

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning  
af  
nævnets praksis  
vedrørende

**Tandlæger**

1998-2005

November 2005

Fuldmægtig, cand.jur. Birgitte Mullesgaard Pedersen

Fuldmægtig, cand.jur. Gritt Karskov Husum

Fuldmægtig, cand.jur. Karen Langsted

Fuldmægtig, cand.jur. Pia Larsen

Tandlæge Bjarne Frese



# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

## Sammenfatninger af nævnets praksis:

- Aktindsigt. 1998-2001. November 2002
- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2000
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Klager i forbindelse med udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004
- Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004
- Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer

## **Forord**

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn den anden systematiske gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager vedr. tandlæger.

Den første praksissammenfatning på området blev offentliggjort i november 2002. Denne første sammenfatning er i den nu foreliggende publikation blevet gennemgribende ajourført og revideret.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til [pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk).

Peter Bak Mortensen  
dir.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING.....	6
1.1	Klagesystemet på tandlægeområdet.....	6
2	BEHANDLING OG UNDERSØGELSE .....	8
2.1	Tandregulering.....	8
2.1.1	Afslag på tandreguleringsbehandling.....	9
2.1.2	Afslag på grund af risiko for psykosocial belastning.....	17
2.1.3	Tidlig indgriben.....	21
2.1.4	Tidspunkt for behandling .....	26
2.1.5	Kæbeledsproblemer, tænderskæren og hovedpine efter tandreguleringsbehandling.	30
2.1.6	Resultatet af tandreguleringsbehandlingen .....	38
2.1.7	Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke er blevet færdiggjort.....	40
2.2	Kariesbehandling .....	43
2.2.1	Forventninger til regelmæssige tandlægebesøg .....	44
2.2.2	Behandlingsvalg.....	46
2.2.3	Bite-wing røntgenbilleder til diagnostik .....	49
2.2.4	Opfølgning efter fyldningsbehandling .....	52
2.2.5	Materialevalg ved fyldningsbehandling.....	53
2.2.6	Tanddannelsesforstyrrelser .....	55
2.2.7	Tandbehandling af indsatte i fængsel.....	57
2.3	Rodbehandling .....	58
2.3.1	Indikation for rodfyldning.....	59
2.3.2	Udstrækning af rodfyldning.....	61
2.3.3	Smertebehandling i forbindelse med rodbehandling .....	64
2.3.4	Fjernelse af tand efter rodbehandling.....	65
2.4	Parodontitis - betændelse i tandkødet .....	67
2.4.1	Manglende konstatering af parodontitis.....	67
2.5	Operationer og indgreb .....	69
2.5.1	Operativ fjernelse af visdomstænder.....	69
2.5.2	Kæbeoperationer .....	73
2.5.3	Påpladssætning af udslået tand .....	76
2.5.4	Tandudtrækning .....	78
2.6	Bedøvelse .....	79
2.6.1	Nervepåvirkning i forbindelse med bedøvelse og behandling.....	79
2.7	Anden behandling .....	84
2.7.1	Forveksling.....	84

2.7.2	Mangelfuld sterilitet.....	85
2.7.3	Behandling med implantater .....	87
2.7.4	Behandling af misfarvede tænder .....	90
2.7.5	Fremmedlegemer ved læbe-tand traume.....	91
2.7.6	Behandling med bidskinne.....	92
2.7.7	Mangelfuld undersøgelse og behandling .....	94
2.7.8	Behandling med ætsbro.....	96
3	JOURNALFØRING.....	97
3.1	Formelle krav til journalen.....	97
3.1.1	Opbevaring af journalen.....	98
3.2	Relevant sygehistorie .....	99
3.3	Diagnose, behandlingens art og lokalisering .....	100
3.4	Væsentlige behandlingselementer og anvendte materialer.....	102
3.5	Ordineret behandling. Hvem behandlede?.....	103
3.6	Hen- og tilbagevisninger .....	104
4	INFORMATION OG SAMTYKKE.....	105
4.1	Tidspunktet for informationen .....	105
4.2	Informationens indhold .....	106
4.3	Information om komplikationer og bivirkninger .....	109
4.4	Information, når patienten er under 18 år .....	115
4.5	Hvordan skal informationen gives? .....	118
4.6	Hvem er ansvarlig for, at informationen gives?.....	119
4.7	Samtykket.....	120
4.8	Journalføring af information og samtykke.....	123
5	TAVSHEDSPLIGT OG AKTINDSIGT .....	127
5.1	Tavshedspligt .....	127
5.1.1	Videregivelse af oplysninger på baggrund af økonomisk mellemværende .....	127
5.1.2	Videregivelse af oplysninger til offentlig myndighed .....	129
5.2	Aktindsigt.....	129
5.2.1	Aktindsigtens gennemførelse.....	131
5.2.2	Udlevering af kopier .....	131
5.2.3	Udlevering af originale akter - journalopbevaringspligten.....	133
6	BILAG .....	135
7	SAGSOVERSIGT.....	137

# 1 INDLEDNING

Denne sammenfatning af Patientklagenævnets praksis i sager, hvor der er klaget over tandlæger eller hvor Sundhedsstyrelsen har indberettet tandlæger til Patientklagenævnet, omfatter afgørelser truffet i perioden fra april 1998 til juni 2005. Der er tale om en ajourføring af tidligere udarbejdet sammenfatning.

Sammenfatningen består af fire kapitler. I kapitel 2 beskrives nævnets praksis i sager, hvor der er klaget over tandlægens behandling, herunder undersøgelse m.v. I kapitel 3 beskrives praksis vedrørende tandlægers journalføring. Kapitel 4 omhandler klager over utilstrækkelig information og manglende indhentelse af samtykke til behandling, og kapitel 4 indeholder klager over håndtering af anmodninger om aktindsigt og tandlægers brud på tavshedspligten.

I bilaget sidst i sammenfatningen findes nogle statistiske oplysninger om klagesager vedrørende tandlæger.

I hvert kapitel refereres et antal afgørelser, der belyser nævnets praksis på det pågældende område. I den elektroniske udgave af praksissammenfatningen på nævnets hjemmeside ([www.pkn.dk](http://www.pkn.dk)) er der links til de anonymiserede afgørelser, således at afgørelser, der er refereret i praksissammenfatningen, kan læses i hele deres længde.

Sammenfatningen vil blive opdateret med ny praksis efter behov.

## 1.1 Klagesystemet på tandlægeområdet

Patientklagenævnet er ikke den eneste instans, hvor der behandles klager over tandlægers faglige virksomhed.

Der findes i hvert amt et såkaldt amtstandlægenævn, der har kompetencen til at behandle de fleste klager over privatpraktiserende tandlæger og specialtandlæger. Amtstandlægenævnenes afgørelser kan ankes til Landstandlægenævnet.

Udgangspunktet er, at tandlægenævnene har kompetence til at behandle klager over privatpraktiserende tandlæger og specialtandlæger, som har overenskomst med Den Offentlige Sygesikring. Der er således tale om et overenskomstbaseret klagesystem, og nævnene tager ved deres afgørelse stilling til, om den behandling, der er klaget over, var honorarværdig. Kommer tandlægenævnet frem til, at den givne behandling ikke var honorarværdig, vil den indklagede

tandlæge være forpligtet til at tilbagebetale honoraret til såvel patienten som Den Offentlige Sygesikring. Tandlægenævnene orienterer Sundhedsstyrelsen om samtlige deres afgørelser og foretager herunder en særskilt indberetning i sager, hvor der skønnes at foreligge en alvorlig eller gentagen overtrædelse af lovgivningen.

Klager over tandlægers faglige virksomhed, der ikke falder ind under tandlægenævnenes kompetence, behandles af Patientklagenævnet. Dette følger af § 12, stk. 1, i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. Patientklagenævnet har i modsætning til tandlægenævnene ikke kompetence til at tage stilling til spørgsmål af økonomisk karakter.

Patientklagenævnets virksomhed omfatter således alle offentligt ansatte tandlæger, der udøver faglig virksomhed (patientbehandling, undersøgelse m.v.). Som eksempler på offentligt ansatte tandlæger kan nævnes tandlæger i de kommunale tandplejer eller amtstandplejen, tandlæger på tandlægeskolerne og hospitalstandlæger. Klager over privatpraktiserende tandlæger, der udøver virksomhed for det offentlige, er også omfattet af Patientklagenævnets kompetence. Der kan eksempelvis være tale om tandlæger, der udøver virksomhed i landets fængsler eller på plejehjem, men også tandlæger, der behandler 16-17-årige unge, der har valgt denne løsning som alternativ til den kommunale børnetandpleje. Klager over privatpraktiserende tandlæger og specialtandlæger, der ikke har overenskomst med Den Offentlige Sygesikring, er tillige omfattet af nævnets kompetence.

Sundhedsstyrelsen modtager som nævnt samtlige afgørelser fra tandlægenævnene.

Sundhedsstyrelsen foretager herefter en vurdering af, om der er grundlag for at indberette den indklagede tandlæge til Patientklagenævnet med henblik på nævnets stillingtagen til, om tandlægen har overtrådt gældende lovgivning. I disse tilfælde tager Patientklagenævnet således stilling til den faglige virksomhed, der udøves af privatpraktiserende tandlæger og specialtandlæger.

## 2 BEHANDLING OG UNDERSØGELSE

En tandlæge har under udøvelsen af sin virksomhed pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder også ved benyttelsen af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v. Reglerne herom findes i tandlægelovens § 12.

Ved vurderingen af, om en tandlæge har overtrådt tandlægelovens § 12, lægger Patientklagenævnet vægt på, om behandling og undersøgelse er foretaget i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt tandlægefaglig standard.

En stor del af de klager, Patientklagenævnet tager stilling til vedrørende tandlæger, er klager over tandregulering. Der klages især over, at den kommunale tandpleje ikke har tilbudt tandreguleringsbehandling, men også over tandreguleringsbehandlingen, når den er tilbudt. Nævnets praksis i disse sager beskrives nedenfor i **afsnit 1.1**.

I **afsnit 1.2** findes nævnets praksis indenfor kariesrelateret behandling, mens **afsnit 1.3** omhandler operationer og indgreb. Endelig indeholder **afsnit 1.4** en beskrivelse af nævnets praksis i en række sager, hvor der er tale om en behandling, som ikke falder ind under ovennævnte kategorier.

### 2.1 Tandregulering

Den kommunale børne- og ungdomstandpleje skal, når der er grundlag herfor, tilbyde tandregulering til børn og unge under 18 år. Dette følger af § 3, stk. 1, nr. 4, i [Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af 22. marts 2001 om tandpleje](#). I det følgende kaldes denne bekendtgørelsen.

I et bilag til bekendtgørelsen er der fastsat detaljerede regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer. Det fremgår heraf,

*”at tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger, skal forebygges og behandles.”*

Den ortodontiske visitation har til formål at diagnosticere tandstillingsfejl, der indebærer ovennævnte risici, at oplyse barnet og dets forældre herom og at tage stilling til, om der er indikation for at foretage tandregulering.

### 2.1.1 Afslag på tandreguleringsbehandling

Hovedparten af de klager, som Patientklagenævnet modtager vedrørende tandregulering, er klager over, at den kommunale tandpleje har afvist at udføre tandreguleringsbehandling. I disse tilfælde vil nævnet tage stilling til, om undersøgelsen med henblik på tandregulering er foregået i overensstemmelse med gældende regler for den kommunale tandpleje.

I det følgende refereres en række afgørelser, der illustrerer nævnets praksis på dette område.

#### **Sag 1 Klage over afslag på tandregulering. Observation af forholdende (2004)**

**(0443802A)**

*En 8-årig pige blev i marts 1998 undersøgt af specialtandlæge i den kommunale tandpleje med henblik på tandregulering. Det blev vurderet, at hendes tandstilling fortsat skulle observeres. Patienten blev observeret i december 1998, i november og i oktober 2001. Ved den sidste undersøgelse blev det besluttet, at patienten ikke havde afvigelser i tandstillingen, der kunne udløse tilbud om tandreguleringsbehandling i kommunalt regi.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev fundet indikation for at tilbyde tandreguleringsbehandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, idet patientens tandstillingsfejl og bidudvikling var fulgt over en periode på 5 år. Videre var der et overbid i horisontal retning på 5.5 mm og i lodret retning på 5 mm uden påbidning af ganeslimhinden bagved overkæbens fortænder.

Nævnet oplyste, at tandlæger i den kommunale tandpleje ved deres vurdering af, om der for en patient foreligger indikation for tandreguleringsbehandling, skal følge Sundhedsstyrelsens retningslinier herom, der findes i et bilag med regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af 22. marts 2001 om tandpleje.

Af Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af 22. marts 2001 om tandpleje med bilag om "Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer" fremgår blandt andet, at tandreguleringsbehandling kan tilbydes for "at forebygge og behandle"..."forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader". Afsnit II omtaler risiko for funktionsforstyrrelser og afsnit III omtaler risiko for psykosociale belastninger.

Afgørelsen af, om der foreligger indikation for tandreguleringsbehandling, beror således på et skøn.

## **Sag 2 Klage over afslag på tandregulering. Observation af tilstanden (2003) ([0341010P](#))**

*En 7-årig pige blev i juni 1994 undersøgt i den kommunale tandpleje, hvor det blev konstateret, at +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben) lå forkert, således at der var risiko for, at den brød frem i forkert stilling (ectopisk eruption). Der blev anlagt en "separationselastik", som i løbet af en uge rettede +6 op.*

*I oktober 1998 blev patienten undersøgt af en specialtandlæge, der fandt, at hun skulle observeres med henblik på tandregulering (kode 1). I september 1999 blev hun undersøgt igen, hvor det blev vurderet, at tænderne i underkæben ikke havde kontakt med tandkødet bag fortænderne, og at der var trangstilling på fortænder i over- og undermund. På baggrund heraf blev det vurderet, at der ikke var indikation for tandreguleringsbehandling.*

*Der blev klaget over, at der ikke var blevet fundet grundlag for tandreguleringsbehandling.*

Nævnet fandt, at specialtandlægen havde anlagt en korrekt risikovurdering, da hun ikke fandt, at der var indikation for tandreguleringsbehandling i kommunalt regi, idet der ved alle undersøgelserne var angivet relevante diagnoser og angivet relevante overvejelser om de bidfunktionelle forhold.

Nævnet oplyste, at det fremgår af Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af den 22. marts 2001 om tandpleje med bilag om "Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer", at tandreguleringsbehandling kan tilbydes for "at forebygge og behandle"... "forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader".

Det var nævnets vurdering, at der var skævhed af patientens fortænder i underkæben samt i ubetydelig grad i overkæben, men ikke af en sådan karakter, at udseendet afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende, ifølge bilagets afsnit III.

Det var videre nævnets vurdering, at der ikke var risiko for "Parodontale skader (... på tandkød)" forårsaget "af ekstremt dybt bid, der beskadiger parodontiet bag overkæbens.... fortænder." ifølge afsnit I (2) i ovennævnte bilag.

**Sag 3 (ref. sag nr. 95 og 105) Klage over afslag på tandregulering. Selvkorrektion efter fjernelse af tænder (2003) ([0234219P](#))**

*En 11-årig pige blev i september 1995 undersøgt af specialtandlægen med henblik på tandreguleringsbehandling. Det blev besluttet, at hun skulle undersøges et år senere. I februar 1996 blev der taget aftryk til modeller, og ved undersøgelse i august 1996 fandt specialtandlægen, at 4 + 4 og 4 – 4 (første små kindtænder i over- og underkæben) skulle trækkes ud, hvilket skete indenfor den følgende måned.*

*I september 1998 fandt specialtandlægen, at der nu var let transsstillig svarende til +3 (hjørnetanden i højre side af overkæben), og at funktionen var tilfredsstillende. På denne baggrund var der ikke behov for yderligere behandling.*

*Der blev klaget over, at specialtandlægen ikke fandt grundlag for at tilbyde tandreguleringsbehandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, idet patienten primært havde haft problemer med pladmangel til de blivende hjørnetænder i over- og underkæben.

Specialtandlægen havde lagt en behandlingsplan, hvor han forventede, at der efter fjernelse af 4 små kindtænder ville være en vis selvkorrektion af de andre blivende tænder, men at egentlig tandreguleringsbehandling eventuelt kunne komme på tale senere.

Nævnet oplyste, at det er normal praksis at opdele en behandling i faser, hvor man i første fase starter med at fjerne små kindtænder, og hvor man senere efter fuldt tandfrembrud af de øvrige tænder igen vurderer, om der af faglige grunde bliver behov for yderligere behandling (efterkorrektion med fastsiddende apparatur).

Det var derfor nævnets vurdering, at behandlingen således ikke blev påbegyndt med det sigte, at der under alle omstændigheder skulle indsættes fastsiddende tandreguleringsapparat.

Videre oplyste nævnet, at der i nogle tilfælde opstår så meget selvkorrektion af tandstillingen efter fjernelse af tænder og under tandskiftet, at der efterstående ikke bliver behov for yderligere terapi, medens det i andre tilfælde bliver nødvendigt med efterregulering med fastsiddende bøjle, hvis den endelige tandstilling ikke findes fagligt tilfredsstillende. Derfor er det på forhånd ikke altid muligt at vurdere, hvorvidt en efterkorrektion bliver nødvendig.

#### **Sag 4 Klage over afslag på tandregulering. Let trangstilling (2004) ([04F018P](#))**

*En 11-årig pige blev i juni 2001 undersøgt af specialtandlæge med henblik på tandregulering. Det blev vurderet, at hun skulle ses et år senere. I oktober 2002 blev patienten atter undersøgt, hvor det blev konstateret, at der ikke var indikation for tandreguleringsbehandling i offentlig regi.*

*Der blev klaget over, at der ikke var blevet iværksat tandreguleringsbehandling af patienten.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægens risikovurdering, da denne vurderede, at der ikke var indikation for tandreguleringsbehandling, idet studiemodeller af tænderne viste, at hun havde trangstilling af fortænderne i overkæben og lidt trangstilling i underkæben. Med hensyn til trangstillingen var der dog ikke tale om, at udseendet afveg i en sådan grad, at det måtte anses for invaliderende.

Det var nævnets vurdering på baggrund af studiemodellerne, at biddet var lidt forskudt mod overbid. Der var dog ikke tale om "ekstremt overbid" .... Hvor tænderne ikke beskyttes af læberne". Tandskiftet var desuden ikke helt afsluttet. I forbindelse med afslutning af tandskiftet forbedres normalt såvel overbid som bidforholdene i siderne.

Det var på denne baggrund nævnets vurdering, at patientens eksisterende trangstilling hverken nu eller senere kunne være årsag til bidfunktionsforstyrrelser eller hovedpine. Hovedpine og kæbeledsproblemer kan optræde såvel ved perfekte bidforhold som ved skævtstillede tænder.

Nævnet oplyste, at opretning af skævtstillede fortænder således hverken kan forebygge eller behandle hovedpine.

#### **Sag 5 Klage over afslag på tandregulering. Observation af forholdene (2001) ([0123306A](#))**

*En 12-årig pige blev i december 1999 undersøgt af en specialtandlæge i den kommunale tandpleje med henblik på en vurdering af behovet for tandregulering. Specialtandlægen fandt, at tandkødet bag 1+1 (de store fortænder i overkæben) af og til blev påbidt af fortænderne i underkæben og vurderede, at eventuel tandreguleringsbehandling skulle afvente frembruddet af 7+7 (anden store kindtand i højre og venstre side af overkæben) og 7-7 (anden store kindtand i højre og venstre side af underkæben). Ved en ny visitation i april 2000 fandt specialtandlægen, at tandkødet bag fortænderne i overkæben stadig blev påbidt af fortænderne i underkæben. På dette tidspunkt fandtes 7- i frembrud.*

*Specialtandlægen visiterede på ny patienten i oktober 2000 og fandt, at sammenbidsforholdene var uændrede, og at 7+7 var i frembrud. Specialtandlægen fandt på dette tidspunkt ikke grundlag for at tilbyde tandreguleringsbehandling, men noterede i den ortodontiske visitation, at patienten skulle holdes under observation og kontrolleres næste gang i april 2001.*

*Der blev klaget over, at det blev vurderet, at der ikke var grundlag for at tilbyde patienten tandreguleringsbehandling i den kommunale tandpleje, selv om hun gennem længere tid havde haft en rød, hævet bule bag fortænderne i overkæben.*

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere specialtandlægen, idet studiemodeller af patientens tænder viste, at der var overbid i vandret retning (horisontalt overbid), men ikke i en sådan grad, at der var risiko for, at overkæbens fortænder blev fanget af underlæben, således at fortænderne gradvist blev skubbet fremad. Studiemodellerne viste tillige, at der var overbid i lodret retning (vertikalt overbid), men at der ikke var tale om ekstremt dybt bid, idet der alene kunne forekomme slimhindepåbidning i et mindre område svarende til papilla incisiva (se nedenfor). Videre kunne det ses, at 3+3 (hjørnetænderne i overkæben) var placeret noget udenfor tandrækken, samt at papilla incisiva var af normal størrelse, og at den ikke viste tegn på irritation eller hævelse som følge af traumatisk påbidning.

Nævnet kunne oplyse, at papilla incisiva er en naturligt forekommende anatomisk, vortelignende struktur på tandkødet bag overkæbens fortænder, som findes hos alle mennesker. Hvis papilla incisiva hæver og bliver irriteret, kan der opstå traumatisk påbidning af området. Dette ses særligt under forkølelse eller lignende tilstande, hvor mundhulens slimhinder generelt er hævede, eller hvis der lokalt opstår tandkødsbetændelse. Eventuelle bidgener er som regel forbigående.

Det var nævnets vurdering, at disse forhold ikke tilsagde, at der blev foretaget tandreguleringsbehandling i kommunalt regi, idet det dog var nævnets opfattelse, at forholdene hos patienten krævede observation, således som det også blev planlagt af tandplejen.

#### **Sag 6 Klage over manglende indikation for tandregulering (2003) ([0339012A](#))**

*En 9-årig pige blev i 1994 set af en tandlæge i den kommunale tandpleje. Tandlægen fandt, at hun ikke havde plads til +3 (hjørnetanden i venstre side af overkæben), og at hun havde dårlig mundhygiejne. I oktober 1999 blev +3 trukket ud, og specialtandlægen fandt, at hun*

*skulle observeres til april 2000. I maj 2000 så det pænt ud, og i juni 2001 vurderede specialtandlægen, at der ikke var indikation for tandreguleringsbehandling.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat behandling med bøjle.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet afgørelsen af, om der foreligger indikation for at foretage tandreguleringsbehandling, beror på et skøn.

Nævnet oplyste, at tandlæger i den kommunale tandpleje ved deres vurdering af, om der for en patient foreligger indikation for tandreguleringsbehandling, skal følge Sundhedsstyrelsens retningslinier herom, der findes i et bilag med regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af 22. marts 2001 om tandpleje.

Det fremgår heraf blandt andet, at udpræget trangstilling vanskeliggør mundhygiejnen, hvilket disponerer for tandkødsbetændelse.

Det var nævnets vurdering, at patienten blev undersøgt for tandstillingsfejl på relevante tidspunkter. De løbende visitationer viste, at hendes bidfejl bestod af relativ små forskydninger i sammenbidet i kombination med, at der ikke var plads til overkæbens hjørnetand i venstre side (+ 3), som var placeret helt udenfor tandrækken i retning mod overlæben.

Videre var det nævnets vurdering, at da patienten næsten var 14 år havde det almindelige renhold af tænder ikke på noget tidspunkt været tilfredsstillende.

Nævnet oplyste, at som optakt til en hvilken som helst tandreguleringsbehandling skal der altid foretages en vurdering af, om den respektive behandling er realistisk at gennemføre. Især forhold som samarbejde og ikke mindst den enkelte patients vilje og evne til at renholde tænder og tandreguleringsapparat er meget væsentlig for at kunne gennemføre en behandling. Der kan under et tandreguleringsforløb ske uoprettelige skader på tænder og støttevæv, hvis der ikke foretages et tilfredsstillende renhold. I de tilfælde hvor der i det daglige og inden påbegyndelse af behandling ikke kan tilvejebringes en god mundhygiejne, er det derfor kontraindiceret at foretage tandreguleringsbehandling,

**Sag 7 Klage over afslag på tandregulering. Betydning for efterfølgende fald og beskadigelse af tænder (1999) ([9914620A](#))**

*En 10-årig pige blev den 16. februar 1989 undersøgt af en specialtandlæge i en kommunal tandpleje med henblik på en vurdering af behovet for tandreguleringsbehandling. Det blev i journalen anført, at sammenbiddet var forskudt lidt mod overbid, og at hun havde dybt bid (det vil sige, at fortænderne i underkæben bed lidt dybere op bag overkæbens fortænder end i et normalt bid). Specialtandlægen undersøgte hende igen den 28. januar 1991, hvor det blev journalført, at der ikke var sket nogen ændringer i sammenbiddet, og at patienten derfor ikke fik tilbud om at få udført tandreguleringsbehandling. Dette blev accepteret af patientens moder.*

*I september 1993 slog patienten sine fortænder alvorligt ved et fald, og hun fik sine beskadigede tænder behandlet af en tandlæge ved den kommunale tandpleje. Al behandling i anledning af traumet rettede sig mod at redde alt, hvad der kunne reddes. Lange observationstider var hele tiden nødvendige på grund af det voldsomme traume, og en mere langsigtet behandlingsplan kunne derfor ikke udarbejdes. Behandlingen kompliceredes af, at midterst fortand i venstre side (+1) faldt ud og skulle sættes på plads med efterfølgende 3 rodbehandlinger, at nerven i den lille fortand i højre side af overmundens (2+) døde (pulpanekrose), hvilket blev konstateret den 11. april 1994, og at der skete en opløsning af roden (rodresorption) i begge tænder (+1, 2+), hvilket blev diagnosticeret den 5. december 1994. Først i foråret 1996 så det ud til, at resorptionerne var standset. På udskrivningstidspunktet fra den kommunale tandpleje i juni 1996 blev tilstanden vurderet som rimelig stabil. På baggrund heraf var rekonstruktionen af de mistede fortænder alene af midlertidig karakter. Det blev vurderet, at det var kontraindiceret at påbegynde tandregulering på overkæbens fortænder i den kommunale tandpleje.*

*Da patienten forlod den kommunale tandpleje, valgte hun en tandlæge, som i 1997 planlagde, at hun skulle have indsat 4 kunstige fortænder (implantater), hvilket først kunne udføres på det tidspunkt, hvor hun var så godt som voksen. Tandlægen henviste hende til en specialtandlæge, som i et brev forklarede, at når hun skulle have indsat de 4 kunstige fortænder, ville det blive nødvendigt, at hun fik rettet sine tænder først. Baggrunden var, at de kunstige fortænder ville komme til at stå for langt fremme, fordi kæbeknoglen i fortandsområdet i overkæben gik lidt udad, og den stilling, som de kunstige fortænder ville få uden forudgående tandreguleringsbehandling, ville være ugunstig, idet de ville blive udsat for et fremadrettet tryk af underlæben, hvilket sådanne implantattænder ikke kunne tåle.*

*Der blev klaget over, at den kommunale tandpleje ikke tilbød patienten tandreguleringsbehandling, hverken før eller efter det traume i 1993, hvor hun slog de 4 fortænder i overmundens i stykker.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, idet det efter nævnets opfattelse - på baggrund af patientens tandstilling - var i overensstemmelse med de gældende regler for udvælgelse af børn til tandreguleringsbehandling, at specialtandlægen ikke tilbød hende tandreguleringsbehandling. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om specialtandlægen i forbindelse med visitationen havde anført, om læbelukket var tilstrækkeligt.

Nævnet fandt endvidere, at specialtandlægen havde handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved behandlingen af patienten, idet det ikke var muligt at forudse, at patienten ville få brug for at få udført tandreguleringsbehandling, når hun skulle have udført den endelige behandling af sine beskadigede fortænder.

Nævnet var opmærksomt på, at det efterfølgende havde vist sig, at det var nødvendigt, at patienten fik udført tandreguleringsbehandling, da det var en forudsætning for at kunne indsætte implantater i den rigtige stilling.

### **Sag 8 Klage over afslag på tandregulering. Løfte om behandling (1998) ([9803724P](#))**

*En 8-årig pige blev i 1988 af den kommunale tandplejes specialtandlægekonsulent anbefalet at få rettet sit krydsbid (skævt kindtandssammenbid) og de to store fortænder i overkæben, idet disse var drejede (roterede). Kommunen accepterede senere et tilbud fra en anden specialtandlæge angående behandling af krydsbiddet. Der var ikke nævnt noget om de drejede fortænder i tilbuddet. Ved en visitation i 1991 fandtes der ikke grundlag for regulering af de to fortænder. Ved en fornyet visitation i 1995 fandtes tandstillingen perfekt, bortset fra de to fortænders stilling. Specialtandlægekonsulenten fandt fortsat ikke grundlag for at rette de drejede fortænder. Det fremgik af sagen, at patienten og hendes forældre mente, at de af specialtandlægekonsulenten på vegne af kommunen havde fået et løfte om behandling af de roterede fortænder, hvilket denne afviste.*

Patientklagenævnet fandt på baggrund af de dagældende visitationsregler ikke grundlag for kritik af specialtandlægekonsulentens vurderinger ved visitationerne i 1991 og 1995.

Nævnet fandt endvidere, at der ikke var grundlag for kritik af, at patienten i 1988 ikke havde fået rettet de drejede fortænder, idet der på det tidspunkt var ret vide rammer for, hvilke børn der skulle have tilbudt tandreguleringsbehandling. Det fandtes således ikke kritisabelt, at

specialtandlægekonsulenten i 1988 ved modtagelsen af tilbuddet ikke sikrede, at patienten tillige fik rettet de drejede fortænder.

Vedrørende det ifølge klagen afgivne løfte gjorde nævnet opmærksom på, at nævnet ifølge lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. kun kan behandle klager over den faglige virksomhed, der udøves af sundhedspersoner. Nævnet kan derimod ikke behandle klager over andre forhold så som økonomiske forhold, og om specialtandlægekonsulenten kunne siges at have afgivet et løfte, der på baggrund af andre regler end tandlægeoven måtte have forpligtet kommunen til at betale for behandlingen. Nævnet kunne således ikke tage stilling til, hvorvidt patienten havde krav på, at kommunen tilbød tandreguleringsbehandling af de drejede fortænder, idet dette i sidste instans henhører under domstolene.

Ovenstående afgørelse illustrerer, at Patientklagenævnet alene har kompetence til at tage stilling til, om et barn har tandstillingsfejl, der berettiger til tandregulering, og således ikke kan tage stilling til økonomiske eller aftaleretlige forhold.

### **2.1.2 Afslag på grund af risiko for psykosocial belastning**

Det vil i en række tilfælde med rimelighed kunne diskuteres, om kriterierne i bilaget til bekendtgørelsen er opfyldt eller ikke. Dette gælder især, hvor afgørelsen beror på en vurdering af, om tandstillingsfejlen indebærer risiko for psykosocial belastning. Risiko for psykosocial belastning indebærer i denne sammenhæng, at barnets udseende afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende, og at det ikke er tilstrækkeligt, at tandstillingen blot er uheldig ud fra et kosmetisk synspunkt (jfr. bilagets afsnit III).

Nedenfor refereres fire sager, der illustrerer nævnets praksis.

#### **Sag 9 Klage over afslag på tandregulering (1999) ([99F028P](#))**

*En 13-årig dreng blev i april 1998 undersøgt af en specialtandlæge i en kommunal tandpleje, som fandt, at hans sammenbid var forskudt 1/2 tandbredde mod overbid, samt at sammenbidet op/ ned viste, at der var dybt bid i fortandsområdet, men at der var tandkontakt, således at underkæbens fortænder ikke bed op i tandkødet i overkæben. Der var endvidere trangstilling (pladsmangel) i over og underkæbens fortandsområde. Specialtandlægen vurderede på den baggrund, at der ikke var indikation for at tilbyde tandreguleringsbehandling.*

*Der blev klaget over, at specialtandlægen i den kommunale tandpleje ikke tilbød drengen at få udført tandreguleringsbehandling.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen og lagde herved vægt på, at patientens tandstilling ikke var så afvigende, at der var tandlægefaglig begrundelse for at tilbyde ham tandreguleringsbehandling.

Nævnet oplyste, at det af bilaget til Sundhedsministeriets bekendtgørelse, der indeholder vejledende retningslinier for, hvornår et barn skal tilbydes tandregulering, fremgår, at visse tandstillingsfejl opfattes som så grelle, at de tangerer begrebet invaliderende. Der er her tale om variationer, der ligger så langt ud over den normale variation, at det medfører konstant drilleri, mobning og mindreværdskomplekser blandt børn og lav selvværdsfølelse blandt voksne i forbindelse med daglig social kontakt (f.eks. ved jobsøgning). Der er dokumentation for, at ekstremt overbid og udpræget trangstilling, især af fortænder og hjørnetænder i overkæben, og endvidere underbid samt udpræget spredtstilling af overkæbens fortænder, f.eks. i tilfælde af manglende anlæg af blivende fortænder kan medføre psykosociale belastninger af den nævnte karakter.

#### **Sag 10 Klage over afslag på tandregulering. Kosmetisk indikation (2001) ([0123007P](#))**

*En 12-årig dreng blev i april 2000 visiteret af specialtandlæge fra den kommunale tandpleje med henblik på vurdering af, om der var grundlag for at tilbyde tandreguleringsbehandling. Specialtandlægen fandt ved visitationen, at der var normalt bid i siderne med normalt vandret og lodret overbid. Over- og underkæbens hjørnetænder fandtes placeret udenfor tandrækken, og specialtandlægen vurderede, at der var let pladsmangel til overkæbens hjørnetænder. Der fandtes endvidere lokalt krydsbid i højre side på en lille kindtand samt omvendt bid (invertering) mellem de små fortænder i overkæben og underkæbens hjørnetænder. Der blev ikke konstateret tvangsføring af underkæben. Det blev noteret i den ortodontiske visitation, at patienten gav udtryk for et moderat kosmetisk behov for tandregulering. Specialtandlægen fandt, at der ikke var grundlag for at tilbyde tandreguleringsbehandling. Patienten blev på ny tilset af specialtandlægen i august 2000, hvor vurderingen fra april 2000 blev fastholdt.*

*Der blev klaget over, at specialtandlægen vurderede, at der ikke var grundlag for at tilbyde tandregulering.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere specialtandlægen og lagde herved vægt på, at de bidafvigelser, som aktuelt var til stede, ikke var forbundet med tvangsføring af underkæben og endvidere ikke var forbundet med risiko for skader på tænder og omgivende væv, funktionsforstyrrelse eller psykosociale belastninger.

Nævnet kunne oplyse, at tandregulering ved lokalt krydsbid og omvendt bid på fortænderne kun skal iværksættes, hvis der er risiko for, at der kan opstå bidlåsning af underkæben, jf. bilagets punkt II, 1-2, samt oplyste, at der almindeligvis ikke vil være nedsat tyggefunktion, blot fordi hjørnetænderne er placeret udenfor tandrækken. Videre kunne nævnet oplyse, at tandregulering af kosmetiske grunde kun skal iværksættes, hvis patientens udseende afviger i en sådan grad, at det tangerer at være invaliderende for patienten.

Det var nævnets opfattelse, at placeringen af patientens hjørnetænder i overkæben var uheldig ud fra et kosmetisk synspunkt, men at de med tiden ville forbedre deres stilling. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om specialtandlægen havde indledt en observation af bidforholdene hos patienten, da bidudviklingen hos en 12-årig ikke er færdig. Studiemodellerne viste, at fortandsregionens sammenbidsforhold hos patienten var meget tæt og samtidig præget af bidfejl, som på længere sigt ville kunne udløse bidlåsning, hvis tilstanden forværredes. Ligeledes kunne underkæbens naturlige fremadvækst muligvis medføre en forværring af tilstanden, således at der med tiden udløstes en bagudrettet tvangsføring af underkæben med funktionelle lidelser til følge.

### **Sag 11 Klage over afslag på tandregulering. Kosmetisk indikation (2003) ([0342407P](#))**

*En 10-årig dreng blev i december 1998 og i november 2001 undersøgt af specialtandlæge med henblik på tandreguleringsbehandling. Det blev vurderet, at der ikke var indikation for at foretage reguleringsbehandling i kommunalt regi.*

*Der blev klaget over, at der ikke var indikation for tandreguleringsbehandling af drengen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for af speciallægen, idet det var nævnets vurdering, at patientens tandstillingsfejl var forholdsvis små afvigelser i biddet i kombination med en uregelmæssig tandstilling i fortandsområdet, især gældende for fortænderne i underkæben.

Videre var det nævnets vurdering, at tandstillingen ikke hverken aktuelt eller på sigt indebar risiko for skader på tænder og omgivende væv, risiko for funktionsforstyrrelser eller risiko for psykosociale belastninger.

Det var således nævnets vurdering, at patientens tandstilling ikke var så afvigende, at den faldt udenfor den normale variation.

Nævnet oplyste, at tandlæger i den kommunale tandpleje ved deres vurdering af, om der for en patient foreligger indikation for tandreguleringsbehandling, skal følge Sundhedsstyrelsens

retningslinier herom, der findes i et bilag med regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af 22. marts 2001 om tandpleje.

Afgørelsen af, om der foreligger indikation for tandreguleringsbehandling, beror således på et skøn.

**Sag 12 Klage over afslag på yderligere tandregulering. Kosmetisk indikation (2004)**  
**(0444615A)**

*En 9-årig pige fik i april 1997 konstateret krydsbid, og der blev iværksat reguleringsbehandling med en aftagelig ekspansionsplade til overkæben. I april 1998 var der normalt sammenbid i siderne. I januar 2000 blev der udleveret en ny ekspansionsplade til overkæben. I maj 2001 blev det vurderet, at behandlingsforløbet skulle afsluttes, men at hendes tandstilling skulle vurderes efter afslutning af tandskiftet.*

*I oktober 2002 blev det besluttet, at der ikke var indikation for yderligere tandreguleringsbehandling.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev fundet grundlag for at iværksætte yderligere behandling.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af specialtandlægen, idet det var nævnets vurdering, at patienten havde en udpræget trangstilling af fortænder og hjørnetænder i overkæben.

Nævnet oplyste, at tandlæger i den kommunale tandpleje ved deres vurdering af, om der for en patient foreligger indikation for tandreguleringsbehandling, skal følge Sundhedsstyrelsens retningslinier herom, der findes i et bilag med regler for ortodontivisitation og ortodontiindikationer til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 205 af 22. marts 2001 om tandpleje.

Det fremgår heraf blandt andet, at tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og/eller psykosociale belastninger, skal forebygges og behandles.

