

Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer

(Reglerne i dette bilag er fastsat i henhold til bekendtgørelsens § 2 stk. 1, nr. 4)

Målsætning

Målet for børne- og ungdomstandplejens ortodontiske service er at forebygge og behandle de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/ eller psykosociale belastninger.

Tandstillingsfejl dækker et stort spektrum, lige fra f.eks. tænder der ikke er anlagt, eller bryder forkert frem, over fejlstillinger i den enkelte kæbe, til forkert sammenbid af

kæberne som følge af en ugunstig vækstform.

Tandstillingsfejl kan udvikle sig, indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet.

Ortodontisk visitation

Udvælgelse til ortodontisk behandling finder sted på grundlag af en biologisk risikovurdering, idet formålet er at diagnosticere de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/ eller psykosociale belastninger. Udvælgelsen finder sted dels ved de regelmæssige, generelle undersøgelser, dels ved systematisk screening.

Når der er diagnosticeret tandstillingsfejl med tandlægefaglig behandlingsindikation, dvs. betydelige afvigelser i tandbuerne eller i kæbernes sammenbid, må der foretages en afvejning af denne i forhold til det udtrykte behandlingsønske hos barnet og dets forældre.

Ortodontisk undersøgelse ved de regelmæssige undersøgelser hos barnets sædvanlige tandlæge

Ortodontisk undersøgelse er en integreret del af de regelmæssige, generelle undersøgelser i børne- og ungdomstandplejen. Formålet hermed er at sikre en rettidig udvælgelse af børn, der bør behandles tidligt, dvs. før screening hos specialtandlæge. Dette sikres ved et snævert samarbejde mellem den tandlæge, der er ansvarlig for barnets generelle tandpleje, og specialtandlæge. Se endvidere nedenfor under »Forebyggelse og behandling - interceptiv og korrektiv behandling«.

Ortodontisk screening hos specialtandlæge

Ud over de ortodontiske undersøgelser, der foretages i forbindelse med de regelmæssige, generelle undersøgelser, bør det sikres, at alle børn med moderate eller større tandstillingsfejl visiteres af specialtandlæge. Formålet hermed er at sikre en ensartet og rettidig udvælgelse af de børn, der har indikation for behandling. Det skønnes ikke nødvendigt at lade børn, der enten ikke eller kun i mindre grad har afvigelser i tandstillingen, deltage i denne screening. Barnets sædvanlige tandlæge forventes at kunne foretage og journalføre denne vurdering. Ved ovenstående undersøgelser journalføres diagnoser og indikationsstilling efter gældende regler.

Forebyggelse og behandling – interceptiv og korrektiv behandling

For ortodontiske behandlinger som for alle andre typer af sygdomme og behandlinger gælder, at sygdomsforløb, reaktionsmønstre og psykiske komplikationer ikke kan graderes i niveauer, men er individuelt forskellige.

Visse tandstillingsfejl skal behandles tidligt, for at et tilfredsstillende resultat kan opnås. Det vil således ikke være hensigtsmæssigt hverken fra et behandlings- eller ressourcemæssigt synspunkt at udsætte behandlingen.

Individuelle faktorer kan ikke altid i børneårene erkendes i fuldt omfang. Interceptiv / forebyggende ortodontisk behandling kan imidlertid ofte spare et barn for en senere større behandling. Forebyggelse består derfor primært i tidlig indgriben (interceptiv behandling) over for en udvikling, der vil medføre alvorlige tandstillingsfejl senere.

På tidspunktet for igangsættelsen af den interceptive behandling kan det ikke altid forudses, hvor alvorligt malokklusionen vil udvikle sig uden interceptiv behandling. Alligevel bør der lægges øget vægt på anvendelse af tidlige, interceptive behandlinger, hvor dette er muligt, i stedet for de senere - langt mere ressourcekrævende - korrektive behandlinger.

Interceptiv behandling kan som regel udføres med relativt enkle midler, og behandlingens forebyggende aspekt ligger i, at den træder i stedet for mere ressourcekrævende, komplicerede og biologisk set mindre hensigtsmæssige behandlinger. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen pladslukning (sammenføring af de resterende tænder) hos børn og unge med manglende tandanlæg, idet denne biologiske løsning i mange tilfælde kan være et meget hensigtsmæssigt alternativ til bekostelige protetiske rekonstruktioner, f.eks. implantater. Tilsvarende bør barnets sædvanlige tandlæge ved de regelmæssige undersøgelser allerede fra ca. 9-års alderen udvise særligt agtpågivenhed omkring lejring og frembrud af hjørnetænder med henblik på tidlig diagnostik og interceptiv behandling i relation til ektopi af disse.

