



SUNDHEDSSTYRELSEN

Evaluering af NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR FASTLÆGGELSE AF INTERVALLER MELLEM DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER I TANDPLEJEN

2017

Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Version: 1.0

Versionsdato: 20.11.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2017.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-920-6

Indhold

1	Resumé	5
1.1	Baggrund	5
1.2	Formål	5
1.3	Metode	5
1.4	Resultater	5
1.4.1	Den nationale kliniske retningslinje er fagligt meningsfuld og anvendelig	6
1.4.2	For mange patienter kategoriseres som gule	6
1.4.3	Betydelige problemer i forhold til implementering af retningslinjen	7
1.5	Konklusion og anbefalinger	8
2	Introduktion	9
2.1	Baggrund	9
2.2	Formål med evalueringen	9
2.3	Implementering af den nationale kliniske retningslinje	9
2.4	Kontekst for evalueringen	11
3	Sundhedsstyrelsens anbefalinger	13
4	Metode	14
4.1	Om evalueringens design	14
4.2	Analyse af aktivitetsdata	14
4.3	Kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden og implementeringsgraden af den kliniske retningslinje	14
4.4	Analyse af konkrete patientforløb i form af journalaudit	15
5	Resultater	16
5.1	Kvantitativ analyse af data fra Sygesikringsregisteret	16
5.1.1	Fordelingen af voksne (18+) i grønt, gult og rødt spor i forhold til køn, aldersgruppe og region i ny overenskomstperiode	16
5.1.2	Fordelingen af voksne i gult og rødt spor i forhold til sygdomsbehandlingskategori (gingivitis, marginal parodontitis, caries) i ny overenskomstperiode	16
5.1.3	Fordelingen af behandlingsyndelser for voksne i gult og rødt spor i forhold til sygdomskategori (gingivitis, marginal parodontitis, caries) i ny overenskomstperiode	17
5.1.4	Ændringer i hyppigheden af praktiserende tandlægers undersøgelse, kontrol og udvalgte behandlingsyndelser af voksne fra gammel tandlægeoverenskomst til ny tandlægeoverenskomst	18

5.2	Kvantitativ analyse af konkrete patientforløb i form af journalaudit	18
5.2.1	Undersøgelse af aktiv sygdom og diagnosticering	18
5.2.2	Angivelse af blødningsgrad ved gingivitis	19
5.2.3	Risikovurdering og risikofaktorer	19
5.2.4	Fastlæggelse af undersøgelsesinterval	19
5.3	Kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden og implementeringsgraden af den kliniske retningslinje ved telefoninterviews	19
5.3.1	Implementeringen af den kliniske retningslinje	19
5.3.2	Anvendeligheden af den kliniske retningslinje	20
5.3.3	Omsætningen af den kliniske retningslinje	20
5.3.4	Samarbejdet mellem tandlæger og regioner	21
5.3.5	Tilbagemeldinger fra patienterne	21
5.3.6	Samfundsmæssige konsekvenser	22
6	Diskussion	23
6.1	Dataanalyse	23
6.2	Journalaudit	26
7	Konklusion	27
8	Bilagsfortegnelse	29

1 Resumé

1.1 Baggrund

Sundhedsstyrelsen udgav i 2013 en national klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Formålet med retningslinjen er at vejlede tandplejen i at tilrettelægge diagnostiske undersøgelser efter individuelt behov på baggrund af tandlægens vurdering af patientens aktuelle sygdomsniveau og patientens risikofaktorer. Den kliniske retningslinje implementeres via et forløbsdiagram, hvor raske patienter kategoriseres som grønne, mens syge patienter kategoriseres som gule eller røde.

En undersøgelse fra Danske Regioner viste i 2015, at kun 12 % af ca. 2 mio. undersøgte borgere i praksistandplejen blev visiteret til grøn kategori. Hovedparten af borgerne, ca. 80 %, blev visiteret til gul eller rød kategori. Visitation til gul og rød kategori betyder i henhold til retningslinjen, at en meget stor andel af de undersøgte borgere blev vurderet til at have en aktiv tand sygdom. Idet befolkningen i Danmark generelt har en god tandstatus, blev det fundet bemærkelsesværdigt, at størstedelen af de undersøgte borgere er visiteret til gul og rød kategori.

På den baggrund blev det i Aftale om regionernes økonomi for 2017 aftalt, at Sundhedsstyrelsen skulle evaluere den nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen efter to års implementering.

1.2 Formål

Formålet med evalueringen er at undersøge den kliniske retningslinjes *implementering*, herunder *anvendelighed* og *omsætning* i praksis i såvel tandlægepraksis som centralt i de fem regioner.

1.3 Metode

Evalueringen omfatter tre analysespor: 1) En kvantitativ analyse af aktivitetsdata, 2) En kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden og implementeringsgraden af den kliniske retningslinje baseret på semistrukturerede interviews med tandlæger, tandplejere samt repræsentanter fra regionerne og Danske Regioner og 3) En journalaudit af uddrag af i alt 91 journaler.

Det skal påpeges, at konklusionerne baseret på den kvalitative analyse (spor 2) skal tages med stort forbehold, idet de er baseret på interviews med i alt 13 personer, ligesom tandlægerne og tandplejerne ikke er tilfældigt udvalgt og ikke vurderes at være repræsentative for tandlæger og tandplejere som helhed. Endvidere antages tandlægerne at være biased, da evalueringen omhandler deres egen praksis. Ligeså vurderes journalaudit (spor 3) ikke at være baseret på et repræsentativt journalmateriale, bl.a. fordi kun otte ud af 15 tandlæger indsendte patientjournaler til Sundhedsstyrelsen til brug i journalaudit. Dermed var der et stort frafald.

1.4 Resultater

Det kan overordnet konkluderes:

- at Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen opleves som både fagligt meningsfuld og anvendelig af tandlæger og tandplejere.

- at tandlægerne visiterer en meget høj andel af voksne patienter til gul patientkategori, herunder patienter, som ikke har en aktiv tandsygdom.
- at der er betydelige problemer med implementeringen af retningslinjen, dels på grund af konstaterede betydelige tekniske systemfejl og dels på grund af, at retningslinjen på nogle områder ikke er omsat til praksis på den måde, der var tiltænkt.

1.4.1 Den nationale kliniske retningslinje er fagligt meningsfuld og anvendelig

Overordnet viser evalueringen, at tandlæger og tandplejere oplever, at den nationale kliniske retningslinje er et godt fagligt redskab, der har givet et fagligt kvalitetsløft og understøtter eksisterende praksis. Videre finder de tandlæger og tandplejere, der blev interviewet, at implementeringen af den nationale kliniske retningslinje og den nye overenskomst overordnet har været uproblematisk, og at den kliniske retningslinje er utvetydig.

Herudover viser evalueringen, at implementeringen af den nationale kliniske retningslinje på nogle områder har understøttet udviklingen mod en mere behovsorienteret tandpleje med fokus på individuel indsats. Således viser den kvantitative analyse, at antallet af visse ydelser er faldet efter implementering af den nationale kliniske retningslinje. Dels ses et fald i udviklingen i antallet af kontrol- og undersøgelsesydelser fra gammel til ny overenskomst på i alt 1.041.988 ydelser over en toårig periode. Dels ses det, at andelen af voksne brugere af praksistandplejen, der modtager behandling for gingivitis (tandkødsbetændelse), er faldet i overenskomstperioden, hvilket indikerer, at Sundhedsstyrelsens præcisering af den nationale kliniske retningslinje om, at voksne med let gingivitis kan følges i det grønne spor, sandsynligvis har haft en effekt.

Imidlertid viser en supplerende analyse af udviklingen i ydelser i overenskomsten (se bilag 7) en massiv stigning i tandlægernes brug af ydelserne Individuel forebyggende behandling (IFB) og Tandrodsrensning i perioden fra gammel overenskomst til ny overenskomst. Denne udvikling er bemærkelsesværdig og overraskende, idet det ikke kan forventes, at tandsundheden ændres væsentligt over en så kort tidsperiode.

Evalueringen viser også, at den nationale kliniske retningslinje på flere områder ikke er blevet implementeret korrekt, hvilket har haft betydelige og uønskede effekter i praksis, som er beskrevet i det følgende.

1.4.2 For mange patienter kategoriseres som gule

Evalueringen viser, at hele 79 % af de voksne brugere af praksistandplejen blev visiteret til gul kategori i den toårige overenskomstperiode. Andelen af gule patienter vurderes at være meget høj taget i betragtning af, at den danske befolkning generelt vurderes til at have en god tandsundhed. Andelen er også væsentlig højere end Sundhedsstyrelsens opstillede måltal for inddeling af patienter i farvekategorier, hvor andelen af patienter i gul kategori estimeres til 43-48 %. Gennem de tre analysespor afdækker evalueringen formodede årsager til den høje andel af patienter i gul kategori.

Ifølge den kvantitative analyse er der en relativt stor andel af patienter i gul kategori, som ikke er kategoriseret i en sygdomsbehandlingskategori ved individuel forebyggelse og fokuseret undersøgelse. I alt er der foretaget ca. 1 million fyldninger på ca. 600.000 unikke personer uden sygdomskategori i perioden 2015-2017. I den periode, evalueringen afdækker, er disse personer blevet kategoriseret som gule, selvom de ikke har haft en aktiv tandsygdom, fordi der i visse elektroniske journalsystemer var en systemteknisk blokering indbygget for at kunne få regionalt

tilskud. Dette vurderes som en teknisk forkert implementering af den kliniske retningslinje, idet patienter ifølge retningslinjen skal have en aktiv tandsygdom for at blive visiteret til gul kategori. Dette fund kan forklare noget af den høje andel af patienter i gul kategori.

Endelig skal det bemærkes, at andelen af patienter i forhold til sygdomsbehandlingskategori vurderes som rimelig, hvilket betyder, at andelen af patienter, der behandles for aktiv tandsygdom, hhv. gingivitis (tandkødsbetændelse), marginal parodontitis (parodontose) og caries (huller i tænderne), er på niveau med den skønnede forekomst af de undersøgte tandsygdomme i den voksne befolkning. Det betyder, at andelen af borgere, der behandles for de undersøgte sygdomme, ikke kan forklare den høje andel af patienter, der er visiteret til gul kategori.

1.4.3 Betydelige problemer i forhold til implementering af retningslinjen

Evalueringen peger på, at der er betydelige problemer i forhold til implementering af retningslinjen.

Problemerne kommer til udtryk ved, at for mange patienter er visiteret til gul kategori (jf. ovenstående), ligesom Sundhedsstyrelsens supplerende analyse viser, at der ses en bemærkelsesværdig og uforklarlig massiv stigning i ydelserne ”Individuel forebyggende behandling” og ”Tandrodsrensning” i perioden fra gammel til ny overenskomst.

Årsagerne til problemerne i implementering af retningslinjen vurderes at være af både systemteknisk og adfærdsmæssig karakter.

De systemtekniske årsager til problemerne med implementering omhandler ”låsningsne” mellem ydelser i den elektroniske patientjournal (EPJ) og overenskomsten, som bl.a. er belyst i de kvalitative interviews. Låsningsne kan virke uhensigtsmæssigt aktivitetsforøgende, idet nogle ydelser ikke kan foretages uden andre forudgående ydelser, patienter kan miste tilskud, hvis de ikke modtager en undersøgelse (fokuseret undersøgelse) med maksimalt ni måneders mellemrum (9-måneders reglen), og ”grønne patienter”, der skal have en fyldning, skal gøres ”gule”, førend tilskud kan gives.

De adfærdsmæssige årsager vedrører tandlægers og tandplejeres fejlagtige omsætning af den nationale kliniske retningslinje til korrekt praksis. Den gennemførte journalaudit viser, at patienter i gul kategori kan mangle sufficient diagnostik og risikovurdering med angivelse af risikofaktorer som grundlag for sygdomsbehandling. Videre ses der i de auditerede journaler manglende registrering af blødningsgrad ved gingivitis og dermed en manglende vurdering af, om en patient kan følges i den grønne kategori. Journalauditten støtter dermed op om konklusionen om, at den nationale kliniske retningslinje ikke til fulde er omsat til korrekt praksis, og at tandlæger og tandplejere i højere grad bør vurdere og registrere blødningsgrad for herigennem at vurdere, om en patient tilhører grøn kategori frem for gul.

Endelig skal det bemærkes, at implementering af den nationale kliniske retningslinje i form af medlemsmøder og information af tandlægerne er sket via Tandlægeforeningen, og at Danske Regioner og regionerne ikke indgik i denne del af implementeringen. Danske Regioner har oplyst, at de, efter konstatering af de systemtekniske fejl, som evalueringen peger på som mulige årsager til problemerne med implementering af retningslinjen, har igangsat et arbejde med henblik på at rette op på disse fejl.

1.5 Konklusion og anbefalinger

På trods af at den nationale kliniske retningslinje vurderes som et anvendeligt fagligt redskab, der på nogle områder har understøttet udviklingen mod en mere behovsorienteret tandpleje med fokus på individuel indsats, påviser evalueringen en række betydelige problemer i implementeringen af den kliniske retningslinje, der bør handles på. Således peger Sundhedsstyrelsen, på baggrund af evalueringen, på en række områder, hvor tandlæger, tandplejere og regioner bør sikre en mere korrekt omsætning af retningslinjen til praksis, så implementeringsproblemerne kan løses.

2 Introduktion

2.1 Baggrund

Sundhedsstyrelsen udgav i 2013 en national klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Formålet med retningslinjen er at vejlede tandplejen i at tilrettelægge diagnostiske undersøgelser efter individuelt behov på baggrund af tandlægens vurdering af patientens aktuelle sygdomsniveau og patientens risikofaktorer. Den nationale kliniske retningslinje skal være med til at sikre, at de patienter, der har aktiv tandsygdom, og hos hvem der skal være opmærksomhed på risikofaktorer, ses hyppigere end de patienter, der ikke har aktiv tandsygdom, og hvor risikofaktorer er under kontrol. Den kliniske retningslinje har således til formål at understøtte en systematisk behovsorienteret tandpleje af høj kvalitet for befolkningen og rationel ressourceudnyttelse.

En opgørelse fra Danske Regioner viste i 2015, at kun 12 % af ca. 2 mio. undersøgte borgere i praksistandplejen blev visiteret til grøn kategori. Hovedparten af borgerne, ca. 80 %, blev visiteret til gul eller rød kategori. Visitation til gul og rød kategori betyder i henhold til retningslinjen, at en meget stor andel af de undersøgte borgere blev vurderet til at have en aktiv tandsygdom, som kræver en særlig forebyggende og behandlende indsats.

I Danmark har særligt yngre voksne generelt en god tandstatus, og det blev derfor fundet bemærkelsesværdigt, at størstedelen af de ca. 2 mio. undersøgte borgere er visiteret til gul og rød kategori.

På den baggrund blev Regeringen og Danske Regioner i Aftale om regionernes økonomi for 2017 enige om, at Sundhedsstyrelsen i 2017 evaluerer den nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen efter to års implementering.

2.2 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er at undersøge den kliniske retningslinjes implementering, herunder retningslinjens anvendelighed og omsætning i praksis i såvel tandlægepraksis som centralt i de fem regioner.

2.3 Implementering af den nationale kliniske retningslinje

Den nationale kliniske retningslinjes anbefalinger er søgt implementeret dels via implementeringsværktøjer, som beskrevet i bilag til retningslinjen, og dels ved at tilpasse ydelser i Overenskomst om tandlægehjælp (Tandlægeoverenskomsten) med indgåelse af en ny overenskomst med tiltrædelse pr. 1. april 2015.

I den kliniske retningslinje indgår følgende implementeringsværktøjer:

Forløbsdiagram for fastlæggelse af individuelle undersøgelsesintervaller i tandplejen

Forløbsdiagrammet tager sit udgangspunkt i, at længden af undersøgelsesintervallet kan fastsættes på baggrund af patientens aktuelle sygdomsstatus, sammenholdt med tandlægens bedømmelse af patientens risiko for at udvikle ny sygdom. På denne baggrund inddeles patienterne i henholdsvis et grønt, gult og rødt spor.

Rationalet bag konceptet er, at ”grønne patienter”, der er klinisk sunde og klassificeres som værende i lav risiko for at udvikle ny sygdom, kan få et undersøgelsesinterval på mellem et til to år, hvorimod ”gule” og ”røde patienter” med aktiv sygdom og kendte risikofaktorer bør følges professionelt med kortere intervaller for justering af risikofaktorerne indtil sygdomsprogressionen er under kontrol. Trafiklyskonceptet lægger videre op til bedre diagnostik og individualiseret forebyggelse, kontrol og behandling af både caries og parodontalsygdomme. Som et nyt element indeholder strategien styrket patientinddragelse.

Det grønne spor tænkes for klinisk raske patienter med risikofaktorer under kontrol.

Det gule spor tænkes for patienter med aktiv sygdom med forhøjet risiko for progression af eksisterende sygdom eller udvikling af ny sygdom, hvor risikofaktorer, som fx dårlig mundhygiejne, søde/sure læskedrikke og rygning, 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, som er diagnosticeret ved diagnostisk undersøgelse (DU) og som indgår i den for tilstanden nødvendige forebyggelse og behandling. For beskrivelse af de nævnte ydelser henvises til tekstboks 1.

Det røde spor tænkes for patienter med aktiv sygdom med forhøjet risiko for progression af eksisterende

sygdom eller udvikling af ny sygdom, men hvor risikofaktorer kun vanskeligt eller ikke kan ændres ved intervention. Patienter i det røde spor kan være patienter med hyposalivation (medicinsk induceret eller induceret af systemiske sygdomme/tilstande), røntgenterapi på hoved/hals, kemoterapi, gastro-oesofagualt reflux, diabetes, manglende evne til compliance (fx fysiske eller psykiske handikaps) og alvorlige tanddannelsesforstyrrelser. Som ved patienter i det gule spor foretager tandlægen/tandplejeren den for tilstanden nødvendige forebyggelse, behandling og kontrol i form af fokuserede undersøgelser.

