion	27
4.1. Patientgruppen	27
4.2. Strålebehandling i hoved- og hals region, følger af for mundhule og tænder	27

4.3. Forebyggelse af senfølger efter strålebehandling for mundhulen	28
4.3.1. Forebyggelse af osteoradionekrose (ORN)	28
4.3.2. Tidlig forebyggelse af sygdomme i mundhulen	28
4.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	29
4.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	29
4.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	30
4.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse	30
4.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	31
4.5. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.....	31
5. Blodkræftpatienter ved helkropsbestråling	32
5.1. Patientgruppen.....	32
5.2. Helkropsbestråling af patienter med blodkræft, følger for mundhule og tænder	32
5.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen efter helkropsbestråling	32
5.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	33
5.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	33
5.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	34
5.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse	34
5.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	35
5.5. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.....	35
6. Patienter med kronisk GvHD.....	36
6.1. Patientgruppen.....	36
6.2. Kronisk GvHD, følger for mundhule og tænder	36
6.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved kronisk GvHD	36
6.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	37
6.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	37
6.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	38
6.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse	38
6.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	39
7. Patienter med Sjögrens syndrom.....	40
7.1. Patientgruppen.....	40
7.2. Sjögrens syndrom, følger for mundhule og tænder	40
7.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved Sjögrens syndrom	40
7.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	40
7.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	41
7.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	42

7.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse	43
7.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	43
7.5. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.....	43
8. Kræftpatienter ved kemoterapi, immunterapi, hormon- og antihormonbehandling	44
8.1. Patientgruppen.....	44
8.2. Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling, følger for mundhule og tænder	44
8.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved medicinsk kræftbehandling	45
8.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	45
8.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	45
8.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	46
8.5. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse	47
8.5.1. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	47
8.6. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.....	47
9. Patienter ved radioaktivt jod pga. sygdom i skjoldbruskkirtlen	49
9.1. Patientgruppen.....	49
9.2. Behandling med radioaktivt jod, følger for mundhule og tænder	49
9.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved behandling med radioaktivt jod	49
9.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	50
9.5. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	50
9.6. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	52
9.7. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse	52
9.7.1. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	53
9.7.2. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.....	53
10. Patienter med medfødte sjældne sygdomme	54
10.1. Patientgruppen.....	54
10.2. Sjældne sygdomme følger for mundhule og tænder	54
10.3. Ansøgning og visitation til §166-ordningen	54
10.3.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.....	54
10.3.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje	56
10.4. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse	56
10.4.1. Tilskud til særligt kostbare behandlinger.....	57
10.4.2. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.	57

11. Administrative regler vedr. tilskud og egenbetaling	58
11.1. Tilskudsbevilling fra bopælsregionen	58
11.2. Særlig kostbare behandlinger	58
11.3. Opgørelse af patienten egenbetaling	58
11.4. Udgifter der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen	59
12. Koordination og administration af tilbud i den regionale tandpleje	60
12.1. Koordination	60
12.1.1. Koordinationsudvalg og Samarbejdsudvalg	60
12.1.2. Regionstandpleje / odontologiske landsdels- og videnscentre	60
12.2. Klage- og erstatningsadgang	60
12.3. Administration og ikrafttræden	60
Bilagsfortegnelse	61
Bilag 1 Sjældne sygdomme	62
Bilag 2 Principielle faglige udmeldinger	65
Bilag 3 Oversigt over patientgrupper og visitationskriterier til særligt tilskud til tandpleje i tandlægepraksis	80
Bilag 4: Vejledning vedr. udredning af symptomer på mundtørhed (xerostomi) og kliniske tegn på nedsat spyttsekretion	82
Bilag 5 Vejledning vedr. måling af helspyttsekretion som led i regional visitation	85
Bilag 6: Vejledende faglige behandlingskriterier for betydelige tandproblemer ved regional visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje for patientgrupperne 4-6.	88
Bilag 7. Vejledende faglige behandlingskriterier for betydelig oral funktionsnedsættelse ved ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger for patientgrupperne 1-6 og patienter med medfødte sjældne sygdomme.	91
Bilag 8. Vejledning vedr. udredning af tandslid	96
Bilag 9. Vejledning vedr. individuel forebyggelsesplan for karies.	99

Indledning

Regionerne varetager via den regionale tandpleje en række specialiserede opgaver som led i den samlede indsats for at fremme tandsundheden i Danmark. De specialiserede tandplejeordninger omfatter Regionstandpleje og Odontologisk landsdels- og videnscenter funktion samt særlige tilskudsordninger til tandpleje for borgere der har kræft, Sjøgrens Syndrom og sjældne sygdomme.

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til tandplejebekendtgørelsen (bekendtgørelse om tandpleje BEK nr. 871 af 26/06/2024) fastsætte retningslinjer for den regionale tandpleje.

Sundhedsstyrelsen udgav senest retningslinjer for den regionale tandpleje i 2023 Vejledning for omfanget af og kravene til den regionale tandpleje Ved udvidelse af det regionaltilskud til tandpleje via Sundhedslovens § 166 for flere patientgrupper som er trådt i kraft den 1. juli 2024, er denne vejledning opdateret i forhold til de gældende regler. Denne opdaterede retningslinje for den regionale tandpleje erstatter den tidligere vejledning fra 2023.

I bilag 2 er opstillet nogle principielle faglige udmeldinger i form af inklusions- og eksklusionskriterier mv for regiontandplejen og de odontologiske landsdels- og videnscentre, som blev beskrevet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2001-2006 hvor ordningerne blev etableret.

1. Regionstandplejen

1.1. Personkreds

Regionsrådet skal tilbyde børn og unge i børne- og ungdomstandplejen med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse et specialiseret tandplejetilbud. Til disse børn og unge skal regionsrådet tilbyde vederlagsfri specialbehandling efter de har afsluttet børne- og ungdomstandpleje, 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 tandplejebekendtgørelsen 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 behandlende tandpleje til børn og unge under 22 år (født efter 31. december 2003). 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.

1.1.1. Børn og unge der er meldt ud af børne- og ungdomstandplejen

Regionstandplejen skal tilrettelægges i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen. Såfremt barnet eller den unge er udmeldt af børne- og ungdomstandplejen, er det ikke muligt at tilrettelægge et tilbud i henhold hertil. Forudsætningerne for at modtage regions-tandpleje er således ikke til stede.

1.1.2. Børn og unge der tidligere har fravalgt tandreguleringsbehandling

Tilbud om tandreguleringsbehandling fremsættes af børne- og ungdomstandplejen på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt. Afslår forældremyndighedens indehaver eller den unge 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/ barn eller den unge om at iværksætte en ortodontisk behandling på et senere tidspunkt (inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen) 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 regions-tandplejen. 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.

1.1.3. Visitation i regionstandplejen

For så vidt angår spørgsmålet, om agenesipatienter omfattet af børne- og ungdomstandplejen 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 underkaster henvisningen en individuel, tandlægefaglig vurdering, og ikke blot registrerer, at henvisning har fundet sted. Herved dannes der baggrund for igennem en langsigtet behandlingsplanlægning – at tage højde for patientens specielle behandlingsbehov.

1.2. Organisation af tandplejetilbuddet

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 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 regioner 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.

1.2.1. 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 praksisstandplejen. Der skal således ske en inddragelse af - og et tæt samarbejde mellem – flere odontologiske discipliner (pædodonti, 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. 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 pædodonti) for de personer, der skal indgå i regionstandplejens tværfaglige teams.

Ikke-specialist behandling

I de tilfælde, hvor der for patienter, som ikke længere er omfattet af børne- og ungdomstandplejen er tale om ukomplicerede behandlinger, der ikke kræver specialistbehandling, kan regionsrådet lade behandlingerne udføre andetsteds, fx hos praktiserende tandlæge eller i børne- og ungdomstandplejen, mod betaling fra regionen. 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 indskræmpes, 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 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.

1.2.2. 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.

1.2.3. 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.

1.3. 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 helheds-syn. 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 team-baseret 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 inden for rammerne af offentlig tandpleje.

1.3.1. 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.

1.3.2. 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.

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.

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 på en tand-, mund- og kæbekirurgiske afdeling i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi¹, og dermed ikke i regionstandplejen eller på odontologisk landsdels- og videnscenter.

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. Det skal præciseres, at en patient fra regionstandplejen med behov for kompleks behandling ikke skal indvisiteres til behandling i sygehusregi (behandling inden for sundhedslovens regler om sygehusbehandling), med mindre patientens tilstand er omfattet af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi. Derimod skal patienten med det komplekse behandlingsbehov henvises til et af de Odontologiske landsdels- og videnscentre 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.

¹ Specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi af 14. februar 2023.

1.3.3. 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. 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 ortodontiske 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 (pæodonti, ortodonti, protetik, kirurgi), udføres i (og betales af) regionsrådet, også inden patienten forlader børne- og ungdomstandplejen.

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 nabetændernes 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 forældremyndighedsindehaver/barnet eller den unge. 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 patienter der ikke er omfattet af børne- og ungdomstandpleje og som modtager vederlagsfri specialbehandling i regionstandplejen, søge almindelig forebyggende og behandlende tandpleje hos praktiserende tandlæger efter reglerne i sundhedslovens § 65.

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 unge ikke længere er omfattet af børne- og ungdomstandpleje. Påbegyndelse af tandreguleringsbehandling efter afslutning af børne- og ungdomstandplejen 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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen, 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.

1.3.4. Færdiggørelse af behandling

Det påhviler regionsrådet at færdiggøre påbegyndte behandlinger. I tilfælde af flytning påhviler det den nye region at videreføre tilbuddet 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 behandlingstilbuddet 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.

1.4. 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.

2. Odontologisk landsdels- og videnscenter

2.1. 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 tilbuddet i regionstandplejen ikke er tilstrækkeligt specialiseret.

Regionsrådet skal derudover tilbyde højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling af patienter med sjældne sygdomme, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til betydelige problemer i tænder, mund og kæber. Det drejer sig her typisk om sjældne medfødte sygdomme der antageligvis skyldes medfødt disposition, og som er af kronisk karakter. Herforuden skal den pågældende person have vidtgående odontologiske problemer f.eks. i form af afvigelser i tanddannelsen, afvigelser i tændernes eruption, afvigelser i tændernes støttevæv, afvigelser i mundhulens slimhinder og/eller afvigelser i den orofaciale funktion jf. bilag 1. Videre kan der være tale om øget forekomst af orale sygdomme som 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 sjældne sygdom, eller om tandbehandlingsbehovet må anses for at være af samme karakter og omfang som hos patienter, der ikke har den pågældende lidelse.

Det skønnes, at den samlede gruppe af patienter med sjældne sygdomme hos hvem den tilgrundliggende lidelse giver anledning til betydelige problemer i tænder, mund og kæber udgør ca. 4.300 personer.

2.2. Organisation af tilbuddet

De to odontologiske landsdels- og videnscentre er placeret på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital og varetager løsningen af opgaven i tæt samarbejde med de to tandlægeskoler for på den måde bedst at sikre anvendelse af den samlede odontologiske ekspertise, der er til rådighed i landet. Centerteamet bør være et multidisciplinært team med højt kvalificerede repræsentanter fra de relevante fagdiscipliner (ortodonti, kirurgi, protetik, pæodonti, m.fl.).

Det odontologiske landsdels- og videnscenter på Rigshospitalet modtager henviste patienter fra Region Hovedstaden og Region Sjælland, mens det odontologiske landsdels-

og videnscenter på Aarhus Universitetshospital modtager henviste patienter fra Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Regionsrådet i de regioner hvor de odontologiske landsdels- og videnscentre er placeret, bør sikre, at der etableres aftaler med tandlægeskolerne i hhv. København og Aarhus med henblik på, at den fornødne odontologiske ekspertise inden for ortodonti, protetik og pæodonti og kirurgi stilles til rådighed for videnscentrene. Kirurgisk ekspertise vil alternativt kunne etableres ved aftale med den tand-, mund- og kæbekirurgiske afdeling på sygehuset. Videre er det nødvendigt, at der stilles klinikfaciliteter til rådighed til undersøgelse og højt specialiseret behandling af indvisiterede patienter. Bopælsregionen betaler en omkostningsbestemt takst for konsultative ydelser og behandling af de patienter, der henvises til de odontologiske landsdels- og videns- centre ved Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital. Henvi sning af personer med sjældne sygdomme til den odontologiske landsdels- og videnscenterfunktion kan foretages uden forudgående udredning i regionstandplejen. Det er således for denne patientgruppes vedkommende hensigten, at også børne- og ungdomstandplejen og de praktiserende tandlæger kan henvise patienter med sjældne sygdomme til centret med henblik på rådgivning, udredning og / eller højt specialiseret behandling. 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.

Henvi sning af børn og unge, uden sjældnen sygdom, med tanddannelsesforstyrrelser der ubehandlet medfører varig funktionsnedsættelse, og med behov for højt specialiseret behandling til de odontologiske landsdels- og videnscentre bør forinden have fået foretaget en udredning i regionstandplejen. Indvisitering til højt specialiseret behandling beror på den faglige vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre. Der kan henvises til reparation eller udskiftning af tidligere udført højt specialiseret protetisk behandling. Der kan her være tale om genbehandlingen af tidligere udført højt specialiseret protetisk behandling i de odontologiske landsdels- og videnscentre eller genbehandlinger af tidligere (før 1. januar 2002) udført (oftest på tandlægeskolerne) komplekse protetiske behandlinger af målgruppen, under f.eks. den kommunale tandpleje eller med støtte fra kommunen efter servicelovens (§ 97), eller tidligere bistandslovens (§ 58) regler vedrørende ydelser til tandprotese i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller kosmetisk vansirende følger af medfødte anomalier der påvirker tyggeorganet. Det vil i samtlige tilfælde være de odontologiske landsdels- og videnscentre der ud fra en tandlægefaglig vurdering visiterer til højt specialiseret genbehandling. Det er skønsmæssigt vurderet, at i alt cirka 1.600 personer med sjældne sygdomme vil få behov for vedligeholdelse og udskiftning af tidligere udført højt specialiseret behandling.

2.2.1. 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.

2.2.2. 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 centerteamet tilknyttes relevant ekspertise fra pædiatri og andre lægelige specialer. Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning for tand-, mund- og kæbekirurgi er behandling af børn og unge med læbeganespalte, med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali eller med vækstbetinget afvigelse i tand- og kæbestilling i forbindelse med juvenil rheumatoid arthritis beskrevet som en regionsfunktion eller en højt specialiseret funktion på sygehus. Disse sygehusbehandlinger er ikke berørt af de odontologiske landsdels- og videnscentre. Det forhold, at de odontologiske landsdels- og videnscentre er placeret på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital, er således ikke ensbetydende med, at der er tale om en sygehusopgave. 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 det tand-, mund- og kæbekirurgiske sygehus speciale, 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 sygdomme, som er etableret på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital.

2.3. Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold

Når en behandlingsplan / behandling er så vanskelig, at tilbuddet i regionstandplejen ikke er tilstrækkelig specialiseret til at varetage opgaven, eller når tilstanden 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 uden for rammerne af offentlig tandpleje.

2.3.1. Konsultativ virksomhed

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal give et konsultativt tilbud over for den kommunale tandpleje og regionstandplejen ved behandlingsplanlægning for målgruppens 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, 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 kombineret med vidtgående odontologiske problemer.

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal over for regionerne udføre odontologisk udredning, diagnostik og behandlingsplanlægning for patienter med medfødte sjældne sygdomme, der har betydelige tandproblemer og, som ansøger regionen om særligt tilskud til tandpleje jf. vejledningens kap. 10 vedr. tilskud til patienter med medfødte sjældne sygdomme.

2.3.2. Undersøgelse

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

2.3.3. Behandling

De odontologiske landsdels- og videnscentre tilbyder udelukkende behandling, når den henviste patient har behov for højt specialiseret behandling. Henset til princippet om, at patienterne bør behandles på det Laveste Effektive Omsorgsniveau (LEON-princippet) udfører landsdels- og videnscentret ikke mindre specialiserede behandlinger, der kan udføres andetsteds. Indvisitering til højt specialiseret behandling beror på en tandlægefaglig vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre. 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. De odontologiske landsdels- og videnscentre vil eksempelvis skulle varetage behandlingen af agenesipatienter med multiple agenesier. 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). Også patienter med andre, komplicerede typer tanddannelsesforstyrrelser som f.eks. amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta og odontodysplasi, kan, såfremt behandlingen ikke kan varetages i regionstandplejen, tilbydes behandling i de odontologiske landsdels- og videnscentre.

Endelig vil de odontologiske landsdels- og videnscentre kunne udføre odontologisk behandling, eller dele heraf, for patienter med sjældne sygdomme kombineret med vidtgående odontologiske problemer. Visitation til højt specialiseret behandling baseres på en samlet vurdering af den tilgrundliggende sjældne sygdom og de vidtgående odontologiske problemer sammenholdt med behandlingsopgavens kompleksitet. Videre bør der indgå overvejelser om behovet for rutine, erfaringsopsamling og kvalitetsopfølgning. Det er dog skønnet, at der for disse patienter kun i 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 de odontologiske landsdels- og videnscentre.