Det bør tilstræbes, at ortodontiske behandlinger forstås af specialtandlæger, men at andre personalegrupper inden for tandplejen inddrages i udstrakt grad. Ansvarsfordelingen i forhold til den konkrete behandling skal være klar (journalført), når flere behandlere (tandlæger / tandplejere / klinikassistenter) er inddraget i samme behandling.

Inden den kommunale tandplejes ophør bør ekstreme vækstbetingede kæbedeformiteter med så alvorlige afvigelser i kæbevæksten, at såvel ortodontiske som kirurgiske indgreb er nødvendige, være diagnosticerede og fornødne henvisninger være foretaget. Det skal tilføjes, at behandlingsindikation indiskutabelt er til stede i tilfælde af alvorlige ansigtsmisdannelser (f.eks. læbe-ganespalte) og medfødte eller erhvervede kraniofaciale misdannelser (f.eks. visse syndromer).

Kalibrering, teamsammensætning og enhedernes størrelse

Almindeligvis vil der i forbindelse med visitering til ortodontisk behandling i en given børnepopulation være en gruppe af patienter, for hvem det gælder, at det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt der skal udføres behandling eller ej.

Udvælgelse til tandregulering baseres for den enkelte specialtandlæge på en faglig vurdering i henhold til de visitationskriterier, som er fastlagt af Sundhedsstyrelsen. Der er blandt de fleste specialtandlæger enighed om, hvilke børn / unge der ubetinget bør tilbydes behandling. Visitationskriterierne, der er baseret på vurdering af risiko, kan imidlertid i et vist omfang give anledning til tolkningsmuligheder, og dermed til en variation i tilbuddet (gråzoneintervallet), idet behandlingsbehovet vurderes forskelligt blandt specialtandlægerne. Hertil kommer, at en mærkbar forventning hos brugerne kan få afgørelser i grænsetilfælde til at falde forskelligt ud.

Med henblik på at sikre et ensartet tilbud og reducere den tidligere konstaterede store variation i behandlingstilbuddet, må kalibreringsøvelser derfor indgå som en nødvendig del af den ortodontiske service. Når specialtandlæger arbejder i små enheder vil mulighederne for kalibrering imidlertid ikke være til stede. Arbejder specialtandlæger derimod i større tandplejeenheder, hvor det interkollegiale samarbejde kan danne grundlag for en løbende erfaringsudveksling og kalibrering specialtandlægerne imellem, vil variationen i visitationen blive mindsket. Herigennem vil screeningen ved specialtandlæge medvirke til at sikre et ensartet vurderingsniveau som grundlag for en hensigtsmæssig, faglig og ressourcemæssig styring af området.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at kommunerne samarbejder i større tandreguleringsenheder¹⁾. Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at der på tandreguleringsområdet ideelt set bør være føl-

gende teamsammensætning (et minimumsteam): 1 specialtandlæge: 1 tandplejer: 3 klinikassistenter. Afhængig af befolkningsunderlaget og andre lokale forhold - kan det være nødvendigt at udvide antallet af kliniske medarbejdere (tandplejere og klinikassistenter under ét) fra 4 til 5 personer. Tandplejen må tilrettelægges med henblik på hensigtsmæssig og maksimal udnyttelse af de til opgaverne allokerede ressourcer, både personalemæssige, lokalemæssige og økonomiske, og der må skabes rammer for den fornødne fleksibilitet, afhængigt af blandt andet lokale forhold. Med henblik på at sikre den fornødne enhedsstørrelse på tandreguleringsområdet, bør der være mindst 1,2, men gerne 2 minimumsteams pr. organisatorisk enhed. Under optimale forhold vil dette være ensbetydende med, at en organisatorisk enhed på tandreguleringsområdet bør dække tandreguleringsbehovet for et befolkningsunderlag på 55.000 - 100.000 personer, dvs. ca. 11.000 – 20.000 børn og unge.

Risikovurdering

Grundlaget for visitationskriterierne er en risikovurdering, hvilket betyder, at der i hvert enkelt tilfælde skal foretages en individuel vurdering af, om de forskellige tandstillingsfejl indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger.

Det kan forventes at nogle børn selv med udpræget ortodontisk behandlingsindikation ikke ønsker behandling. Omvendt vil andre børn med mindre alvorlige tandstillingsfejl kunne udtrykke et meget stærkt ønske om behandling (se endvidere »Behandling udført på psykosocial indikation vs. kosmetisk behandling«).

Endvidere kan tandstillingsfejl på visitationstidspunktet være uden gener for barnet selv, men kan af visitator vurderes til at ville udvikle sig i en sådan grad, at den senere vil forvolde skader.

Tabel 1 indeholder en oversigt over de risici, der kan sættes i relation til tandstillingsfejl.

