



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)  
W [sum.dk](http://sum.dk)

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 11. september 2013  
Enhed: Primær Sundhed  
Sagsbeh.: DEPMHE  
Sags nr.: 1303517  
Dok nr.: 1286618

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 5. juli 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 762 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares endeligt. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Liselott Blixt (DF).

Spørgsmål nr. 762:

"Sagkundskaben (Tandlægeforeningen, Praktiserende Tandlægers Organisation, Tandlægeskolen m.fl.), har advaret mod konsekvenserne af at afskaffe tilskud til tandrensning og kontrol RDU (kontrolundersøgelser). Herunder risikoen for flere huller og dårligere tandsundhed. Kan ministeren oplyse på hvilket grundlag (evidensbaserede undersøgelser/rapporter) ministeren ser sig i stand til alligevel at gennemføre forslaget om at afskaffe kontrol RDU?"

Svar:

Jeg kan oplyse, at *tilskuddet* til ydelsen kontrol RDU er fjernet pr. 15. juli 2013. Selve ydelsen kan kun fjernes efter gensidig aftale mellem Tandlægeforeningen, Danske Tandplejerforening og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Det forventer jeg imidlertid vil ske, når Sundhedsstyrelsens kommende kliniske retningslinje om undersøgelsesintervaller i tandplejen inden længe skal implementeres i tandlægenes og tandplejernes overenskomster.

Om baggrunden for at fjerne ydelsen kontrol RDU kan jeg henholde mig følgende udtalelse udarbejdet af Sundhedsstyrelsen:

"Ud fra en faglig betragtning og med den viden der foreligger i dag, anses en regelmæssig tilknytning til tandplejen som hensigtsmæssig, idet denne kan bidrage til reduktion af risikofaktorer, sygdomsforekomst og sygdomsudvikling i befolkningen. Baggrunden for at foretage regelmæssige diagnostisk undersøgelser, uanset i hvilket regi tandplejen tilbydes, er at danne et grundlag for diagnostik, behandlingsplanlægning og dermed intervention og eller behandling, afhængigt af graden og karakteren af sygdomsaktiviteten.

Den optimale længde af det tidsinterval, der skal være mellem to diagnostiske undersøgelser (undersøgelsesinterval) for i tilstrækkelig grad at kunne forebygge og behandle orale sygdomme hos børn og voksne har været til debat i mange vestlige lande. I flere lande har der været tradition for at indkalde alle patienter til regelmæssig undersøgelse hvert halve år eller årligt. I kraft af forekomsten af en stadig stigende tandsundhed, ulighed i tandsundhed og ønsket om en rationel anvendelse af begrænsede ressourcer er der stillet spørgsmål ved denne praksis. Opfattelsen af undersøgelsesintervaller som faste og universelle skønnes at være u hensigtsmæssig, og flere initiativer er iværksat for at gøre undersøgelsesintervaller patientspecifikke og baseret på individuelt

behov. Et af initiativerne har været at fastsætte længden af undersøgelsesintervaller på baggrund af tandplejetemaets bedømmelse af patientens risiko for at få ny oral sygdom sammenholdt med aktuel sygdomsstatus. Rationalet bag et sådan risikobaseret undersøgelsessystem er, at de patienter der er sunde og kan klassificeres som værende i lav risiko, kan få udvidet deres undersøgelsesinterval uden, at dette får indvirkning på den orale sundhed, mens patienter med aktiv sygdom og høj risiko kan ses med kortere undersøgelsesintervaller.

På denne baggrund har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe af eksperter fra tandlægeskolerne, der er ved at udarbejde en national klinisk retningslinje for fastsættelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser med henblik på at vejlede tandplejen i at tilrettelægge diagnostiske undersøgelser efter individuelt behov på baggrund af eksisterende evidens. Retningslinjen ønsker at bidrage til en systematisk behovsorienteret tandpleje af høj kvalitet for befolkningen og rationel ressourceudnyttelse.

Den nationale kliniske retningslinje foreligger på nuværende tidspunkt i udkast.