Vejledende checkliste for risikofaktorer

Den kliniske retningslinje anbefaler, at tandlægen/tandplejeren skal foretage en risikovurdering af hver patient. Risikovurderingen skal tages med i overvejelserne for fastlæggelse af undersøgelsesinterval for hver patient, inddeling i farvekategori og tilrettelæggelse af en målrettet, individuel forebyggende behandling. Til at guide tandlægens og tandplejerens risikovurdering er der

Beskrivelse af ydelserne:

Individuel forebyggende behandling (IFB), fokuseret undersøgelse (FU) og diagnostisk undersøgelse (DU)

Individuel forebyggende behandling (IFB) indeholder aktiviteter af forebyggelse målrettet borgerens individuelle behov og kan anvendes ved forekomst af aktiv caries, gingivitis, mukositis ved implantat, marginal parodontitis og periimplantitis. Ydelsen kan videre finde anvendelse ved forekomst af andre orale lidelser der kræver forebyggende behandling.

Fokuseret undersøgelse (FU) er en kontrolundersøgelse, der fokuserer på et aktuelt sygdomsproblem, som indgår i den for tilstanden nødvendige forebyggelse og behandling. Ydelsen anvendes i overenskomsten efter udført individuelt forebyggende behandling, udvidet tandrensning, tandrodsrensning eller kirurgisk parodontalbehandling, operativ fjernelse af tand, eller efter fokuseret undersøgelse med henblik på opfølgning og kontrol af sygdomsprogression efter udført behandling.

Diagnostisk undersøgelse (DU) omfatter optagelse af sygdomshistorie (anamnese), klinisk undersøgelse af tænder, mund og kæber, risikovurdering, diagnostik, behandlingsplanlægning samt almen forebyggelse.

fremstillet en checkliste over de almindelige risikofaktorer, der bør indgå ved en risikovurdering af hver patient. Risikofaktorerne er baseret på evidens fra systematiske videnskabelige studier.

Diagnostiske overvejelser/ kriterier

Den kliniske retningslinje indeholder en beskrivelse af diagnostiske overvejelser vedrørende caries, gingivitis og marginal parodontitis som en guide til tandlægen til at beslutte, hvornår en patient er sund eller har aktiv tandsygd.

Patientcases

Den kliniske retningslinje indeholder en række patientcases til vejledning af tandlægen/tandplejeren i foretagelsen af risikovurdering, inddeling i farvekategori og fastlæggelse af undersøgelsesinterval.

Den Danske Kvalitetsmodel for privatpraktiserende tandlæger

I forbindelse med tandlægeoverenskomsten fra 2015 blev der indgået aftale om, at udviklingsarbejdet omkring Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for privat tandlægepraksis skulle påbegyndes. Udvikling og test af DDKM er nu færdigt, og det endelige standardsæt, der bl.a. har fokus på faglig kvalitet, indgår i de igangværende overenskomstforhandlinger mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioner. Den nationale kliniske retningslinje er nævnt i standardsættet, hvormed implementering af retningslinjen i næste overenskomstperiode ydermere vil blive understøttet, hvis det indgår i den endelige aftale...

2.4 Kontekst for evalueringen

Som beskrevet ovenfor viste en opgørelse fra Danske Regioner i 2015, at ca. 80 % af de undersøgte borgere i praksistandplejen blev visiteret som havende aktiv tandsygd og altså kategoriseret i gul eller rød kategori. Visitation til hhv. rød, gul og grøn kategori sker ud fra en individuel tandplejefaglig vurdering af borgeren, og der var ikke indledningsvist en præcis forventning om, hvor mange borgere, der ville komme i hhv. rød, gul og grøn kategori. Idet befolkningen i Danmark generelt har en god tandstatus, blev det umiddelbart vurderet, at andelen af visiterede borgere i gul kategori er for høj.

På den baggrund blev det aftalt i forbindelse med økonomiaftalen med regionerne for 2017, at Sundhedsstyrelsen opdaterer den nationale kliniske retningslinje samt undersøger muligheden for at opstille måltal for inddeling af borgerne i rød, gul og grøn kategori med henblik på bedre understøttelse af regionernes styring af området.

Sundhedsstyrelsen præciserede på denne baggrund de diagnostiske kriterier vedrørende gingivitis med henblik på at hjælpe tandlægerne med at skelne mellem lette og mere udbredte symptomer på gingivitis, da alle patienter med gingivitis blev kategoriseret som gul, selvom der ikke var fagligt grundlag herfor. Den reviderede retningslinje blev udgivet i juli 2016.

Sundhedsstyrelsen opstillede i juni 2017 endvidere følgende måltal for inddeling af borgere i rød, gul og grøn kategori: Grøn kategori: 45-50 %, gul kategori: 43-48 %, rød kategori: 7 %.

Opstillingen af måltal er foretaget på grundlag af data fra Sygesikringsregisteret. Sundhedsstyrelsen fandt i den forbindelse, at der i 2016 var ca. 2,7 mio. voksne mennesker, der havde modtaget en eller flere ydelser med regionalt tilskud i privat praksis. Opgørelsen viste endvidere, at 16 % blev kategoriseret som grøn, 77 % blev kategoriseret som gul og 7 % blev kategoriseret

som rød. I relation til alder sås det, at der er relativt færre unge (18-25-årige) og yngre voksne (26-40-årige), som kategoriseredes i rød eller gul kategori. Blandt de 18-25-årige var 67 % i rød eller gul kategori, og blandt de yngre voksne var 76 % i rød eller gul kategori.

Sundhedsstyrelsen fandt desuden, at andelen af patienter i forhold til sygdomskategori var rimelig, hvilket betyder, at andelen af patienter, der behandles for aktiv tandsygdom for hhv. gingivitis, marginal parodontitis og for caries, er på niveau med den skønnede forekomst af de nævnte sygdomme. Det betyder samtidig, at niveauet for behandling ikke kan forklare den store andel af patienter, der er visiteret til gul kategori, hvormed der er flere patienter, som er visiteret til gul kategori, som ikke er i behandling for en aktiv tandsygdom.

Sundhedsstyrelsen undersøgte mulige årsager til den høje andel af patienter i gul kategori nærmere. I den forbindelse blev det bekendt, at patienter, der ikke har aktiv tandsygdom, men som skal have repareret en defekt fyldning, en fyldning der er knækket eller revnet, eller som skal have lavet en fyldning pga. et tandtraume, i nogle elektroniske patientjournaler skal anføres som ”gul” patient, førend systemet vil skrive en regning ud. Sygesikringsdata viste, at der var 1.232.191 unikke personer, der havde fået en eller flere tandfyldninger i 2016. Videre viste data, at der var 736.586 unikke personer med aktiv caries på en eller flere tandflader, og heraf vil en betydelig andel ikke være fyldningskrævende. Dette kan betyde, at der er omkring en halv million patienter ($1.232.191 - 736.586 = 495.605$), der har fået lavet defekte fyldninger eller fyldninger, der ikke er forårsaget af caries, og som af tandlægerne er blevet kategoriseret som ”gule”, selvom patienten kan have været ”grøn”. Hvis ikke patienten er blevet kategoriseret som ”gul”, vil det elektroniske system ikke skrive regningerne ud og patienterne kan ikke få deres regionale tilskud til behandlingen.

Dette er en helt central problemstilling, som medfører, at der er flere patienter i gul kategori, end der er patienter, der har aktiv tandsygdom. Hele idéen med, at en patient bliver ”gul”, er, at patienten har aktiv tandsygdom, der skal interverneres imod. Det kan her bemærkes, at opgørelser fra Socialstyrelsen i Sverige viser, at hovedparten af de fyldninger, der bliver lavet i privat praksis, er reparationer af eksisterende fyldninger. Videre bliver patienter i nødbehandling i tandlægevagten (ca. 8.000 pr. år) ligeledes kategoriseret som ”gule patienter”, selvom det ikke er hos patientens egen tandlæge.

Dette – sammenholdt med, at en del af de patienter, der behandles for gingivitis, skal kategoriseres som ”grønne”, sammen med en forventning om udligning af regionale forskelle, samt at patienter i nødbehandling i tandlægevagten (ca. 8.000 pr. år), ikke behøver at komme i gul kategori, hvis de ikke har aktiv tandsygdom – har dannet baggrund for ovenstående måltal for voksnes fordeling i henhold til farvekategori, som Sundhedsstyrelsen har estimeret. Det skal understreges, at måltallene er skønnede.

3 Sundhedsstyrelsens anbefalinger

På baggrund af evalueringen anbefaler Sundhedsstyrelsen, at følgende initiativer igangsættes:

- Danske Regioner følger og analyserer løbende udviklingen i hhv. aktivitet for diagnostiske undersøgelser og fokuseret undersøgelse for voksne brugere af praksistandplejen og udviklingen i fordelingen af patienter i grøn, gul og rød kategori.
- Danske Regioner og Tandlægeforeningen foretager systemtekniske tiltag således at tandlægerne, i forbindelse med indplacering af patienterne i gul eller rød kategori, også skal indplacere patienten i en sygdomsbehandlingskategori med henblik på at sikre, at det kun er patienter med aktiv tandsygdom, der placeres i gul eller rød kategori
- Danske Regioner og Tandlægeforeningen iværksætter systemtekniske tiltag, der understøtter, at raske patienter, der er i gul kategori, fremover kategoriseres som grønne; herunder:
 - at raske patienter, der skal have lavet en fyldning af anden årsag end aktiv tandsygdom, kan få sygesikringstilskud til fyldningsterapi i grøn kategori.
- Tandlægerne præciserer blødningsgrad fra tandkødet ved gingivitis i journalen med henblik på at vurdere, om patienten kan følges i det grønne spor. Tandlægeforeningen understøtter, at dette finder sted.
- Sundhedsstyrelsen præciserer i forløbsdiagram for fastlæggelse af individuelle undersøgelsesintervaller i tandplejen (bilag 2 i den kliniske retningslinje), at ydelsen individuel forebyggende behandling ikke er en forudsætning for andre ydelser.
- Tandlægeforeningen og Danske Regioner informerer tandlægerne om, at ydelsen individuel forebyggende behandling ikke er en forudsætning for andre ydelser, men kun ydes efter behov.
- Danske Regioner drøfter i samarbejde med Tandlægeforeningen muligheder for ophævelse af binding ved 9-måneders reglen for fokuseret undersøgelse.

4 Metode

4.1 Om evalueringens design

Sundhedsstyrelsens evaluering af den nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen omfatter tre spor;

1. En kvantitativ analyse af aktivitetsdata
2. En kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden samt implementeringsgraden af den kliniske retningslinje gennem semistrukturerede interviews med tandlæger, tandplejere samt repræsentanter fra regionerne og Danske Regioner
3. En analyse af konkrete patientforløb i form af en journalaudit af uddrag af i alt 91 journaler.

I bilag 1 er design og metode for de tre delspor uddybet.

4.2 Analyse af aktivitetsdata

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af et dataudtræk fra Sygesikringsregisteret leveret af Sundhedsdatastyrelsen gennemført en kvantitativ analyse af aktivitet og ydelser på tandplejeområdet, herunder inddelingen af borgere i rød, gul eller grøn farvekategori ud fra deres tandstatus. Der er i analysen foretaget relevante sammenligninger mellem ydelsesaktiviteter i den gamle tandlægeoverenskomst (ved kalenderårene 2011 og 2012) og den nye overenskomst gældende fra 1. april 2015 til 31. marts 2017.

I supplement til den kvantitative analyse af aktivitetsdata har Sundhedsstyrelsen gennemført en analyse af udvikling i aktiviteten for udvalgte undersøgelses- og behandlingsydelser i Tandlægeoverenskomsten i årene 2012, 2014 og 2016. Resultatet af denne supplerende analyse findes i bilag 7.

4.3 Kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden og implementeringsgraden af den kliniske retningslinje

Sundhedsstyrelsen har endvidere som led i evalueringen fået udført kvalitative interviews med henblik på at få belyst, hvordan regionerne og de privatpraktiserende tandlæger samt tandplejere omsætter den kliniske retningslinje til praksis, og til belysning af de udfordringer regionerne og de privatpraktiserende tandlæger samt tandplejere oplever ved brugen af og implementeringen af den nationale kliniske retningslinje. Den kvalitative analyse er udført af Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden.

Det skal bemærkes, at repræsentanterne for hhv. tandlægerne og tandplejerne ikke er tilfældigt udvalgt. Rekrutteringen er foregået gennem Tandlægeforeningen og Dansk Tandplejerforening. Det blev for evaluator under interviewene tydeligt, at interviewpersonerne havde indgående kendskab til den nationale kliniske retningslinje. De udvalgte repræsentanter var politisk engagerede, og nogle havde tidligere været med til at kommentere såvel den kliniske retningslinje som overenskomsten. Der skal således ved læsning af repræsentanternes besvarelser tages højde for dette vilkår.

4.4 Analyse af konkrete patientforløb i form af journalaudit

Sundhedsstyrelsen søgte det med journalauditten belyst, hvordan den nationale kliniske retningslinje omsættes til praksis, når den anvendes som et fagligt redskab. Sundhedsstyrelsen vurderede, at dette bedst blev belyst ved at inddrage journaler, der repræsenterede alle aldersgrupper (over 18 år) og alle fem regioner. Sundhedsstyrelsen har samlet inddraget anonymiserede uddrag af 92 journaler. Én journal blev taget ud, idet der ikke var udført en diagnostisk undersøgelse i journalmaterialet.

Journaler til brug for journalauditten blev udvalgt efter et tilfældighedsprincip.

Kun otte ud af 15 tandlæger har efter Sundhedsstyrelsens anmodning indsendt patientjournaler til journalaudit. Dette på trods af at Sundhedsstyrelsen forinden havde aftalt med Tandlægeforeningen at samarbejde omkring opgaven, og auditten ville være anonym for tandlægen. Det kan ikke udelukkes, at den manglende deltagelse har betydning for resultatet af journalauditten. Patienter i journalmaterialet har en ligelig fordeling i forhold til alder, og der er ca. 10 % flere grønne og færre gule, end det ses på landsplan. Journalmaterialet er ikke repræsentativt for voksne, der har modtaget en diagnostisk undersøgelse under ny tandlægeoverenskomst, men kan anvendes til at illustrere, hvordan den nationale kliniske retningslinje anvendes i praksis og belyse nogle af de problemstillinger, der kan være relateret hertil.

5 Resultater

5.1 Kvantitativ analyse af data fra Sygesikringsregisteret

5.1.1 Fordelingen af voksne (18+) i grønt, gult og rødt spor i forhold til køn, aldersgruppe og region i ny overenskomstperiode

Der er i den første toårige periode med ny overenskomst fra 1. april 2015 til 31. marts 2017 i alt 3.206.043 unikke voksne, der er blevet undersøgt ved en tandlæge og farvekategoriseret. De voksne fordeler sig i perioden med 13 % i grøn kategori, 79 % i gul kategori og 8 % i rød kategori (bilag 2, tabel 1). Denne procentuelle fordeling er nogenlunde den samme, når der opgøres på kalenderårene 2015, 2016 og 2017 og der kan ikke ses en udvikling i fordelingen fra tidlig implementering af overenskomst og frem.

Fordelingen i farvekategori er ensartet for mænd og kvinder (bilag 2, tabel 2) omend 2 % flere kvinder er i grøn kategori. Fordelingen i farvekategori i forhold til de enkelte regioner i årene 2015, 2016 og 2017 er overordnet ensartet (bilag 2, tabel 3). Dog ses for alle år, at Region Midtjylland har flest i grøn kategori, mens Region Hovedstaden har færrest i grøn kategori. Den største forskel i grøn kategori inden for et år mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden er på 5 %.

Da den røde kategori for regionerne ligger ens på 6-8 % for alle år, afspejles forskellen i, at Region Hovedstaden for alle år har flest i gul kategori (78-82 %). Der er en højere andel af de unge (31-34 %), der er i grøn kategori, end tilfældet er for de yngre voksne (19-22 %), midaldrende (12-15 %), og ældre (6-8 %) (bilag 2, tabel 4-7). Tilsvarende ses det, at der er en højere andel af de ældre (79-82 %) og de midaldrende (79-81 %), der er i gul kategori, end tilfældet er for de yngre voksne (75-78 %) og de unge (64-67 %). Der er en højere andel af de ældre (12-13 %), der er i rød kategori end tilfældet er for de midaldrende (6-7 %), yngre voksne (3-4 %), og de unge (2 %).

5.1.2 Fordelingen af voksne i gult og rødt spor i forhold til sygdomskategori (gingivitis, marginal parodontitis, caries) i ny overenskomstperiode

I forbindelse med Fokuseret undersøgelse og Individuel forebyggende behandling registrerer tandlægen, hvorvidt patienterne behandles for enten gingivitis, marginal parodontitis, caries eller andet, fx erosioner. På landsplan er der i årene 2015-2017 registreret, at 26-33 % er behandlet for gingivitis, 21 % for marginal parodontitis og 22-27 % for aktiv caries. Nogle har modtaget behandling for flere sygdomme samtidigt, mens andre kun har modtaget behandling for en af sygdomskategorierne (bilag 2, tabel 12). Der er ingen markant forskel mellem kvinder og mænd i fordeling i forhold til sygdomskategori (bilag 2, tabel 17). Overordnet er inddeling i behandlingskategori ensartet i de fem regioner. Region Sjælland og Region Hovedstaden har den højeste behandlingsfrekvens for gingivitis på 35 % i 2015 og 2016, mens Region Nordjylland ligger lavest på 24 % i 2017 (bilag 2, tabel 18). Region Nordjylland har ligeledes den laveste behandlingsfrekvens for marginal parodontitis på 18-19 %, mens Region Sjælland har den højeste på 23 % (bilag 2, tabel 19). Region Syddanmark har den højeste behandlingsfrekvens for caries på 26-29 %, mens Region Nordjylland også ligger lavest på 20-24 % (bilag 2, tabel 20).

Det ses overraskende, at 57-67 % af de patienter, der ikke har nogen sygdomskategori, er placeret som ”gule patienter” (bilag 2, tabel 8). Det ses endvidere, at mellem 93-94 % af patienter med gingivitis er kategoriseret som ”gul patient” 2015 til 2017 (bilag 2, tabel 9). For patienter

med caries er ca. 91 % ”gule” og 9 % ”røde”, mens der for patienter med marginal parodontitis er ca. 82 % ”gule” og 18 % ”røde” (bilag 2, tabel 10-11).