Behandling udført på psykosocial indikation vs. kosmetisk behandling

For så vidt angår risikofaktoren »psykosocial belastning«, skal det erindres, at børne- og ungdomstandplejen skal tilbyde ortodontisk behandling til de børn og unge, der har veldefineret indikation. Det skal således være faglige forhold, der taler for iværksættelse af behandling hos det enkelte barn. Det er velkendt, at grænserne for normal variation har sammenhæng med sociale normer i referencegrupper og det omgivende samfund.

Udgangspunktet er imidlertid, at tilbuddet på landsplan skal være ensartet, og at den kommunale tandpleje ikke skal tilbyde kosmetisk tandpleje.

Med henblik på at skelne mellem behandling udført på psykosocial indikation og kosmetisk behandling kan opstilles følgende definitioner:

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

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

Visitationskriterier for udvælgelse til ortodontisk behandling

Det er ikke muligt i alle detaljer at beskrive de forskellige faktorerers indvirkning på den samlede individuelle vurdering. Kombinationer af flere mindre malokklusionstræk kan således samlet set medføre, at der ud fra en faglig vurdering er så stor indikation, at en ortodontisk behandling alligevel bør

tilrådes/tilbydes. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at anvendelse af de nævnte kriterier vil medvirke til at reducere variationen i behandlingstilbuddet.

Tabel 2 angiver visitationskriterierne for udvælgelse til ortodontisk behandling

Gennemførelse af ortodontisk behandling

Sundhedsstyrelsen skal henlede opmærksomheden på, at ortodontiske behandlinger – også de tidlige interceptive behandlinger - er langvarige behandlinger, der kræver en god Kooperation fra såvel barnet / den unge som hjemmet.

Ved manglende Kooperation, herunder svigtende mundhygiejne - til trods for den fornødne motivation, instruktion og information af barn / ung og forældre - bør tandplejen nøje overveje, om det er i barnets / den unges tarv at fortsætte behandlingen, eller om den bør afbrydes. Børne- og ungdomstandplejen bør informere om disse forhold, inden behandling iværksættes.

TABEL 1 - Risici, der kan sættes i relation til tandstillingsfejl		
RISIKO KODE	TYPE	BESKRIVELSE
I	Skader på tænder og omgivende væv	<u>Parodontale skader</u> : v. ekstremt dybt bid, der beskadiger parodontiet bag overkæbens fortænder eller foran underkæbens fortænder. <u>Ulykkesskader på tænder</u> : v. ekstremt overbid, især når tænderne ikke beskyttes af læberne. <u>Rodresorption af (overkæbefor-)tænder</u> : eks. v. ikke-frembrudte, fejllejrede hjørnetænder
II	Funktionelle risici	<u>Funktionsforstyrrelser</u> i form af forlænget tyggeaktivitet og lavere maksimal bidkraft, muskelømhed, ændrede funktionsmønstre for hvileholdning, synkning og tale, øget og uhensigtsmæssig belastning af tyggemuskler og kæbeled, udvikling af temporomandibulære funktionsforstyrrelser, kæbeledslyde, muskel- og kapselømhed og asymmetrisk gabebevægelse er beskrevet i varierende omfang ved følgende malokklusioner: horisontalt maksillært overbid, åbent bid, dybt bid, mandibulært overbid og unilateralt krydsbid.
III	Senskader	<u>Fremadvandringer af overkæbefortænderne</u> : v. ekstremt overbid, hvis underlæben ligger bag fortænderne og presser disse frem <u>Sen udvikling af ekstremt dybt bid</u> : v. ekstrem kæbevækst i forbindelse med manglende kontakt mellem fortænderne. Afvigelsen kan føre til så alvorlige fejl i sammenbidet, at ortodontisk/kirurgisk behandling bliver nødvendig. <u>Skæv kæbeudvikling</u> : v. udpræget krydsbid eller saksbid med tvangsføring af underkæben.
IV	Psykosociale risici	<u>Risiko for psykosocial belastning</u> : v. tandstillingsfejl, der ligger langt ud over den normale variation, således at personens udseende afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende.