Visitation til højt specialiseret behandling på baggrund af en faglig vurdering i videnscentrene kan ikke omstødes af en region.

2.4. 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 reference-gruppe med repræsentanter fra det multidisciplinære team, tandlægeskolerne, relevant medicinsk ekspertise, relevante patientforeninger, Danske Regioner samt Sundhedsstyrelsen, med henblik på drøftelser af landsdels- og videnscentrenes funktioner og faglige prioriteringer.

De odontologiske landsdels- og videnscentre skal derudover medvirke til oprettelse af en vidensdatabase, udvikling af nye behandlingstilbud, udarbejdelse af behandlingsprotokoller (kliniske retningslinjer) 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. være relevant 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 (sattelitaftale). Hos de odontologiske landsdels- og videnscentre ligger derudover en forpligtelse til, i samarbejde 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, fælles journalsystemer, 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 videnscentre, kun kan udføres af centrene, når de får tilført det relevante patientunderlag bl.a. 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.

3. Tilskud til tandpleje for udvalgte patientgrupper (§166-ordningen)

3.1. Udvalgte patientgrupper

Efter Sundhedslovens § 166 kan udvalgte patientgrupper efter ansøgning visiteres til særligt økonomisk tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje og særligt kostbare behandlinger i privat tandpraksis. Det særlige økonomiske tilskud ydes af patientens bopælsregion.

Tilskudsordsordningen er målrettet udvalgte patientgrupper der er i særlig risiko for eller har fået betydelige tandproblemer eller betydelig oral funktionsnedsættelse som følge af deres sygdom eller sygdomsbehandling.

De udvalgte patientgrupperne omfatter:

Sundhedsloven § 166, stk. 1:

- 1) Patienter, der på grund af kræft har fået strålebehandling i hoved- eller halsregionen.
- 2) Patienter, der på grund af blodkræft har modtaget helkropsbestråling forud for allogen knoglemarvstransplantation.
- 3) Patienter, der på grund af knoglemarvstransplantation har udviklet kronisk graft versus host-sygdom (GvHD).
- 4) Patienter, der er diagnosticeret med Sjögrens syndrom.
- 5) Patienter, der på grund af kræft har fået kemoterapi, immunterapi eller hormon- og anti-hormonbehandling.
- 6) Patienter, der på grund af sygdom i skjoldbruskkirtlen har modtaget behandling med radioaktivt jod.

Sundhedsloven § 166, stk. 2:

Patienter med medfødte sjældne sygdomme

3.2. Visitationskriterier for særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandelende tandpleje.

3.2.1. Patientgruppe 1-6

De grundlæggende kriterier for visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandelende tandpleje er forskellige for de patientgrupper der er omfattet af ordningen. Patienter i de enkelte patientgrupper har forskellig risiko for at udvikle betydelige tandproblemer.

Sygdom eller sygdomsbehandling kan medføre nedsat spytssekretion der bl.a. øger risikoen for udvikling af karies, der ubehandlet kan føre til betydelige tandproblemer eller betydelig oral funktionsnedsættelse. For nogle patientgrupper er det et visitationskriterie at der er påvist nedsat spytssekretion. Bopælsregionen vil i forbindelse med patientens visitation til ordningen, foretage en objektiv spytssekretionsmåling (sialometri) (se bilag 5).

I forlængelse heraf vil der for nogle patientgrupper være et visitationskriterie om, at de foruden nedsat spytssekretion har betydelige dokumenterede tandproblemer ved ansøgningstidspunkt. Dette skyldes, at der er forskel på patientgruppernes risiko for at udvikle betydelige tandproblemer. Det er dermed ikke alle patienter, der vil opleve at få tandproblemer som følge af deres sygdom eller sygdomsbehandling. De betydelige tandproblemer skal fagligt kunne relateres til nedsat spytssekretion som følger af sygdommen eller sygdomsbehandlingen (se bilag 6).

Visitationskriterier for hver patientgruppe er uddybet i vejledningen og nærmere defineret i vejledningens bilag.

Der ydes tilskud til almindelig forebyggende og behandelende tandpleje der fagligt kan relateres til sygdommen eller sygdomsbehandlingen. Hvilke behandlinger der ydes tilskud til for hver patientgruppe er uddybet i vejledningen.

3.2.2. Patienter med medfødte sjældne sygdomme

Kriterier for, visitation af patienter med medfødte sjældne sygdomme til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandelende tandpleje er, at de har betydelige tandproblemer på grund af den medfødte sjældne sygdom. Visitationskriterier for denne heterogene gruppe med stor variation i det odontologiske behandlingsbehov foretages ved en individuel tandfaglig vurdering.

3.3. Behandlingskriterier for tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig oral funktionsnedsættelse

Alle patientgrupper der er visiteret til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, kan ansøge om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse, som følge af sygdommen eller sygdomsbehandlingen. Betydelig oral funktionsnedsættelse kan opstå efter tandtab, destruktion af tænder, alvorligt tandslid og kombinationer af disse forhold. Vejledende behandlingskriterier er nærmere uddybet i bilag 7.

3.4. Tandpraksis

Tandpraksis har en central rolle i relation til tilskudsordningen. Tandpraksis opsporer patienter til ordningen ved den diagnostiske undersøgelse og bistår patienter med rådgivning og bilag (behandlingsplan inkl. prognosevurdering, individuel forebyggelsesplan, behandlingstilbud, kopi af journal og røntgenbilleder,) ved patientens ansøgning² til ordningen og udfører den individuelle forebyggelsesindsats og behandling efter, at regionen har godkendt patientens ansøgning om tilskud.

² Tandlægen kan efter samtykke fra patienten sende ansøgning på vegne af patienten til regionen

4. Kræftpatienter ved strålebehandling i hoved og halsregion

4.1. Patientgruppen

Målgruppen i sundhedslovens § 166, stk. 1, nr. 1, omfatter patienter der på grund af kræft har fået ekstern strålebehandling i hoved- og halsregionen.

4.2. Strålebehandling i hoved- og hals region, følger af for mundhule og tænder

Ekstern strålebehandling af kræft i hoved- og halsregionen kan medføre bivirkninger for mundhule og tænder. Ved bestråling af kræft i munden, kæberne eller i halsen påvirkes også de raske celler i mundslimhinden, spytkirtlerne og de små blodkar i kæbeknoglen. Under strålebehandling på sygehus er hyppige akutte bivirkninger svie og smerter i munden, sår dannelse i mundslimhinden, svampeinfektion, mundtørhed og belægninger. Der kan opstå vedvarende stråleskade på spytkirtelvæv, som kan give senfølger med udtalt mundtørhed og kronisk nedsat spytsekretion (hyposalivation) hvor både den ustimulerede og tygge-stimulerede spytsekretion ofte være betydelig reduceret. Hyposalivation medfører øget risiko for udvikling af karies og det er karakteristisk at en øget forekomst af kariessygdom ses ofte på atypiske steder (cervikalt, incisalt og langs fyldninger). Bestråling af tænderne kan medføre skader på tandvæv hvormed tænder bliver skøre, knækker let og tandfyldninger mistes. Strålebehandling kan også forværre parodontitis sygdom, og påvirke kæbeled og muskler der kan medføre nedsat gabebevne.

Derudover kan der opstå senfølger til strålebehandling i form af osteoradionekrose (ORN) i kæbeknoglen³. Ved bestrålingen af knoglevævet sker der forandringer i de små blodkar, hvorved blodforsyningen til kæben nedsættes eller ophører. Den nedsatte eller ophørte blodcirkulation i kæben gør kæben modtagelig for betændelse, der kan betyde at kæbeknoglen dør (osteoradionekrose). Der er risiko for betændelse, hvis der opstår tryksår i munden efter en protese eller hvis der er sår i munden efter tandudtrækning⁴. Risiko for udvikling af ORN er livslang⁵.

³

⁴ Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hoved- og halskræft 2020.

⁵ Odontologisk fokussanering, Retningslinje for eliminerings af dentale infektiøse foci med henblik på forebyggelse af osteo-radionekrose. DAHANCA 2021

4.3. Forebyggelse af senfølger efter strålebehandling for mundhulen

4.3.1. Forebyggelse af osteoradionekrose (ORN)

Med henblik på at nedsætte risikoen for udvikling af ORN skal patienter forud for strålebehandling tandfokussaneres på en tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling.⁶⁷ Tandfokussaneringen omfatter tandekstraktion eller operation med henblik på at eliminere infektiøse foci i mundhulen. Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for hoved- og halskræft beskriver at vurderingen af behov for tandudtrækning på en TMK-afdeling bør ske umiddelbart efter, at histologisk kræftdiagnose foreligger, og at indikation for stråleterapi er stillet. I forbindelse med denne vurdering tages tandrøntgenbilleder, ligesom der foretages en klinisk undersøgelse af mundhulen.⁸

4.3.2. Tidlig forebyggelse af sygdomme i mundhulen

Under sygehusbehandling

Bestråling af kræft der involverer tænder, mund og kæber er en intensiv behandling der oftest omfatter 33-34 behandlinger med 5-6 behandlinger om ugen i ca. 6 uger. Patienterne er ofte fysisk og psykisk udmattede i den periode strålebehandlingen på går og har ikke overskud til at opsøge tandpraksis med henblik på en tidlig oral forebyggelsesindsats. En tidlig oral forebyggelsesindsats bør for denne patientgruppe derfor opstartes allerede på sygehuset og så tidligt som muligt i kræftbehandlingsforløbet. Da hovedparten af patienter med kræft, der skal have strålebehandling i hoved- og halsregionen inden behandlingen henvises til tandfokussanering på en TMK-afdeling, kan initiering af en tidlig oral forebyggelsesindsats på sygehuset foregå her. En tidlig oral forebyggelsesindsats kan herefter videreføres på en onkologisk sygehusafdeling der ser patienterne hyppigt under strålebehandlingen. Har de onkologiske afdelinger ikke tilknyttet tandfagligt personale kan TMK-afdelinger fx udarbejde instrukser, vejledninger mm til de onkologiske afdelinger med indhold for en tidlig oral forebyggelsesindsats for patientgruppen. Under strålebehandlingen kan indsatsen fokusere på at afhjælpe akutte bivirkninger og forebygge tandsygdom ved god mundhygiejne, brug af fluorid og kostvejledning.

Efter afsluttet sygehusbehandling til tandpraksis

Efter afsluttet sygehusbehandling videreføres den tidlige orale forebyggelsesindsats for patienterne i tandpraksis. For at understøtte at en tidlig oral forebyggelsesindsats på sygehuset videreføres, bør sygehuset sende en epikrise til tandpraksis der indeholder relevante oplysninger. For patienter der ikke er tilknyttet en tandpraksis bør den regionale patientvejledning være patienten behjælpelig med at vælge en tandpraksis.

⁶ Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Tand-, mund- og kæbekirurgi, 4. marts 2024, Regionsfunktion nr. 5.

⁷ DAHANCA (Danish Head and Neck Cancer Group) Odontologisk fokussanering, Retningslinje for eliminering af dentale infektiøse foci med henblik på forebyggelse af osteoradionekrose. 2021.

⁸ Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hoved- og halskræft. For fagfolk. 2020.

4.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter der på grund af kræft har fået strålebehandling i hoved- og halsregionen opfylder kriterier til visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje.

Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal patienten kunne påvise betydelig oral funktionsnedsættelse som følge af strålebehandlingen for at kunne blive visiteret til ordningen.

4.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienten ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje (jf. tandplejebekendtgørelsen § 26 stk. 1 nr.1)⁹. Når regionen har visiteret patienten til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje er denne varig.

Visitationskriterie, lægelig diagnose/behandling

Men henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation for patienten kan regionen, med patientens samtykke, selv indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset vedr. kræftdiagnose og udført strålebehandling.

For patienter der på grund af kræft er i en igangværende strålebehandling i hoved- og halsregionen bør det tilstræbes at behandlende sygehusafdelinger (TMK-afdeling, onkologisk afdeling) er patienten behjælpelig med ansøgning samt at regionen har behandlet patientens ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje i tæt relation til afsluttet strålebehandling.

For patienter der på grund af kræft har afsluttet strålebehandling i hoved- og halsregionen og som ikke allerede er visiteret til ordningen bør tandpraksis være patienten behjælpelig med ansøgning til tilskudsordningen.

Individuel forebyggelsesplan

Med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme skal tandpraksis så snart som muligt, afhængig af patientens behandlingsforløb på sygehuset, udarbejde en individuel forebyggelsesplan og sende til regionen (se bilag 9).

⁹ Bekendtgørelse om tandpleje nr. 871 af 26/06/2024

4.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje der fagligt kan relateres til strålebehandlingen.

Tilskuddet er afgrænset til afholdelse af patientens egenbetaling af alle ydelser der er omfattet af gældende tilskudsbekendtgørelser i tandpraksis, herunder behandling af paradontitis i hele tandsættet (ikke kun i stråleområdet)¹⁰. Herudover ydes der tilskud til egenbetaling af behandlinger med lokalbedøvelse, kvælstofforilte analgesi og behandling med desensitizer.

4.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger på baggrund af dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige oral funktionsnedsættelse er en følge af strålebehandlingen (jf. tandplejebekendtgørelsen § 26 stk. 2). Det vil sige at tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid skal være opstået efter påbegyndt strålebehandling. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid, hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med strålebehandlingen, dækkes ikke af ordningen. Der kan i denne forbindelse ikke stilles krav om nedsat spytksekretion for denne patientgruppe.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

Det er i forbindelse med vurdering af patientens ansøgning vigtigt at være opmærksom på at tandprotetisk rehabilitering af tandtab efter tandfokussanering inden strålebehandlingen afholdes af sygehuset uden egenbetaling for patienten¹¹ og kan ikke afholdes efter sundhedslovens § 166. Patientens orale funktionsnedsættelse som følge af tandtab efter fokussanering og tandtab, som følge af strålebehandling, bør dog vurderes samlet selvom udgifter til protetisk rehabilitering afholdes af forskellige instanser.

Der ydes tilskud efter Sundhedslovens § 166 til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese. Patientens ansøgning herom vedlægges tandlægens behandlingsplan

¹⁰ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

¹¹ Sundhedsstyrelsen. Brev til de amtslige sundhedsforvaltninger, samtlige sygehusledelser, direktionen for Hovedstadens Sygehusfællesskab samt sygehusenes øre-, næse- og halsafdelinger, tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger og onkologiske afdelinger. 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, d. 20. maj 2005, J.nr. 299-1/1.

for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetik evt. tandimplantat og prognose for resttandsættet, behandlingstilbud og kopi af journal og røntgen.

4.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

4.5. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Bopælsregionen yder fortsat særligt tilskud til tandpleje til patienter i patientgruppen der var visiteret til og omfattet af tilskudsordningen før d. 1. juli 2024. Det fortsatte tilskud tildeles efter de nye regler der er gældende fra 1. juli 2024.

Ansøgninger om særligt tilskud til tandpleje som regionen har modtaget før 1. juli 2024 vurderes efter reglerne der var gældende før 1. juli 2024. Har patienten modtaget en afvisning af en ansøgning om tilskud efter gamle regler, kan patienten søge igen og få en ny vurdering efter de regler der trådte i kraft fra 1. juli 2024.

5. Blodkræftpatienter ved helkropsbestråling

5.1. Patientgruppen

Målgruppen i sundhedslovens § 166, stk. 1, nr. 2, omfatter patienter der på grund af blodkræft har modtaget helkropsbestråling forud for allogen knoglemarvstransplantation og som har fået påvist nedsat spytksekretion.

5.2. Helkropsbestråling af patienter med blodkræft, følger for mundhule og tænder

Helkropsbestråling anvendes forud for knogletransplantation med væv fra doner (allogen) ved behandling af blodkræft. Helkropsstrålebehandling kan gives sammen med kemoterapi og har til formål at mindske immunsystemets reaktion mod transplantatet og dermed gøre kroppen "klar" til transplantationen. Helkropsbestråling kan gives som enkelt dosis med høj stråledosis (fx 10 Gy) eller i fraktioner med lavere dosis (fx 4 Gy over 4 gange) men med højere total stråledosis. Spytkirtelvævet og orale væv er væsentlig mindre udsat for strålepåvirkning ved helkropsbestråling end ved strålebehandling i hovedhalsområdet. Der er sparsom viden vedrørende helkropsbestrålingens effekt på spytkirtler. Enkelte undersøgelser har vist nedsat spytkproduktion ved samtidig behandling med kemoterapi og helkropsbestråling samt at enkelt dosis helkropsbestråling giver mere udtalt nedsat spytkproduktion end fraktioneret helkropsbestråling. Herudover er der fundet tandmisdannelser og manglende anlæg af tænder hos børn der modtager kemoterapi og helkropsbestråling som behandlingsmæssigt vil høre ind under de specialiserede tandplejetilbud i regionstandplejen eller de odontologiske landsdels- og videnscentre. Med henblik på at nedsætte risiko for infektionsspredning, kan patienter med blodkræft forud for behandling med allogen knoglemarvs transplantation få foretaget en tandfokussanering på en tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling, denne er en del af patientens sygehusbehandling og hører ikke under §166-ordningen¹². Tandfokussanering omfatter tandekstraktion eller operation med henblik på at eliminere infektiøse foci i mundhulen.