Videre fremgår det, at der er indikation for tandreguleringsbehandling, når der er risiko for skader på tænder og omgivende væv, herunder parodontale skader (skader på tandkød, rodhinde, knogle), som kan forårsages af ekstremt dybt bid, der beskadiger parodontiet bag overkæbens eller foran underkæbens fortænder.

Herudover er der indikation for tandreguleringsbehandling, når der er risiko for psykosociale belastninger, hvilket indebærer, at personens udseende afviger i en sådan grad, at det må anses for invaliderende. Ved invaliderende er der tale om variationer, der ligger så langt ud over den normale variation, at det medfører konstant drilleri, mobning og mindreværdskomplekser blandt børn og lav selvværdsfølelse blandt voksne i forbindelse med daglig social kontakt. Der er dokumentation for, at fx ekstremt overbid og udpræget trangstilling, især af fortænder og hjørnetænder i overkæben kan medføre psykosociale belastninger af den nævnte karakter.

Det fremgår af de studiemodeller, som er blevet udfærdiget i november 2002 i forbindelse med nævnets behandling af klagen, at patientens tandstilling fremstår med en forskydning af sammenbidskontakterne i siderne mod overbid svarende til 1/2 og 3/4 tandbredde (distal okklusion) samtidig med, at overkæbens frontsegment virker meget uregelmæssig.

Det fremgår endvidere, at begge overkæbens hjørnetænder er placeret udenfor tandrækken i retning mod læben (labial placeret) samtidig med, at den lille fortand i højre side er kippet bagud (palatinalt). De pågældende tænders længdeakser er modsatrettede, og helhedsbillede virker således meget uharmonisk.

Det var på denne baggrund nævnets vurdering, at der ikke var indikation for tandregulering på baggrund af bidfunktionelle problemer, men det er samtidig nævnets vurdering, at patientens tandstilling aktuelt og på sigt indebærer en risiko for psykosociale belastninger, idet der skønnes at være en udpræget trangstilling af fortænder og hjørnetænder i overkæben.

### **2.1.3 Tidlig indgriben**

Da tandstillingsfejl kan udvikle sig indtil barnets vækst og fysiske modning er afsluttet, skal den ortodontiske undersøgelse og behandling være en integreret del af den kommunale tandpleje gennem hele barnets opvækstperiode.

Det forebyggende arbejde består primært i tidlig indgriben overfor en udvikling, der vil medføre alvorlige tandstillingsfejl senere. Dette kan ofte gøres ved relativt enkle midler.

Nedenstående afgørelser illustrerer vigtigheden af en tidlig indgriben.

### **Sag 13 Klage over den iværksatte behandlingsplan (2001) ([0123307P](#))**

*En 7-årig pige blev i juni 1998 visiteret af en tandlæge i den kommunale tandpleje med henblik på en vurdering af, om der skulle foretages tandreguleringsbehandling. Tandlægen fandt ved undersøgelsen pladsmangel svarende til 2+2 (højre og venstre lille fortand i overkæben) og foreslog patientens moder, at eventuel behandling skulle afvente yderligere tandskifte. Patienten blev igen set af specialtandlægen i november 1998 og i marts 1999, hvor han vurderede, at tilstanden fortsat skulle ses an. Ved en konsultation i oktober 1999 foreslog specialtandlægen, at mælketanden +03 (venstre hjørnetand i overkæben) blev trukket ud for at genoprette kæbens midtlinie. Derefter skulle der senere trækkes to små blivende kindtænder ud 4+4 (første lille kindtand i højre og venstre side af overkæben) og monteres fast tandreguleringsapparat.*

*Der blev klaget over, at tandlægen i den kommunale tandpleje vurderede, at det var nødvendigt at trække tænder ud for at skabe plads i overkæben.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen, idet han allerede umiddelbart efter sin diagnosticering i juni 1998 burde have iværksat behandling med en tandbøjle (fastsiddende eller aftagelig) med henblik på tidlig udvidelse af overkæben, således at der kunne genskabes normale forhold i kæben samt et normalt sammenbid. Det var således nævnets vurdering, at patientens overkæbe især i bredden var for smal med deraf følgende pladsmangel til blivende tænder og skævt bid, og at en tidlig udvidelse af kæben ville hindre yderligere udvikling af asymmetri af kæben, der senere vil nødvendiggøre iværksættelse af mere komplicerede behandlingstiltag.

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, fordi han i oktober 1999 foreslog en behandlingsplan med udtrækning af mælketanden +03, idet en sådan behandling ville være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, for så vidt der samtidig blev foretaget udvidelse af kæben.

Nævnet fandt imidlertid, at det var kritisabelt, at tandlægen i behandlingsplanen anbefalede udtrækning af de blivende tænder 4+4, idet det var nævnets opfattelse, at udtrækning af disse tænder ville mindske bredden af den i forvejen for smalle overkæbe.

**Sag 14 Klage over manglende behandling af fejllejrede overkæbehjørnetænder (2001)**  
**(0122524P)**

*En 10-årig pige blev i marts 1998 undersøgt af en specialtandlæge i den kommunale tandpleje, som registrerede tandstillingen og aftalte tid til en fornyet undersøgelse efter et år. I februar 1999 undersøgte specialtandlægen på ny patienten, hvor tandstillingen blev registreret, og der blev udarbejdet et foreløbigt behandlingsforslag, der skulle sættes i gang i efteråret 1999. I oktober 1999 fandt specialtandlægen, at patientens tandstilling endnu ikke var klar til tandreguleringsbehandling med fast apparatur. Det blev journalført, at behandlingen sandsynligvis kunne starte i 2000. I januar 2000 blev patienten undersøgt af en anden specialtandlæge i den kommunale tandpleje, som fandt, at de blivende hjørnetænder i overkæben (3 + 3), der ikke var frembrudt, men fortsat lå indlejret i overkæbens knogle, trykkede på rødderne af de små fortænder (2 + 2), således at rødderne blev opløst (resorberet). Patienten blev henvist til operation med henblik på blotlæggelse af 3 + 3, således at de to tænder ved hjælp af tandreguleringsbehandling kunne komme på plads i tandrækken.*

*Der blev klaget over, at specialtandlægen ikke foretog en korrekt behandling af patienten.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere, at specialtandlægen ikke allerede i marts 1998 indledte en observation af overkæbens hjørnetænder, ikke mindst da patienten havde fået fjernet mælkehjørnetænderne (03+03) i december 1997. Nævnet fandt endvidere, at det var kritisabelt, at specialtandlægen i februar 1999 ikke iværksatte behandling af de fejllejrede overkæbehjørnetænder.

Det var nævnets vurdering, at den beskrevne fejllejring af overkæbens hjørnetænder aktuelt og på sigt var forbundet med risiko for skader på nabetænderne, og at hensigten med at fjerne mælkehjørnetænder i overkæben netop var, at få de fejllejrede blivende hjørnetænder til at vokse i den rigtige retning af sig selv. Denne behandling krævede dog, at der blev foretaget en løbende kontrol af hjørnetændernes frembrud.

Det var endvidere nævnets vurdering, at to røntgenoversigtsbilleder taget med års mellemrum begge viste, at overkæbens blivende hjørnetænder ikke lå helt korrekt i kæbeknoglen, og at der ikke var indtruffet nogen bedring af forholdene. Videre forelå der ved undersøgelsen i februar 1999 et nyt røntgenoversigtsbillede fra november 1998, som viste, at fjernelsen af mælkehjørnetænderne ikke havde afhjulpet de blivende hjørnetænders frembrudsretning, og at problemet var størst i venstre side, hvor man kunne se, at den blivende hjørnetand voksede forkert, da den var på vej ind i roden på en af overkæbens små fortænder. På optagelsen kunne

man se, at roden på den lille fortand var begyndt at gå i opløsning som følge af hjørnetandens fejllejring og forkerte frembrudsretning.

### **Sag 15 Klage over manglende opfølgning på udtrukket mælketand (1999) ([9907429P](#))**

*En 11-årig pige, der siden 1977 var blevet behandlet hos en privatpraktiserende tandlæge i en praksiskommune, fik i 1985 konstateret manglende anlæg til to blivende kindtænder i underkæbens højre side. Svarende til den ene manglende blivende tand sad en mælketand 05- (anden lille kindtand i højre side af underkæben), som i 1988 blev fjernet af tandlæge A. Tandlæge A oplyste, at han efter indgrebet vurderede, at tændernes sammenbid og artikulation (kontaktforskydningen mellem over- og underkæbens tænder ved bevægelse af underkæben) var stabil, hvorfor observation af dette var tilstrækkelig efterbehandling. Han så patienten sidste gang i november 1990. Fra juni 1991 blev hun behandlet af tandlæge B, der så hende sidste gang i april 1992.*

*Der blev klaget over, at der fra 1988 (efter udtrækningen af mælketanden 05-) til 1992 ikke blev fulgt op på det forhold, at nabetænderne ville begynde eller var begyndt at klappe ind i mellemrummet med deraf følgende tyggeproblemer.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af, at mælketanden 05- blev fjernet i august 1988, idet en røntgenoptagelse af mælketanden fra maj 1988 havde vist, at mælketandens stilling var forandret i højden (infraposition), og at roden var vokset sammen med kæbeknoglen (ankylose). Nævnet fandt således, at der var indikation for at fjerne mælketanden, idet prognosen for mælketanden var dårlig.

Nævnet fandt imidlertid, at det var kritisabelt, at tandlæge A ikke gjorde sig overvejelser om tandstillingens stabilitet efter udtrækning af 05-, herunder behovet for protetisk erstatning i tiden efter fjernelsen af mælketanden i 1988 og indtil november 1990. Nævnet lagde således til grund, at tandlæge A ikke havde gjort sig sådanne overvejelser, idet der ikke var noteret noget herom i journalen.

Nævnet fandt yderligere, at det var kritisabelt, at tandlæge B ikke gjorde sig overvejelser om tandstillingens stabilitet, herunder behovet for protetisk erstatning, i perioden fra juni 1991 til april 1992. Efter nævnets opfattelse burde tandlæge B have tilbudt behandling. Nævnet lagde herved til grund, at tandlæge B ikke havde gjort sig sådanne overvejelser, idet der ikke var noteret noget herom i journalen. Nævnet henviste til, at det fremgik af journalen, at mælketanden 05- var blevet fjernet i 1988. Endvidere viste en røntgenoptagelse fra marts

1992 af mælketandens nabetænder, at der var sket vandring og kipning af de to nabetænder sammenlignet med en røntgenoptagelse fra 1988.

**Sag 16 Klage over manglende behandling af et dybt bid og manglende anlæg af tænder (2003) ([0341012A](#))**

*I april 1998 fik en 12-årig pige konstateret, at hun havde et dybt bid og manglede anlæg (aplasi) til +2 (lille fortand i venstre side af overkæben). I februar 1999 blev der påbegyndt behandling med fast apparatur for at mindske det dybe bid og skaffe plads til, at der senere kunne komme et implantat, som erstatning for +2.*

*I april 2000 fjernede specialtandlægen det faste apparatur, og patienten fik en stabiliseringsbøjle på (retentionsplade), som hun skulle bruge døgnet rundt. Bagpå for- og hjørnetænder blev der påsat en metaltråd med plast (retainer), der skulle holde tænderne på plads. I oktober 2001 var der stadig et for dybt bid på fortænderne, og der var ikke plads til +2.*

*Der blev klaget over, at der ikke var iværksat relevant behandling i forbindelse med tandreguleringen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, men fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, at der ved optagelsen af røntgenoversigt (OTP) var kontrolleret hældningen af rødderne på fortænderne inden fjernelsen af den faste bøjle.

Det var nævnets vurdering, at tandreguleringsbehandlingen var blevet påbegyndt rettidigt.

Nævnet oplyste, at det med de bidforhold, som eksisterede i patientens tilfælde, var det normalt at åbne tandbuen op til en protetisk erstatning i det område, hvor der manglede en blivende fortand.

Nævnet oplyste videre, at når man vælger at gennemføre den ovenstående behandling ses det ikke sjældent, at behandlingen bliver langvarig.

Tillige oplyste nævnet, at man af biologiske årsager ofte bliver nødt til i en relativ ung alder at påbegynde (en foreløbig) tandreguleringsbehandling, fordi patientens vækstpotentiale skal udnyttes bedst mulig, og da den endelige protetiske erstatning først kan isættes, når man er fuldt udvokset (som cirka 22-årig) bliver der således tale om en meget lang stabiliseringsperiode.

Videre oplyste nævnet, at der ofte ses mindre tilbagefald i den opnåede tandstilling, som ikke altid kan forhindres, og senere kan det igen blive nødvendigt med en ny reguleringsbehandling, ikke mindst i de tilfælde, hvor den endelige erstatning bliver en implantatindsættelse, idet en sådan behandling kræver helt specifikke forhold.

Endelig oplyste nævnet, at det ved implantatindsættelse altid er afgørende, at der er tilstrækkelig plads i kæbeknoglen mellem nabotænderne. I den forbindelse spiller nabotændernes rodparallelitet en vigtig rolle

#### **2.1.4 Tidspunkt for behandling**

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinier for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje af 6. juni 1994 fremsættes tilbud om tandreguleringsbehandling på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt, og der kan ikke senere rejses krav om gennemførelse af en behandling, som i mellemtiden kan have udviklet sig til en mere ressourcekrævende opgave.

Nedenfor refereres fire afgørelser, der illustrerer nævnets praksis på dette område.

#### **Sag 17 Klage over afslag på tandregulering, da tilbud herom tidligere var afvist (1998) ([9803731P](#))**

*I marts 1995 tilbød en specialtandlæge i den kommunale tandpleje, at en 13-årig dreng kunne få rettet sine tænder. Patientens far var med ved konsultationen, hvor det aftaltes, at de fik seks uger til at tage stilling til, om de ønskede behandlingen gennemført. I maj 1995 var patienten og hans far til konsultation i den kommunale tandpleje, hvor de gav udtryk for, at de ikke rigtig vidste, om de ønskede at tage imod behandlingstilbuddet. Det fremgik af journalen fra januar 1996, at der ifølge faderen ikke ønskedes tandreguleringsbehandling, da trangstillingen (dårlig plads til tænderne) og det dybe bid (at undermundens fortænder bider højt op bagved fortænderne i overkæben) ikke generede. Ved en konsultation i den kommunale tandpleje i januar 1998 afviste man at give fornyet tilbud om tandreguleringsbehandling.*

*Der blev klaget over, at den kommunale tandpleje i 1998 gav afslag på anmodningen om tandreguleringsbehandling.*

Patientklagenævnet fandt, at det tilbud om tandreguleringsbehandling, som patienten fik i marts 1995, blev givet på et for behandlingens forløb gunstigt tidspunkt. Patient og hans

forældre fik frist fra marts 1995 til januar 1996 til at overveje, om de ville tage imod behandlingstilbuddet. Da de i januar 1996 meddelte, at de ikke ønskede at tage imod tilbuddet om tandreguleringsbehandling, blev de ifølge journalen orienteret om, at der ikke senere ville kunne tilbydes tandreguleringsbehandling. Nævnet fandt på den baggrund ikke grundlag for at kritisere, at tandlægerne i den kommunale tandpleje i januar 1998 afviste at give fornyet tilbud om tandreguleringsbehandling.

### **Sag 18 Klage over afslag på tandregulering, da der ikke var reageret på flere tilbud om behandling (2004) ([0444613P](#))**

*En 8-årig pige blev i marts 1998 undersøgt af specialtandlæge med henblik på tandregulering, og der blev fundet indikation for behandling. I februar 2000 fik patienten trukket i alt 8 tænder ud, og i maj 2000 informerede specialtandlægen om fast apparatur, hvilket hun ikke var særlig meget for at anvende. Det blev besluttet at observere tandstillingen indtil december 2000. I november 2001 og i oktober 2002 talte specialtandlægen med pigens forældre, der stadig var i tvivl om, hvorvidt hun ønskede behandlingen, og det blev aftalt, at hun skulle ringe tilbage med besked, hvilket hun ikke gjorde.*

*På denne baggrund blev der ikke længere tilbudt tandreguleringsbehandling, da patienten ikke havde reflekteret på den tilbudte behandling.*

*Der blev klaget over, at tandreguleringsbehandlingen ikke blev færdiggjort.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, idet specialtandlægen havde udarbejdet en behandlingsplan, og at der efter fjernelse af mælke og blivende tænder 5 gange var blevet givet tilbud om tandreguleringsbehandling med fast apparatur.

Nævnet konkluderede på den baggrund, at patienten ikke modtog tilbud om færdiggørelse af tandreguleringen, fordi hun ikke som aftalt i tilbuddet henvendte sig. Behandlingen blev således ikke iværksat på det for hende mest gunstige tidspunkt.

### **Sag 19 Klage over afslag på tandregulering, da der havde været betænkeligheder ved anvendelse af fast apparatur (2002) ([0232829P](#))**

*En 14-årig pige blev i april 1999 undersøgt af specialtandlæge med henblik på tandreguleringsbehandling, da hun havde et stort overbid samt krydsbid på kindtænderne i højre side. På denne baggrund blev det vurderet, at der var indikation for*

*tandreguleringsbehandling. Familien blev informeret om behandlingen, og det blev aftalt, at patienten kunne tænke over behandlingen til efter sommerferien.*

*I perioden fra august 1999 til august 2000 var patienten i tvivl om hvorvidt hun ønskede behandling med fast apparatur, og i november 2000 blev familien skriftligt orienteret om, at tilbuddet ville bortfalde, hvis der ikke var modtaget en tilbagemelding inden 14 dage. I august 2001 henvendte patienten sig, og oplyste, at hun nu gerne ville have rettet sine tænder.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat reguleringsbehandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, idet det mest gunstige tidspunkt for behandlingen var forpasset.

Nævnet oplyste, at der almindeligvis fremsættes tilbud om tandregulering til børn og unge i kommunal tandpleje på det for behandlingen gunstigste tidspunkt. Det betyder, at en tandreguleringsbehandling dermed kan påbegyndes rettidigt i forhold til vækstforhold og udvikling, at behandlingstiden ikke bliver for lang, samt at behandlingen ikke bliver unødvendig teknisk kompliceret.

Videre oplyste nævnet, at ovennævnte forhold ligeledes betyder, at reguleringsbehandlingen gennemføres med den bedst mulige ressourceudnyttelse.

Endvidere oplyste nævnet, at i følge Sundhedsstyrelsens retningslinier for den kommunale tandpleje fremsættes tilbud om tandreguleringsbehandling på det for behandlingens forløb gunstigste tidspunkt, og der ikke senere kan rejses krav om gennemførelsen af en behandling, som i mellemtiden kan have udviklet sig til en mere ressourcekrævende opgave. Behandling med et fastsiddende apparatur er en mere ressourcekrævende opgave end behandling med et aftageligt apparatur.

Endeligt oplyste nævnet, at ifølge Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse vedr. "Retningslinier for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje", kapitel 1.2.3.2, er det den enkelte kommunes ret, at lade det normale tilbud om tandregulering bortfalde, hvis patient og forældre ikke vil medvirke til tandregulering på det for behandlingen mest gunstige tidspunkt, for så vidt dette i forvejen meddeles hjemmet.

De tre ovennævnte afgørelser illustrerer således, at forældremyndighedsindehaveren ikke senere kan rejse krav om gennemførelse af en behandling, hvis den ikke blev gennemført på det for

patientens mest gunstige tidspunkt, samt at kommunen har ret til at lade det normale tilbud om behandling bortfalde, hvis tidspunktet bliver forpasset.

**Sag 20 Klage over behandling med aftageligt apparatur, afbrydelse af behandling og anmodning om at genoptage behandling afvist (1998) ([9803722P](#))**

*En 14-årig dreng var i februar 1995 til undersøgelse hos en specialtandlæge i den kommunale tandpleje på grund af et behandlingskrævende dybt bid med påbidning af tandkødet (gingiva). I maj 1995 blev han sammen med sin far orienteret om en behandlingsplan. Efter at skriftlig information om selve behandlingen var givet, og efter at patienten og hans mor i juni 1995 havde underskrevet en accept af de generelle retningslinier for gennemførelse af behandlingen, blev behandlingen iværksat i august 1995. Specialtandlægen valgte at behandle med aftageligt apparatur. Ifølge journalmaterialet havde patienten gennem flere år haft en dårlig mundhygiejne, ligesom han ifølge røntgenmaterialet befandt sig i en vækstperiode. Det fremgik af journalnotater fra september 1995 og januar, maj og juni 1996, at patienten kort efter udleveringen af sit første aftagelige apparatur og gennem hele forløbet udviste ringe interesse for anvendelsen af apparaturet, og dermed for at opnå det aftalte behandlingsmål. Behandlingen fortsatte frem til oktober 1996, hvor specialtandlægen afbrød behandlingen på grund af samarbejdsproblemer. I november 1996 rettede forældrene henvendelse til den kommunale tandpleje, idet de ønskede behandlingen af deres søn genoptaget, men denne gang med fast apparatur, hvilket klinikchefen afslog.*

*Der blev klaget over, at tandreguleringsbehandlingen med aftagelig bøjle ikke havde tilstrækkelig effekt, samt over at det ikke var korrekt at afslutte behandlingen i oktober 1996, idet patienten derved senere kunne få funktionelle problemer.*

Patientklagenævnet fandt, at behandlingen med aftageligt apparatur var et korrekt metodevalg på grund af den dårlige mundhygiejne, og fordi patienten befandt sig i en vækstperiode ved behandlingens begyndelse. Patienten og hans forældre var tilstrækkeligt informeret ved behandlingens begyndelse, og nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere specialtandlægen for hans behandling af patienten fra februar 1995 til oktober 1996.

Nævnet oplyste, at god mundhygiejne er en forudsætning for anvendelse af fastsiddende apparatur. Aftageligt apparatur kan lettere end fastsiddende apparatur rengøres og giver ikke så let skader på tænderne. Behandling med aftageligt apparatur er en velegnet standardbehandling for patienter i den pubertale vækstperiode.

Nævnet fandt endvidere, at det var korrekt af specialtandlægen i oktober 1996 at afbryde en i øvrigt ukompliceret standardbehandling, da effekten udeblev på grund af patientens manglende anvendelse af apparaturerne. Nævnet henviste tillige til, at der i påhør af forældrene var givet flere varsler om afbrydelse af behandlingen

Nævnet fandt endelig, at det på det foreliggende grundlag ikke kunne kritiseres, at klinikchefen afslog at genoptage behandlingen. Nævnet henviste til, at patienten og hans mor i juni 1995 skriftligt accepterede, at behandlingen med aftageligt apparatur kunne afbrydes, hvis retningslinierne for behandlingen ikke blev fulgt. Patienten viste ikke på tidspunktet for den foreslåede - mindre ressourcekrævende - behandling med aftageligt apparatur vilje til at opnå det aftalte behandlingsmål.

Ovennævnte afgørelse illustrerer, at en specialtandlæge ved valget af, om der skal behandles med fast eller løst apparatur, skal tage hensyn til barnets mundhygiejne samt om barnet er inde i en vækstperiode.

### **2.1.5 Kæbeledsproblemer, tænderskæren og hovedpine efter tandreguleringsbehandling**

Det er ikke usædvanligt, at det i klagerne til Patientklagenævnet gøres gældende, at kæbeledsproblemer, hovedpine og tænderskæren er en følge af den udførte tandreguleringsbehandling eller en følge af, at denne behandling ikke har været udført.

Kæbeledsproblemer kan forekomme såvel hos personer med normal tandstilling som hos personer med tandstillingsfejl eller dårligt sammenbid.

Tænderskæren er hyppigt forekommende og medfører kun i sjældne tilfælde slidskader på tænderne. Det er sjældent muligt at påvise en årsagssammenhæng mellem en persons sammenbid og personens tendens til at skære tænder. Når et barn skærer tænder og dette medfører belastningslidelser i form af slid på tænderne eller muskelsmerter, kræver tilstanden behandling. For at beskytte tænderne mod at blive slidt for meget, forsyner man barnet med en bidskinne af hårdt plastmateriale.

I det følgende refereres to sager, hvor nævnet ikke fandt grundlag for at fastslå, at barnets gener var forårsaget af de konstaterede tandstillingsfejl. Herefter refereres to sager, hvor nævnet ikke fandt, at der var en sammenhæng mellem den udførte tandreguleringsbehandling og efterfølgende kæbeledsproblemer, og til sidst refereres en sag, hvor nævnet ikke fandt, at der var sammenhæng mellem reguleringsbehandlingen og et efterfølgende behov for rodbehandling.

**Sag 21 Klage over afslag på tandregulering. Tænderskæren og bidskinne (1999)**  
**[\(9907422P\)](#)**

*Ved to undersøgelser af en dreng i 1986 og 1990 i den kommunale tandpleje blev det konstateret, at han havde næsten normalt sammenbid forfra/bagtil. Endvidere noteredes det, at han havde let dybt bid (hans fortænder i underkæben bed lidt højere op bagved overkæbens fortænder end i "normal-biddet", men skærekanten på underkæbefortænderne bed ikke op i tandkødet). Efter hver undersøgelse blev det noteret i journalen, at der ikke var tandlægefaglig begrundelse for at tilbyde tandreguleringsbehandling.*

*Ved et almindeligt tandeftersyn i 1994, da patienten var 16 år, blev det journalført, at han havde slid af sine fortænder i over- og underkæben, men at han ikke mente, at han skar tænder. Ved et nyt tandeftersyn i juni 1995 blev det noteret, at der var slid af tænderne i underkæbefronten (abrasio OK + UK fortænder). Det fremgik af journalen, at patienten i 1996 havde ømme tyggemuskel, og at fortænderne i over- og underkæben var slidt af 2. grad (emaljen på skærekanten var slidt igennem, og tandbenet (dentin) var blottet). Endvidere var nogle af underkæbens fortænder (1-1,2) meget følsomme. Det skønnedes, at patienten skar tænder om natten, og det aftaltes, at han skulle have en bidskinne (en plasticskinne, som beskytter tænderne mod slid). Bidskinnen blev udleveret, men ikke kontrolleret, idet patienten udeblev fra to kontrolbesøg, inden han blev udskrevet til privatpraktiserende tandlæge, da han var fyldt 18 år.*

*Efterfølgende henvendte han sig til en privatpraktiserende specialtandlæge, som i 1997 tilbød at tage ham i tandreguleringsbehandling på grund af dækbid (overkæbens og underkæbens fortænder er kippet væsentligt indad med kronerne, hvilket kan være så udpræget, at overkæbens fortænder med sine skærekanten bider ned i tandkødet foran underkæbens fortænder) og udtalte slidskader i over- og underkæbefronter. Gipsmodeller af tænderne fra 1997 viste samme sammenbid som beskrevet ved undersøgelserne i 1986 og 1990. Endvidere viste modellerne udtalte slidfacetter på fortænderne i over- og underkæben samt slidfacetter på tænderne i siderne. Slidfacetterne fandtes at være fremkommet ved, at drengen havde skåret tænder med underkæben ført ud til siden. Et profiltrøntgenbillede (et røntgenbillede taget af patientens hoved set fra siden) viste blandt andet hældningerne på fortænderne i over- og underkæben.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke fik tilbudt behandling til afhjælpning af dækbid i den kommunale tandpleje.*

Patientklagenævnet fandt, at patientens fortandssammenbid ikke var så afvigende fra normalt sammenbid, at man med rette kunne anvende diagnosen dækbid, og at undersøgelserne af hans

sammenbid fra 1986 og 1990 viste dybt bid. De slidskader, som fandtes i 1997, var efter nævnets vurdering, fremkommet ved tænderskæren (bruxisme), men nævnet fandt det ikke sandsynliggjort, at patientens tandstilling havde noget med hans tænderskæren at gøre. Nævnet fandt derfor ikke grundlag for at kritisere, at man i den kommunale tandpleje undlod at tilbyde tandreguleringsbehandling.

Nævnet fandt endvidere, at tandlægerne i den kommunale tandpleje ikke udviste manglende omhu ved behandlingen af patienten, idet han i 1996 fik udleveret en bidskinne af hårdt plastmateriale. Videre var det nævnets opfattelse, at det var usædvanligt og uheldigt, at patientens tandlid på kun 9 måneder (fra juni 1995 til marts 1996) udviklede sig til slid af 2. grad, men at tandlægerne i den kommunale tandpleje ikke havde mulighed for at forudse, at tandsliddet ville udvikle sig så hurtigt.

### **Sag 22 Klage over afslag på tandregulering, da store slidskader på tænderne (2005)** **[\(0549608P\)](#)**

*En 13-årig dreng blev set af specialtandlæge med henblik vurdering af, om der var indikation for reguleringsbehandling. Det blev besluttet, at han skulle ses igen efter et år, da der var et kraftigt slid på 1+1 (de store fortænder i overkæben). I marts 2002 blev det vurderet, at han havde syreskader (erosion) på 1+1. I august 2002 blev det anbefalet, at der skulle fremstilles en bideskinne, men hans mor ville gerne have, at han blev vurderet af en specialtandlæge.*

*Specialtandlægen fandt, at der skulle iværksættes behandling med en bideskinne, hvilket blev fremstillet. I maj 2003 oplyste patienten, at han ikke længere brugte bideskinnen, men havde henvendt sig til en privat praktiserende specialtandlæge.*

*Der blev klaget over, at der var iværksat behandling med bidskinne, og ikke tandreguleringsbehandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet patienten flere gange var blevet undersøgt for tandstillingsfejl, og at det var blevet besluttet at observere ham. Det var på baggrund af studiemodeller nævnets vurdering, at patienten havde små afvigelser i selve biddet i kombination med tab af tandsubstans på fortænderne i over- og undermund. Nævnet fandt således, at tandstillingen hverken aktuelt eller på sigt indebar risiko for funktionsforstyrrelser, for psykosociale belastninger eller for senskader.

Det var videre nævnets vurdering vedrørende risiko for skader på tænder og omgivende væv (tab af tandsubstans på fortænderne), at der var et tab af tandsubstans på fortænderne i begge kæber. Mest udtalt var substanstabet dog på de midterste fortænder i overkæben.

Nævnet oplyste, at der kunne være 2 forskellige årsager til substanstabet. Den ene årsag var abrasion, som er mekanisk betinget slid af tandkronerne, i dette tilfælde fremkaldt af underkæbens fremadbevægelse (protrusionsbevægelse) i forbindelse med betydelig muskelkraft. Tilstanden kaldes også for bruksisme (tænderskæren). Årsagen til tænderskæren hænger sandsynligvis sammen med en muskulær hyperaktivitet (for høj muskelaktivitet i tyggemuslerne) som følge af en uforklaret/uhensigtsmæssig funktion i nervesystemets reflektoriske system.

Den anden årsag var erosion, som er en kemisk betinget opløsning af tandkronernes emalje, som følge af en ændring af spyttets surhedsgrad (faldende ph-værdi). Årsagen til dette er indtagelse af sure fødeemner, eksempelvis alle former for læskedrikke, ved indtagelse af megen (sur)frugt og/eller i forbindelse med sure opstød fra mavesækken.

Det var nævnets vurdering, at der hos patienten var foregået en betydelig erosion af sund tandemalje i overkæben, der løbende havde medført en tykkelsesreduktion og dermed en svækkelse af selve tandemaljen, ikke mindst svarende til store fortænders skærekanter. Dette sammenholdt med, at der tillige ses tænderskæren (bruksisme) på fortænderne under underkæbens protrusion, betød sandsynligvis, at et samspil af uheldige faktorer havde bevirket tab af sund tandsubstans. Patienten havde ikke på noget tidspunkt haft et så dybt bid, at det kunne begrunde det betydelige tab af tandemalje, som kunne ses på bagsiden af overkæbens fortænder, og en stor del af substanstabet måtte tilskrives erosioner.

Nævnet oplyste, at der i dag ikke findes videnskabelige beviser for at bestemte tandstillingsfejl er disponerende for abrasion (tænderskæren), samt at en tandreguleringsbehandling bringer en erkendt tænderskæren til ophør. Hos den enkelte patient kan der imidlertid eksistere så uheldige bidforhold (ved meget dybe bid), at en tænderskæren medfører ekstrem slid (abrasion) på f. eks fortænderne.

Nævnet oplyste videre, at der hos patienter med tænderskæren (bruksisme) ofte ses, at en gennemført tandreguleringsbehandling kun betyder, at det mekaniske slid flyttes fra f. eks fortænderne til andre tandgrupper.

Endvidere oplyste nævnet, at det klinisk viser sig, at en bidskinne, for så vidt den anvendes, yder en god beskyttelse af tænderne i forbindelse med tænderskæren (bruksisme). I praksis ses ofte ved skinneanvendelse, at tænderskæren efter en tid ophører, men at den efterstående næsten altid vender tilbage, hvorefter skinneanvendelse igen bliver aktuel.

I følge sundhedsstyrelsens retningslinier iværksættes først en reguleringsbehandling i forbindelse med tænderskæren (bruksisme) i det øjeblik, hvor det mekaniske slid medfører ekscessivt (ekstremt) slid på tænderne, og hvis der synes at være risiko for, at kronelængden på sigt kan reduceres dramatisk.

### **Sag 23 Klage over, at tandregulering forårsagede kæbeledsproblemer (1999) ([9914623P](#))**

*En specialtandlæge i en kommunal tandpleje undersøgte en 10-årig piges tandstilling i juni 1988 og fandt, at hun havde et overbid på 8 mm og et dybt bid, hvilket vil sige, at hendes fortænder i undermundens bed for højt op bagved fortænderne i overkæben. Endvidere noterede specialtandlægen i journalen, at alle hendes tyggemuskler i højre side var ømme, at hun jævnligt havde hovedpine, og at hun skar tænder om natten. Der forelå i sagen studiemodeller af patientens tænder fra marts 1990, hvoraf det fremgik, at hendes sammenbid var forskudt en hel tandbredde mod overbid, og at fortænderne i undermundens var tæt på at bide op i tandkødet i overkæben bagved fortænderne. Endvidere sås det, at hun skar tænder i en sådan grad, at emaljen på skærekanterne af hendes fortænder var slidt igennem.*

*I august 1990 forelagde specialtandlægen en behandlingsplan for patienten og hendes fader, som bestod i en indledende behandling i overkæben med fastsiddende bøjle, der skulle føre fortænderne lidt fremad samt korrigere mindre uregelmæssigheder i tandbuen, samt behandling med en aftagelig bøjle (maxillator), der kunne skabe korrekt sammenbid i siderne og derved fjerne overbiddet samt det dybe bid. Patienten blev behandlet med fast bøjle på tænderne fra oktober 1990 til januar 1991, hvorefter hun fik den løse bøjle (maxillator), der skulle rette hendes overbid.*

*I maj/juni 1991 journalførte specialtandlægen, at hun ikke brugte bøjlen helt nok, men noterede senere i august 1991, at det gik flot. Frem til april 1993 brugte patienten bøjlen om natten, og i april 1993 noterede specialtandlægen, at hun nu havde 4-5 mm overbid, at hendes sammenbid var forskudt 1/2 tandbredde mod overbid, og at undermundens fortænder bed op på bagsiden af fortænderne i overkæben (med cingulum kontakt). Specialtandlægen noterede samtidig, at behandlingen med den løse bøjle nu skulle ophøre, og der blev ved samme lejlighed fremstillet studiemodeller, som viste de nævnte sammenbidsforhold.*

*I januar 1999 henvendte patienten sig til sin egen tandlæge, da hun havde problemer med sit kæbeled. Hun fik fremstillet en bidskinne, som kunne afhjælpe de gener, hun havde, og tandlægen henviste hende til en privatpraktiserende specialtandlæge i tandregulering, som undersøgte hende i april 1999. Denne fandt ved undersøgelsen, at hun havde et moderat forøget overbid, at hun havde slidfacetter på fortændernes skærekanter, og at hendes kæbeled og musklerne deromkring var ømme, samt at hendes tilstand var præget af, at hun havde et usikkert sammenbid, og at hun havde svært ved at finde en entydig sammenbidsstilling.*

*Der blev klaget over, at der skete en fejlbehandling under den tandreguleringsbehandling, som patienten fik udført af specialtandlægen, således at hendes kæbestilling forskubbede sig, så belastningen af hendes kæbe blev forkert, og at hun hverken før, under eller efter tandreguleringsbehandlingen fik oplysning om, at der kunne være risiko for, at hun ville få problemer med sine kæbeled.*

Nævnet oplyste, at tænderskæren forekommer hos praktisk talt alle mennesker, og at tænderskæren kan medføre belastningslidelser som for eksempel unormalt tandslid eller smerter i tyggemuskler og kæbeled.

Det var nævnets opfattelse, at det var usandsynligt, at der var en sammenhæng mellem patientens kæbeledsproblemer og den udførte tandreguleringsbehandling, eftersom problemerne først opstod næsten 6 år efter tandreguleringens afslutning.

Nævnet fandt således ikke grundlag for at kritisere specialtandlægens behandling af patienten. Nævnet fandt videre, at det ikke kunne kritiseres, at specialtandlægen ikke informerede hende om risikoen for, at hun ville få problemer med sine kæbeled, idet der ikke er forøget risiko for at få problemer med kæbeleddene ved en konventionel tandreguleringsbehandling.

#### **Sag 24 Klage over, at tandregulering forårsagede kæbeledsproblemer (2002) ([0232821P](#))**

*I december 1995 blev der indledt tandreguleringsbehandling af en 11-årig pige på grund af et stort overbid (horisontalt bid). Behandlingen blev indledt med en ekspansionsplade til overkæben til at skabe mere plads i overkæben. I januar 1997 blev der indsat en aktivator (ad modum Ergenzinger) til fremadføring af underkæben og reduktion af det store overbid. I september 1997 blev overbiddet vurderet til at være normalt, men der var åbent bid i siderne. Aktivatorbehandlingen blev stoppet. Der blev indsat en aftagelig retentionsplade med facialslynge for at fastholde fortænderne i overkæben i deres stilling.*

*I marts 1998 vurderede specialtandlægen, at overbiddet nu var på 5,5 mm, og at retentionspladen kun skulle anvendes om natten. I november 1998 blev overbiddet målt til at være 7 mm. I januar var overbiddet nu 8 mm, og der var tendens til, at underlæben blev fanget bag fortænder i overlæben. Specialtandlægen informerede patienten om, at han kunne trække 4+4 (første små kindtænder i overkæben) og 5-5 (anden små kindtænder i underkæben) ud og sætte fast apparatur på tænderne for at mindske overbiddet. Ved denne konsultation oplyste patienten, at hun havde knæklyde fra kæbeled og let ømhed over leddet.*

*I januar 2000 var overbiddet nu 9 mm, og patienten fik 14 dages betænkningstid angående tandudtrækning og eventuel behandling med fast apparatur. I februar 2000 oplyste patientens mor, at de ønskede behandling i privat regi for egen regning.*

*Der blev klaget over, at tandreguleringsbehandlingen havde medført forandringer i kæbeleddene i afsmalnede ledspalter, deformation af især venstre ledhoved, og 1 cm vækstreduktion af venstre kæbe.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, men fandt, at det havde været hensigtsmæssigt om specialtandlægen havde diagnosticeret, at der kunne være tale om et asymmetrisk vækstmønster og havde informeret hjemmet om, at dette kunne medføre øget risiko for tilbagefald af underkæben i stabiliseringsperioden.