Med henblik på at imødekomme patientens individuelle behov anbefales i udkastet et undersøgelsesinterval fastsat specifikt for hver patient på baggrund af tandlægens vurdering af patientens aktuelle sygdomsniveau og patientens risikofaktorer for oral sygdom. I figur 1 findes en implementeringsmodel fra den nationale kliniske retningslinje vedr. undersøgelsesintervaller, der illustrerer forløbet for fastlæggelse af individuelle undersøgelsesintervaller ved undersøgelse og risikovurdering af patienten. Retningslinjen har særlig fokus på de to store tandsygdomme caries og marginal parodontitis, der primært undersøges for ved den almindelige diagnostiske undersøgelse.

Indgangen til fastlæggelse af undersøgelsesintervaller er tandlægens undersøgelse af patienten. Der skelnes her mellem to typer diagnostiske undersøgelser, en diagnostisk grundundersøgelse (DU) og en statusundersøgelse (SU) som vist øverst i figur 1 (hvid rubrik). DU svarer til optagelse af stor journal ved nye patienter med fuld social, medicinsk og odontologisk anamnese, gennemgribende undersøgelse af tænder, mund og kæber, risikovurdering af patienten samt generel forebyggelse. SU opdaterer anamnese, klinisk undersøgelse samt risikovurdering og evt. forandringer i risikofaktorer noteres. Tandlægen vil ved SU ligeledes vurdere effekten af tidlige foretaget forebyggelse og behandling, og opdatere denne om nødvendigt. DU eller SU medfører en kategorisering af (grå rubrikker i figuren), om patienten er klinisk sund og har "ingen aktiv sygdom", eller om patienten er syg og har "aktiv sygdom", der kræver intervention i form af forebyggelse og/eller behandling.

Videre vil tandlægen ved DU eller SU individuelt vurdere patientens risiko for at udvikle ny sygdom eller progression af eksisterende sygdom, og om "risikofaktorer er under kontrol", "risikofaktorer kan ændres", eller om "risikofaktorer kun vanskeligt eller ikke kan ændres". Patientens sygdomsstatus og risikovurdering sammenholdes, og tandlægen inddeler på denne baggrund patienterne i et grønt, gult eller rødt spor som vist i figuren.

Det *grønne spor* tænkes for klinisk raske patienter med risikofaktorer under kontrol. Tandlægen understøtter patientens egenomsorg, og i henhold til pati-

entens risikoprofil og i samråd med patienten fastlægges, hvornår næste SU skal foretages. Retningslinjen anbefaler et 12-24 måneders interval.

Det *gule spor* tænkes for patienter med aktiv sygdom og med forhøjet risiko for progression af eksisterende sygdom eller udvikling af ny sygdom, hvor risikofaktorer kan ændres ved intervention. Her foretager tandlægen/tandplejeren den for tilstanden nødvendige forebyggelse, behandling og kontrol i form af fokuserede undersøgelser (FU). En fokuseret undersøgelse er en kontrolundersøgelse, der fokuserer på et aktuelt sygdomsproblem, der er diagnosticeret ved DU eller SU, og som indgår i den for tilstanden nødvendige forebyggelse og behandling. Intervallet mellem udført behandling og første fokuseret undersøgelse kan variere fra 2 uger - 6 måneder. Fokuserede undersøgelser kan herefter gentages med 3-6 mdr. interval indtil næste statusundersøgelse og skal afspejle patientens aktuelle orale sygdomsaktivitet og risikoprofil.

Det *røde spor* tænkes for patienter med aktiv sygdom og med forhøjet risiko for progression af eksisterende sygdom eller udvikling af ny sygdom, men hvor risikofaktorer kun vanskeligt eller ikke kan ændres ved intervention. Som ved patienter i det gule spor foretager tandlægen/tandplejeren den for tilstanden nødvendige forebyggelse, behandling og kontrol i form af fokuserede undersøgelser (FU).

Efter afsluttet forebyggelse og behandlingsforløb, fastsættes tidsinterval indtil næste statusundersøgelse i samråd med patienten på baggrund af patientens sygdomsstatus og risikoprofil. I retningslinjen anbefales et 12-24 måneders interval. Såfremt behandlingsforløbet varer 12 måneder eller mere, må tandlægen vurdere, hvornår i behandlingsforløbet en ny statusundersøgelse bør foretages.