5.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen efter helkropsbestråling

En tidlig oral forebyggelsesindsats bør for denne patientgruppe opstartes allerede på sygehuset og så tidligt som muligt i kræftbehandlingsforløbet. Den orale forebyggelsesindsats kan udføres på den onkologiske sygehusafdeling efter tandfaglige instrukser og fokusere på at forebygge tandsygdom ved god mundhygiejne, brug af fluorid og kostvejledning. Sygehuset bør opfordre patienten til at opsøge tandpraksis når det er muligt med

¹² Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Tand-, mund- og kæbekirurgi, 4. marts 2024, Regionsfunktion nr. 5.

henblik på at videreføre en tidlig oral forebyggelsesindsats i tandpraksis. For patienter der ikke er tilknyttet en tandpraksis bør den regionale patientvejledning være patienten behjælpelig med at vælge en tandpraksis

5.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter i målgruppen ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter der på grund af blodkræft har modtaget helkrops-bestråling forud for allogen knoglemarvstransplantation og som har fået påvist nedsat spytksekretion opfylder kriterierne for visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje efter sundhedslovens § 166.

Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal kriterier vedr. betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse som følge af strålebehandlingen være opfyldt.

5.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienten ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 1). Når regionen har visiteret patienten til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje er denne varig.

Visitationskriterie, Lægelig diagnose/behandling

Men henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation for patienten kan regionen, med patientens samtykke, indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset vedr. kræftdiagnose og udført helkropsbestråling i forbindelse med allogen knoglemarvstransplantation.

Visitationskriterie nedsat spytksekretion

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om påvist nedsat spytksekretion (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 2). Det er tandpraksis der ved den diagnostiske undersøgelse efter sygehusbehandlingen opsporer patienter som har xerostomi og kliniske tegn på nedsat spytksekretion. Optegnelser i journalen vedr. patientens subjektive oplevelse af mundtørhed og kliniske tegn på nedsat spytksekretion vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen (se bilag 4). Objektiv spytksekretionsmåling ved sialometri foretages af regionen, som en del af visitationen til tilskudsordningen efter at regionen har vurderet patientens ansøgning (se bilag 5).

Individuel forebyggelsesplan

Ved mistanke om nedsat spytksekretion bør tandpraksis som led i almen tandbehandling udarbejde en individuel forebyggelsesplan, der vedlægges patientens ansøgning med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme (se bilag 9).

5.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje der fagligt kan relateres til nedsat spytksekretion og omfatter ikke behandling af parodontitis.

Tilskuddet er afgrænset til afholdelse af patientens egenbetaling af ydelser der er omfattet af gældende tilskudsbekendtgørelser i tandpraksis¹³ med undtagelse af ydelser der særskilt vedrører behandling af parodontitis (ydelsesnummer 1415, 1425, 1431, 1440)¹⁴: Herudover ydes der tilskud til egenbetaling af behandlinger med lokalbedøvelse, kvælstofforlste analgesi og behandling med desensitizer

5.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige oral funktionsnedsættelse er en følge af strålebehandlingen (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 3). Det vil sige at tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid skal være opstået efter påbegyndt strålebehandling. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med strålebehandlingen dækkes ikke af ordningen.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

Det er i forbindelse med vurdering af patientens ansøgning vigtigt at være opmærksom på, at tandprotetisk rehabilitering af tandtab efter tandfokussanering inden strålebehandlingen afholdes af sygehuset uden egenbetaling for patienten, og ikke afholdes efter sundhedslovens § 166. Patientens orale funktionsnedsættelse som følge af tandtab efter fokussanering og tandtab som følge af strålebehandling, bør dog vurderes samlet selvom udgifter til protetisk rehabilitering afholdes af forskellige instanser.

Der ydes tilskud efter sundhedslovens § 166 til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese. Patientens ansøgning herom vedlægges tandlægens journaloptegnelser, behandlingsplan for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetisk evt. tandimplantat og prognose for resttandsættet.

¹³ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

¹⁴ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

5.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

5.5. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Bopælsregionen yder fortsat særligt tilskud til tandpleje til patienter i patientgruppen der var visiteret til og omfattet af tilskudsordningen før d. 1. juli 2024. Det fortsatte tilskud tildeles efter den nye regler der er gældende fra 1. juli 2024.

Ansøgninger om særligt tilskud til tandpleje som regionen har modtaget før 1. juli 2024 vurderes efter regler der var gældende før 1. juli 2024. Har patienten modtaget en afvisning af en ansøgning om tilskud efter gamle regler, kan patienten søge igen og få en ny vurdering efter de regler der trådte i kraft fra 1. juli 2024.

6. Patienter med kronisk GvHD

6.1. Patientgruppen

Målgruppen omfattet af sundhedslovens § 166, stk. 1, nr. 3, er patienter der på grund af knoglemarvstransplantation har udviklet kronisk graft versus host-sygdom (GvHD) og som følge af denne har fået påvist nedsat spytsekretion.

6.2. Kronisk GvHD, følger for mundhule og tænder

Graft versus Host sygdom (GvHD) er en behandlingskomplikation, der relativt hyppigt kan opstå efter knoglemarvstransplantation med væv fra en donor (allogen) ved behandling af blodkræft og i mindre omfang ved behandling af godartet blodsygdom. Graft-versus-host sygdom (GvHD) er en tilstand, hvor cellerne fra donor (graften) angriber cellerne i værten (host). GvHD betragtes som en del af den immunologiske reaktion mod kræftcellerne. GvHD kan som regel behandles effektivt med binyrebarkhormon. GvHD forekommer i en akut form, der udvikler sig inden 100. dag fra transplantationen og har en hyppighed på ca. 70% af patienterne. Og en kronisk form der udvikler sig efter 100. dag fra transplantationen hos 18-70% af patienterne. Den akutte form kan involvere mundhulen og medføre mundslimhindeforandringer, smerter og øget risiko for infektioner. Den akutte form kan behandles medicinsk og aftager i de fleste tilfælde. Nogle patienter udvikler imidlertid kronisk GvHD, der i modsætning til den akutte form ofte påvirker spytkirtlerne. Den kan medføre nedsat spytsekretion og ændret spyt-sammensætning og hermed øget risiko for karies. Der er klinisk erfaring for, at en stor del af patienterne med kronisk GvHD udvikler tandproblemer. Med henblik på at nedsætte risiko for infektionsspredning, kan patienter forud for behandling med allogen knoglemarvs transplantation, få foretaget en tandfokussanering på en tand-, mund- og kæbekirurgisk sygehusafdeling hvilket er dækket af sygehusbehandling og ikke omfattet af §166 tilskudsordningen¹⁵. Tandfokussanering omfatter tandekstraktion eller operation med henblik på at eliminere infektiøse foci i mundhulen.

6.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved kronisk GvHD

En tidlig oral forebyggelsesindsats bør for denne patientgruppe opstartes allerede på sygehuset så tidligt som muligt i kræftbehandlingsforløbet. Den orale forebyggelsesindsats kan udføres på sygehusafdelingen efter tandfaglige instrukser og bør fokusere på at forebygge tandsygdom ved god mundhygiejne, brug af fluorid og kostvejledning og lindrer evt. akutte symptomer. Sygehuset bør opfordre patienten til at opsøge tandpraksis når det er muligt, med henblik på at videreføre en tidlig oral forebyggelsesindsats i tandpraksis. For

¹⁵ Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Tand-, mund- og kæbekirurgi, 4. marts 2024, Regionsfunktion nr. 5.

patienter der ikke er tilknyttet en tandpraksis bør den regionale patientvejledning være patienten behjælpelig med at vælge en tandpraksis.

6.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter der på grund af knoglemarvstransplantation har udviklet kronisk graft versus host-sygdom (GvHD,) og som har fået påvist nedsat spytsekretion opfylder kriterier til visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje. Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal kriterier for dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse som følge af kronisk graft versus host-sygdom (GvHD,) være opfyldt.

6.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienten ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 1). Når regionen har visiteret patienten til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje er denne varig.

Visitationskriterie, lægelig diagnose/behandling

Men henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation for patienten kan regionen, med patientens samtykke, selv indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset vedr. diagnose på kronisk graft versus host-sygdom (GvHD) på grund af allogen knoglemarvstransplantation.

Visitationskriterie nedsat spytsekretion

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om påvist nedsat spytsekretion (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 2). Det er tandpraksis der ved den diagnostiske undersøgelse efter sygehusbehandlingen opsporer patienter som har xerostomi og kliniske tegn på nedsat spytsekretion (se bilag 4). Optegnelser i journalen vedr. patientens subjektive oplevelse af mundtørhed og kliniske tegn på nedsat spytsekretion, vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen. Objektiv spytsekretionsmåling ved sialometri foretages af regionen, som en del af visitationen til tilskudsordningen, efter at regionen har vurderet patientens ansøgning (se bilag 5).

Individuel forebyggelsesplan

Ved mistanke om nedsat spytsekretion bør tandpraksis som led i almen tandbehandling udarbejde en individuel forebyggelsesplan, der vedlægges patientens ansøgning med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme (se bilag 9).

6.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje der fagligt kan relateres til nedsat spytksekretion og ikke omfatter behandling af parodontitis.

Tilskuddet er afgrænset til afholdelse af patientens egenbetaling af ydelser der er omfattet af gældende tilskudsbekendtgørelser i tandpraksis¹⁶ med undtagelse af ydelser der særskilt vedrører behandling af parodontitis (ydelsesnummer 1415, 1425, 1431, 1440)¹⁷: Herudover ydes der tilskud til egenbetaling af behandlinger med lokalbedøvelse, kvælstofforlste analgesi og behandling med desensitizer.

6.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige oral funktionsnedsættelse er en følge af kronisk graft versus host-sygdom (GvHD) (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 3). Det vil sige at tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid skal være opstået efter diagnosen kronisk graft versus host-sygdom (GvHD) er stillet. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med kronisk graft versus host-sygdom (GvHD) dækkes ikke af §166 tilskudsordningen.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

Det er i forbindelse med vurdering af patientens ansøgning vigtigt at være opmærksom på at tandprotetisk rehabilitering af tandtab efter tandfokussanering, inden allogen knoglemarvstransplantation, afholdes af sygehuset uden egenbetaling for patienten og kan ikke afholdes efter sundhedslovens § 166. Patientens orale funktionsnedsættelse som følge af tandtab efter fokussanering og tandtab som følge af kronisk graft versus host-sygdom (GvHD) bør dog vurderes samlet, selvom udgifter til protetisk rehabilitering afholdes af forskellige instanser.

¹⁶ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

¹⁷ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

Der ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese. Patientens ansøgning herom vedlægges tandlægens journaloptegnelser, behandlingsplan for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetik evt. tandimplantat og prognose for resttandsættet.

6.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

7. Patienter med Sjögrens syndrom

7.1. Patientgruppen

Målgruppen i sundhedslovens § 166, stk. 1, nr. 4, omfatter patienter som af en speciallæge i reumatologi har fået stillet diagnosen Sjögrens syndrom efter fagligt anerkendte kriterier og som har fået påvist nedsat spytkirtelproduktion og har dokumenterede betydelige tandproblemer der fagligt kan relateres til nedsat spytkirtelproduktion og/eller betydelig oral funktionsnedsættelse som følge af Sjögrens syndrom.

7.2. Sjögrens syndrom, følger for mundhule og tænder

Sjögrens syndrom er en kronisk reumatologisk autoimmun sygdom. Sygdommen påvirker funktionen af de eksokrine kirtler, der leder til sicca-syndrom (tørheds-syndrom). Ved Sjögrens syndrom er spytkirtler og tårekirtler påvirkede, hvorfor patienterne er tørre i mund og øjne. Mundgener i forbindelse med Sjögrens syndrom kan omfatte hævelse af spytkirtlerne, mundtørhed, svamp, og tynde sarte slimhinder. Omtrent 80% af patienter med Sjögrens syndrom skønnes at have kronisk abnormt nedsat spytkirtelproduktion (hyposalivation). Hyposalivation medfører øget risiko for udvikling af karies og det er karakteristisk at en øget forekomst af kariessygdom ses ofte på atypiske steder (cervikalt, incisalt og langs fyldninger).

7.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved Sjögrens syndrom

En tidlig oral forebyggelsesindsats bør opstartes efter at en speciallæge i reumatologi har stillet diagnosen Sjögrens syndrom. Speciallægen bør opfordre patienten til at opsøge tandpraksis når det er muligt med henblik på tidlig oral forebyggelsesindsats i tandpraksis. For patienter der ikke er tilknyttet en tandpraksis bør den regionale patientvejledning være patienten behjælpelig med at vælge en tandpraksis.

7.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter der har sygdommen Sjögrens syndrom efter fagligt anerkendte kriterier, og som har fået påvist nedsat spytkirtelproduktion og har dokumenteret betydelige tandproblemer eller betydelig oral funktionsnedsættelse, opfylder kriterier for visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje. Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal

kriterierne for dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse som følge af Sjögrens syndrom være opfyldt.

7.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienten ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 1). Når regionen har visiteret patienten til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje er denne varig.

Visitationskriterie, lægelig diagnose/behandling

Men henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation for patienten kan regionen, med samtykke fra patienten, indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset eller speciallægepraksis vedr. diagnosen Sjögrens syndrom.

Visitationskriterie, nedsat spyttsekretion

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om påvist nedsat spyttsekretion (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 2). Det er tandpraksis der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter som har xerostomi og kliniske tegn på nedsat spyttsekretion (se bilag 4). Optegnelser i journalen vedr. patientens subjektive oplevelse af mundtørhed og kliniske tegn på nedsat spyttsekretion vedlægges i kopi til patienten ansøgning til regionen. Objektiv spyttsekretionsmåling ved sialometri foretages af regionen som en del af visitationen til tilskudsordningen efter at regionen har vurderet patientens ansøgning (se bilag 5). I den lægelige udredning af patienter for Sjögrens syndrom indgår hyposalivation i sygdomsklassifikationen og der kan derfor foreligge tidligere dokumentation for hyposalivation ved sialometri fra speciallæge eller sygehus. Regionen kan samtidigt med at dokumentation for diagnosen Sjögrens syndrom indhentes fra sygehus eller praktiserende speciallæge indhente oplysninger om evt. tidligere påvist hyposalivation. Med henblik på forenkling kan regionen herefter vurdere nødvendigheden af at indkalde patienten til sialometri i forbindelse med visitation til tilskudsordningen. Hos patienter med Sjögrens syndrom vil såvel den ustimulerede og tygge-stimulerede spyttsekretion ofte være betydelig reduceret og der vil være tale om en kronisk påvirkning af spyttkirtelvævet.

Visitationskriterie, betydelige tandproblemer

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om betydelige tandproblemer (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 2). Behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer, skal dokumenteres over for regionen via journaloptegnelse samt erklæring¹⁸ fra egen tandlæge (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 3). Det er praktiserende tandlæge der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter som har betydelige tandproblemer. Tandlægens optegnelser i journalen vedr. kliniske fund samt evt. røntgenbilleder der dokumenterer behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen. Betydelige tandproblemer skal fagligt kunne relateres til nedsat spytsekretion (hyposalivation) og omfatter i tilskudsordningen kariessygdom og tandslid. Vejledende faglige behandlingskriterier for hvornår udbredelse af kariessygdom og tandslid kan betragtes som betydelige tandproblemer hos patienter med Sjögrens syndrom med hyposalivation er uddybet i bilag 6.

Individuel forebyggelsesplan

Ved mistanke om nedsat spytsekretion bør tandpraksis som led i almen tandbehandling udarbejde en individuel forebyggelsesplan, der vedlægges patientens ansøgning med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme (se bilag 9).

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

7.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje der fagligt kan relateres til nedsat spytsekretion og omfatter ikke behandling af parodontitis.

Tilskuddet er afgrænset til afholdelse af patientens egenbetaling af ydelser der er omfattet af gældende tilskudsbekendtgørelser i tandpraksis¹⁹ med undtagelse af ydelser der særskilt vedrører behandling af parodontitis (ydelsesnummer 1415, 1425, 1431, 1440)²⁰: Herudover ydes der tilskud til egenbetaling af behandlinger med lokalbedøvelse, kvælstofforilte analgesi og behandling med desensitizer.

¹⁸ Ved erklæring forstås tandlægens behandlingsplan inkl. prognosevurdering, behandlingstilbud, kopi af journaloptegnelser og røntgen

¹⁹ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

²⁰ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

7.4.3. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige oral funktionsnedsættelse er en følge af Sjögrens syndrom (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 3). Patienter med Sjögrens syndrom kan have haft nedsat spytksekretion inden tidspunktet hvor diagnosen Sjögrens syndrom blev stillet. Det vil sige at tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid som følge af Sjögrens syndrom, kan være opstået før diagnosen Sjögrens syndrom blev stillet. For denne patientgruppe må der derfor foretages en individuel tandfaglig vurdering i forhold til tidspunkt for fx tandtab. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med Sjögrens syndrom dækkes ikke af ordningen.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

Der ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese. Patientens ansøgning herom vedlægges sammen med tandlægens journaloptegnelser, behandlingsplan for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetisk evt. tandimplantat og prognose for resttandsættet.