Overordnet er andelen af personer, der er behandlet for gingivitis, i samme niveau for alle aldersgrupper, mens de ældre og midaldrende langt hyppigere modtager behandling for marginal parodontitis end de yngre voksne og de unge. Der ses ingen aldersrelateret tendenser for hyppigheden af behandling af aktiv caries i perioden (bilag 2, tabel 13-16).

I tabel 12 ses, at andelen af voksne brugere af praksisstandplejen i 2015, 2016 og 2017, der modtager forebyggelse og behandling for gingivitis, er hhv. 33 %, 33 % og 26 %. Der ses således et fald fra 33 % i 2015 og 2016 til 26 % i 2017. Reduktionen i andelen af patienter, der modtager behandling for gingivitis i perioden, ses ligeledes i alle aldersgrupper (bilag 2, tabel 13-16) samt for alle regioner (bilag 2, tabel 18).

5.1.3 Fordelingen af behandlingsydelser for voksne i gult og rødt spor i forhold til sygdomskategori (gingivitis, marginal parodontitis, caries) i ny overenskomstperiode

Der er i bilag 2, tabel 21 og 22 præsenteret beregninger for hyppigheden af udvalgte undersøgelses- og behandlingsydelser i relation til unikke personers placering i farvekategori og iht. sygdomsbehandlingskategori i den toårige periode for ny overenskomst. Det skal her fremhæves, at diagnostiske undersøgelser ses foretaget med større hyppighed for grønne patienter, end for gule og røde. Dette skal ses i sammenhæng med, at fokuserede undersøgelser ikke ydes til grønne patienter.

Ses der samlet på hyppigheden af diagnostiske undersøgelser og fokuserede undersøgelser, svarer det til, at ”grønne patienter” gennemsnitligt ses 1,5 gange, ”gule patienter” 2,3 gange og ”røde patienter” 3,2 gange pr. to år. Almindelig tandrens gives lidt hyppigere til ”gule patienter” (ca. 1,5 pr. to år) end til ”grønne” og ”røde” (ca. en gang pr. to år). De parodontale behandlingsydelser Udvidet tandrensning og Tandrodsrensning gives med markant større hyppighed for ”røde” end for ”gule patienter” og gives ikke til ”grønne patienter”. Få ”grønne patienter” får lavet få fyldninger, og fyldninger er hyppigere for ”røde” end ”gule patienter”.

Opgørelse af hyppigheden af undersøgelses- og behandlingsydelser i relation til sygdomsbehandlingskategori skal ses i lyset af, at hver unik person godt kan være i flere sygdomskategorier samtidigt. Ses på hyppigheden af diagnostiske undersøgelser og fokuserede undersøgelser samlet, svarer det til, at patienter med gingivitis, caries og anden sygdom gennemsnitligt ses ca. tre gange, patienter med marginal parodontitis 3,5 gange på to år.

Patienter, der ikke er i en sygdomskategori, ses gennemsnitligt ca. 1,2 gange på to år. Forebyggelse gives til alle sygdomskategorier med en hyppighed på 1,2-1,4 gange pr. patient på to år. Almindelig tandrensning gives gennemsnitligt 1 gang pr. to år til patienter, der ikke er i en sygdomskategori, mens patienter med sygdom gennemsnitligt modtager to tandrensninger på to år. For patienter, der er i sygdomskategorien marginal parodontitis, ses det, at de får hyppigere fokuserende undersøgelser, ca. to gange på to år og markant flere parodontale behandlingsydelser, end for de andre sygdomsbehandlingskategorier. Patienter i carieskategorien får hyppigere fyldningsterapi, men fyldningsterapi er også frekvent for patienter i alle andre sygdomskategorier.

5.1.4 Ændringer i hyppigheden af praktiserende tandlægers undersøgelse, kontrol og udvalgte behandlingsydelser af voksne fra gammel tandlægeoverenskomst til ny tandlægeoverenskomst

I bilag 2, tabel 23 og 24 er vist ændringer i hyppigheden af diagnostiske undersøgelser og kontrolundersøgelser i en toårig periode med hhv. gammel overenskomst (2011-2012) og ny overenskomst (2015-2017). Der ses en mindre stigning i antallet af unikke personer, der modtager en diagnostisk undersøgelse på ca. 3 %, svarende til 88.604 personer og en stigning i antallet af diagnostiske undersøgelser på ca. 6 %, svarende til 265.941 diagnostiske undersøgelser.

Der ses et fald på 5 % i andelen af personer, der får en undersøgelse indenfor to år og en stigning på 5 % for patienter, der får to undersøgelser indenfor to år. Der bliver således fra gammel overenskomst til ny overenskomst foretaget flere diagnostiske undersøgelser på flere personer med en øget hyppighed.

Hvad angår kontrolundersøgelser/fokuserede undersøgelser ses imidlertid et fald i antal personer, der modtager kontroller på 29 %, svarende til 634.473 personer, samt et fald i antal ydelser på 32 %, svarende til 1.307.939 ydelser.

Der er en stigning på 6 % for patienter, der får én kontrol inden for to år og et fald på 7 % for de, der får to kontroller på to år. Andelen, der får tre-fire kontroller, er så godt som uændret.

I bilag 2, tabel 25 sammenlignes omfanget af undersøgelses- og kontrolydelser samlet, og der ses fra gammel overenskomst til ny overenskomst et fald på i alt 1.041.988 diagnostiske undersøgelser og kontrolundersøgelser. Dette svarer til et fald på 37 færre diagnostiske- og kontrolundersøgelser pr. 100 personer, der har modtaget en eller flere sygesikringsydelser i de to respektive toårige tidsperioder (2011-2012) og (2015-2017).

5.2 Kvantitativ analyse af konkrete patientforløb i form af journalaudit

I bilag 3, tabel 1 ses at det indhentede journalmateriale, der indgår i analysen, består af i alt 91 patientjournaler fordelt ligeligt i de fire definerede aldersgrupper.

I det indhentede journalmateriale fordeler patienterne sig ved, at der er 23 % i grøn kategori, 66 % i gul kategori og 8 % i rød kategori og kun 3 %, der ikke er tildelt en farvekategori. Der er i journalmaterialet ca. 10 % flere ”grønne” og færre ”gule patienter”, end det ses på landsplan. Det vurderes dog, at materialet kan belyse relevante problematikker i de respektive farvekategorier.

5.2.1 Undersøgelse af aktiv sygdom og diagnosticering

I hovedparten af journalerne (96 %) er det angivet, om patienten er sund eller har en aktiv tand sygdom (bilag 3, tabel 2). Der er i alt fire journaler, hvor tandlægen ikke iht. journalnotatet har foretaget en fuldstændig vurdering af, om patienten er sund eller har aktiv tand sygdom. Heraf har en patient ingen farve, en patient er ”grøn”, to patienter er ”gule”. En ”gul” patient ses ved journalgennemgang at have fået foretaget fyldningsterapi uden registrering af sygdom, diagnose eller årsagsforklaring.

Der er otte patienter, svarende til 9 %, hvor tandlægen har konstateret aktiv tand sygdom, og hvor der ikke er angivet en diagnose (bilag 3, tabel 3). Heraf er seks patienter ”gule”, en patient er ”rød” og en patient har ingen farve (bilag 3, tabel 6). For de seks ”gule patienter” ses ved jour-

nalgennemgang, at to patienter modtager behandling for marginal parodontitis uden diagnose, fire patienter uden diagnose eller årsagsforklaring får fyldningsterapi, en patient uden diagnose får foretaget kosmetisk tandblegning. For den ”røde” patient (aktiv sygdom), hvor tandlægen ikke har stillet en diagnose, ses ved gennemgang af journalen, at patienten ikke har aktiv tand sygdom, men risikofaktorerne (medicin) vurderes vanskeligt og ikke kan ændres. Der er ti patienter, der er kategoriseret grønne, hvor der er registreret sygdom og stillet en eller flere diagnoser (tabel 6). Ved gennemgang af de 10 journaler ses, at seks patienter havde let gingivitis. Fælles var interval til næste statusundersøgelse, nemlig 12 måneder. For de tre patienter, der ikke har en farvekode, er fællestræk, at der er lavet en diagnostisk undersøgelse med manglende diagnostik og risikovurdering. To af patienterne har modtaget behandling for marginal parodontitis.

5.2.2 Angivelse af blødningsgrad ved gingivitis

Af de patienter, der har diagnosen gingivitis (n=53), er der 42 %, hvor tandlægen ikke har angivet, om der er blødning på mere eller mindre end 15 % af tandfladerne, som angivet i den kliniske retningslinje (bilag 3, tabel 4). I forhold til farvekategori ses, at der er 34 % af de, der har diagnosen gingivitis, og hvor tandlægen ikke har angivet en blødningsgrad, der er ”gule patienter” (bilag 3, tabel 5).

5.2.3 Risikovurdering og risikofaktorer

Der er 10 % af journalerne, hvor tandlægen ikke har foretaget en risikovurdering, som er anbefalingen i den kliniske retningslinje (bilag 3, tabel 7). For samtlige af de ”røde patienter” er der i journalen angivet risikofaktorer, mens der for de ”gule patienter” er 8 %, hvor tandlægen ikke har angivet, hvilke risikofaktorer der er identificeret, og som skal interverneres imod (bilag 3, tabel 8).

5.2.4 Fastlæggelse af undersøgelsesinterval

Journalauditten viser at for 19 % af de ”grønne patienter” er der ikke aftalt et interval indtil næste statusundersøgelse. For de ”gule patienter” er der i 23 % af tilfældene ikke aftalt et interval indtil næste fokuserede undersøgelse.

5.3 Kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden og implementeringsgraden af den kliniske retningslinje ved telefoninterviews

Interviewundersøgelsen omhandlede og dækkede overordnet seks temaer, fra hvilke de vigtigste resultater og pointer refereres nedenfor. Hele interviewundersøgelsen er at finde på Sundhedsstyrelsens hjemmeside¹.

5.3.1 Implementeringen af den kliniske retningslinje

Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne oplyser, at de blev introduceret til den nationale kliniske retningslinje af Tandlægeforeningen ved fx stormøder. Tandlægerne og tandplejerne oplever, at introduktionen og selve implementeringen har fungeret uproblematisk. Dette tilskriver de, at retningslinjen er utvetydig og ligger tæt op ad deres hidtidige praksis, hvor de også inddelte patienter efter intervaller.

¹ Evaluering af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen – En evaluering baseret på interview blandt tandlæger, tandplejere og regionale repræsentanter. Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af Sundhedsstyrelsen. September 2017.

Regionerne har ikke været en aktiv del af implementeringen af den kliniske retningslinje og den nye overenskomst. Repræsentanter fra regionerne fortæller, at man på implementeringstidspunktet vurderede, at man ikke havde ressourcer til at være med i implementeringsfasen. Efterfølgende konkluderer regionerne dog, at de og Sundhedsstyrelsen formentlig skulle have prioriteret det som en myndighedsforpligtelse, da de oplever, at en økonomisk interesse hos tandlægerne og tandplejerne præger fortolkningen. Regionerne har efterfølgende understøttet implementeringen ved at henvende sig til de tandlæger, der under- eller overbehandlede, og har bedt dem orientere sig i den nationale kliniske retningslinje.

5.3.2 Anvendeligheden af den kliniske retningslinje

Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne synes alle, at den kliniske retningslinje er et fagligt godt redskab. Retningslinjen har givet tandlægeklinikkerne anledning til at ensrette deres diagnostiske kriterier, og flere mener, at retningslinjen har givet et lille kvalitetsløft. Ifølge de regionale repræsentanter er det dog ikke alle tandlæger og tandplejere, der bruger retningslinjen.

Retningslinjen indeholder en checkliste, som bruges ved gennemgang af patientens tandstatus. Nogle finder tjeklisten meget nyttig og bruger den hver gang, mens andre synes, at den er overflødig, når de tilser patienter, de har kendt gennem en længere periode.

Retningslinjen indeholder ligeledes en række patientcases. Nogle tandlæger og tandplejere læste dem i starten og blev bekræftet i, at deres egen praksis fungerede godt. De regionale repræsentanter er glade for casene og finder det gavnligt at læse konkrete eksempler fra den kliniske verden.

Den kliniske retningslinje er bygget op som en lysregulering til at indplacere patienterne i forhold til deres tandsundhed. Nogle af repræsentanterne for hhv. tandlæger og tandplejere bruger den som et pædagogisk redskab over for patienterne, og de synes, at det er rart at kunne henvise til en officiel myndighed (Sundhedsstyrelsen) i forhold til patienternes indplacering. Andre bruger ikke retningslinjen som et pædagogisk redskab.

Det eneste kritikpunkt ved retningslinjen vedrører intervallet for statusundersøgelser på 12-24 måneder, som tandlægerne og tandplejerne synes er for længe, da der kan nå at ske meget på to år, hvor man ikke ser patienten.

5.3.3 Omsætningen af den kliniske retningslinje

Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne oplever retningslinjen som forholdsvis utvetydig og mener derfor, at tandlæger og tandplejere generelt tolker og bruger retningslinjen ens.

Når de præsenteres for en fordeling af patienter for 2016, hvor 7 % er ”røde”, 77 % ”gule” og 16 % ”grønne”, svarer de samstemmende, at det er det reelle billede af fordelingen i Danmark, og at det er flot, set i forhold til resten af verden. Repræsentanter for tandlægerne påpeger, at det er vigtigere at se på, hvor ofte en patient kommer til tandlæge, da en ”gul patient” ikke nødvendigvis kommer oftere end en ”grøn patient”. De fleste repræsentanter for tandlægerne og tandplejerne fortæller, at de ikke nødvendigvis indkalder de ”gule patienter” oftere end de ”grønne patienter”. Men i deres fortolkning af overenskomsten er de nødt til at gøre en patient ”gul”, hvis vedkommende fx har knækket en tand, så de kan lave den påkrævede behandling, og så det

samtidig passer til overenskomsten. Repræsentanter fra regionerne siger, at dette er en fejlagtig opfattelse. Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne understreger, at de ikke kan sætte en sund patient i gul kategori, da dette ville kræve, at de skulle opfinde en diagnose, hvilket kan betyde en fratagelse af retten til at praktisere.

Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne synes, at der er en god overensstemmelse mellem den kliniske retningslinje og overenskomsten, men de pointerer, at de låsninger, der er i overenskomsten i forhold til, at patienter skal komme inden for ni måneder for at få tilskud, er meget uhensigtsmæssige og frustrerende. For at undgå at patienterne udskyder deres tid, således at perioden forskydes ud over ni måneder, indkalder tandlægerne eller tandplejerne derfor nogle gange patienterne efter seks-syv måneder efter sidste besøg. Dermed kan der opstå situationer, hvor tandlægerne eller tandplejerne ser patienterne tre til fire gange på to år i stedet for to gange på to år. De ærgres sig over, at det er gået fra et fagligt redskab til et økonomistyringsredskab.

I modsætning til, hvad der som en afledt konsekvens af implementeringen af retningslinjen blev forventet, er udgifterne til tandpleje ikke faldet med indførelse af den kliniske retningslinje og den nye overenskomst. Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne oplever, at retningslinjen som arbejdsredskab, lægger op til, at der gøres noget ved sygdommen, lige så snart den er kendt. Tidligere holdt de igen med behandlingerne af hensyn til patientens egenbetaling, men nu behandler de med det samme. De oplever altså, at den kliniske retningslinje har gjort, at de fakturerer mere. Flertallet af regionsrepræsentanterne mener, at retningslinjen fremmer et større forbrug af ydelser, da nogle undersøgelser ikke kan foretages uden andre forudgående ydelser. Det bevirker, at regionerne ikke kan holde "hånd i hanke" med økonomien og realisere den forventede besparelse.

Sundhedsstyrelsen har efter udgivelsen af den kliniske retningslinje udarbejdet måltal for, hvor mange borgere der skønnes placeret i kategorierne. Ifølge disse måltal bør 45-50 % af borgerne kunne placeres i grøn kategori. Disse måltal finder repræsentanterne for hhv. tandlæger og tandplejere urealistiske, da det betyder, at ca. 1 mio. borgere skal flyttes fra gul til grøn kategori. Nogle regioner ser det som en løsning, at man kun opererer med to kategorier (grøn og rød), hvilket de forventer, vil flytte nogle borgere fra "syg" til "rask".

5.3.4 Samarbejdet mellem tandlæger og regioner

De regionale repræsentanter oplever, at indførelsen af den kliniske retningslinje, overenskomsten og besparelsen, har givet et dårligt samarbejds-klima mellem regionerne, tandlægerne og tandplejerne. Én beskriver, at samarbejdet tidligere har været helt uproblematisk, hvorimod de nu "slås på alle fronter", herunder også i forhold til kontrolstatistikker, som tidligere fungerede fint.

Regionerne føler sig i klemme mellem Sundheds- og Ældreministeriet, der vil minimere antallet af behandlinger, og tandlægerne, der peger på den kliniske retningslinje. Regionsrepræsentanterne beskriver endvidere, at de har en øget mistillid til tandlægerne.

5.3.5 Tilbagemeldinger fra patienterne

Repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne oplever, at de og patienterne langt hen ad vejen er enige om intervaller for indkald. Nogle "grønne patienter" insisterer på at få rensset tænderne to gange om året, og betaler selv for tandrensning nummer to, som der ikke ydes tilskud til.

Nogle ”røde patienter” har fejlagtigt fået den opfattelse, at de kun skal gå til tandlægen én gang om året. Tandlægerne bruger en del tid på at overbevise disse patienter om, at de har behov for hyppigere behandling.

De tilbagemeldinger regionerne får fra patienterne vedrører i høj grad ydelsen individuel forebyggende behandling (IFB), som hverken patienterne eller regionen finder rimelig. Nogle patienter kan end ikke huske, at de har modtaget vejledning, og klager derfor til regionen.

