



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, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-543-5

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 26.06.23

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2023

Indholdsfortegnelse

Indledning	5
1. Regionstandplejen	6
1.1. Personkreds	6
1.1.1. Børn og unge der er meldt ud af børne- og ungdomstandplejen	7
1.1.2. Børn og unge der tidligere har fravalgt tandreguleringsbehandling	7
1.1.3. Visitation i regionstandplejen	8
1.2. Organisation af tandplejetilbuddet	8
1.2.1. Krav til regionstandplejens personale	9
1.2.2. Tandlægefaglig dokumentation for henvisning	9
1.2.3. Ansvarsfordeling	10
1.3. Tandplejens indhold	10
1.3.1. Konsultativ virksomhed	10
1.3.2. Undersøgelse og behandlingsplan	11
1.3.3. Behandling	12
1.3.4. Færdiggørelse af behandling	15
1.4. Kvalitetssikring	15
2. Odontologisk landsdels- og videnscenter	16
2.1. Personkreds	16
2.2. Organisation af tilbuddet	16
2.2.1. Ansvarsfordeling	18
2.2.2. Samarbejde	18
2.3. Landsdels- og videnscenterfunktionens indhold	18
2.3.1. Konsultativ virksomhed	19
2.3.2. Undersøgelse	19
2.3.3. Behandling	19
2.4. Kvalitetssikring	20
3. Tilskud til kræftpatienter og til patienter med Sjögrens Syndrom	22
3.1. Strålebehandlede kræftpatienter	22
3.1.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen	22
3.1.2. Tandplejens indhold	22
3.1.3. Ordningens omfang	22
3.1.4. Tilskud og egenbetaling	23
3.2. Kemoterapipatienter	24
3.2.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen	25
3.2.2. Tandplejens indhold	25
3.2.3. Ordningens omfang	25
3.2.4. Tilskud og egenbetaling	25
3.3. Patienter med Sjögrens Syndrom	26
3.3.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen	26

3.3.2. Tandplejens indhold.....	27
3.3.3. Ordningens omfang	27
3.3.4. Tilskud og egenbetaling.....	27
4. Tilskud til patienter med medfødte sjældne sygdomme.....	29
4.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen.....	29
4.2. Tandplejens indhold.....	29
4.3. Ordningens omfang	29
4.4. Visitation til ordningen.....	30
4.5. Tilskud og egenbetaling.....	30
5. 7. Koordination og administration af tilbud i den regionale tandpleje.....	32
5.1. Koordination	32
5.1.1. Koordinationsudvalg og Samarbejdsudvalg	32
5.1.2. Regionstandpleje / odontologiske landsdels- og videnscentre	32
5.2. Klage- og erstatningsadgang	32
5.3. Administration og ikrafttræden	33
Bilagsfortegnelse	34
Bilag 1 Sjældne sygdomme.....	35
Bilag 2 Principielle faglige udmeldinger	38

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 nr. 959 af 14/06/2022) fastsætte retningslinjer for den regionale tandpleje.

Sundhedsstyrelsen udgav senest retningslinjer for den regionale tandpleje med 'Vejledning til omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje' i 2006 samt med 'Tillæg til vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje' i 2012, ved indførelse af regionalt tilskud til tandpleje via Sundhedslovens § 166 for patienter med medfødte sjældne sygdomme. Denne opdaterede retningslinje for den regionale tandpleje erstatter tidligere vejledninger fra 2006 og 2012.

Vejledningen for den regionale tandpleje er opdateret i relation til:

- En lovændring, der trådte i kraft pr. 1. juli 2022 og betyder, at de 18-21-årige (født efter den 31. december 2003) gradvist omfattes af det vederlagsfri tilbud i den kommunale børne- og ungdomstandpleje samt at aldersgruppen for det specialiserede tilbud om regionstandpleje udvides tilsvarende.
- At "Københavnerkriterierne" for diagnosticering af Sjøgrens Syndrom betragtes som forældet.
- At begrebet "kemoterapi" som afgrænser tilskudsordningen i hht. sundhedslovens § 166 sundhedsfagligt er præciseret til udelukkende at omfatte cytostatisk lægemidler.
- Faglige anbefalinger vedr. tandstatusundersøgelse og tidlig forebyggelse indført i Sundhedsstyrelsens Pakke forløb for hoved- og halskræft d. 23. juni 2020.
- At vejledningens Bilag 1 er opdateret i forhold til afgrænsning af samlebetegnelsen "sjældne sygdomme" som finder anvendelse i Danmark.