7.4.4. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

7.5. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Bopælsregionen yder fortsat særligt tilskud til tandpleje til patienter i patientgruppen der var visiteret til og omfattet af tilskudsordningen før d. 1. juli 2024. Det fortsatte tilskud tildeles efter den nye regler der er gældende fra 1. juli 2024.

Ansøgninger om særligt tilskud til tandpleje som regionen har modtaget før 1. juli 2024 vurderes efter regler der var gældende før 1. juli 2024. Har patienten modtaget en afvisning af en ansøgning om tilskud efter gamle regler, kan patienten søge igen og få en ny vurdering efter de regler, der trådte i kraft fra 1. juli 2024.

8. Kræftpatienter ved kemoterapi, immunterapi, hormon- og antihormonbehandling

8.1. Patientgruppen

Målgruppen i sundhedslovens § 166, stk. 1, nr. 5, omfatter patienter der på grund af kræft har fået kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling og som har fået påvist nedsat spytsekretion, har dokumenterede betydelige tandproblemer der fagligt kan relateres til nedsat spytsekretion og/eller betydelige oral funktionsnedsættelse som følge af behandlingen.

8.2. Kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling, følger for mundhule og tænder

Der er aktuelt ikke tilstrækkelig viden og erfaring der kan bekræfte, at medicinsk kræftbehandling kan medføre nedsat spytsekretion. Nedsat spytsekretion hos denne patientgruppe kan formegentligt skyldes samtidig behandling med anden medicin (polyfarmaci) som kan være nødvendig for den samlede kræftbehandling. Ud af den samlede gruppe patienter, der årligt modtager medicinsk kræftbehandling, antages det at kun en mindre gruppe vil have nedsat spytsekretion og få betydelige tandproblemer og/eller betydelige oral funktionsnedsættelse. Ved medicin-induceret nedsat spytsekretion vil den ustimulerede helspytsekretionshastighed sædvanligvis være abnormt lav, mens den tyggestimulerede helspytsekretionshastighed vil være normal.

Kemoterapi

Ved kemoterapi forstås cytostatiske lægemidler. Forekomsten af mundtørhed (xerostomi) hos kræftpatienter under kemoterapi ses relativt hyppigt og der kan ses et forbigående fald i spytsekretionen under behandlingen, og efterfølgende en normalisering af spytsekretionen ½ - 1 år efter afsluttet kemoterapi.

Kræftimmunterapi og hormon- antihormonbehandling

Effekten af immunterapi og hormon/antihormonbehandling på spytsekretionen kendes endnu ikke fuldt ud da det drejer sig om nyere behandlingsmetoder. Enkelte studier peger i retning af xerostomi, mens der savnes systematisk vurdering af effekten på selve spytsekretionen.

8.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved medicinsk kræftbehandling

En tidlig oral forebyggelsesindsats bør for denne patientgruppe opstartes allerede på sygehuset og så tidligt som muligt i kræftbehandlingsforløbet. Den orale forebyggelsesindsats kan udføres på onkologisk sygehusafdeling efter tandfaglige instrukser og fokusere på at forebygge tandsygdom ved god mundhygiejne, brug af fluorid og kostvejledning. Sygehuset bør opfordre patienten til at opsøge tandpraksis når det er muligt med henblik på at videreføre en tidlig oral forebyggelsesindsats i tandpraksis. For patienter der ikke er tilknyttet en tandpraksis bør den regionale patientvejledning bistå patienten med at vælge en tandpraksis

8.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter der på grund af kræft har fået kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormon-behandling og som har fået påvist nedsat spytsekretion (sialometri) og har dokumenteret betydelige tandproblemer og/eller betydelige oral funktionsnedsættelse opfylder kriterier for visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje. Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal kriterier vedr. betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse som følge af den pågældende behandling være opfyldt.

8.4.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienter i målgruppen ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 1. Når regionen har visiteret en patient til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje har regionen mulighed for at tidsbegrænse tilskudsbevillingen til minimum 12 måneder (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 10).

Visitationskriterie, lægelig diagnose/behandling

Med henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation af patienterne kan regionen, med patientens samtykke, selv indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset vedr. kræftdiagnosen og behandling med kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling.

Visitationskriterie, nedsat spytsekretion

Målgruppen skal ved ansøgning til regionen om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde et kriterie om påvist nedsat spytsekretion jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk 2. Det er tandpraksis der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter som har xerostomi og kliniske tegn på nedsat spytsekretion (se bilag 4). Optegnelser i journalen vedr. patientens subjektive oplevelse af mundtørhed og kliniske tegn på nedsat spytsekretion vedlægges i kopi til patienten ansøgning til regionen. Objektiv spytsekretionsmåling ved sialometri foretages af regionen som en del af visitationen til tilskudsordningen efter at regionen har vurderet patientens ansøgning (se bilag 5).

Ved udløb af en tidsbegrænset bevilling foretager regionen en ny objektiv spytksekretionsmåling ved sialometri og såfremt der stadig kan påvises hyposalivation forlænges bevillingen med minimum yderligere 12 måneder.

Visitationskriterie, betydelige tandproblemer

Patientgruppen skal ved ansøgning til regionen om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde et kriterie om at have betydelige tandproblemer jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 2. Behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer ved ansøgningstidspunktet, skal dokumenteres over for regionen via journaloptegnelse samt erklæring²¹ fra patientens egen tandlæge jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 3. Det er den praktiserende tandlæge der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter som har betydelige tandproblemer. Tandlægens optegnelser i journalen vedr. kliniske fund samt evt. røntgenbilleder der dokumenterer behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer, vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen. Betydelige tandproblemer skal fagligt kunne relateres til nedsat spytksekretion (hyposalivation) og omfatter i tilskudsordningen kariessygdom og tandslid. Vejledende faglige behandlingskriterier for hvornår udbredelse af kariessygdom og tandslid kan betragtes som betydelige tandproblemer hos patienter der på grund af kræft har fået kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling behandlingskriterie er uddybet i bilag 6.

Individuel forebyggelsesplan

Ved mistanke om nedsat spytksekretion bør tandpraksis som led i almen tandbehandling udarbejde en individuel forebyggelsesplan, der vedlægges patientens ansøgning med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme (se bilag 9).

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

8.4.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje der fagligt kan relateres til nedsat spytksekretion og det omfatter ikke behandling af parodontitis.

Tilskuddet er afgrænset til afholdelse af patientens egenbetaling af ydelser der er omfattet af gældende tilskudsbekendtgørelser i tandpraksis²² med undtagelse af ydelser der

²¹ Ved erklæring forstås tandlægens behandlingsplan inkl. prognosevurdering, behandlingstilbud, kopi af journaloptegnelser og røntgen

²² Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

særskilt vedrører behandling af parodontitis (ydelsesnummer 1415, 1425, 1431, 1440). Herudover ydes der tilskud til egenbetaling af behandlinger med lokalbedøvelse, kvælstofforilte analgesi og behandling med desensitizer.

8.5. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige orale funktionsnedsættelse er en følge af medicinsk kræftbehandling med kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormon-behandling (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 4). Det vil sige at tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid skal være opstået efter påbegyndt medicinsk kræftbehandling med kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormon-behandling. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid, hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med medicinsk kræftbehandling med kemoterapi, immunterapi eller hormon- og antihormonbehandling dækkes ikke af ordningen.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen

Der ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese. Patientens ansøgning herom vedlægges tandlægens journaloptegnelser, behandlingsplan for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetik evt. tandimplantat og prognose for resttandsættet.

8.5.1. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

8.6. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Bopælsregionen yder fortsat særligt tilskud til tandpleje til patienter i patientgruppen der var visiteret til og omfattet af tilskudsordningen før d. 1. juli 2024. Det fortsatte tilskud tildeles efter nye regler der er gældende fra 1. juli 2024.

Ansøgninger om særligt tilskud til tandpleje som regionen har modtaget før 1. juli 2024 vurderes efter regler der var gældende før 1. juli 2024. Har patienten modtaget en afvisning af en ansøgning om tilskud efter gamle regler, kan patienten søge igen og få en ny vurdering efter de regler, der trådte i kraft fra 1. juli 2024.

9. Patienter ved radioaktivt jod pga. sygdom i skjoldbruskkirtlen

9.1. Patientgruppen

Målgruppen efter sundhedslovens § 166, stk. 1, nr. 6, omfatter patienter der på grund af sygdom i skjoldbruskkirtlen har fået behandling med radioaktivt jod og som har fået påvist nedsat spytksekretion og har dokumenterede betydelige tandproblemer der fagligt kan relateres til nedsat spytksekretion og/eller betydelige oral funktionsnedsættelse som følge af behandlingen.

9.2. Behandling med radioaktivt jod, følger for mundhule og tænder

Behandling med radioaktivt jod anvendes ved godartede tumorer i skjoldbruskkirtlen. Radioaktivt jod hæmmer cellerne i kirtlen. Behandling med radioaktivt jod anvendes også ved skjoldbruskkirtelkræft med det formål at fjerne resterende normalt skjoldbruskkirtelvæv eller eventuelle kræftceller. Patienter får enten lavdosis eller højdosis radiojodbehandling. Gentagen behandling kan være nødvendig. Ved behandling med radioaktivt jod bliver spytkirtlerne påvirket ved at den radioaktive jod optages og akkumuleres i spytkirtelvævet og fører til blokering af udførselsgangene. Betastrålingen i sig selv antages også at udløse betændelse i spytkirtelvævet. Påvirkningen af spytkirtlerne kan være forbigående eller kronisk.

9.3. Tidlig forebyggelse af sygdom i mundhulen ved behandling med radioaktivt jod

En tidlig oral forebyggelsesindsats bør for denne patientgruppe opstartes allerede på sygehuset og så tidligt som muligt i behandlingsforløbet. Den orale forebyggelsesindsats kan udføres på behandlende sygehusafdeling efter tandfaglige instrukser og fokusere på at forebygge tandsygdom ved god mundhygiejne, brug af fluorid og kostvejledning. Sygehuset bør opfordre patienten til at opsøge tandpraksis når det er muligt med henblik på at videreføre en tidlig oral forebyggelsesindsats i tandpraksis. For patienter der ikke er tilknyttet en tandpraksis bør den regionale patientvejledning bistå patienten med at vælge en tandpraksis.

9.4. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter der på grund af sygdom i skjoldbruskkirtlen har fået behandling med radioaktivt jod og som har fået påvist nedsat spytsekretion (hyposalivation) og har dokumenterede betydelige tandproblemer og/eller betydelige oral funktionsnedsættelse, opfylder kriterier for visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje. Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal kriterier vedr. betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse som følge af behandling med radioaktivt jod være opfyldt.

9.5. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienten ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje (jf tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 1). Når regionen har visiteret patienten til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje har regionen mulighed for at tidsbegrænse tilskudsbevillingen til minimum 12 måneder. (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 10).

Visitationskriterie, lægelig diagnose/behandling

Men henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation af patienten kan regionen selv, med patientens samtykke, indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset vedr. diagnosen på sygdom i skjoldbruskkirtlen og udført behandling med radioaktivt jod.

Visitationskriterie, nedsat spytsekretion

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om påvist nedsat spytsekretion jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 2. Det er tandpraksis der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter som har xerostomi og kliniske tegn på nedsat spytsekretion (se bilag 4). Optegnelser i journalen vedr. vedr. patientens subjektive oplevelse af mundtørhed og kliniske tegn på nedsat spytsekretion vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen. Objektiv spytsekretionsmåling ved sialometri foretages af regionen som en del af visitationen til tilskudsordningen, efter at regionen har vurderet patientens ansøgning (bilag 5).

Ved udløb af en tidsbegrænset bevilling foretager regionen en ny objektiv spytsekretionsmåling ved sialometri. og såfremt der stadig kan påvises hyposalivation forlænges bevillingen med minimum yderligere 12 måneder.

Visitationskriterie, betydelige tandproblemer

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, opfylde kriteriet om betydelige tandproblemer ved ansøgningstidspunktet jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 2. Behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer, skal dokumenteres over for regionen via journaloptegnelse samt erklæring²³ fra egen tandlæge jf. tandplejebekendtgørelsens § 28 stk. 3. Det er de praktiserende tandlæger der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter som har betydelige tandproblemer. Tandlægens optegnelser i journalen vedr. kliniske fund samt evt. røntgenbilleder der dokumenterer behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen. Betydelige tandproblemer skal fagligt kunne relateres til nedsat spytksekretion (hyposalivation) og omfatter i tilskudsordningen kariessygdom og tandslid. Vejledende faglige behandlingskriterier for hvornår udbredelse af kariessygdom og tandslid, kan betragtes som betydelige tandproblemer hos patienter der på grund af sygdom i skjoldbruskkirtlen har fået behandling med radioaktivt jod, er uddybet i bilag 6.

Med henblik på forenkling af tilskudsordningen udarbejder Sundhedsstyrelsen vejledning om hvornår udbredelse af kariessygdom og tandslid hos patientgrupperne 4.-6. med hyposalivation kan betragtes som betydelige tandproblemer. Der skal ved ansøgningstidspunkt altid foretages en konkret og individuel tandfaglig vurdering af om udbredelsen af kariessygdom og tandslid, samt kombinationer heraf, udgør et betydeligt tandproblem for patienten.

Individuel forebyggelsesplan

Ved mistanke om nedsat spytksekretion eller betydelige tandproblemer bør tandpraksis som led i almen tandbehandling udarbejde en individuel forebyggelsesplan, der vedlægges patientens ansøgning med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme (se bilag 9).

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

²³ Ved erklæring forstås tandlægens behandlingsplan inkl. prognosevurdering, behandlingstilbud, kopi af journaloptegnelser og røntgen

9.6. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje der fagligt kan relateres til nedsat spytksekretion og det omfatter ikke behandling af parodontitis.

Tilskuddet er afgrænset til afholdelse af patientens egenbetaling af ydelser der er omfattet af gældende tilskudsbekendtgørelser i tandpraksis²⁴ med undtagelse af ydelser der særskilt vedrører behandling af parodontitis (ydelsesnummer 1415, 1425, 1431, 1440): Herudover ydes der tilskud til egenbetaling af behandlinger med lokalbedøvelse, kvælstofforilte analgesi og behandling med desensitizer.

9.7. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige oral funktionsnedsættelse er en følge af behandlingen med radioaktiv jod jf. tandplejebekendtgørelsens § 28 stk. 4. Det vil sige at tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid skal være opstået efter påbegyndt behandling med radioaktivt jod. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med behandling med radioaktivt jod dækkes ikke af ordningen.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

Der ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese. Patientens ansøgning herom vedlægges sammen med tandlægens journaloptegnelser, behandlingsplan for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetisk evt. tandimplantat og prognose for resttandsættet.

²⁴ Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos praktiserende tandlæge nr. 544 af 29/05/2024, Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos privatpraktiserende tandplejer i praksissektoren BEK nr 960 af 14/06/2022.

9.7.1. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

9.7.2. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Bopælsregionen yder fortsat særligt tilskud til tandpleje til patienter i patientgruppen der var visiteret til og omfattet af tilskudsordningen der var gældende før d. 1. juli 2024. Det fortsatte tilskud tildeles efter nye regler, der er gældende fra 1. juli 2024.

Ansøgninger om særligt tilskud til tandpleje som regionen har modtaget før 1. juli 2024 vurderes efter regler der var gældende før 1. juli 2024. Har patienten modtaget en afvisning af en ansøgning om tilskud efter gamle regler, kan patienten søge igen og få en ny vurdering efter regler, der trådte i kraft fra 1. juli 2024.

10. Patienter med medfødte sjældne sygdomme

10.1. Patientgruppen

Målgruppen i sundhedslovens § 166, stk. 2, omfatter patienter med medfødte sjældne sygdomme (jf. Bilag 1) der som følge af deres sygdom har dokumenterede betydelige tandproblemer.

10.2. Sjældne sygdomme følger for mundhule og tænder

Personer med medfødte sjældne sygdomme der som følge heraf har betydelige tandproblemer, udgør en heterogen gruppe med stor variation i det odontologiske behandlingsbehov. Der er typisk tale om sjældne, medfødte og oftest genetisk betingede sygdomme, som kan være associeret med afvigelser i tanddannelsen, tændernes eruption, tændernes støttevæv, mundhulens slimhinder og/eller orofaciale funktioner (jf. Bilag 1). Der kan også være tale om en øget forekomst af almindeligt forekommende tandsygdomme som f.eks. karies og paradentose.

10.3. Ansøgning og visitation til §166-ordningen

Patienter ansøger bopælsregionen om visitation til tilskudsordningen. Patienter med medfødte sjældne sygdomme, der som følge heraf har dokumenterede betydelige tandproblemer opfylder kriterier for visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje. Ved tilskud til særligt kostbare behandlinger skal kriterier vedr. dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse som følge af den medfødte sjældne sygdom være opfyldt.