Det var nævnets vurdering, at det fremgik af røntgenoversigtsbillede, der gengiver tand, kæbe og ledforhold (OTP), at højre sides ledhoved (condyl) og kæbehøjde (ramushøjde) størrelsesmæssigt (længden) var en smule reduceret i forhold til venstre side.

Nævnet oplyste, at det anvendte apparaturs virkningsmekanisme kan relateres til det specifikke forhold, at når kæbeleddets ledhoved (condylen) med det funktionelle apparatur føres ud af ledeskålen (fossa), opstår der en strækzone, som udløser vækst i kæbeleddet.

Nævnet oplyste videre, at hvor der på forhånd er tvivl om nedsat vækst i kæbeleddene (evt. asymmetrisk) foregår behandlingen næsten altid med funktionelt apparatur (aktivator).

Videre oplyste nævnet, at en sådan behandling, som regel ikke er forbundet med smerter og kun sjældent medfører kæbeledsknæk, som følgetilstand.

Det fremgik af efterfølgende røntgenoversigtsbillede af tænder, kæber og kæbeled, at der var tydelig erosion på den anteriore del af selve ledhovedet i højre side. Samt at der efterfølgende var foregået en heling (remodellering) i området.

Det var nævnets vurdering, at fundet tydede på, at der i højre kæbeled sandsynligvis var forekomst af samtidig betændelse af led og dets tilgrænsende knogle (osteoarthritis). Dette kunne eventuelt forklare de opståede smerter og gener fra kæbeleddene.

Nævnet oplyste, at årsagen til en osteoarthritis er ukendt, og det var nævnets opfattelse, at det ikke havde været muligt for specialtandlægen at forudse dette.

Det var nævnets vurdering, at tilstedeværelsen af selve osteoartriten var uafhængig af aktivatorbehandlingen.

### **Sag 25 Klage over at tandregulering forårsagede behov for rodbehandling af tænderne (2002) ([0235807P](#))**

*En 10-årig pige blev i 1984 undersøgt af en specialtandlæge med henblik på tandreguleringsbehandling, det blev anført, at der havde været et traume på +1 (store fortand i venstre side af overkæben). I 1987 blev det vurderet, at hun havde udtalt transsstillig i både over- og undermund, og at der var behov for tandreguleringsbehandling med fast apparatur. I februar 1998 blev der konstateret kariesangreb i 1+1 (fortænderne i overkæben), og der blev lagt en plastfyldning i 1+.*

*I september 1988 blev apparaturet sat på. I marts 1989 blev der taget røntgenbillede, der viste, at roden på +1 var meget kort. I juni og i oktober 1989 blev der taget yderligere røntgenbilleder for at følge udviklingen. Der blev fundet en lille afvigelse i tandstillingen i højre side. I marts 1990 blev det vurderet, at plastfyldningen i 1+ burde blive lavet om, men specialtandlægen ønskede ikke at fjerne retaineren på 1+1.*

*I november 1990 blev der lagt en sølvfyldning i +7 (anden store kindtand i venstre side af overkæben), og i september 1992 blev fyldningen i 1+ lavet om, og der blev ilagt en plastfyldning. I 1993 blev tandreguleringsbehandlingen afsluttet.*

*Der blev klaget over, at tandreguleringsbehandlingen ikke blev udført korrekt, da der efterfølgende var behov for at rodbehandle tænderne.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik, idet specialtandlægen ved den gennemførte behandling tog hensyn til, at der hos patienten var en risiko for, at tandreguleringsbehandlingen kunne medføre rodresorption på fortænderne.

Nævnet oplyste, at der ved enhver tandreguleringsbehandling er risiko for, at der kan komme følgevirkninger (skader) på tænder, tændernes støttevæv og kæbeknoglen. Følgeskaderne er almindeligvis sjældent forekommende, og det er kun i få tilfælde, at disse skader får et sådant omfang, at de får alvorlige konsekvenser for patienten.

Nævnet oplyste videre, at en af følgeskaderne ved tandregulering kan være afkortede tandrødder (opløsning af tandrødderne). Årsagen hertil skyldes grundlæggende, at der i den enkelte patients tandsystem er en iboende nedsat resistens, som er biologisk begrundet.

Det er nævnets vurdering, at det som behandler ikke er muligt at stille noget effektivt op, udover at tage specielle forholdsregler under reguleringsprocessen.

Tillige oplyste nævnet, at der ligeledes er risiko for rodresorption (opløsning) af tandrødderne ved tandreguleringsbehandling, såfremt tænderne på et tidligere tidspunkt har været slået (traume ramt).

Endelig oplyste nævnet, at det også som følgevirkning af tandregulering sjældent ses, at tandnerven dør (pulpanekrose), således at tanden senere skal rodbehandles. Denne tilstand ses oftest i de tilfælde, hvor den pågældende tand bliver udsat for en tandforskydning over en stor afstand (15 - 20 mm). I så fald kan tandens blodforsyning kompromitteres, og resultatet kan blive, at tandnerven dør, og at tanden skal rodbehandles.

Ovenstående afgørelse illustrerer, at der ved enhver tandreguleringsbehandling er risiko for, at der kan komme følgevirkninger (skader) på tænder, tændernes støttevæv og kæbeknoglen. Videre fremgår det, at følgeskaderne almindeligvis er sjældent forekommende, og det er kun i få tilfælde, at disse skader får et sådant omfang, at de får alvorlige konsekvenser for patienten.

### **2.1.6 Resultatet af tandreguleringsbehandlingen**

Når der klages over resultatet af en udført tandreguleringsbehandling, vil nævnet foretage en vurdering af, om den udfærdigede behandlingsplan kan kritiseres, og om behandlingen er blevet udført i overensstemmelse med planen, og om behandlingen kan kritiseres.

Nedenfor refereres to sager, hvor der blev klaget over resultatet af den udførte tandreguleringsbehandling.

Ifølge nedenstående afgørelse kan efterfølgende forhold bevirke, at et tilfredsstillende opnået sammenbid kan blive forringet. Der skal informeres om denne risiko senest ved behandlingens afslutning.

### **Sag 26 Klage over resultatet af tandreguleringsbehandling (2000) ([0016515P](#))**

*En 13-årig dreng påbegyndte i 1989 tandreguleringsbehandling i den kommunale tandpleje med påsætning af fast apparatur på tænderne i begge kæber, da der blev diagnosticeret et dybt bid på fortænderne med påbidning af ganeslimhinden af underkæbens fortænder. Der var endvidere saksbid på flere tænder, hvilket indebar, at tænderne i overkæben stod helt uden på tænderne i underkæben. Behandlingen blev afsluttet den 26. juni 1992.*

*Der blev klaget over, at specialtandlægen ikke udførte en korrekt tandreguleringsbehandling, da det efterfølgende blev konstateret, at der var noget galt med tandstillingen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den behandling, patienten havde modtaget af specialtandlægen fra den kommunale tandpleje, idet studiemodeller fra den 24. maj 1991 viste, at der var opnået et tilfredsstillende sammenbid, der var i overensstemmelse med de mål, specialtandlægen havde sat for behandlingen. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om specialtandlægen ved behandlingens afslutning i 1992 havde informeret patienten om, at en eventuelt yderligere vækst af underkæben ville kunne påvirke sammenbidet.

### **Sag 27 Klage over, at tandreguleringsbehandling ikke gav et tilfredsstillende resultat (2003) ([0235311P](#))**

*En 10-årig pige blev i 1991 undersøgt af en specialtandlæge med henblik på eventuel tandreguleringsbehandling. Der var pladsmangel i overkæben i området for +3 (hjørnetanden i venstre side af overkæben) og i underkæben i for- og hjørnetandsområdet.*

*I efteråret 1991 blev der påsat fast apparatur i over- og underkæbe. I foråret 1994 blev det faste apparatur taget af, og der skulle anvendes aftageligt apparatur i overkæben (rentionsplade), og i underkæben blev der påsat en metaltråd med plast bagpå fortænderne til at fastholde deres stilling (retainer). I starten skulle pladen anvendes konstant, men i maj 1995 blev det ændret til, at hun kun skulle anvende den om natten.*

*I maj 1998 blev behandlingen afsluttet. I november 2001 kontaktede patientens mor specialtandlægen, da hendes datter havde ondt i kæben. Hun oplyste, at der igen var trangstilling samt at en tand var død, fordi den var blevet flyttet for meget.*

*Der blev klaget over, at reguleringsbehandlingen blev afsluttet.*

Nævnet fandt grundlag for kritik, idet det var nævnets vurdering, at der ikke var stillet diagnoser, der tilstrækkeligt beskrev den daværende tilstand. Videre var der ingen overvejelser om graden af pladsmangel set i forhold til knogleudviklingsniveau.

Det var imidlertid nævnets vurdering, at selve behandlingsplanen var tilstrækkelig, hvad angik den aktive behandlingsfase, men nævnet fandt anledning til kritik af, at der ikke blev gjort rede for den efterfølgende stabiliseringsfase.

### **2.1.7 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke er blevet færdiggjort**

I det følgende vil der blive gennemgået tre afgørelser, hvor der er klaget over en allerede iværksat tandreguleringsbehandling ikke er blevet afsluttet.

#### **Sag 28 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev afsluttet. Sent tandskifte (2003) ([0337601P](#))**

*En 16-årig pige blev i 1997 undersøgt af specialtandlæge med henblik på tandregulering. Der blev taget røntgenbilleder, og det blev aftalt at næste undersøgelse skulle finde sted i foråret 1998. Ved denne undersøgelse blev det konstateret, at hun havde manglende skift af mælketænder, og der blev aftalt ny tid et år senere. I december 1998 kontaktede patientens mor tandplejen, da patienten havde en blivende hjørnetand i frembrud. Det blev aftalt, at mælketanden skulle fjernes. I november 1999 fandt specialtandlægen, at den kommunale tandpleje ikke skulle tilbyde behandling nu, da patienten var fyldt 18 i foråret.*

*Der blev klaget over, at specialtandlægen ikke færdiggjorde tandreguleringsbehandlingen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af specialtandlægen, idet der ikke på baggrund af røntgenoversigtsbilledet blev stillet de korrekte diagnoser på tandsystemet, herunder manglende fældning (persistens) af mælketænder, manglende frembrud (tandretention) af blivende tænder i forbindelse med fejlfunktion i den proces, hvor mælketanden opløses ved at den nye (blivende) tand bryder frem (eruptionsmekanismen), samt forkert leje (ectopi) af en hjørnetand i overkæben. Videre havde patientens mælkehjørnetænders rødder havde fuld

længde, samt at alle ikke-frembrudte tænder i kæbeknoglen havde fuld roddannelse. Hjørnetanden i overkæbens venstre side var tilmed placeret skævt i kæbeknoglen med en meget dårlig prognose for selv at bryde frem.

Nævnet oplyste, at når ikke-frembrudte blivende tænder beliggende i kæbeknoglen har fuld rodlængde er det sjældent, at de senere vil bryde frem ved egen hjælp. At der samtidig sidder mælkehjørnetænder tilbage med fuld rodlængde tyder på, at der er en generel fejl i den proces, hvor mælketanden opløses ved at den nye (blivende) tand bryder frem (eruptionsmekanisme), som gælder i et normalt tandskifte.

Det var nævnets vurdering, at prognosen for frembrud af patientens overkæbes blivende hjørnetand i venstre side var meget dårlig, da den lå fejllejret i kæbeknoglen.

Nævnet oplyste videre, at det er meget forskelligt, på hvilket tidspunkt børn og unge skifter tænder.

Endvidere oplyste nævnet, at der i forbindelse med sent tandskifte ikke foretages anden behandling end at observere og følge tilstanden røntgenologisk med oversigtsbilleder (OTP), idet de blivende tænder som regel bryder frem af sig selv, med mindre der foreligger en generel fejl i den proces, hvor mælketanden opløses, ved at den nye (blivende) tand bryder frem (eruptionsmekanisme).

### **Sag 29 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev afsluttet da tænderne efterfølgende skred (2004) ([0445618P](#))**

*En 13-årig pige fik i maj 1993 iværksat tandreguleringsbehandling med en maxillator, som er et aftageligt tandreguleringsapparat til stimulation af underkæbens vækst. I oktober 1994 blev maxillatorbehandlingen afsluttet, og hun fik udleveret en ganebøjle. I maj 2001 kontaktede patienten tandplejen, da hun følte at tænderne skred fra hinanden, hun blev undersøgt, og der blev tilbudt yderligere behandling.*

*Der blev klaget over, at den tilbudte efterbehandling ikke var korrekt, da der ikke blev foretaget korrektion af skæve tænder.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen, idet der blev optaget relevant diagnostisk materiale, som blev analyseret, der blev angivet diagnoser, og der blev lagt en behandlingsplan.

Det var nævnets vurdering, at selve behandlingen og perioden for stabilisering af behandlingen var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard samt at behandlingsresultatet var tilfredsstillende.

Nævnet oplyste, at der normalt er små ændringer af tændernes stilling livet igennem uafhængigt af, om man har modtaget tandreguleringsbehandling. Den eneste effektive sikring mod dette er livslang brug af aftagelig natbøjle eller fastklæbede tråde på fortænder i over- og underkæbe.

I det følgende gennemgås en sag, hvor der klages over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev færdiggjort, hvor patienten havde haft manglende anlæg til (aplasi) af de blivende tænder.

### **Sag 30 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev færdiggjort (2004)**

#### **(04F020P)**

*En 15-årig pige, der havde manglende anlæg af 5 tænder, blev i perioden fra november 1998 til maj 2000 behandlet med fastsiddende bøjle. I maj 2000 fik hun udleveret en aftagelig retionsplade med protesetand til erstatning af +2 (den lille fortand i venstre side af overkæben), den skulle bruges indtil hun var 20 – 21 år, hvor der skulle laves en permanent løsning. I maj 2003 blev patienten vurderet i kæbekirurgisk ambulatorium, hvor det blev vurderet, at behandlingen i kommunalt regi ikke var færdig.*

*I oktober 2003 startede patienten hos en privat praktiserende specialtandlæge.*

*Der blev klaget over, at den kommunale tandpleje ikke færdiggjorde tandreguleringsbehandlingen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af specialtandlægen, idet det var nævnets opfattelse, at specialtandlægerne arbejdede på at skabe plads til erstatninger i regio 2+2 (de to små fortænder i overkæben). Det var nævnets vurdering, at en sådan løsning ville kræve tilbageføring af hjørnetanden i venstre side af overkæben, hvilket den udførte behandling imidlertid ikke tog højde for, idet kun de to midterste fortænder (1+1) blev flyttet mod højre.

Det var nævnets vurdering, at resultatet af ovennævnte flytning blev en forskydning af overkæbens midtlinie mod højre i forhold til ansigtets midtlinie. En dårlig fastholdelse af resultatet, som dog kan skyldes manglende brug af den løse bøjle til overkæben, forværrede skævstillingen (kipningen) af de to fortænder.

Det var videre nævnets opfattelse, at fastholdelse af en forbehandling til senere erstatning af enkelte tænder bør foretages med en fastsiddende tandprotese, som sikrer, at rodhældningen på nabotænderne fastholdes.

Nævnet oplyste, at behandling af patienter med flere manglende tandanlæg er en vanskelig opgave, som derfor bør foretages i samarbejde med andre tandlæger med specialviden (specialtandlæger i kirurgi samt protetikere).

Det fremgik af sagens oplysninger, at et sådant samarbejde var etableret, men planen med hensyn til at føre hjørnetanden i venstre side af overkæben bagud for at skabe plads til erstatning i regio 2+2 blev ikke fulgt.

## **2.2 Kariesbehandling**

Formålet med at gå til regelmæssig undersøgelse og kontrol hos en tandlæge er at forebygge og behandle tandsygdomme så tidligt som muligt. Tandlægens patienter kan med rette forvente, at tandlægen undersøger omhyggeligt og informerer om de fund, der bliver gjort, og at mulige behandlinger bliver foreslået.

Karies er en sygdom, der skyldes sygdomsfremkaldende bakteriebelægninger, der ligger uforstyrret på tandoverfladen i lang tid. Når bakteriebelægningerne fjernes eller forstyrres grundigt, går en igangværende kariesproces i stå eller standses helt. Det betyder, at der er tid til at informere patienten om, hvordan denne selv er i stand til at forhindre en videre udvikling af sit eller sine kariesangreb, når der findes igangværende kariesangreb på et tidligt stadie. Hvis den nødvendige renholdelse af tænderne i en sådan situation foretages, vil der ske en standsning af igangværende processer, og det bliver ikke nødvendigt med fyldningsbehandling.

Fluorbehandling af et begyndende kariesangreb bidrager yderligere til at sænke hastigheden, hvormed et kariesangreb udvikler sig. Denne form for behandling kaldes sammen med den ovenfor beskrevne under ét non-operativ kariesbehandling. For at det skal kunne lade sig gøre at standse igangværende kariesprocesser på denne måde, skal tandlægen finde og udpege de aktive steder for patienten, og patienten skal på sin side følge tandlægens råd og anvisninger. Bliver igangværende kariesangreb ikke standset, udvikler processen sig, og det bliver nødvendigt at behandle den kariesangrebne tand med en fyldning. Hvornår det i det enkelte tilfælde er nødvendigt at behandle den kariesangrebne tand med en fyldning er et skøn, som den enkelte tandlæge foretager ved at afveje kariesangrebets dybde, dets udvikling over tid overfor hyppigheden og graden af plakfjernelse.

Som supplement til de kliniske undersøgelser kan tandlægen benytte sig af sammenbidsrøntgenoptagelser (bite-wing røntgenoptagelser) af kindtænderne, hvorved tandlægen får et indtryk af, hvor dybt kariesangrebet går ind i tanden. Dette er en god hjælp til at foretage det rigtige behandlingsvalg, men ved vurdering af udviklingshastigheden af et kariesangreb er det nødvendigt med flere billeder taget over tid.

Der vil nedenfor blive gennemgået afgørelser truffet af Patientklagenævnet, der belyser ovennævnte.

### **2.2.1 Forventninger til regelmæssige tandlægebesøg**

Nedenstående to afgørelser belyser tandlægens utilstrækkelige indsats i forbindelse med regelmæssige kontrolbesøg.

#### **Sag 31 Klage over observation og behandling af karies (2001) ([0123004B](#))**

*En 50-årig kvinde havde over en 10-års periode gået til behandling hos samme tandlæge A. Der havde i perioden været adskillige tandlægebesøg hvert år, men der var lange perioder, hvor der tilsyneladende ikke blev udført systematiske undersøgelser. Efter skift til anden tandlæge blev der få dage efter sidste konsultation og 7 måneder efter sidste undersøgelse hos tandlæge A fundet mange og store kariesangreb.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlæge A's behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlæge A, idet formålet med at gå til regelmæssig kontrol og undersøgelse hos en tandlæge ikke var opfyldt ved tandlægens undersøgelse og behandling af patienten gennem årene. Tandlæge A havde overtrådt tandlægelovens § 12, idet der ved efterfølgende undersøgelse hos anden tandlæge få dage efter sidste konsultation hos tandlæge A blev konstateret karies i en bropille med hul indtil nerven, en række andre kariesangreb, samt at en krone var løs med karies under.

#### **Sag 32 Klage over observation og behandling af karies (2000) ([0015606P](#))**

*En 53-årig kvinde havde gennem en periode på 21 år gået til behandlinger hos tandlæge A. 5 måneder efter behandlingens ophør henvendte patienten sig til anden tandlæge, hvor der ved undersøgelse blev konstateret et omfattende behandlingsbehov.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlæge A's behandling af patienten til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlæge A, idet formålet med at gå til regelmæssig kontrol og undersøgelse hos en tandlæge ikke var opfyldt ved tandlægens undersøgelse og behandling af patienten gennem årene. Tandlæge A havde overtrådt tandlægelovens § 12, idet der ved efterfølgende røntgenundersøgelse blev påvist karies og mangelfulde rodfyldninger i 4 tænder, samt stort kariesangreb og rodspidsbetændelse i 1 tand. Røntgenbilleder viste endvidere, at der var mindre fyldningsoverskud i 1 tand, mangelfuld rodfyldning i 2 tænder, hvoraf der i den ene tand endvidere var rodspidsbetændelse.

Nedenstående afgørelse belyser i hvilket omfang patientens optræden kan have betydning for vurderingen af tandlægens faglige virksomhed

### **Sag 33 Klage over utilstrækkelig undersøgelse og behandling (1998) ([9803729B](#))**

*En 17-årig dreng blev undersøgt af en tandlæge A i en kommunal tandpleje, herunder røntgenundersøgt. Tandlægen fandt, at der var mange huller, hvoraf der var igangværende karies i 9 tænder, og af disse var de 3 fyldningskrævende på undersøgelsestidspunktet. De igangværende kariesangreb blev penslet med fluor, og tandlægen udskrev en recept på fluortyggegummi. Patienten kunne derefter ikke komme til behandling før efter sommerferien, hvorfor han blev bedt om selv at henvende sig til videre behandling. Tre måneder senere henvendte patienten sig til en anden tandlæge B i den kommunale tandpleje, idet han havde tandpine. Han meddelte afbud til en aftalt undersøgelse og udeblev fra en anden, før han igen mødte op til en ny undersøgelse. Ved undersøgelsen fandt tandlæge B 9 nye fyldningskrævende kariesangreb, fortrinsvis på de flader af tænderne, der vendte ud mod kinderne. Patienten fik påvist bakteriepålægningerne og blev instrueret i tandbørstning. Herefter kom han i en periode på syv måneder kun til 2 aftalte konsultationer ud af 7, idet han oplyste, at han ikke havde haft tid til at komme til de aftalte tider. Ved de to undersøgelser fyldningsbehandlede tandlæge B i alt 5 kariesangreb og udskrev en recept på fluortyggegummi. Ved sidste undersøgelse tog tandlægen røntgenbilleder af patientens tænder, som viste 18 fyldningskrævende kariesangreb, hvorfor tandlægen forklarede om sammenhængen mellem bakteriebelægninger, sukkerholdig kost, karies og tankødsbetændelse. Herefter meldte patienten afbud til 2 aftalte konsultationer og udeblev 3 gange, hvorefter tandlæge B sendte et udskrivningsbrev til ham.*

*Der blev klaget over, at tandlægerne i den kommunale tandpleje ikke foretog tilstrækkelige undersøgelser og behandlinger af patientens tænder ved kontrollerne, idet der efterfølgende blev konstateret et omfattende behandlingsbehov med stifttænder og kronebehandling.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlæge A for hans undersøgelse og behandling af patienten, idet han foretog den korrekte behandling, og idet han forsøgte at sænke hastigheden i udviklingen af kariesangrebene.

Nævnet fandt ligeledes ikke grundlag for kritik af tandlæge B for hans undersøgelse og behandling af patienten, idet der blev foretaget den korrekte forebyggende behandling og planlagt korrekt fyldningsbehandling. Patientens mange udeblivelser og afbud vanskeliggjorde gennemførelsen af det fyldningsarbejde, der blev planlagt ved de løbende undersøgelser.

### 2.2.2 Behandlingsvalg

Nedenstående afgørelser beskriver situationer, hvor tandlægen skal foretage en vurdering af, om der skal iværksættes forebyggende behandling af kariesangreb eller egentlig fyldningsbehandling.

#### **Sag 34 Klage over utilstrækkelig behandling af karies (1998) ([9802819B](#))**

*En 18-årig dreng var gennem 4 år blevet behandlet af tandlæge i en kommunal tandpleje. I hele forløbet blev der regelmæssigt taget røntgenbilleder til kontrol af de begyndende kariesangreb. De enkelte angreb, som udviklede sig, blev behandlet med fyldning. Endvidere blev patienten løbende informeret om kariessituationen og givet instruktion i tandpleje og –hygiejne. Da patienten blev afsluttet fra den kommunale tandpleje, blev han udskrevet til videre behandling hos privat tandlæge. I udskrivningsbrevet noterede tandlægen, hvilke tænder, der var blevet behandlet, og hvilke tænder, der skulle observeres for begyndende karies.*

*Der blev klaget over, at tandlægen ikke foretog en tilstrækkelig behandling af patientens tænder.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen, idet spørgsmålet om, hvornår der skulle behandles med fyldning, beroede på tandlægens skøn, hvilket var i overensstemmelse med sædvanlig praksis. Nævnet lagde herved til grund, at der sædvanligvis udvises tilbageholdenhed med fyldningsbehandling af de kariesangreb, som patienten selv er i stand til at rengøre ved daglig mundhygiejne, og at dette gælder, uanset om kariesangrebet har forårsaget et hul i tanden.

**Sag 35 Klage over fund af flere behandlingskrævende karies-angreb (2004) ([04F021P](#))**

*En 16-årig dreng fik ved undersøgelse konstateret 6 kariesangreb. 2 af disse angreb blev behandlet umiddelbart, mens det blev besluttet at overvåge udviklingen i de øvrige angreb.*

*Der blev klaget over, at tandlægen konstaterede, at der var flere behandlingskrævende angreb.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen, idet tandlægen ved røntgenbilleder (bite – wings) fandt, at der var utilstrækkelig mundhygiejne langs tandkødsranden på kindtænderne samt tandkødsbetændelse svarende til 2+2 (små fortænder i overkæben og fortænderne i underkæben). Patienten blev derfor instrueret i tandbørstning,

Nævnet oplyste, at kariesdiagnoser stilles på baggrund af en klinisk undersøgelse foretaget med spejl og sonde efter tørlægning, samt hvis nødvendigt røntgenbilleder. Undersøgelser har vist, at der diagnosticeres flere kariesangreb, hvis den kliniske undersøgelse kombineres med røntgenundersøgelse, fordi især mindre kariesangreb kan være vanskelige at diagnosticere med en klinisk undersøgelse alene. Omvendt må en røntgenundersøgelse også sammenholdes med de kliniske fund, inden behandlingsplanen lægges.

Videre oplyste nævnet, at kariesangreb i emaljen på tyggeflader behandles med forbedret mundhygiejne, fluorbehandling eller fissurforsøgling. Emaljeskader på sidefladerne behandles med forbedret mundhygiejne og brug af tandtråd og eventuelt brug af fluor.

Tillige oplyste nævnet, at kariesangreb i tandbenet (dentin) behandles med fyldning, dog kan helt overfladisk dentinkaries på tyggeflader behandles med aflukning af tyggefladen med plast efter ætsning af fladen (fissurforsøgling).

Endelig oplyste nævnet, at kariesprogressionen, hvorved der menes, hvor hurtigt et kariesangreb udvikler sig, varierer fra patient til patient og blandt andet afhænger af mundhygiejne, kost og for de tandflader, der har kontakt med nabotanden, om der er tæt fladekontakt eller en lille mere punktformet kontakt mellem fladerne (ved mere punktformet kontakt kan tandbørstning nemmere rense fladerne mellem tænderne). Dette betyder, at hvis der diagnosticeres dentinkaries, skal kariesangrebet behandles med fyldning på et tidspunkt. Fordelen ved at gøre det tidligt er, at fyldningen bliver mindre og dermed mere holdbar, end hvis man venter. Venter man meget længe med behandling, er der risiko for, at fladen over kariesangrebet bryder sammen, når kariesangrebet nedenunder bliver større og den emalje, der

ligger over kariesangrebet, bliver for tyndt. Derved kan der opstå smerter og eventuelt behov for rodbehandling.

Nævnet fandt samlet på baggrund af de foreliggende røntgenbilleder ikke grundlag for kritik af tandlægens vurdering af behovet for fyldningsbehandling, da de tænder, der blev fyldningsbehandlet, havde karies i tandbenet, mens de øvrige kariesangreb relevant kunne observeres.

### **Sag 36 Klage over, at tandplejen overså kariesangreb (2004) ([04F022P](#))**

*En 8-årig dreng var til undersøgelse, hvor tandlægen fandt begyndende karies i 3 af seksårstænderne. Der blev derfor foretaget afdækning af tyggefladerne med plast på disse tænder (fissurforsøjling). Ved senere undersøgelse hos anden tandlæge cirka 6 måneder efter sidste undersøgelse i den kommunale tandpleje fik patienten foretaget fyldningsbehandling af 2 tænder.*

*Der blev klaget over, at tandlægen i den kommunale tandpleje overså 2 kariesangreb.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen, idet nævnet vurderede, at der var foretaget relevant kariesdiagnostik samt relevant behandling af de konstaterede kariesangreb på tyggefladerne.

Der var varierende undersøgelsesintervaller fra 9 til 14 måneder

Nævnet vurderede, at der var tale om normalt anvendte intervaller og bemærkede, at nogle kommuner har endnu længere intervaller. Nævnet fandt således, at det ikke kunne tilskrives fejl i den hidtidige tilrettelæggelse af undersøgelse og behandling, at patienten ved undersøgelse hos anden tandlæge havde behov for to fyldninger.

### **Sag 37 Klage over udtrækning af kariesangrebet tand (2001) ([0125402B](#))**

*En 11-årig dreng havde tabt en fyldning i 04+. Tandlægen i den kommunale tandpleje lavede en midlertidig fyldning, da tanden måtte forventes snart at falde ud af sig selv, men da der efterfølgende opstod betændelse, blev der ordineret penicillin og det blev planlagt at trække tanden ud.*

*Der blev klaget over behandlingen i den kommunale tandpleje.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen, idet nævnet oplyste, at det er sædvanligt ved vurdering af, om en given tandflade på et barn skal behandles med en fyldning eller fortsat fluorbehandling, når der er en større defekt i tanden ind i tandbenet (dentinaen), at undlade en egentlig fyldningsterapi, specielt hvis man må formode, at en fuldstændig fjernelse af karieset væv (renexcavering) vil medføre behov for en rodbehandling, hvis man er tæt på det tidspunkt, hvor tanden falder ud (tandens normale fældningstidspunkt), som for 04+ er 9-10 års alderen. En rodbehandling på dette tidspunkt, hvor rødderne stort set er væk (resorberet), har en meget dårlig prognose, idet tandens nerve er degenereret og således ikke længere reagerer normalt på en rodbehandling, som derfor vil mislykkes. I den situation kan man undlade renexcavering af tanden og i stedet lave en midlertidig (provisorisk) fyldning, hvis det skønnes, at kariesangrebet vil give smerter eller medføre risiko for caries på den tilstødende flade. Alternativt kan man undlade behandling, hvis der er mulighed for renholdelse af fladen, eller man kan trække tanden ud.

Det var nævnets vurdering, at patienten mistede fyldningen, fordi kariesangrebet i tanden var af et sådant omfang, at den del af tyggefladen, der lå over kariesangrebet var blevet så tyndt, at tyggefladen brød sammen ved tygning, hvilket ofte vil opfattes som en mistet fyldning.

Videre oplyste nævnet, at infektion i tandnerven og deraf følgende absces er en ikke ukendt reaktion på ovennævnte behandling forårsaget af en meget udtalt degeneration i tandnerven.

Det var videre nævnets vurdering, at det var relevant i første omgang ikke at trække tanden ud, idet det måtte forventes, at denne i nær fremtid ville falde ud af sig selv.

### **2.2.3 Bite-wing røntgenbilleder til diagnostik**

Nedenstående afgørelse illustrerer, at bite-wing røntgenbilleder i forbindelse med kariesdiagnostisering kan være en del af almindelig anerkendt standard.

#### **Sag 38 Klage over utilstrækkelig behandling af karies (1998) ([9800520B](#))**

*En 15-årig dreng blev undersøgt af en tandlæge i en kommunal tandpleje efter tilflytning. Den sidste undersøgelse fra hans forrige tandlæge viste, at man dér fandt tre begyndende kariesangreb. Tandlægen tog derfor bite-wing røntgenbilleder til hjælp for undersøgelsen, og han vurderede, at der ikke var karies, men at tyggefladen på en tand skulle observeres. Ca. halvdet år senere konstaterede tandlægen en begyndende kariesudvikling. Tandlægen*

*valgte et år efter at behandle to kariesangreb med non-operativ kariesbehandling i form af fluorbehandling og instruktion i brug af tandtråd.*

*Der blev klaget over, at den behandlende tandlæge ved undersøgelse af drengen kort tid før han fyldte 18 år ikke udførte tandfyldningsbehandling af et antal huller, men alene behandlede hullerne med fluor.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen for dennes behandling af drengen.

Nævnet oplyste som indledningsvis anført, at tandlægen som godt supplement til den kliniske undersøgelse kan benytte sig af bite-wing røntgenoptagelser af kindtænderne, hvorved tandlægen får indtryk af, hvor dybt kariesangrebet går ind i tanden. Dette er en god hjælp til at foretage det rigtige behandlingsvalg, men ved vurdering af udviklingshastigheden af et kariesangreb er det nødvendigt med to billeder taget over tid.

Nævnet fandt, at røntgenbillederne, som blev taget ved den første undersøgelse, var utilstrækkelige, fordi to af de tandflader, der vendte mod hinanden i de 2 bageste kindtænder i højre side af overkæben, hvor den tidligere tandlæge havde fundet begyndende karies, lappede over hinanden, således at det ikke var muligt at se, om fundet var rigtigt, hvorfor der på denne baggrund burde have været taget nye billeder.

Nævnet fandt videre, at der tillige var røntgenfund, som burde have givet anledning til non-operativ behandling af de igangværende kariesangreb. Den manglende diagnosticering af de igangværende kariesangreb havde således ført til, at tandlægen ikke foretog den nødvendige behandling.

Endvidere fandt nævnet, at kariesudviklingen, der blev fundet halvandet år efter første undersøgelse, burde have givet anledning til at tage nye røntgenbilleder.

Nævnet fandt tillige, at tandlægen foretog en utilstrækkelig diagnostik af bite-wing røntgenbillederne, idet det var nævnets vurdering, at der var kariesforandringer på i alt seks tænder, hvoraf de to havde behov for fyldningsbehandling, mens det ville være korrekt at behandle de øvrige kariesangreb med non-operativ kariesterapi.

Følgende afgørelse viser, at der i forbindelse med kariesdiagnostik kan være behov for at supplere bite-wings optagelser med andre røntgenoptagelse.

### **Sag 39 Klage over utilstrækkelig diagnostik af kariesangreb (2003) ([0341901P](#))**

*En 10-årig pige blev undersøgt af tandlæge i den kommunale tandpleje. Det blev konstateret, at tanden 5+ (anden lille kindtand i højre side af overkæben) netop var brudt frem, og i de følgende år blev patienten jævnlige undersøgt. Da patienten var 14 år, blev der ved bite-wings optagelse konstateret et stort kariesangreb i 5+, og der blev foretaget fyldningsbehandling. Cirka et år efter henvendte patienten sig med smerter fra tanden, hvorefter der blev lagt ny fyldning i. Tanden måtte senere rodbehandles.*

*Der blev blandt andet klaget over, at kariesangrebet ikke blev opdaget på et tidligere tidspunkt.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for dennes behandling af patienten, men fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, at tandlægen ved konstateringen af kariesangrebet opstået efter den første behandling havde taget et almindeligt røntgenbillede (enoral røntgen) for at kunne observere tanden samt den omkringliggende knogle.

Nævnet oplyste, at tandlægen som godt supplement til den kliniske undersøgelse kan benytte sig af bite-wings røntgenoptagelser af kindtænderne, hvorved tandlægen får indtryk af, om der er karies ved tændernes kontaktflader, eller hvis der er konstateret karies så vurdere, hvor dybt kariesangrebet går ind i tanden. Der går op til flere år, før karies ved kontaktfladerne udvikler sig til at være behandlingskrævende med fyldningsterapi. Dette betyder i den daglige praksis, at tandlægen ikke tager bite-wings røntgen af de små kindtænder (bl.a. 5+), før der er gået nogle år efter endelig frembrud af tanden, hvilket vil betyde, at patienten vil være 14-16 år, før de første bite-wings røntgen bliver taget. Brug af fluorholdig tandpasta bidrager yderligere til at sænke hastigheden, hvormed et kariesangreb udvikler sig, men det bevirker også, at et kariesangreb kan udvikles i det underliggende tandben (dentin), uden at tandlægen kan diagnosticere dette klinisk.

Videre kan nævnet oplyse, at der ikke er faste forskrifter for, hvornår en klinisk undersøgelse skal suppleres med røntgenbilleder. Det er således tandlægens individuelle skøn, om et eller flere røntgenbilleder er indiceret. I forbindelse med kariesregistrering anvendes røntgendiagnostik, når der er mistanke om karies på en flade.

Endelig kan nævnet oplyse, at der ikke foretages røntgenundersøgelse ved hver klinisk undersøgelse, idet røntgenbestråling skal begrænses. Der skal netop være indikation for at tage røntgen, enten fordi tandlægen har på fornemmelsen, at der er noget galt med tænderne, eller fordi der er gået en længere tidsperiode siden, der er taget bite-wings røntgen.

Det var således nævnets vurdering, at tandlægen havde foretaget relevante og tilstrækkelige undersøgelser, idet tandlægen valgte at tage bite-wings røntgen cirka 4 år efter begyndende frembrud af 5+, da der ikke var eller havde været kliniske tegn på kariesangreb i tanden.

Nævnet fandt videre, at der relevant blev foretaget fyldningsbehandling af tanden.

Da patienten henvendte sig cirka et år senere med smerter fra tanden, og da foretaget bite-wings røntgen viste, at nerven i 5+ havde trukket sig tilbage, som reaktion på det oprindelige kariesangreb, var det nævnets vurdering, at det havde været hensigtsmæssigt, om tandlægen på dette tidspunkt havde taget et almindeligt røntgenbillede (enoral røntgen), der kunne vise hele tanden samt den omkringliggende knogle, for på denne måde at kunne observere tanden for eventuel betændelse ved rodspidsen af 5+.

#### **2.2.4 Opfølgning efter fyldningsbehandling**

Følgende afgørelse viser, at der efter foretaget fyldningsbehandling må forventes at ske en slitage af anvendt fyldningsmateriale.

