

Sundhedsstyrelsen
Att.: Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
E-mail: fobs@sst.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
Fax: 70 25 16 37
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 27. september 2013

Sagsbeh: CJ
E-mail: cj@tdl.dk
Sagsnr.: NKR høring

Høringssvar vedr. udkast til national klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen

Tandlægeforeningen har den 19. september 2013 modtaget høringsmateriale vedr. udkast til national klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.

Sammenfatning

Indledningsvis skal Tandlægeforeningen her opsummere foreningens bemærkninger i en kort sammenfatning:

- Tandlægeforeningen finder det positivt, at der på et veldokumenteret fagligt grundlag indføres en landsdækkende, klassificeret retningslinje på et for tandplejen så væsentligt område som undersøgelsesintervaller.
- Tandlægeforeningen bemærker, at Sundhedsstyrelsen ikke har estimeret fordelingen af patienter inden for henholdsvis grøn, gul og rød risikogrube. Tandlægeforeningen opfordrer derfor til, at Sundhedsstyrelsen giver et sådant estimat på et fagligt evidenter grundlag, således at de igangværende forhandlinger om Tandlægeoverenskomsten kan videreføres på et mere oplyst grundlag end nu, og således at kommunerne kan foretage ressourceprioritering vedr. børne- og ungdomstandplejen.
- Eftersom implementeringen af den nationale kliniske retningslinje forventes at indebære skærpede krav til tandplejens tidsforbrug til undersøgelse mv., forventer Tandlægeforeningen, at der sker en tilførsel af offentlige midler svarende til det forøgede ressourceforbrug til Tandlægeoverenskomstens økonomiske ramme. Det er Tandlægeforeningens vurdering, at der - afhængigt af fordelingen af patienter inden for de i retningslinjen angivne tre risikogrupper - skal tilføres mellem 300 og 800 mio. kr. i yderligere offentligt tilskud alene til den almene voksentandpleje, hvis patienternes egenbetaling skal fastholdes uændret. Tandlægeforeningen anbefaler, at ovenstående økonomiske vurdering gennemgås i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Tandlægeforeningen.
- Tandlægeforeningen finder det hensigtsmæssigt, at retningslinjen bliver implementeret bedst muligt bl.a. via undervisning af alle tandlæger og omstilling af klinikernes journalsystemer. Som følge heraf anbefaler Tandlægeforeningen, at retningslinjens ikrafttrædelsesdato fastsættes til tidligst den 1. april 2014.

I det følgende uddybes Tandlægeforeningens bemærkninger. Desuden følger en række bemærkninger, som ikke er indeholdt i sammenfatningen ovenfor.

Generelle bemærkninger

Overordnet finder Tandlægeforeningen det positivt, at der indføres en national klinisk retningslinje på et for tandplejen så væsentligt område som undersøgelsesintervaller. Det er positivt, at der nu på et veldokumenteret fagligt grundlag indføres en landsdækkende, klassificeret retningslinje for, hvor ofte patienterne skal indkaldes til undersøgelse mv.

Tandlægeforeningen er parat til og ser frem til at påtage sig opgaven med at informere foreningens medlemmer om retningslinjernes indhold og de faglige vurderinger, der ligger til grund herfor. Tandlægeforeningen har således bl.a. allerede planlagt medlemsmøder til gennemførelse i foråret 2014 med nationale kliniske retningslinjer som tema.

Tandlægeforeningen vil endvidere medvirke konstruktivt til, at nye nationale kliniske retningslinjer bliver integreret i de driftsoverenskomster, der gælder for hhv. den almene voksentandpleje (Tandlægeoverenskomsten), børne- og ungdomstandplejen (BUT-overenskomsten) og omsorgstandplejen.