5.3.6 Samfundsmæssige konsekvenser

Såvel repræsentanter for hhv. tandlægerne og tandplejerne som de regionale repræsentanter synes, at den kliniske retningslinje samfundsmæssigt set er en god idé, idet en besparelse på de ”grønne patienter” kan bruges på de ”røde patienter”. De mener også, at det giver et ensartet niveau for det, befolkningen tilbydes, når de går til tandlægen.

Nogle repræsentanter for tandlægerne påpeger, at det er vigtigt at bruge ressourcer på tandpleje, idet ubehandlet tandsygdom kan udvikle sig til andre somatiske sygdomme, som koster samfundet endnu flere penge i form af fx indlæggelser.

6 Diskussion

6.1 Dataanalyse

I den første toårige periode med ny overenskomst er 3.206.043 unikke voksne blevet undersøgt ved en tandlæge og farvekategoriseret med 13 % i grøn kategori, 79 % i gul kategori og 8 % i rød kategori, hvilket er identisk med tidligere opgørelser.

Det vurderes, at der på landsplan er et meget højt niveau af patienter, der kategoriseres i gul og rød kategori. Det, at der er en overordnet ensartet fordeling mellem regionerne, tyder imidlertid på en relativt samstemmende opfattelse mellem tandlægerne af, hvordan patienterne kategoriseres efter farve. Der er dog en tendens, der peger på, at Region Midtjylland har flere patienter i grøn kategori end Region Hovedstaden har, hvilket er bemærkelsesværdigt, idet undersøgelser har vist, at høj social status målt ved uddannelsesniveau og indkomst er positivt relateret til tandsundheden i voksenbefolkningen.

Der ses et kontinuerlig fald i andelen af ”grønne” patienter med stigende alder. Dette stemmer overens med, at tandsundheden blandt unge og yngre voksne er bedre end hos midaldrende og ældre målt i antal naturlige tænder, gennemsnitligt DMF-indeks og fæstetabsmål. At der på landsplan er 13 % voksne i grøn kategori, skal ses i sammenhæng med, at aldersprofilen for brugere af praksistandplejen i perioden fra 2015-2017 er, at ca. 30 % er i alderen 18-40 år og 70 % er i alderen 41-110 år. Det er dog overraskende, at forskellen på den relative fordeling i gul kategori ikke er større mellem den yngre og den ældre del af befolkningen i betragtning af de relativt store forskelle i tandsundheden, der er vist mellem generationer. Der ses markant flere ældre i rød kategori, og dette kan forklares ved, at tandsundheden blandt ældre, målt i antal naturlige tænder, gennemsnitligt DMF-indeks og fæstetabsmål, er dårligere end for den yngre del af befolkningen. Der er tale om en kohorteffekt, og at tandsygdomme akkumuleres over tid. Videre er forekomsten af systemisk og kronisk sygdom hyppigere hos ældre og de deraf følgende bivirkninger af lægelig og medicinsk behandling, som er karakteristisk for patienter i rød kategori.

Ud over kategorisering af patienterne i henholdsvis grønt, gult og rødt spor, registrerer tandlægen i forbindelse med en fokuseret undersøgelse og en individuel forebyggende behandling, hvorvidt patienterne behandles for sygdomskategori gingivitis, marginal parodontitis, caries eller andet, fx erosioner. Vejledning i, hvornår en patient har aktiv tandsygdom i form af gingivitis, marginal parodontitis eller aktiv caries, er anført i den nationale kliniske retningslinje for intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.

For alle brugere af praksistandplejen viser opgørelsen, at 26-33 % behandles for gingivitis, 21 % behandles for marginal parodontitis, 22-27 % behandles for caries. Fordelingen af patienter i forhold til sygdomsbehandlingskategori vurderes at være rimeligt og kan ikke direkte forklare den store andel af patienter, der er ”gule”. Overordnet er fordelingen i sygdomsbehandlingskategorier ensartet i de fem regioner, hvilket underbygger en ensartet fortolkning af kriterier for aktiv tandsygdom. Dog har Region Nordjylland en lidt lavere andel patienter i sygdomskategorier, end der ses i de andre regioner.

Andelen af personer, der er behandlet for gingivitis er næsten ens for alle aldersgrupper, mens de ældre og midaldrende langt hyppigere modtager behandling for marginal parodontitis, end de

yngre voksne og de unge. Behandling for marginal parodontitis er en forventeligt primær behandlingsaktivitet hos de midaldrende voksne og ældre, idet erfaringen er, at marginal parodontitis sjældent forekommer før 35-40-års alderen og er hyppigt forekommende blandt ældre.

Der ses ingen aldersrelaterede tendenser for hyppigheden af behandling af aktiv caries i perioden. Dette kan umiddelbart synes overraskende idet undersøgelser viser, at symptomer på cariessygdommen, målt ved antal fyldninger og tandtab, er på hastig retur særligt for de yngre aldersgrupper. Imidlertid behandler tandlæger cariessymptomer i et bredt spektrum fra de tidligste stadier med let mineraltab og kridtning af tandoverfalden, til stadier med stort mineraltab og kavitedannelse i tanden. Den primære behandling af sygdommen aktiv caries er forebyggende behandling med ændring af risikofaktorer, mens fyldningsterapi er behandling af cariessygdommen symptomer.

Det ses dog overraskende, at 57-67 %, af de patienter, der ikke har nogen sygdomskategori, er kategoriseret som ”gule patienter” (bilag 2, tabel 8). Dette svarer i 2015 til 570.309 unikke patienter, i 2016 til 638.028 unikke patienter og i 2017 til 431.856 unikke patienter. Sammenholdes dette med, at dataudtræk viser, at patienter der, i den toårige nye overenskomstperiode 2015-2017, ikke er i en sygdomskategori, har fået lavet i alt 944.462 fyldninger på 618.212 unikke personer, vil det kunne betyde, at disse er kategoriseret som ”gule” uden at have aktiv sygdom, men fordi de har fået repareret en defekt fyldning. Tages der højde for denne mulige fejkategorisering, vil det ændre fordelingen i perioden 2015-2017 til 32 % ”grønne”, 59 % ”gule” og 8 % ”røde” (bilag 2, tabel 11.a). Dette underbygges af, at der i samme periode er 1.002.229 patienter, der ikke er i en sygdomskategori, og kun 416.057 patienter i grøn farvekategori. Det stemmer videre overens med, at det i et tidligere notat fra Sundhedsstyrelsen er belyst, at patienter der ikke har aktiv tandsygdom og som skal have repareret en defekt fyldning – en fyldning, der er knækket eller revnet eller have lavet en fyldning pga. et tandtraume – i det elektroniske patientjournal- og afregningssystem, skal anføres som gul patient, førend systemet vil skrive en regning ud, og patienten kan få sit regionale tilskud til fyldningen.

Omvendt tyder dette også på, at der er en relativt stor gruppe patienter i gul kategori, der ikke modtager Fokuserede undersøgelser (FU) eller Individuel forebyggende behandling (IFB). Udtræk viser da også, at der i den toårige nye overenskomstperiode 2015-2017 er 2.522.699 patienter, der er ”gule”, og heraf modtager kun 1.374.190, svarende til 54 % unikke personer, fokuserende undersøgelser og 1.679.984 svarende til 67 % unikke personer, individuel forebyggende behandling. Det kan således antages, at patienter, som ikke har aktiv sygdom, bliver kategoriseret gule, som følge af en knækket fyldning, ikke nødvendigvis medfører, at patienten kaldes ind til yderligere fokuseret undersøgelse eller forebyggelse.

Andelen af voksne brugere af praksisstandplejen fra 2015-2017, der modtager forebyggelse og behandling for gingivitis, ses på landsplan i perioden at blive reduceret med 7 %, fra 33 % til 26 %. Fald i andelen af voksne, der modtager behandling for gingivitis, ses i alle aldersgrupper og for alle regioner, og der må således være tale om en tendens. Det betyder, at opdateringen af den kliniske retningslinje med præcisering af, at patienter med let gingivitis, med blødning på 15 % eller færre af fladerne, kan følges i det grønne spor, sandsynligvis har haft en ønsket effekt. For patienter med caries er ca. 91 % ”gule” og 9 % ”røde”, mens patienter med marginal parodontitis er ca. 82 % ”gule” og 18 % ”røde”. Den højere andel af røde patienter hos de, der har marginal parodontitis, kan hænge sammen med påviste videnskabelige sammenhænge mellem kronisk

almen sygdom og marginal parodontitis. Videre er ætiologien for marginal parodontitis ikke så klarlagt, som for caries, og ukendte risikofaktorer kan der ikke intervereres mod.

Tandlægerne tiltrådte en ny overenskomst gældende fra 1. april 2015. Idet der for visse af de nye ydelser i overenskomst-2015 overordnet er tale om en videreførelse af eksisterende ydelser fra den tidligere overenskomst-2010, er det muligt at foretage en sammenligning af ydelsesstatistikken for årene 2011-2012 og 2015-2017. Sygesikringsstatistik for 2011-2012 vil være at betragte som en "baseline" for eventuelle forandringer i tandlægers brug af diagnostiske undersøgelsesydelse og kontrolydelser efter implementering af ny overenskomst i 2015. Stigning i undersøgelsesydelse fra gammel overenskomst (2011-2012) til ny overenskomst (2015-2017) kan skyldes, at den tidligere ydelse, kontrol RDU, i den nye overenskomst er fjernet. Ydelsen, kontrol RDU, er formentlig i væsentlig grad blevet anvendt som en ekstra undersøgelsesydelse uden begrænsninger, og tandlægerne tilskyndes efter fjernelse en mere korrekt anvendelse af de egentlige diagnostiske undersøgelsesydelse. Den nye kontrolydelse, fokuseret undersøgelse, i indikationsområde i 2015 defineres til kun at omfatte patienter med aktiv tandsygdom og skal derfor ikke kunne anvendes som en ekstra undersøgelsesydelse uden begrænsning på samme måde, som var tilfældet ved kontrol RDU. På sigt, når niveauet for en korrekt anvendelse af undersøgelsesydelse har fundet et stabilt leje, forventes det, at antallet af undersøgelsesydelse vil falde som en følge af, at tandlægerne udvider undersøgelsesintervallerne ud over 12 måneder for den raske del af voksenbefolkningen.

Som anført i Udredning om omfordeling af tilskud i voksentandplejen (2007), var det vurderingen, at ydelsen Kontrol af fund ved diagnostisk undersøgelse (ydelse nr. 1170, 1171), i udstrakt grad blev anvendt som en ekstra undersøgelsesydelse uden begrænsninger. I 2013 blev det politisk besluttet at fjerne det offentlige tilskud til ydelsen Kontrol af fund ved diagnostisk undersøgelse (ydelse nr. 1170, 1171). Patienter med aktiv sygdom kunne herefter få kontrolydelserne Kontrol IFB (2930), Kontrol almindelig PA (1452), Kontrol udvidet PA (1453) og Kontrol kirurgisk PA (1454). I september 2013 blev indikationsområdet for Kontrol IFB (2930) udvidet, for at patienter med aktiv sygdom kunne få nødvendig kontrol, indtil ny overenskomst var indgået. Det skal dog her bemærkes, at ydelsen Kontrol af fund ved diagnostisk undersøgelse (ydelse nr. 1170, 1171) i perioden indtil ny overenskomst i 2015, blev beholdt i Sygesikringsregisteret (da selve ydelsen kun kunne fjernes ved ny overenskomstaftale), og at Sygeforsikringen "danmark" videreførte deres tilskud til ydelse 1170 og 1171. Ved ny overenskomst 1. april 2015 blev samtlige kontrolydelser (2930, 1452, 1453, 1454) inkluderet i en samlet kontrolydelse, der betegnes Fokuseret undersøgelse (1116). En fokuseret undersøgelse er en kontrolundersøgelse, der fokuserer på et aktuelt sygdomsproblem, og som indgår i den for tilstanden nødvendige forebyggelse og behandling. Ydelsen kan kun anvendes efter ydelser, der bruges til behandling af aktiv sygdom, for at sikre, at denne ikke bruges som en ekstra undersøgelsesydelse. Kontrolydelserne i 2012 og 2016 har ikke helt samme indikationsområde og indhold. En sammenligning er dog relevant, idet tandlægers samlede forbrug af kontrolydelser kan give et billede af, om tandlægerne ændrer adfærd i forhold til en mere behovsorienteret tandpleje.

I perioden fra gammel overenskomst til ny overenskomst ses et stor fald på i alt 1.307.939 kontrolydelser over en toårig periode. Parallelt hermed ses en nedgang i antal personer, der har modtaget en kontrolydelse, på 634.473 færre personer.

Ses udviklingen i kontrol- og undersøgelsesydelse samlet, finder man fra gammel til ny overenskomst en nedgang i antal undersøgelses- og kontrolydelser på i alt 1.041.988 ydelser over en toårig periode. Opgørelsen over udviklingen i undersøgelses- og kontrolundersøgelser viser, at implementering af den nationale kliniske retningslinje og ændring af ydelser i overenskomsten har medført en mere korrekt anvendelse af de diagnostiske undersøgelsesydelser, samtidig med at der foretages væsentligt færre kontrolundersøgelser på færre personer. Dette kan pege i retning af, at tandlægerne bevæger sig mod en mere behovsorienteret tandpleje med en mere individuel indsats for færre personer.

6.2 Journalaudit

Journalaudit viser, at det i næsten alle patienttilfælde fremgår, om patienten er sund, eller om der er sygdom tilstede. Der er dog en række journaler, hvor der ikke er anført en diagnose. Ved nærmere gennemgang af journalerne ses, at ”gule patienter” uden relevant diagnose får foretaget parodontalbehandling og fyldningsterapi. Dette kan underbygge tidligere antagelser om, at patienter med defekte fyldninger bliver kategoriseret ”gule”, selvom de ikke har aktiv tandsygdom. I den kliniske retningslinje er det under diagnostiske overvejelser for gingivitis angivet, at hvis der ved undersøgelse er blødning på 15 % eller færre af fladerne, kan patienterne følge det grønne spor. I næsten halvdelen af tilfældene, hvor patienter har diagnosen gingivitis, har tandlægen ikke angivet, om der er blødning på mere eller mindre end 15 % af tandfladerne. Videre er 34 % af de, der har diagnosen gingivitis, og hvor tandlægen ikke har angivet en blødningsgrad, ”gule patienter”.

Det er ikke i journalauditten beskrevet, om de ”gule patienter”, der har gingivitis, samtidigt har anden aktiv sygdom, men det kan i hvert fald konstateres, at tandlægen i mange tilfælde ikke har taget stilling til blødningsgraden og dermed muligheden for, om patienten kan følges i det grønne spor. Omvendt viser journalauditten, at der er patienter med en diagnose på let gingivitis, som følges i det grønne spor. Der er 10 % af journalerne, hvor tandlægen ikke har foretaget en risikovurdering, som er anbefalingen i den kliniske retningslinje (bilag 3, tabel 7). For samtlige af de ”røde patienter” er der i journalen angivet risikofaktorer, mens der for de ”gule patienter” er 8 %, hvor tandlægen ikke har angivet, hvilke risikofaktorer der er identificeret, og der skal interveres imod (bilag 3, tabel 8). I den kliniske retningslinje anbefales det, at intervallet indtil næste statusundersøgelse bør fastsættes enten ved slutningen af undersøgelsen eller ved afslutning af et specifikt behandlingsforløb. Journalauditten viser manglende fastlæggelse af intervaller indtil såvel statusundersøgelser som Fokuseret undersøgelse (bilag 3, figur 1).

7 Konklusion

I den første toårige nye overenskomstperiode ses en relativ fordeling af voksne brugere af praksistandpleje på 13 % i grøn kategori, 79 % i gul kategori og 8 % i rød kategori. Det vurderes, at der er en meget høj andel af voksne patienter i gul kategori.

På landsplan ses, at voksne brugere af praksistandplejen, der får behandling for aktiv tandsygdom, fordeler sig ved 26-33 % for gingivitis, 21 % for marginal parodontitis, og 22-27 % for aktiv caries. Andelen af patienter i forhold til sygdomsbehandlingskategori vurderes rimelig og kan ikke forklare den store andel voksne i gul kategori.

Analysen viser, at det er mellem 57-67 % af de patienter, der er i gul kategori, som ikke er kategoriseret i en sygdomsbehandlingskategori ved individuel forebyggelse og fokuseret undersøgelse. Voksne, der ikke er placeret i en sygdomsbehandlingskategori, har fået lavet i alt ca. 1 mio. fyldninger på ca. 600.000 unikke personer i perioden og er fejlagtigt blevet kategoriseret som gule for at få regionalt tilskud til fyldningsterapi. Dette kan forklare en del af den store andel af voksne i gul kategori.

Andelen af voksne brugere af praksistandplejen, der modtager behandling for gingivitis, er i overenskomstperioden reduceret. Præcisering af den nationale kliniske retningslinje om, at voksne med let gingivitis kan følges i det grønne spor, har sandsynligvis haft en ønsket effekt.

Udviklingen i antallet af kontrol- og undersøgelsesydelser fra gammel til ny overenskomst viser en nedgang i antal undersøgelses- og kontroltydelser på i alt 1.041.988 ydelser over en toårig periode. Det vurderes, at implementeringen af den nationale kliniske retningslinje og ændringen af ydelser i overenskomsten har medført en mere korrekt anvendelse af de diagnostiske undersøgelsesydelser, samtidigt med at der foretages færre kontrolundersøgelser på færre unikke personer. Dette kan pege i retning af, at tandlægerne bevæger sig mod en mere behovsorienteret tandpleje med en mere individuel indsats for færre personer.

Sundhedsstyrelsens supplerende analyse af udviklingen i ydelser i overenskomsten (se bilag 7) viser en massiv stigning i tandlægenes brug af ydelserne Individuel forebyggende behandling og Tandrodsrensning i perioden fra gammel overenskomst til ny overenskomst². Denne udvikling er bemærkelsesværdig og overraskende, idet det ikke kan forventes, at tandsundheden ændres væsentligt over så kort en tidsperiode.