10.3.1. Ansøgning og visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Patienten ansøger bopælsregionen om at blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje. Når regionen har visiteret patienten til tilskud til almindelig og forebyggende tandpleje er denne varig.

Visitationskriterie, lægelig diagnose

Men henblik på at understøtte en enkel ansøgning og visitation af patienten kan regionen, med patientens samtykke, selv indhente den nødvendige lægelige dokumentation fra sygehuset vedr. diagnose om medfødt sjælden sygdom.

Visitationskriterie, betydelige tandproblemer

Patientgruppen skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om at betydelige tandproblemer. De betydelige tandproblemer skal være opstået på grund af den sjældne sygdom jf. sundhedsloven § 166 stk 2. Betydelige tandproblemer kan karakteriseres som tandsygdom og behandlingsbehov på grund af medfødt sjældne sygdom, som, mht. type og omfang, adskiller sig væsentligt fra, hvad der ses hos sammenlignelige personer mht. alder, og hvor behandling kan forebygge betydelig oral funktionsnedsættelse.

Behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer, skal dokumenteres over for regionen via journaloptegnelse og erklæring²⁵ fra egen tandlæge. De odontologiske landsdels- og videnscentre skal som led i visitation til ordningen, over for regionerne udføre odontologisk udredning, diagnostik og behandlingsplanlægning, for patienter med medfødte sjældne sygdomme, der har betydelige tandproblemer og som ansøger regionen om særligt tilskud til tandpleje. Den tandlægefaglige vurdering af, om der er tale om betydelige tandproblemer der har årsagssammenhæng med den medfødte sjældne sygdom, foretages af de odontologiske lands- og videnscentre, der besidder den nødvendige kompetence. De odontologiske landsdels- og videnscentre kan i denne forbindelse indkalde patienterne til nærmere undersøgelse. Region Sjælland og Region Hovedstaden skal indgå en aftale med det odontologiske landsdels- og videnscenter på Rigshospitalet om varetægelses af opgaven mens Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland skal indgå en tilsvarende aftale med det odontologiske landsdels- og videnscenter på Aarhus Universitetshospital jf. tandplejebekendtgørelsens § 29 stk. 2. Det er de praktiserende tandlæger der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter med medfødte sygdomme som har betydelige tandproblemer. Tandlægens optegnelser i journalen vedr. kliniske fund samt evt. røntgenbilleder der dokumenterer behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen.

Individuel forebyggelsesplan

Tandpraksis udarbejder en individuel forebyggelsesplan der vedlægges patientens ansøgning med henblik på tidlig forebyggelse af tand- og mundsygdomme.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- Individuel forebyggelsesplan

²⁵ Ved erklæring forstås tandlægens behandlingsplan inkl. prognosevurdering, behandlingstilbud, kopi af journaloptegnelser og røntgen

10.3.2. Særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje

Der kan ydes økonomisk støtte til forebyggelse og behandling af det dokumenterede tandfaglige behandlingsbehov pga. den sjældne sygdom, inklusivt behov for forebyggelse med henvisning til individuel forebyggelsesplan. Ordningen omfatter ikke tilskud til behandlinger, hvor patienten er dækket af eksisterende ordninger i den kommunale tandpleje, regionstandplejen, de odontologiske landsdels- og videnscentre eller sygehusvæsenet.

10.4. Ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet betydelig dokumenteret oral funktionsnedsættelse

Patienter der er visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje kan ansøge bopælsregionen om tilskud til særligt kostbare behandlinger grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse. Det er et krav at den betydelige orale funktionsnedsættelse er en følge af den medfødte sjældne sygdom jf. tandplejebekendtgørelsens § 29 stk. 3. Protetisk rehabilitering af tandtab, tanddestruktion og alvorligt/ekstremt slid, hvor der ikke er en direkte årsagssammenhæng med den medfødte sjældne sygdom, dækkes ikke af ordningen. Behandlingsbehovet som følge af betydelig nedsat funktionsnedsættelse, skal dokumenteres over for regionen via journaloptegnelse og erklæring²⁶ fra egen tandlæge. De odontologiske landsdels- og videnscentre skal som led i vurdering af ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger over for regionerne udføre odontologisk udredning, diagnostik og behandlingsplanlægning for patienter med medfødte sjældne sygdomme, der har betydelig oral funktionsnedsættelse. Den tandlægefaglige vurdering af, om der er tale om en betydelig oral funktionsnedsættelse der har årsagssammenhæng med den medfødte sjældne sygdom, foretages af de odontologiske lands- og videnscentre, der besidder den nødvendige kompetence.

Patientens ansøgning skal vedlægges:

- Behandlingsplan inkl. prognosevurdering
- Behandlingstilbud
- Kopi af journal og røntgen
- En individuel forebyggelsesplan

Der ydes støtte til reparation eller udskiftning af tidligere bevilget tandprotese, herunder tidligere bevilget tandprotese udført i de odontologiske landsdels- og videnscentre og som ikke er højt specialiseret behandling. Patientens ansøgning herom vedlægges tandlægens journaloptegnelser, behandlingsplan for reparation eller udskiftning af fast eller aftageligt protetisk evt. tandimplantat og prognose for reststandsættet.

²⁶ Ved erklæring forstås tandlægens behandlingsplan inkl. prognosevurdering, behandlingstilbud, kopi af journaloptegnelser og røntgen

10.4.1. Tilskud til særligt kostbare behandlinger

Vejledende faglige behandlingskriterier der danner grundlag for de odontologiske lands- og videnscentres vurdering af patientens betydelige orale funktionsnedsættelse og tilskud til behandling er uddybet i bilag 7.

10.4.2. Overgang til nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Bopælsregionen yder fortsat særligt tilskud til tandpleje til patienter i patientgruppen der var visiteret til og omfattet af tilskudsordningen før d. 1. juli 2024. Det fortsatte tilskud tildeles efter nye regler gældende fra 1. juli 2024.

Ansøgninger om særligt tilskud til tandpleje som regionen har modtaget før 1. juli 2024 vurderes efter regler der var gældende før 1. juli 2024. Har patienten modtaget en afvisning af en ansøgning om tilskud efter gamle regler, kan patienten søge igen og få en ny vurdering efter regler, der trådte i kraft fra 1. juli 2024.

11. Administrative regler vedr. tilskud og egenbetaling

11.1. Tilskudsbevilling fra bopælsregionen

Patienter, der visiteres til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, modtager en særlig tilskudsbevilling fra bopælsregionen, hvoraf de nærmere vilkår for støtten vil fremgå. Tilskudsbevillingen er gældende fra den dag regionen har modtaget patientens ansøgning. Regionsrådet kan fastsætte hvilke ydelser, der er omfattet af tilskudsbevillingen uden forhåndsgodkendelse jf. tandplejebekendtgørelsens §26 stk. 3, §27 stk. 4, §28 stk. 5 og § 29 stk. 6. Regionen vil således normalt, i forbindelse med at patienten har fået sin tilskudsbevilling, have taget stilling til, hvilke behandlinger, tandlægen kan iværksætte uden forhåndsgodkendelse fra regionen. Dette vil normalt fremgå af patientens tilskudsbevilling. Ydelser, der er omfattet af tilskudsbevillingen uden forhåndsgodkendelse vil primært være ydelser i tandpraksis der indgår i den almindelige forebyggende og behandlende tandpleje.

11.2. Særlig kostbare behandlinger

Påbegyndelse af særligt kostbare behandlinger kan ikke ske, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud jf. tandplejebekendtgørelsens § 26 stk. 4, §27 stk. 5, §28 stk. 6 og § 29 stk. 5. Særligt kostbare behandlinger vil primært være ydelser i tandlægepraksis der indgår i behandling ved betydelig oral funktionsnedsættelse.

11.3. Opgørelse af patienten egenbetaling

Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæger eller tandplejere kan maksimalt udgøre 2.200 kr. årligt (grundbeløb pr. 1. januar 2024). Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge eller tandplejere reguleres årligt.²⁷

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder - regnet fra bevillingsansøgningen - der overstiger den maksimale egenbetaling, betaler regionen den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionens tilskudsbevilling (jf. tandplejebekendtgørelsen § 26 stk. 5, §27 stk. 6, §28 stk. 7, § 29 stk. 4). Derfor skal patienten gemme sine regninger fra tandpraksis.

²⁷ Cirkulære om regulering for 2024 af egenbetalingen i omsorgstandplejen, specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven nr 9866 af 03/11/2023.

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.

11.4. Udgifter der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen

Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen jf. kap 9.1 og 9.2, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb svarende til prisen på den behandling, som regionen har godkendt støtte til jf. tandplejebekendtgørelsens § 26 stk. 6, §27 stk. 7, §28 stk. 8 og § 29 stk. 7.

Der ydes ikke tilskud til tandbehandling foretaget før bevillingsdatoen med mindre der er tale om nødvendig akut tandbehandling med henblik på at afhjælpe tilstande som smerte, infektion, hævelse eller anden akut tilstand hos patienten og som er omfattet af ydelser i tilskudsbevillingen.

12. Koordination og administration af tilbud i den regionale tandpleje

12.1. Koordination

12.1.1. Koordinationsudvalg og Samarbejdsudvalg

Vedr. koordinationsudvalg henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje kap 7.1 og 7.2.

12.1.2. Regionstandpleje / odontologiske landsdels- og videnscentre

Samarbejdsudvalg på regionstandplejeområdet kan sammensættes af tandlæger fra regionstandplejen og fra den kommunale tandpleje samt af repræsentanter fra praksisstandplejen. De odontologiske landsdels- og videnscentre kan afholde koordinationsmøder med repræsentanter fra regionstandplejen og koordinationsudvalg.

12.2. Klage- og erstatningsadgang

Klage

Indgivelse af en klage over sundhedsfaglig behandling eller brud på patientrettigheder skal sendes digitalt til Styrelsen for Patientklager. Klagen kan resultere i, at behandlingsstedet eller den behandlende sundhedsperson får kritik.

Klage over brud på patientrettigheder kan fx være, hvis borgeren har fået helt eller delvist afslag på tilskud til tandpleje i henhold til sundhedslovens § 166.

Der kan søges mere information om muligheder for at klage hos Styrelsen for Patientklager på hjemmesiden <https://stpk.dk/>

Erstatning for en behandlingsskade

Hvis der sker skade i forbindelse med behandling foretaget af sundhedspersoner i den regionale tandpleje, kan borgeren søge om erstatning hos Patienterstatningen. Der kan søges mere information på patienterstatningens hjemmeside [Patienterstatningen - officiel myndighed | Patienterstatningen](#) .

12.3. Administration og ikrafttræden

De foranstående retningslinjer træder i kraft d. 22.10.2024 og afløser Sundhedsstyrelsens Vejledning for regionale tandpleje fra 2023.

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Sjældne sygdomme
- Bilag 2:** Principielle faglige udmeldinger
- Bilag 3:** Oversigt over patientgrupper og visitationskriterier til særligt tilskud til tandpleje i tandpraksis.
- Bilag 4:** Vejledning vedr. udredning af symptomer på mundtørhed (xerostomi) og kliniske tegn på nedsat spyttsekretion.
- Bilag 5:** Vejledning vedr. måling af helspyttsekretion som led i regional visitation.
- Bilag 6:** Vejledende faglige behandlingskriterier for betydelige tandproblemer ved regional visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje for patientgrupperne 4-6.
- Bilag 7:** Vejledende faglige behandlingskriterier for betydelig oral funktionsnedsættelse ved ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger for patientgrupperne 1-6 og patienter med medfødte sjældne sygdomme.
- Bilag 8:** Vejledning vedr. udredning af tandslid.
- Bilag 9:** Vejledning vedr. individuel forebyggelsesplan for karies.

Bilag 1 Sjældne sygdomme

Nedenfor gives eksempler på sjældne sygdomme, der i kombination med vidtgående odontologiske problemer kan henvises til et af de odontologiske landsdels- og videnscentre med henblik på udredning, diagnostik, behandlingsplanlægning og højt specialiseret behandling samt visiteres til særligt regionalt tilskud til tandpleje i tandpraksis.

Der er her tale om eksempler på sjældne sygdomme²⁸ hvor der samtidig ses associationer med afvigelser i: (1) tanddannelsen, (2) tændernes eruption, (3) tændernes støttevæv, (4) mundhulens slimhinder og/eller (5) orofaciale funktioner. Der kan være andre sjældne sygdomme der ikke er nævnt, og hvor patienten har vidtgående, odontologiske problemer, der som følge af dette kan henvises til en vurdering og evt. efterfølgende udredning.

Patienter med medfødte sjældne sygdomme der som følge af deres sygdom har betydelige tandproblemer kan søge om tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166. Det er ikke alle bilagets eksempler på sjældne sygdomme der er medfødte.

1. Afvigelser i tanddannelsen

1.1 Afvigelser i antal

Overtal af tænder

Cleidocranial dysplasi

Agenesi af tænder

Agenesi af multiple tænder

EEC syndrom

Ektodermal dysplasi (Hypohidrotisk ektodermal dysplasi m fl.)

Incontinentia pigmenti

Williams syndrom

Rieger syndrome

1.2 Afvigelser i morfologi

Ellis-van Creveld syndrom

Rubinstein-Taybi syndrom

Overvækstsyndromer (Sturge-Weber syndrom, Klippel-Trenaunay-Weber syndrom)

Single median maxillary central incisor (SMMCI)

²⁸ Sygdomme der hører ind under definitionen 'sjældne sygdomme', som beskrevet i Sundhedsstyrelsens nationale strategi for sjældne sygdomme fra 2014, er en samlebetegnelse for en række sjældne oftest medfødte, arvelige, kroniske, komplekse og alvorlige sygdomme, og for hvilke diagnostik, behandling og rehabilitering kræver en særlig viden, ekspertise og sagkundskab/teknologi. Det betyder, at der er i Danmark udover sjældenhed er et krav om kompleksitet og behov for en særlig indsats og faglige/teknologiske ressourcer. Sjældne sygdomme forekommer med en hyppighed (prævalens) på ca. 1-2 ud af 10.000 eller derunder, dvs. op mod ca. 500-1.000 personer i Danmark.

1.3 Dysplasi af dentale væv

Emalje

Amelogenesis imperfecta

Tuberøs sclerose

Pseudohypoparathyreoidisme

Tricho-dento-ossøst syndrome

Dentin

Dentindysplasi

Dentinogenesis imperfecta

Osteogenesis Imperfecta

Rodcement

Hypofosfatasi

Andet

Hereditære rakisformer (D-vitamin resistent rakis m.fl.)

Multiple idiopatiske rodresorptioner

Odontodysplasi

2. Afvigelser i tændernes eruption (forsinket eller standset eruption)

Mucopolysakkaridoser (Hunter, Hurler, Morquio)

Pseudohypoparathyreoidisme

Neurofibromatosis

Multiple impakterede molarer

3. Afvigelser i tændernes støttevæv

Gingiva

Neurofibromatose

Parodontium

Medfødte immunsvigt-sygdomme

Ehlers Danlos syndrom

Papillon-Lefèvre syndrom

Kæber

Cherubisme

Chondrodysplasier (Achondroplasi m.fl.)

Osteopetrose

Silver Russell syndrom

4. Afdigelser i mundhulens slimhinder

Epidermolysis bullosa

Prader-Willi syndrom

Sclerodermi

5. Afdigelser i den orofaciale funktion

Muskler

Cerebral parese med spasticitet

Möbius syndrom

Progressive muskelsygdomme (Duchenne, Spinal muskelatrofi)

Kæbeled

Arthrogryposis multiplex congenita

Marfan syndrome

Tunge

Beckwith-Wiedemann syndrom

Bilag 2 Principielle faglige udmeldinger

Agenesi

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.

Agenesi af én eller få tænder

Ved agenesi af få (højst 3) tænder uden andre afvigelse 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 agenesi, kan således ikke i sig selv gøres ansvarlig for funktionsforstyrrelser i mastikationssystemet i form af eksempelvis kæbeledsknæk, låsninger af kæbeled og muskulær hovedpine.

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

Agenesi af 5+5 vs. agenesi af 5-5

Agenesi af 5+5 udløser stort set aldrig 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, 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 afvigelse, er således efter Sundhedsstyrelsens opfattelse at betragte som kosmetisk behandling, der som udgangspunkt ikke skal tilbydes hverken i børne- og ungdomstandplejen eller i regionstandplejen.

Agenesi 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 nabetænderne vil kippe 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 beslutning 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.

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.

Agenesi ved ekstrem vækstbetinget kæbeanomali

Patienter med ekstrem vækstbetinget kæbeanomali behandles som udgangspunkt på tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning i tand- mund- og kæbekirurgi. 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 visiteret 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 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.

Ulykkesbetingede tandskader og tandtab

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig om ulykkesbetingede tandskader og tandtab. 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 der er omfattet af børne- og ungdomstandplejen og patienter der har afsluttet børne- og ungdomstandplejen.