##### **Sag 40 Klage over kariesangreb under fyldning (2002) ([0229101P](#))**

*En 18-årig dreng havde i 7 til 11 års alderen fået foretaget fyldningsbehandling af 6+6 (de første store kindtænder i over- og undermundten). I de følgende år fik han tillige foretaget fyldningsbehandling af 3 af de andre store kindtænder. Da han umiddelbart før sin 18 års fødselsdag blev overflyttet til afsluttende behandling i privat regi, blev der konstateret kariesangreb i de store kindtænder.*

*Der blev klaget over, at kariesangrebene ikke var blevet behandlet korrekt, idet angrebene var fortsat under de plomberinger, der blev foretaget i den kommunale tandpleje.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af de i behandlingen involverede tandlæger, idet nævnet oplyste, at sølvamalgamfyldninger ikke har ubegrænset holdbarhed. Tænderne bliver ved deres funktion konstant udsat for slidtage, tryk- og trækpåvirkninger. Dette bevirker, at der over tid opstår ujævne fyldnings- og emaljekanter, der udvikler spalter mellem fyldning og tand. Resultatet heraf kan bevirke, at der udvikles et nyt kariesangreb (sekundær karies). Hastigheden for udvikling af karies i denne situation er afhængig af patientens renhold af tænder og kostvaner.

Flere af sølvamalgamfyldningerne hos patienten var således mere end 10 år gamle, da der blev konstateret sekundær karies.

Det var nævnets vurdering, at det måtte forventes, at der i løbet af den lange periode ville opstå defekter i fyldningerne og i den tilstødende emalje.

Nævnet fandt, at der løbende gennem årene var foretaget relevante undersøgelser med henblik på at følge eventuel kariesudvikling samt reageret relevant på det ved undersøgelserne fremkomne.

Nævnet fandt videre samlet på baggrund af en gennemgang af foreliggende røntgenmateriale ikke anledning til kritik af, at der ikke i den kommunale tandpleje var iværksat behandling af de derved opståede kariesangreb.

### **2.2.5 Materialevalg ved fyldningsbehandling**

Følgende sager illustrerer tandlægens valg af fyldningsmateriale ved behandling af kariesangreb.

#### **Sag 41 Klage over smerter og senere behov for udskiftning af plastfyldning i tand (2003) (0341907P)**

*En 16-årig pige fik i den kommunale tandpleje foretaget fyldningsbehandling af tænderne 5+ (anden lille kindtand i højre side af overkæben) og 6- (første store kindtand i højre side af underkæben). På baggrund af moderens ønske blev der ved behandlingen anvendt plastfyldninger. Ved skift til privat tandlæge fandt tandlægen behov for udskiftning af fyldningen, blandt andet fordi der var dårlig binding af plast til tandsubstansen.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev foretaget korrekt kariesbehandling.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de i behandlingen involverede tandlæger, idet nævnet blandt andet lagde vægt på, at moderen havde udtrykt ønske om anvendelse af plastmateriale til fyldningerne, samt at der forinden behandlingen havde været samtale om fordele og ulemper ved behandlingsvalget.

Nævnet oplyste, at børnetandplejen normalt til kombinerede fyldninger (fyldninger på tyggeflade og sideflade) anvender sølvamalgamfyldninger, da det er dokumenteret, at plastfyldninger ikke holder lige så længe som sølvamalgamfyldninger. Herudover er plast meget teknikfølsomt, således at manglende perfekt tørlægning medfører risiko for løsning af

fyldningen, som derefter kan medføre udvikling af meget store kariesangreb, fordi patienten ikke altid opdager løsningen af fyldningen. Dette gælder specielt ved kombinerede fyldninger, hvor tyggetrykket er større, end hvis fyldningen kun er beliggende på tyggefladen.

Nævnet oplyste endvidere, at kombinerede fyldninger har større risiko for spaltedannelse med deraf større risiko for karies i spalten samt oplyste, at plastfyldninger kræver en meget bedre mundhygiejne på grund af den større risiko for karies i forbindelse med fyldningen, end hvis sølvamalgam anvendes som fyldning.

Videre oplyste nævnet, at der ofte opstår eftersmerter i forbindelse med behandling med plastfyldninger. Disse smerter aftager normalt over tid, og hvis dette ikke sker, må fyldningen skiftes til et andet fyldningsmateriale.

#### **Sag 42 Klage over manglende anvendelse af plastmateriale til fyldning (2003)** **(0341011P)**

*En 15-årig pige fik i den kommunale tandpleje foretaget behandling af karies i -6 (første store kindtand i venstre side af underkæben). Moderen ønskede, at der til behandlingen blev anvendt plastmateriale, men tandlægen vurderede, at det var mest hensigtsmæssigt med en amalgamfyldning.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der blev anvendt amalgam til fyldningen.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at der var tale om en tand, der manglede tandsubstans og som tidligere var behandlet for karies med amalgamfyldning og for manglende emalje med cementfyldning.

Nævnet oplyste, at fremstilling af plastfyldninger er meget teknikfølsomt sammenlignet med fremstilling af sølvamalgamfyldninger. Såfremt tørlægningen ved fremstillingen af plastfyldningen ikke er optimal, vil det medføre løsning af fyldningen, som derefter kan medføre et meget omfattende kariesangreb, fordi patienten sjældent opdager den ”løse fyldning”, hvor der kan samles føderester med udvikling af karies til følge.

Tillige oplyste nævnet, at plastfyldninger kræver en meget god mundhygiejne på grund af den større risiko for karies i relation til fyldningen, som følge af risiko for spaltedannelse. Endvidere holder plastfyldninger ikke så længe som sølvamalgamfyldninger. Dette gælder især større fyldninger, som kombinerede fyldninger (fyldninger på mere end én flade), hvor tyggetrykket er større, end hvis fyldningen kun var placeret på tyggefladen.

Endelig oplyste nævnet, at der derfor ofte ikke anvendes plastfyldninger til restaurering af kombinerede fyldninger i de store kindtænder (6'ere og 7'ere).

## 2.2.6 Tanddannelsesforstyrrelser

Følgende sager illustrerer behandlingsvalget i situationer, hvor der er tale om tanddannelsesforstyrrelser.

### **Sag 43 Klage over behandlingstidspunkt for tand med tanddannelsesforstyrrelser (2003) (0341908P)**

*En 9-årig dreng fik første gang penslet +4 (første lille kindtand i venstre side af overkæben) med fluor lak. Tandens var med afvigende form og dårlig mineralisering. Patienten fik gentagne gange behandlet tanden, dels pensling, cementfyldning, plastfyldning og dels rodbehandling. Da patienten var fyldt 16 år ønskede patienten at fortsætte behandlingen hos privat praktiserende tandlæge, og denne tilrådede behandling af tanden med krone.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der ikke på et tidligere tidspunkt var iværksat behandling af + 4.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de i behandlingen involverede tandlæger, idet nævnet lagde vægt på, at der var tale om en tand, der var med afvigende form og med dårlig mineralisering af emaljen.

Nævnet oplyste, at tanddannelsesforstyrrelser kan være lokaliserede til en enkelt tand fremkaldt af en lokal skadelig påvirkning under denne tands mineralisationsperiode. Behandling af tanddannelsesforstyrrelserne afhænger af, hvor omfattende destruktionsen er i den enkelte tand.

Videre oplyste nævnet, at det er uafklaret, hvorvidt det er bedst at gribe til behandling hurtig efter registrering af et større tab af tandsubstansen, hvis barnet ikke har symptomer eller udvikler karies. I tilfælde, hvor man har valgt tidlig fyldningsterapi, har det imidlertid vist sig, at der relativt hurtigt efter behandlingen er sket tab af yderligere tandsubstans efter tandens frembrud, hvorefter ny fyldningsterapi har været nødvendig.

Nævnet oplyste endelig, at tandlægerne ved behandlingen af tanddannelsesforstyrrelser normalt i første omgang vælger at afpudse og fluorbehandle tænderne samtidig med, at patienterne instrueres i renhold af tænderne. Hvis det ikke er muligt med denne behandling at

hindre, at der udvikles karies eller at tænderne smuldrer væk, må tandlægen gå videre med fyldningsterapi af forskellig omfang. Man vil kunne opleve, at tænder med mineralisationsforstyrrelser vil få mange fyldninger, for til sidst at blive kronet. I denne udvikling kan der opstå forværring i tænderne, således at rodbehandling af tanden kan komme på tale.

Nævnet fandt således ikke anledning til kritik af, at det blev vurderet, at der indtil videre skulle foretages lappeløsninger af +4 på grund af patientens unge alder, idet tanden på dette tidspunkt havde en relativ stor nerve, der ville komplicere beslibning af tanden med deraf følgende risiko for at beskadige nerven. Endvidere ville tandkødet, dersom kronebehandlingen blev iværksat på dette tidspunkt, efterfølgende trække sig lidt tilbage med det resultat, at kronekanten ville blive synlig, hvilket ville kunne give kosmetiske bivirkninger. Tandens blev løbende holdt under observation og blev relevant behandlet.

#### **Sag 44 Klage over behandling af emaljedefekt (2002) ([0235806A](#))**

*En 3-årig pige fik ved undersøgelse konstateret misfarvninger eller forkalkningsfejl på 05 -05 (de sidste mælketænder i underkæben). Ved denne samt efterfølgende konsultationer blev disse tænder penslet med fluor lak. Da de blivende tænder senere brød frem, havde de forreste kindtænder i underkæben samt de midterste fortænder i underkæben emaljeforandringer. Tænderne blev behandlet med plastforsegling samt påsmurt fluor lak.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev vurderet at være indikation for påsættelse af porcelænsfacader.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af de i behandlingen involverede tandlæger, idet nævnet lagde vægt på, at patienten løbende blev fulgt tæt i tandplejen, således at patienten blev indkaldt til kontrol med korte intervaller gennem en 10 års periode.

Nævnet oplyste, at der ved forsegling med et plastmateriale opnås en effektiv kariesbeskyttelse af de forseglede tandflader.

Nævnet oplyste videre, at tanddannelsesforstyrrelser (hypomineralisation), herunder mineralisationsfejl i det hårde tandvæv (emalje og dentin) kan have meget forskellig udseende, der kan dels være tale om ændringer i tændernes morfologi og dels om ændringer i de hårde tandvævs struktur. Det kan være muligt at iagttage defekterne klinisk, men undertiden er det kun muligt at observere defekterne mikroskopisk.

Videre oplyste nævnet, at tanddannelsesforstyrrelser kan være generelle og så omfatter alle tænder, som mineraliserer på det tidspunkt, hvor den skadelige påvirkning finder sted. Der kan ses generelle tanddannelsesforstyrrelser, som omfatter såvel primære (mælketsandsættet) som permanente tænder. Årsagen til mineralisationsforstyrrelser må siges ikke at være fuldstændig kendt på nuværende tidspunkt.

Endelig oplyste nævnet, at behandling af tanddannelsesforstyrrelserne afhænger af, hvor omfattende destruktionsen er i den enkelte tand. Der findes imidlertid ingen studier, der dokumenterer, om det er bedst at gribe til behandling hurtigt efter registrering af et større tab af tandsubstansen, eller om udviklingen bør aftage, før der gøres et behandlingstiltag naturligvis under forudsætning af, at barnet ikke har symptomer eller udvikler karies. I tilfælde, hvor man har valgt tidlig fyldningsterapi, har det vist sig, at der relativt hurtigt efter behandlingen er sket yderligere tab, hvorefter ny fyldningsterapi har været nødvendig. Hermed berøres endnu et uafklaret punkt omkring behandling af disse tænder, nemlig om man bør være radikal ved fjernelsen af hypomineraliseret emalje eller ej. Der findes ingen studier, der dokumenterer hvilken strategi, der er den bedste. Der er heller ingen studier, der har undersøgt om én type fyldningsmateriale er bedre end en anden. Destruktionsfaren er størst de første år efter frembrud af tanden

### **2.2.7 Tandbehandling af indsatte i fængsel**

I nedenstående afgørelse beskrives omfanget af fængselstandlægers forpligtelse til at foretage kariesbehandling.

#### **Sag 45 Klage over observation og behandling af karies (2000) ([01F001B](#))**

*En 25-årig mand, der var indsat i fængsel, fik i fængslet individuelt forebyggende behandling af en emaljefraktur, idet han fik foretaget afglatning og fluorlakering. Han fik ligeledes lagt en lille plastfyldning i en tand i overkæben. Herefter var der øget følsomhed i tanden i overkæben, hvorfor patienten fik foretaget aflastning og pensling af tanden. Han fik endvidere oplyst, at tanden senere skulle rodbehandles, hvis symptomerne fortsatte. Efter opholdet i fængslet fik han hos anden tandlæge konstateret yderligere kariesangreb.*

*Der blev klaget over, at fængselstandlægen ikke foretog en korrekt behandling.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet tandlægen ved konsultationerne foretog en akut afhjælpning af de smertevoldende og traumatiske tilstande.

Nævnet oplyste, at behandlingen af indsatte skal ske i henhold til Kriminalforsorgens cirkulære nr. 14 af 23. august 1978 om de indsattes adgang til tandbehandling og tandeftersyn. Heraf fremgår det bl.a., at indsatte har adgang til akut tandbehandling, supplerende behandling og tandeftersyn.

## **2.3 Rodbehandling**

Rodbehandling kan blive nødvendig som led i kariesbehandling, hvis et kariesangreb ligger dybt i tanden og tæt på tandens nerve.

Det er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at foretage rodbehandling, når der er opstået akut betændelse i en tandnerve. En sådan rodbehandling lader sig ikke altid færdiggøre i én behandlingsseance.

Ved en svag kronisk betændelsestilstand, der tillige er stationær, indledes der sædvanligvis ikke behandlingstiltag.

Ved en rodbehandling tilstræbes det sædvanligvis at udrense og fylde rodkanalerne til rodspidsen eller til 1-1½ mm fra denne. Ved en større længde af den ikke fyldte rodkanal vil risikoen for efterfølgende komplikationer i form af betændelse og smerter blive større. Undertiden kan fysiske forhold umuliggøre optimal rodfyldning.

Der findes to metoder til fjernelse af en tands nerve i forbindelse med rodbehandling. Ved den sædvanlige metode fjernes nerven under lokalbedøvelse fra rodkanalen med en rodfil (vital pulpektomi). I sjældne tilfælde anvendes en anden metode, hvor nerven fjernes efter, at der direkte på nerven er lagt et paraformholdigt præparat, der har til formål at nedbryde nervevævet (mortal pulpektomi).

Det er ikke alle rodbehandlinger, der lykkes. Jo længere bagtil i mundhulen tanden er placeret, desto vanskeligere er det at foretage en perfekt rodfyldning. Under alle omstændigheder bliver en rodbehandlet tand mere skrøbelig end en vital tand, hvilket kan medføre senere udgiftskrævende behandling.

Det er ikke ualmindeligt, at der senere må foretages revision af en rodbehandling og eventuelt fjernelse af tanden, også selv om der initialt er foretaget en omhyggelig rodbehandling.

Der vil nedenfor blive gennemgået afgørelser, der belyser ovennævnte.

### 2.3.1 Indikation for rodfyldning

Følgende sager illustrerer nogle af tandlægens overvejelser om indikation for eventuel rodbehandling

#### **Sag 46 Klage over utilstrækkelig behandling (2005) ([0548905P](#))**

*En 8-årig dreng var til undersøgelse i den kommunale tandpleje, hvor der blev lavet en fyldning i +6 (store kindtand i venstre side af overkæben). Cirka 16 måneder efter blev det konstateret, at tanden var øm, fyldningen blev fjernet, der blev taget bite-wings, og der blev lagt en midlertidig fyldning. Smerterne i tanden varede ved, og der opstod en udførselsgang med betændelse (fistel) i kæben ved +6. Tandens rod blev mere end et år senere tilbudt rodbehandlet.*

*Der blev klaget over behandlingen af tanden +6.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at tanden ved henvendelsen var øm for tryk samt, at den ifølge journalen var vital.

Nævnet oplyste, at bite-wings røntgenbilleder alene viser tandens krone og ikke tandens rødder.

Nævnet oplyste videre, at når en tand med et dybere kariesangreb bliver behandlet med en fyldning, kan det under udrensning (excavering) af tanden ske, at der er en lille åbning ind til tandens nerve. Hvis den er meget lille kan en sådan overses. Sker dette, vil der i løbet af nogen tid ske det, at tandens nerve dør, hvorefter der opstår betændelse på tandens rod eller rødder. 3-4 uger senere vil man se dette på et røntgenbillede af tandens rod/rødder, som en opklaring, (en sort skygge i relation til tandens rod/rødder). Denne opklaring vil blive større og større, hvis tanden ikke bliver rodbehandlet. Manglende fjernelse af karies (renexcavering) eller reaktion på en tandfarvet fyldning kan ligeledes føre til rodbetændelse.

Nævnet oplyste endvidere, at symptomerne på en rodbetændelse kan være én eller flere, herunder smerter, trykømhed (perkussionsømhed), løsning af tanden, hævelse i tandkød ud for tanden eventuelt i større dele af ansigtet, en fistel (tynd åben kanal ind til betændelsen på roden fra mundhulen) og feber. Disse symptomer kan også være forårsaget af infektion i tandkød og tandens ophængningsapparat (parodontiet). Den endelige diagnose kan stilles på baggrund af røntgenundersøgelse af tandens rødder samt eventuelt en test (vitalitetstest) af, om tandens nerve er levende eller død (vital eller avital). Hvis det er en parodontal infektion,

vil tanden være levende (vital). Ved rodbetændelse vil tandens nerve ikke være levende (avital).

Nævnet oplyste endelig, at en vitalitetstest kan blive foretaget på to måder, dels en elektrometrisk, hvorved der sendes en svag strøm gennem tanden, tanden er vital, hvis patienten reagerer på testen og avital, hvis der ingen reaktion er, og dels en boreprøve i tanden uden lokalbedøvelse. Gør det ondt, når der bores, er tanden vital ellers avital. Problemet er, at tandlægen kan blive vildledt, idet en bange patient ofte reagerer positivt på en elektrometrisk vitalitetstest, selvom tanden er avital. Derfor bør man ved sådanne test sikre sig således, at man også laver testen med slukket apparat. Boreprøven kan være positiv, hvis tanden er trykømt, selvom tanden er avital. Derudover gælder det samme med bange patienter ved boreprøven, som ved vitalitetsprøven. Hvis en tand har en fyldning, og specielt når patienten er et barn, bør det, man først tænker på ved smerter og trykømheden, være en rodbetændelse, idet voldsomme parodontale infektioner sjældent ses hos børn.

Nævnet fandt således, at tandlægen ved undersøgelsen burde have optaget et røntgenbillede af tandens rødder for at kunne iagttage disse.

#### **Sag 47 Klage over utilstrækkelig behandling efter traume (2004) ([0445901P](#))**

*En 9-årig dreng var til undersøgelse i den kommunale tandpleje, da han i forbindelse med fodboldspil havde slået +2 (den lille fortand i venstre side af overkæben) løs. Foretagne undersøgelser viste normale forhold, dog reagerede tandens nerver ikke på test for livstegn. Der blev foretaget efterfølgende kontroller, og cirka 4 måneder efter uheldet blev der indledt rodbehandling af tanden, da der var konstateret rodspidsbetændelse.*

*Der blev klaget over der ikke blev iværksat korrekt behandling efter skaden.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, men fandt, at det havde været hensigtsmæssigt, om rodbehandlingen var blevet indledt tidligere.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen umiddelbart efter uheldet konstaterede, at patienten havde mistet et lille stykke emalje, uden at der var blotlæggelse til tandens nerve. Der blev foretaget røntgenundersøgelse, som viste normale forhold, og fortændernes nerver blev endvidere kontrolleret for livstegn, hvorved det blev konstateret, at den påvirkede +2 ikke reagerede på den anvendte elektrometriske test.

Nævnet lagde videre vægt på, at der ved kontrol efter 6 uger på ny blev optaget et røntgenbillede, og at tandens vitalitet blev afprøvet. Tandens farve var normal, og der var ingen symptomer fra tanden.

Endelig lagde nævnet vægt på, at der ved kontrol efter yderligere en måned på ny blev taget et røntgenbillede og foretaget test af vitalitet. Det blev i den forbindelse vurderet, at røntgenbilledet viste normale forhold, og at el-test viste, at tanden var uden liv. Der blev fortsat ikke iværksat anden behandling.

Videre lagde nævnet vægt på, at patienten efter yderligere cirka 6 uger havde henvendt sig til Tandlægevagten, da der var smerter fra tanden. Det var i den forbindelse konstateret, at der var tegn på rodbetændelse (opklaring).

Nævnet oplyste, at tænder, som udsættes for slag, reagerer meget forskelligt. Et af problemerne er, at tandens nerve kan tage skade, så rodbehandling er nødvendig. Undertiden viser det sig, at der ikke er reaktion fra tandens nerve umiddelbart efter et slag, men at reaktionen kommer senere, hvorfor det derfor ofte vil være nødvendigt at følge udviklingen med røntgenundersøgelser, elektrometriske test og undersøgelse af symptomer direkte fra tanden, inden en eventuel supplerende behandling indledes.

Nævnet oplyste videre, at den negative elektrometriske test af tandens nerve normalt vil være udløsende faktor i forhold til at indlede en rodbehandling, idet det må forventes, at der er sket henfald af tandens kar- og nervestreg (pulpa), og at dette kan medføre en symptomgivende betændelsestilstand efterfølgende.

Det var nævnets vurdering, at der på røntgenbilledet fra de seneste 2 kontroller kunne ses ændring i knoglestrukturen svarende til rodspidsen på den skadede tand, hvorfor det havde været hensigtsmæssigt, at der var iværksat rodbehandling af tanden efter en af disse kontroller.

### **2.3.2 Udstrækning af rodfyldning**

Nedennævnte afgørelser belyser, hvad der kræves af en rodfyldning, for at den efter nævnets opfattelse opfylder almindelig anerkendt faglig standard.

**Sag 48 Klage over rodbehandling (2000) ([0123309P](#))**

*En 26-årig kvinde fik af tandlæge A foretaget rodbehandling af første store kindtand i venstre side af underkæben. Der blev lagt rodfyldning i tre rodkanaler, og der blev isat rodskrue og lagt en plastfyldning i tanden. 10 år senere henvendte kvinden sig til tandlæge B, hvor et røntgenbillede af kindtanden i venstre side af underkæben viste rodbetændelse i den bagerste rod.*

*Der blev klaget over, at tandlæge A ikke udførte en korrekt rodbehandling af tanden.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlæge A for den foretagne behandling af kvinden, da røntgenbilleder optaget i tilknytning til behandlingen ikke gav mulighed for at vurdere rodbehandlingens udstrækning, idet rodspidserne ikke var synlige på billederne, og idet røntgenbilleder optaget hos tandlæge B viste synligt rodfyldningsmateriale i tandens bagerste rodkanal svarende til de øverste 2/3. Der var ikke synligt rodfyldningsmateriale i de nederste 5 mm af kanalens længde. I de to forreste kanaler kunne der ses rodfyldningsmateriale ned til 2 mm fra rodspidsen.

Nævnet lagde vægt på, at det ved rodbehandling sædvanligvis tilstræbes at udrense og fylde rodkanalerne til rodspidsen eller til 1-1 ½ mm fra denne, samt at der ikke forelå oplysninger om, at der ved behandlingen havde været fysiske forhold, der havde umuliggjort fyldning af de sidste 4-5 mm af tandens bagerste rodkanal.

Patientklagenævnet modtog senere en ny klage fra samme patient over samme tandlæge.

**Sag 49 Klage over rodbehandling (2001) ([0123310B](#))**

*Den 26-årige kvinde fik af tandlæge A foretaget rodbehandling af første store kindtand i højre side af underkæben, hvor der tillige var knækket en del af tandens krone. Der blev foretaget rodfyldninger i tre rodkanaler. 11 år efter rodbehandlingen fik kvinden smerter fra underkæben, og på baggrund af røntgenbillede vurderede hendes nye tandlæge B, at rodfyldningen i kindtanden i underkæben burde revideres. Der blev herved foretaget rodfyldninger i fire rodkanaler.*

*Der blev klaget over, at tandlæge A ikke udførte en korrekt rodbehandling.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlæge A for den foretagne behandling af kvinden. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om tandlæge A

havde optaget et røntgenbillede af tanden umiddelbart efter behandlingen, således at behandlingsresultatet var blevet dokumenteret med henblik på senere at følge udviklingen heri, idet røntgenoptagelse taget 6 år efter at rodfyldningen var foretaget, viste rodfyldningsmateriale i tandens 2 rødder med en fyldningsgrad, hvor fyldningen stoppede ca. 2 mm fra tandens rodspids.

Nævnet fandt under hensyn til, at det ved en rodbehandling sædvanligvis tilstræbes at udrense og fylde rodkanalerne til rodspidsen eller til 1-1½ mm fra denne, at fyldningsgraden var acceptabel.

Videre lagde nævnet vægt på, at røntgenbilledet, der blev taget 6 år efter, at rodfyldningen var foretaget, viste en svag udvidelse af rodhindespalten svarende til den forreste rodspids, hvilken kunne være tegn på en svag kronisk betændelsestilstand.

Nævnet oplyste hertil, at der ved en svag kronisk betændelsestilstand, der er stationær, sædvanligvis ikke indledes behandlingstiltag.

#### **Sag 50 Klage over rodbehandling med rodfyldningsoverskud (2002) ([0235314P](#))**

*En 28-årig kvinde fik af tandlæge konstateret rodspidsbetændelse på den store fortand i overkæben. Tandlægen foretog rodbehandling, og ved senere konsultation blev det konstateret, at tanden var blevet misfarvet.*

*Der blev klaget over, at tandlægen ikke udførte en korrekt rodbehandling, da det efterfølgende havde vist sig, at tanden var misfarvet, revnet og kunne brække.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at der var indikation for at foretage rodbehandling.

Nævnet oplyste, at en sådan rodbehandling ikke altid lader sig færdiggøre i én behandlingsseance. Ved en rodbehandling tilstræbes det sædvanligvis at udrense og fylde rodkanalerne til rodspidsen eller til 1-1½ mm fra denne.

Nævnet lagde videre vægt på, at røntgenundersøgelse foretaget efter rodbehandlingen viste, at der var rodfyldningsoverskud ved rodspidsen af tanden som tegn på, at der var presset rodfyldningsmateriale ud i det omkringliggende væv under rodfyldningen.

Nævnet oplyste, at denne situation kan være svær at undgå, hvis der er en direkte åbning igennem rodspidsen.

Nævnet lagde videre vægt på, at der var en relativt stor åbning gennem rodspidsen på tanden, hvilket forklarede, at der blev presset rodfyldningsmateriale ud i det omkringliggende væv.

Nævnet oplyste videre, at når rodfyldningsmaterialet bliver presset ud gennem rodspidsen til det omkringliggende væv, vil materialet forblive i vævet, idet det er uopløseligt i vævsvæske. Rodfyldningsmaterialet kan kun fjernes ved et operativt indgreb.

Nævnet oplyste endvidere, at rodfyldningsoverskud resulterer i en langsommere og dårligere heling, men kirurgisk behandling afventes normalt, indtil der opstår problemer fra det pågældende område, og tanden følges i så fald radiologisk.

Endelig lagde nævnet vægt på, at tandlægen valgte at observere tilstanden omkring rodspidsen på tanden, og senere konstaterede, at der var pæn heling ved denne.

Nævnet oplyste endeligt, at en rodbehandlet tand både i emalje og tandben (dentina) er mere skrøbelig og dermed oftere bliver udsat for brud. Desuden vil en rodbehandlet tand ofte blive misfarvet som følge af nedbrydningen af affaldsstoffer fra tandens nerve.

### **2.3.3 Smertebehandling i forbindelse med rodbehandling**

I nedenstående afgørelse vises nævnets vurdering af indikation for i sjældne tilfælde at anvende et medicinsk præparat som supplement til lokalbedøvelsen, når denne ikke giver smertefrihed under rodbehandlingen.

#### **Sag 51 Klage over rodbehandling – materiale anvendt til ætsning (2000) ([0018229B](#))**

*En 19-årig kvinde henvendte sig til tandlæge med smerter i første store kindtand i højre side af overkæben. Tandlægen konstaterede, at denne tand samt første og anden store kindtand i venstre side af overkæben havde så omfattende kariesangreb, at rodbehandling var nødvendig. Der kunne ved behandlingen ikke opnås smertefrihed ved lokalbedøvelse, og der var desuden kraftig blødning fra tandnerven. Tandlægen pålagde derfor præparatet Depulpin, der er et paraformholdigt præparat. Patienten henvendte sig 1 uge efter pålæggelsen af Depulpin med smerter fra de behandlede tænder, og en anden tandlæge fra klinikken konstaterede, at paraformen var trængt ud i det omgivende væv og havde ødelagt*

*tandkødet (nekrotiseret gingiva). Dagen efter henvendelsen blev rodbehandlingen færdiggjort. Det beskadigede væv blev behandlet med desinficerende medikament, hvilket blev gentaget dagen efter og en uge senere. Patienten blev herefter informeret om at henvende sig igen ved først givne lejlighed. På grund af patientens arbejde skete dette først næsten 4 måneder senere, hvor det blev konstateret, at der var blottet kæbeknogle omkring tre tænder og nedbrydning af knogle svarende til over halvdelen af tandrøddernes længde.*

*Der blev klaget over, at tandlægen anvendte paraform på patientens tænder, og at behandlingen medførte ødelæggelse af kæbeknoglen omkring tre tænder.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for dennes behandling af patienten. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt om tandlægen havde informeret patienten om risikoen ved behandling med Depulpin, således at patienten havde haft mulighed for at vælge traditionel fjernelse af nerven under lokalbedøvelse.

Nævnet lagde vægt på, at der i sjældne tilfælde kan anvendes paraform til fjernelse af nerven til en tand.

Videre lagde nævnet vægt på, at kvinden ved konsultationen forud for behandlingen var nervøs for yderligere lokalbedøvelse, og at der opstod udtalt blødning fra en af tænderne, samt at tandlægen anvendte Depulpin i overensstemmelse med forskrifterne herfor.

For så vidt angår informationen lagde nævnet vægt på, at det ikke af journalen fremgik, at tandlægen havde informeret kvinden om risikoen ved behandlingen med Depulpin.

#### **2.3.4 Fjernelse af tand efter rodbehandling**

Nedenfor anførte sager illustrerer, at det efter foretagen rodbehandling kan vise sig at være hensigtsmæssigt at fjerne den behandlede tand.

##### **Sag 52 Klage over rodbehandling af mælketand (2001) ([0127629P](#))**

*En 8-årig pige henvendte sig til den kommunale tandpleje, da hun havde tandpine i 05- (anden mælkekindtand i højre side af underkæben). Der blev konstateret et stort hul, hvorfor hun fik tid til fortsat behandling heraf. Da der var foretaget rodbehandling, var der fortsat smerter i tanden, da der var opstået betændelse mellem rødderne. Tandens blev derfor trukket ud.*

*Der blev klaget over behandlingen af tanden.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at der var indikation for rodbehandling. Nævnet lagde videre vægt på, at foretagne røntgenoptagelser viste, at der var foretaget relevant behandling.

Nævnet oplyste, at såfremt der er symptomer fra området i tiden efter en foretaget rodbehandling, må prognosen for tanden anses for at være dårlig, og flere tandlæger vælger derfor at trække tanden ud.

Nævnet oplyste videre, at rodbehandlinger af mælkekindtænder lykkes i omkring 70 % af tilfældene.

### **Sag 53 Rodbehandling – indikation og behandling (2001) ([0122592P](#))**

*En 12-årig pige fik i den kommunale tandpleje foretaget en lille fyldning i den anden store kindtand i højre side af undermundens. Ved konsultation næsten 2 år senere blev det noteret, at der var karies på tyggefladen på samme tand. Samme dag som fyldningen af tanden var lagt i, henvendte patienten sig i tandplejen og oplyste, at der var smerter fra tanden. Hun blev informeret om, at smerterne skyldtes udboring af tanden, og at hun skulle henvende sig igen, hvis smerterne fortsatte. Patienten udeblev fra behandling 2 måneder senere. Patienten henvendte sig 5 måneder efter, at fyldningen var foretaget med oplysning om smerter. Tandlægen forsøgte at fjerne fyldningen, men da der trods lokalbedøvelse fortsat var smerter fra tanden, blev kun halvdelen af fyldningen fjernet, og der blev lagt et desinficerende og smertestillende indlæg i tanden. Patienten udeblev fra behandling 14 dage senere og først næsten 1 måned senere lagde tandlægen en ny fyldning på tyggefladen af tanden. Fyldningen blev fjernet 3 dage senere, hvor der blev konstateret hul til nerven, og rodbehandling blev påbegyndt. Patienten udeblev og meldte afbud til følgende behandlinger, og behandlingen blev først genoptaget næsten et halvt år senere.*

*Ved behandling en uge herefter hos anden tandlæge B i den kommunale tandpleje fandt denne anledning til at konsultere overtandlægen med spørgsmål om, hvorvidt tanden skulle trækkes ud, idet tandlægen ved samme konsultation fandt visdomstanden ved siden af den behandlede tand skævt lejret i kæben. Visdomstanden ville kunne bevares i stedet for den behandlede tand. Overtandlægen fandt, at tanden burde trækkes ud. En måned senere blev rodbehandlingen færdiggjort hos privatpraktiserende tandlæge.*

*Der blev klaget over, at det efter langvarig behandling blev vurderet, at det var bedst at trække tanden ud.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlæge A, idet nævnet fandt, at det forhold at behandlingen trak ud, måtte tilskrives patientens udeblivelser fra behandling.

Nævnet fandt endvidere ikke anledning til kritik af tandlæge B, idet nævnet vurderede, at visdomstandens placering i kæben ville kunne indebære, at denne senere måtte fjernes, idet der kunne opstå betændelse omkring tanden ved dennes kontakt med den behandlede tand med deraf følgende beskadigelse af den behandlede tand.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen havde foreslået, at tanden blev trukket ud, idet tanden var øm efter sidste behandling, og idet tandlægen vurderede, at visdomstanden kunne vokse frem som erstatning for denne.

Det var nævnets opfattelse, at tandlægen foretog et relevant skøn, idet udtrækningen af tanden på sigt ville kunne spare patienten for gener fra såvel denne som visdomstanden.

## **2.4 Parodontitis - betændelse i tandkødet**

Formålet med at gå til regelmæssig undersøgelse og kontrol hos en tandlæge er at forebygge og behandle tandsygdomme så tidligt som muligt. Tandlægens patienter kan med rette forvente, at tandlægen undersøger omhyggeligt og informerer om de fund, der bliver gjort, og at mulige behandlinger bliver foreslået.

Parodontitis kan i vidt omfang forebygges på den normale voksne, habile og ellers raske og interesserede patient. Hertil behøves forebyggende tiltag og korrekt sygdomsbehandling og især et godt samarbejde med patienten om den nødvendige daglige tandpleje. Ved korrekt tandbørstning fjernes de bakteriebelægninger, der forårsager karies. Denne plak er ligeledes årsag til tandkødsbetændelse og senere udvikling af parodontitis. Det er derfor vigtigt i behandlingen mod parodontitis af have en god mundhygiejne.

### **2.4.1 Manglende konstatering af parodontitis**

Følgende sager illustrerer tandlægens kontrol patienterne for parodontitis.

**Sag 54 Indberetning vedrørende manglende konstatering af parodontitis (2004)**  
**(0443805P)**

*En 48-årig kvinde havde i cirka 14 år gået til undersøgelse og behandling hos samme tandlæge A. Patienten fik i perioden gentagne gange foretaget behandling for tandkødsbetændelse. Patienten kontaktede 4 dage efter sidste undersøgelse hos tandlæge A anden tandlæge B med henblik på behandling for tandkødsbetændelse, og denne konstaterede fremskreden parodontitis.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlæge A's manglende behandling af patienten.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlæge A, idet nævnet lagde vægt på, at tandlægen allerede 6 år inde i behandlingsforløbet havde givet individuel, forebyggende behandling samt iværksat behandling med antibiotika på grund af tandkødsbetændelse. Videre foretog tandlægen tandrensninger og tandrodsrensning på flere tænder, ligesom der jævnligt blev foretaget behandling med antibiotika. Tandlægen henviste først patienten til parodontose specialist 6 år efter, at han havde konstateret, at der var parodontose under udvikling.

Nævnet lagde videre vægt på, at der ved den nye tandlæge blev målt tandkødslommer på op til 10 mm ved de bagerste kindtænder.

Det var nævnets vurdering, at tandlægen på grund af de sporadiske fund, som han gjorde, burde have foretaget en mere systematisk og omfattende parodontitis undersøgelse, ligesom tandlægen burde have lagt en overordnet behandlingsplan.

**Sag 55 Indberetning vedrørende manglende konstatering af parodontitis (2003)**  
**(0337002P)**

*En 38-årig kvinde havde i cirka 11 år gået til undersøgelse og behandling hos samme tandlæge A. Patienten fik i perioden cirka hvert halve år foretaget undersøgelser og tandrensninger. 2 måneder efter sidste undersøgelse hos tandlæge A konstaterede anden tandlæge B fordybede tandkødslommer (generelt op til 8 mm) som tegn på parodontitis.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlæge A's manglende behandling af patienten.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlæge A, idet nævnet lagde vægt på, at der i behandlingsperioden var konstateret tandkødsproblem i forbindelse med en tand uden, at der blev undersøgt for parodontitis i fortsættelse heraf. Der blev alene rensset tænder og instrueret i

mundhygiejne. Tandlæge A foretog ej heller i behandlingsperioden måling og registrering af tandkødslommernes dybde.

Nævnet vurderede, at den konstaterede parodontose med tab af op til 40 % af tændernes støttevæv var foregået over en længere periode, og at en tidligere diagnosticering og en yderligere behandling kunne have begrænset udviklingen af sygdommen.

Nævnet fandt dog anledning til at bemærke, at det ikke kunne udelukkes, at nogle af de dybeste tandkødslomer var opstået efter en akut betændelsestilstand i tandkødet indenfor en kort tidsperiode i sidste del af behandlingsforløbet.

## **2.5 Operationer og indgreb**

En tandlæge foretager også mindre operationer og indgreb på tænder og kæber. Det hyppigste indgreb er udtrækning af en tand, såfremt den ikke længere er bevaringsværdig, ofte som en følge af betændelse i tandens nerve (pulpa) og følgetilstanden heraf, nemlig betændelse i kæbeknoglen omkring tandens rodspids. Almindeligvis er en tandudtrækning et simpelt indgreb, men er tanden svækket, kan den ”knække” under udtrækningen, hvorefter man ved en mindre operation må fjerne kæbeknogle for at få ”hele tanden” ud.

De mere komplicerede indgreb på tænder og kæber udføres almindeligvis på tandklinikker på amtssygehusene. Behandlingerne omfatter både fjernelse af visdomstænder i underkæben, hvis lejring i kæben nødvendiggør en operation, og operativ korrektion af kosmetiske og funktionelle forstyrrelser af over- og underkæbens indbyrdes relationer.

### **2.5.1 Operativ fjernelse af visdomstænder**

Hvis en visdomstand i underkæben ligger i tæt relation til underkæbens nerve, der sender føletråde til tænder, tandkød og hud på hage og underlæbe, er der risiko for, at den operative fjernelse af visdomstanden i underkæben medfører føleforstyrrelser. Især når disse rammer underlæben er det meget generende for patienten.