Ikrafttrædelse

Det er imidlertid Tandlægeforeningens vurdering, at den nationale kliniske retningslinje vedr. undersøgelsesintervaller og den forventede nationale kliniske retningslinje vedr. behandling af sygdomme i væv omkring tænder og tandimplantater tilsammen vil indebære meget store og væsentlige forandringer af udøvelsen af tandpleje, uanset sektor. Tandlægeforeningen finder det hensigtsmæssigt, at retningslinjerne bliver implementeret bedst muligt bl.a. via undervisning af alle tandlæger. Desuden vil tandklinikernes it-leverandør skulle bruge tid til at omstille klinikernes journalsystemer, således at kravene i de nationale kliniske retningslinjer kan opfyldes. Som følge heraf anbefaler Tandlægeforeningen, at retningslinjernes ikrafttrædelsesdato fastsættes til tidligst den 1. april 2014.

Brugerbetaling

Tandlægeforeningen har noteret sig, at det ikke er regeringens politik at øge brugerbetalingen for sundhedsydelse. Minister for Sundhed og Forebyggelse Astrid Krag skriver eksempelvis på sum.dk den 21. november 2011, at hun ikke ser "mere brugerbetaling som en del af løsningen".

Tandlægeforeningen forudsætter i konsekvens heraf, at indførelsen af nationale kliniske retningslinjer vil være udgiftsneutral for patienterne, og at implementeringen af nationale kliniske retningslinjer med andre ord ikke vil indebære, at patienternes egenbetaling inden for den almene voksentandpleje forhøjes yderligere.

Fordeling af patienter i risikogrupper

Tandlægeforeningen bemærker, at der ikke fra Sundhedsstyrelsens side er givet et estimat vedr. fordelingen af patienter inden for henholdsvis grøn, gul og rød risikogruppe.

Tandlægeforeningen opfordrer derfor til, at Sundhedsstyrelsen giver et sådant estimat på et fagligt evidenter grundlag, således at Danske Regioner og Tandlægeforeningen kan videreføre de igangværende forhandlinger om Tandlægeoverenskomsten på et mere oplyst grundlag end nu, og således at kommunerne kan foretage ressourceprioritering vedr. børne- og ungdomstandplejen.

Ikke-omtalte lidelser og risikofaktorer

Det har skabt forundring i Tandlægeforeningen, at Sundhedsstyrelsen i retningslinjen slet ikke nævner temporomandibulær dysfunktion, generelle neurologiske lidelser samt muskel- og ledlidelser, som kan hæmme den orofaciale funktion, fx gabeevne og tyggefunktion, og influere på den orale sundhedstilstand. Undersøgelse af sådanne tilstande bør indgå i en statusundersøgelse og have relevans for fastlæggelsen af undersøgelsesintervaller.

Tandlægeforeningen udtrykker endvidere undren over, at der i forbindelse med risikofaktorer kun i begrænset omfang omtales patienter, som har et stort og komplekst medicinforbrug.

Øvrige generelle bemærkninger

Det er Tandlægeforeningens opfattelse, at klinisk fæstetab (clinical attachment loss, CAL) i undersøgelsesøjemed er meget omfattende at bruge vedr. sygdomsaktivitet. Ved en screening vil Tandlægeforeningen anbefale, at der fortsat anvendes pochedybdemål som indikator for parodontal sygdom. Ved en screening ses et øjebliksbillede, og CAL er mest anvendelig ved vurdering af behandlingseffekt. En pochedybde på over 4 mm kombineret med patologi vil skulle udløse en stillingtagen til eventuel videre parodontalbehandling og derved yderligere undersøgelser, der præcist fastlægger det kliniske fæstetab.

Idet Tandlægeforeningen går ud fra, at tandlægens individuelle vurdering er afgørende for undersøgelsesintervallet for den enkelte patient, finder Tandlægeforeningen det uhensigtsmæssigt, at der lægges op til et maksimalt interval på 6 måneder for en fokusundersøgelse. Tandlægeforeningen anbefaler, at eksempelvis en patient, der først kommer på klinikken efter 6-12 måneder, også kan få en fokusundersøgelse.

