

Birthe Cortsen og Eskild Klausen Fredslund

Voks tandpleje i Danmark

Organisering af voks tandplejen i Danmark
i sammenligning med de øvrige nordiske lande
og i forhold til voksenbefolkningens risikoprofil



Publikationen *Voksentandpleje i Danmark* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-772-0

Projekt 2891

Juni 2013

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00



Forord

Nærværende rapport er den tredje og sidste i rækken af delrapporter, der skal beskrive resultaterne af Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen. Tandundersøgelsen var koblet op på Statens Institut for Folkesundheds KRAM-undersøgelse, og i perioden fra januar 2008 til udgangen af januar 2009 blev de odontologiske data indsamlet. Den praktiske gennemførelse af Tandundersøgelsen foregik i et samarbejde mellem Tandlægeforeningen og Tandlægeskolen i København.

Tandundersøgelsen kom til at omfatte 4.402 borgere i alderen 18-96 år bosiddende i 13 danske kommuner. Den første delrapport med titlen "Tandstatus – tandsundhed objektivt og subjektivt vurderet" (1) blev offentliggjort i begyndelsen af februar 2012. Den anden delrapport med titlen "Sammenhæng mellem oral sundhed og generel sundhed, livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser" (2) blev offentliggjort i begyndelsen af januar 2013.

Denne sidste delrapport fokuserer på risikoprofiler i voksentandplejen i fremtiden og sammenligner det danske voksentandplejesystem med voksentandplejesystemerne i de tre nordiske lande – Sverige, Norge og Finland. Nærværende delrapport baserer sig til dels på resultater fra de to tidligere delrapporter og dels på et litteraturstudie. Desuden vil denne tredje delrapport danne grundlag for efterfølgende egentlige videnskabelige publikationer, som forskergruppen bag Tandundersøgelsen fremover vil publicere. Det betyder, at forskergruppen vil formulere og besvare hypoteser inden for de enkelte delområder, og disse for-

skere vil gå mere i dybden, end det har været hensigten inden for rammerne af denne tredje delrapport.

Målgruppen for denne rapport er først og fremmest Tandlægeoverenskomstens parter, dvs. Danske Regioners Lønnings- og Takstnævn samt Tandlægeforeningen. Derudover er målgruppen alle, der beskæftiger sig med og interesserer sig for tandpleje og voksentandplejesystemet.

Rapporten er udarbejdet af senior projektleder, tandlæge, MPH Birthe Cortsen i samarbejde med projektleder, cand. scient.oecon. Eskild Klausen Fredslund og med faglig sparring fra lektor, dr.odont. Nils-Erik Fiehn. Der er læst internt review på nærværende rapport af lektor, dr.odont. Nils-Erik Fiehn og senior projektleder, cand.merc.int. Lone Bilde. Rapporten har været i eksternt review hos professor, dr.odont. Dorthe Holst, Tandlægeskolen i Oslo, og hos professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet. Alle takkes for deres engagement og konstruktive kommentarer.

KORA (tidligere DSI) ønsker at takke deltagerne i Tandundersøgelsen, Statens Institut for Folkesundhed og en lang række forskere ved Tandlægeskolerne i København og Århus, uden hvem denne rapport ikke var blevet til. KORA ønsker også at takke økonomiske bidragsydere til Tandundersøgelsens dataindsamling og efterfølgende afrapportering: Tandlægenes fond i Danske Regioner "Midler til fællesforanstaltninger på tandlægeområdet", Sygekassernes Helsefond, Trygfonden og Tandlægeforeningen.