#### **Sag 56 Klage over nerverlæsion ved fjernelse af visdomstand (1998) ([9806627P](#))**

*En 32-årig kvinde blev undersøgt på en kaserne med henblik på odontologisk klargøring til FN-tjeneste i udlandet. Ved undersøgelsen blev det konstateret, at en visdomstand i venstre side af underkæben havde forbindelse til mundhulen. En cand.odont.(en nyuddannet tandlæge, der endnu ikke har fået autorisation til at virke selvstændigt som tandlæge) foretog operativ fjernelse af visdomstanden. Den tilsynsførende tandlæge havde aftalt, at en*

*overtandlæge skulle træde til, såfremt cand. odont'en havde behov for assistance. Den tilsynsførende tandlæge og overtandlægen var ansvarlige for hele tandbehandlingen. Det fremgik af journalen, at der blev fjernet en knogle ud for tanden, hvorefter tanden blev delt. Kronen blev derefter fjernet i to stykker, hvorefter overtandlægen blev tilkaldt, idet fjernelsen af rodkomplekset var vanskelig. Overtandlægen fjernede roden i flere stykker. Sårtoilette og suturrering (syning) blev foretaget af cand. odont'en. Ifølge journalen klagede patienten efterfølgende over føleforstyrrelser og en snurrende fornemmelse og kraftige smerter i venstre side af underkæben. Det fremgik ligeledes af journalen, at der var rimelig pæn indheling, da suturerne blev fjernet, og at tandlægerne valgte at se tiden an og observere patientens tilstand, idet de fandt, at problemerne skyldtes et traume efter fjernelsen af visdomstanden. Der blev ikke under operationen konstateret nerveskade.*

*Der blev klaget over, at der ikke var grundlag for at fjerne visdomstanden, der ikke fejlede noget, og at fjernelsen ikke blev foretaget korrekt, idet der efterfølgende var gener i form af følelsesløshed i venstre side af underlæben, kæben, tænderne og hagen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af den tilsynsførende tandlæge og overtandlægen i forbindelse med deres behandling.

Nævnet oplyste, at når en visdomstand har forbindelse med mundhulen, kan der komme mundhulebakterier i det hulrum, der omgiver visdomstandens krone. Visdomstanden udgør derfor et potent udgangspunkt for infektion, hvorfor visdomstænder i almindelighed fjernes. Dette er især vigtigt, hvis man fremtidigt skal befinde sig i en geografisk lokalitet, hvor behandlingsfaciliteter m.m. ikke er optimale.

Nævnet oplyste videre, at det ofte er forekommende, at en tilsynsførende tandlæge i praksis ikke kan være til stede ved alle behandlinger, som den cand.odont., der er under tilsyn, udfører.

Endelig oplyste nævnet, at det er klinisk praksis, når der efter en fjernelse af en visdomstand opstår nedsat følelse i underlæbe med mere, at observere tilstanden, specielt når der ikke under operationen er konstateret synlig nerveskade. Nerveskader viser normalt en høj grad af spontan heling, særlig ved nerver, der ligger i en knogleskal. Kommer en nervelæsion sig ikke helt, kan der efter en konkret vurdering behandles med nervetransplantation. Dette er imidlertid ofte komplicerede operationer, som sjældent fører til normal følelse og ofte medfører væsentlige gener og/eller bivirkninger.

Nævnet fandt, at tandlægerne på kasernen havde handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Der var indikation for at fjerne visdomstanden, idet infektionsmuligheden skulle fjernes for at sikre tjenestedygtighed. Nævnet fandt videre, at den tilsynsførende tandlæge ikke kunne kritiseres for sit tilsyn med cand.odont'en, idet han havde draget omsorg for, at en kompetent assistance var disponibel, og at det var korrekt, at overtandlægen blev tilkaldt, da fjernelsen af visdomstanden viste sig vanskeligere end forventet. Ved den operative fjernelse af visdomstanden blev der brugt en operationsteknik, som var i overensstemmelse med almindelig praksis.

Endelig fandt nævnet, at tandlægerne på kasernen levede op til almindelig anerkendt faglig standard ved at observere den efterfølgende tilstand. Det var således korrekt først at observere nervelæsionen, og derefter først på et relativt sent tidspunkt at henvise patienten til vurdering af muligheden for nervetransplantation.

Det skal til afgørelsen bemærkes, at en cand.odont. på tidspunktet for behandlingen ikke var omfattet af Patientklagenævnets kompetence. Først med virkning fra 1. juli 2000 blev cand.odont. omfattet af nævnets kompetence.

Nedenstående afgørelse viser, at der kan opstå komplikationer i tilknytning til fjernelse af en visdomstand.

### **Sag 57 Klage over læsion af tungenerven ved fjernelse af visdomstand (1998) ([9802818P](#))**

*En 37-årig kvinde var efter en undersøgelse skrevet op til fjernelse af visdomstænder i underkæben på en afdeling for tand- mund- og kæbekirurgi efter henvisning fra egen tandlæge. Ved operationen frilagde specialtandlægen tanden ved opklapning på ydersiden af kæben og fjernede tanden. Der var tale om en relativt dybt lejret, vandretliggende tand uden direkte relation til underkæbens nervekanal. Ugedagen efter, hvor kvinden mødte op til fjernelse af trådene, blev der konstateret skade på tungenerven (nervus lingualis), idet hun havde en sovende fornemmelse i højre tungehalvdel. Specialtandlægen fulgte patienten, indtil tilstanden var stationær med den bevarede/genvundne grad af føleevne. Der var således ikke indikation for forsøg på mikrokirurgisk nerverekonstruktion.*

*Der blev klaget over, at der efter operativ fjernelse af visdomstand opstod sovende fornemmelse i højre tungehalvdel.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af specialtandlægen i forbindelse med behandlingen. Nævnet fandt, at der ved operationen måtte være sket en læsion af tungenerven

i højre side, men nævnet fandt det uafklaret, hvorvidt komplikationen skyldtes selve operationen eller lokalbedøvelsen (nålelæsion). Nævnet fandt videre, at der på baggrund af de kliniske fund måtte være tale om en læsion med ophævet ledningsevne i enkelte dele af nervens ledningstråde og ikke i hele nerven og lagde hermed vægt på, at der i specialistregi var tale om en usædvanligt sjældent forekommende komplikation.

Nævnet fandt således, at der ikke var grundlag for at kritisere, at patienten ikke blev informeret om risikoen for, at en sådan komplikation kunne indtræde, idet nævnet lagde vægt på, at operationen blev foretaget ved hjælp af en teknik, som normalt er risikofri med hensyn til tungenerven, samt at komplikationen var yderst sjældent forekommende.

Nedenstående afgørelse viser, at postoperative gener efter operativ fjernelse af en visdomstand i underkæben, i form af betændelse i kæben, kan være en hændelig begivenhed.

#### **Sag 58 Klage over gener efter fjernelse af visdomstand (1998) ([9800529P](#))**

*En 24-årig mand var til behandling hos en fængselstandlæge. Der blev foretaget fyldningsbehandling af tre tænder og operativ fjernelse af en visdomstand i venstre side af underkæben (-8). Ifølge røntgenbilleder, som blev taget inden tanden blev fjernet, var der ikke var plads i kæben til, at tanden kunne bryde frem på normal vis.*

*Der blev klaget over, at der opstod smerter og hævelse i kinden og betændelse og feber. Desuden blev der klaget over, at der ikke anvendt sterile (kimfrie) instrumenter ved operationen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af fængselstandlægen i forbindelse med behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen foretog en korrekt og indiceret behandling med fjernelse af patientens visdomstand, og at de oplyste gener med hævelse, betændelse og smerter måtte betegnes som en hændelig følge af det operative indgreb. Nævnet oplyste, at når der ikke er plads i kæben til, at en tand kan bryde frem på normal vis, vil der ofte opstå betændelse, hvorfor det er nødvendigt med operativ fjernelse. Efter et indgreb som det pågældende vil der altid i større eller mindre grad opstå hævelse i kinden og det omliggende væv på grund af væskeansamling. Denne hævelse kan udvikle sig til betændelse, uden at dette kan lastes operatøren. Nævnet lagde videre vægt på, at det ud fra sagen ikke var tilstrækkelig sandsynliggjort, at der skulle være anvendt ikke-sterile instrumenter ved behandlingen.

### 2.5.2 Kæbeoperationer

Nedenstående afgørelse er et eksempel på, at en omfattende kæbeoperation indebærer risiko for komplikationer i det postoperative forløb. Skaden opstod ikke under selve operationen, men som en komplikation i forbindelse med helingen efter operationen.

#### **Sag 59 Klage over komplikationer ved operation af for stor underkæbe (1998) (9802817P)**

*En 49-årig mand blev henvist til en kæbekirurgisk afdeling, idet hans underkæbe var blevet for stor på grund af sen vækst som følge af sygdom (akromegali). Der var forkert bid, således at der kun var sammenbidskontakt på 2 tænder. I forbindelse med operationen blev overkæben og underkæben løsnet hver for sig, overkæben blev delt i midten for øgning af bredden, og begge kæber blev sat på plads i planlagt stilling og med det ønskede sammenbid. Der opstod en komplikation i form af bristning af slimhinde med tab af et indlagt knogletransplantat og hul til næsen. Tilstanden blev behandlet med en plade, som tillige skulle stabilisere breddeøgningen af overkæben. Defekten lukkede sig ikke, og patienten blev reopereret, hvor den opståede forbindelse mellem næse og mund blev lukket. Der blev planlagt opfølgende behandling med delproteser, som dels kunne erstatte manglende tænder, og dels kunne stabilisere operationsresultatet.*

*Der blev klaget over resultatet af operationen på kæbekirurgisk afdeling.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af overtandlægen i forbindelse med behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at tilfældet var af stor sværhedsgrad, og man havde lagt en ambitiøs behandlingsplan, som blev fulgt og gennemført. Der opstod en komplikation i form af slimhindebrist med dannelse af fistel mellem mund- og næsehule. Dette var hændeligt, og den opståede komplikation blev behandlet korrekt, ved at hullet blev afdækket med en proteselignende ganaplade og lukket ved senere operation. Behandlinger af denne type strækker sig tidsmæssigt over et forløb, som ofte varer flere år og omfatter visitation, forbehandling med tandregulering, operation og efterbehandling med tandregulering.

Nedenstående afgørelse er et eksempel på, at en patients egnethed til en større kæbeoperation også omfatter specialtandlægens vurdering af patientens psykiske tilstand.

**Sag 60 Klage over, at tandlæge afviste operation på grund af patientens psykiske tilstand (1998) ([9806629P](#))**

*En 61-årig mand blev henvist til et tand-, mund- og kæbeambulatorium på grund af dårlig funktion af overprotesen. Patienten havde en forventning om implantatbehandling, hvorved protesen kunne komme til at sidde fast. Det fremgik af journalen, at patienten vedrørende medicinforbrug oplyste, at han dagligt tog to tabletter Trilafon á 2 mg (antipsykotisk medicin) samt to tabletter Tolvon á 10 mg og en tablet Flutin á 20 mg (antidepressiv medicin). Ved en efterfølgende konsultation gennemgik en overtandlæge den påtænkte behandling med patienten og dennes hustru, idet det blev forklaret, at der ville ske en genopbygning af overkæben med et knogletransplantat fra hoftekammen, således at der senere kunne indsættes implantater til støtte for overprotesen. På grund af tegn på betændelse blev operationen aflyst og udsat, til helingen i underkæben var afsluttet. Ved henvendelse til ambulatoriet for at få en ny operationstid gav patienten udtryk for, at han havde ventet længe, og at det var meget deprimerende. Ved en konsultation ca. 2 måneder efter konstateringen af betændelsen gav patienten ifølge journalen udtryk for depressive holdninger, og ifølge overtandlægen havde patienten ikke nogen realistisk fornemmelse af, hvad den planlagte operation indebar. Patienten oplyste, at ventetiden de sidste to måneder havde været enerverende. Overtandlægen vurderede det psykiske handlingsforløb. Der var ikke tale om nogen alvorlig sygdom, og der var således ikke noget problem i at undlade operation, hvorfor han besluttede at aflyse denne.*

*Der blev klaget over, at overtandlægen afviste at foretage den planlagte operation med henvisning til psykiske tilstand.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af overtandlægens afvisning af at operere patienten. Nævnet lagde vægt på, at det er af væsentlig betydning for en så kompliceret og langvarig behandling, at der er fuld tillid mellem behandler og patient, herunder en gensidig tro på, at begge parter kan klare sin del af opgaven. Vurderingen af, om der er indikation for at foretage en konkret operation, beror på et tandlægefagligt skøn, hvori der tillige indgår en vurdering af patientens psykiske tilstand. Efter nævnets opfattelse, var der heller ikke grundlag for kritik af, at overtandlægen ikke fremsatte tilbud om en psykiatrisk vurdering inden beslutningen om en eventuel afvisning af operation blev taget, idet overtandlægen tilsyneladende ikke var i tvivl om patientens psykiske tilstand, og idet vurderingen tilkom overtandlægen, som specialisten på det kæbekirurgiske fagområde.

Nedenstående afgørelse belyser vigtigheden af, at journalmaterialet indhentes fra tidligere sygehus, når patienten skal behandles på et nyt sygehus.

### **Sag 61 Klage over anvendelse af forkert skruetrækker (1999) ([9908321P](#))**

*En 42-årig kvinde fik i forbindelse med en operation i knoglen i såvel over- som underkæben foretaget rettelse af en vækstbetinget kæbeanomali. Efterfølgende fik patienten gener fra det indsatte osteosyntesemateriale (metalskinner fastgjort med skruer), og det blev derfor besluttet, at materialet skulle fjernes. Da patienten ikke kunne få kaution til fjernelse på sygehus A, der havde foretaget operationen, skulle operationen foretages på en kæbekirurgisk afdeling på sygehus B i eget amt. I forbindelse med dette indgreb blev patienten lagt i fuld bedøvelse, og en administrerende overtandlæge åbnede mundslimhinden i venstre side. Overtandlægen blev herved straks klar over, at der var anvendt osteosyntesemateriale af et fabrikat, som han ikke havde den fornødne skruetrækker til at åbne. Overtandlægen var derfor nødt til at lukke slimhinden og afstå fra fjernelse af osteosyntesematerialet. Det fremgik ikke af epikrisen fra sygehus A, hvilken type skruedesign, der var anvendt ved indsættelsen af osteosyntesematerialet. Det fremgik imidlertid af operationsbeskrivelsen, at der var anvendt osteosyntesemateriale af navnet "Martin".*

*Der blev klaget over, at overtandlægen ikke sikrede sig, at han havde de fornødne redskaber, inden han påbegyndte operationen.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af overtandlægen i forbindelse med behandlingen. Nævnet oplyste, at man inden for "Martin" osteosyntesematerialet anvender tre forskellige skruedesign, hvad angår udformningen af kær, nemlig almindelig skruekær, kryds skruekær og intern kvadratisk skruekær. Det sidste design er først taget i brug de senere år. Nævnet lagde vægt på, at eftersom den administrerende overtandlæge påtog sig at fjerne materialet, burde han have sikret sig, at han rådede over de fornødne operationsinstrumenter, før han påbegyndte operationen, hvilket han havde mulighed for at udlede af journalen fra det hospital, hvor operationen fandt sted. Nævnet fandt, at overtandlægen burde have kontaktet hospitalet for at rekvirere journalen og dermed blive sat tilstrækkeligt ind i, hvilket osteosyntesemateriale, der var blevet indsat.

Komplikationer under større operationer på over- og underkæbe kan være hændelige begivenheder.

### **Sag 62 Klage over at operation ikke afhjalp gener og beskadigede en nerve (2000) ([0019102P](#))**

*En 32-årig kvinde blev henvist til et sygehus til operativ behandling af underbid, idet hun i flere år havde haft tiltagende gener fra tyggemuskler og kæbeled. Forud for operationen var der foretaget tandreguleringsbehandling. Operationen blev udført af to tandlæger, og i*

*forbindelse med operationen på underkæben blev følenerven til venstre side af underkæben revet over. Umiddelbart efter var resultatet kosmetisk tilfredsstillende, men der var ingen følelse i venstre side af underkæben. Ved afsluttende kontrol et år senere var der nedsat følelse i højre side af underkæben fra hjørnetanden og bagud, mens der ikke var følelse i hele venstre side af underkæben. Desuden var sammenbiddet mangelfuldt, men tandreguleringsbehandlingen var endnu ikke afsluttet. Der var også smerter fra venstre kæbeledsregion.*

*Der blev klaget over, at operationen ikke blev udført korrekt, idet der blev beskadiget en nerve under indgrebet, og at indgrebet ikke afhjalp de daværende gener.*

Patientklagenævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere tandlægenes behandling af patienten. Det var nævnets opfattelse, at den kombinerede ortodontisk–kirurgiske behandling var velbegrundet, og med den foreliggende dokumentation var den også omhyggeligt planlagt.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere selve operationen, hvor en nerve blev beskadiget under indgrebet, hvorved venstre side af underkæben blev følelsesløs. Nævnet lagde i den forbindelse vægt på, at patienten ved forundersøgelsen på sygehuset blev informeret om risikoen for føleforstyrrelser som komplikation til operationen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det under operationen viste sig, at de anatomiske forhold var komplicerede, hvilket betingede den opståede skade på underkæbens, tændernes og underlæbens følenerve i venstre side. Nævnet lagde tillige vægt på, at nerveskaden blev beskrevet i journalen, og at man under operationen lagde nerveenderne på en sådan måde, at der var god mulighed for spontan heling, og dermed at følelsen ville komme igen i større eller mindre grad.

Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om tandlægen ved forundersøgelsen havde informeret om de risici, der var forbundet med den samlede behandling, og ikke kun om mulighed for føleforstyrrelser. Nævnet lagde desuden til grund, at tandreguleringsbehandlingen ikke var afsluttet, hvorfor nævnet ikke kunne tage stilling til klagen over det utilfredsstillende sammenbid.

### **2.5.3 Påpladssætning af udslået tand**

Nedenstående afgørelse belyser vigtigheden af, at tandlægen baserer sin behandling på, hvad der er den fagligt acceptable fremgangsmåde for en given behandling.

**Sag 63 Klage over mislykket forsøg på påpladssætning af udslået tand (1998) ([9800532P](#))**

*En 6-årig dreng slog ved et fald sin midterste venstre fortand i overkæben ud. Kort tid efter uheldet blev han bragt til sin skoles tandklinik. Tandlægen planlagde at sætte tanden tilbage på dens plads, og han placerede den udslåede tand i mundhulen mellem kæben og læbens inderside. Han instruerede drengen i hele tiden at bide sammen. Herefter fik drengen lattergas samt overfladebedøvelse på slimhinden og lokalbedøvelse i form af indsprøjtning. Da bedøvelsen virkede, og tandlægen var klar til at indsætte tanden, kom drengen til at sluge den. Tandlægen vurderede herefter, at det ikke var muligt at redde tanden efter ophold i mavesækken, og at muligheden for at fastgøre tanden ikke var god på grund af brud på knoglen omkring tanden, samt at tanden kun var halvt roddannet.*

*Der blev klaget over, at tandlægen ikke forsøgte at sætte tanden tilbage på dens plads i kæben.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen i forbindelse med behandlingen, og nævnet indskærpede desuden overfor tandlægen, at han skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke var korrekt af tandlægen at placere den udslåede tand i mundhulen på drengen, når der samtidig blev givet lattergas. Nævnet oplyste, at lattergas ved sin smertestillende og beroligende virkning giver et ændret reaktionsmønster med risiko for, at et løst fremmedlegeme som for eksempel en løs tand kan synkes, uden at patienten umiddelbart opdager det. En udslået tand kan derfor normalt opbevares enten i mundhulen eller i saltvand under transporten fra ulykkesstedet. Så snart patienten kommer til tandlægebehandling, lægges tanden i saltvand for at sikre, at den bliver ren og klar til indsætning på sin plads i tandrækken.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at tandlægen burde have sørget for, at der blev foretaget undersøgelser til udredning af, om tanden var gledet ned i mavesækken eller i luftvejene, idet tanden var et fremmedlegeme, som kunne forårsage tillukning af luftvejene. Drengen kunne, som følge af lattergassens virkning, ikke forventes at være i stand til at mærke dette.

Nævnet fandt det ikke sandsynligt, at tanden kunne have været reddet, hvis den havde været i mavesækken, idet mavens indhold af syre ville have nedbrudt tandens støtteapparat (parodontalmembran), som skulle binde tanden til knoglen.

#### 2.5.4 Tandudtrækning

Nedenstående afgørelse belyser vigtigheden af, at patientens ønsker og konstaterede forhold journalføres, i særdeleshed i forbindelse med akut tandbehandling.

##### **Sag 64 Klage over at forkert tand blev trukket ud (2000) ([0016509P](#))**

*En 43-årig mand henvendte sig til akut konsultation hos sin tandlæge, idet han havde smerter og mente at have hul i en tand. Tandlægen noterede i journalen, at der var stærke smerter fra tanden +3 (hjørnetanden i venstre side af overkæben). Han tog et røntgenbillede og vurderede, at årsagen til smerterne var en blanding af betændelse i tandens nerve (pulpitis) og betændelse i tandens støtteapparat (parodontitis). +3 blev trukket ud i lokalbedøvelse. Fjorten dage senere henvendte manden sig igen til tandlægen. Nu blev +2 (anden lille fortand i venstre side af overkæben) trukket ud, da der var hul i tanden.*

*Der blev klaget over, at tandlægen ved den første konsultation trak den forkerte tand ud.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen for hans behandling. Nævnet lagde vægt på, at et røntgenbillede fra den akutte konsultation ikke viste sygelige forandringer af +3 bortset fra knoglesvind som følge af betændelse i kæbeknoglen (marginal parodontitis).

Tandlægen oplyste til nævnet, at manden henvendte sig til nævnet med det udtrykkelige ønske at få +3 trukket ud, hvilket angiveligt skyldtes uudholdelige smerter. Den kliniske undersøgelse viste utvetydigt, at tanden var ekstremt øm, når man rørte ved den eller bankede på den.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen ikke havde journalført, at +3 var øm ved berøring, og at der i journalen intet var anført om, at manden ønskede af få +3 trukket ud. Et sådant ønske burde være journalført, da der ikke var tandlægefaglig indikation for at trække tanden ud.

Følgende sag illustrerer, at det i visse situationer kan være nødvendigt med efterfølgende røntgenkontrol.

##### **Sag 65 Klage over tandudtrækning forud for strålebehandling (2002) ([0127618P](#))**

*En 43-årig mand skulle forud for strålebehandling af lymfeknuder på halsen have fjernet otte kindtænder. Disse blev trukket ud og herunder knækkede rødderne på 3 tænder, og disse blev fjernet. Da patienten mærkede blottet knoglevæv i underkæben, blev der foretaget røntgenundersøgelse, der viste efterladte rødder. Disse blev fjernet.*

*Der blev klaget over tandudtrækningen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at rodspidserne på tre af tænderne knækkede under udstrækning.

Nævnet oplyste, at dette ikke er en ukendt komplikation i forbindelse med tandudtrækning, som kræver yderligere tiltag i form af fjernelse, specielt på en patient, som skal strålebehandles efterfølgende.

Endvidere oplyste nævnet, at formålet med tandudtrækningerne før strålebehandling er at fjerne enhver kilde til infektion for at undgå komplikationer efter strålebehandlingen, som medfører en nedsat helingstendens i kæbeknogle som bivirkning til bestrålingen.

Det var videre på baggrund af resultatet af røntgenundersøgelse nævnets vurdering, at det heraf fremgår, at rodspidserne var af en sådan størrelse, at en nøje klinisk vurdering ved rodspidsfjernelsen burde have medført lokalisering og efterfølgende fjernelse.

Det var endelig nævnets opfattelse, at kontrolrøntgen umiddelbart efter tandudtrækning ikke altid er påkrævet, men på en patient, som skal have terapeutisk strålebehandling, hvor strålefelterne rammer regionerne, hvor ovennævnte tandudtrækninger har fundet sted med rodspidsfraktur, burde en røntgenoptagelse have været foretaget for verificering af rodspidsfjernelse

## **2.6 Bedøvelse**

### **2.6.1 Nervepåvirkning i forbindelse med bedøvelse og behandling**

Følgende sager illustrerer, at der tillige kan opstå føleforstyrrelser efter behandling.

#### **Sag 66 Klage over fejl ved anlæggelse af bedøvelse (2003) ([0338505P](#))**

*En 17-årig dreng fik i forbindelse med fyldningsbehandling anlagt lokalbedøvelse i form af 2,7 ml septocain bedøvelsesvæske til venstre side af underkæben. Patienten fik efterfølgende føleforstyrrelser i venstre side af tungen.*

*Der blev klaget over, at der blev begået fejl ved anlæggelse af bedøvelse.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet oplyste, at sensibilitetsforstyrrelser efter en lokalbedøvelse (lokalanæstesi) kan opstå, hvis kanylen beskadiger (læderer) en nerve. Uheldet sker sjældent, fordi nerver ligesom blodkar i reglen viger til side for kanylespidsen og undgår læsion. Tandlægen er nødt til at skabe tæt kontakt mellem nerve og kanyle, for at lægge depotet af lokalbedøvelse, ellers virker bedøvelsen ikke. Er nerven beliggende i en snæver kanal eller op mod en knoglevæg, kan berøring måske ikke undgås.

Videre oplyste nævnet, at nerveskader hyppigst optræder med blokade i underkæben (foramen mandibulae anæstesi), som i denne klage.

Endelig oplyste nævnet, at nerveskader opstået som følge af injektionsskade i forbindelse med lokalbedøvelse er yderst sjældne og uforudsigelige, såfremt tandlægen anvender skarpe og fejlfrie kanyler, samt anvender lokalanalgesivæske godkendt til odontologisk brug.

Nævnet lagde vægt på, at det måtte anses for en hændelig komplikation til bedøvelsen, at der kunne opstå føleforstyrrelser.

#### **Sag 67 Klage over fejl ved anlæggelse af bedøvelse (2001) ([0124310P](#))**

*En 24-årig mand fik i forbindelse med rodbehandling anlagt lokalbedøvelse højre side af underkæben. Patienten fik efterfølgende føleforstyrrelser i højre side af tungen og underlæben.*

*Der blev klaget over, at der blev begået fejl ved anlæggelse af bedøvelse.*

Patientklagenævnet fandt ikke anledning til kritik af tandlægen, idet nævnet oplyste, at der ved enhver form for lokalbedøvelse (ledningsanæstesi), hvor man tilstræber at lægge bedøvelsesdepotet tæt på den nerve, som forsyner en tand med følelse, kan forekomme en direkte påvirkning af en nervegren uden, at man har mulighed for at forhindre dette.

Det var derfor nævnets vurdering, at føleforstyrrelserne måtte anses for at skyldes en sjælden hændelig komplikation til behandlingen.

#### **Sag 68 Klage over nerveskade efter fjernelse af visdomstand (2004) ([0444617P](#))**

*En 26-årig kvinde fik i forbindelse med operativ fjernelse af visdomstand i underkæben anlagt lokalbedøvelse.*

*Der blev klaget over, at der ved fjernelsen af visdomstanden opstod en nerveskade.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet oplyste, at tungenerven løber i mundbundens bløddele, hvor den i visdomstandregionen ligger helt tæt på underkæben umiddelbart ved siden af underkæbens benhinde. Blandt årsager til fysisk skade på tungenerven under fjernelse af visdomstænder i underkæben angiver litteraturen ”uncontrolled instrumentation” som den vigtigste. Desuden er injektion og incision mulige årsager.

Der var imidlertid ikke i operationsbeskrivelsen anført omstændigheder, der gav grundlag for at fastslå, at der var sket ukontrolleret instrumentering.

Nævnet oplyste videre, at føleforstyrrelser kan forekomme, uanset at operationen er gennemført korrekt. Disse kan skyldes hændelige komplikationer til den anlagte lokalbedøvelse.

Nævnet fandt således ikke grundlag for at fastslå, at nervepåvirkningen skyldtes fejl ved selve indgrebet.

### **Sag 69 Klage over nerveskade og manglende smagssans efter fjernelse af visdomstand (2002) ([0230206P](#))**

*En 27-årig kvinde fik i forbindelse med operativ fjernelse af visdomstand i underkæben anlagt lokalbedøvelse. Efter fjernelsen af tanden havde patienten nedsat følsomhed og smagssans i tungen venstre side.*

*Der blev klaget over, at der ved fjernelsen af visdomstanden blev overskåret eller blokeret nerve til tungen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at nerven til tungen (nervus lingualis) under operationen blev beskyttet med en metalske (rougine), og at nerven til underkæben (nervus alveolaris inferior) ikke var synlig i kæben, hvor tanden havde siddet (alveolen).

Det var således nævnets vurdering, at vævet ind mod tungen havde været beskyttet af standard instrument til dette.

Det var videre nævnets vurdering, at nerven muligvis havde været højt beliggende, idet det af journalen fremgik, at nerven havde været beskyttet.

Endelig lagde nævnet vægt på, at det af operationsbeskrivelsen fremgik, at rodkomplekset har været fastsiddende og blev fjernet med en del manipulation.

Nævnet oplyste, at dette ofte er uundgåeligt, når visdomstanden, som det havde været tilfældet med denne patient, havde været kilet ind mod bagfladen af næstsidste tand (-7) i tandrækken.

Det var derfor nævnets vurdering, at trykket fra fjernelsen kunne have medført en ikke klinisk konstaterbar beskadigelse af nerven, og at dette måtte anses for en hændelig komplikation til behandlingen.

Endelig oplyste nævnet, at nervevævet oftest regenererer igen, hvilket dog kan være langvarigt.

Følgende sag viser, at der tillige i forbindelse med bedøvelsen kan opstå påvirkning af nerver udenfor munden.

### **Sag 70 Klage over fejl ved lejring (2001) ([0127619P](#))**

*En 63-årig mand skulle have foretaget røntgenundersøgelse (panoramarøntgen) af kæberne på en radiologisk afdeling med henblik på senere implantatbehandling. Patienten fik efter undersøgelsen betydelige smerter i højre arm og skulder.*

*Der blev klaget over, at der blev begået fejl ved undersøgelsen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, idet nævnet lagde vægt på, at patienten skulle have foretaget panoramarøntgen (ortopantomogram).

Nævnet oplyste, at denne undersøgelse kan være ubehagelig for patienten, især hos patienter med særlig kropsbygning, herunder med indskrænkning af halshvirvelsøjlels bevægelighed, og undersøgelsen er i sådanne tilfælde teknisk vanskelig at gennemføre.

Videre lagde nævnet vægt på, at undersøgelsen bliver udført med patienten i stående stilling. Patienten bider i en lille pind, der markerer midtlinie og skarphedsplan. Det er vigtigt for optagelsens kvalitet, at patienten står med strakt hals. Patienten er ikke fastspændt på nogen måde, og patienten kan ikke i udstyret tvinges ind i positioner, som den pågældende ikke kan acceptere.

Nævnet lagde derfor til grund, at patienten selv indtog den ubehagelige stilling efter instruktion af røntgenfotografen, samt at positionering har været påkrævet til gennemførelse af den nødvendige røntgenundersøgelse.

Endvidere oplyste nævnet, at der ved indtagelse af ubekvemme stillinger med spændte muskler og led i yderstillinger kan opstå forbigående smerter i de involverede anatomiske strukturer.

Det var endelig nævnets vurdering, at der måtte tilskrives en hændelig komplikation, at patienten fik symptomer, som angivet i klagen.

Nedenstående afgørelse vedrører en ældre plejehjemsbeboer, der afgik ved døden få timer efter tandbehandling i lokalbedøvelse. Der var kendskab til, at patienten ikke tålte fuld bedøvelse (narkose), men ikke, at denne ikke skulle kunne tåle lokalbedøvelse.

### **Sag 71 Klage over bedøvelse (2000) ([0020501A](#))**

*En 94-årig kvinde, der var beboer på et plejehjem, fik i slutningen af 1999 af en social- og sundhedsassistent konstateret en blødende fistel ud for rodstumpen af en hjørnetand i overkæben. Patientens almentilstand var kronisk dårlig, og der blev taget kontakt til en tandlæge. Denne vurderede, at det var nødvendigt at fjerne tre rodstumper, hvorfor der blev anlagt lokalbedøvelse, og rodstumperne blev fjernet. Patienten blev herefter overvåget af social- og sundhedsassistenten, indtil blødningen var ophørt. Patienten var upåvirket af behandlingen. Den efterfølgende nat blev patienten fundet død af nattevagten.*

*Der blev klaget over, at patienten blev bedøvet, herunder at personalet på plejehjemmet ikke informerede tandlægen om, at patienten ikke kunne tåle bedøvelse.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af personalet på plejehjemmet. Nævnet fandt ej heller grundlag for kritik af tandlægen.

Nævnet lagde vægt på, at der ikke fremgik, at patienten ikke kunne tåle lokalbedøvelse. Man havde derimod kendskab til, at patienten ikke kunne tåle et operativt indgreb i fuld bedøvelse.

Nævnet oplyste, at det forhold, at en patient ikke kan tåle fuld bedøvelse, ikke er ensbetydende med, at patienten ikke kan tåle lokalbedøvelse.

Nævnet lagde videre vægt på, at tandlægen fra patientens datter havde fået oplyst, at patienten intet generelt fejlede, samt at lokalbedøvelsen blev ved anvendelse af et anerkendt præparat og anlagt relevant.

## **2.7 Anden behandling**

Afsnittet ”anden behandling” omfatter typer af behandlinger, der ikke er omtalt i de foregående afsnit. Desuden omtales behandlingsrelaterede forhold, der har givet anledning til klager.

### **2.7.1 Forveksling**

Nedenfor refereres to sager om forveksling. I den første blev der klaget over, at tandlægen trak en anden tand ud end den tand, som den henvisende tandlæge havde anmodet om, blev trukket ud. I den anden blev der klaget over, at en tandlæge lagde lokalbedøvelse og påbegyndte udboring af en fyldning i en kindtand i venstre side af overkæben, selvom det ifølge den forudgående undersøgelse var kindtanden i højre side af overkæben, der skulle behandles.

#### **Sag 72 Klage over, at tandlæge trak den forkerte tand ud (2003) ([0341905P](#))**

*En 16-årig dreng blev af specialtandlæge i den kommunale tandpleje henvist til et universitetshospital med henblik på at få trukket 14 (første lille mælkekindtand i højre side af overkæben) og 24 (første lille mælkekindtand i venstre side af overkæben) ud.*

*Specialtandlægen på universitetshospitalet fjernede imidlertid 14 og 25 (anden lille mælkekindtand i venstre side af overkæben) ved en lille operation.*

*Der blev klaget over, at tandlægen trak den forkerte tand ud.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af specialtandlægen for behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen fjernede tanden 25 i stedet for tanden 24, som der var anmodet om i henvisningen. Dette var muligvis medvirkende til at besværliggøre og forlænge den tandreguleringsmæssige forbehandling før operation for fejlbid.

**Sag 73 Klage over, at tandlægen bedøvede og borede i en forkert tand (2002) ([0230504P](#))**

*En 17-årig dreng blev behandlet hos en tandlæge, der skulle lægge en fyldning i 6+ (første store kindtand i højre side af overkæben). I stedet blev der lagt en lokalbedøvelse til +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben), og tandlægen begyndte at udbore en sølvfyldning i tanden. Da han opdagede, at han behandlede den forkerte tand, lagde han en plastfyldning i +6, hvorefter 6+ blev behandlet som planlagt.*

*Der blev blandt andet klaget over, at tandlægen bedøvede og borede i en forkert tand.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen.

Nævnet indskærpede overfor tandlægen, at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at patienten forud for behandlingen var blevet undersøgt af en anden tandlæge, der blandt andet havde fundet et cariesangreb i 6+, på tyggefladen og på sidefladen mod tanden foran. Ved undersøgelsen var der desuden optaget røntgenbilleder (bite – wings) til diagnosticering af caries på tændernes sideflader.

Det var nævnets vurdering, at tandlægen burde have gennemlæst journalen og have vurderet foreliggende røntgenbilleder omhyggeligt, og forinden behandlingen blev påbegyndt, have undersøgt den tand, der skulle behandles, samt have drøftet den påtænkte behandling med patienten.

Nævnet oplyste desuden, at når en tandfyldning fjernes ved udboring, er der risiko for skader på den sunde tandsubstans med en varig svækkelse af tanden til følge.

### **2.7.2 Mangelfuld sterilitet**

Nedenstående er to sager, som omhandler på forskellig vis sterilitet. I den første indberettede Sundhedsstyrelsen en tandlæge, der fortsatte en operation, selvom han flere gange undervejs blev advaret om, at han anvendte en usteril nål til suturrering. I den anden sag blev der klaget over, at tandlægen anvendte forurenede instrumenter til sin behandling.

**Sag 74 Indberetning af tandlæge, der fortsatte operation, selvom medhjælpende sygeplejerske havde stukket sig på en suturnål (2002) ([0233401B](#))**

*En 65-årig kvinde fik i lokalbedøvelse indsat to implantater på et sygehus. Overtandlægen, der foretog operationen, blev assisteret af to sygeplejersker. I forbindelse med operationen*

*stak den ene sygeplejerske sig på en nål, der sad i nåleholderen. Hun gjorde opmærksom på, at hun havde stukket sig, men overtandlægen lagde an til at sy patienten. Sygeplejersken gentog, at overtandlægen ikke skulle sy med den nål, hun havde stukket sig på, og at hun blødte fra indstiksstedet. Trods dette blev overtandlægen i forbindelse med den afsluttende suturrering ved med at sy patienten med den forurenede nål.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede overtandlægen til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af overtandlægen for behandlingen.

Da nævnet fandt, at der var begrundet mistanke om, at overtandlægen havde udvist grovere forsømmelse ved behandlingen af patienten, besluttede nævnet at anmode politimyndigheden om at overveje grundlaget for en eventuel tiltalerejsning mod overtandlægen for overtrædelse af tandlægelovens § 19. Politimyndigheden meddelte senere Patientklagenævnet på vegne af Statsadvokaten, at overtandlægen vedtog et bødeforlæg på kr. 10.000 for overtrædelse af tandlægelovens § 19.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at anvende en forurenede nål til at sy en patient.

Nævnet oplyste, at der ved stikuheld foreligger en reel, om end numerisk beskeden risiko for overførsel af blodoverført virus, som hepatitis B, hepatitis C og HIV fra sundhedsperson til patient.

Nævnet fandt derfor, at overtandlægen burde have henvist sygeplejersken til blodprøvetagning samt informeret patienten om uheldet efter Sundhedsstyrelsens retningslinier for blodoverført smitte ved stiklæsioner.