Journalaudit viser, at patienter i gul kategori kan mangle sufficient diagnostik og risikovurdering med angivelse af risikofaktorer som grundlag for sygdomsbehandling.

Journalaudit viser manglende registrering af blødningsgrad ved gingivitis og dermed vurdering af, om en patient kan følges i det grønne spor.

Journalaudit viser manglende fastlæggelse af interval indtil næste diagnostiske undersøgelse eller fokuseret undersøgelse for såvel ”grønne” som ”gule patienter”.

² Der ses også en stigning i brugen af ydelsen Udvidet tandrensning, jf. bilag 7. Denne stigning er dog ikke så stor som for ydelserne Individuel forebyggende behandling og Tandrodsrensning.

Implementering af den kliniske retningslinje er sket via en ny tandlægeoverenskomst, hvor medlemsmøder og information af tandlægerne primært er sket via Tandlægeforeningen. Danske Regioner og regionerne har ikke deltaget i møder med tandlægerne om implementeringen. Danske Regioner og regionerne oplyser, at de sidenhen har igangsat et arbejde med håndtering af de systemtekniske fejl, evalueringen har peget på som mulige årsager til problemerne med omsætning af retningslinjen til korrekt praksis.

Tandlæger/tandplejere oplever implementering af den nationale kliniske retningslinje og den nye overenskomst som uproblematisk og den kliniske retningslinje som utvetydig.

Tandlæger/tandplejere synes, at den nationale kliniske retningslinje er et godt fagligt redskab, der har givet fagligt kvalitetsløft og understøtter eksisterende praksis.

Tandlæger/tandplejere kritiserer låsninger mellem ydelser i EPJ og overenskomsten, der kan være uhensigtsmæssige ved at være aktivitetsforøgende (IFB, FU), patienter kan miste tilskud (9-måneders reglen) og ”grønne patienter” skal gøres ”gule”, førend behandling med tilskud kan gives.

Regionerne oplever i stigende grad klager fra patienter over ydelsen Individuel forebyggende behandling. Patienterne mener, at ydelsen er uretmæssigt opkrævet, hvor tandlægerne opfatter den nationale kliniske retningslinje således, at den dikterer, at ydelsen skal opkræves for alle ”gule” og ”røde” patienter.

8 Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Evalueringens design og metode
Bilag 2:	Tabeller sygesikringsregistret
Bilag 3:	Tabeller journalaudit
Bilag 4:	Oversigt over ændring af udvalgte ydelser i overenskomst om tandlægehjælp
Bilag 5:	Instruktion til auditører
Bilag 6:	Guide til journalaudit
Bilag 7:	Udvikling i antal ydelser i overenskomsten 2012-2016

Bilag 1: Evalueringens design og metode

Spør 1) Kvantitativ analyse af aktivitetsdata

Udtræk fra Sygesikringsregisteret

Sundhedsstyrelsen bestilte et dataudtræk hos Sundhedsdatastyrelsen. Dataleverancen og behandlingen af data er anmeldt under Sundhedsstyrelsens fællesanmeldelse hos Datatilsynet. Udtræk fra sygesikringsregisteret er foretaget af Sundhedsdatastyrelsen efter følgende principper:

Udtrækket er begrænset til speciale 50 tandlæge.

Årstal: Ny overenskomstperiode: For 2015 er opgørelsesperioden 1. april-31. december 2015, for 2016 er det hele kalenderåret og for 2017 er det 1. januar-31. april 2017 (datakørsel for 2017 i juni 2017). For den toårige periode er opgørelsesperioden 1. april 2015-31. marts 2017. Gamle overenskomst periode: For hhv. 2011 og 2012 er opgørelsesperioden hele kalenderåret.

Køn er baseret på personnummer.

Region er baseret på oplysning om den sikredes bopælsregion fra Sygesikringsregisteret. I tilfælde af, at en borger er registreret med forskellige regioner inden for opgørelsesåret placeres borgeren entydigt i henhold til den første registrerede bopælsregion i opgørelsesperioden. Farvekategori inddeler borgerne ved hjælp af tandstatus (statistik_oplysning), jf. tandlægeoverenskomsten fra 2015, 1. Grøn, 2. Gul og 3. Rød. I tilfælde af, at en borger har forskellige farvekategorier inden for et opgørelsesår, kategoriseres borgeren i henhold til den mest alvorlige status, dvs. at hvis borgeren eksempelvis er registreret som gul og rød inden for året placeres han/hun entydigt i farvekategorien rød.

Sygdomskategori/behandlingskode er baseret på, om borgeren er registreret med nedenstående specifikke ydelsesnumre i opgørelsesperioden.

Borgere kan indgå i flere sygdomskategorier i tilfælde af, at han/hun er registreret med flere sygdomskategorier/behandlingskoder. Hver borger tæller kun med én gang i hver kategori. Som følge af, at borgerne kan indgå i flere kategorier, kan der ikke summeres på tværs af antal unikke borgere under de forskellige sygdomskategorier/behandlingskoder. Gingivitis (ydelse nr. 1010), Marginal parodontitis (ydelse nr. 1011), Caries (ydelse nr. 1012).

Unikke personer med 1, 2, 3 og 4+ undersøgelsesydelse i 2011-2012: Borgerne med de specifikke ydelser kategoriseres på baggrund af, hvor mange af de ydelser de har fået afregnet i perioden i hhv. 1, 2, 3 og 4+ ydelser. Der er afgrænset til specifikke undersøgelses- og kontrolydelser. Undersøgelsesydelse 2011-2012 Afregnede ydelsesnumre 1140, 1141, 2910. Kontrolydelser 2011-2012 Afregnede ydelsesnumre 1170, 1171, 1452, 1453, 1454, 2930. Undersøgelsesydelse 2015-2017 Afregnede ydelsesnumre 1111, 1112, 1113, 1114, 1115. Kontrolydelser 2015-2017 Afregnede ydelsesnummer 1116.

Definition af aldersgrupper

Fordelingen af tandsygdomme i befolkningen er stærkt relateret til alder, og der er i relation til opgørelsen af brugere i praksistandplejen fire aldersgrupper.

De unge (18-25 årige): Karakteristika – oftest studerende og udenfor arbejdsmarkedet, trængt økonomi. Særligt højt regionalt tilskud til diagnostisk undersøgelse.

Yngre voksne (26-40 årige): Karakteristika – stifter familie, karrierer m.m., bedring i økonomi.

Midaldrende voksne (41-65 årige): Karakteristika – etablerede, mange har økonomisk stabilitet.

Ældre (66+ årige): Karakteristika – mange har økonomisk stabilitet, mange lever med kronisk sygdom.

Analyse af data

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af dataudtræk foretaget nominelle og procentuelle opgørelser, herunder en undersøgelse af:

- fordelingen af voksne (18+) i grønt, gult og rødt spor i forhold til køn, aldersgruppe og region i ny overenskomstperiode.
- fordelingen af voksne i gult og rødt spor i forhold til behandlingskategori (gingivitis, marginal parodontitis, caries) i ny overenskomstperiode.
- fordelingen af behandlingsydelser for voksne i gul og rødt spor i forhold til behandlingskategori (gingivitis, marginal parodontitis, caries) i ny overenskomstperiode.
- ændringer i hyppigheden af praktiserende tandlægers undersøgelse, kontrol og udvalgte behandlingsydelser af voksne fra gammel tandlægeoverenskomst til ny tandlægeoverenskomst.

Der er foretaget relevante sammenligninger mellem ydelsesaktiviteter i den gamle tandlægeoverenskomst (ved kalenderårene 2011 og 2012) og den nye overenskomst gældende fra 1. april 2015 – 31. marts 2017. Dette er muligt, idet der for hovedparten af ydelserne i den nye overenskomst overordnet er tale om en videreførelse af eksisterende ydelser fra den gamle overenskomst.

Sygesikringsstatistik for 2011 og 2012 vil være at betragte som en ”baseline” for eventuelle forandringer i tandlægers brug af undersøgelsesydelser og kontrolydelser efter implementering af ny tandlægeoverenskomst i 2015.

Spor 2) Kvalitativ analyse af omsætningen, anvendeligheden og implementeringsgraden af den kliniske retningslinje

Sundhedsstyrelsen rekrutterede deltagere til disse interviews og den eksterne evaluator udførte interviewene individuelt over telefon. Sundhedsstyrelsen sendte invitationer til alle fem regioner samt Danske Regioner om udpegning af en repræsentant, der ville stille op til interview om retningslinjen. Sundhedsstyrelsen sendte ligeledes invitationer til både Tandlægeforeningen og Dansk Tandplejerforening om udpegning af hhv. fem og to repræsentanter, der ville stille op til interview om retningslinjen.

Interviewene skulle bidrage til at belyse, hvordan regionerne og de privatpraktiserende tandlæger omsætter den kliniske retningslinje til praksis, og belyse de udfordringer regionerne og de

privatpraktiserende tandlæger oplever ved brugen af og implementeringen af den nationale kliniske retningslinje. Interviewdeltagerne skulle repræsentere de to parter, der anvender den kliniske retningslinje: En gruppe af repræsentanter fra regionerne og Danske Regioner og en gruppe af repræsentanter fra Tandlægeforeningen (privatpraktiserende tandlæger) samt repræsentanter fra Dansk Tandplejerforening.

Sundhedsstyrelsen ønskede et format, hvor interviewdeltagerne følte sig trygge nok til at fortælle ærligt om deres oplevelser og erfaringer med implementeringen og brugen af den nationale kliniske retningslinje og ønskede, at der blev skabt plads til både positive og negative tilbagemeldinger.

Spør 3) Analyse af konkrete patientforløb i form af journalaudit

Sundhedsstyrelsen har samlet inddraget anonymiserede uddrag af 92 journaler. En journal (ID 38) tages ud, idet der ikke var udført en diagnostisk undersøgelse i journalmaterialet.

Analysen blev igangsat ved, at Sundhedsstyrelsen downloadede liste over tandlæger i Danmark med ydernumre fra MedCom:

<http://medcom.dk/opslag/koder-tabeller-ydere/yderelokationsnumre/tandlaeger-i-danmark>

Listen blev til brug for evalueringen downloadet og senest opdateret den 8. juni 2017.

For hver af de fem regioner sorteredes ydernumrene efter numerisk værdi og ydernummer 50, 100 og 150 i rækken, i alt tre ydernumre, udvalgte til audit. I alt 15 ydernumre.

Sundhedsstyrelsen sendte listen med de 15 udvalgte ydernumre til Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdatastyrelsen trak herefter for hvert af de 15 ydernumre tre CPR-numre i hver aldersgruppe: 18-15 år, 26-40 år, 41-65 år og endelig 65+ år.

Aldersgruppe defineres ud fra fødselsår

I hver aldersgruppe vælges de, der i 2016 har fået en undersøgelsesydelse 1111, 1112, 1113, 1114 eller 1115

Der vælges honorarmåned oktober 2016 og data sorteres efter numerisk faldende værdi af de sidste 4 cifre i CPR-nummeret og de 3 første CPR-numre udvælges til journalaudit

Sundhedsdatastyrelsen sendte listen med udvalgte CPR-numre til Sundhedsstyrelsen (i alt 180).

Sundhedsstyrelsen indgik individuelle databehandleraftaler med de 8 tandlæger, der vendte tilbage på Sundhedsstyrelsens henvendelse. Ifølge denne databehandleraftale forpligtede tandlægerne sig til alene at handle efter instruks fra Sundhedsstyrelsen, samt til at behandle de tilsendte oplysninger efter de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger samt i overensstemmelse med gældende datalovgivning.

Sundhedsstyrelsen sendte derpå de udvalgte CPR-numre til tandlægen med det dertilhørende ydernummer. Tandlægen kopierede journalens indhold fra 2016 og frem, anonymiserede journalen, således at hverken patientens, tandlægens eller klinikkens identitet kunne udledes. Journalmaterialet sendtes derefter til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen udleverede det anonymiserede journalmateriale til de udpegede tandlægefaglige konsulenter til gennemgang. Auditørerne kunne i materialet hverken se patientens, tandlægens eller klinikkens identitet. Til brug for journalauditten udleverede Sundhedsstyrelsen et auditskema (Excel-ark), samt en auditguide og en instruktion. Auditskemaet sendtes retur i udfyldt stand til Sundhedsstyrelsen. Auditskema, instruktion af auditørerne samt auditguide er vedlagt som bilag 4 og 5. En journal (nr. 44) var ikke auditeret og det tandlægefaglige personale i Sundhedsstyrelsen udførte herefter audit på denne.

Sundhedsstyrelsens arbejde har fundet sted under en tilladelse fra Datatilsynet under Sundhedsstyrelsens fællesanmeldelse hos Datatilsynet. Sundhedsstyrelsen har forpligtet sig til at slette alle oplysninger i registeret, der kan henføres til bestemte personer, senest 31. december 2017. Sundhedsstyrelsens behandling af personoplysninger er alene fundet sted med henblik på at udføre statistiske eller videnskabelige undersøgelser, i medfør af persondatalovens § 10.

Bilag 2: Tabeller statistik sygesikringsregister

Fordeling af voksne brugere af tandpleje i privat praksis i 2015-2017 i forhold til indplacering i farvekategori.

Table 1. Fordeling af voksne 18+ år i rød, gul og grøn kategori i perioden 2015-2017.

	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke pers. (n)
2015 (01/04-31/12)	2 %	14 %	77 %	7 %	2 406 496
2016 (01/01-31/12)	0 %	16 %	77 %	7 %	2 737 533
2017 (01/01-31/04)	0 %	13 %	80 %	7 %	1 428 083
2015(01/04)-2017(31/03)	1 %	13 %	79 %	8 %	3 206 043

Table 2. Fordeling af voksne 18+ år i rød, gul og grøn kategori i forhold til køn og årstal.

2015 (01/04-31/12)	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke pers. n
Kvinder	2 %	15 %	77 %	7 %	1 295 295
mænd	2 %	13 %	77 %	8 %	1 111 201
2016 (01/01-31/12)					
Kvinder	0 %	17 %	76 %	6 %	1 471 846
mænd	0 %	15 %	78 %	7 %	1 265 687
2017 (01/01-31/04)					
Kvinder	0 %	14 %	79 %	7 %	769 224
mænd	0 %	12 %	81 %	8 %	658 859

Table 3. Distribution of adults 18 + years in red, yellow and green category in relation to region and year.

2015 (01/04-31/12)	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke pers.(n)
Region Nordjylland	1 %	15 %	76 %	7 %	255 069
Region Midtjylland	2 %	16 %	75 %	7 %	559 023
Region Syddanmark	1 %	14 %	77 %	8 %	514 686
Region Hovedstaden	2 %	12 %	78 %	7 %	720 383
Region Sjælland	2 %	13 %	77 %	8 %	357 335
2016 (01/01-31/12)					
Region Nordjylland	0 %	18 %	76 %	6 %	292 932
Region Midtjylland	0 %	19 %	74 %	6 %	637 371
Region Syddanmark	0 %	16 %	77 %	7 %	580 642
Region Hovedstaden	0 %	14 %	79 %	6 %	825 434
Region Sjælland	0 %	16 %	77 %	7 %	401 154
2017 (01/01-31/04)					
Region Nordjylland	0 %	14 %	80 %	6 %	153 468
Region Midtjylland	0 %	15 %	77 %	7 %	326 870
Region Syddanmark	0 %	12 %	80 %	8 %	305 937
Region Hovedstaden	0 %	11 %	82 %	7 %	427 472
Region Sjælland	0 %	12 %	81 %	8 %	214 336

Tabel 4. Fordeling af de 18-25 årige i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	2 %	32 %	64 %	2 %	206 646
2016 (01/01-31/12)	0 %	34 %	64 %	2 %	255 762
2017 (01/01-31/04)	0 %	31 %	67 %	2 %	97 779

Tabel 5. Fordeling af de 26-40 årige i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	2 %	19 %	75 %	4 %	442 388
2016 (01/01-31/12)	0 %	22 %	75 %	3 %	522 106
2017 (01/01-31/04)	0 %	19 %	78 %	3 %	231 467

Tabel 6. Fordeling af de 41-65 årige i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	2 %	12 %	79 %	7 %	1 125 667
2016 (01/01-31/12)	0 %	15 %	79 %	6 %	1 252 928
2017 (01/01-31/04)	0 %	12 %	81 %	6 %	655 663

Tabel 7. Fordeling af de 66+ årige i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	n
2015 (01/04-31/12)	2 %	7 %	79 %	13 %	631 795
2016 (01/01-31/12)	0 %	8 %	80 %	12 %	706 737
2017 (01/01-31/04)	0 %	6 %	82 %	12 %	443 174

Tabel 8. Fordeling af voksne 18+ år uden sygdom i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

Ingen sygdomskategori	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	4 %	33 %	59 %	4 %	974 535
2016 (01/01-31/12)	1 %	39 %	57 %	3 %	1 123 168
2017 (01/01-31/04)	0 %	28 %	67 %	5 %	644 989

Tabel 9. Fordeling af voksne 18+ år med gingivitis i rød, gul og grøn kategori i forhold til år

Gingivitis	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	0 %	1 %	93 %	6 %	786 088
2016 (01/01-31/12)	0 %	1 %	93 %	6 %	912 041
2017 (01/01-31/04)	0 %	1 %	94 %	5 %	377 938

Tabel 10. Fordeling af voksne 18+ år med MP i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

Marginal Parodontitis (MP)	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	0 %	0 %	80 %	20 %	501 958
2016 (01/01-31/12)	0 %	0 %	83 %	17 %	572 044
2017 (01/01-31/04)	0 %	0 %	84 %	16 %	295 767

Tabel 11. Fordeling af voksne 18+ år med caries i rød, gul og grøn kategori i forhold til år.

Caries	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke personer
2015 (01/04-31/12)	0 %	1 %	90 %	9 %	569 460
2016 (01/01-31/12)	0 %	0 %	91 %	8 %	731 566
2017 (01/01-31/04)	0 %	0 %	91 %	8 %	314 753

Tabel 11.a. Fordeling af voksne 18+ år efter at 618.212 unikke personer (i perioden 2015-2017) der ikke er i en sygdomskategori og som har fået lavet en eller flere fyldninger flyttes potentielt fra gul til grøn kategori.