Jan Rose Skaksen
Direktør, professor
KORA

Nils-Erik Fiehn
Lektor, dr. odont.
Københavns Universitet

Forord	3
Odontologiske forkortelser og ordforklaringer	6
Resumé	7
1. Undersøgelsens baggrund og formål	10
1.1 Baggrund	10
1.2 Formål	11
2. Materiale og metode	12
2.1 Materiale	12
2.2 Metode	12
2.3 Rapportens opbygning	13
3. Voksentandplejen i de fire nordiske lande	14
3.1 Danmark	14
3.2 Sverige	17
3.3 Norge	20
3.4 Finland	22
3.5 Opsummering af voksentandplejen i de fire nordiske lande	23
4. Risikoprofiler i voksentandplejen i Danmark i de kommende årtier	24
4.1 Risiko for tandsygdomme som følge af sociale forhold	24
4.2 Risiko for tandsygdomme som følge af alder	24
4.3 Risiko for tandsygdomme som følge af livsstil	25
4.4 Risiko for tandsygdomme som følge af generelle lidelser	25
4.5 Risiko for tandsygdomme som følge af lægemiddelbrug	26
4.6 Opsummering af risikofaktorer i forhold til orale sygdomme	26
5. Faktorer af betydning for brug af voksentandpleje	27
5.1 Faktorerens betydning for brug af tandplejen i Danmark	27
5.2 Brug af tandpleje i de andre nordiske lande	28
5.3 Sammenligning af brug af voksentandpleje i de fire nordiske lande	29
5.4 Opsummering af faktorer af betydning for brug af voksentandplejen	30
5.5 Opsummering af benyttelse af voksentandplejetilbuddet i de nordiske lande	30
6. Brugerbetaling for sundhedsydelse – herunder for voksentandpleje i fire nordiske lande	31
6.1 Sundhedsydelser med brugerbetaling	31
6.2 Fordelingen af brugerbetalingen på sundhedsydelser	32
6.3 Brugerbetaling for tandpleje i de nordiske lande	32
6.4 Brugerbetalings betydning for valg af behandlinger	34
6.5 Konsekvenser af brugerbetaling for tandpleje	34
6.6 Opsummering af brugerbetaling for sundhedsydelser i de fire nordiske lande	34
6.7 Opsummering af brugerbetalingen for voksentandpleje i de fire nordiske lande	35
7. Den opnåede tandsundhed i fire nordiske lande	36
7.1 Antal tænder og DMFT i de fire nordiske lande	36
7.2 Opsummering af den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til antal bevarede tænder	37
7.3 Opsummering af den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til DMFT	37

8. Diskussion	38
8.1 Metode	38
8.2 Kontekst for og organiseringen af voksentandplejen	39
9. Konklusioner og anbefalinger	46
9.1 Lige adgang og lighed i tandstatus	46
9.2 Voksentandpleje kun i privat regi i Danmark	46
9.3 Risikofaktorer og risikoprofiler	46
9.4 Erfaringer med forebyggelsesstrategier	46
9.5 Fremme delegering af tandplejeopgaver	46
9.6 Strukturelle tiltag og virkemidler	47
9.7 Identificering af risikoprofiler	47
9.8 Regional tilkaldeordning	47
9.9 Omlægning af det offentlige tilskud	47
9.10 Definere målet med det offentlige tilskud til tandpleje i fremtiden	47
Litteratur	49
Bilag 1: Sammenligning af en række forhold i de fire nordiske lande	56



Odontologiske forkortelser og ordforklaringer

Aftagelig protetik	fx helproteser og delproteser der kan tages ud af munden
Attrition	slid
Betandet	patienter med tænder i munden i modsætning til tandløse
BOP%	procentandel af steder hvor tandkødet bløder, når der måles tandkødsломmer
Caries	huller i tænderne
DMFT	forkortelse for Decayed (carierede), Missing (mistede), Filled (fyldte) Teeth (tænder)
DMFS	forkortelse for Decayed (carierede), Missing (mistede), Filled (fyldte) Surfaces (tandflader)
Erosion	syreskader på tandemaljen og tandbenet
Fast protetik	fx kroner og broer der er fastcementeret
Gingiva	tandkød
Gingival	i tandkødet
Gingivitis	betændelse i tandkødet
Hyposalivation	manglende spytksekretion
Inflammation	betændelsesreaktion
LEON-princip	forkortelse for Lavest Effektive OmkostningsNiveau
Odontofobi	tandlægeskræk
Odontologisk	det der vedrører tænder og deres sygdomme
Parodontitis	betændelse i tændernes støttevæv
Parodontal	i tændernes støttevæv
Parodontose	parodontose, sygdom i tændernes støttevæv, dvs. i tandkødet og knoglen omkring tandrødderne
Poche	tandkødsломme
Protetik	omfatter kroner, broer, implantater, delproteser og helproteser
Restaurering	fyldning/krone/bro, som erstatter mistet tandvæv eller tand
Residual poche	tilbagebleven tandkødsломme
Tandimplantat	en kunstig rod af metal, som indsættes i kæbebenet, hvor en naturlig tand mangler
Traume	tandskade som følge af uheld

Resumé

Denne rapport belyser voksentandplejen i Danmark, Sverige, Norge og Finland og beskriver endvidere risikoprofiler i voksentandplejen i Danmark i de kommende år. Rapporten er den tredje i en række af delrapporter vedrørende Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen. Tandundersøgelsen blev gennemført i perioden januar 2008 til og med januar 2009. Undersøgelsen omfattede 4.402 voksne danskere mellem 18 og 96 år fra 13 forskellige kommuner i Danmark.