### **Sag 75 Klage over, at tandlægen foretog behandling med forurenede instrumenter (2002) ([0235809P](#))**

*En 5-årig pige var til behandling i den kommunale tandpleje. Hun havde smerter i 04+ (første mælkekindtand i højre side af overkæben) og tanden var løs. Tandlægen åbnede til tandens nerve, som viste sig at være død. Derfor blev der lagt en vatpellet med desinficerende væske i nervehulrummet, og der blev aftalt tid til udtrækning af tanden. Næste dag var der hævelse af højre kind og feber, og tandlægen ordinerede penicillin. Senere blev pigen indlagt på børneafdelingen på et sygehus, da der var en stor tandbyld (abscessus parodontalis). To dage senere faldt hævelsen, og der var spontant afløb af betændelsesvæske (pus).*

*Der blev klaget over, at tandlægen foretog behandling med forurenede instrumenter.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen.

Nævnet oplyste, at ved en tandbetinget (odontogen) infektion forstås en betændelse udgået fra tænderne og deres nærmeste omgivelser. Manglende mundhygiejne har således en væsentlig indflydelse på risikoen for infektion.

Ifølge tandlægen blev alle instrumenter herunder bor og boremaskiner rutinemæssigt rensset mellem hver patient ved et instrumentarium med henblik på rengøring, desinfektion og sterilisation.

Nævnet har lagt vægt på, at der forelå modstridende oplysninger fra klager og tandlæge om, at der blev anvendt forurenede instrumenter ved behandlingen patienten. Der forelå ikke oplysninger i sagen, der kunne understøtte den ene forklaring frem for den anden. Nævnet havde ikke mulighed for at få sagen yderligere belyst, da nævnet træffer afgørelse på skriftligt grundlag og i modsætning til domstolene ikke har mulighed for at afhøre vidner i forbindelse med behandlingen af sagen.

Nævnet lagde vægt på, at i et sådant tilfælde gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

På denne baggrund fandt nævnet ikke grundlag for at fastslå, at tandlægen havde anvendt forurenede instrumenter.

### **2.7.3 Behandling med implantater**

Nedenstående to sager omhandler behandling med implantater. I den første blev der klaget over, at en specialtandlæge havde indsat implantater i en forkert stilling i kæben, således at renhold blev vanskeliggjort. I den anden sag fandt nævnet ikke grundlag for kritik, fordi en tandlæge på en Tandlægeskole iværksatte de tilstrækkelige og nødvendige undersøgelser i forbindelse med patientens ønsker i forbindelse med behandling med implantater og proteser.

#### **Sag 76 Klage over behandling med implantater (2001) ([0016513P](#))**

*En 47-årig mand blev på en privat klinik opereret af en specialtandlæge, der indsatte syv implantater, to i højre side af overkæben til erstatning for 5+ (anden lille kindtand i højre*

*side af overkæben) og 4+ (første lille kindtand i højre side af overkæben, et til erstatning af +4 og +5 (første og anden lille kindtand i venstre side af overkæben), et i kindtandsregionen i højre side af underkæben, to i området for 1 – 1 (midterste fortænder i underkæben) og et i venstre kindtandsregion.*

*Der blev blandt andet klaget over, at implantaterne ved 5+ og 4+ var placeret så tæt ved hinanden, at det var besværligt at rense omkring dem, at implantaterne, der skulle erstatte en lille kindtand i hver side af underkæben (5 – 5) ikke blev udført med tilstrækkelig omhu og at implantaterne i fronten af underkæben ikke blev udført med tilstrækkelig omhu.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for kritik af specialtandlægen. Patientklagenævnet indskærpede over for specialtandlægen, at han udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at specialtandlægen fejlvurderede tilfældets egnethed til den valgte behandling og derved beskadigede to ellers intakte fortænder, da han indsatte to implantater i underkæbens fortandsregion.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere placeringen af implantaterne i overkæben, da implantaterne var anbragt på en relativt snæver plads i forhold til implantaternes bredde, og at der var tale om en ”bunden opgave”, hvor det ikke altid var muligt at etablere optimale forhold med hensyn til renhold.

Nævnet lagde vægt på, at det ved et syn og skøn fremgik, at afstanden mellem den store kindtand og hjørnetanden i højre side af overkæben var mindre end den der optimalt er ønskelig til to implantater i dette område. Det fremgik endvidere af syn og skøn, at der var rimelige pladsforhold mod de to naturlige tænder, mens der imellem implantaterne var en meget begrænset plads og dermed vanskelige renholdelsesmuligheder. Der var isat to Brånemark implantater med en diameter på 5 mm.

Det var nævnets opfattelse, at det havde givet en bedre fordeling af pladsen mellem de naturlige tænder, hvis der var indsat implantater af standard typen som er 3,75 eller 4 mm i diameter.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere specialtandlægen for udførelse af implantatet i højre side af underkæben. Nævnet lagde vægt på, at implantatet til erstatning af 5 – var skævt (ekcentrisk) placeret i mellemrummet mellem 6 – (første store kindtand i højre side af underkæben) og 4 – (første lille kindtand i højre side af underkæben) med tættest

kontakt til 6 –, men at dette måtte betragtes som hændeligt. Nævnet fandt, at det havde været mere hensigtsmæssigt, om specialtandlægen havde placeret implantatet centreret mellem 6 – og 4 –.

Nævnet fandt, at der ikke var grundlag for at kritisere udførelsen af implantatet i – 5, da det var velplaceret.

### **Sag 77 Klage over at protese ikke fungerede, da den sad forkert på implantater (2002) (0235315P)**

*En 81-årig kvinde blev af egen tandlæge henvist til behandling på en Tandlægeskole, hvor tandlægen, der undersøgte, rådede til fjernelse af hjørnetænderne i underkæben og erstatning med implantater til fastholdelse af en ny underprotese. Efter at implantaterne var indsat, blev den daværende underprotese forsynet med en ny bund (duplikering) og tryklåse til fastholdelse af protesen på implantaterne. Da der var rødme og hævelse under underprotesen, som formentlig skyldtes en allergisk reaktion for protesematerialet, blev der fremstillet en ny underprotese i polykarbonat, som almindeligvis kan tåles, når der formentlig er en allergisk reaktion for konventionelt proteseacryl. I forbindelse med påsætning af tryklåsmatricerne i underprotesen, blev disse forskubbet, og de måtte fjernes og påsættes på ny i korrekt position. Daværende helprotese til overkæben i polykarbonat blev to gange forsynet med ny bund, men patienten kunne ikke vænne sig til den, og fik fremstillet en ny overprotese hos anden behandler. Tandlægeskolen tilbagekøbte herefter proteserne.*

*Der blev klaget over, at implantaterne i underkæben ikke fungerede, da protesen sad forkert på implantaterne og havde for lav bidhøjde. Desuden var der ikke foretaget en koordinering mellem over – og underprotese.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen.

Det var nævnets vurdering, at tandlægen ifølge journalmaterialet iværksatte de nødvendige og tilstrækkelige undersøgelser i forbindelse med patientens ønske om at genbruge de eksisterende proteser i videst mulige omfang og om at benytte materialet polykarbonat i stedet for den normale proteseacryl.

Nævnet lagde vægt på, at patienten ikke havde anvendt proteserne i mere end et år. Nævnet havde således ikke mulighed for at fastslå, hvorvidt fysiske forhold i relation til bidhøjde og pasform til implantaterne var hensigtsmæssige, idet dette havde krævet en besigtigelse på et

tidspunkt, hvor proteserne blev forsøgt anvendt og tæt på det tidspunkt, hvor Tandlægeskolen tilbagekøbte proteserne.

#### **2.7.4 Behandling af misfarvede tænder**

I nedenstående sag blev der klaget over, at den kommunale tandpleje ikke ville sætte facader af plast eller porcelæn på to misfarvede fortænder i overkæben, som tidligere var blevet bemalet med plast på en Tandlægeskole.

##### **Sag 78 Klage over, at tandlægen ikke fandt grundlag for at behandle medfødt misfarvning af tænderne (2002) ([0232820A](#))**

*En 9-årig pige havde brunlige misfarvninger (hypoplasier) på 1+1 (de store fortænder i overkæben), som tandlægen i den kommunale tandpleje ikke kunne pudse væk med pimpsten. En anden tandlæge forsøgte ca. halvandet år senere, at blege de brune misfarvninger. Tre år senere blev pigen orienteret om diagnosen dental fluorose, det vil sige et øget fluorindhold i tændernes emalje. Det blev oplyst, at emaljen kunne slibes, når hun blev 17 til 18 år. Et år senere ønskede patienten at blive henvist til en tandlægeskole for behandling af misfarvningerne på 1+1. På tandlægeskolen blev misfarvningerne på 1+1 bemalet med plast. Efterfølgende anmodede patienten den kommunale tandpleje om behandling af misfarvningerne, da hun var utilfreds med bemalingen. Hun ønskede fortænderne behandlet med facader af plast og porcelæn.*

*Der blev klaget over, at tandlægen i den kommunale tandpleje ikke fandt grundlag for at behandle medfødt misfarvning af tænderne.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen.

Nævnet oplyste, at dental fluorose er en generel, specifik tanddannelsesforstyrrelse fremkaldt af kronisk fluoropåvirkning under tanddannelsen. Tænder, der er angrebet af dental fluorose, har en glansløs, kridtet emalje. De hvide misfarvninger optræder som pletter eller marmoreringer. I middelsvære og svære tilfælde ses ofte nogen tid efter frembrud af tanden en brunlig misfarvning af de fluorotiske tænder. Misfarvningen er mest udtalt på fortænderne i overkæben på de tandflader (facialflader), der vender ud mod læben. I svære tilfælde kan der optræde forandringer i form af furer og gruber i overfladen af tanden (hypoplastiske forandringer).

Nævnet oplyste endvidere, at der findes forskellige behandlingsformer, afhængig af angrebets karakter. Af behandlingsformer kan nævnes forebyggende kariesbehandling, beslibning og afblegning af emalje, bemaling, plastbehandling, og i yderste tilfælde kan porcelænsfacader komme på tale.

Nævnet oplyste også, at der ved beslibning (præparation) til tandkroner af de unge patienters tænder vil være en større risiko end ved de voksne for, at tandlægen påfører skader på tandens nerve. Dette er årsagen til, at man sædvanligvis i den kommunale tandpleje er tilbageholdende med behandling af denne gruppe patienter med porcelænskroner.

Det var nævnets vurdering, at dias af de fire fortænder i overkæben viste, at der på de tandflader (facialfladerne), der vender ud mod læberne, var hvide horisontale bånd og på nabofladerne (approximalfladerne) brune vertikale områder.

Nævnet oplyste også, at det er almindelig kendt, at dental fluorose kan være svær at behandle med et kosmetisk godt resultat til følge. En tandlægeskole har større erfaring i behandling af dental fluorose end en kommunal tandpleje.

Klinikchefen i den kommunale tandpleje henviste patienten til undersøgelse og behandling på en Tandlægeskole.

Det var nævnets vurdering, at det var relevant, at henvise patienten til en tandlægeskole.

På baggrund af dias optaget efter bemaling af tænderne, lagde nævnet vægt på, at der var opnået et kosmetisk acceptabelt resultat af bemaling af fortænderne på Tandlægeskolen, idet man ikke så de brune områder så tydeligt mere.

### **2.7.5 Fremmedlegemer ved læbe-tand traume**

I nedenstående sag blev der klaget over, at der efter et traume, hvor glasskår var trængt ind i læben og fjernet på en skadestue i forbindelse med behandling af traumet, fortsat var glasskår i læben.

#### **Sag 79 Klage over behandling af læbe – tandtraume på skadestue (2003) ([0339507A](#))**

*En 20-årig mand henvendte sig på skadestuen på et sygehus, da han var blevet ramt på munden af en flaske. Ved undersøgelsen fandt en reservelæge, at en fortand i overkæben havde fået en kompliceret kronfraktur, og at to øvrige tænder havde fået ukomplicerede kronfrakturer samt et 1.5 cm langt sår i læben. Reservelægen fandt det nødvendigt at*

*kontakte den vagthavende tandlæge på kæbekirurgisk afdeling, som var villig til at foretage undersøgelse og eventuel behandling. Ved undersøgelsen fandt tandlægen en mindre sønderrivning i overlæbens midte, der omfattede hud, underhud og den overfladiske del af underliggende muskler. Der var videre brud på tandkronen af tre tænder, og en tand var skadet med et kompliceret brud på tandkronen. Der blev foretaget røntgenundersøgelse af overlæben, som viste tilstedeværelse af tandstumper og glasskår. Tandlægen lagde lokalbedøvelse til overlæben og til de brækkede tænder. Overlæben blev rensset og de synlige tandstumper og glasskår fjernet, hvorefter læben blev syet. Til slut blev der fjernet en tandrod. Tandlægen anbefalede kold – flydende kost i det følgende døgn samt mundskylning med klorhexidin to gange dagligt. Der blev endvidere udleveret en recept på smertestillende medicin. Videre kontrol skulle finde stede hos egen tandlæge.*

*Der blev klaget over, at tandlægen ikke fjernede alle glasskår i læben, idet der efterfølgende blev konstateret fire glasskår i læben. Der blev desuden klaget over, at den smertestillende behandling i hjemmet ikke var tilstrækkelig.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen i forbindelse med behandlingen.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at der blev fjernet tandstumper og glasskår fra bløddelslæsionen i overlæben, før læsionen blev syet.

Nævnet oplyste, at det er vanskeligt at finde og fjerne alle fremmedlegemer af glas og tandsubstans. Det er ikke usædvanligt, at fremmedlegemer senere udstødes af sig selv.

Nævnet lagde vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten blev lokalbedøvet under behandlingen, og at han fik udleveret en recept på et virksomt smertestillende middel (Naproxen).

Det var nævnets vurdering, at tandlægen på baggrund af de fremførte symptomer iværksatte relevante undersøgelser og reagerede relevant på det ved undersøgelsen konstaterede.

### **2.7.6 Behandling med bidskinne**

I nedenstående sag fandt nævnet ikke grundlag for kritik, fordi en tandlæge på en tandlægeskole ikke iværksatte den behandling, som privat tandlæge havde henvist for, men i stedet foreslog

behandling med en bidskinne. En bidskinne anvendes almindeligvis om natten, når en patient udfører tandpres og tænderskæren

**Sag 80 Klage over at tandlæge ikke iværksatte relevant behandling, men alene tilbød behandling med bidskinne (2003) ([0339504P](#))**

*En 53-årig mand blev af sin tandlæge henvist til en Tandlægeskole med henblik på operation (apicoectomi) for rodspidsbetændelse på +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben). I forbindelse med undersøgelsen på Tandlægeskolen klagede patienten også over smerter fra – 6 (første store kindtand i venstre side af underkæben). Tandlægen, der undersøgte, ønskede en smerteudredning, og med patientens accept blev journalmaterialet fra den henvisende tandlæge indhentet. På baggrund af udredningen besluttede tandlægen, at vurdere udviklingen af smerterne ved at indlede behandlingen med en bidskinne. Tandlægen orienterede den henvisende tandlæge om, at der ikke var indikation for operation på nuværende tidspunkt, og det blev anbefalet at behandle med en bidskinne. Denne behandling kunne imidlertid ikke foretages på Tandlægeskolen.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat relevant behandling, men alene tilbudt behandling med en bidskinne.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen for behandlingen.

Nævnet oplyste, at det er normal sædvane, at man på en Tandlægeskole spørger den henvisende tandlæge om accept til at udvide undersøgelse i forhold til den modtagne henvisning, for blandt andet at indhente yderligere journalmateriale, eksempelvis røntgenbilleder.

Nævnet fandt, at det var relevant, at tandlægen vurderede, at det var nødvendigt med yderligere oplysninger og undersøgelse.

Det var nævnets vurdering, at de optagne røntgenbilleder ikke viste tydelige tegn på rodspidsbetændelse.

Nævnet fandt det korrekt, at tandlægen vurderede, at de udvidede rodhindespalter (parodontalspalter) på røntgenbillederne kunne være et resultat af en stresspåvirkning af tænderne, for eksempel tandpres og tænderskæren (bruksisme).

### 2.7.7 Mangelfuld undersøgelse og behandling

Nedenstående to sager omhandler mangelfuld undersøgelse og behandling. I den første indberettede Sundhedsstyrelsen en tandlæge til Patientklagenævnet for ikke at have været grundig nok i forbindelse med den sin første undersøgelse af patienten. I den anden sag indberettede Sundhedsstyrelsen en tandlæge til Patientklagenævnet for ikke at have været grundig nok i forbindelse med undersøgelse og behandling af symptomer, der var tegn på en kræftsvulst i underkæben.

#### **Sag 81 Indberetning af tandlæges mangelfulde undersøgelse af et meget ustabil sammenbid (2004) ([0444620P](#))**

*En 49-årig kvinde påbegyndte behandling hos en tandlæge. Der blev udført en diagnostisk og forebyggende grundydelse (DFG) og lagt en behandlingsplan omfattende cariesbehandling af 6 – (første store kindtand i højre side af underkæben) og 7 – (anden store kindtand i højre side af underkæben). To måneder efter cariesbehandlingen opstod efter rodbehandling af 6+ (første store kindtand i højre side af overkæben) muskelsymptomer og patientens kæbe gik af led. En måned senere informerede tandlægen om mulighed for en bidskinne, men en sådan blev ikke lavet, og i stedet blev 6+ udbygget to gange for at stabilisere biddet. Kort tid efter anbefalede tandlægen igen en bidskinne, men heller ikke nu blev det aftalt at fremstille en sådan.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlægen til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere tandlægen for, at han ikke forud for iværksættelse af behandlingen foretog en tilstrækkelig udredning af sammenbidet og tog højde for eventuelle utilsigtede følger af cariesbehandlingen.

Det var nævnets vurdering, at en DFG burde indeholde en initial bidfunktionsundersøgelse samt en registrering af blandt andet unormale forhold og tilstande i tandbuer og tænder.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen burde have konstateret, at patienten udelukkende bed sammen på de store kindtænder, og at det ikke fremgik af tandlægens journal, at han forud for cariesbehandlingen gjorde sig overvejelser om tyggeapparatets funktion.

**Sag 82 Indberetning af tandlæges mangelfulde undersøgelse og behandling af symptomer på en kræftsvulst i underkæben (2002) ([0233408P](#))**

*En 54-årig mand havde ved konsultation hos tandlæge smerter i højre side af underkæben. Tandlægen ordinerede penicillin for mistanke om betændelse i området for 8 – (visdomstanden i højre side af underkæben). Der blev optaget røntgenbilleder, som viste diffus opklaring omkring 8, 7 – (to bageste kindtænder i højre side af underkæben). Halvanden måned senere var der hævelse omkring 8 -. Tandlægen ordinerede penicillin, og tanden blev trukket ud. En måned senere var der hævelse omkring 7 -, og der blev igen givet penicillin, hvorefter tandlægen påbegyndte rodbehandling af tanden, der få dage senere blev trukket ud. To måneder senere var der stadig ømhed fra området omkring den udtrukne 7 -, og der blev igen ordineret penicillin. Tandlægen omtalte muligheden for henvisning til nærmere undersøgelse på sygehus. Kort tid efter blev patienten henvist til undersøgelse på sygehus, hvor der blev konstateret en kræftsvulst (højt differentieret planocellulært karcinom) i højre side af underkæben.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlægen til Patientklagenævnet.*

Patientklagenævnet fandt blandt andet grundlag for at kritisere tandlægen for hans behandling af patienten, som gennem ca. ni måneder havde smerter i højre kæbe og symptomer som hævelse, løsning af tænder, manglende sårheling og blødning. Nævnet indskærpede overfor tandlægen, at han udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen ikke stillede en egentlig diagnose på disse forandringer, som han i et vist omfang konstaterede og søgte at behandle med antibiotika, hvorefter han fjernede de involverede tænder, da den medicinske behandling ingen effekt havde

Nævnet oplyste, at kræft i mundhulen er en sjælden sygdom, som dog er velkendt. Det er en integreret del af den rutinemæssige del af den odontologiske undersøgelse, at tandlægen er opmærksom på slimhindeforandringer og andre usædvanlige tilstande, der kan være tegn på risiko for eller forekomst af ondartet sygdom.

Nævnet lagde vægt på, at tandlægen ikke på et tidligere tidspunkt gjorde sig relevante overvejelser om, at der kunne foreligge noget alvorligere end en tandsygdom, som krævede henvisning til en grundig udredning på specialniveaue, da behandlingen, han instituerede, ikke havde effekt, men at situationen snarere forværredes.

### 2.7.8 Behandling med ætsbro

I nedenstående sag anmodede en tandlæge om genoptagelse af en sag, hvor nævnet tidligere havde kritiseret behandling med ætsbro. Tandlægen fremførte i sin genoptagelsesansøgning, at broens metalskel bestod af en guldlegering, og at det ikke var godtgjort, at broen løsnede sig som følge af et for spinkelt metalskellet.

#### **Sag 83 Tandlæge anmodede om genoptagelse af en sag, hvor nævnet tidligere havde kritiseret behandling med en ætsbro (2001) (P)**

*En 18-årig kvinde fik fremstillet en ætsbro i den kommunale tandpleje. To år senere løsnede broen sig, og patienten klagede til Patientklagenævnet. Nævnet udtalte kritik af tandlægen, da det var nævnets opfattelse, at broens metalskel var for spinkelt udformet, og at der var anvendt en relativt blød legering, hvilket havde medført, at broen løsnede sig. To år efter nævnets afgørelse anmodede tandlægen om genoptagelse af sagen, idet hun fremførte, at der til ætsbroen var anvendt en Carrara Elephant guldlegering, og at det ikke var godtgjort, at broen løsnede sig som følge af et for spinkelt metalskellet. Desuden fremførte hun, at det var opfattelsen i den kommunale tandpleje, at broen var gået løs som følge af, at der efterstående var udviklet caries i en bropille. Nævnet anmodede Retslægerådet om en udtalelse. Ifølge Rådets udtalelse var den anvendte legering til ætsbroens metalskellet en CE – mærket guldlegering til brug for metalkeramiske arbejder. Der kunne kun stilles et beskedent krav til stivhed i en tre – leddet bro med et lille mellemlid.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen.

Nævnet fandt på baggrund af Retslægerådets udtalelse, at det ikke kunne fastslås, at tandlægen ikke sikrede sig tilfredsstillende stivhed i brostellet, for så vidt angik dimensionering og udformning.

*Sammenfattende fandt nævnet, at det forhold, at broen løsnede sig to år efter indsættelsen, ikke kunne tilskrives, at tandlægen udviste manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved behandlingen af patienten.*

### 3 JOURNALFØRING

Tandlæger har pligt til at føre journal. Dette følger af [tandlægelovens](#) § 15, hvor der står:

*§ 15. Tandlæger skal føre ordnede optegnelser over deres virksomhed efter nærmere af sundhedsstyrelsen fastsatte regler.*

*Stk. 2. De i stk. 1 nævnte optegnelser, herunder røntgenbilleder, skal opbevares i mindst 10 år.*

Reglerne om tandlægers journalføring er fastsat i [Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 942 af 27. november 2003](#) om tandlægers pligt til at føre ordnede optegnelser. Ved en journal forstås der ifølge bekendtgørelsens § 1, stk. 1 ordnede optegnelser over forhold, der har betydning for undersøgelse, diagnostik, information, forebyggelse, behandling og opfølgning mv. Røntgenbilleder, kliniske fotos, notatark og erklæringer er en del af journalen.

Det fremgår af bekendtgørelsen § 2, stk. 1, at pligten til at føre journal påhviler enhver tandlæge, ligesom tandlægen skal drage omsorg for, at der sker journalføring af den behandling, som foretages af eventuelle medhjælpere.

Tandlægers journalføringspligt er især begrundet i behandlingsmæssige hensyn, men også i det ønskelige i, at tandlæger kan afgive en sikker erklæring til offentligt brug og i forbindelse med klagesagsbehandling. Den begrundes endvidere i hensynet til retsodontologisk identifikation.

Patientklagenævnet tager stilling til en tandlæges journalføring, når der specifikt er klaget herover og når nævnet endvidere vurderer, at journalføringen er en integreret del af den behandling, der er klaget over. Endvidere tager nævnet også stilling til journalføringen i en række sager, hvor Sundhedsstyrelsen har foretaget indberetning heraf.

De refererede afgørelser er truffet efter den tidligere journalføringsbekendtgørelse som var gældende indtil 1. januar 2004.

#### 3.1 Formelle krav til journalen

Ifølge § 1, stk. 3 i journalføringsbekendtgørelsen må der kun være én journal for hver patient. Journalen kan føres manuelt eller på et elektronisk medium. Ifølge bekendtgørelsens § 3, stk. 2 skal optegnelser i journalen være daterede, ligesom røntgenbilleder og kliniske fotografier skal registreres med optagelsesdato og patientdata. Ifølge § 3, stk. 1, nr. 1 i

journalføringsbekendtgørelsen skal patientens navn og personnummer (CPR-nummer) fremgå af journalen.

Nedenfor refereres en afgørelse, hvor nævnet blandt andet tog stilling til manglende journalnotater og mangelfuld datering.

#### **Sag 84 Indberetning af tandlæges journalføring (2001) ([0127627P](#))**

*En 63-årig kvinde havde siden 1971 gået til regelmæssige undersøgelser og behandlinger hos sin tandlæge. Hun havde fået udført en lang række sølvamalgam- og plastfyldninger, 6 rodbehandlinger og 1 tandudtrækning. Der var endvidere fremstillet en bidskinne samt delprotese til undermundten. Ved senere konsultation hos en anden tandlæge blev der konstateret et stort behandlingsbehov, der omfattede samtlige, resterende tænder.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede tandlægen til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere tandlægens behandling, men også hans journalføring deraf, idet de foreliggende 12 røntgenbilleder i journalen burde have været daterede, således at de kunne sættes i forhold til journalens øvrige oplysninger om behandlingen.

#### **3.1.1 Opbevaring af journalen**

Som anført indledningsvist fremgår det af tandlægeloven § 15, stk. 2, at tandlægen har pligt til at opbevare journalen i mindst 10 år. Dette er endvidere uddybet i journalføringsbekendtgørelsen § 7 således at journalen skal opbevares i mindst 10 år regnet fra sidste optegnelse. Opbevaringspligten bortfalder, hvis tandlægen ophører med at praktisere. Såfremt patienten samtykker, kan journalen overdrages til en anden tandlæge, der har taget patienten i behandling. Den nye tandlæge vil da overtage journalopbevaringspligten jf. § 7, stk. 3. Dette uddybes i afsnittet om aktindsigt.

De næste afgørelser illustrerer kravet om opbevaringspligt.

#### **Sag 85 Indberetning af manglende tandbehandling (2002) ([0232828P](#))**

*En 59-årig mand havde i en længere årrække gået til regelmæssige undersøgelser og tandbehandling. I den forbindelse var der udført fyldninger i alle tænder, bortset fra 3. Der var foretaget rodbehandlinger, påsat kroner på 9 tænder og 2 tænder var fjernet og erstattet med en bro.*

*Da patienten konsulterede en anden tandlæge, blev der fundet nye kariesangreb og karies i eksisterende fyldninger samt rodspidsbetændelse.*

Det fremgik af journalen, at der i behandlingsperioden var optaget i alt 29 røntgenbilleder, heraf manglede 15 i journalmaterialet.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at det fremgår af tandlægeloven § 15, stk. 2, at journalen skal opbevares i mindst 10 år, og at dette gælder den samlede journal, herunder røntgenbilleder.

### **Sag 86 Indberetning af information og journalføring (2004) ([0445904P](#))**

*En 51-årig mand havde i en årrække gået til regelmæssige undersøgelser og behandling hos sin tandlæge. 8 røntgenbilleder manglede. Efterfølgende var der taget yderligere røntgenbilleder, der viste behandlingskrævende tilstande, men da også en del af journalen manglede, var det ikke muligt at klarlægge, hvorledes tandlægen havde reageret på dette.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede efterfølgende sagen til Patientklagenævnet blandt andet for så vidt angik tandlægens journalføring.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere journalføringen, som fandtes mangelfuld og bemærkede endvidere, at det var uheldigt, at dele af journalen og 8 røntgenbilleder var bortkommet. Nævnet fandt anledning til at kritisere, at tandlægen ikke havde erstattet den bortkomne journal med en skinjournal, der redegjorde for det skete og så vidt muligt rekonstruerede hændelsesforløbet.

## **3.2 Relevant sygehistorie**

Ifølge § 4, nr. 2, skal journalen endvidere indeholde oplysning om såvel tidligere som nuværende sygdomme og behandlinger, som kan have betydning for behandlingen.

Dette illustreres ved nedenstående afgørelser, hvor nævnet fandt grundlag for kritik af journalføringen.

### **Sag 87 Indberetning af behandling af parodontitis (2003) ([0341911P](#))**

*En 49-årig kvinde havde i en årrække gået til regelmæssig behandling og kontrol hos sin tandlæge. Der var foretaget en række almindelige plastiske fyldninger, 2 tænder var*

*rodbehandlet, 5 tænder behandlet med krone og 5 tænder var trukket ud herunder visdomstænderne.*

*To måneder efter sidste konsultation hos tandlægen, fik patienten konstateret fremskreden parodontitis. Der var ikke gjort notater i journalen vedrørende tandkød eller tændernes knoglefæste, men tandlægen oplyste i sin erklæring til sagen, at han havde konstateret fremadskridende parodontitis hos patienten.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sagen til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere tandlægens behandling, idet de udførte undersøgelser af patienten var mangelfulde. Nævnet kritiserede også tandlægens journalføring, idet journalen ikke indeholdt registrering af generelle sygdomme, der kunne have betydning for tandbehandlingen. Ligeledes indeholdt journalen ikke en speciel anamnese i form af bemærkninger om mundhygiejne, tobaksforbrug eller om forebyggende tiltag.

### **3.3 Diagnose, behandlingens art og lokalisering**

Udover at der skal optages sygehistorie, vil det ofte kræves, at tandlægen i forbindelse med undersøgelse og behandling anfører undersøgelsesresultater og diagnose i journalen. Dette følger af § 3, stk. 1, nr. 5 i journalføringsbekendtgørelsen. Det fremgår endvidere af § 3, stk. 1 nr. 5, at der også skal foretages journalføring af behandlingens art og lokalisering i tænder, mund og kæber.

Nedenstående er eksempler på afgørelser, hvor Patientklagenævnet fandt det kritisabelt, at journalen ikke indeholdt de fornødne undersøgelsesresultater og diagnoser.

#### **Sag 88 Indberetning af manglende tandbehandling og mangelfuld journalføring (2001) ([0127616P](#))**

*En 42-årig kvinde havde i en årrække gået til behandling og undersøgelse hos tandlægen. Der var foretaget tandrensninger og udført fyldninger, ligesom visdomstanden i venstre side af overkæben (+8) var fjernet. Ved undersøgelse i 2000 blev der konstateret parodontitis, da patienten besøgte en anden tandlæge.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere, at tandlægen ikke havde været opmærksom på udviklingen af parodontitis og kritiserede endvidere tandlægens journalføring, idet der ikke var oplysninger i journalen om den generelle helbredstilstand, herunder medicinforbrug, rygevaner og aktuel mundhygiejne. Det fremgik heller ikke i fornødent omfang af journalen,

hvilken diagnose, der lå til grund for udtrækning af visdomstanden i venstre side af overkæben, ligesom der manglede oplysninger om typer og mængde af lokalbedøvelse. Endelig fandt nævnet, at det i større omfang burde fremgå af journalen, at tænder, tandkød og slimhinder var undersøgt i forbindelse med de regelmæssige undersøgelser, og om disse undersøgelser havde givet anledning til bemærkninger.

### **Sag 89 Indberetning af mangelfuld behandling af parodontitis (2002) ([0229802A](#))**

*En 60-årig kvinde havde en i årrække gået hos en tandlæge, som havde udført en lang række fyldninger og reparationer af tandfrakturer samt regelmæssigt foretaget tandrensninger. Ved behandlingsperiodens begyndelse blev der foretaget måling af tandkødslomerne, som viste normale forhold og det blev efterfølgende noteret flere gange, at mundhygiejnen var tilfredsstillende. Efter tandlægeskift fik patienten oplysningen om, at hun havde fremskreden parodontitis på næsten alle tænder samt en del kariesangreb.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere tandlægens behandling samt journalføring, idet det fremgik af journalen, at der var foretaget individuel forebyggende behandling, almen parodontalbehandling, hvor 1-1 (midterste fortænder i underkæben) blev fikseret yderligere forebyggende behandling med tandrodsrensning på tre tænder i underkæben.

Nævnet lagde vægt på, at disse behandlinger har til formål at fjerne eller begrænse parodontitis, men at der ikke i journalen forelå en diagnose eller registrering af tandkødslommernes størrelse, som baggrund for den udførte behandling.

Nævnet bemærkede endvidere, at det fremgik af journalen, at der løbende var blevet foretaget reparationer af opstået karies. Journalen indeholdt ikke oplysninger om, at der havde været diskuteret andre og mere holdbare behandlingsformer i stedet for de store reparationer. Såfremt der havde været økonomiske problemer med at udføre en relevant behandling, burde dette også fremgå af journalen.

Nedenstående afgørelse belyser også manglende journalføring af diagnoser:

### **Sag 90 Indberetning af journalføring (2003) ([0341406P](#))**

*En 66-årig kvinde havde ved sine regelmæssige tandlægebesøg fået udført undersøgelser og tandrensninger samt almindelige plastiske fyldninger. Hun havde endvidere fået trukket 7 tænder ud. Et halvt år efter sidste besøg hos tandlægen blev der konstateret karies i 4 tænder og fremskreden parodontitis.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede sagen til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt grundlag for dels at kritisere tandlægens behandling, dels at kritisere tandlægens journalføring. Der ikke forelå overvejelser eller behandlingsforslag hverken angående parodontalbehandlingen eller de udtrukne tænder, ligesom diagnosen herfor ikke var angivet.

Nævnet oplyste, at formålet med tandlægens journalføring er at sikre, at der over et eventuelt længere tidsrum, består en sammenhæng mellem diagnose, behandling og kontrol. Journalen er desuden et vigtigt informationsgrundlag for patienten, og et nødvendigt kommunikationsmiddel i de situationer, hvor andre behandlere involveres eller hvor patienten skifter tandlæge.

Også diagnoser, der stilles i forbindelse med, at en tandlæge observerer for tandregulering, skal anføres i journalen, hvilket nedenstående afgørelse illustrerer.

#### **Sag 91 Klage over manglende tandregulering (2001) ([0123006A](#))**

*En 15-årig dreng ønskede at få foretaget tandregulering på grund af dybt bid på fortænderne. Tandlægen fandt ikke indikation for umiddelbart at tilbyde behandling, men med henblik på at følge udviklingen blev drengen tilbudt undersøgelse igen efter 2 år.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev tilbudt tandregulering efter visitationen.*

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere tandlægens behandling af drengen og endvidere, at han ikke i tilstrækkeligt omfang havde ført journal over behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at det af gipsmodeller samt profil- og ortopantomografisk røntgenoptagelse fremgik, at der var indikation for tandregulering, samt at drengen på undersøgelsestidspunktet sandsynligvis ikke var færdig med at vokse, hvilket betød, at det dybe bid kunne forværres. Nævnet lagde videre vægt på, at der ikke forelå journaliserede tandreguleringsdiagnoser fra visitationen.

### **3.4 Væsentlige behandlingselementer og anvendte materialer**

Tandlægen skal journalføre alle væsentlige behandlingselementer, herunder de anvendte dentalmaterialer til tandfyldning og tandprotetiske arbejder. Dette følger af § 3, stk. 1, nr. 8 i journalføringsbekendtgørelsen.

Denne regel belyses i nedenstående afgørelse.

### **Sag 92 Klage over fyldningsbehandling (1999) ([9913928P](#))**

*En 41-årig mand var til behandling på en tandklinik, hvor han fik lavet en sølvamalgamfyldning i +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben). Tandlægen noterede i journalen, at hullet var dybt. Efterfølgende var patienten på ferie i København, hvor han fik kraftig tandpine i tanden. Han henvendte sig i tandlægevagten, hvor der blev påbegyndt rodbehandling.*

*Der blev klaget over, at behandlingen af hullet i +6 ikke var korrekt, idet der efterfølgende opstod betændelse i tanden.*

Det var nævnets opfattelse, at beskrivelsen ”dybt hul”, normalt er udtryk for, at tandlægen har vurderet, at kariesangrebet er tæt på nerven, men at der ikke er blevet konstateret et hul ind til nerven (perforation). Det var endvidere nævnets vurdering, at der kan gå betændelse i en tandnerve kort tid efter, at der er blevet lagt en fyldning i tanden, uden at der er tale om fejlbehandling.

Nævnet fandt derfor, at tandlægen ikke havde udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved sin behandling af patienten. Nævnet fandt imidlertid, at det havde været hensigtsmæssigt, om tandlægen havde journalført, hvorvidt han havde lagt isolationsmateriale (bunddækning) i tanden.

### **3.5 Ordineret behandling. Hvem behandlede?**

Ifølge § 3, stk. 3 skal det fremgå af journalen, hvem der har foretaget undersøgelse og behandling. Det er dog ikke nødvendigt, at en tandlæge anfører sine initialer ved hver behandling, hvis han er den eneste tandlæge i praksisen.

Dette var ikke tilfældet i nedenstående afgørelse, der yderligere illustrerer en række af de øvrige krav, der stilles til tandlægers journalføring.

### **Sag 93 Indberetning af journalføring af behandling (1999) ([9907427P](#))**

*En 40-årig kvinde gik til behandling hos en tandlæge, hvor hun fik fremstillet kroner og broer til tænderne i overkæben, ligesom to tænder måtte rodbehandles.*

### *Sundhedsstyrelsen indberettede tandlægens journalføring til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt, at tandlægens journalføring var utilstrækkelig. Nævnet lagde til grund, at optegnelserne i journalen var foretaget af tandlægen eller på hans ansvar, om end det ikke fremgik af journalen, hvem der havde foretaget optegnelserne. Fundene ved en lang række undersøgelser burde have været journalført, ligesom der burde have været gjort notater om mundhygiejnen, samt om den information patienten havde fået forud for behandlingen. Endvidere fandt nævnet, at tandlægen burde have journalført, hvilke diagnoser der lå til grund for rodbehandlingen af de to tænder, samt hvilke lægemidler der blev anvendt ved de foretagne lokalbedøvelser.

### **3.6 Hen- og tilbagevisninger**

Ifølge § 3, stk. 1, nr. 13 i journalføringsbekendtgørelsen skal en tandlæge endvidere journalføre henvisninger til anden tandlæge, klinisk tandtekniker, læge eller behandlingsinstitution samt meddelelser herfra vedrørende diagnoser og udførte behandlinger. Patientklagenævnet har ikke truffet nogen afgørelser, der vedrører denne regel.