Tandlægeforeningen går endvidere ud fra, at brug af supplerende undersøgelser som fx røntgenoptagelser kan udføres jf. tandlægens individuelle vurdering af den enkelte patients behov.

Derudover skal Tandlægeforeningen som nævnt ovenfor gøre opmærksom på, at implementeringen af nationale kliniske retningslinjer vil nødvendiggøre radikale ændringer i de journalsystemer, der benyttes på såvel offentlige som private tandklinikker.

Bemærkninger vedr. den almene voksentandpleje (tandpleje omfattet af Tandlægeoverenskomsten mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioner)

Tandlægeforeningen forudsætter, at indførelsen af nationale kliniske retningslinjer gennemføres på et grundlag, der er udgiftsneutralt for privat tandlægepraksis. Der er allerede igennem en årrække gennemført en række effektiviseringer på tandklinikker i form af bl.a. digitalisering af patientjournaler og røntgenoptagelser, hvilket har imødekommet de krav, som løbende er blevet pålagt almen tandlægepraksis. Tandlægeforeningen anerkender, at tandlæger skal medvirke til en fortsat effektivisering af driften med rationaliseringsgevinster til følge. Men Tandlægeforeningen vil ikke kunne acceptere, hvis indførelsen af nationale kliniske retningslinjer vil indebære en egentlig indkomstreduktion for tandlæger og klinikpersonale eller i yderste konsekvens afskedigelser af klinik-

assistenter, tandplejere eller tandlæger - og derved mangel på hænder inden for tandplejesektoren.

Det er Tandlægeforeningens vurdering, at indførelsen af den nye nationale kliniske retningslinje samlet set vil medføre en forøgelse af tandplejens tidsforbrug til undersøgelse af patienterne.

Eksempelvis udvides ydelsesbeskrivelsen for den nye statusundersøgelse markant i forhold til den eksisterende ydelsesbeskrivelse for regelmæssig diagnostisk undersøgelse (RDU), lige som den diagnostiske grundundersøgelse i væsentlig grad vil medføre et øget tidsforbrug pr. patient, samtidig med at ydelsen forudsættes anvendt i forhold til alle nye patienter.

Eftersom implementeringen af den nationale kliniske retningslinje forventes at indebære skærpede krav til tandplejens tidsforbrug til undersøgelse mv. af patienterne, forventer Tandlægeforeningen, at der sker en tilførsel af offentlige midler svarende til det forøgede ressourceforbrug til Tandlægeoverenskomstens økonomiske ramme. Det er Tandlægeforeningens vurdering, at der - afhængigt af fordelingen af patienter inden for de i retningslinjen angivne tre risikogrupper - skal tilføres mellem 300 og 800 mio. kr. i yderligere offentligt tilskud, hvis patienternes procentvise egenbetaling skal fastholdes uændret.

Tandlægeforeningen anbefaler, at ovenstående økonomiske vurdering gennemgås i et samarbejde mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Tandlægeforeningen.

Tandlægeforeningen anbefaler endvidere, at der skabes et tilskudsmæssigt råderum til brug for den situation, hvor det evt. konstateres, at det forud for implementeringen anlagte skøn ikke måtte svare til realiteterne. Dette råderum anbefales fastholdt, indtil der kan konstateres et stabilt leje igennem en længere periode, hvad angår fordelingen af patienter i de tre risikogrupper.

Tandlægeforeningen forudsætter derudover, at der i økonomiaftalen mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen tages højde for nødvendige ændringer af journalsystemer. Efter implementeringen af nationale kliniske retningslinjer må endvidere forventes et betydeligt ekstra tidsforbrug til registreringer, hvilket ligeledes forventes kompenseret.