Det overordnede formål med Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen var at kortlægge voksne danskernes aktuelle orale sundhedsstatus med henblik på at etablere et objektivt fundament for planlægning af tandplejen i privat praksis i Danmark. Men da stikprøven ikke blev repræsentativ for den danske befolkning, men kun kunne generaliseres til den del af voksenbefolkningen, der benytter voksentandplejen regelmæssigt, måtte det oprindelige formål med denne tredje delrapport ændres.

Formålet med denne rapport er derfor at beskrive voksentandplejen i Danmark, Sverige, Norge og Finland, dels med henblik på at beskrive forskellene i tilbuddene i dag i de fire nordiske lande, og dels med henblik på at skaffe inspiration til planlæggere af voksentandplejen i Danmark. Derudover er formålet at belyse risikoprofiler i voksentandplejen i relation til en række demografiske, epidemiologiske, ætiologiske og socioøkonomiske faktorer.

Rapporten belyser endvidere faktorer af betydning for brug af voksentandplejen og sammenligner befolkningernes benyttelse af voksentandplejetilbuddet i de fire nordiske lande. Der gives en beskrivelse af brugerbetaling for sundhedsydelser, herunder for voksentandpleje, og brugerbetalingen for voksentandpleje i de fire nordiske lande sammenlignes. Desuden beskrives og sammenlignes den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til specifikke outcome-mål.

Struktur

Med udgangspunkt i en relevant model beskrives de fire nordiske landes tandplejemodeller. Modellen består af en strukturel ramme, som omfatter lovgivning på tandplejeområdet, myndighedernes retningslinjer for udførelse af tandpleje, overenskomster og nationale styringsredskaber, opstillede målsætninger og kvalitetsmål samt evaluering og finansiering af tandpleje. De overordnede rammer har betydning for organiseringen og økonomien i tandplejen, og inputtet afgør, hvorledes de overordnede rammer dimensioneres, ligesom inputtet influerer på tilrettelæggelsen af tilbuddet, dvs. organisationen og økonomien.

Inputtet omfatter en lang række eksterne faktorer, der udgør den kontekst, som voksentandplejen skal operere på baggrund af, og som voksentandplejen ikke har indflydelse på. Det er faktorer som fx befolkningstæthed og demografien i voksenbefolkningen, uddannelses- og indkomstforhold, tidligere deltagelse i børnetandplejetilbuddet, tandlægeskræk, forekomsten af fluorid i drikkevandet, livsstilsfaktorer som sukkerindtagelse, læskedrikindtag, rygning og alkoholindtag,

forekomsten af livsstilsbetingede sygdomme og lægemiddelforbruget. Under input hører også ressourcer som fx det tandplejepersonaleudbud, der er til rådighed, uddannelseskapacitet, rekrutteringsmuligheder og geografisk dækning samt den til rådighed værende teknologi for voksentandplejen.

Organisering omfatter fx hvordan voksentandplejetilbuddet er tilrettelagt: eksempelvis privat og/eller offentligt tilbud, store/små enheder, arbejdsdeling blandt personalegrupper og bemandsningsgrad. Mens økonomi omfatter honorarstruktur, herunder myndighedernes mulighed for regulering, prisfastsættelse af ydelserne, egenbetaling, tilskudssystem, forsikringsmuligheder, tilkaldeordninger, incitamenter for patienterne, incitamenter for udbydere, fx aflønningsformer, samt eventuelle indbyggede uhensigtsmæssigheder. Flere af disse faktorer er beskrevet og diskuteret for de fire nordiske lande.

Både input til voksentandplejen og organisering af tandplejetilbuddet og økonomien i voksentandplejen har betydning for voksentandplejens resultater (output og outcome). Output omfatter fx barrierer for brug af tandplejen, brug af tandpleje og hyppighed af besøg, målgrupper som deltager, egenomsorg, selvurderet oral sundhed, forekomst af caries, parodontose og erosioner. Outcome omfatter fx antal bevarede egne tænder og DMFT.

Resultater

På baggrund af sammenligningen af de fire nordiske landes voksentandplejemodeller viste der sig en række ligheder og en række forskelligheder.