Tidligere *Bilag B "Anden tandpleje" i Sundhedsstyrelsens Vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006*, er taget ud, da bilaget omfatter tandplejeordninger som ikke er reguleret iht. bekendtgørelse om tandpleje nr. 959 af 14. juni 2022.

I vejledningens bilag 2 er opstillet nogle principielle faglige udmeldinger i form af inklusions- og eksklusionskriterier mv for regionaltandplejen 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 indskræpkes, 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 nabotændernes parodontier. Som udgangspunkt skal implantaterne derfor indsættes, når væksten er afsluttet.

Som hovedprincip skal behandlingen ikke indledes, før den er grundigt gennemdiskuteret og aftalt med 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 uhensigtsmæssig 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 afvigelse i tanddannelsen, afvigelse i tændernes eruption, afvigelse i tændernes støttevæv, afvigelse i mundhulens slimhinder og/eller afvigelse i den orofaciale funktion jf. vejledningens 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. Henvisning 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 ungdoms-tandplejen 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.

Henvisning af børn og unge, uden sjælden 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. 4 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 Lavest 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 videndatabase, 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 kræftpatienter og til patienter med Sjögrens Syndrom

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

3.1. Strålebehandlede kræftpatienter

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

3.1.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

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

3.1.2. Tandplejens indhold

Det odontologiske behandlingsbehov som følge af strålebehandlingen omfatter behandlingskrævende tilstande, som er tilkommet efter saneringen og som kan relateres til strålebehandlingen. Behandling af tandsættet udføres således svarende til det dokumenterede behov (tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser m.v.). Hertil kommer et odontologisk behov for forebyggende tiltag, som næsten altid er påkrævet i forbindelse med strålebehandling. Den konserverende behandling bør således suppleres af forebyggende behandling (afpudsning, tandrensning, kontrol, instruktion m.v.) fx hver 3. måned, afhængig af behov. Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbuddet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet.

3.1.3. Ordningens omfang

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

Sundhedsstyrelsens 'Pakkeforløb for hoved- og halskræft' (2020) skal patienter forud for strålebehandling undersøges på tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling. Dette skal gøres med henblik på at vurdere behovet for udtrækning af tænder med patologi (fokussanering) for at nedsætte risikoen for udvikling af osteoradionekrose. I forbindelse med denne vurdering tages tandrøntgenbilleder, ligesom mundhulen undersøges svarende til en tandstatusundersøgelse. Tandstatusundersøgelsen før opstart af strålebehandling har til formål at sikre tandfaglig omsorg for patienten ved: 1) fokussanering af tandsættet 2) planlægning af tidlig tandforebyggelsesindsats i sygehusregi 3) dokumentation ved en evt. ansøgning til regionalt tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166. I samme seance skal patienten modtage relevant information og instruktion i mundhygiejne. Den odontologiske status lige før strålebehandlingen dokumenteres via sygehusjournalerne / røntgenbilleder fra disse afdelinger samt erklæring fra egen tandlæge.

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

3.1.4. Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der er opstået efter strålebehandling, og som kan relateres til denne. Støtten ydes i form af forebyggende behandling og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser. Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge reguleres årligt².

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

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevilningsansøgningen – der overstiger maksimalt egenbetalingsbeløb., betaler regionsrådet den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilning.

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

² Cirkulæreskrivelse nr. 10050 af d. 5. oktober 2022 om regulering af egenbetalingen i omsorgstandplejen, specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven. I 2023 kan egenbetalingen maksimalt udgøre 2130 kr.

Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud. Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra regionsrådet svarende til prisen på den behandling, som regionsrådet har godkendt støtte til.