Det fremgår af udkastet, at tandlægen ved SU "efter behov kan diskutere patientens udgifter ved statusundersøgelse samt nødvendig behandling". Hertil kan Tandlægeforeningen oplyse, at der i Tandlægeoverenskomsten allerede er aftalte regler om prisoplysninger. Disse prisoplysninger har særligt fokus på situationer, hvor den samlede pris for en behandling måtte overstige 2.500 kr., eller hvor patienten skal behandles med én eller flere ydelser, som der ikke mellem overenskomstens parter er aftalt en fast pris på. Hvis der ønskes indført yderligere krav til tandlægenes prisoplysninger, er dette et overenskomstmæssigt anliggende, som i givet fald forudsættes drøftet mellem overenskomstens parter.

Det synes desuden at fremgå af udkastet, at man forventer, at patienter inden for såvel den gule som den røde risikogruppe kan overføres til den grønne risikogruppe ved næste Statusundersøgelse. Denne del af retningslinjen synes at være i modstrid med resten af retningslinjen, og Tandlægeforeningen opfordrer

derfor til, at det præciseres, at denne målsætning gælder på langt sigt, og ikke nødvendigvis ved den førstkommande Statusundersøgelse.

På følgegruppemødet den 23. september 2013 blev det bekræftet, at ydelsen Diagnostisk grundundersøgelse forudsættes anvendt på ny af samme tandlæge i fornødent omfang, såfremt patienten gennem længere tid ikke overholder det af tandlægen forudsatte indkaldeinterval. Dette opfordrer Tandlægeforeningen til, at der udtrykkeligt gøres opmærksom på i retningslinjen. Tandlægeforeningen vil i øvrigt opfordre Sundhedsstyrelsen til at overveje, om ikke det samme bør gøre sig gældende for det tilfælde, hvor patientens tilstand nødvendiggør en ny diagnostisk undersøgelse med henblik på en systematisk behovsorienteret tandpleje som følge af væsentlige helbredsmæssige ændringer, herunder alvorlig sygdom.

I forhold til den almene voksentandpleje skal Tandlægeforeningen afslutningsvis bemærke, at foreningen anerkender udkastets betragtninger om, at det kan være svært at fastsætte undersøgelsesintervallet for statusundersøgelser af nye patienter, og at dette derfor skal fastsættes efter konservativ vurdering. Tandlægeforeningen anerkender desuden, at carieslæsioner, hvor det er svært at bedømme, om der er tale om aktiv eller inaktiv caries, fastsættes efter den alvorligste diagnose, dvs. "aktiv caries".

Bemærkninger vedr. børne- og ungdomstandplejen

Det er afgørende for Tandlægeforeningen, at der i forbindelse med indførelsen af nye nationale kliniske retningslinjer som minimum tilføres de ressourcer til den kommunale tandpleje, som er nødvendige, for at børn og unge fortsat kan modtage et tandplejetilbud, der er i overensstemmelse med lovgivningen og intentionerne med denne.

Det synes at fremgå af udkastet, at man forventer, at patienter inden for såvel den gule som den røde risikogruppe kan overføres til den grønne risikogruppe ved næste Statusundersøgelse. Tandlægeforeningen skal ikke alene i forbindelse med voksentandplejen, men også i forbindelse med børne- og ungdomstandplejen bemærke, at denne del af retningslinjen synes at være i modstrid med resten af retningslinjen. Tandlægeforeningen opfordrer derfor til, at det præciseres, at denne målsætning gælder på langt sigt, og ikke nødvendigvis ved den førstkommande Statusundersøgelse.

Som en integreret del af implementeringen af den nationale kliniske retningslinje i børne- og ungdomstandplejen anbefaler Tandlægeforeningen desuden, at Sundhedsstyrelsen mhp. en ensartet anvendelse og monitorering benytter lejligheden til at præcisere anvendelsen af SCOR-koderne 0, 1, 8 og 9.