	Ingen farve	GRØN	GUL	RØD	Unikke pers. (n)
2015(01/04)-2017(31/03)	1 %	32 %	59 %	8 %	3 206 043

Fordeling af voksne brugere af tandpleje i privat praksis i 2015-2017 i forhold til indplacering i sygdomskategori

Tabel 12. Fordeling af voksne (18+ år) unikke pers. i forhold til sygdomskategori og år.

	Gingivitis (1010)	Marginal P. (1011)	Caries (1012)	Ingen sygdomskategori
2015 (01/04-31/12) %	33 %	21 %	24 %	40 %
2016 (01/01-31/12) %	33 %	21 %	27 %	41 %
2017 (01/01-31/04) %	26 %	21 %	22 %	45 %
2015 (01/04-31/12) n	786 088	501 958	569 460	974 535
2016 (01/01-31/12) n	912 041	572 044	731 566	1 123 168
2017 (01/01-31/04) n	377 938	295 767	314 753	644 989

Hver person tæller kun en gang i hver sygdomskategori, men hver person kan godt optræde i flere sygdomskategorier. Personer der optræder i "ingen sygdomskategori" optræder dog kun i denne kategori.

Tabel 13. Fordeling af 18-25 årige unikke pers. i forhold til sygdomskategori og år.

	Gingivitis (1010)	Marginal P. (1011)	Caries (1012)	Ingen sygdomskategori
2015 (01/04-31/12) %	30 %	2 %	24 %	55 %
2016 (01/01-31/12) %	30 %	2 %	26 %	56 %
2017 (01/01-31/04) %	28 %	1 %	25 %	57 %

Hver person tæller kun en gang i hver sygdomskategori, men hver person kan godt optræde i flere sygdomskategorier. Personer der optræder i "ingen sygdomskategori" optræder dog kun i denne kategori.

Tabel 14. Fordeling af 26-40 årige unikke pers.(n) i forhold til sygdomskategori og år.

	Gingivitis (1010)	Marginal P. (1011)	Caries (1012)	Ingen sygdomskategori
2015 (01/04-31/12) %	33 %	7 %	28 %	47 %
2016 (01/01-31/12) %	33 %	7 %	30 %	48 %
2017 (01/01-31/04) %	29 %	6 %	28 %	50 %

Hver person tæller kun en gang i hver sygdomskategori, men hver person kan godt optræde i flere sygdomskategorier. Personer der optræder i "ingen sygdomskategori" optræder dog kun i denne kategori.

De 41-65 årige i hele landet

Tabel 15. Fordeling af unikke pers.(n) i forhold til sygdomskategori og år.

	Gingivitis (1010)	Marginal P. (1011)	Caries (1012)	Ingen sygdomskategori
2015 (01/04-31/12) %	33 %	22 %	22 %	40 %
2016 (01/01-31/12) %	33 %	22 %	25 %	41 %
2017 (01/01-31/04) %	26 %	21 %	20 %	46 %

Hver person tæller kun en gang i hver sygdomskategori, men hver person kan godt optræde i flere sygdomskategorier. Personer der optræder i "ingen sygdomskategori" optræder dog kun i denne kategori.

De 66+ årige i hele landet

Tabel 16. Fordeling af unikke pers.(n) i forhold til sygdomskategori og år.

	Gingivitis (1010)	Marginal P. (1011)	Caries (1012)	Ingen sygdomskategori
2015 (01/04-31/12) %	33 %	34 %	24 %	32 %
2016 (01/01-31/12) %	35 %	36 %	28 %	30 %
2017 (01/01-31/04) %	25 %	32 %	21 %	38 %

Hver person tæller kun en gang i hver sygdomskategori, men hver person kan godt optræde i flere sygdomskategorier. Personer der optræder i "ingen sygdomskategori" optræder dog kun i denne kategori.

Tabel 17. Fordeling af unikke pers.(n) i forhold til sygdomskategori, køn og år.

2015 (01/04-31/12)	Gingivitis (1010)	Marginal P. (1011)	Caries (1012)	Ingen sygdomskategori
Kvinder	32 %	20 %	23 %	41 %
mænd	33 %	22 %	24 %	40 %
2016 (01/01-31/12)				
Kvinder	33 %	20 %	26 %	42 %
mænd	34 %	22 %	28 %	40 %
2017 (01/01-31/04)				
Kvinder	26 %	20 %	21 %	46 %
mænd	27 %	22 %	23 %	44 %

Hver person tæller kun en gang i hver sygdomskategori, men hver person kan godt optræde i flere sygdomskategorierr. Personer der optræder i "ingen sygdomskategori" optræder dog kun i denne kategori.

Tabel 18. Relativ fordeling af unikke pers.(n) med gingivitis i forhold til region og år.

Gingivitis (1010)	2015 (01/04-31/12)	2016 (01/01-31/12)	2017 (01/01-31/04)
Region Nordjylland	31 %	31 %	24 %
Region Midtjylland	31 %	31 %	25 %
Region Syddanmark	32 %	33 %	26 %
Region Hovedstaden	35 %	35 %	28 %
Region Sjælland	34 %	35 %	27 %

Tabel 19. Relativ fordeling af unikke pers.(n) med MP i forhold til region og år.

Marginal Parodontitis (1011)	2015 (01/04-31/12)	2016 (01/01-31/12)	2017 (01/01-31/04)
Region Nordjylland	18 %	19 %	19 %
Region Midtjylland	21 %	21 %	20 %
Region Syddanmark	21 %	20 %	20 %
Region Hovedstaden	20 %	21 %	21 %
Region Sjælland	23 %	23 %	23 %

Tabel 20. Relativ fordeling af unikke pers.(n) med caries i forhold til region og år.

Caries (1011)	2015 (01/04-31/12)	2016 (01/01-31/12)	2017 (01/01-31/04)
Region Nordjylland	23 %	24 %	20 %
Region Midtjylland	22 %	25 %	21 %
Region Syddanmark	26 %	29 %	24 %
Region Hovedstaden	24 %	27 %	23 %
Region Sjælland	23 %	27 %	22 %

Tabel 21. hyppigheden af udvalgte sygesikringsydelse for unikke personer i grøn, gul og rød kategori i perioden over 2 år fra 2015(01/04) til 2017(31/03).

	GRØN	GUL	RØD
N (unikke personer)	416 057	2 522 699	248 819
Diagnostisk Undersøgelse (DU) (1111+1112+1113+1114+1115)	148 DU pr. 100 pers.	135 DU pr. 100 pers.	138 DU pr. 100 pers.
Fokuseret undersøgelse (FU) (116)	1 FU pr. 100 pers.	95 FU pr. 100 pers.	117 FU pr 100 pers.
DU+FU	149 DU+FU pr. 100 pers.	227 DU+FU pr. 100 pers.	315 DU+ FU pr. 100 pers.
Alm. tandrensning (1301+1302)	133 alm. trens pr. 100 pers.	166 alm. trens pr. 100 pers.	120 alm. trens pr 100 pers.
Forebyggelse (IFB) (2920)	3 IFB pr. 100 pers.	95 IFB pr. 100 pers.	107 IFB pr. 100 pers.
Fyldningsterapi(1501-07, 1509, 1551-59)	27 fyldninger pr. 100 pers.	158 fyldninger pr. 100 pers.	257 fyldninger pr. 100 pers.
Paro. us. (PUD) (1415)	0 PUD pr. 100 pers.	10 PUD pr. 100 pers.	37 PUD pr. 100 pers.
Udvidet tandrens (1425)	0 udv. trens pr. 100 pers	53 udv. trens pr. 100 pers	195 udv. trens pr. 100 pers
Tandrodsrens (1431)	0 t-rodsrens pr. 100 pers.	132 t-rodsrens pr. 100 pers.	561 t-rodsrens pr. 100 pers.

Tabel 22. hyppigheden af udvalgte sygesikrings sygdomme for unikke personer i forskellige sygdomskategorier og i de der ikke er i en sygdomskategori over 2 år fra 2015(01/04) til 2017(31/03).

	Gingivitis (1010)	Marg. paro. (1011)	Caries (1012)	Anden sygd. (1013)	Ingen sygd.
N (unikke personer)	1 319 125	766 543	1.076.119	508.240	1.002.229
Diagnostisk Undersøgelse(DU) (1111+1112+1113+1114+1115)	149 DU pr. 100 pers.	150 DU pr. 100 pers.	148 DU pr. 100 pers.	146 DU pr. 100 pers.	118 DU pr. 100 pers.
Fokuseret undersøgelse (FU) (116)	127 FU pr. 100 pers.	192 FU pr. 100 pers.	129 FU pr. 100 pers.	126 FU pr. 100 pers.	0 FU pr 100 pers.
DU+FU	276 DU+FU pr. 100 pers.	342 DU+FU pr. 100 pers.	277 DU+FU pr. 100 pers.	272 DU+FU pr. 100 pers.	118 DU+ FU pr. 100 pers.
Alm. tandrensning (1301+1302)	222 alm. trens pr. 100 pers.	130 alm. trens pr. 100 pers.	204 alm. trens pr. 100 pers.	208 alm. trens pr. 100 pers.	98 alm. trens pr 100 pers.
Forebyggelse (IFB) (2920)	133 IFB pr. 100 pers.	124 IFB pr. 100 pers.	134 IFB pr. 100 pers.	142 IFB pr. 100 pers.	0 IFB pr. 100 pers.
Fyldningsterapi (1501-07, 1509, 1551-59)	166 fyldninger pr. 100 pers.	183 fyldninger pr. 100 pers.	222 fyldninger pr. 100 pers.	184 fyldninger pr. 100 pers.	98 fyldninger pr. 100 pers.
Paro. us. (PUD) (1415)	8 PUD pr. 100 pers.	40 PUD pr. 100 pers.	10 PUD pr. 100 pers.	8 PUD pr. 100 pers.	2 PUD pr. 100 pers.
Udvidet tandrens(1425)	48 udv. trens pr. 100 pers	222 udv. trens pr. 100 pers	63 udv. trens pr. 100 pers	51 udv. trens pr. 100 pers	5 udv. trens pr. 100 pers
Tandrodsrens (1431)	116 t-rodsrens pr. 100 pers.	579 t-rodsrens pr. 100 pers.	157 t-rodsrens pr. 100 pers.	131 t-rodsrens pr. 100 pers.	14 t-rodsrens pr. 100 pers.

Tabel 23 Hyppigheden af diagnostiske undersøgelser før og efter implementering af NKR for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen, hele landet.

Hele landet	Før NKR 2011-2012	Efter NKR 2015(1/4)-2017(31/3)	Udvikling
Antal unikke personer der har modtaget en eller flere undersøgelsesydelse i 2 årig periode	2 830 067 pers	2 918 670 pers	+88 603 pers
Antal undersøgelsesydelse der er blevet foretaget i 2 årig periode	4 098 890 us	4 364 831 us	+265 941
Andel (%) personer der har fået 1 undersøgelse i 2 årig periode	56 % 1 us	51 % 1us	-5 %
Andel (%) personer der har fået 2 undersøgelser i 2 årig periode	43 % 2 us	48 % 2 us	+5 %
Andel (%) personer der har fået 3 undersøgelser i 2 årig periode	1 % 3 us	1 % 3 us	0
Antal undersøgelsesydelse pr. 100 personer der har modtaget tandpleje i praksis*	130 us pr. 100 pers	136 us pr. 100 pers.	+ 6 us pr 100 pers

*antal unikke borgere der har modtaget en eller flere sygesikringsydelse i kalenderårerne 2011-2012 er 3.149.300 pers. og i den 2-årige periode (01/04 2015-31/3 2017) 3.206.500 pers.

Tabel 24 Hyppigheden af kontrol undersøgelser før og efter implementering af NKR for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen, hele landet.

Hele landet	Før NKR2011-2012	Efter NKR2015(1/4)-2017(31/3)	Udvikling
Antal unikke personer der har modtaget en eller flere kontrolydelser i 2 årig periode	2 189 932 pers	1 555 459 pers	- 634 473 pers
Antal kontrolydelser der er blevet foretaget i 2 årig periode	4 076 783 kt.	2 768 844 kt	- 1 307 939 kt
Andel (%) personer der har fået 1 kontrol i 2 årig periode	44 % 1 kt	50 % 1 kt	+6 %
Andel (%) personer der har fået 2 kontroller i 2 årig periode	40 % 2 kt	33 % 2 kt	-7 %
Andel (%) personer der har fået 3 kontroller i 2 årig periode	9 % 3 kt	9 % 3 kt	0
Andel (%) personer der har fået 4 kontroller i 2 årig periode	7 % 4 kt	8 % 4 kt	+1
Antal kontrolundersøgelser pr. 100 personer der har modtaget tandpleje i praksis*	130 kt pr 100 pers	86 kt pr 100 pers	-44 kt pr 100 pers

*antal unikke borgere der har modtaget en eller flere sygesikringsydelser i kalenderårerne 2011-2012 er 3.149.300 pers. og i den 2-årige periode (01/04 2015-31/3 2017) 3.206.500 pers.

Tabel 25 Hyppigheden af diagnostiske og kontrol undersøgelser før og efter implementering af NKR for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen, hele landet.

Hele landet	Før NKR 2011-2012	Efter NKR 2015(1/4)-2017(31/3)	Udvikling
Antal kontrol og undersøgelsesydelser der er blevet foretaget i 2 årig periode	8 175 673 us+kt	7 133 675 us+kt	-1.041.998 us+kt
Antal undersøgelses og kontrolundersøgelser pr. 100 personer der har modtaget tandpleje i praksis*	260 us + kt pr 100 pers,	223 us+kt pr 100 pers	-37 us+kt pr 100 pers

*antal unikke borgere der har modtaget en eller flere sygesikringsydelser i kalenderårerne 2011-2012 er 3.149.300 pers. og i den 2-årige periode (01/04 2015-31/3 2017) 3.206.500 pers.

Bilag 3: Tabeller – Journalaudit

Table 1. Fordeling af patienter i det indkomne journalmateriale i forhold til alder.

Aldersgruppe	Født i perioden	n	%
18-25	1998-1991	21	23
26-40	1990-1976	22	24
41-65	1975-1951	25	28
66+	1950	23	25
Total		91	100

Table 2. Fordeling af patienter i forhold til om tandlægen ved undersøgelse har foretaget en vurdering af om patienten er sund eller har aktiv tandsygdom der kræver intervention og/eller behandling.

	Antal journaler/ personer	% journaler/ personer
Tandlægen har ikke vurderet om pt er sund eller syg iht. journalnotat	4	4 %
Tandlægen har vurderet om pt. er sund eller syg	87	96 %
I alt	91	100 %

Table 3. Fordeling af patienter i forhold til om tandlægen ved konstatering af aktiv tandsygdom har angivet en diagnose.

	Antal journaler/ personer	% journaler/ personer
Tandlægen har ikke angivet en diagnose ved konstatering af aktiv sygdom iht. journalnotat	8	9 %
Tandlægen har angivet en diagnose ved konstatering af aktiv sygdom iht. journalnotat	70	77 %
Ikke grundlag for en diagnose	13	14 %
I alt	91	100 %

Tabel 4. Fordeling af patienter i forhold til om tandlægen ved diagnosen gingivitis har angivet om der er blødning på mere eller mindre end 15 % af tandfladerne.

	Antal journaler/ personer (n)	% journaler/ personer
Tandlægen har angivet blødningsgrad	31	58 %
Tandlægen har ikke angivet blødningsgrad	22	42 %
I alt (n)	53	100 %

Tabel 5. Fordeling af patienter i forhold til tildelt farvekategori og om tandlægen ved diagnosen gingivitis har angivet om der er blødning på mere eller mindre end 15 % af tandfladerne.

	Tandlægen har angivet blødningsgrad	Tandlægen har ikke angivet blødningsgrad	I alt (n)
grøn	6	3	9
gul	21	18 (34 %)	39 (73 %)
rød	4	1	5
I alt (n)	31 (58 %)	22 (42 %)	53 (100 %)

Tabel 6. Fordeling af patienter i forhold til tildelt farvekategori og om tandlægen har stillet en diagnose ved aktiv tandsygdom.

	Ingen diagnose i journal	Der er stillet en eller flere diagnoser i journal	Ikke grundlag for en diagnose	I alt (n)
Ingen farve	1	1	1	3
grøn	0	10	11	21
gul	6	53	1	60
rød	1	6	0	7
I alt (n)	8	70	13	91

Tabel 7. Fordeling af patienter i forhold til om tandlægen har foretaget en risikovurdering.