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

3.2. Kemoterapipatienter

Målgruppen for tilskudsordningen er patienter, der på grund af kemoterapi for en kræftsygdom, uanset lokalisation af sygdommen, har betydelige tandproblemer. Ved kemoterapi forstås udelukkende cytostatiske lægemidler. Ud af den samlede gruppe patienter, der årligt modtager kemoterapi som led i behandling af en kræftsygdom, antages at kun en lille gruppe vil være i risiko for at få betydelige tandproblemer som følge af kemoterapien.

3.2.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

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

3.2.2. Tandplejens indhold

Det odontologiske behandlingsbehov som følge af kemoterapi omfatter behandlingskrævende tilstande, som er tilkommet efter behandlingen, og som kan relateres til kemoterapien. Behandling af tandsættet udføres således svarende til det dokumenterede behov (tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser m.v.). Hertil kommer et odontologisk behov for forebyggende tiltag, som næsten altid er påkrævet i forbindelse med kemoterapi. Den konserverende behandling bør derfor suppleres af forebyggende behandling (afpuddning, tandrensning, kontrol, instruktion m.v.) f.eks. hver 3. måned, afhængig af behov. Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbuddet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognose for tandsættet.

3.2.3. Ordningens omfang

Forudsætningen for, at en patient omfattes af den særlige tilskudsordning, er, at det kan dokumenteres, at det præsenterede odontologiske behandlingsbehov har karakter af at være betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til kemoterapien. Patienter, der skal have kemoterapi, bør anbefales at blive undersøgt hos tandlæge før eller snarest efter kemoterapien. Dokumentation af odontologisk behandlingsbehov efter kemoterapi dokumenteres via journaloptegnelser samt erklæring fra egen tandlæge, suppleret med udskrivningsbrev eller skriftlig bekræftelse fra den behandlende instans.

3.2.4. Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der er opstået efter kemoterapi, og som kan relateres til denne. Støtten ydes i form af forebyggende behandling og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser. Den særlige støtte ydes kun, så længe der som følge af kemoterapien er behov for en særlig indsats. Patienten skal forsat selv betale for behandling af sygdom som ikke er en følge af kemoterapien. Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge reguleres årligt³. Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje, afholder patienten sin egenbetaling og modtager evt. helbredstillæg i forhold hertil. Tilskud fra Sygeforsikringen Danmark fraregnes ikke ved opgørelsen af patientbetalingen.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevilningsansøgningen – der overstiger maksimalt egenbetalingsbeløb., betaler regionsrådet

³ Cirkulæreskrivelse nr. 10050 af d. 5. oktober 2022 om regulering af egenbetalingen i omsorgstandplejen, specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven. I 2023 kan egenbetalingen maksimalt udgøre 2130 kr.

den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlæge-regninger.

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

Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud. Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra regionsrådet svarende til prisen på den behandling, som regionsrådet har godkendt støtte til.

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

3.3. Patienter med Sjögrens Syndrom

Målgruppen for tilskudsordningen er patienter som af en speciallæge har fået stillet diagnosen Sjögrens Syndrom efter fagligt anerkendte kriterier og som følge heraf har betydelige tandproblemer.

3.3.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

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

3.3.2. Tandplejens indhold

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

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

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

3.3.3. Ordningens omfang

Forudsætningen for, at en patient omfattes af den særlige tilskudsordning er, at det kan dokumenteres, at det præsenterede odontologiske behandlingsbehov har karakter af at være betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til det tilgrundliggende Sjögrens Syndrom. Det odontologiske behandlingsbehov skal dokumenteres af journaloptegnelser samt erklæring fra egen tandlæge, suppleret med udskrivningsbrev, journalkopi eller skriftlig bekræftelse af diagnosen fra speciallæge med angivelse af tidspunkt for diagnosen.

3.3.4. Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der skyldes Sjögrens Syndrom. Patienten skal fortsat selv betale for behandling af sygdom som ikke er en følge af Sjögrens syndrom. Støtten ydes i form af forebyggende behandling og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser. Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge reguleres årligt⁴. Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje, afholder patienten sin egenbetaling og modtager evt. helbredstillæg i forhold hertil. Tilskud fra Sygeforsikringen Danmark fraregnes ikke ved opgørelsen af patientbetalingen.

Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger maksimalt egenbetalingsbeløb betaler regionsrådet den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilning.

Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger.

⁴ Cirkulæreskrivelse nr. 10050 af d. 5. oktober 2022 om regulering af egenbetalingen i omsorgstandplejen, specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven. I 2023 kan egenbetalingen maksimalt udgøre 2130 kr.

Patienter, der godkendes til ordningen, modtager en særlig tilskudsbevilling fra regionsrådet, hvoraf de nærmere vilkår for støtten vil fremgå. Regionsrådet kan fastsætte, hvilke ydelser der er omfattede af regionsrådets forhåndsgodkendelse. Regionsrådet vil således normalt, i forbindelse med at patienten har fået sin tilskudsbevilling, have taget stilling til, hvilke behandlinger tandlægen kan iværksætte uden forhåndsgodkendelse fra regionsrådet, og dette vil normalt fremgå af patientens tilskudsbevilling. Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud. Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra regionsrådet svarende til prisen på den behandling, som regionsrådet har godkendt støtte til.

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

4. Tilskud til patienter med medfødte sjældne sygdomme

Målgruppen for tilskudsordningen er patienter med medfødte sjældne sygdomme jf. bilag 1, der som følge heraf har betydelige dokumenterede tandproblemer.

4.1. Specielle odontologiske problemer hos målgruppen

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 afvigelse 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.

4.2. Tandplejens indhold

Behandling af tandsættet udføres svarende til det dokumenterede behov (tandfyldninger, rodbehandlinger, kroner, proteser m.v.). Hertil kommer et odontologisk behov for forebyggende behandling (afpuddning, tandrensning, kontrol, instruktion m.v.), afhængig af behov. Både i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsforslag og med eventuel godkendelse af behandlingstilbuddet bør der anlægges en helhedsvurdering for så vidt angår patientens samlede odontologiske status og prognosen for tandsættet.

4.3. Ordningens omfang

Forudsætningen for, at en patient omfattes af den særlige tilskudsordning er, at det kan dokumenteres, at det præsenterede odontologiske behandlingsbehov har karakter af at være betydelige tandproblemer, og at disse skal kunne relateres til den tilgrundliggende sjældne sygdom. Der ydes ikke tilskud til tandbehandling af følger af medicinsk behandling, behandling med stråling eller anden lægelig behandling. Ordningen omfatter ikke tilskud til behandlinger, hvor patienten er dækket af eksisterende ordninger i den kommunale tandpleje, regionstandplejen, de odontologiske landsdels- og videnscentre, regionale tilskudsordninger til kræftpatienter og patienter med Sjögrens Syndrom eller sygehusvæsnet.

4.4. Visitation til ordningen

Patienten søger regionsrådet om at komme med i ordningen. Tandlægen bør vejlede patienten om, hvor man skal henvende sig og eventuelt være patienten behjælpelig med kontakten til regionsrådet. Ansøgningen vedlægges lægelig dokumentation for sjælden sygdom samt erklæring fra egen tandlæge vedlagt journaloptegnelser, der kan dokumentere betydelige tandproblemer i forbindelse med tilgrundliggende sjældne sygdom. 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 kan relateres til 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 varetagelse af opgaven mens Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland skal indgå en tilsvarende aftale med det odontologiske landsdels- og videnscenter på Aarhus Universitetshospital.

4.5. Tilskud og egenbetaling

Der ydes økonomisk støtte til behandlingskrævende tilstande, der kan relateres til den sjældne sygdom. Støtten ydes i form af forebyggende og behandlende tandpleje i øvrigt, herunder tandproteser. Der kan ydes tilskud til reparation og udskiftning af tidligere bevilget protetisk erstatning såfremt, at forudsætninger for tildeling af støtte er opfyldt. Patientens egenbetaling til tandpleje hos praktiserende tandlæge reguleres årligt⁵. Tilskudsordningen er uafhængig af patientens indkomst- og formueforhold. Modtager patienten helbredstillæg efter lov om social pension til betaling af egne udgifter til tandpleje, afholder patienten sin egenbetaling og modtager evt. helbredstillæg i forhold hertil. Tilskud fra Sygeforsikringen Danmark fraregnes ikke ved opgørelsen af patientbetalingen. Når patienten kan dokumentere en egenbetaling inden for 12 måneder – regnet fra bevillingsansøgningen – der overstiger maksimalt egenbetalingsbeløb, betaler regionsrådet den fremtidige patientandel for tandplejeydelser omfattet af regionsrådets tilskudsbevilling. Med henblik på denne dokumentation skal patienten derfor gemme sine tandlægeregninger. Patienter, der godkendes til ordningen, modtager en særlig tilskudsbevilling fra regionsrådet, hvoraf de nærmere vilkår for støtten vil fremgå. Regionsrådet kan fastsætte, hvilke ydelser der er omfattet af regionsrådets forhåndsgodkendelse. Regionsrådet vil så-