Bemærkninger vedr. sektorovergangen fra børne- og ungdomstandplejen til voksentandplejen

Det fremgår af udkastets side 6, at patienter, der er nye i den almene voksentandpleje efter netop at have forladt børne- og ungdomstandplejen, skal have en mere omfattende undersøgelse (DU) end den almindelige statusundersøgelse (SU).

Tandlægeforeningen skal i den forbindelse bemærke, at en aktuel undersøgelse gennemført af CEM Institute/Voxmeter har afdækket, at 17 % af de 18-25-årige går til tandlæge sjældnere end hvert andet år. Som de to primære årsager til, at man ikke har været til tandlæge i to år, angiver respondenterne, at de ikke har råd, eller at de synes, det er for dyrt. Andre undersøgelser - herunder KRAM-undersøgelsen, som KORA har gennemført - peger på, at der er sammenhæng mellem unges uddannelsesniveau og brug af tilbuddet om regelmæssig tandpleje.

Unge manglende anvendelse af tilbuddet om regelmæssig tandpleje er således ikke alene et individuelt problem, men kan også udvikle sig til et samfundsmæssigt ulighedsproblem over tid. Alt for mange unge kommer først ind i et fast tandplejetilhørsforhold, når tingene er gået galt.

Tandlægeforeningen opfordrer derfor Sundhedsstyrelsen til at overveje muligheder for at modvirke den forventede demotiverende effekt, som indførelse af en stor og dermed dyrere undersøgelse vil have i forhold til de unge, når de skal skifte til den almene voksentandpleje efter at have været vant til at modtage tandplejeydelser uden brugerbetaling.

Tandlægeforeningen anerkender, at DU skal kunne anvendes ikke alene efter et længere dropout-forløb, men også til patienter, der går regelmæssigt til tandlæge, hvis der er indtruffet væsentlige ændringer af helbredstilstand eller sygdomsaktivitet.

Anvendelse af DU giver imidlertid unge mennesker en økonomisk udfordring i forbindelse med overgangen fra børne- og ungdomstandplejen til voksentandplejen, og økonomi anføres som nævnt ovenfor ofte som en væsentlig årsag til dropout. Tandlægeforeningen anbefaler derfor, at der i forbindelse med de kommende overenskomstforhandlinger mellem Danske Regioner og Tandlægeforeningen drøftes en ud- og indslusningsordning.

Bemærkninger vedr. omsorgstandplejen

Tandlægeforeningen finder det afgørende, at der i forbindelse med indførelsen af nye nationale kliniske retningslinjer som minimum tilføres de ressourcer til den kommunale tandpleje, som er nødvendige, for at ældre og svækkede, der ikke er i stand til at benytte den almene voksentandpleje, fortsat kan modtage et tandplejetilbud, der er i overensstemmelse med lovgivningen og intentionerne med denne.

Tandlægeforeningen skal endvidere bemærke, at alle patienter inden for omsorgstandplejen ud fra udkastet skal indplaceres i den med rødt angivne risikogruppe og ikke kan skifte til den gule eller den grønne gruppe.

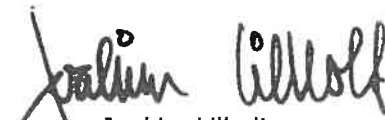
Øvrige bemærkninger

Som nævnt indledningsvis modtog Tandlægeforeningen det høringsmateriale, som foreningen har kommenteret i ovenstående høringssvar, den 19. september med en sidste frist for afgivelse af kommentarer den 27. september. Tandlægeforeningen skal her endnu en gang bemærke, at en sådan kort tidsfrist er yderst kritisabel. I lyset af den korte tidsfrist skal Tandlægeforeningen forbeholde sig mulighed for at vende tilbage senere med yderligere bemærkninger,

når foreningen har haft lejlighed til bl.a. at foretage de beregninger, der måtte være relevante i forbindelse med implementeringen af retningslinjen.

Med venlig hilsen


Freddie Sloth-Lisbjerg
Formand


Joakim Lilholt
Adm. direktør