Lighederne:

- Alle fire lande etablerede vederlagsfri tandpleje for børn og unge i begyndelsen af forrige århundrede
- Alle fire lande har en vis grad af offentligt tilskud til voksentandpleje bortset fra Norge, som kun har offentligt tilskud til prioriterede grupper af voksne
- Store dele af voksenbefolkningerne i alle fire lande går regelmæssigt til tandlæge
- Alle fire lande har fokus på forebyggelse af tandsygdomme i tandplejetilbuddet
- Alle fire lande har særlige ordninger for afgrænsede persongrupper/risikogrupper/prioriterede grupper, men det er ikke helt de samme grupper i de fire lande
- Alle landene har løbende gennemført reformer af voksentandplejen og tilskudssystemet
- Alle landene har en vis grad af faglige kriterier knyttet til tandplejedydelserne, og der arbejdes på nationale retningslinjer i Danmark og Sverige
- Alle landene har større eller mindre udfordringer i relation til demografiske og socioøkonomiske forskelle i benyttelsen af voksentandplejen
- Alle fire landes befolkninger har oplevet stor forbedring i tandstatus
- I alle fire lande er der fortsat social ulighed i tandsundhed blandt voksne.

Forskellighederne:

- I modsætning til de andre tre lande tilbyder Danmark ikke voksentandpleje i både offentligt og privat regi
- I modsætning til Sverige og Norge har Danmark ikke fastsat referencepriser på ydelserne
- Danmark indberetter tandstatus på voksenbefolkningen i modsætning til de andre nordiske lande
- Danmark har ikke haft rekrutterings- og dækningsgradsproblemer i samme omfang som især Norge og Finland
- Vægten af det offentlige tilskud til tandpleje er lagt på basalydelser i Danmark og Finland, mens Sverige har lagt vægt på beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje, og Norge har lagt vægt på hel eller delvis vederlagsfrihed for prioriterede grupper i voksenbefolkningen, hvor behovet for tandpleje er betinget i medfødte forhold eller sygdom.

Rapporten identificerede følgende risikofaktorer i forhold til orale sygdomme:

- Risiko for tandsygdomme som følge af sociale forhold
- Risiko for tandsygdomme som følge af alder, herunder flere bevarede tænder, tandsygdomme – en akkumuleret proces, behovet for støbte restaureringer og kognitiv funktionsnedsættelse
- Risiko for tandsygdomme som følge af livsstil, herunder sukkerindtag og læskedrikke, rygning og alkoholindtag
- Risiko for tandsygdomme som følge af generelle lidelser, herunder metabolisk syndrom, prædiabetes, diabetes og forhøjet blodtryk
- Risiko for tandsygdomme som følge af lægemiddelbrug, herunder polyfarmaci, lægemiddeltypen med orale bivirkninger og kolesterolsænkende medicin.

Faktorer af betydning for brug af voksentandplejen identificeredes til følgende:

- Køn, alder, uddannelse, indkomst, etniske grupper og tandlægeskræk.

Sammenligningen af de fire befolkningers benyttelse af voksentandplejetilbuddet viste, at:

- en mindre andel af de yngste voksne har benyttet voksentandplejen
- de største andele, der har benyttet tandplejen, er i Danmark de 50-59-årige, i Norge de 55+-årige, i Sverige de 70+-årige, mens der i Finland ses en faldende andel i befolkningen over 65 år, der har benyttet tandplejen
- nordmænd uanset aldersgruppe har de største andele, der har benyttet tandplejen
- indtil 65-årsalderen har danskerne de næststørste andele, der har benyttet tandplejen
- i Sverige ses der med alderen en lineær stigning i andelen, der har benyttet tandplejen, og ved 65-års alderen overhales danskerne af svenskerne.

Sammenligning af brugerbetaling for sundhedsydelse i de fire nordiske lande viste, at:

- den samlede brugerbetaling på sundhedsydelse er relativt lavere for danskere sammenlignet med svenskere, nordmænd og finner
- brugerbetaling for sundhedsydelse i Danmark er koncentreret på færre sundhedsområder end i de tre andre nordiske lande.

Sammenligning af brugerbetalingen for voksentandpleje i de fire nordiske lande viste, at:

- yngre personer har lavere udgifter til tandpleje sammenlignet med ældre personer
- brugerbetalingen for tandpleje stiger op igennem livet og topper omkring 75-årsalderen for så at falde blandt de ældste aldersgrupper
- både svenskere og nordmænd over 40 år har en større årlig brugerbetaling for tandpleje sammenlignet med danskere.