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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen, 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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen (uden at der er tale om et ulykkesbetinget tandtab opstået inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen) er imidlertid ikke – ved eventuelle senfølger efter afslutning af børne og ungdomstandplejen - omfattet af et behandlingstilbud i regionstandplejen. Tilbuddet 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 der foretages efter afslutning af børne- og ungdomstandplejen. De samme patienter henhører heller ikke under reglerne i bekendtgørelsens § 20 (støtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader på tænder, mund og kæber). Det er her præciseret, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale tandpleje, 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.

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 indheelingen, 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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen (ikke længere befinder sig in situ), eller inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen præsenterer en tilstand, der er ensbetydende med at tanden mistes senest på det tidspunkt, hvor en permanent erstatning (implantat) tidligst ville kunne indsættes, efter afsluttet vækst, betragtes tilstanden som et ulykkesbetinget tandtab opstået inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen. 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 oprindeligt definerede personkreds, der skal kunne modtage behandling i regionstandplejen på grund af ulykkesbetinget tandtab inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen, og hvor behandling af disse patienter har været en del af lovens økonomiske forudsætninger. Ulykkesbetingede tandtab inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen udgør talmæssigt en meget begrænset gruppe. Med en årlig incidens på eksartikulation på 0,02 % - 0,03 % forekommer der således i Danmark hos de 6 til 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.

Autotransplantation og replantation ved agenesi og tandtab

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig om replantation og autotransplantation. 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).

Overlevelsesserater

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

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-årsalderen. 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 behandler 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 pulpae 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 restaureres i omfattende grad med henblik på et tilfredsstillende resultat i incisivregionen. Autotransplantation som behandlingsmetode er meget teknikfølsom, og den må derfor generelt altid forudgås 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.

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.

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 compromittere den), vil tanden kunne compromittere 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 udviklet kæbe anses for at være en velfungerende, midlertidig tanderstatning, der er knoglebevarende, indtil endelig tanderstatning kan fremstilles.

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.

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 ulykkesbettinget tandtab, eller som har agenesi af en / flere tænder i incisivregionen. Ulykkesbettinget 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 autotransplantation er agenesi eller ulykkesbetinget tandtab, men erfaringsmæssigt synes der ikke umiddelbart at være forskel i prognosen. Samlet set findes det derfor hensigtsmæssigt at anvende såvel replantation af eksartikulerede tænder som autotransplantation af præmolarer til incisivregionen, til trods for at begge behandlingstyper betragtes som prognosiske, idet de samlede fordele vurderes til at opveje de samlede ulemper.

Behandlingstilbud ved tandtab opstået inden den unge afslutter børne- og ungdomstandplejen

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 inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen (ikke længere befinder sig in situ), eller inden inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen præsenterer en tilstand, der er ensbetydende med, at tanden mistes senest på det tidspunkt, hvor en permanent erstatning (implantat) tidligst ville kunne indsættes, betragtes tilstanden som et endeligt tandtab opstået inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen.

Tandbehandlingsbehov opstået som følge af et endeligt tandtab inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen er omfattet af tilbuddet i børne- og ungdomstandplejen. Når den unge ikke længere aldersmæssigt er omfattet af børne- og ungdomstandplejen påhviler det dog kommunen at færdiggøre påbegyndte behandlinger, herunder traumebehandling. Færdiggørelse af behandling ud over aldersgrænsen for børne- og ungdomstandplejen 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. 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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen, 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. Et hensigtsmæssigt behandlingsforløb for patienter med endeligt tandtab opstået inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen kan kun løftes i et samarbejde mellem regionstandplejen og børne- og ungdomstandplejen. Bekendtgørelsens præciseringer da også, at det regionale tandplejetilbud skal tilrettelægges i samarbejde med børne- og ungdomstandplejen.

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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen. For så vidt angår autotransplantater i incisivregionen skal børne- og ungdomstandplejen – ligeledes i god tid inden patienten afslutter børne- og ungdomstandplejen - 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.

Regionstandplejens forpligtelser

Den endelige behandling af såvel endeligt tandtab, der har fundet sted inden afslutning af børne- og ungdomstandplejen, 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 tilbuddet 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 den store tekniskfølsomhed ved autotransplantationsbehandling, er det endvidere Sundhedsstyrelsens 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) regionen, også inden patienten afslutning af børne- og ungdomstandplejen. 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 retningslinjerne 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.

Ektopiske tænder

Sundhedsstyrelsen har tidligere udtalt sig i spørgsmålet om ektopiske tænder. Ektopi (afvigende tandplacering og/eller frembrudsbane) af især hjørnetænder udgør et klinisk problem og kan under visse omstændigheder medføre tab af nabotænder. Resorption og eventuelt tab af nabotænder samt dermed forbundne vanskelige og kostbare behandlinger vil dog i de fleste tilfælde kunne hindres ved tidlig interseptiv 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 interseptiv 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 interseptiv behandling i relation til ektopi af disse. Herved bør børne- og ungdomstandplejen i langt de fleste tilfælde kunne hindre, at der opstår resorption af nabotænder i et sådant omfang, at disse mistes, eller den ektopiske tand retineres permanent. I ganske få tilfælde vil der – på trods af tidlig diagnostik og interseptiv behandling – alligevel opstå enten resorption af nabotænder, 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.

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.

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 kompromiteret bidhøjde og orofacial 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. Ud over AI og DI kan der i meget sjældne tilfælde ses ekstreme mineraliseringsforstyrrelser af ukendt ætiologi, 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) 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 tandplejelovens økonomiske forudsætninger, jf. amtstandplejeudvalgets rapport.

Behandlingsregi

Tilbuddet 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.

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.

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 præformere- de 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 regionstand- plejetilbud". Sundhedsstyrelsen skal her henlede opmærksomheden på, at

behandling med støbte kroner er at betragte som en permanent protetisk erstatning. Om-lavning af permanente protetiske erstatninger ikke er omfattet af regionstandplejen, mens reparation eller udskiftning af tidligere udført højt specialiseret behandling er omfattet af 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.

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 tilbuddet i regionstandplejen.

Dental fluorose

Der findes 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, hovedsageligt børn og unge, som er flyttet til Danmark fra områder med højt fluorindhold i drikkevandet. Disse få, alvorlige tilfælde er omfattet af tilbuddet i regionstandplejen.

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 videre henvise til det odontologiske landsdels- og videnscenter. De pågældende patienter kan derimod ikke henvises til det odontologiske 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 bilag 1, 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.

Invaginations misdannelser

Patienter, der efter en fejlslagen rodbehandling af f.eks. en for tand 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.

Parodontitis

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

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 i praksis. Sygehusenes tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger udfører specialiseret behandling af kæbeledslidelser i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning i tand-, mund- og kæbekirurgi. Patienter med behandlingskrævende funktionsforstyrrelser i kæbeledet er ikke omfattet af tilbuddet 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.

Protetisk behandling

Behandling med enhver form for støbt/freset 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. Undtagelse herfra er dog højt specialiseret behandling i de odontologiske landsdels- og videnscentre.

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, der har affødt formuleringer som "fysisk modenhed muliggør, at den pågældende behandling kan færdiggøres" (lovens formulering), "patienten er udvokset (i 20 til 25-årsalderen)" (bekendtgørelsens formulering), "når væksten er afsluttet" og "når patienten er udvokset (i 20 til 25-årsalderen)" (retningslinjernes formulering). Det har derimod ikke været intentionen med regionstandplejetilbuddet 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 til 25-årsalderen) og dermed har opnået fysisk modenhed, udføres i henhold til formuleringen i Sundhedsstyrelsens retningslinjer: "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 afslutning af børne- og ungdomstandplejen.

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.

Bilag 3 Oversigt over patientgrupper og visitationskriterier til særligt tilskud til tandpleje i tandlægepraksis.

Patientgrupper omfattet af sundhedslovens § 166 stk 1.

- 1) Patienter, der på grund af kræft har fået strålebehandling i hoved- eller halsregionen.
- 2) Patienter, der på grund af blodkræft har modtaget helkropsbestråling forud for allogen knoglemarvstransplantation.
- 3) Patienter, der på grund af knoglemarvstransplantation har udviklet kronisk graft versus host-sygdom (GvHD).
- 4) Patienter, der er diagnosticeret med Sjögrens syndrom.
- 5) Patienter, der på grund af kræft har fået kemoterapi, immunterapi, eller hormon- og antihormonbehandling.
- 6) Patienter, der på grund af sygdom i skjoldbruskkirtlen har modtaget behandling med radioaktivt jod.

Nr.	Visitationskriterier				Varighed bevilling
	Almindelig forebyggende og behandlende tandpleje		Særligt kostbare behandlinger		
	Lægelig diagnose/behandling	Krav om påvist nedsat spytkretion	Krav om betydelige tandproblemer	Krav om betydelig oral funktionsnedsættelse	
		Se bilag 5	Se bilag 6	Se bilag 7	
1	Kræft/strålebehandling i hoved- og halsregion	Nej	Nej	Ja	Varig
2	Blodkræft/helkropsbestråling forud for allogen knoglemarvstransplantation	Ja	Nej	Ja	Varig
3	Kronisk GvHD efter knoglemarvstransplantation	Ja	Nej	Ja	Varig
4	Sjögrens syndrom	Ja	Ja	Ja	Varig
5	Kræft/kemoterapi, immunterapi, eller hormon- og antihormonbehandling	Ja	Ja	Ja	Ikke varig

6	Sygdom i skjoldbruskkirtel/radioaktivt jod	Ja	Ja	Ja	Ikke varig
----------	--	----	----	----	------------

Patientgrupper omfattet af Sundhedslovens § 166 stk 2.

Patienter, der er diagnosticeret med medfødte sjældne sygdomme

Visitationskriterier			Varighed bevilling
Almindelig forebyggende og behandlende tandpleje		Særligt kostbare behandlinger	
Lægelig diagnose	Krav om betydelige tandproblemer	Krav om betydelig oral funktionsnedsættelse	
Medfødt sjælden sygdom	Ja	Ja	

Reference bilag 3.

Sundhedsloven nr. 649 af 11. juni 2024.

Bilag 4: Vejledning vedr. udredning af symptomer på mundtørhed (xerostomi) og kliniske tegn på nedsat spytksekretion.

Patientgrupperne nr. 2-6 skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om påvist nedsat spytksekretion ved sialometri (jf. tandplejebekendtgørelsen § 27 stk. 2, § 28 stk. 2).

Opsporing af patienter med xerostomi og kliniske tegn på nedsat spytksekretion i tandlægepraksis

Det er praktiserende tandlæge eller tandplejer, der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter fra patientgrupperne 2-6, som har xerostomi og kliniske tegn på nedsat spytksekretion. Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje (1) vejleder tandlægen/tandplejeren i systematisk at vurdere patientens aktuelle orale sygdomsniveau og identifikation af specifikke risikofaktorer mhp. risikovurdering af patienten.

Tandlægens/tandplejerens optegnelser i journalen vedr. patientens subjektive oplevelse af mundtørhed og kliniske tegn på nedsat spytksekretion vedlægges i kopi til patienten ansøgning til regionen. Objektiv spytksekretionsmåling ved sialometri foretages af regionen som en del af visitationen til tilskudsordningen efter at regionen har vurderet patientens ansøgning.

Vejledning for anamnese vedr. patientens symptomer på mundtørhed (xerostomi)

Mundtørhed (xerostomi), er udtryk for en persons subjektive oplevelse af at være tør i munden. Oplevelse af at være mundtør opstår typisk, når spytkirtlernes funktion bliver hæmmet og spytksekretionen falder, og især hvis spytksekretionen falder til et abnormt lavt niveau (hyposalivation). Når patienter oplyser at have vedvarende mundtørhed, spørges til varighed, omfang og relaterede gener, herunder problemer i forbindelse med fødeindtagelse, tale og mundslimhindegener. Sviende, brændende fornemmelse og tørhedsfornemmelse kan være symptomer på en gærsvampeinfektion (oral candidiasis), som kan være opstået som følge af nedsat spytksekretion, men dog også kan være opstået af andre årsager. Som led i anamnesen kan graden af patientens mundtørhed simpelt vurderes ved hjælp af 5 validerede spørgsmål (2) (se tabel B4.1).

Tabel B4.1 Fem simple spørgsmål til vurdering af omfanget af patientens mundtørhedsgener (2).

Patientens symptomer på mundtørhed	Aldrig	Sjældent	Noget af tiden	Det meste af tiden	Hele tiden
Min mund føles tør					
Mine læber føles tørre					
Min mund føles tør når jeg spiser et måltid					
Jeg har svært ved at spise tørre madvarer					
Jeg har svært ved at synke visse madvarer					

Scores fra 1-5: hvor 1 = aldrig, 2 = sjældent, 3 = noget af tiden, 4 = meste af tiden, 5 = hele tiden. En score på >11 indikerer at spytksekretionen er nedsat.

Hos patienter med medicin-induceret mundtørhed vil den ustimulerede spytksekretionshastighed (spytsekretionen i hvile), ofte være abnorm lav, mens dens tygge-stimulerede spytksekretionshastighed vil være normal. Det kommer sædvanligvis til udtryk som natlig mundtørhed og, mundtørhed ved opvågning og de perioder i løbet af dagen, hvor spytksekretionen ikke stimuleres. Fødeindtagelsen foregår uden væsentlige gener, idet spytksekretionsrefleksens kan aktiveres ved smag og tygning og medvirke til dannelse af spyt i disse situationer.

Vejledning i forhold til vurdering af kliniske tegn på nedsat spytksekretion

Tandlægen/tandplejeren bør ved vedvarende mundtørhedsgener undersøge patienten klinisk, med henblik på identifikation af kliniske tegn på nedsat spytksekretion, og journalføre dette. Ekstraoralt noteres det, om læberne er tørre og fissurerede, og om der er angulær cheilitis. Intraoralt vurderes den tilstedeværende spytmængde, og ligeledes undersøges mundslimhindernes hydreringstilstand samt form- og farveforandringer og kariesaktivitet. Som hjælp til en systematisk kliniske undersøgelse kan Clinical Oral Dryness Score anvendes. Den består af en valideret 10-punkts skala, hvor hvert punkt repræsenterer et tørhedstræk i munden (3) (se tabel B4.2).

Tabel B4.2 Clinical Oral Dryness Score en 10-punkts skala, hvor hvert punkt repræsenterer et tørhedstræk i munden (3).

Kliniske tegn på nedsat spytksekretion	Ja	Nej
Mundspejlet hænger fast i kindslimhinde		
Mundspejlet hænger fast til tungeoverfladen		
Der ses skummende spyt		
Der mangler spytsø i mundbunden		
Der ses tab af tungepapiller (papilatrofi)		
Gingivas overflade fremstår ændret/glat		
Mundslimhinden har et glasagtigt udseende, især ganen		
Tungeryggen fremstår lobuleret/furet		
Der er aktiv eller nyligt restaureret cervikal caries (>2 tænder)		
Der ses debris i ganen (dog undtaget under proteser)		

Hvert tilstedeværende træk får scoren 1. Dvs. totale score kan maks. være 10. En score på >5 vil ofte være tegn på hyposalivation.

Referencer bilag 4

- (1) Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. 2016.
- (2) Thomson WM, van der Putten GJ, de Baat C, et al. Shortening the xerostomia inventory. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011;112(3):322-327.
- (3) Osailan SM et al. Clinical assessment of oral dryness: development of a scoring system related to salivary flow and mucosal wetness. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012; 114: 597-603.

Bilag 5 Vejledning vedr. måling af helspytsekretion som led i regional visitation.

Måling af helspytsekretionshastigheden (sialometri)

Måling af helspytsekretionen foretages ved den såkaldte "afløbsmetode" som er kendetegnet ved at have høj reproducerbarhed og ved at være enkel at udføre. Metoden indgår desuden i diagnostik af Sjögrens syndrom. Der foretages en måling af både den ustimulerede og tyggestimulerede helspytsekretionshastighed (1-3).

Det bør tilstræbes, at spytmålingen foretages standardiseret efter vejledningen. Til spytmålingen skal bruges et stopur, en vægt (med to decimalers præcision), et paraffinstykke og to plastbægre, som vejes forinden. Vægten noteres på hvert bæger.

Patienten informeres om ikke at børste tænder, spise, drikke, tygge tyggegummi/pastiller eller ryge 1 time inden undersøgelsen. Patienten skal IKKE faste. Spytsekretionen varierer i løbet af dagen og målingen udføres mest optimalt i tidsrummet kl. 8-12.

Måling af den ustimulerede helspytsekretionshastighed

Spytopsamlingen foregår over i alt 15 min.

Instruktion af patienten: Patienten skal sidde i en komfortabel stilling med hovedet foroverbøjet (for at hæmme synkerefleksens og fremme spyttets fremløb ud af munden). Patienten instrueres i at lade munden være let åben og lade spyttet løbe passivt ud af munden (savle) ned i et plastbæger. Patienten må ikke at synke spyttet, mens spytopsamlingen foregår. Lige inden spytopsamlingen starter, skal patienten foretage en synkebevægelse. Hvis spyttet er meget sejt, må personen gerne hjælpe det ud af munden ved at spytte (men ikke spytte konstant).