Ifølge § 19 i [Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998](#) skal en tandlæge, i lighed med andre journalføringspligtige sundhedspersoner, sørge for, at det af journalen fremgår, hvilken information der er givet til patienten, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet i relation til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger.

For en beskrivelse af Patientklagenævnet praksis på dette område henvises til næste kapitel.

## 4 INFORMATION OG SAMTYKKE

Det har længe været et anerkendt grundprincip, at patienter i forbindelse med tilbud om undersøgelse og behandling har krav på at blive informeret, således at de på baggrund heraf kan tage stilling og give samtykke til behandling.

Reglerne om det informerede samtykke har siden den 1. oktober 1998 været at finde i kapitel 2 i lov om patienters retsstilling. Fra den 1. januar 2007 findes reglerne i Sundhedslovens kapitel 5 (lov nr. 546 af 24. juni 2005).

Før den 1. oktober 1998 blev reglerne om det informerede samtykke, som det fremstod i cirkulære nr. 163 og 164 af 22. september 1992, indfortolket i tandlægers forpligtelse til under udøvelsen af deres virksomhed at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. tandlægelovens § 12.

Ved et informeret samtykke forstås, at ingen behandling må indledes eller fortsættes, uden at patienten har givet samtykke på grundlag af fyldestgørende information.

En patient kan imidlertid, såfremt denne måtte ønske det, frabede sig information. Dette skal ske utvetydigt.

### 4.1 Tidspunktet for informationen

For at et samtykke skal give mening, forudsætter det, at informationen, i det omfang det kan lade sig gøre, skal gives i så god tid, at patienten har mulighed for at overveje situationen og eventuelt drøfte situationen med pårørende eller andre.

I nedenstående afgørelse har nævnet taget stilling til spørgsmålet om rettidig information. Man kan ud af afgørelsen se, at i bedømmelsen heraf bliver også behandlingens nødvendighed taget i betragtning.

#### **Sag 94 Klage over manglende information forud for fjernelse af visdomstand (2000)** **(0019101P)**

*En 29-årig mand blev i november 1993 undersøgt på en afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi med henblik på fjernelse af visdomstanden i venstre side af underkæben. Den pågældende visdomstand, der lå vandret i kæben, var ikke brudt helt frem, og det fremgik af røntgenbeskrivelsen, at tanden havde tæt relation til underkæbens følenerve.*

*I september 1994 fjernede tandlægen visdomstanden operativt. Ifølge journalen blev patienten i forbindelse med operationen informeret om risikoen for læsion af underkæbens nerve og deraf følgende nedsat følsomhed i de områder, der forsynes af nerven. I forbindelse med operationen opstod der en læsion af et blodkar, men for at undgå læsion af underkæbens nerve blev der ikke foretaget underbinding af det læderede blodkar.*

*En uge senere fik patienten fjernet trådene og klagede i den forbindelse over nedsat følsomhed i de områder af underkæben, der forsynes af underkæbens nerver, hvilket blev bekræftet af tandlægens undersøgelse. Frem til oktober 1995 henvendte patienten sig fire gange, da han fortsat havde nedsat følsomhed i underkæben, hvilket blev bekræftet af tandlægens undersøgelser. Ved den sidste undersøgelse havde patienten dog så meget følsomhed i området, at tandlægen mente, at normal følsomhed ville komme tilbage.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der ikke inden indgrebet blev informeret om eventuelle komplikationer.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den behandling, som patienten modtog af tandlægen i forbindelse med fjernelsen af visdomstanden i september 1994, idet nævnet fandt, at den indtrufne nervebeskadigelse måtte anses for en kendt og ikke ualmindelig komplikation ved det foretagne indgreb, og at komplikationen ikke kunne anses at skyldes manglende omhu eller samvittighedsfuldhed fra tandlægens side.

Nævnet fandt imidlertid, at informationen skulle være givet til patienten på et noget tidligere tidspunkt, således at han havde haft en mere reel mulighed for tage stilling til, om han ønskede at give samtykke til indgrebet eller ej. Det var nævnets opfattelse, at dette ikke mindst gjorde sig gældende, når der som i dette tilfælde ikke var absolut indikation for foretagelse af indgrebet, og når det af den forudgående røntgenundersøgelse fremgik, at visdomstanden og underkæbens følenerve lå tæt på hinanden.

## **4.2 Informationens indhold**

Det fremgår af lov om patienters retsstilling § 7, stk. 4 og 5, at information skal omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger. Informationen skal tillige omfatte

oplysninger om helbredstilstand, undersøgelsesmetoder, behandlingsmuligheder, forebyggelsesmuligheder og risiko for komplikationer og bivirkninger, således at patienten kan tage stilling til den tilbudte behandling. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig informationen. Nedenstående afgørelse illustrerer, at informationen også indbefatter konsekvenserne af manglende behandling.

**Sag 95 (ref. sag 3 og 105) Klage over utilstrækkelig information om konsekvenser af manglende behandling (2003) ([0234219P](#))**

*En 11-årig pige fik i februar 1996 taget aftryk til modeller til brug for tandreguleringsbehandling, og ved undersøgelse hos en specialtandlæge i august 1996 fandt denne, at der skulle trækkes 4 tænder ud, hvilket skete indenfor den følgende måned.*

*I september 1998 fandt specialtandlægen, at der ikke var behov for yderligere behandling.*

*Da patienten fyldte 16 år, ophørte hun med behandling i den kommunale tandpleje og fortsatte behandling hos privat tandlæge, som i august 2001 skrev til den kommunale tandpleje, at patienten havde gener fra 5+ (anden lille kindtand i højre side af overkæben), der sad i trangstilling.*

*I november 2001 blev patienten undersøgt af specialtandlægen, der fandt, at tandstillingen var uændret fra undersøgelsen i 1998. Der kunne derfor ikke tilbydes tandreguleringsbehandling i kommunalt regi.*

*Patienten havde i hele perioden den samme behandlende tandlæge.*

*Der blev klaget over manglende tilbud om tandreguleringsbehandling.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af den behandlende tandlæge for den manglende information til patienten og hendes forældre i forbindelse med undersøgelsen i september 1998. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen.

For så vidt angik informationen lagde nævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at specialtandlægen i april og i august 1996 informerede patienten og hendes moder om, hvad behandlingsplanen bestod i, samt hvad der var behandlingens præmisser, og at der i følge journalen i samtalen med moder og patient alene blev omtalt en eventuel efterfølgende korrektion med fastsiddende apparatur. Der var imidlertid ingen oplysninger i journalen om,

at patienten og hendes forældre blev informeret om beslutningen om ikke at iværksætte egentlig tandreguleringsbehandling.

Det var nævnets vurdering, at hjemmet burde være informeret herom allerede efter undersøgelsen i september 1998.

Ifølge aftalen om samarbejde mellem specialtandlægen og den kommunale tandpleje var det den behandlende tandlæges ansvar at informere patient og dennes pårørende om gennemførelsen af behandlingsplanen til det skitserede mål.

Den konstituerede klinikchef oplyste, at såfremt der ikke er særlig aftale herom, informerer specialtandlægen direkte ved konsultationen, såfremt forældrene er til stede.

Da der forelå aftale om fordeling af ansvar med hensyn til information, var det på baggrund heraf nævnets vurdering, at ansvaret for information af patienten og hendes forældre hvilede på den tandlæge, der i september 1998 behandlede patienten.

Nævnet fandt derfor grundlag for at kritisere denne tandlæge for ikke at have informeret hjemmet.

Nedenstående sag illustrerer, at der skal informeres om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, selv om det er patienten selv, der anmoder om en bestemt behandling.

### **Sag 96 Indberetning af manglende information om prognosen for plastbehandlede tænder (2002) ([0235316P](#))**

*En 38-årig kvinde, hvis tandsæt var præget af mange og store fyldninger, hovedsagelig af sølvamalgam og med 2 tænder, som var forsynet med fuldkroner, fik regelmæssigt foretaget undersøgelse og tandrensning i perioden fra august 1992 til marts 1999. Der blev foretaget udskiftninger af sølvamalgamfyldninger til plastfyldninger. I forbindelse hermed blev der i flere tilfælde konstateret gennembrud ind til tandens nerve. Der blev desuden foretaget rodbehandling af adskillige tænder samt behandlet for tandkødsbetændelse (gingivitis). Der blev tillige foretaget behandling for kariesangreb. Ved senere konsultation hos anden tandlæge blev der konstateret et stort behandlingsbehov.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede blandt andet tandlægens information af patienten til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af tandlægens information af patienten og indskærpede overfor tandlægen at udvise større omhu ved sin fremtidige information.

Det var patienten selv, der havde anmodet om at få sine fyldninger udskiftet, men nævnet fandt ikke, at dette fritog tandlægen fra at indhente informeret samtykke til behandlingen.

Nævnet oplyste, at patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne.

Tandlægen burde således forud for iværksættelse af behandling have informeret patienten om fordele og ulemper ved behandlingen, i denne forbindelse især om holdbarheden af plastfyldninger.

Nævnet oplyste, at tænderne vil blive udsat for betydelige belastninger, når så mange funktionsbærende fyldninger bliver skiftet ud. Plastfyldninger er endvidere ikke modstandsdygtige mod slid og andre fysiske belastninger.

Det var således nævnets vurdering, at tandlægen burde have informeret om prognosen for plastbehandlede tænder.

### **4.3 Information om komplikationer og bivirkninger**

Såfremt der er en nærliggende risiko for alvorlige komplikationer eller bivirkninger, skal informationen være mere omfattende. Da det ikke er muligt entydigt at fastsætte, i hvilket omfang der skal informeres om mulige komplikationer, bør det vurderes i forhold til sygdommens alvor, og hvad der forventes at kunne opnås ved den påtænkte undersøgelse/behandling. Det fremgår således af Sundhedsstyrelsens vejledning af 16. september 1998, at det som udgangspunkt skal vurderes, om der er tale om alvorlige og ofte forekommende komplikationer, hvorefter der altid skal gives information. Er der tale om alvorlige, men sjældent forekommende komplikationer eller om bagatelagte, men ofte forekommende komplikationer, skal der som regel (ofte) gives information. Er der tale om bagatelagte og sjældent forekommende komplikationer, er information ikke påkrævet.

Nedenstående afgørelser illustrerer, at spørgsmålet om, hvorvidt der er givet fyldestgørende information til en patient, beror på en konkret vurdering.

**Sag 97 Klage over, at der ikke blev iværksat relevant behandling i forbindelse med tandreguleringen (2003) ([0341012A](#))**

*En 11-årig pige fik i april 1998 hos specialtandlæge A konstateret et dybt bid og manglede anlæg (aplasi eller agenesi) til +2 (lille fortand i venstre side af overkæben).*

*I februar 1999 blev der påbegyndt behandling med fast apparatur for at mindske det dybe bid og skaffe plads til indsættelse af et implantat som erstatning for +2.*

*I april 2000 fjernede specialtandlægen det faste apparatur og gav patienten en stabiliseringsbøjle (retentionsplade), som hun skulle bruge døgnet rundt. Bagpå for- og hjørnetænder i underkæben blev der påsat en metaltråd med plast (retainer) for at holde dem på plads.*

*I januar 2001 blev behandlingen overtaget af specialtandlæge B, og i oktober 2001 blev der indsat en ny plade, da den "gamle" var gået i stykker. Specialtandlæge B mente, at der igen skulle påsættes fast apparatur.*

*I 2002 konsulterede patienten en privat specialtandlæge med henblik på behandling.*

*Der blev klaget over, at der ikke blev iværksat relevant behandling i forbindelse med tandreguleringen.*

Nævnet fandt blandt andet grundlag for kritik af den information, specialtandlæge A havde givet i april 1998 forud for tandreguleringsbehandlingen.

Det fremgik af journalen i april 1998, at patienten og hendes forældre var til samtale hos specialtandlæge A vedrørende behandlingsplanen, og at de modtog information om tandregulering.

Det fremgik videre af journalen i november 1998, at specialtandlæge A informerede om, at patienten skulle have en fast bøjle på. Herefter blev bøjlen påsat i februar 1999 for at mindske det dybe bid og skaffe plads til +2.

Der var imidlertid ingen oplysninger om, at patienten og hendes forældre efter den aktive behandlingsfase blev informeret om, at det ikke var sikkert, at den endelige protetiske behandling kunne blive et implantat, selvom dette var det oprindelige behandlingsmål, samt at der senere kunne blive tale om fornyet reguleringsbehandling.

Nævnet oplyste, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke.

Videre oplyste nævnet, at der ved informeret samtykke forstås et samtykke, der er givet på grundlag af en fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Patienten har således ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal tillige omfatte oplysninger om relevante forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, tandlægeligt mere forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger. Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, skal tandlægen særligt oplyse herom.

Det var på den baggrund nævnets vurdering, at der burde være givet information om, at det ikke var sikkert, at den endelige protetiske behandling kunne blive et implantat, selvom dette var det oprindelige behandlingsmål, samt at der senere kunne blive tale om fornyet reguleringsbehandling.

**Sag 98 Klage over manglende information om, at der kunne opstå smerter og om behandlingen heraf (2004) ([0443803P](#))**

*En 59-årig mand modtog behandling på en tandlægeskole fra september 1995 til december 2000. I november 1995 blev der lagt en plastfyldning i +2 (venstre lille fortand i overkæben). En række tænder blev behandlet frem til februar 1997. I februar 1997 blev +1 rodbehandlet og forsynet med en midlertidig plastkrone. I marts 1997 blev der påsat en midlertidig stifttand, og der blev lagt en plastfyldning i 2+ ved tandkødsranden. Patienten fik herefter behandlet +1 frem til november 1999. Ved en konsultation i november 1999 ønskede patienten kronebehandling. Der blev informeret om behandlingen, såfremt der efter kronebehandling opstod rodspidsbetændelse.*

*Kronebehandlingen blev påbegyndt i november 1999. I forbindelse med behandlingen opstod der smerter og blødning fra rodkanalen, da der blev fjernet cement fra rodkanalen. Der blev lagt en supplerende rodfyldning i rodkanalen. I december 1999 blev det besluttet at vente med kronebehandling af +1 til februar 2000, da der havde været gener i form af dunken i tanden.*

*I februar 2000 blev det besluttet at fortsætte kronebehandlingen af +1. Der blev samtidig foretaget kronebehandling af 1+ (højre store fortand i overkæben). I marts 2000 blev der cementeret porcelænskroner på +1 og 1+ med midlertidig cement, og efterfølgende blev 1+ cementeret permanent. Kronen på +1 var umulig at fjerne, hvorfor permanent cementering ikke lod sig gøre. Det blev anført i journalen, at man ville forsøge fjernelse igen senere.*

*I september 2000 blev en tandlæge kontaktet af en tandlægestuderende, der havde været i gang med at behandle patienten, idet patienten var på vej til at forlade klinikken i vrede. Tandlægen forstod efter at have forsøgt at indhente patienten herefter situationen således, at patienten ikke ønskede yderligere behandling på tandlægeskolen. Behandlingsstatus var da, at patienten havde en midlertidig krone på +1, der ikke umiddelbart kunne fjernes. Endvidere var han informeret om, at han straks skulle møde med henblik på permanent cementering af kronen, når denne løsede sig. Der manglede endelig kronebehandling af 2+, der var forsynet med en midlertidig, men tilstrækkelig krone. Det fremgik ikke af journalen eller sagens øvrige materiale, at patienten senere var blevet lovet, at behandlingen af 2+ ville blive afsluttet med en porcelænskroner.*

*I december 2000 havde patienten tabt den midlertidige krone på 2+. En tandlæge foretog recementering, og anførte i journalen: "Hvad skal der videre ske?"*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten efter behandlingen af 2+ i december 2000 ikke blev informeret om, at der kunne opstå smerter som følge af behandlingen og om anvendelsen af smertestillende medicin.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af tandlægen, men at det dog havde været hensigtsmæssigt, om tandlægen havde informeret patienten om, at han kunne anvende smertestillende håndkøbsmedicin, hvis der efter behandlingen opstod smerter.

Det var nævnets opfattelse, at kraftige smerter efter den givne behandling måtte anses som en sjælden og ikke alvorlig komplikation, og efter nævnets opfattelse kunne det ikke kræves, at en tandlæge informerede herom. Derimod ville der som oftest opstå en vis ømhed i tanden, som kunne behandles med smertestillende håndkøbsmedicin.

På denne baggrund fandt nævnet, at tandlægen ikke havde overtrådt lov om patienters retsstilling ved sin information af patienten den 1. december 2000. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om tandlægen havde informeret patienten om anvendelse af

smertestillende håndkøbsmedicin, idet det var sædvanligt, at der opstod en vis ømhed af tanden i dagene efter en behandling, som den der blev givet.

**Sag 99 Klage over manglende information af føleforstyrrelser ved fjernelse af knoglecyste (2000)([0018227P](#))**

*En 15-årig dreng blev i 1996 efter henvisning fra den kommunale tandpleje undersøgt på en afdeling for tand-, mund- og kæbekirurgi med henblik på behandling af en knoglecyste i højre side af underkæben, som var opstået efter et slag på underkæben. Der blev ikke fundet grundlag for operativ behandling på dette tidspunkt. I 1997 blev han igen undersøgt på afdelingen, og der blev igen ikke fundet grundlag for at operere. I september 1999 blev han igen henvist til afdelingen, og det viste sig, at knoglecysten var vokset, hvorfor der blev fundet indikation for at foretage et operativt indgreb.*

*Han blev i november 1999 forundersøgt af en tandlæge på afdelingen, og i januar 2000 blev der foretaget en åbning til knoglecysten af afdelingens overtandlæge. Ved en kontrolundersøgelse på afdelingen en uge senere oplyste han, at han var fuldstændig følelsesløs i området på højre side af hagen (svarende til nervus mentalis dexter). Han blev informeret om årsagen til den manglende følelse, og at der kunne gå op til et år, før det kunne vurderes, om følelsen i hagen ville komme tilbage.*

*Der blev klaget over, at han ikke forud for operationen den 13. januar 2000 blev informeret om, at der var risiko for bivirkninger ved operationen.*

Patientklagenævnet oplyste, at information om eventuelle bivirkninger ved en operation skal gives til patienten i forbindelse med forundersøgelse.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den forundersøgende tandlæge for den givne information ved forundersøgelsen, idet en operation med fjernelse af en knoglecyste normalt ikke indebærer risiko for, at der forvoldes skade på nerver med heraf følgende varig føleforstyrrelse.

Det var således nævnets opfattelse, at den opståede føleforstyrrelse var en bivirkning, der optræder så sjældent, at der ikke skulle informeres herom ved forundersøgelsen.

**Sag 100 Klage over komplikationer efter fjernelse af en visdomstand (1999) ([99F029P](#))**

*En 34-årig kvinde blev undersøgt på en tandklinik med henblik på fjernelse af en visdomstand i højre side af underkæben (8-). Undersøgelsen viste, at der var åbent til mundhulen via tandkødsloømmen på den foranliggende kindtand (7-), og at visdomstandens hældning var frem mod den foranliggende tand (mesioverteret mod 7-), samt at der ikke var tegn på akut infektion i slimhinden over visdomstanden. En røntgenundersøgelse viste ikke tegn på ændret eller indsnævret forløb, og det blev på baggrund heraf besluttet at fjerne visdomstanden.*

*Undersøgelsesresultaterne gav endvidere ikke mistanke om forventelige komplikationer efter operationen.*

*Ifølge operationsbeskrivelsen blev operationen foretaget uden komplikationer. Ved to efterfølgende kontrolundersøgelser klagede patienten over problemer med følelsesløshed i højre side. Hun blev orienteret om, at der var tale om et sjældent, men hædeligt uheld, som næsten altid var af forbigående karakter. Patienten konsulterede ikke efterfølgende klinikken.*

*Der blev klaget over, at patienten ved fjernelse af en visdomstand på tandklinikken mistede følesansen i den højre del af underkæben, samt at 7 af hendes tænder efterfølgende blev løse.*

Patientklagenævnet fandt bl.a., at tandlægen ikke havde mulighed for at forudse den opståede komplikation, og at han derfor ikke havde forsømt at give en relevant information om risici. Det var videre nævnets opfattelse, at det var mest sandsynligt, at nerven havde fået et tryk, og at føleevnen samt fornemmelsen i tænderne ville vende tilbage over en tidshorisont af måneder.

Nævnet fandt på denne baggrund ikke grundlag for kritik af tandlægen.

**Sag 101 Klage over utilstrækkelig information om risiko for bivirkninger og følger efter en operation (2002) ([0123304P](#))**

*En 52-årig kvinde fik fjernet en visdomstand i venstre side af overkæben (+ 8) hos sin tandlæge. Tandten blev opereret ud af kæben, idet den blev delt i to dele, og der blev fjernet kæbeknogle omkring den. Bagefter blev der givet information om de gener, der almindeligvis optræder efter en sådan operation.*

*Efterfølgende viste det sig, at der i forbindelse med operationen var opstået et hul til kæbehulen. Tandlægen behandlede med penicillin og forsøgte at lukke hullet, men det*

*lykkedes ikke, idet der opstod kæbehulebetændelse. Denne blev behandlet ved operation på sygehuset.*

*Der blev klaget over at tandlægen ikke informerede tilstrækkeligt inden operationen om risikoen for bivirkninger og følger efter operationen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af tandlægen for den information, der blev givet inden operationen.

Det fremgår af journalen, at tandlægen efter operationen informerede om de gener, der almindeligvis optræder efter en sådan operation.

Tandlægen oplyste, at hun inden operationen informerede om de gener, der almindeligvis optræder efter en operation og at hun ikke informerede om risikoen for en sinusperforation, da dette indtræffer meget sjældent.

Det var nævnets vurdering, at på de 3 røntgenbilleder, som blev taget, sås der i hele området en tæt relation mellem kæbehulen og de omtalte tænder. Visdomstanden ses desuden fastlåst i en vinkel på ca. 20° i forhold til nærmeste kindtand.

Det var videre nævnets opfattelse, at der i relation til fjernelse af visdomstanden burde være informeret om risikoen for et hul i kæbehulen, da positionen af tanden inden fjernelsen lå i eller i tæt forbindelse med bunden af kæbehulen, og da stillingen antydede, at der kunne blive behov for deling af tanden for at kunne fjerne den.

#### **4.4 Information, når patienten er under 18 år**

Alle patienter, der er fyldt 15 år, har ifølge lov om patienters retsstilling § 8 ret til information.

Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke. Sygdommens alvor og behandlingens karakter kan have betydning for vurderingen af, hvorvidt den 15-årige er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen.

Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning, at dette kan modificeres af en vurdering af bl.a. behandlingens karakter, sygdommens alvor, oplysningernes art, patientens alder og modenhed og behovet for opfølgning i hjemmet,

herunder udøvelse af forældrenes omsorgspligt. Der kan endvidere være tungtvejende hensyn til patienten, der taler for at undlade at informere forældrene.

Såfremt der er tale om en patient under 15 år, skal patienten informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan være til skade for patienten. Forældremyndighedens indehaver skal derudover informeres. Ved varigt inhabile patienter skal både den varigt inhabile og de pårørende eller værgeren til patienten informeres.

Spørgsmålet om, hvorvidt man kan undlade at informere forældrene til 15-18-årige patienter, illustreres af følgende afgørelser.

**Sag 102 Klage over manglende information af forældremyndighedens indehaver ved behandling på en skadestue (2001) ([0122529A](#))**

*En 16-årig dreng blev indbragt på en skadestue efter at være væltet på sin knallert og have slået sin højre fortand ud samt en del af venstre fortand. Han medbragte den udslåede tand i mundhulen.*

*Han blev undersøgt af en overtandlæge, som ikke fandt grundlag for penicillinbehandling eller bedøvelse. Overtandlægen satte tanden lige op på plads, og der blev påsat en plastskinne til fastholdelse af tanden. Da han var til kontrol hos skoletandlægen en uge senere, manglede der 2 mm i, at tanden var helt på plads, og der var betændelse i tandlejet.*

*Der blev blandt andet klaget over, at man ikke tog kontakt til drengens forældre forud for behandlingen på skadestuen.*

Nævnet oplyste, at det følger af lov om patienters retsstilling § 8, jf. § 7, og Sundhedsstyrelsens vejledning, at patienter der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandlingen. Normalt skal forældrene også informeres. Hvorvidt forældrene skal informeres om behandlingen af 15 til 17-årige patienter, må vurderes ud fra blandt andet behandlingens karakter, sygdommens alvor, oplysningernes art, den unges alder og modenhed samt behovet for opfølgning i hjemmet, herunder udøvelsen af forældrenes omsorgspligt.

Nævnet fandt, at det måtte antages, at en ung på 16 år kunne forstå information om, at han ikke måtte bide af med fortænderne og burde spise blød kost. Nævnet fandt dog, at det ud fra en samlet vurdering havde været hensigtsmæssigt, om der som minimum var blevet søgt telefonisk kontakt med hjemmet, inden behandlingen blev iværksat, og om drengen var blevet

medgivet skriftlig orientering med henblik på opfølgning i hjemmet, således at forældrene kunne opfylde deres omsorgspligt.

**Sag 103 Klage over manglende efterfølgende information af forældre til en person under 18 år (2002) ([0230504B](#))**

*En 17-årig ung mand skulle have lagt en fyldning i 6+ (første store kindtand i højre side af overkæben). I stedet blev der lagt en lokalbedøvelse til +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben), og tandlægen begyndte at udbore en sølvfyldning i tanden. Da han opdagede, at han behandlede den forkerte tand, lagde han en plastfyldning i +6. Derefter blev 6+ behandlet som planlagt.*

*En uge efter kontaktede patientens mor tandlægen, da hendes søn angiveligt havde ondt i +6. Tandlægen undskyldte hændelsen og forklarede om uheldet, og at der ingen skade var sket på +6.*

*Der blev blandt andet klaget over, at tandlægen ikke efterfølgende informerede patientens mor om fejlen i betragtning af, at han var under 18 år.*

På behandlingstidspunktet var patienten 17 år og 7 måneder gammel. Tandlægen journalførte, at han havde informeret ham.

Nævnet oplyste, at alle patienter, der er fyldt 15 år, har ret til information.

Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information. Dette kan modificeres ved en vurdering af blandt andet behandlingens karakter, sygdommens alvor, oplysningernes art, patientens alder og modenhed og behovet for opfølgning i hjemmet, herunder udøvelse af forældrenes omsorgspligt.

Det var nævnets vurdering, at en ung på 17 ½ år, må kunne forstå information om, at der var blevet boret i en forkert tand.

På denne baggrund fandt nævnet ikke grundlag for kritik af tandlægens information. Nævnet fandt dog, at det havde hensigtsmæssigt, at tandlægen havde informeret forældrene om fejlbehandlingen, så han var sikker på, at forældrene var orienteret om hændelsen.

## 4.5 Hvordan skal informationen gives?

Information skal gives mundtligt. Den skriftlige information bør foreligge ved større indgreb, men den kan aldrig stå alene. Der skal tages individuelle hensyn til alder, modenhed erfaring mv. Tandlægen skal sikre sig, at patienten har forstået informationen, idet informationen skal være en forståelig fremstilling uden fagudtryk.

I nedenstående afgørelse gik nævnet ind i bedømmelsen af, hvor tydelig informationen skal være.

### Sag 104 Klage over manglende information om ændret udseende (2004) ([0446906P](#))

*En 17-årig ung mand havde en vækstbetinget kæbedeformitet, og det blev planlagt, at der skulle foretages en kombineret bøjlebehandling og operation af hans kæber. I oktober 1998 blev han orienteret af en specialtandlæge om den samlede behandlingsplan. I september 2001 foretog en overtandlæge operation med fremadflytning og deling af overkæben. Efter operationen blev patienten fulgt på sygehuset til efterfølgende bøjlebehandling. I oktober 2002 blev han tilbudt en operation for at skaffe bedre plads i venstre næsebor, fjernelse af overskydende brusk og afsmalning af næsen. Da patienten blev indlagt i januar 2003 gav han udtryk for, at hans største problem var runding og fortykkelse i næsetippen i forhold til før operationen. Operation blev aflyst, og han blev henvist til øre-, næse- og halsafdelingen, med henblik på en evt. korrektion.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke forud for indgrebet blev informeret om, at udseendet ville blive ændret så voldsomt.*

Det fremgik af journalen i oktober 1998, at patienten ved en konsultation fik gennemgået en detaljeret behandlingsplan, men at han havde lidt svært ved at forstå den. Patienten blev opfordret til at sætte sig ind i de danske udtryk, som var relevante i denne forbindelse. Behandlingen indbefattede fjernelse af nogle tænder, behandling på øre-, næse- og halsafdelingen efterfulgt af bøjlebehandling i over- og underkæbe. Operation af kæberne var planlagt som en fremadflytning og deling af overkæben.

Overtandlægen oplyste, at patienten ved forundersøgelsen var blevet informeret om, at der kunne forekomme ændringer af udseendet, og han havde fået udleveret en skriftlig patientinformation om kirurgisk korrektion af kæbedeformitet, hvori det tillige blev beskrevet, at der kunne forekomme ændring af blandt andet næsens form.

Det var nævnets vurdering, at patienten forud for operationen blev informeret i tilstrækkeligt omfang til at kunne afgive informeret samtykke til indgrebet.

#### **4.6 Hvem er ansvarlig for, at informationen gives?**

Information skal gives af den tandlæge, der er ansvarlig for behandlingen. Tandlægen kan imidlertid delegerede denne opgave til en anden. Tandlægen er ansvarlig for, at personen, som opgaven er delegeret til, er tilstrækkelig instrueret herom til at kunne give informationen.

Ansvarsfordelingen mellem en forundersøgende tandlæge og en opererende tandlæge fremgår af en af nedenstående afgørelse, idet nævnet ved den konkrete afgørelse fandt, at information om eventuelle bivirkninger ved en operation skal gives til patienten i forbindelse med forundersøgelse.

Det, der vægtes, er således, at rutinerne på klinikkerne er tilrettelagt således, at patienterne i god tid får information, så de kan tage stilling hertil.

#### **Sag 105 (ref. sag 3 og 95) Klage over manglende tandreguleringsbehandling (2003) ([0234219P](#))**

*En 11-årig pige fik i februar 1996 taget aftryk til modeller til brug for tandreguleringsbehandling, og ved undersøgelse i august 1996 fandt specialtandlægen, at der skulle trækkes 4 tænder ud, hvilket skete indenfor den følgende måned.*

*I september 1998 fandt specialtandlægen, at der ikke var behov for yderligere behandling.*

*Da patienten fyldte 16 år, ophørte hun med behandling i den kommunale tandpleje og fortsatte behandling hos privat tandlæge, som i august 2001 skrev til den kommunale tandpleje, at patienten havde gener fra 5+ (anden lille kindtand i højre side af overkæben), der sad i trangstilling.*

*I november 2001 blev patienten undersøgt af specialtandlægen, der fandt, at tandstillingen var uændret fra undersøgelsen i 1998. Der kunne derfor ikke tilbydes tandreguleringsbehandling i kommunalt regi.*

*Patienten havde i hele perioden den samme behandlende tandlæge.*

*Der blev klaget over manglende tilbud om tandreguleringsbehandling.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af den behandlende tandlæge for den manglende information til patienten og hendes forældre i forbindelse med undersøgelsen i september 1998. Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af behandlingen.

Det var nævnets vurdering, at hjemmet burde være informeret herom allerede efter undersøgelsen i september 1998.

Ifølge aftalen om samarbejde mellem specialtandlægen og den kommunale tandpleje var det den behandlende tandlæges ansvar at informere patient og dennes pårørende om gennemførelsen af behandlingsplanen til det skitserede mål.

Det blev oplyst, at såfremt der ikke er særlig aftale herom informerer specialtandlægen direkte ved konsultationen, såfremt forældrene er til stede.

Da der forelå aftale om fordeling af ansvar med hensyn til information, var det på baggrund heraf nævnets vurdering, at ansvaret for information af patienten og hendes forældre hvilede på den tandlæge, der i september 1998 behandlede patienten.

Nævnet fandt derfor grundlag for at kritisere denne tandlæge for ikke at have informeret hjemmet om, at der ikke ville blive iværksat egentlig tandreguleringsbehandling.

## **4.7 Samtykket**

En tandlæge har således pligt til at give den nødvendige information, så patienten kan overskue behandlingsforløbet, herunder eventuelle senfølger af behandlingen, og på baggrund heraf give samtykke til behandlingen.

Et samtykke skal være givet til en konkret behandling. Det skal være aktuelt, således at det gives i forbindelse med en behandling, der skal foretages i nær fremtid. Det skal være klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter, hvilket vil sige, hvilken behandling og behandlingsmetode, det omfatter, og hvad formålet med behandlingen er. Det kan gives mundtligt, men det skal fremgå af patientjournalen, hvilken information der er givet, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund heraf.

Det kan gives skriftligt, som for eksempel ved større indgreb, hvor behandlingen er kompliceret og/eller kan medføre omfattende komplikationer, eller hvis der er formodning om, at der kan blive rejst tvivl om samtykkets afgivelse og omfang. Det kan endvidere gives stiltiende, men det skal

være utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet sin tilslutning til behandlingsforslaget, hvorfor dette som regel kun er i situationer, hvor der er tale om mindre, rutinemæssige behandlinger. Samtykket kan til en enhver tid tilbagekaldes.

Samtykke skal indhentes fra alle patienter, der er fyldt 15 år, medmindre patienten ikke er i stand til at forstå konsekvenserne af sine handlinger. Såfremt det vurderes, at patienten ikke forstår konsekvenserne, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke. I denne vurdering skal sygdommens alvor og konsekvenserne af behandlingen eller mangel på behandling tages i betragtning. Selv om der er tale om en patient, der er mellem 15 og 17 år, og som forstår konsekvenserne af sine handlinger, skal forældremyndighedens indehaver tillige inddrages i patientens stillingtagen. Ved patienter under 15 år, er det forældremyndighedens indehaver, som skal give samtykke, men patienten skal informeres og inddrages i drøftelserne om behandlingen, medmindre det er til skade for patienten. Tilkendegivelser fra en patient, der ikke er fyldt 15 år, skal i det omfang, de er relevante og aktuelle, tillægges betydning.

#### **Sag 106 Klage over manglende information af forældremyndighedens indehaver (1999)** **(9909123P)**

*En 14-årig dreng blev undersøgt i en kommunal tandpleje i februar 1993, og undersøgelsen viste bl.a., at han havde et overbid på ca. 10 mm, samt at der var let pladsmangel til fortænderne i over- og underkæben. Han påbegyndte tandreguleringsbehandling i april 1993.*

*Da behandlingsforløbet var præget af samarbejdsproblemer med hensyn til brugen af det udleverede apparatur (bøjler), blev behandlingen afbrudt, hvilket moderen 9. december 1993 skrev under på, at hun var indforstået med. Specialtandlægen journalførte den 7. december 1993, at drengen ikke var interesseret i en tandreguleringsbehandling, der indebærer, at der skulle trækkes nogle små kindtænder ud, hvorefter hans bid skulle rettes på plads med fast bøjle på tænderne. Drengen ville således ifølge journalen afbryde behandlingen. Moderen oplyste til sagen, at hun ved en telefonsamtale med specialtandlægen den 23. november 1993 ikke blev gjort bekendt med, at der var mulighed for en anden behandlingsform.*

*Specialtandlægen journalførte under denne dato: "...? afbryde behandling eller ekstraktion og fast apparatur.", hvilket vil sige, at han overvejede enten at afbryde behandlingen eller at anvende en anden behandlingsmetode, der indebærer tandudtrækning og fast bøjle på tænderne.*

*Moderen oplyste endvidere til sagen, at hun først blev bekendt med denne mulighed for en ændret behandlingsplan, da hun modtog journaludskriften i forbindelse med behandlingen af hendes klage i Patientklagenævnet.*

*I december 1996 ønskede drengen at få genoptaget sin tandreguleringsbehandling på grund af overbid og pladsmangel til fortænderne i overkæbe, men fik afslag i marts 1997, idet han havde fået behandlingstilbud på det mest gunstige tidspunkt, idet han selv havde ønsket at afbryde tandreguleringsbehandlingen, og idet han var gjort bekendt med, at behandlingen ikke kunne genoptages.*

*Der blev blandt andet klaget over, at moderen ikke var blevet informeret om tandlægens overvejelser vedrørende en anden behandlingsmulighed.*

Patientklagenævnet fandt, at moderen ikke var blevet informeret tilstrækkeligt om de behandlingsmuligheder, der forelå den 23. november 1993, idet hun ved den lejlighed ikke fik noget at vide om overvejelserne om en anden behandlingsform.

Nævnet fandt videre grundlag for at kritisere specialtandlægen, da han ikke sørgede for, at moderen – som indehaver af forældremyndigheden – fik den nødvendige information, inden hun accepterede, at behandlingen med den løse bøjle (aktivatoren) blev afbrudt.

### **Sag 107 Klage over manglende samtykke til udtrækning af tænder hos skizofren patient (2005) ([05F043P](#))**

*En 25-årig mand blev i januar 2004 af privat tandlæge henvist til kariesbehandling og eventuel udtrækning af +7 (anden store kindtand i venstre side af overkæben) i narkose på sygehus.*

*I februar 2004 fandt en overtandlæge ved forundersøgelse, at der var aktiv karies, og det blev aftalt at foretage den nødvendige behandling i narkose. 12 dage senere blev patienten lagt i narkose. Overtandlægen fandt, at kariessituationen var meget dårlig. Tre kindtænder blev trukket ud, fordi de havde kariesangreb, som medførte total destruktion af tændernes krone. Der blev lavet plastfyldninger i tre tænder.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der ikke var givet samtykke til fjernelse af 3 tænder, idet patienten kun var vidende om 2 huller, som skulle laves.*

Patienten havde i 2002 på sygehus fået foretaget fjernelse af flere kariesangrebne tænder. Han blev i januar 2004 ifølge henvisningssedlen henvist under diagnosen skizofreni for kariesbehandling af flere tænder i narkose, fordi det ikke i privat praksis var muligt at udføre andet end forebyggende behandling. I henvisningen blev videre under specielle forhold

nævnt, at patienten var gjort opmærksom på, at der eventuelt skulle foretages udtrækning (ekstraktion).

Nævnet kunne oplyse, at når narkose var nødvendig for behandling, kunne endelig og grundig undersøgelse ikke foretages, før patienten sov i narkosen, og at kariesbehandling spænder fra fluorbehandling til tandudtrækning alt efter kariesdestruktionens størrelse.