Sammenligning af den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til antal bevarede tænder viste, at:

- det gennemsnitlige antal bevarede tænder falder igennem livet
- det gennemsnitlige antal tænder er højere blandt danskere i forhold til de tre andre lande
- blandt de ældste aldersgrupper har nordmænd og finner bevaret relativt færre tænder sammenlignet med svenskere og danskere

Sammenligning af den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til DMFT viste, at:

- den gennemsnitlige carieserfaring udtrykt som DMFT øges igennem livet
- det gennemsnitlige DMFT er lavest blandt danskere i forhold til de tre andre lande.

Konklusion

Rapporten konkluderer, at på trods af store forskelle i organiseringen og finansieringen af voksentandplejetilbuddet i de nordiske lande står alle landene fortsat over for udfordringer i relation til at nå hele voksenbefolkningen. I relation til ældrebefolkningen ser Sverige ud til at have held med at motivere ældre over 65 år til at fastholde regelmæssige tandundersøgelser meget langt op i alderen.

Det konkluderes endvidere, at der er opnået en god oral sundhed blandt personer, der deltager i tandplejetilbuddet, men det står fortsat tilbage at sikre lige adgang til tandpleje og reducere uligheden i tandsundhed for befolkningen generelt – især for den ældre del af befolkningen.

Konklusionen omfatter desuden refleksion over:

- Udbud af voksentandplejetilbud i både den offentlige tandpleje og i privat praksis

- Ældre generationer med ophobning af risikofaktorer
- Diversiteten i ældrepopulationen
- Identificering af højrisikoindivider
- Fokus på fastholdelse af ældre og gamle i regelmæssige tandplejebesøg
- Gode resultater i Børne- og Ungdomstandplejen med populationsbaseret forebyggelsesstrategi
- Målrettet forebyggelsesstrategi i relation til højrisikogrupper
- Komplekse patienter medfører øget arbejdsbelastning for tandlæger
- Uddelegering af arbejdsopgaver
- Strukturelle tiltag og virkemidler
- Udjævning af social ulighed i tandsundhed
- Mere omkostningseffektiv indretning af det offentlige tilskud.

Der præsenteres en trinvis model for identificering af højrisikoindivider på baggrund af en "risikoscore", centralt udtræk af personer der ikke er i tandlægenes regelmæssige tilkaldelørdninger samt opsøgende indkaldelse til tandundersøgelse fra regionen. Og der oplistes en række spørgsmål og overvejelser, som er relevante for sundhedsmyndighederne (Sundhedsstyrelsen) og Tandlægeoverenskomstens parter (Danske Regioner og Tandlægeforeningen) at diskutere i relation til at definere målet med det offentlige tilskud til voksentandpleje i fremtiden.

Håbet er, at rapportens indhold kan virke som inspiration i forhold til videreudvikling af voksentandplejetilbuddet samt i forbindelse med tilrettelæggelsen af det offentlige tilskud til voksentandpleje i Danmark. ■

1

Undersøgelsens baggrund og formål

1.1 Baggrund

1.1.1 Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen

Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen blev iværksat med henblik på at kortlægge voksne danskeres aktuelle orale sundhed, styrke forståelsen for generelle sygdommes og livsstilsfaktoreres indflydelse på de hyppigste sygdomme i mundhulen samt etablere et objektive fundament for planlægning af tandplejen i privat praksis i Danmark.

Tandundersøgelsen blev gennemført i perioden 1. januar 2008 til 31. januar 2009. Første delrapport (1) udkom i februar 2012 og omhandlede kortlægning af 4.402 voksne danskeres orale sundhed. Anden delrapport (2) udkom i januar 2013 og påviste sammenhænge mellem oral sundhed og generel sundhed, livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser hos disse 4.402 voksne danskere.

Det var oprindeligt formålet, at tredje delrapport skulle vurdere behovet for fremtidig tandbehandling med særligt fokus på de kommende ældregrupper med henblik på at etablere et veldokumenteret fundament for planlægning af dansk voksentandpleje i fremtiden. Det skulle ske ved at gennemføre fremskrivninger af sygdomsprævalenser og herudfra estimere scenarier for fremtidige tandpleje- og behandlingsbehov i den danske voksenbefolkning. Desuden skulle de sundhedsekonomiske konsekvenser af behovsscenerierne vurderes med henblik på fremtidige behov for tandplejepersonale, finansierings- og organiseringsmodeller for tandplejen samt afledte konsekvenser for overenskomster.