Spytopsamling: Når patienten er instrueret og klar, starter spytopsamlingen til tiden 0. Spytopsamlingen afsluttes når der er gået 15 min, og i de sidste 15 sekunder inden anmodes patienten om at samle alt spyttet i munden, og spytte det ud i plastbægeret.

Vejning og beregning af spytsekretionshastigheden: Plastbægeret med spyt vejes nu på en vægt og vægten i gram noteres med 2 decimaler. Vægten af bægeret fratrækkes og spytsekretionshastigheden beregnes ved at dividere med tidsintervallet for opsamlingen; dvs. 15 min. Da 1 g spyt antages at svare til 1 ml spyt, bliver enheden for den beregnede spytsekretionshastighed ml/min.

(Plastbægerets vægt med opsamlet spyt(g) – plastbægerets vægt(g)/ 15 minutter = antal ml spyt/ min

Såfremt målingen viser en ustimuleret spytsekretionshastighed på 0,1 ml/min eller mindre har patienten påvist hyposalivation, (en normal ustimuleret spytsekretionshastighed er på 0,3-0,5 ml/min). Patienter med påvist hyposalivation opfylder kriterie om nedsat spytsekretion.

Måling af den stimulerede helspytsekretionshastighed

Spytopsamlingen foregår over 5 minutter.

Måling af den tyggestimulerede helspytsekretion foretages umiddelbart efter måling af den ustimulerede helspytsekretionshastighed.

Et plastbæger med et paraffinstykke vejes. Vægten noteres.

Instruktion af patienten: Til denne måling kan patienten sidde almindeligt i oprejst position. Patienten får paraffinstykket og anmodes om at tygge på det i ½ minut, hvorefter det er blødgjort. Patienten tygger nu på paraffinstykket som om det var et almindeligt stykke tyggegummi. Når der kommer væde/spyt i munden, spytter personen det ned i plastbægeret, og tygger herefter videre. Det vil sige, at patienten tygger og spytter med regelmæssige intervaller, så alt det spyt der dannes, kommer ned i plastbægeret.

Spytopsamling: Når patienten er instrueret og klar, starter spytopsamlingen til tiden 0. Spytopsamlingen afsluttes når der er gået 5 min, og personen spytter paraffinstykket ned i plastbægeret

Vejning og beregning af spytsekretionshastigheden: Plastbægeret med paraffinstykket og det opsamlede spyt vejes og vægten noteres i gram med to decimaler. Vægten af bægeret og paraffinstykket fratrækkes, og spytsekretionshastigheden beregnes i ml/min ved at dividere med 5 min.

$(\text{Vægt af plastbæger} + \text{paraffinstykke med opsamlet spyt(g)} - \text{vægt af plastbæger} + \text{paraffinstykke(g)}) / 5 \text{ minutter} = \text{antal ml spyt/min}$

Såfremt målingen viser en tyggestimuleret spytsekretionshastighed på 0,7 ml/min eller mindre har patienten påvist hyposalivation. (en normal tyggestimuleret spytsekretion er på 1,0-2,0 ml/min). Patienter med påvist hyposalivation opfylder kriterie om nedsat spytsekretion.

Regionens tilbagemelding til tandlægepraksis vedr. måling af nedsat spytsekretion

I forbindelse med regionens svar på patientens ansøgning om tilskud, eller ved en opfølgende spytsekretionsmåling, for patienter der har en bevilling der ikke er varig, sender regionen oplysninger om værdier for hhv. den ustimulerede og den stimulerede spytsekretionshastighed, samt dato for målingen til patientens tandlæge og tandplejer. Oplysningerne indføres hos tandlægen /tandplejeren i patientens tandjournal og inddrages i patientens forebyggelses og behandlingsplan.

Referencer bilag 5

- (1) Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM, Rasmussen A, Scofield H, Vitali C, Bowman SJ, Mariette X; International Sjögren's Syndrome Criteria Working Group. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. *Arthritis Rheumatol*. 2017 Jan;69(1):35-45.
- (2) Villa A, Wolff A, Aframian D, Vissink A, Ekström J, Proctor G, McGowan R, Narayana N, Aliko A, Sia YW, Joshi RK, Jensen SB, Kerr AR, Dawes C, Pedersen AML. World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of medication-induced salivary gland dysfunction: prevalence, diagnosis, and treatment. *Clin Oral Investig*. 2015 Sep;19(7): 1563-80.
- (3) Pedersen AML, Dynesen AW, Jensen SB. Udredning af xerostomi og nedsat spytsekretion. *Tandlægebladet* 2011;115: 374- 382.

Bilag 6: Vejledende faglige behandlingskriterier for betydelige tandproblemer ved regional visitation til særligt tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje for patientgrupperne 4-6.

Patientgrupperne 4-6 skal ved ansøgning om tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje opfylde kriterie om at have betydelige tandproblemer. Behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer, skal dokumenteres over for regionen via journaloptegnelse samt erklæring²⁹ fra egen tandlæge (jf. tandplejebekendtgørelsen § 28 stk. 3).

Opsporing af patienter med betydelige tandproblemer i tandlægepraksis

Det er praktiserende tandlæge der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter fra patientgrupperne 4-6 som har betydelige tandproblemer.

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje vejleder tandlægen i systematisk at vurdere patientens aktuelle orale sygdomsniveau og identificere specifikke risikofaktorer, med henblik på risikovurdering af patienten. På baggrund heraf kategoriseres patienten i grøn, gul eller rød kategori. Fund ved den diagnostiske undersøgelse danner grundlag for diagnostik, forebyggelse og behandling, samt fastlæggelse af et specifikt indkaldelsesinterval der imødekommer patientens individuelle behov (1).

Tandlægens optegnelser i journalen vedr. kliniske fund samt evt. røntgenbilleder der dokumenterer behandlingsbehovet som følge af betydelige tandproblemer vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen.

²⁹ Ved erklæring forstås tandlægens behandlingsplan inkl. prognosevurdering, behandlingstilbud, kopi af journaloptegnelser og røntgen

Kriterier for betydelige tandproblemer

Betydelige tandproblemer skal fagligt kunne relateres til nedsat spytsekretion (hyposalivation) og omfatter i tilskudsordningen kariessygdom og tandslid. Med henblik på forenkling af tilskudsordningen udarbejder Sundhedsstyrelsen vejledning om hvornår udbredelse af kariessygdom og tandslid hos patientgrupperne 4.-6. med hyposalivation kan betragtes som betydelige tandproblemer. Der skal ved ansøgningstidspunkt altid foretages en konkret og individuel tandfaglig vurdering af om udbredelsen af kariessygdom og tandslid, samt kombinationer heraf, udgør et betydeligt tandproblem for patienten.

Udbredelse af kariessygdom og betydelige tandproblemer

Udbredelsen af kariessygdom hos patientgruppe nr. 4-6 med hyposalivation kan betragtes som betydelige tandproblemer når patienten ved ansøgningstidspunktet har generaliseret aktiv karies der kan afgrænses som:

- Tre eller flere tænder med aktiv karies eller med gennemført tandfyldningsbehandling pga. aktiv karies indenfor de seneste 12 måneder.
- Der skelnes ikke mellem om aktiv karies er nonkaviteret/kaviteret, primær/sekundær.
- Inaktiv karies som ikke er behandlingskrævende, indgår ikke i vurdering af kriterie om betydelige tandproblemer.

Det er karakteristisk for patienter med hyposalivation at aktiv kariessygdom viser sig ved aktive karieslæsioner cervikalt på tanden, hvor der ellers normalt ikke forekommer karies.

Der gøres opmærksom på, at ved kriterierne for betydelige tandproblemer, vurderes kariesudbredelsen for hver patient, ved opgørelse af antallet af tænder med aktiv karies, og ikke antal aktive karieslæsioner i tandsættet.

Patienter med Sjögrens syndrom (i patientgruppe 4) kan have haft nedsat spytsekretion inden det tidspunkt hvor diagnosen Sjögrens syndrom er blevet stillet. Gennemført tandfyldningsbehandling pga. aktiv karies indenfor de seneste 12 måneder kan derfor være udført før diagnosen Sjögrens syndrom er stillet.

For patientgrupperne 5 og 6 skal gennemført tandfyldningsbehandling pga. aktiv karies indenfor de seneste 12 måneder være udført efter påbegyndt lægelig behandling.

Udbredelse af tandslid og betydelige tandproblemer

I vejledningen er afgrænsning af graden af tandslid foretaget efter metoden Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0) (1,2,3). Vejledning til tandlægen vedr. TWES 2.0 er beskrevet i bilag 8.

Hos patienter i patientgrupperne 4-6 med hyposalivation kan generaliseret eller lokaliseret moderat tandslid (Grad 2, TWES 2.0) betragtes som et betydeligt tandproblem, hvis det moderate tandslid er atypisk for patientens alder, giver anledning til tandfølsomhed, eller hvor behandling vurderes nødvendig med henblik på at forebygge udvikling til alvorligt eller ekstremt tandslid (Grad 3 og 4, TWES 2.0).

Hvis tandsliddet er alvorligt eller ekstremt, vil tandsliddet som udgangspunkt blive vurderet som kriterier for betydelig oral funktionsnedsættelse (se bilag 7).

Vejledende faglige behandlingskriterier ved moderat tandslid for patientgruppe 1-6.

Vejledende behandlingskriterier for tilskud til behandling af moderat tandslid ved almindelig forebyggende og behandlende tandpleje er:

- Forebyggelse af yderligere tandslid: Forebyggelse af tandslid i form af rådgivning og observation foretrækkes frem for restorativ behandling (4).
- Restorativ behandling af moderat tandslid: Behandling af moderat tandslid kan være aktuelt ved hypersensitivitet/smerter. Beskyttelse af tandsubstans og pulpa gøres bedst ved anvendelse af tandbevarende minimalt invasive tiltag fx desensitizers.

Referencer bilag 6

Karies

(1) Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. 2016.

(2) Nyvad B, Dige I, Richards A, Schlafer S. Carieskontrol I tandlægepraksis. Tandlægebladet. 2015;10: 836-847.

Tandslid

(1) Wetselaar P, Wetselaar-Glas MJM, Katzer LD, Ahlers MO. Diagnosing tooth wear, a new taxonomy based on the revised version of the Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0). J Oral Rehabil. 2020;47(6):703-12.

(2) Wetselaar P, Lobbezoo F, de Vries R, Mehta SB, Opdam NJM, Loomans BAC. Developing diagnostic criteria for tooth wear, a preliminary beta version based on expert opinion, and a narrative literature review. J Oral Rehabil. 2023;50(10):1030-42.

(3) Roehl JC, Katzer L, Jakstat HA, Wetselaar P, Ahlers MO. Tooth Wear Evaluation System 2.0-Evaluation of diagnostic reliability in the assessment of signs and symptoms for tooth wear by non-experts. J Oral Rehabil. 2024;51(4):712-23.

(4) Pallesen U. Alvorligt tandslid: Europæisk konsensus omkring. Danish Dental Journal (Tandlægebladet). 2018(122):10.

Bilag 7. Vejledende faglige behandlingskriterier for betydelig oral funktionsnedsættelse ved ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger for patientgrupperne 1-6 og patienter med medfødte sjældne sygdomme.

Patientgrupperne 1-6 samt patienter med medfødte sjældne sygdomme, skal ved ansøgning om tilskud til særligt kostbare behandlinger, opfylde kriterie om betydelig oral funktionsnedsættelse, som følge af sygdommen eller sygdomsbehandlingen (jf. tandplejebekendtgørelsen § 26 stk. 2, § 27 stk.3, § 28 stk. 4, § 29, stk 3).

Betydelig oral funktionsnedsættelse kan opstå efter tandtab, destruktion af tænder, alvorligt tandslid og kombinationer af disse forhold. Subjektivt bør patienten selv give udtryk for nedsat funktion (journalført), og der skal objektivt være et betydeligt reduceret, destrueret eller slidt tandsæt.

Men henblik på forenkling af tilskudsordningen udarbejder Sundhedsstyrelsen vejledning om hvornår tandtab, tanddestruktion og tandslid hos patientgrupperne 1-6 og patienter med sjældne sygdomme kan betragtes som betydelig oral funktionsnedsættelse. Der skal ved ansøgningstidspunkt altid foretages en konkret og individuel tandfaglig vurdering af om tandtab, destruktion af tænder, alvorligt tandslid medfører betydelig oral funktionsnedsættelse hos patienten.

Det er et krav at den betydelige oral funktionsnedsættelse skal være en følge af sygdommen eller sygdomsbehandlingen (jf. tandplejebekendtgørelsens § 26 stk. 2, § 27 stk. 3, § 28 stk. 4, § 29 stk. 3), (Se retningslinjer for hver patientgruppe i vejledningens kap 4-10).

Patienter som ved ansøgning opfylder kriterier for tilskud til særligt kostbare behandlinger, grundet dokumenteret betydelig oral funktionsnedsættelse, vil samtidigt også blive visiteret til tilskud til almindelig forebyggende og behandlende tandpleje, hvis patienten ikke allerede er visiteret til ordningen.

Opsporing af patienter med betydelig oral funktionsnedsættelse i tandlægepraksis.

Det er praktiserende tandlæge der ved den diagnostiske undersøgelse opsporer patienter fra patientgrupperne 1-6 samt patienter med medfødte sjældne sygdomme som har betydelig oral funktionsnedsættelse.

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje vejleder tandlægen i systematisk at foretage en vurdering af patientens aktuelle orale sygdomsniveau, identifikation af specifikke risikofaktorer med risikovurdering af patienten og på baggrund heraf kategoriserer patienten i grøn, gul eller rød kategori. Fund ved den diagnostiske undersøgelse danner grundlag for diagnostik, forebyggelse og behandling, samt fastlæggelse af et specifikt indkaldelsesinterval der imødekommer patientens individuelle behov (1). Tandlægens optegnelser i journalen vedr. kliniske fund samt evt. røntgenbilleder der dokumenterer behandlingsbehovet som følge af betydelig nedsat funktionsevne vedlægges i kopi til patientens ansøgning til regionen.

Afgrænsning af tandtab og betydelig nedsat oral funktionsevne.

Antal tænder: Hvis antallet af tænder reduceres betydeligt, vil der objektivt kunne måles en dårlig tyggefunktion (1). Således tilstræbes at patienter har 10-12 tandpar i kontakt (fast eller løs)³⁰ for at få en tilfredsstillende oral funktion (1-4).

Placering af tandtab i kæben: Hvis fortænder mangler eller er betydeligt destruerede kan det medføre psykosocial og/eller fonetisk funktionsnedsættelse(2). Synligt tandtab i den forreste del af tandrækken, og særligt når tandtabet er placeret mellem to tænder eller tanderstatninger (intermediære tandtab) vil hyppigt påvirke patienten psykosocialt

Vejledende faglige afgrænsninger for oral rehabilitering ved tandtab og betydelig nedsat oral funktionsnedsættelse

Vejledende behandlingskriterier for tilskud til oral rehabilitering er:

Molarer (kindtænder): Der erstattes som udgangspunkt tandtab til og med første molar (2, 5). Tandtab af anden og evt. tredje molar erstattes kun i ganske særlige tilfælde fx ved stort horisontalt overbid, åbent bid eller andre situationer med betydelig ustabil okklusal afstøtning af underkæben.

Fast tandprotetisk erstatning (krone, bro, tandimplantat): Ved erstatning af tandtab vælges som udgangspunktet behandling med fast tandprotetik (6-8). Enten som faste protetiske tanderstatninger forankret på egne tænder, eller i form af implantatunderstøttede tanderstatninger. Der skal så vidt muligt undgås meget store tandunderstøttede brospand.

Aftagelig tandprotetisk erstatning: Aftageligt protetik vælges som tanderstatning i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at udforme fast protetik, eller i de tilfælde hvor aftagelig protetik skønnes at være mest hensigtsmæssigt (9). Dette kan fx være for:

- Patienter der har modtaget strålebehandling i hoved- og halsregionen som normalt ikke bør behandles med tandimplantater pga. risiko for udvikling af osteoradionekrose eller patienter med risiko for lægemiddelinduceret osteonekrose i kæberne.
- Patienter der ikke skønnes at kunne opretholde en sufficient mundhygiejne som er nødvendig for at vedligeholde større faste protetiske løsninger. Aftagelige proteser (inkl. implantat-understøttet dækprotese) kan være lettere at holde rene for nogle patienter end større brokonstruktioner understøttet af tænder eller tandimplantater (9), særligt hvis man er afhængig af andres hjælp til renhold og mundpleje.
- Ved manglende knoglevolumen til tandimplantatbaserede tanderstatninger, bør muligheden for aftagelig protetik eller protetik på egne tænder overvejes i stedet for større knogleopbygninger og implantatbehandling.

³⁰ Med et tandpar i kontakt menes at ved sammenbid er en tand i overkæben i kontakt med en tand i underkæben.

Type af aftagelig protetisk erstatning: Hvis der vælges aftagelig protetik ved delvis betanding, bør der vælges en hygiejnisk designet protese med støbt stel (10). Primært mukosalt understøttede proteser (akrylproteser og flexproteser) anvendes kun provisorisk, diagnostisk og ved usikker prognose for rest-tandsættet. Flexproteser bør kun anvendes som alternativ til akrylproteser, hvis patienten ikke har parodontitis, og der er gode muligheder for sufficient oral hygiejne.