	Antal journaler/ personer (n)	% journaler/ personer
Tandlægen har foretaget en risikovurdering	82	90 %
Tandlægen har ikke foretaget en risikovurdering	9	10 %
I alt (n)	91	100 %

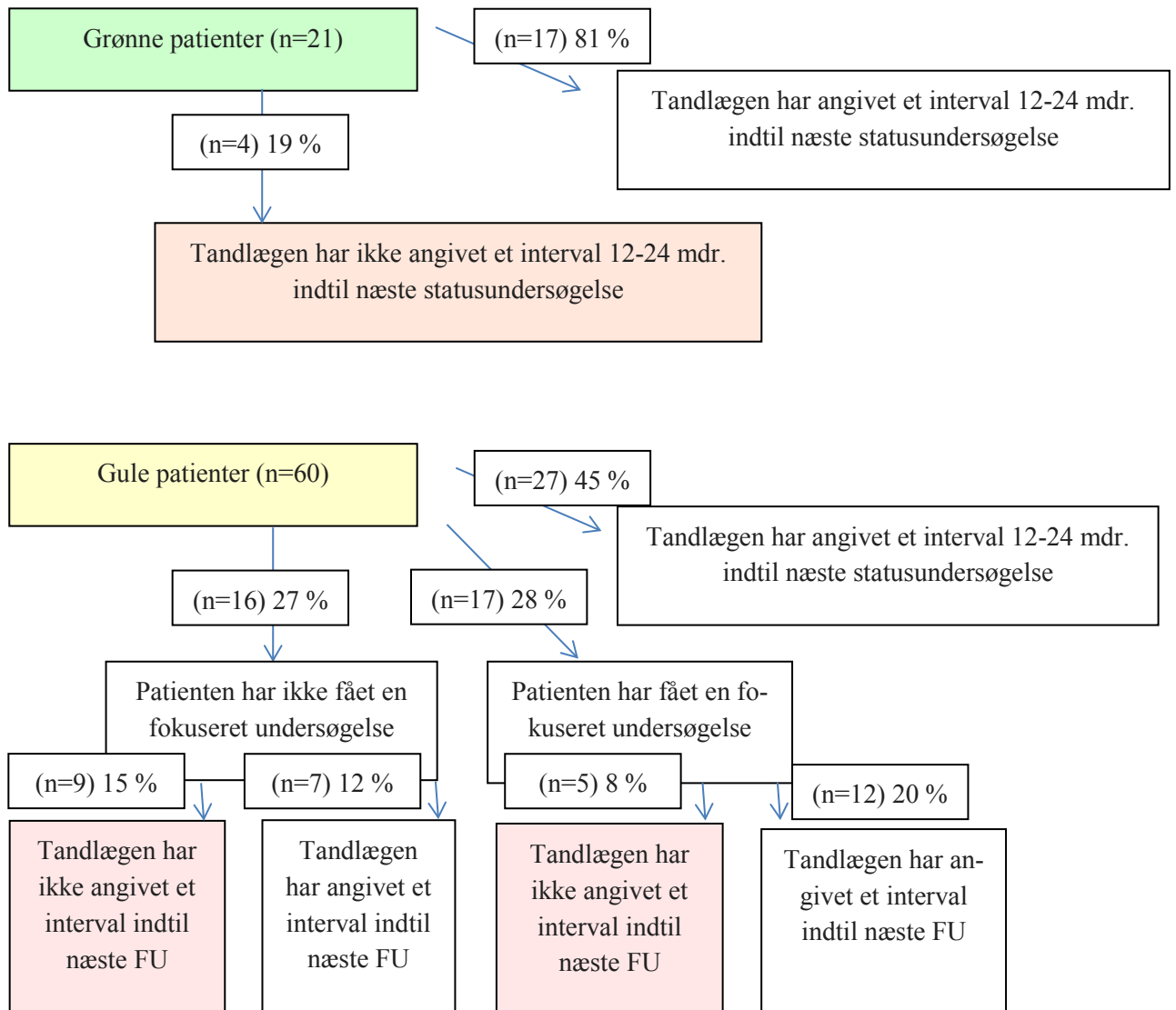
Tabel 8. Fordeling af patienter i forhold til om tandlægen har angivet en eller flere risikofaktorer i journalen og patientens farvekategori.

	Tandlægen har ikke angivet risikofaktorer (n)	Tandlægen har angivet en eller flere risikofaktorer (n)	I alt (n)
grøn	8	13	21
gul	5 (8 %)	55 (92 %)	60 (100 %)
rød	0	7	5
Ingen farve	3	0	3

Tabel 9. Fordeling af patienter i forhold til den farekategori tandlægen har tildelt patienten.

	Antal journaler/ personer (n)	% journaler/ personer
Ingen farve	3	3
grøn	21	23
gul	60	67
rød	7	8
I alt (n)	91	100

Figur 1. Fastlæggelse af undersøgelsesinterval



Bilag 4: Oversigt over ændring af udvalgte ydelser i overenskomst om tandlægehjælp

Videreførelse og ændring af undersøgelsesydelser fra **Overenskomst oktober 2010** til **Overenskomst april 2015**.

Ydelsen **1140** (regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år erstattes af ydelserne **1112** (diagnostisk grundundersøgelse fra 26 år) og **1114** (statusundersøgelse fra 26 år).

Ydelsen **1141** (regelmæssig diagnostisk undersøgelse 18-25 år) erstattes af ydelserne **1113** (diagnostisk grundundersøgelse 18-25 år) og **1115** (statusundersøgelse 18-25 år).

Ydelsen **2910** udvidet diagnostisk grundydelse erstattes med ydelsen **1111** udvidet diagnostisk grundundersøgelse.

Videreførelse og ændring af kontrolydelser fra **Overenskomst oktober 2010** til **Overenskomst april 2015**.

Ydelsen **1170** (kontrol af fund ved diagnostisk undersøgelse fra 26 år) bortfalder ved ny overenskomst.

Ydelsen **1171** (kontrol af fund ved diagnostisk undersøgelse 18-25 år) bortfalder ved ny overenskomst.

Ydelsen **1452** (kontrol efter alm. PA) indgår i ydelsen **1116** (Fokuseret undersøgelse).

Ydelsen **1453** (kontrol efter udv. PA) indgår i ydelsen **1116** (Fokuseret undersøgelse).

Ydelsen **1454** (kontrol efter kir PA) indgår i ydelsen **1116** (Fokuseret undersøgelse).

Ydelsen **2930** (kontrol efter individuelt forebyggende behandling) indgår i ydelsen **1116** (Fokuseret undersøgelse).

Ændring i tilskud til kontrolundersøgelser i perioden 2012 til 2016

I 2012 var der tilskud til kontrolydelserne **1170,1171, 1452, 1453, 1454, 2930**.

I 2014 var det tilskud til kontrolydelserne **1452, 1453, 1454, 2930**.

I 2016 var der tilskud til kontrolydelsen **1116**.

Bilag 5: Instruktion til auditører

Instruktion til auditører journalaudit

Baggrund

Det fremgår af *Aftale om regionernes økonomi for 2017*, indgået 9. juni 2016 mellem Regeringen og Danske regioner, at Sundhedsstyrelsen vil evaluere den nationale kliniske retningslinje vedr. fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen efter to års implementering.

Som følge af denne forpligtelse har Sundhedsstyrelsen tilrettelagt en evaluering af den nationale kliniske retningslinje for ”Fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen”, der består af tre forskellige spor, der samlet skal kunne belyse virkningen og anvendeligheden af den kliniske retningslinje. Et element vil bestå af fokusgruppeinterviews af hhv. tandlæger og regioner, et andet element vil bestå af kvantitativ dataanalyse, som Sundhedsstyrelsen også søger gennem Sundhedsdatastyrelsen og det tredje element består af en journalaudit, hvor det søges belyst, hvordan den nationale kliniske retningslinje omsættes til praksis, når den anvendes som fagligt redskab.

Formål journalaudit

Formålet med auditten er at undersøge om tandlæger i privat praksis følger anbefalinger som indgår i Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Den kliniske retningslinje er søgt implementeret via en implementeringsmodel (rød, gul, grøn) og tilpasning af ydelser i overenskomst om tandlægehjælp. Problemstillingen belyses ved en kvalitativ journalaudit, ud fra de data tandlægen har registreret ved diagnostisk undersøgelse i privat tandlægepraksis og som er anført i patientjournaler. Data sammenlignes med kvalitetsmål der er formuleret på baggrund af anbefalinger i NKR og implementeringsmodellen (rød, gul, grøn).

Udvælgelse af journaler

Sundhedsstyrelsen har indhentet journalmateriale fra pr. dd. i alt 7 tandlæge-ydernumre geografisk spredt i hele landet og er tilfældigt udtrukket af Sundhedsdatastyrelsen. Hver tandlæge har indsendt uddrag fra i alt 12 journaler som aldersmæssigt fordeler sig ved at 3 pt. er 18-25 år, 3 pt. er 26-40 år, 3 pt. er 41-65 år og 3 pt. er 66+ år. Der er således i alt indhentet 84 journaler og hver auditor skal således gennemgå i alt 21 journaler.

Den nationale kliniske retningslinje

Formålet med den kliniske retningslinje er at vejlede tandlæger i at tilrettelægge diagnostiske undersøgelser efter individuelt behov på baggrund af tandlægens vurdering af patientens aktuelle sygdomsniveau og risikofaktorer.

Den kliniske retningslinje anbefaler at der er 12-24 måneder mellem to statusundersøgelser for alle patienter. For patienter med sygdom kan der indkaldes til hyppigere kontrol af ændringer i patientens sygdomsstatus og compliance ved en fokuseret undersøgelse

Implementeringsværktøjer i den kliniske retningslinje

Der er til implementering af retningslinjes anbefalinger udviklet forskellige værktøjer.

Der er

- Udarbejdet et **forløbsdiagram** hvor patienter skal inddeles i farvekategorierne rød, gul og grøn ud fra patientens aktuelle sygdomsniveau og risikoprofil
- Beskrevet **diagnostiske overvejelser** vedr. de tre store tandsygdomme caries, gingivitis og marginal parodontitis
- Udarbejdet en **checkliste** ved identifikation af risikofaktorer og risikovurdering
- Patientcases

Forløbsdiagrammet tager sit udgangspunkt i, at længden af undersøgelsesintervallet kan fastsættes på baggrund af patientens aktuelle sygdomsstatus, sammenholdt med tandlægens bedømmelse af patientens risiko for at udvikle ny sygdom. På denne baggrund inddeles patienterne i henholdsvis et grønt, gult og rødt spor. Rationalet bag konceptet er at ”grønne patienter”, der er klinisk sunde og klassificeres som værende i lav risiko for at udvikle nye sygdom, kan få forlænget deres undersøgelsesinterval op til to år, hvorimod gule og røde patienter med aktiv sygdom og kendte risikofaktorer bør følges professionelt med kortere intervaller for justering af risikofaktorerne indtil sygdomsprogressionen er under kontrol. Trafiklyskonceptet lægger op til høj kvalitet i diagnostik og individualiseret forebyggelse, kontrol og behandling af såvel caries som parodontale sygdomme. Videre indeholder konceptet styrket patientinddragelse.

Den kliniske retningslinje anbefaler at tandlægen/tandplejeren skal foretage en risikovurdering af hver patient. Risikovurderingen skal tages med i overvejelserne for fastlæggelse af undersøgelsesinterval for hver patient, inddeling i farvekategori og tilrettelæggelse af en målrettet individuel forebyggende behandling (IFB). Til at guide tandlægens og tandplejerens risikovurdering er der fremstillet en checkliste over de almindelige risikofaktorer der bør indgå ved en risikovurdering af hver patient. Risikofaktorerne er baseret på evidens fra systematiske videnskabelige studier.

Journalaudit

I journalauditten måles på de aktiviteter/ handlinger som tandlægen skal udføre for at kunne opnå resultatmålet/ formålet med retningslinjen og som er angivet i den kliniske retningslinjes anbefalinger. Journalauditten foretages ved at udfylde det vedhæftede Excelark som angivet i Journalauditguiden.

Journalaudittens startdato

Der er ved journalauditten udvalgt patienter der oktober 2016 har fået foretaget en diagnostisk undersøgelse ved overenskomst ydelserne 1111 (udvidet diagnostisk grundundersøgelse), 1112 (Diagnostisk grundundersøgelse DG fra 26 år), 1113 (Diagnostisk grundundersøgelse DGBU 18-25 år), 1114 (Statusundersøgelse fra 26 år), 1115 (Statusundersøgelse 18-25 år).

Da den diagnostiske undersøgelse er udgangspunktet for anbefalingerne i den kliniske retningslinje vil journalauditten for hver patient starte den dato i oktober 2016 hvor der er foretaget en diagnostisk undersøgelse ved ydelserne 1111, 1112, 1113, 1114 og 1115.

Undersøgelse af aktiv sygdom

Et af de øverste trin i forløbsdiagrammet er undersøgelse af aktiv tandsygdom.

I den kliniske retningslinje er beskrevet diagnostiske overvejelser vedr. de tre store tandsygdomme caries, gingivitis og marginal parodontitis. Opgørelser fra Danske Regioner fra 2015 viste at 80 % af patienterne var kategoriseret som havende aktiv tandsygdom (gule eller røde). På denne baggrund præciserede Sundhedsstyrelsen i juli 2016 de diagnostiske kriterier for gingivitis med henblik på at hjælpe tandlægerne med at skelne mellem lette og mere udbredte symptomer på gingivitis. Ved de lette udbredelser af gingivitis kan patienterne følges i det grønne spor.

Der foretages en vurdering af følgende:

Har tandlægen har ved undersøgelse af patienten foretaget en vurdering af om patienten er klinisk sund, ”har ingen aktiv sygdom” eller om patienten har aktiv sygdom der kræver intervention og/eller behandling.

Ja nej

Hvis der er aktiv sygdom har tandlægen angivet en diagnose?

Ja nej

Hvis der er angivet diagnosen gingivitis er der angivet om der er blødning på mere eller mindre end 15 % af fladerne?

Ja nej

Risikovurdering

Et andet af de øverste trin i forløbsdiagrammet er risikovurdering af patienten.

Den kliniske retningslinje anbefaler at tandlægen ved undersøgelse af patienten foretager en individuel risikovurdering af hver patient med vurdering af patientens risiko for at udvikle ny sygdom eller progression af eksisterende sygdom, og om risikofaktorer er under kontrol, risikofaktorer kan ændres, eller risikofaktorer kun vanskeligt eller ikke kan ændres.

Risikovurderingen skal tages med i overvejelserne for fastlæggelse af undersøgelsesinterval for hver patient, inddeling i farvekategori og tilrettelæggelse af en individuel målrettet individuel forebyggende behandling.

Til at guide tandlægens og tandplejerens risikovurdering er der fremstillet en checkliste over de almindelige risikofaktorer der bør indgå ved en risikovurdering af hver patient. Risikofaktorerne er baseret på evidens fra systematiske videnskabelige studier.

Der foretages en vurdering af følgende:

Har tandlægen angivet i journalen at der er foretaget en individuel risikovurdering af patienten.

Ja nej

Har tandlægen angivet en eller flere risikofaktorer i journalen?

Ja nej

Indplacering i rødt, gult eller grønt spor

Ved at sammenholde patientens sygdomsstatus og risikovurdering inddeler tandlægen patienten i et rødt, gult og grønt spor. Det grønne spor tænkes for klinisk raske patienter med risikofaktorer under kontrol. Det gule spor tænkes for patienter med aktiv sygdom med forhøjet risiko for progression af eksisterende sygdom eller udvikling af ny sygdom, hvor risikofaktorer, som fx dårlig mundhygiejne, søde/sure læskedrikke og rygning, kan ændres ved intervention. Det røde spor tænkes for patienter med aktiv sygdom med forhøjet risiko for progression af eksisterende sygdom eller udvikling af ny sygdom, men hvor risikofaktorer kun vanskeligt eller ikke kan ændres ved intervention.

Har tandlægen efter undersøgelse af patienten indplaceret patienten i grønt, gult eller rødt spor.

Ja nej

Hvilket spor har tandlæge inddelt patienten i?

Grøn

Gul

Rød

Fastsættelse af interval mellem undersøgelser

Den kliniske retningslinje anbefaler at intervallet indtil næste statusundersøgelse bør fastsættes enten ved slutningen af undersøgelsen hvis der ikke er indikation for behandling, eller ved afslutning af et specifikt behandlingsforløb.

Har tandlægen fastsat individuelt interval på 12-24 måneder indtil næste statusundersøgelse enten ved slutningen af undersøgelsen hvor der ikke er indikation for behandling eller ved afslutning af et specifikt behandlingsforløb.

Ja nej

Har tandlægen foretaget fokuseret undersøgelse?

Ja nej

Har tandlægen fastsat individuelt interval indtil næste fokuserede undersøgelse, ved et igangværende behandlingsforløb.

Ja nej

Bilag 6: Guide til journalaudit

Journal auditten udføres ved at udfylde vedhæftede Excelark med de korrekte angivne koder.

KOLONNE A i Excelark JOURNAL-ID

Hver auditor har modtaget 21 journaler og I indfører jeres journalnummer som nedenfor beskrevet under Excelarkets kolonne JOURNAL-ID

Torben Andersen har journal id-numrene 1-21

Niels Petersen har journal id-numrene 22-41

Tina El-Dabagh har journal id-numrene 42-61

Søren Bach-Petersen har journal id-numrene 62-81

[Sundhedsstyrelsen fik efter udsendelsen af materialet eftersendt yderligere 11 journaler, som Sundhedsstyrelsen sendte til Torben Andersen for gennemgang. Det samlede antal journaler var derefter 92].

KOLONNE B i Excelark ALDERSGRUPPE

Sundhedsstyrelsen har defineret aldersgruppe således at alder er defineret ud fra fødselsåret. Fødselsdatoen er bevaret på hver journal og I udfylder kolonne ALDERSGRUPPE i Excelarket efter nedenstående skema.

Fx En patient født i 1994 vil have kode 1, en patient født i 1990 vil have kode 2 osv.

Alder/ år	Født i perioden	Kode i Excelarket
18-25 år	1998-1991	1
26-40 år	1990-1976	2
41-65 år	1975-1951	3
66+	1950	4

Undersøgelsesdato i journalen

Den nye sygesikringsoverenskomst er gældende fra 1. april 2015 og samtlige journaler er udtrukket ud fra det tilfældige kriterie at patienten har fået en diagnostisk undersøgelse oktober 2016.

I går ind i journalen og finder den diagnostiske undersøgelse der er foretaget oktober 2016, der kan være tale om ydelserne 1111 (Udvidet diagnostisk grundundersøgelse), 1112 (Diagnostisk grundundersøgelse fra 26 år), 1113 (Diagnostisk grundundersøgelse fra 18-25 år), 1114 (Statusundersøgelse fra 26 år) eller 1115 (Statusundersøgelse 18-25 år).

Aktiv sygdom

Der foretages en vurdering af følgende:

KOLONNE C i Excelark **AKTIV SYGDOM**

Har tandlægen har ved undersøgelse af patienten foretaget en vurdering af om patienten er klinisk sund, ”har ingen aktiv sygdom” eller om patienten har aktiv sygdom der kræver intervention og/eller behandling?

	KODE
JA	1
NEJ	0

KOLONNE D i Excelark **DIAGNOSE**

Hvis der er aktiv sygdom har tandlægen angivet en diagnose?

	KODE
JA	1
NEJ	0

KOLONNE E i Excelark **GINGIVITIS**

Hvis der er angivet diagnosen gingivitis er der angivet om der er blødning på mere eller mindre end 15 % af fladerne?