1.1.2 Voksentandpleje i de nordiske lande

Da det viste sig, at stikprøven både i KRAM-undersøgelsen og dermed også i Tandundersøgelsen ikke blev repræsentativ for hele den danske befolkning, blev det nødvendigt at justere formålet for den sidste delrapport vedrørende Tandundersøgelsen. Som følge heraf vil denne tredje delrapport belyse voksentandplejen i Danmark i perspektivet af voksentandplejen i tre andre nordiske lande – henholdsvis Sverige, Norge og Finland. De nordiske lande har nemlig tilrettelagt voksentandplejetilbuddet meget forskelligt både for så vidt angår det offentlige tilskud til tandpleje og for så vidt angår udbudssiden – offentlige og/eller private udbydere.

Forskellene ligger bl.a. i, at Danmark yder tilskud til en række "basale" tandplejeydelser til alle patienter, der vælger at benytte voksentandplejetilbuddet, og voksentandpleje udbydes stort set kun af private udbydere. I Sverige yder det offentlige primært tilskud til patienter med stort behov for tandpleje, og jo større behov patienten har, desto større ydet tilskud. Samtidig har voksenbefolkningen i Sverige mulighed for at få tandpleje enten i den offentlige tandpleje eller i privat praksis.

I Norge ydes der ligeledes tilskud til patienter med behov for mere omfattende tandpleje, men her skal behovet være begrundet i medfødte forhold eller sygdom. Størstedelen af voksenbefolkningen får dog ikke tilskud til tandpleje, og voksentandpleje udbydes også her af både offentlige og private udbydere. I Finland har man for ti år siden reformeret og udbygget hele tandplejeområdet, så hele voksenbefolkningen – og ikke kun de yngre voksne – nu får tilskud til tandpleje i et parallelt system i offentligt og privat regi.

Tilblivelsen og udviklingen af de forskellige nordiske landes voksentandplejesystemer, som de kendes i dag, bygger på en lang række beslutninger, tiltag og reformer, som er foregået igennem cirka 100 år.

1.1.3 Målsætningen for voksentandplejen i Danmark

Den overordnede målsætning for tandplejen i Danmark er, "at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet" (3).

Opretholdelse af en god tandsundhed livet igennem er komplekst og afhænger af indflydelsen af en række forskellige faktorer, som hver især kan kompromittere tandsundheden og forøge risikoen for caries og andre sygdomme i mundhulen (4). Befolkningens egenomsorg (dvs. hjemmetandpleje) og brug af voksentandpleje vil de fleste opfatte som afgørende for, at befolkningen opretholder en god oral status (5).

1.1.4 Risikofaktorer i relation til oral sundhed

Men der er flere andre væsentlige faktorer, som må inddrages i risikovurderingen, når den enkeltes risikoprofil skal fastslås. Derfor beskrives risikoprofiler i voksentandplejen i fremtiden – særligt med fokus på de kommende ældre generationer. Risikoprofiler er en kategorisering af personer i forhold til deres risiko for et dårligt resultat (output eller outcome – se definition side 13) af tandplejen. Personer med høj risiko har eksempelvis behov for en særlig indsats, fx i form af særlig intervention, mere forebyggelse, flere ydelser eller behandlinger, hvilket medfører, at de bliver dyrere patienter. De faktorer med betydning for den enkeltes risikoprofil, som vil blive belyst i denne rapport, er bl.a. demografiske og sociale forhold, livsstil og generelle sygdomme.

Rapporten lægger vægt på at beskrive tandplejetilbuddet til den brede del af befolkningen i hvert land, mens tilbud til særlige grupper kun nævnes kortfattet. Bilag 1 bagerst viser en sammenligningstabel for en række forhold i de fire nordiske lande.