Der kan ydes tilskud til reparation af en eksisterende fast eller aftagelig tandprotese, der ikke er bevilliget under § 166 ordningen, hvis det tandfagligt skønnes hensigtsmæssigt i forhold til at fremstille en ny tandprotese, (fx rebasering af aftagelig protese efter væggtab som følge af kræftbehandling eller tryksår i munden som senfølge af strålebehandling).

Afgrænsning af tanddestruktion og betydelig nedsat oral funktionsevne

Destruktion af en eller flere tænder forekommer når tanden/tænderne har tabt en betydelig del af tandkronen som følge af karies og/eller fraktur af svækket tandsubstans. Tanddestruktion kan føre til betydelig svækkelse af resttandsubstansen, smerte, infektion i rodkanalsystemet, nedsat tyggefunktion og psykosocial påvirkning af patienten.

Vejledende faglige afgrænsninger for oral rehabilitering ved tanddestruktion og betydelig nedsat oral funktionsnedsættelse

Vejledende behandlingskriterier for tilskud til oral rehabilitering er:

Hvis en destrueret tand kan bevares vælges som udgangspunkt den mindst invasive behandling (11,12). Det vil sige, at der bør forsøges behandling med plastiske fyldningsmaterialer. Hvis dette er uhensigtsmæssigt på grund af tandsubstansstabets størrelse, eller hvis fyldningen gentagne gange er fraktureret, kan der søges om tilskud til kronebehandling.

Hvis en tand har stor destruktionsgrad (herunder apikal og/eller marginal parodontitis) bør vigtigheden af, og prognosen for, tanden overvejes, før der tages stilling til ekstraktion eller kronebehandling.

Hos patienter der pga. strålebehandling har øget risiko for osteoradionekrose (13,15), eller hos patienter med risiko for lægemiddelinduceret osteonekrose i kæberne, kan der i udgangspunkt ikke foretages ekstraktioner. Hos disse patienter kan symptomfri tænder, der ikke kan kronebehandles på grund af for dårlig prognose, i stedet rodbehandles og bevares med dækfyldning, (uden okklusionspåvirkning). Endodontisk behandling eller revisionsbehandling kan være påkrævet for at opnå infektions- og symptomfrihed. For at undgå kirurgiske indgreb kan implantat- eller tandunderstøttede ekstensionsbroer understøttet af eksisterende tænder og/eller tandimplantater være en acceptabel mulighed for at erstatte enkelte tænder.

Individuel forebyggelsesplan for patienter med tandtab og tanddestruktion

Tandlægen skal som led i patientens ansøgning udarbejde en individuel forebyggelsesplan (se bilag 9) og en prognosevurdering for reststandsættet (9). Hvis ikke prognosen for den ansøgte tanderstatning vurderes god, bør der vælges en anden løsning, ligesom der bør indtænkes mulighed for omlavninger/reparationer/vedligeholdelse i prognosevurderingen. Dette er særligt vigtigt for patientgrupperne 5 og 6 med mulighed for tidsbegrænset bevilling.

Afgrænsning af tandlid og betydelig nedsat oral funktionsevne

Ifølge vejledningen foretages afgrænsning af graden af tandlid efter metoden *Tooth Wear Evaluation System* (TWES 2.0) (1,2,3). Vejledning til tandlægen vedr. TWES 2.0 er beskrevet i bilag 8.

Betydelige oral funktionsnedsættelse kan forekomme, når patienten har alvorligt tandlid (grad 3) eller ekstremt tandlid (grad 4) efter graduering iht. TWES 2.0 (se bilag 7).

Faglige afgrænsninger for oral rehabilitering ved alvorligt og ekstremt tandlid og betydelig nedsat oral funktionsnedsættelse

Forebyggelse af yderligere tandlid: Forebyggelse af tandlid i form af rådgivning og observation foretrækkes frem for restorativ behandling (19).

Restorativ behandling af tandlid: Behandling af tandlid kan være aktuelt når tandsliddet er alvorligt eller ekstremt eller hvis det medfører hypersensitivitet/smerte. Hvis en restorativ behandling er klinisk indiceret bør princippet om minimal invasiv behandling vælges (19). Dette involverer direkte, indirekte eller hybride teknikker (20). Som udgangspunkt restaureres med plast i det omfang dette er muligt at udføre med god prognose. Valg af materiale afhænger af patientens risikoprofil og klinikerens erfaring (19). Ved lokaliseret tandlid kan en lokal bidhævning være nødvendig (19).

Bidskinner ved tandlid: Bidskinner er sjældent nødvendige inden mindre bidhævninger foretages. I forbindelse med en temporomandibulær dysfunktion tilrådes dog at anvende bidskinne inden den restorative fase påbegyndes. Bidskinner kan anbefales efter restorativ behandling er udført, med henblik på at forebygge frakturer, slid af restaureringer og yderligere tandlid.

Referencer bilag 7

- (1) Kayser AF. Shortened dental arch: a therapeutic concept in reduced dentitions and certain high-risk groups. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*. 1989;9(6):426-49.
- (2) Gotfredsen K, Stenport V. Rehabilitation of oral function. In Chapter 1. Examination, diagnostic and indications for fixed prosthetic treatment. In manuscript. 2023;Book chapter 1. Fixed Prosthodontics. The Nordic Concepts.
- (3) Gotfredsen K, Walls AW. What dentition assures oral function? *Clinical oral implants research*. 2007;18 Suppl 3:34-45.

- (4) Chalub L, Ferreira RC, Vargas AMD. Influence of functional dentition on satisfaction with oral health and impacts on daily performance among Brazilian adults: a population-based cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):112.
- (5) Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of Teeth and Oral Health-Related Quality of Life. *Journal of dental research*. 2016;95(12):1350-7.
- (6) Agarwal S, Ashok V, Maiti S, Agarwal V. Dentists' Preference toward Fixed Versus Removable Implant Prosthesis on Edentulous Jaws to Improve Quality of Life. *Journal of long-term effects of medical implants*. 2022;33(1):83-9.
- (7) Ozhayat EB, Gotfredsen K. Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta odontologica Scandinavica*. 2013;71(1):113-9.
- (8) Ozhayat EB, Gotfredsen K. Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. *Journal of oral rehabilitation*. 2012;39(1):28-36.
- (9) Isidor F. Treatment planning. In *Textbook of Removable Prosthodontics The Scandinavian Approach* (eds Molin Thorén Margareta, Gunne Johan). 2012;Munksgaard Danmark:8.
- (10) Gotfredsen K, Rimborg S, Stavropoulos A. Efficacy and risks of removable partial prosthesis in periodontitis patients: A systematic review. *Journal of clinical periodontology*. 2022;49 Suppl 24:167-81.
- (11) da Veiga AM, Cunha AC, Ferreira DM, da Silva Fidalgo TK, Chianca TK, Reis KR, et al. Longevity of direct and indirect resin composite restorations in permanent posterior teeth: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2016;54:1-12.
- (12) Hofsteenge JW, Fennis WMM, Kuijs RH, Ozcan M, Cune MS, Gresnigt MMM, et al. Clinical survival and performance of premolars restored with direct or indirect cusp-replacing resin composite restorations with a mean follow-up of 14 years. *Dent Mater*. 2023;39(4):383-90.
- (13) Matras R SL, Hillerup S. Focussanering før strålebehandling. *Tandlægebladet*. 2008;112:9.
14. Andersen LF, Wessel I, Gotfredsen K, Ozhayat EB. Patients' and health professionals' experience of the Danish fast track treatment pathway for head and neck cancer patients receiving oral rehabilitation. *Acta odontologica Scandinavica*. 2020;78(5):362-9.
- (15) Gomes-Silva W, Morais-Faria K, Rivera C, Najas GF, Marta GN, da Conceicao Vasconcelos KGM, et al. Impact of radiation on tooth loss in patients with head and neck cancer: a retrospective dosimetric-based study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2021;132(4):409-17.
- (16) Wetselaar P, Wetselaar-Glas MJM, Katzer LD, Ahlers MO. Diagnosing tooth wear, a new taxonomy based on the revised version of the Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0). *J Oral Rehabil*. 2020;47(6):703-12.
- (17) Wetselaar P, Lobbezoo F, de Vries R, Mehta SB, Opdam NJM, Loomans BAC. Developing diagnostic criteria for tooth wear, a preliminary beta version based on expert opinion, and a narrative literature review. *J Oral Rehabil*. 2023;50(10):1030-42.
- (18) Roehl JC, Katzer L, Jakstat HA, Wetselaar P, Ahlers MO. Tooth Wear Evaluation System 2.0-Evaluation of diagnostic reliability in the assessment of signs and symptoms for tooth wear by non-experts. *J Oral Rehabil*. 2024;51(4):712-23.
- (19) Pallesen U. Alvorligt tandslid: Europæisk konsensus omkring. *Danish Dental Journal (Tandlægebladet)*. 2018(122):10.
- (20) Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, et al. Severe Tooth Wear: European Consensus Statement on Management Guidelines. *J Adhes Dent*. 2017;19(2):111-9.

Bilag 8. Vejledning vedr. udredning af tandslid.

Patienter med langvarig svært nedsat spytsekretion (hyposalivation) har øget risiko for udvikling af tandslid. Tandslid er i vejledningen en samlebetegnelse for slid af tandsubstans betinget af både kemiske og fysiske processer som erosion³¹, attrition³² og abrasion³³. Ved forekomst af tandslid er det vigtigt at tandlægen foretager en systematisk anamnese, klinisk undersøgelse og diagnostik, således at psykosocial påvirkning, ætiologi, progressionshastighed og sliddets alvorlighed kan vurderes. Dette med henblik på vurdering af nødvendige forebyggende og eventuelt behandlingsmæssige tiltag (1,2).

Tegn og symptomer på patologisk tandslid:

Hypersensitivitet/smerte, funktionelle problemer under tygning/spisning, markant forringelse af æstetik med psykosocial påvirkning, nedbrydning af hårde tandvæv og/eller restaureringer, tandslid atypisk for patientens alder, tab af okklusal vertikal dimension (bidsænkning).

Kliniske tegn på erosion:

Slid på ikke-okkluderende overflader, ikke kariøse cervikale læsioner, restaureringer der synes forhøjede i forhold til omkringliggende tandsubstans, konkaviteter i glatte emaljeoverflader, forøget incisal translucens, bevaret emaljekant/emaljekrave gingivalt, ingen/meget lidt plak og misfarvning, glatte og silkematte tandoverflader.

Kliniske tegn på attrition:

Skinnende flade og blanke facetter, slid af emalje og dentin med samme hastighed, matchende okklusalt/incisalt slid på antagonist, frakturer af incisalkanter, cuspides eller restaureringer.

Kliniske tegn på abrasion:

Lokaliseret i cervikale områder af tænderne, bukkale/cervikale dentinlæsioner. Præmolærer og hjørnetænder er hyppigt påvirkede.

³¹ Erosion: Tab af hård tandsubstans som følge af en kemisk, ikke-bakteriel proces, dvs. kemisk slitage i form af ætsning eller opløsning (fx syre fra kost eller mavesyre)

³² Attrition: Gradvist tab af hård tandsubstans, primært som følge af tyggeaktivitet, dvs. mekanisk slitage der involverer tand-tand kontakt (fx buxisme)

³³ Abrasion: Tab af hård tandsubstans som følge af friktion, uafhængigt af kontakt mellem tænderne, dvs. mekanisk slitage der involverer fremmedlegemer (fx tandbørsteskader)

Klinisk undersøgelse og graduering af alvorligheden af tandslid ifølge TWES 2.0

Ved graduering af tandslid i vejledningen anvendes metoden Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0). TWES 2.0 består af en gradueret 5-punkts skala med score fra 0-4 hvor alvorligheden af tandslid tiltager med stigende score (3).

Tabel B6.1.a Graduering af okklusalt og incisalt tandslid.

Grad 0 = ingen synlig tandslid (*Ingen tandslid*)

Grad 1 = synligt tandslid i emalje (*Mildt tandslid*)

Grad 2 = synligt tandslid med dentin eksponering og tab af klinisk kronehøjde $\leq 1/3$ (*Moderat tandslid*)

Grad 3 = tab af klinisk kronehøjde $> 1/3$, men $< 2/3$ (*Alvorligt tandslid*)

Grad 4 = tab af klinisk kronehøjde $\geq 2/3$ (*Ekstremt tandslid*)

Tabel B6.1.b Graduering af ikke-okklusalt/incisalt tandslid.

Grad 0 = ingen synlig tandslid (*Ingen tandslid*)

Grad 1 = synligt tandslid i emalje (*Mildt tandslid*)

Grad 2 = tandslid med dentin eksponering $< 50\%$ af arealet (*Moderat tandslid*)

Grad 3 = tandslid med dentin eksponering $\geq 50\%$ af arealet (*Alvorligt tandslid*)

Grad 4 = tandslid med dentin eksponering og komplet emaljetab eller pulpa eksponering (*Ekstremt tandslid*)

Klinisk undersøgelse og kortlægning af grad af tandslid fordelt i tandsættet

Gradueringer af alvorligheden af tandsliddet (se tabel B6.1.a og b) kan kombineres med en oversigt over fordeling af alvorligheden af tandsliddet i tandsættet. Oversigten kan anvendes ved tandlægens forebyggelse og behandling af patientens tandslid (4).

Tabel B6.2 Skematisk oversigt over alvorlighed af tandsliddet fordelt i tandsættet.

		sekstant 1					sekstant 2					sekstant 3						
facial																	facial	
okklusal/incisal																	okklusal/incisal	
palatinal																	palatinal	
OK-tænder		8+	7+	6+	5+	4+	3+	2+	1+	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	OK-tænder
UK-tænder		8-	7-	6-	5-	4-	3-	2-	1-	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	UK-tænder
lingual																		lingual
okklusal/incisal																		okklusal/incisal
facial																		facial
		sekstant 6					sekstant 5					sekstant 4						

Referencer bilag 8

- (1) Loomans B, Opdam N, Attin T, Bartlett D, Edelhoff D, Frankenberger R, et al. Severe Tooth Wear: European Consensus Statement [1] on Management Guidelines. J Adhes Dent. 2017;19(2):111-9.
- (2) Wetselaar P, Lobbezoo F, de Vries R, Mehta SB, Opdam NJM, Loomans BAC. Developing diagnostic criteria for tooth wear, a preliminary beta version based on expert opinion, and a narrative literature review. J Oral Rehabil. 2023;50(10):1030-42.
- (3) Wetselaar P, Wetselaar-Glas MJM, Katzer LD, Ahlers MO. Diagnosing tooth wear, a new taxonomy based on the revised version of the Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0). J Oral Rehabil. 2020;47(6):703-12.
- (4) Wetselaar P, Wetselaar-Glas MJM, Katzer LD, Ahlers MO. Diagnosing tooth wear, a new taxonomy based on the revised version of the Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0). J Oral Rehabil. 2020;47(6):703-12.

Bilag 9. Vejledning vedr. individuel forebyggelsesplan for karies.

Patienter med langvarig nedsat spytsekretion (hyposalivation) har øget risiko for udvikling af karies. Effektiv kariesprævention bygger primært på mekanisk plakkontrol, fluoridterapi og en tilpasning af kostvanerne. En rettidig forebyggende indsats kan være med til at nedsætte sygdomsaktiviteten, øge patienternes livskvalitet og derudover bidrage til at reducere patienternes behov for omfattende restorative behandlingsløsninger.

Fokus på kariesforebyggelse skal derfor være en integreret del af al form for tandbehandling, og individuelle forebyggelsesplaner skal udarbejdes i forbindelse med alle ansøgninger om tilskud til tandpleje gennem Sundhedslovens §166. Regionen skal blot sikre sig at der foreligger en individuel forebyggelsesplan. En manglende forebyggelsesplan må ikke være hindrende for påbegyndelse af sagsbehandling.

Forebyggelsesplanen bør udarbejdes af tandpraksis, efter at sygdomsdiagnosen er stillet, eller efter endt initial behandling af sygdommen (fx strålebehandling).

Forebyggelsesplanen skal indeholde følgende elementer:

- Informationer om patientens odontologiske anamnese, inkl. mundhygiejne- og kostvaner samt mundtørhedsgener
- Informationer om patientens mundhygiejne og forekomst af aktiv karies
- En beskrivelse af de individuelle forebyggelsesinitiativer patienten skal modtage, herunder:
 - Oplysning om egen oral sundhedsstatus, ætiologi bag orale sygdomme og forebyggende behandlingsmuligheder
 - Generel og site-specifik mundhygiejneinstruktion
 - Vejledning i anvendelse af fluoridholdige produkter
 - Vejledning i brug af midler til stimulation af spytdannelsen og spyterstatningsmidler
 - Kostvejledning
 - Professionel plakkontrol, professionel fluoridbehandling
- Oplysninger om planlagte intervaller mellem status- og fokusundersøgelser, fastlagt ud fra principperne i Sundhedsstyrelsens National klinisk retningslinje (1).

Referencer bilag 9

(1) Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. 2016.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●