⁵ Cirkulæreskrivelse nr. 10050 af d. 5. oktober 2022 om regulering af egenbetalingen i omsorgstandplejen, specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven. I 2023 kan egenbetalingen maksimalt udgøre 2130 kr.

ledes normalt, i forbindelse med at patienten har fået sin tilskudsbevilling, have taget stilling til, hvilke behandlinger tandlægen kan iværksætte uden forhåndsgodkendelse fra regionsrådet, og dette vil normalt fremgå af patientens tilskudsbevilling.

Behandlinger, der ikke er omfattet af forhåndsgodkendelse, kan ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det af tandlægen afgivne behandlingstilbud. I de tilfælde, hvor patientens tilskudsbevilling ikke indeholder bestemmelser om forhåndsgodkendelse, må særligt kostbare behandlinger ikke påbegyndes, før regionsrådet har godkendt behandlingsforslaget samt det afgivne behandlingstilbud. Det er den faglige vurdering i videnscentrene der lægges til grund for afgørelsen. Udgifter til behandling, der ikke er omfattet af tilskudsbevillingen, betales af patienten. Ønsker patienten en dyrere behandling end den, der kan bevilges støtte til, kan patienten få refunderet et beløb fra regionsrådet svarende til prisen på den behandling, som regionsrådet har godkendt støtte til.

5. 7. Koordination og administration af tilbud i den regionale tandpleje

5.1. Koordination

5.1.1. Koordinationsudvalg og Samarbejdsudvalg

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

5.1.2. 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.

5.2. 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 Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, <https://www.tf-tandskade.dk>

5.3. Administration og ikrafttræden

De foranstående retningslinjer træder i kraft d. 26.06 2023 og afløser Sundhedsstyrelsens Vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, 2006 og Tillæg til vejledning for omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, 2012.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Sjældne sygdomme

Bilag 2: Principielle faglige udmeldinger

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 hos praktiserende tandlæge.

Der er her tale om eksempler på sjældne sygdomme⁶ 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.

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 mfl.)

Incontinentia pigmenti

Williams syndrom

Rieger syndrom

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)

⁶ 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

Thricho-dento-ossøst syndrom

Dentin

Dentindysplasi

Dentinogenesis imperfecta

Osteogenesis Imperfecta

Rodcement

Hypofosfatasi

Andet

Hereditære rakisformer (D-vitamin resistent rakis mfl.)

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 mfl.)

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 syndrom

Tunge

Beckwith-Wiedemanns 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 afvigelser foreligger der ikke videnskabelig dokumentation, der kan underbygge, at der skulle være en forøget risiko for udvikling af bidfunktionelle lidelser ved udeladelse af erstatning af disse. Mindre okklusionsforstyrrelser, herunder mangel af få permanente tænder som følge af 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 afvigelser 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 afvigelser, er således efter Sundhedsstyrelsens opfattelse at betragte som kosmetisk behandling, der som udgangspunkt ikke skal tilbydes hverken i børne- og ungdomstandplejen eller i regionstandplejen.

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).

Overlevelsesrater

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 overlevelsesraten for transplanterede præmolarer i præmolar- og molarregionen er over 90 %, og er identisk med overlevelsesraten for implantater. Autotransplanterede præmolarer i præmolar- og molarregionen viser således en overlevelsesrate, 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 præciserer 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 tekniskfælsomhed 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 (pæodonti, 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 afvigelse 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 denuderinger 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, pæodonti, 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.

Juvenil parodontitis

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●