*Nævnet fandt herefter, at overtandlægen i tilstrækkeligt omfang havde indhentet patientens samtykke til den foretagne behandling.*

#### **4.8 Journalføring af information og samtykke**

Ifølge § 19 i Sundhedsstyrelsens [bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998](#) om information og samtykke mv., skal den tandlæge, som er ansvarlig for behandlingen, sørge for, at det af journalen fremgår, hvilken information, der er givet, og hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet i relation til behandlingen. Tandlægers pligt til at føre journal følger i øvrigt af [tandlægelovens](#) § 15. De nærmere regler er fastsat i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 942 af 27. januar 2003.

Journalføring af information og samtykke er således en selvstændig pligt. Herudover betragtes journalen som et vigtigt bevis i forbindelse med nævnets vurdering af tandlægens information af patienten. Hvis journalen indeholder tilstrækkelige oplysninger angående den givne information samtidig med at tandlægens udtalelse underbygger dette, anser nævnet som udgangspunkt det for godt gjort, at informationen er givet. Hvis omvendt journalen intet siger om information om en konstateret sygdom, kan dette forhold indgå som et led, der sammen med andre faktorer fører til, at nævnet bedømmer informationen som utilstrækkelig.

Nedenstående afgørelser illustrerer disse to forhold.

#### **Sag 108 Klage over manglende information om erosionssygdom (2004) ([0445902A](#))**

*En 14 ½-årig dreng blev i juni 1999 undersøgt i den kommunale tandpleje, hvor man fandt udtalt slid og syreætsning af fortænderne i overkæben samt kindtænderne. Drengen fik besked om, at han skulle bede sine forældre om at kontakte den kommunale tandpleje telefonisk, hvilket ikke skete. I marts 2000 kontaktede en klinikassistent drengens moder, og i maj 2000 blev drengen på ny undersøgt i den kommunale tandpleje. I januar 2001 flyttede drengen til en anden kommune.*

*I december 2002 blev det ved undersøgelse konstateret, at han havde voldsomme syre- og slidskader.*

*Der blev klaget over, at drengen ikke havde modtaget en korrekt behandling i den kommunale tandpleje, idet man overså eller undlod at informere ham om hans erosions sygdom.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af den af overtandlægen udarbejdede procedure. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om overtandlægen havde etableret et system, der i højere grad sikrede, at forældrene blev kontaktet, hvis de ikke selv henvendte sig efter anmodning herom.

Nævnet oplyste, at det følger af lov om patienters retsstilling § 8, jf. § 6, at patienter der er fyldt 15 år, som udgangspunkt selv kan give informeret samtykke til behandling. Normalt skal forældrene også informeres. Såfremt der er tale om en patient under 15 år, skal patienten informeres og medinddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang, patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan være til skade for patienten. Forældremyndighedens indehaver skal derudover informeres.

Nævnet fandt, at den information som drengen modtog af tandlægen den 14. juni 1999 ikke kunne stå alene, hvorfor det var relevant, at drengen fik besked om, at han skulle bede sine forældre om telefonisk at kontakte den kommunale tandpleje.

Nævnet lagde vægt på, at overtandlægen oplyste, at klinikkens procedure vedrørende kontakt til forældre ikke var blevet fulgt i sagen.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere den information, som drengen modtog i den kommunale tandpleje.

### **Sag 109 Klage over manglende information om parodontitis (2005) ([0548908P](#))**

*En 47-årig kvinde gik til undersøgelser og behandling hos tandlæge A fra juli 1992 til december 2000. Der blev foretaget undersøgelser og tandrensninger regelmæssigt hvert år, og der blev lavet enkelte almindelige plastiske fyldninger.*

*I august 1993 blev der udført almindelig parodontalbehandling, hvilket gentog sig i 1995, 1999 (2 gange) og i 2000 (2 gange). I 1995 noteredes det i journalen, at der skulle observeres for parodontitis, men der sås ikke yderligere undersøgelse herfor. Der blev i 1995 og 1996 instrueret i mundhygiejne.*

*I 1999 konstateredes stor byld (absces) ved +6 (første store kindtand i venstre side af overkæben), der også konstateredes løs. Dette førte ikke til videregående undersøgelser. Der blev ikke på noget tidspunkt taget røntgenbilleder.*

*Patienten blev i 2001 undersøgt hos tandlæge B, dvs. 9 måneder efter sidste undersøgelse og almindelig parodontalbehandling hos tandlæge A. Han konstaterede fremskreden parodontitis (betændelse) i hele tandsættet. Han fandt tillige store mængder tandsten under tankødsranden. Der var desuden totalt svind af knoglefæste (totalparodontitis) på 2 tænder og tab af knoglefæste på mere end 50 % på mange andre tænder.*

*Sundhedsstyrelsen indberettede blandt andet tandlæge As information og journalføring til Patientklagenævnet.*

Nævnet fandt, at tandlæge A havde overtrådt lov om patienters retsstilling § 7 ved sin information af patienten.

Det var ikke noteret i journalen, at tandlæge A havde vurderet effekten af sine behandlinger.

Ifølge tandlægens udtalelse til sagen var det helt uforståeligt for ham, at patienten ikke skulle have fået noget at vide om sin parodontitis førend ved sit sidste besøg i december 2000.

Der var i journalen ingen notater om information om parodontitis hos patienten.

På denne baggrund var det nævnets vurdering, at informationen havde været utilstrækkelig.

Nævnet kunne oplyse, at i henhold til Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse af 25. juli 1977 om tandlægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) skal journalen bl.a. indeholde oplysninger om generelle sygdomme og medicinforbrug, der kan have betydning for tandbehandlingen (generel anamnese) og diagnoser i fornødent omfang (f. eks. diagnoser og udredning for parodontitis), samt angivelse af ansvarlige tandlæge.

Nævnet fandt, at tandlæge As journal på disse områder er mangelfuld, samt at journalen i øvrigt var meget kortfattet.

Tandlæge A anførte i sin udtalelse, at han "på vennebasis" havde journalført parodontalbehandlinger som almindelige tandrensninger (der var dog i journalen nogle steder

indføjet "Alm. PA" efter den journalførte tandrensning), ligesom journalen på samme grundlag var holdt meget kort.

Nævnet kunne oplyse, at formålet med, at tandlæger fører journal over deres patienter, er at sikre, at der over et eventuelt langt tidsrum er sammenhæng mellem diagnoser, behandlinger og kontrol, således at patienten sikres den bedst mulige behandling. Journalen er desuden et vigtigt informationsgrundlag for patienten og et nødvendigt kommunikationsmiddel i de situationer, hvor andre behandlere involveres, eller hvor patienten skifter tandlæge.

Nævnet fandt, at tandlæge As journal ikke tilgodeså disse krav.

## 5 TAVSHEDSPLIGT OG AKTINDSIGT

### 5.1 Tavshedspligt

En tandlæge har tavshedspligt med hensyn til, hvad han erfarer i forbindelse med sin patientbehandling. Dette følger af § 23, stk. 1, i [lov om patienters retsstilling](#), hvor der står:

*”En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger [...].”*

Denne bestemmelse gælder for tandlæger, såvel som for alle andre autoriserede sundhedspersoner.

Pligten til at iagttage tavshed bortfalder, i det omfang patienten giver samtykke til, at oplysninger må videregives.

Desuden findes der en række situationer, hvor oplysninger må videregives uden patientens samtykke. Således må en tandlæge videregive oplysninger uden patientens samtykke, når videregivelsen er nødvendig af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb eller til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, tandlægen selv eller andre, jf. lovens § 24, stk. 2, nr. 1 og 2 og § 26, stk. 2, nr. 2. Ligeledes må oplysninger videregives uden patientens samtykke, når det følger af lov m.v., at oplysningen skal videregives i de tilfælde, hvor oplysningen er væsentlig for den modtagende myndigheds sagsbehandling, eller videregivelsen er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- og kontrolopgaver, jf. lovens § 26, stk. 2, nr. 1 og 3.

#### 5.1.1 Videregivelse af oplysninger på baggrund af økonomisk mellemværende

Patientklagenævnet har i en række sager taget stilling til tandlægers brud på tavshedspligten, hvor baggrunden for sagerne har været, at der bestod et økonomisk mellemværende mellem tandlægen og patienten. Nedenfor refereres to afgørelser, der belyser dette emne.

#### Sag 110 Klage over videregivelse af journaloplysninger til et inkassobureau (2000) ([0019107P](#))

*En 18-årig kvinde var angiveligt ved tre lejligheder udeblevet fra aftalt konsultation hos sin praktiserende tandlæge. Tandlægen krævede i henhold til overenskomst med sygesikringen, at patienten skulle betale for disse udeblivelser. Da patienten nægtede at betale, idet hun*

*hævdede, at hun havde meldt afbud, sendte tandlægen fordringen til et inkassobureau. Som dokumentation for sit krav sendte tandlægen endvidere oplysninger fra patientens journal til inkassobureauet.*

*Der blev klaget over, at tandlægen uden patientens samtykke sendte en kopi af hendes journal til et inkassobureau.*

Patientklagenævnet fandt det ikke godtgjort, at tandlægen havde sendt en kopi af journalen i sin helhed til inkassobureauet. Nævnet fandt imidlertid, at tandlægen havde overtrådt sin tavshedspligt, idet det blev lagt til grund, at tandlægen havde sendt oplysninger om to behandlingsseancer. Nævnet lagde herved vægt på, at tandlægen havde oplyst, at han til inkassobureauet havde sendt en kopi af journalens forside med persondata, oplysning i telegramstil om to behandlingsseancer og tre på hinanden følgende udeblivelser. Det var nævnets opfattelse, at oplysning om de to behandlingsseancer rakte ud over, hvad der var nødvendigt, for at inkassobureauet kunne inddrive det skyldige beløb.

#### **Sag 111 Klage over videregivelse af oplysninger til forældre (2003) ([0342405P](#))**

*En 38-årig mand var senest i oktober 2002 blevet behandlet hos sin praktiserende tandlæge. Efterfølgende havde tandlægen forgæves forsøgt at kontakte patienten på dennes mobiltelefon. I marts 2003 kontaktede tandlægen patientens forældre og forespurgte om patienten fortsat havde det samme telefonnummer. Under samtalen oplyste patientens mor, at hun ville betale sønnens tandlægeregning.*

Nævnet fandt, at tandlægen havde overtrådt sin tavshedspligt, idet det blev lagt til grund at tandlægen i løbet af samtalen oplyste, at patienten havde en ubetalt tandlægeregning.

Nævnet oplyste i den forbindelse, at der i henhold til § 23 i lov om patienters retsstilling gælder en pligt for sundhedspersonen til at iagttage tavshed om, hvad denne under udøvelsen af sit hverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Nævnet oplyste endvidere, at det af vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger fremgik, at ”andre fortrolige oplysninger” eksempelvis kunne være oplysninger af økonomisk karakter herunder gæld.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at videregivelse af oplysningen om den ubetalte tandlæge regning ikke var nødvendig til varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af

væsentlige hensyn til patienten, tandlægen eller andre. Ligeledes fandt nævnet, at tandlægen kunne have benyttet andre muligheder for at finde patientens adresse og telefonnummer end at inddrage patientens forældre i mellemværendet.

### 5.1.2 Videregivelse af oplysninger til offentlig myndighed

I ét tilfælde har nævnet truffet afgørelse, hvor der var klaget over en tandlæges videregivelse af oplysninger til en offentlig myndighed i forbindelse med dennes sagsbehandling:

#### **Sag 112 Klage over videregivelse af patientoplysninger til tandlægenævn (2000) ([0017504P](#))**

*En 55-årig kvinde fik udført forskelligt protesearbejde hos tandlæge A. Efter et halvt års behandling med justeringer af protesen, var hun utilfreds med resultatet, og tandlæge A, der ikke kunne finde fejl ved protesen, anbefalede hende at anmode en anden specialist om at vurdere protesearbejdet.*

*Patienten konsulterede herefter tandlæge B, der foreslog, at der blev fremstillet en ny protese. Patienten klagede herefter over tandlæge A til et amtstandlægenævn. Tandlæge A udfærdigede, efter anmodning fra amtstandlægenævnet, en udtalelse i anledning af klagen.*

*Der blev klaget over, at tandlæge A brød sin tavshedspligt ved i ovennævnte udtalelse til amtstandlægenævnet at videregive oplysninger om patienten uden hendes samtykke.*

Patientklagenævnet fandt, at tandlæge A ikke havde brudt sin tavshedspligt, idet nævnet lagde vægt på, at det havde væsentlig betydning for tandlæge A at svare på amtstandlægenævnets henvendelse. Det var nævnets opfattelse, at det burde have stået patienten klart, at hun ved at indgive klage til amtstandlægenævnet måtte acceptere, at tandlæge A, som den indklagede part, svarede på amtstandlægenævnets henvendelse.

Nævnet oplyste hertil, at det fremgår af overenskomsten mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening, at parterne i en klagesag er forpligtet til at afgive fuld oplysning om alle sagen vedrørende forhold.

## 5.2 Aktindsigt

En patient har som altovervejende hovedregel krav på aktindsigt i sin journal hos tandlægen. Dette følger af § 20, stk. 1, i [lov om patienters retsstilling](#), hvor der står:

*”Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v. [...]”*

Modtager en tandlæge en anmodning om aktindsigt fra en patient, skal han ifølge reglerne i lov om patienters retsstilling snarest og inden 10 dage efter modtagelsen meddele patienten aktindsigt eller orientere patienten om, hvorfor aktindsigt ikke kan gives.

Nævnet har udtalt kritik i tilfælde, hvor fristen på 10 dage ikke blev overholdt:

### **Sag 113 Klage over manglende besvarelse af henvendelse om aktindsigt (2002) ([0233406P](#))**

*En 73-årig mand der var til undersøgelse hos en tandlæge bad i den forbindelse tandlægen komme med et prisoverslag på, hvor meget fremtidig tandbehandling ville koste. Sammen med regning for undersøgelsen fremsendte tandlægen et prisoverslag på fremtidig behandling.*

*Ved brev af 22. januar 2002 anmodede patienten i et brev til tandlægen om kopi af såvel sin journal som af beregning af overslaget over omkostningerne forbundet med eventuel fremtidig tandbehandling. Ved brev af 6. februar 2002 blev anmodningen besvaret.*

Nævnet fandt grundlag for at kritisere tandlægen for hans håndtering af anmodningen om aktindsigt, idet der var forløbet mere end 10 kalenderdage inden anmodningen var besvaret.

Retten til aktindsigt kan begrænses i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til patienten selv eller andre private interesser. Denne bestemmelse, som er en undtagelsesregel, må som udgangspunkt antages ikke at have nogen praktisk betydning i forbindelse med anmodning om aktindsigt i tandlægejournaler.

Såfremt patienten ikke er tilfreds med tandlægens afgørelse af, hvorvidt anmodningen om aktindsigt kan imødekommes, eller hvis tandlægen slet ikke træffer nogen afgørelse, kan spørgsmålet indbringes for Patientklagenævnet, der tager stilling til, om tandlægen har handlet i strid med lov om patienters retsstilling.

Lov om patienters retsstilling trådte i kraft den 1. oktober 1998. Indtil da var spørgsmålet om aktindsigt reguleret i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger. Med indførelsen af lov om patienters retsstilling skete der ikke nogen realitetsændring af reglerne.

### 5.2.1 Aktindsigtens gennemførelse

Aktindsigten kan gennemføres på forskellig måde, eksempelvis ved at patienten får lejlighed til at gennemblæse sin journal hos tandlægen. Patienten har dog krav på at få udleveret en kopi af journalen. Kun hvis helt særlige forhold gør sig gældende, såsom dokumenternes antal, karakter eller form, kan tandlægen nægte at foretage kopiering. Tandlægen kan dog efter omstændighederne kræve betaling for udlevering af kopier, jf. [Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 664 af 14. september 1998](#).

Den nedenfor refererede afgørelse illustrerer tandlægens ret til at kræve betaling.

#### Sag 114 Klage over manglende aktindsigt i røntgenbilleder (2003) ([0339010P](#))

*En 43-årig mand anmodede sin tandlæge om aktindsigt i journalen, herunder om kopi af optagne røntgenbilleder. Tandlægen efterkom anmodningen for så vidt angik journalen, men afslog at udlevere kopi af røntgenbillederne med den begrundelse at disse alene måtte udleveres til en anden tandlæge.*

Nævnet oplyste i den forbindelse, at det fremgår af vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt i helbredsoplysninger, at retten til aktindsigt omfatter hele journalen såvel journalkontinuitationer som bilag, hvorfor patientens ret til aktindsigt også omfattede røntgenbilleder.

Nævnet gjorde endvidere opmærksom på, at såfremt en patient ønsker kopi af specielle dokumenter, kan det altid efter forudgående underretning af patienten kræves, at denne betaler de hermed forbundne omkostninger.

Nævnet fandt, at tandlægen burde have udleveret kopi af røntgenbillederne til patienten, og eventuelt kunne have opkrævet betaling af udgifterne til kopiering.

### 5.2.2 Udlevering af kopier

Nedenstående afgørelse, som er truffet i henhold til lov om patienters retsstilling, viser patientens ret til at få udleveret en kopi af sin journal.

**Sag 115 Klage over manglende udlevering af kopi af journalen (2004) ([0230203N](#))**

*En 65-årig mand henvendte sig personligt i tandlægens praksis og bad om, at få udleveret en kopi af sin journal. Tandlægen imødekom ikke denne anmodning, men tilbød patienten, at han kunne gennemse journalen i hans praksis.*

Nævnet fandt, at tandlægen burde have udleveret en kopi af journalen til patienten, idet tandlægen ikke kunne stille krav om, at patienten mødte til personligt gennemsyn af journalen på stedet heller ikke selvom tandlægen måtte finde det betænkeligt at udlevere afskrift eller fotokopi til patienten uden faglig vejledning.

Nævnet oplyste, at såfremt tandlægen må gå ud fra at patienten har brug for hjælp til at forstå indholdet af en journal, skal han tilbyde hjælp og vejledning, eksempelvis i form af en gennemgang af journalen sammen med patienten, men patienten kan afslå dette tilbud og har derefter krav på at få udleveret en kopi af journalen.

I nedenstående afgørelse, slår nævnet fast, at det forhold, at patienten skylder tandlægen penge, ikke er et helt særligt forhold, som kan begrunde afvisning af at udlevere en kopi af journalen.

**Sag 116 Klage over tandlæges afvisning af anmodning om aktindsigt (1999) ([9907430P](#))**

*En 27-årig kvinde anmodede skriftligt sin tandlæge om at få tilsendt en kopi af sin journal. Tandlægen svarede fem dage efter, at han ikke helt forstod, hvad hendes hensigt var, men at hun kunne kontakte ham eller aftale tid til en samtale. Atten dage senere orienterede hun ham i et brev om, at hans besvarelse ikke var tilfredsstillende, og at hun ville blive nødt til at klage til Patientklagenævnet, såfremt hun ikke fik tilsendt en kopi af sin journal. Tandlægen svarede i et brev otte dage senere, at han ikke forstod, hvad hun ville med en kopi af journalen, og at han ikke udleverede materiale, så længe hun skyldte ham penge. I stedet opfordrede han hende på ny til at ringe og tale med ham.*

*Der blev klaget over, at tandlægen gav patienten afslag på hendes anmodning om aktindsigt i sin journal, idet hun fortsat skyldte ham penge.*

Nævnet fandt, at tandlægen burde have imødekommet patientens anmodninger om at få tilsendt en kopi af journalen. Nævnet oplyste, at en anmodning om kopi af journalen normalt skal imødekommes, medmindre helt særlige forhold gør sig gældende. Det var nævnets vurdering, at tandlægen ikke havde dokumenteret, at der forelå sådanne helt særlige forhold, der kunne begrunde et afslag på at udlevere kopi af journalen. Efter nævnets opfattelse fandtes

et økonomisk mellemværende mellem patient og tandlæge ikke at være et sådant helt særligt forhold.

### 5.2.3 Udlevering af originale akter - journalopbevaringspligten

En patient kan ikke kræve den originale tandlægejournal, røntgenbilleder m.v. udleveret, idet tandlægen i henhold til § 7, stk. 1, i [Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 942 af 27. november 2003](#) om tandlægers pligt til at føre ordnede optegnelser er forpligtet til at opbevare journalen, røntgenbilleder og kliniske fotos i mindst 10 år efter den senest foretagne optegnelse. En tandlæge kan dog med patientens samtykke overdrage den originale journal m.v. til en anden tandlæge, der har taget patienten i behandling. Dette følger af samme bekendtgørelse § 7, stk. 3.

Disse forhold illustreres i nedenstående afgørelse.

#### Sag 117 Klage over afslag på aktindsigt m.v. (1999) ([9910820P](#))

*Den 22. december 1998 gav en 54-årig kvinde skriftligt samtykke til, at tandlæge A kunne indhente journal og røntgenbilleder fra hendes tidligere tandlæge B. Tandlæge B efterkom ikke denne anmodning, idet han gjorde gældende, at der ikke var tale om nogen anmodning om aktindsigt, men derimod om en sædvanlig accepteret form for rekvisition. Tandlæge B anførte, at en journal i henhold til § 5, stk. 2, i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 404 af 25. juli 1977 om journalføring kan overdrages mellem tandlæger, men at der ikke består nogen forpligtelse hertil. Patienten fremsendte herefter ved brev af 11. januar 1999 en anmodning til tandlæge B om fuld aktindsigt i sin journal, herunder de sidste fire røntgenbilleder, idet hun anførte, at materialet skulle sendes til tandlæge A. Brevet var forfattet af tandlæge A, men underskrevet af patienten. Tandlæge B efterkom heller ikke denne anmodning, men svarede patienten, at han ved hendes personlige henvendelse ville iværksætte kopiering af journalen under forudsætning af en økonomisk compensation, der blev ansat til 450 – 500 kr. Tandlæge B har til sagen oplyst, at han opfattede anmodningen om aktindsigt som et forsøg på omgåelse af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse.*

*Der blev klaget over, at tandlæge B trods samtykke fra patienten ikke ville imødekomme anmodningen udfærdiget af tandlæge A den 22. december 1998, samt at han ikke imødekom aktindsigtsbegæringen af 11. januar 1999 ved at fremsende kopi af journalen til tandlæge A. Der blev endvidere klaget over, at tandlæge B ville afkræve patienten et gebyr på 450 – 500 kr.*

Patientklagenævnet fandt, at tandlæge B burde have overdraget sin journal til tandlæge A ved dennes skrivelse den 22. december 1998, idet kvinden havde givet samtykke til overdragelse.

Nævnet oplyste, at det af Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier for tandlægers journalføring af 25. juli 1977, som en bemærkning til reglerne om journalopbevaringspligten, fremgår, at overdragelse bør finde sted, såfremt den ny tandlæge anmoder herom, idet det i forbindelse med en patients overgang til behandling hos en anden tandlæge ofte vil være hensigtsmæssigt blandt andet ud fra strålehygiejniske hensyn.

På baggrund af ovennævnte fandt nævnet således, at tandlæge B burde have overdraget journal og røntgenbilleder til tandlæge A uden beregning. Patientklagenævnet fandt endvidere, at patienten havde krav på aktindsigt i sin journal hos tandlæge B i henhold til sin anmodning om aktindsigt af 11. januar 1999, idet det forhold, at journalen og røntgenbillederne skulle sendes til tandlæge A, samt det forhold, at tandlæge A havde forfattet brevet for patienten, ikke ændrede ved, at anmodningen måtte betragtes som en anmodning om aktindsigt fra patientens side.

Nævnet oplyste, at en patient, der er i stand til at handle fornuftsmæssigt, har ret til ved fuldmagt at lade sig repræsentere af andre i forbindelse med anmodning om aktindsigt i sin journal. Nævnet oplyste i øvrigt vedrørende spørgsmålet om betaling for afskrifter, edb-udskrifter og fotokopier, der udleveres efter lov om patienters retsstilling, at der som betaling for kopi af røntgenbilleder alene kan kræves dækning af de faktiske omkostninger herved. I den forbindelse kunne nævnet oplyse, at røntgenafdelingen på Københavns Tandlægeskole udfører kopieringsopgaver som indtægtsdækket virksomhed. Det fremgår af prisliste herfra, at prisen for kopiering af ét røntgenbillede er 20 kr. for den første kopi og 10 kr. for den næste.

## 6 BILAG

### Statistiske oplysninger om Patientklagenævnets afgørelser i sager vedrørende tandlæger.

**Tabel 1**

Denne tabel viser, hvor mange sager vedrørende tandlæger, der blev antaget til realitetsbehandling i Patientklagenævnet. Tabellen viser endvidere, hvor mange af disse sager, der var indberettet af Sundhedsstyrelsen. Tabellen omfatter ikke anmodninger om genoptagelse.

	Antal antagne sager	Heraf indberettet af Sundhedsstyrelsen
2000	66	2
2001	69	27
2002	80	21
2003	79	22
2004	84	40

**Tabel 2**

Nedenstående tabel viser udfaldet af Patientklagenævnets afgørelser. I tabellen skelnes mellem antal afgjorte sager og antal enkeltafgørelser. Dette skal forstås sådan, at 1 afgjort sag godt kan omfatte mere end 1 tandlæge. Eksempelvis blev der i 2004 afgjort 71 sager, hvor der i alt blev taget stilling til 109 tandlæger. Procenttallene tager udgangspunkt i enkeltafgørelserne.

	Afgjorte sager	Enkeltafgørelser	Ingen lovovertrædelse	Lovovertrædelse
2000	58	69	69,6 %	30,4 %
2001	68	104	47,1 %	52,9 %
2002	67	114	40,0 %	60,0 %
2003	80	135	50,4 %	49,6 %
2004	71	109	63,3 %	36,7 %

**Tabel 3**

Denne tabel viser med udgangspunkt i de afgjorte sager, hvor i sundhedsvæsenet de påklagede hændelser fandt sted.

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Kommunal tandpleje</b>	20	31	26	34	30
<b>Amtstandpleje</b>	0	0	1 <sup>1</sup>	0	1
<b>Privat praksis</b>	23	29	32	34	31
<b>Sygehus</b>	10	3	6	9	7
<b>Tandlægeskolerne</b>	1	4	1	3	1
<b>Fængsler</b>	3	1	1	0	1
<b>Kaserner mv.</b>	1	0	0	0	0

For yderligere statistiske oplysninger henvises til Patientklagenævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk).

---

<sup>1</sup> Sagen vedrørte behandling på et taleinstitut.

## 7 SAGSOVERSIGT

Sag 1 Klage over afslag på tandregulering. Observation af forholdene (2004).....	9
(0443802A) .....	9
Sag 2 Klage over afslag på tandregulering. Observation af tilstanden (2003) (0341010P).....	10
Sag 3 (ref. sag nr. 95 og 105) Klage over afslag på tandregulering. Selvkorrektions efter fjernelse af tænder (2003) (0234219P) .....	11
Sag 4 Klage over afslag på tandregulering. Let trangsstilling (2004) (04F018P) .....	12
Sag 5 Klage over afslag på tandregulering. Observation af forholdene (2001) (0123306A) .....	12
Sag 6 Klage over manglende indikation for tandregulering (2003) (0339012A) .....	13
Sag 7 Klage over afslag på tandregulering. Betydning for efterfølgende fald og beskadigelse af tænder (1999) (9914620A).....	15
Sag 8 Klage over afslag på tandregulering. Løfte om behandling (1998) (9803724P) .....	16
Sag 9 Klage over afslag på tandregulering (1999) (99F028P).....	17
Sag 10 Klage over afslag på tandregulering. Kosmetisk indikation (2001) (0123007P) .....	18
Sag 11 Klage over afslag på tandregulering. Kosmetisk indikation (2003) (0342407P) .....	19
Sag 12 Klage over afslag på yderligere tandregulering. Kosmetisk indikation (2004) (0444615A).20	
Sag 13 Klage over den iværksatte behandlingsplan (2001) (0123307P) .....	22
Sag 14 Klage over manglende behandling af fejllejrede overkæbebehjørnetænder (2001) (0122524P) .....	23
Sag 15 Klage over manglende opfølgning på udtrukket mælketand (1999) (9907429P).....	24
Sag 16 Klage over manglende behandling af et dybt bid og manglende anlæg af tænder (2003) (0341012A) .....	25
Sag 17 Klage over afslag på tandregulering, da tilbud herom tidligere var afvist (1998) (9803731P) .....	26
Sag 18 Klage over afslag på tandregulering, da der ikke var reageret på flere tilbud om behandling (2004) (0444613P) .....	27
Sag 19 Klage over afslag på tandregulering, da der havde været betænkeligheder ved anvendelse af fast apparatur (2002) (0232829P) .....	27
Sag 20 Klage over behandling med aftageligt apparatur, afbrydelse af behandling og anmodning om at genoptage behandling afvist (1998) (9803722P) .....	29
Sag 21 Klage over afslag på tandregulering. Tænderskæren og bidskinne (1999) (9907422P).....	31
Sag 22 Klage over afslag på tandregulering, da store slidskader på tænderne (2005) (0549608P)...	32
Sag 23 Klage over, at tandregulering forårsagede kæbeledsproblemer (1999) (9914623P) .....	34
Sag 24 Klage over, at tandregulering forårsagede kæbeledsproblemer (2002) (0232821P) .....	35
Sag 25 Klage over at tandregulering forårsagede behov for rodbehandling af tænderne (2002) (0235807P).....	37

Sag 26 Klage over resultatet af tandreguleringsbehandling (2000) (0016515P).....	39
Sag 27 Klage over, at tandreguleringsbehandling ikke gav et tilfredsstillende resultat (2003) (0235311P).....	39
Sag 28 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev afsluttet. Sent tandskifte (2003) (0337601P).....	40
Sag 29 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev afsluttet da tænderne efterfølgende skred (2004) (0445618P) .....	41
Sag 30 Klage over at tandreguleringsbehandlingen ikke blev færdiggjort (2004) (04F020P) .....	42
Sag 31 Klage over observation og behandling af karies (2001) (0123004B).....	44
Sag 32 Klage over observation og behandling af karies (2000) (0015606P) .....	44
Sag 33 Klage over utilstrækkelig undersøgelse og behandling (1998) (9803729B) .....	45
Sag 34 Klage over utilstrækkelig behandling af karies (1998) (9802819B).....	46
Sag 35 Klage over fund af flere behandlingskrævende karies-angreb (2004) (04F021P).....	47
Sag 36 Klage over, at tandplejen overså kariesangreb (2004) (04F022P).....	48
Sag 37 Klage over udtrækning af kariesangrebet tand (2001) (0125402B) .....	48
Sag 38 Klage over utilstrækkelig behandling af karies (1998) (9800520B).....	49
Sag 39 Klage over utilstrækkelig diagnostik af kariesangreb (2003) (0341901P) .....	51
Sag 40 Klage over kariesangreb under fyldning (2002) (0229101P) .....	52
Sag 41 Klage over smerter og senere behov for udskiftning af plastfyldning i tand (2003) (0341907P).....	53
Sag 42 Klage over manglende anvendelse af plastmateriale til fyldning (2003) (0341011P).....	54
Sag 43 Klage over behandlingstidspunkt for tand med tanddannelsesforstyrrelser (2003) (0341908P).....	55
Sag 44 Klage over behandling af emaljedefekt (2002) (0235806A) .....	56
Sag 45 Klage over observation og behandling af karies (2000) (01F001B).....	57
Sag 46 Klage over utilstrækkelig behandling (2005) (0548905P).....	59
Sag 47 Klage over utilstrækkelig behandling efter traume (2004) (0445901P) .....	60
Sag 48 Klage over rodbehandling (2000) (0123309P) .....	62
Sag 49 Klage over rodbehandling (2001) (0123310B).....	62
Sag 50 Klage over rodbehandling med rodfyldningsoverskud (2002) (0235314P) .....	63
Sag 51 Klage over rodbehandling – materiale anvendt til ætsning (2000) (0018229B).....	64
Sag 52 Klage over rodbehandling af mælketand (2001) (0127629P).....	65
Sag 53 Rodbehandling – indikation og behandling (2001) (0122592P).....	66
Sag 54 Indberetning vedrørende manglende konstatering af parodontitis (2004) (0443805P) .....	68
Sag 55 Indberetning vedrørende manglende konstatering af parodontitis (2003) (0337002P) .....	68
Sag 56 Klage over nervelæsion ved fjernelse af visdomstand (1998) (9806627P) .....	69
Sag 57 Klage over læsion af tungenerven ved fjernelse af visdomstand (1998) (9802818P) .....	71

Sag 58 Klage over gener efter fjernelse af visdomstand (1998) (9800529P).....	72
Sag 59 Klage over komplikationer ved operation af for stor underkæbe (1998) (9802817P).....	73
Sag 60 Klage over, at tandlæge afviste operation på grund af patientens psykiske tilstand (1998) (9806629P).....	74
Sag 61 Klage over anvendelse af forkert skruetrækker (1999) (9908321P).....	75
Sag 62 Klage over at operation ikke afhjalp gener og beskadigede en nerve (2000) (0019102P) ....	75
Sag 63 Klage over mislykket forsøg på påpladssætning af udslået tand (1998) (9800532P).....	77
Sag 64 Klage over at forkert tand blev trukket ud (2000) (0016509P).....	78
Sag 65 Klage over tandudtrækning forud for strålebehandling (2002) (0127618P).....	78
Sag 66 Klage over fejl ved anlæggelse af bedøvelse (2003) (0338505P) .....	79
Sag 67 Klage over fejl ved anlæggelse af bedøvelse (2001) (0124310P) .....	80
Sag 68 Klage over nerveskade efter fjernelse af visdomstand (2004) (0444617P).....	80
Sag 69 Klage over nerveskade og manglende smagssans efter fjernelse af visdomstand (2002) (0230206P).....	81
Sag 70 Klage over fejl ved lejring (2001) (0127619P).....	82
Sag 71 Klage over bedøvelse (2000) (0020501A).....	83
Sag 72 Klage over, at tandlæge trak den forkerte tand ud (2003) (0341905P).....	84
Sag 73 Klage over, at tandlægen bedøvede og borede i en forkert tand (2002) (0230504P) .....	85
Sag 74 Indberetning af tandlæge, der fortsatte operation, selvom medhjælpende sygeplejerske havde stukket sig på en suturnål (2002) (0233401B) .....	85
Sag 75 Klage over, at tandlægen foretog behandling med forurenede instrumenter (2002) (0235809P).....	86
Sag 76 Klage over behandling med implantater (2001) (0016513P).....	87
Sag 77 Klage over at protese ikke fungerede, da den sad forkert på implantater (2002) (0235315P) .....	89
Sag 78 Klage over, at tandlægen ikke fandt grundlag for at behandle medfødt misfarvning af tænderne (2002) (0232820A).....	90
Sag 79 Klage over behandling af læbe – tandtraume på skadestue (2003) (0339507A).....	91
Sag 80 Klage over at tandlæge ikke iværksatte relevant behandling, men alene tilbød behandling med bidskinne (2003) (0339504P).....	93
Sag 81 Indberetning af tandlæges mangelfulde undersøgelse af et meget ustabil sammenbid (2004) (0444620P).....	94
Sag 82 Indberetning af tandlæges mangelfulde undersøgelse og behandling af symptomer på en kræftsvulst i underkæben (2002) (0233408P).....	95
Sag 83 Tandlæge anmodede om genoptagelse af en sag, hvor nævnet tidligere havde kritiseret behandling med en ætsbro (2001) (P) .....	96
Sag 84 Indberetning af tandlæges journalføring (2001) (0127627P) .....	98

Sag 85 Indberetning af manglende tandbehandling (2002) (0232828P) .....	98
Sag 86 Indberetning af information og journalføring (2004) (0445904P).....	99
Sag 87 Indberetning af behandling af parodontitis (2003) (0341911P).....	99
Sag 88 Indberetning af manglende tandbehandling og mangelfuld journalføring (2001) (0127616P) .....	100
Sag 89 Indberetning af mangelfuld behandling af parodontitis (2002) (0229802A).....	101
Sag 90 Indberetning af journalføring (2003) (0341406P) .....	101
Sag 91 Klage over manglende tandregulering (2001) (0123006A) .....	102
Sag 92 Klage over fyldningsbehandling (1999) (9913928P).....	103
Sag 93 Indberetning af journalføring af behandling (1999) (9907427P).....	103
Sag 94 Klage over manglende information forud for fjernelse af visdomstand (2000) (0019101P) .....	105
Sag 95 (ref. sag 3 og 105) Klage over utilstrækkelig information om konsekvenser af manglende behandling (2003) (0234219P) .....	107
Sag 96 Indberetning af manglende information om prognosen for plastbehandlede tænder (2002) (0235316P).....	108
Sag 97 Klage over, at der ikke blev iværksat relevant behandling i forbindelse med tandreguleringen (2003) (0341012A) .....	110
Sag 98 Klage over manglende information om, at der kunne opstå smerter og om behandlingen heraf (2004) (0443803P).....	111
Sag 99 Klage over manglende information af føleforstyrrelser ved fjernelse af knoglecyste (2000)(0018227P) .....	113
Sag 100 Klage over komplikationer efter fjernelse af en visdomstand (1999) (99F029P).....	114
Sag 101 Klage over utilstrækkelig information om risiko for bivirkninger og følger efter en operation (2002) (0123304P) .....	114
Sag 102 Klage over manglende information af forældremyndighedens indehaver ved behandling på en skadestue (2001) (0122529A) .....	116
Sag 103 Klage over manglende efterfølgende information af forældre til en person under 18 år (2002) (0230504B).....	117
Sag 104 Klage over manglende information om ændret udseende (2004) (0446906P) .....	118
Sag 105 (ref. sag 3 og 95) Klage over manglende tandreguleringsbehandling (2003) (0234219P)	119
Sag 106 Klage over manglende information af forældremyndighedens indehaver (1999) (9909123P) .....	121
Sag 107 Klage over manglende samtykke til udtrækning af tænder hos skizofren patient (2005) (05F043P).....	122
Sag 108 Klage over manglende information om erosionssygdom (2004) (0445902A) .....	123
Sag 109 Klage over manglende information om parodontitis (2005) (0548908P).....	124

Sag 110 Klage over videregivelse af journaloplysninger til et inkassobureau (2000) (0019107P).	127
Sag 111 Klage over videregivelse af oplysninger til forældre (2003) (0342405P) .....	128
Sag 112 Klage over videregivelse af patientoplysninger til tandlægenævn (2000) (0017504P).....	129
Sag 113 Klage over manglende besvarelse af henvendelse om aktindsigt (2002) (0233406P) .....	130
Sag 114 Klage over manglende aktindsigt i røntgenbilleder (2003) (0339010P).....	131
Sag 115 Klage over manglende udlevering af kopi af journalen (2004) (0230203N).....	132
Sag 116 Klage over tandlæges afvisning af anmodning om aktindsigt (1999) (9907430P).....	132
Sag 117 Klage over afslag på aktindsigt m.v. (1999) (9910820P) .....	133