1.2 Formål

Formålet med denne rapport er, at:

- beskrive voksentandplejen i Danmark, Sverige, Norge og Finland med henblik på at sammenligne tilbuddene i dag i de fire nordiske lande og med henblik på at skaffe inspiration til planlæggere af voksentandplejen i Danmark
- beskrive risikoprofiler i voksentandplejen i relation til en række demografiske, epidemiologiske, ætiologiske og socioøkonomiske faktorer
- beskrive faktorer af betydning for brug af voksentandplejen og sammenligne benyttelse af voksentandplejetilbuddet i de fire nordiske lande
- beskrive brugerbetaling for sundhedsydelser – herunder voksentandpleje – og sammenligne brugerbetalingen for voksentandpleje i de fire nordiske lande
- beskrive den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande ved at sammenligne landenes resultater på tandstatus. ■

2 Materiale og metode

2.1 Materiale

Rapporten baserer sig dels på resultater fra de to tidligere del-rapporter (1, 2) vedrørende Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen og dels på et studie af bøger, rapporter, videnskabelige artikler, artikler fra nyhedsmedier og hjemmesider. Herudover indgår forfatternes baggrundsviden i rapporten, og en række problemstillinger er drøftet i fora med flere andre medarbejdere i KORA med viden inden for området.

2.2 Metode

Rapporten er et litteraturstudie baseret på litteratursøgning i videnskabelige databaser, bl.a. PubMed-databasen. Ved litteratursøgningen i PubMed-databasen er der søgt på enkelte Mesh-words og på kombinationer af Mesh-words. Litteratursøgningsprocessen har været ekstensiv og explorativ, således at ny erhvervet viden i søgningen hele tiden har dannet baggrund for yderligere søgning i detaljer.

2.2.1 Model for analysen

Til beskrivelse af konteksten for voksentandplejen og faktorer af betydning for voksentandplejens organisering og resultater anvendes modellen i figur 1 nedenfor. Modellen anvendes i beskrivelsen af de forskellige nordiske landes tandplejemodeller. Overordnet er der en strukturel ramme, som voksentandplejen skal agere indenfor. Først og fremmest udgøres den

strukturelle ramme af målsætningen for tandplejen i Tandplejelovens § 1, hvori det hedder, "at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevæner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet" (6).

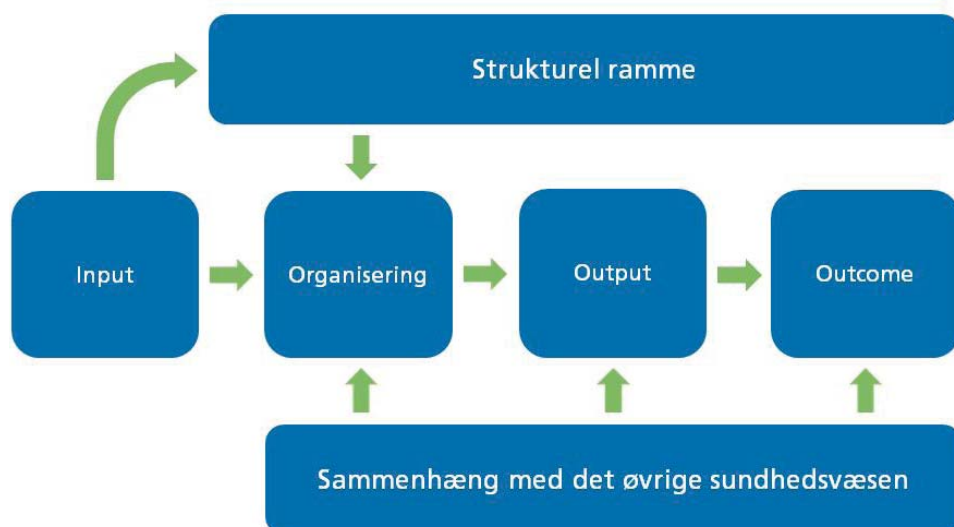
Endvidere udgøres den strukturelle ramme af den til enhver tid gældende Tandlægeoverenskomst (7), som foreskriver, at "den brede befolkning skal tilbydes et generelt, basalt tandplejetilbud, men overenskomsten skal ikke søge at imødekomme enkelte patienters særlige behov for tandpleje" (8).

Den strukturelle ramme udgøres således både af lovgivning på tandplejeområdet, myndighedernes retningslinjer for udførelse af tandpleje, overenskomster og nationale styringsredskaber, opstillede målsætninger, kvalitetsmål og evaluering samt finansieringen af tandpleje.

De overordnede rammer har betydning for organiseringen og økonomien i tandplejen, men også inputtet afgør, hvorledes de overordnede rammer dimensioneres, ligesom inputtet influerer på tilrettelæggelsen af tilbuddet, dvs. organisationen og økonomien.