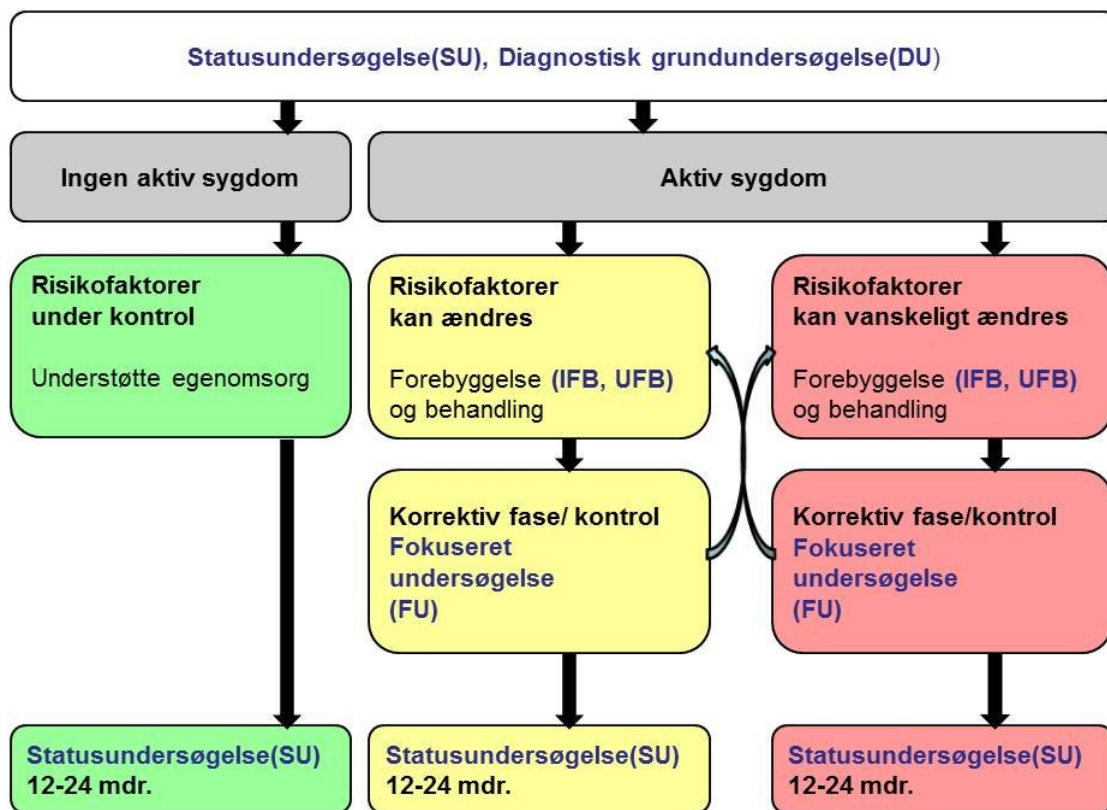
Målet for patienter i det gule og det røde spor at standse aktiv sygdomsprogression, og nedsætte patientens risiko for ny oral sygdom gennem individuel forebyggelse og behandling således, at patienten vil kunne overføres til det grønne spor ved næste SU.

Med henblik på at imødekomme patientens individuelle behov bør et undersøgelsesinterval fastsættes specifikt for hver patient på baggrund af tandlægens vurdering af patientens aktuelle orale sygdomsniveau og risikovurdering. Identifikation af risikofaktorer og risikovurdering giver endvidere tandlægen grundlag for målrettet forebyggelse, sundhedsfremme og behandling for den individuelle patient.

Til at guide tandlægens risikovurdering er der fremstillet en checkliste over de mest almindelige risikofaktorer, der bør indgå ved tandlægens risikovurdering.

Risikovurderingen tager afsæt i checklisten og består af tre trin: identificering af risikofaktorer, evaluering af betydningen af risikofaktorerne, prædiktion af patientens fremtidige risiko for oral sygdom. Ved prædiktion af patientens fremtidige risiko for oral sygdom skal tandlægen integrere alt indsamlet information om patienten med sin kliniske viden og erfaring.

Tandlægen vil på denne baggrund fastsætte et passende undersøgelsesinterval, der er tilpasset patientens individuelle behov. Såvel tandlægen som patienten skal aktivt bidrage til reduktion af patientens risikofaktorer og ændre undersøgelsesintervallet i henhold hertil.



Figur 1. Forløbsdiagram for fastlæggelse af individuelle undersøgelsesintervaller i tandplejen.”

Med venlig hilsen

Astrid Krag / Mette Touborg Heydenreich