	KODE
JA	1
NEJ	0

Risikovurdering

Der foretages en vurdering af følgende:

KOLONNE F i Excelark RISIKOVURDERING

Har tandlægen i journalen angivet at der er foretaget en individuel risikovurdering af patienten?

	KODE
JA	1
NEJ	0

KOLONNE G i Excelark RISIKOFAKTOR

Har tandlægen angivet en eller flere risikofaktorer i journalen?

	KODE
JA	1
NEJ	0

Indplacering i rødt, gult eller grønt spor

Der foretages en vurdering af følgende:

KOLONNE H i Excelark INDPLACERING I FARVESPOR

Har tandlægen efter undersøgelse af patienten indplaceret patienten i grønt, gult eller rødt spor.

	KODE
JA	1
NEJ	0

KOLONNE I i Excelark FARVE**Hvilken farve har tandlægen givet patienten?**

	KODE
INGEN	0
GRØN	1
GUL	2
RØD	3

Fastsættelse af interval mellem undersøgelser

Der foretages en vurdering af følgende:

Har tandlægen fastsat individuelt interval på 12-24 måneder indtil næste statusundersøgelse enten ved slutningen af undersøgelsen hvor der ikke er indikation for behandling eller ved afslutning af et specifikt behandlingsforløb?**KOLONNE J i Excelark INTERVAL STATUS-US**

	KODE
JA	1
NEJ	0

Har tandlægen foretaget fokuseret undersøgelse?**KOLONNE K i Excelark FOKUSERET-US**

	KODE
JA	1
NEJ	0

Har tandlægen fastsat individuelt interval indtil næste fokuserede undersøgelse, ved et igangværende behandlingsforløb.

KOLONNE L i Excelark INTERVAL FOKUSERET-US

	KODE
JA	1
NEJ	0

Bilag 7: Supplerende analyse af udvikling i aktiviteten for udvalgte undersøgelses- og behandlingsydelser i overenskomsten

Tandlægerne tiltrådte en ny tandlægeoverenskomst gældende fra 1. april 2015. Idet der i ny overenskomst-2015 overordnet er tale om en videreførelse af eksisterende ydelser fra den tidligere tandlægeoverenskomst-2010, er det muligt at foretages en sammenligning af ydelsesstatistikken for årene 2012, 2014 og 2016.

Sygesikringsstatistik for 2012 vil være at betragte som en ”baseline” for eventuelle forandringer i tandlægers ydelsesmønster efter forandringer i tilskud til tandpleje i 2013 og efter implementering af ny overenskomst i 2015. Sygesikringsstatistikken for året 2014 viser evt. ændringer i tandlægers ydelsesmønster efter at det i 2013 blev politisk besluttet at fortage en række indskrænkninger i patienters muligheder for at få tilskud til kontrolydelser og tandrensningssydelser. Sygesikringsstatistik for året 2016 viser ændringer i tandlægers ydelsesmønster efter implementering af ny overenskomst gældende fra 1. april 2015.

Sygesikringsstatistik, der finder anvendelse ved analysen, er leveret til Sundhedsstyrelsen af Danske Regioner, der har fået leveret aktivitetsudtræk fra CSC-Scandihealth.

Udviklingen i antal kontrolundersøgelser

Pr. 15. juli 2013 fjernes tilskud til ydelserne 1170 og 1171 Kontrol af fund ved diagnostisk undersøgelse. Ydelserne 1170 og 1171 fjernes ikke i overenskomstsyste­met, da det kræver en ny overenskomstaf­tale, og selvom der ikke er offentligt tilskud til ydelserne, gives ydelserne stadigvæk. Sygeforsikringen ”danmark” giver stadig tilskud til ydelserne til deres medlemmer.

Opgørelseår	2012	2014
Ydelses nr.	1170	1170*
Antal ydelser pr. år	1.739.579	860.119
Ydelses nr.	1171	1171*
Antal ydelser pr. år	94.671	37.392
Ydelses nr.	1170+1171	1170+1171
Antal ydelser pr. år	1.834.250	897.511

Kontrol efter undersøgelse

(1170, 1171)

Det ses at der stadig ydes 897.511 ydelser af kontrol af diagnostisk undersøgelse, selvom tilskud er fjernet i 2013. Der er dog sket en nedgang på 936.739 ydelser fra 2012 til 2014.

Opgørelseår	2012	2014
Ydelses nr.	1452	1452
Antal ydelser pr. år	137.316	261.403
Ydelses nr.	1453	1453
Antal ydelser pr. år	27.616	42.078
Ydelses nr.	1454	1454
Antal ydelser pr. år	3.622	3.377
Ydelses nr.	1452+1453+1454	1452+1453+1454
Antal ydelser pr. år	168.554	306.858

Kontrol efter PA-behandling

(1452-54)

Der ses en stigning i ydelser der anvendes til kontrol af PA-behandling på i alt 138.304 ydelser

Opgørelsesår	2012	2014
Ydelses nr.	2930	2930
Antal ydelser pr. år	24.375	268.234

Kontrol efter forebyggelse

(2930)

Der ses en stigning i kontrol efter forebyggende behandling på 243.859 ydelser

Opgørelseår	2014	2016
Ydelses nr.	1170+1170+1452+1453+1454+2930 *	1116
Antal ydelser pr. år	1.472.603	1.404.095
Ydelses nr.	1452+1453+1454+2930	
Antal ydelser pr. år	575.092	

Opgørelseår	2012	2016
Ydelses nr.	1170+1170+1452+1453+1454+2930 *	1116
Antal ydelser pr. år	2.027.179	1.404.095
Ydelses nr.	1452+1453+1454+2930	
Antal ydelser pr. år	192.929	

Diskussion

Udviklingen i antal ydelser, der er givet til kontrolundersøgelser fra gammel (2012) til ny overenskomst (2016), viser et fald på 623.084 ydelser pr. år.

I den mellemliggende periode er opgørelsen over antal ydelser kompliceret af at der fjernes tilskud til kontrolydelserne 1170 og 1171 i juli 2013. Ydelserne kan først fjernes fra overenskomsten i 2015. På trods af at der ikke er tilskud til ydelserne 1170 og 1171 i 2014, gives der stadig 897.511 ydelser i 2014. Sygeforsikringen ”danmark” yder stadig tilskud til ydelserne i 2014 til deres medlemmer. Det er mest korrekt at tage dem med i betragtningerne idet fjernelse af tilskud til ydelsen ikke har medført, at ydelsen ikke er blevet anvendt (omend i væsentligt mindre grad).

I den nye overenskomst er fokuseret undersøgelse (1116) en sammenlægning af kontrol efter hhv. individuel forebyggelse (2930) og PA-behandling (1452, 1453, 1454). I 2012 var der sammenlagt 192.929 af disse kontrolydelser pr. år, mens der i 2016 var 1.404.095 fokuserede undersøgelser pr år. En forskel på 1.211.166 ydelser. Efter fjernelse af sygesikringstilskud til ydelserne 1170 og 1171 (Kontrol efter diagnostisk undersøgelse) i 2013 er der kun tilskud til 2930 (Kontrol efter individuel forebyggende behandling) og 1452-1454 (Kontrol efter parodontal behandling). Det ses, at der herefter fra 2012-2014 sker en relativt stor stigning i aktiviteten på disse kontrolydelser på i alt 382.163 fra 2012-2014, som enten en kompensation eller en mere korrekt anvendelse af disse kontrolydelser. Samtidigt foretages der stadigvæk et meget stort antal (879.511) af de kontrolydelser 1170 og 1171, hvor tilskuddet er fjernet. Efter implementering af den nationale kliniske retningslinje og den nye overenskomst findes der kun én kontrol-

ydelse, 1116 Fokuseret undersøgelse, som kan ydes efter Individuel forebyggende behandling eller Parodontose behandling, altså til patienter med aktiv tandsygdom. Man kan herefter se, at det samlede antal kontrolydelser i 2014 (inkluderende 1170 og 1171 hvor der ikke er sygesikringstilskud) (n=1.472.603) overføres med næsten uændret hyppighed i den nye overenskomst (n= 1.404.095). Nedgangen i antal kontrolydelser fra 2.022.179 i 2012 til 1.404.095 i 2016 sker således allerede da man fjerner tilskud til kontrol i 2013. Hvis man ser på fordelingen af kontroltyper i 2014, kommer størstedelen af kontrolydelserne (n=897.511) i 2016 af et restlevn fra kontrol af diagnostisk undersøgelse (1170 og 1117). Anvendelse af kontrolydelser i den nye overenskomst forudsætter aktiv sygdom, og at der er foretaget behandling i forbindelse hermed. Der ses fra gammel overenskomst (2012) til ny overenskomst (2016) en stor stigning i behandlingsydelserne individuel forebyggende behandling og tandrodsrensning.

Udviklingen i den almindelige tandrensningsydelse

Den almindelige tandrensningsydelse (1301, 1302) er i ny overenskomst-2015 bevaret uforandret i indikationsområde og indhold. Den 1. januar 2013 indskrænkes muligheden for at få tilskud til en almindelig tandrensning. I overenskomst-2015 er muligheden for at få tilskud til en tandrensning tilpasset de nye overenskomstydelser.

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	1301+1302	1301+1302	1301+1302
Antal ydelser pr. år	3.108.986	1.826.419	2.566.798
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelsen/erne pr år	2.074.443	1.655.905	1.945.934
Antal ydelser pr. 100 personer	149,87	110,30	131,90

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	-1.282.567	+740.379,00	-542.188
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	-418.538	+290.029	-128.509

Diskussion

Fra 2012 til 2014 er der som følge af ændrede tilskudsregler til tandrensning og kontrolydelser sket et betydeligt fald i antallet af tandrensningsydelser på 1.282.567 ydelser pr. år. Efter den nye overenskomst i 2015, hvor begrænsning på tilskud til tandrensning kun gælder patienter i grøn kategori, ses en betydelig stigning i antal tandrensningsydelser fra 2014 til 2016 på 740.379 ydelser. Samlet ses dog, at der fra 2012 til 2016 er sket et fald i antal tandrensningsydelser på 542.188 ydelser. Den almindelige tandrensningsydelse bruges oftest i forbindelse med en undersøgelsesydelse eller en kontrolydelse. Der er fra 2012-2016 sket et samlet fald i undersøgelses- og kontrolundersøgelser på 451.066, hvilket følger niveauet i faldet i tandrensningsydelser. Antallet af personer, der har modtaget en tandrensningsydelse med tilskud, er fra 2012 til 2016 stor set uændret på ca. 2 mio. personer. Antallet af tandrensningsydelser pr. 100 patienter er faldet fra 149,87 pr. 100 pers. i 2012 til 131,90 pr. 100 pers. i 2016. De, der får en tandrensningsydelse, modtager således færre ydelser pr. år. Udviklingen i den almindelige tandrensningsydelse følger traditionelt udviklingen i omfanget af undersøgelses- og kontrolydelserne, idet der er tradition for at tage disse to ydelser samtidigt. Stigningen i antal almindelige tand-

rensningssydelser fra 2014 til 2016 kan skyldes efterslæbet i kontrolundersøgelser og et skjult antal tandrensningssydelser, der foretages uden om overenskomsten i den periode, hvor tilskud til tandrensning var reduceret. Der blev indført en ”ny tandrensningssydelse” i afregningssystemet, der betegnes ”Tandrensning uden offentligt tilskud” i Sygeforsikringen ”danmark”s skrivelse vedrørende dækningsmuligheder og takster 2014, for de raske der efter fjernelse af tilskud stadig kunne få tilskud fra Sygeforsikringen ”danmark” til en ekstra tandrensning om året.

Udvikling i Individuel forebyggende behandling (IFB)

Ydelsen Individuel forebyggende behandling (2920) er ændret i overenskomst-2015 ved, at indikationsområdet er udvidet til også at omfatte sygdom omkring implantater, som er sammenlignelig med sygdomme omkring tænder (mukositis ved implantat og periimplantitis). Videre erstatter IFB forebyggelsesdelen af de tidligere parodontale behandlingsydelser (ydelsesnummer **1420** og **1430**.)

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	2920	2920	2920
Antal ydelser pr. år	439.079	499.773	1.345.303
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	353.343	423.980	1.256.735
Antal ydelser pr. 100 personer	124,26	117,87	107,04

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	+60.694,00	+845.530,00	+906.224,00
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	+70.637,00	+832.755,00	+903.392,00

Diskussion

Der er fra 2012 til 2016 sket en stor stigning i brug af ydelsen Individuel forebyggende behandling (IFB) på 903.392 ydelser. Identisk stigning ses i antallet af personer, der modtager en IFB. En del af stigningen (ca. 270.000 ydelser) kan muligvis forklares med IFB's erstatning af dele af de parodontale ydelsespakker). IFB-ydelsen kan anvendes, hvis det skønnes indikeret for patienter med aktiv tandsygdom i den gule og røde kategori. Samlet ses, at tandlægerne i langt højere grad nu udfører individuel forebyggelse for patienter med aktiv tandsygdom.

Udvikling i Udvidet tandrensning (behandling af marginal parodontitis)

Ydelsen Udvidet tandrensning (1425) er ændret i overenskomst-2015 ved en præcision af indikationsområde og ydelsesbeskrivelse.

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	1425	1425	1425
Antal ydelser pr. år	571.695	709.155	915.650
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelsen/erne pr år	330.456	412.690	474.884
Antal ydelser pr. 100 personer	173,00	171,83	192,82

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	+137.460,00	+206.495,00	+343.955,00
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	+82.234,00	+62.194,00	+144.428,00

Diskussion

Der er fra 2012 til 2016 sket en større stigning på 343.955 udvidede tandrensningsydelser. En stor del stigningen (ca. 270.000 ydelser) kan imidlertid forklares med, at den udvidede tandrensningsydelse erstatter dele af de tidligere parodontale ydelsespakker (**1420, 1430**). Stigningen på ca. 74.000 ydelser sammenholdt med stigningen i antallet af personer, der modtager udvidede tandrensningsydelser, samt at der ses en stigning i antal ydelser pr. 100 personer fra 2012, peger i retning af, at flere patienter behandles for marginal parodontitis, og at de, der får behandling, behandles mere intensivt.

Udvikling i Tandrodsrensning (behandling af marginal parodontitis)

Ydelsen Tandrodsrensning (1431) er ændret i overenskomst-2015 ved en præcision af indikationsområde og ydelsesbeskrivelse.

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	1431	1431	1431
Antal ydelser pr. år	1.468.185	1.646.675	2.454.106
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelsen/erne pr år	354.900	384.111	474.010
Antal ydelser pr. 100 personer	413,69	428,69	517,73

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	178.490	807.431	985.921
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	29.211	89.899	119.110

Diskussion

Der er fra 2012 til 2016 sket en stor stigning på 985.921 ydelser med tandrodsrensning. Ydelsen Tandrodsrensning afregnes pr. tand. Der ses samtidigt en stigning i antallet af personer, der modtager tandrodsrensninger, som dog er langt mindre på 119.110. Dette peger, som ved udvidet tandrensning, i retning af, at flere patienter behandles for marginal parodontitis, og at de, der får behandling, behandles mere intensivt.

Udvikling i Fyldningsterapi

Ydelserne 1501-1507, 1509, 1551-1559, der vedrører fyldningsterapi, er uændret i overenskomst-2015.

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	1501-07, 1509, 1551-59	1501-07, 1509, 1551-59	1501-07, 1509, 1551-59
Antal ydelser pr. år	2.628.256	2.503.237	2.402.510
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	1.793.311	1.697.962	1.621.954
Antal ydelser pr. 100 personer	147	147	148

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	-125.019,00	-100.727,00	-225.746,00
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	-95.349,00	-76.008,00	-171.357,00

Diskussion

Der er fra 2012 til 2016 sket et kontinuerligt fald i antallet af fyldningsydelser på 225.746. Der ses samtidigt et fald i antallet af personer, der modtager fyldningsterapi, således at antal ydelser pr. 100 personer ikke ændres betydeligt i perioden.

Udvikling i Rodbehandling

Ydelserne 1600-1602, 1605-1606, der vedrører rodbehandling, er uændret i overenskomst-2015.

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	1600-1602, 1605-1606	1600-1602, 1605-1606	1600-1602, 1605-1606
Antal ydelser pr. år	404.947	401.522	398.697
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	186.569	180.781	176.838
Antal ydelser pr. 100 personer	217	222	225

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	-3.425	-2.825	-6.250
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	-5.788	-3.943	-9.731

Diskussion

Der er fra 2012 til 2016 sket et kontinuerligt fald i antallet af rodbehandlingsydelser på 6250. Der ses samtidigt et lidt større fald i antallet af personer, der modtager rodbehandlinger, således at antal ydelser pr. 100 personer stiger i perioden. Ændringerne er dog samlet set relativ ubetydelige.

Udvikling i Røntgen (Bitewings) i forbindelse med undersøgelse

Ydelserne 1150-1153, der vedrører røntgen taget i forbindelse med en undersøgelses- og kontrollydelse, er uændret i indhold i overenskomst-2015. (Der et ydelsesnummer mere i 2016)

Opgørelseår	2012	2014	2016
Ydelses nr.	1150-1152	1150-1152	1150-1153
Antal ydelser pr. år	809.594,00	806.165,00	857.173,00
Antal personer der har modtaget en eller flere af ydelsen/erne pr år	808.158,00	805.338,00	856.622,00
Antal ydelser pr. 100 personer	100	100	100

	Fra 2012 til 2014	Fra 2014 til 2016	Fra 2012 til 2016
Difference i antal ydelser pr. år	-3.429,00	51.008,00	47.579,00
Difference i antal personer der har modtaget en eller flere af ydelserne pr år	-2.820,00	51.284,00	48.464,00

Diskussion

Der ses fra 2012 til 2016 en stigning på 47.579 i antallet af røntgenbilleder, der er taget i forbindelse med en undersøgelse. Der ses samtidigt en tilsvarende stigning i antallet af personer, der modtager en sådan røntgenundersøgelse. Det kan undre, da der i perioden sker et ca. 10 gange så stort fald i antal undersøgelses- og kontrollydelser.