TABEL 2 - Visitationskriterier for udvælgelse til ortodontisk behandling

	Potentielle risici	Manifestationer	Behandlingsindikation
Forøget horisontalt maksillært overbid	I, II, III, IV	Ekstremt overbid (over 9 mm)	Næsten altid
		Moderat overbid (6- 9 mm), kombineret med insufficient / meget anstrengt læbelukke eller tydelig dysfunktion (læbefang, evt. kombineret med tungepres)	Efter individuel vurdering
		Lille overbid (under 6 mm) kombineret med andre afvigelser	Efter individuel vurdering
		Lille overbid (under 6 mm) alene	Næsten aldrig
Forøget vertikalt overbid	I, II, III	Dybt bid med palatinal påbidning af min. 1-2 tænder og tydelig irritation/ impression i ganen og/eller subjektive gener	Næsten altid
		Dybt bid (over 75% overlap) med retroklinerede incisiver og tydeligt atypisk slid af ikke generel karakter	Næsten altid
		Dybt bid med retroklinerede incisiver, usikker incisivstøtte (min. 2 tænder uden incisivstøtte) og anteriort roterende væksttype	Næsten altid
		Anden palatinal berøring kombineret med andre symptomer	Efter individuel vurdering
		Anden palatinal berøring alene	Næsten aldrig
Åbent bid	II (IV)	Åbent bid med reduceret okklusionsfelt (dvs. alene kontakter på molarer)	Altid [#]
		Åbent bid med funktionelle problemer (spise- / tygge- / bidfunktionsproblemer mm.)	Altid [#]
		Omfattende skelettalt betinget åbent bid – ekstrem, afvigende kæbevækst	Næsten altid [#]
Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering)	I, II, III, IV	Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med pladmangel til eruption af tænder i overkæben	Næsten altid [#]

		Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering med tvangsføring (interceptivt))	Næsten altid
		Mandibulært overbid / omvendt skæretandsføring / (invertering) med tydelig bidlåsning	Næsten altid
		Mindre inverteringer uden større pladsproblemer	Næsten aldrig
		Basale afvigelser uden akutte problemer	Observation
Krydsbid / Saksbid	II, III	Krydsbid / saksbid med udtalt tvangsføring (ubetinget ved 2 mm eller mere) eller bidlåsning	Næsten altid
		Krydsbid / saksbid med pladsmangel til eruption af OK-tænder hvor ekstraktion ikke er indlysende	Næsten altid
		Totale en- eller dobbeltsidige saksbid	Næsten altid
		Saksbid af en eller flere enkeltstående tænder, herunder 7+7, alene	Næsten aldrig
Ektopi / displacering	I, III, (IV) (hvor ekstraktion/ amotio ikke er en hensigtsmæssig løsning)	Store iøjnefaldende ved front og hjørnetænder	Næsten altid
		Ektopi / displacering, der bevirker eruptionshindring	Næsten altid
		Ektopi / displacering, der medfører retention	Næsten altid
Ikke frembrudte tænder	I, IV	Incisiver og hjørnetænder	Næsten altid
		Andre tænder, hvor amotio ikke er en faglig hensigtsmæssig løsning	Efter individuel vurdering
Erhvervet tandtab	IV	Nødvendig forbehandling til protetik	Efter individuel vurdering
Agenesi	I, II, III, IV	For- og hjørnetænder, hvor større diastemata rester (dvs. manglende naturlig korrektion) – se endvidere spredtstilling	Næsten altid*
		Præmolare (afhængig af antal og lokalisation samt vækstmønstre)	Efter individuel vurdering*
		Multiple – forbehandling til protetik	Næsten altid*

Spredtstilling	IV	Ekstrem spredtstilling i overkæbefront med pladsoverskud svarende til en hel tandbredde eller mere, og hvor plastrestauration ikke er mulig / hensigtsmæssig	Efter individuel vurdering
		Ekstrem spredtstilling som delelement i kombination med andre afvigelser	Efter individuel vurdering
Trangstilling	(I), IV	Stor iøjnefaldende trangstilling med stillingsvariation af flere tænder i overkæbefronten - primært overkæbeincisiver (pladsmangel svarende til en hel tandbredde eller mere)	Efter individuel vurdering – næsten altid
		I underkæbefront ved kombination med andre indikationer	Efter individuel vurdering
		Total displacering af enkelttand i underkæbefront alene	Aldrig
Funktionsafvigelser	II	Børn og unge med dokumenterede lidelser, der ikke kan holdes symptomfri uden korrektion af sammenbidet	Efter individuel vurdering*
Vækstafvigelse (interceptiv ortodonti)	II, IV	Asymmetri	Næsten altid [#]
		Kæbeledslidelse	Næsten altid [#]
		Ekstreme vækstforhold (mandibulært overbid, evt. åbne bid)	Næsten altid [#]
Ekstraordinært psykosocialt behov	IV	Børn og unge med kombination af mindre tandstillingsfejl og veldokumenterede problemer, f.eks. henvisning fra anden autoriseret behandler, hvor behandling har været uden resultat – ikke kosmetisk ortodonti	I begrænset omfang efter individuel vurdering

I samarbejde med eller henvisning til ortodontisk-kirurgisk behandling jf. Sundhedsstyrelsens Specialevejledning²⁾

* I samarbejde med eller i regionstandplejen, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning³⁾

1) Tandplejens struktur og organisation. Tabel 5. Sundhedsstyrelsen 2004.

2) Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Tand-, mund- og kæbekirurgi af 22. juni 2020.

3) Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006.