Inputtet omfatter en lang række eksterne faktorer, der udgør den kontekst, som voksentandplejen skal operere på baggrund af, og som voksentandplejen ikke har indflydelse på. Det er faktorer som fx befolkningstæthed og demografien i

Figur 1: Model for analysen



voksenbefolkningen, uddannelses- og indkomstforhold, tidligere deltagelse i børnetandplejetilbuddet, tandlægeskræk, forekomsten af fluorid i drikkevandet, livsstilsfaktorer som sukkerindtagelse, læskedrikindtag, rygning og alkoholindtag, forekomsten af livsstilsbetingede sygdomme og lægemiddelforbruget. Under input hører også ressourcer som fx det tandpleje-personaleudbud, der er til rådighed, uddannelseskapacitet, rekrutteringsmuligheder og geografisk dækning samt den til rådighed værende teknologi for voksentandplejen.

Af pladshensyn vil ikke alle disse eksterne faktorer blive behandlet i detaljer for hvert enkelt af de fire nordiske lande, men der vil blive lagt vægt på at beskrive risikoprofiler for tandplejen i fremtiden – særligt med fokus på de kommende ældre generationer. Der tages bl.a. udgangspunkt i resultater fra de to tidligere delrapporter (1, 2), og der suppleres med opdateret viden omkring andre risikopatienter, der ikke var i særligt fokus for KRAM-undersøgelsen.

Organisering omfatter fx, hvordan voksentandplejetilbuddet er tilrettelagt i privat og/eller offentligt tilbud, store/små enheder, arbejdsdeling blandt personalegrupper og bemandingsgrad. Mens økonomi omfatter honorarstruktur, herunder myndighedernes mulighed for regulering, prisfastsættelse af ydelserne, egenbetaling, tilskudssystem, forsikringsmuligheder, tilkaldeordninger, incitamenter for patienterne, incitamenter for udbyderne, fx aflønningsformer, samt eventuelle indbyggede uhensigtsmæssigheder. De fleste af disse faktorer vil blive beskrevet og diskuteret for de fire nordiske lande.

Både input til voksentandplejen og organisering af tandplejetilbuddet og økonomien i voksentandplejen har betydning for voksentandplejens resultater (output og outcome). Grænserne mellem output og outcome kan være flydende, idet nogle af de nævnte faktorer og indikatorer/mål kan befinde sig i begge kasser.

Output omfatter fx barrierer for brug af tandplejen – herunder forekomst af tandlægeskræk (den del af tandlægeskræk der forårsages af tandlægerne selv), brug af tandpleje og hyppighed af besøg, målgrupper som deltager, egenomsorg, selvvurderet oral sundhed, forekomst af caries, parodontose og erosioner. Mens outcome fx omfatter antal bevarede egne tænder, antal sunde tænder, DMFT (Decayed (carierede), Missing (mistede) og Filled (fyldte) Teeth (tænder)) og DMFS (Decayed (carierede), Missing (mistede) og Filled (fyldte) Surfaces (tandflader)). Flere af disse faktorer vil blive beskrevet for de fire nordiske lande med fokus på Danmark.

Modellen indeholder desuden kassen "Sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen", som omfatter samarbejdet mellem voksentandplejen og sundhedsvæsenet. Dette samarbejde er relativt begrænset for så vidt angår den brede raske del af befolkningen, som benytter voksentandplejetilbuddet.

2.3 Rapportens opbygning

Rapporten er bygget op med et kapitel, der beskriver den historiske udvikling af voksentandplejesystemet i Danmark, Sverige, Norge og Finland (kapitel 3). Derefter beskrives risikoprofiler i voksentandplejen i Danmark i de kommende år (kapitel 4). Der gives en beskrivelse af benyttelsen af voksentandpleje i de fire nordiske lande og barrierer for brug af tandpleje (kapitel 5). Derefter redegøres for brugerbetaling for sundhedsydelser, herunder tandpleje i de fire nordiske lande (kapitel 6), og den opnåede tandsundhed for de fire lande sammenlignes (kapitel 7). Efter diskussionen (kapitel 8) indeholder rapporten konklusioner og anbefalinger (kapitel 9). ■

3 Voksentandplejen i de fire nordiske lande

3.1 Danmark

Den første offentlige skoletandpleje i Danmark blev etableret på Frederiksberg i 1910 (9). Baggrunden var, at da Frederiksberg Kommune i 1909 undersøgte tænderne hos 1.554 skolebørn, var der kun 12, der ikke havde caries. Det var altså ikke uden grund, at fremtrædende folk i kommunen gik med tanker om at oprette en skoletandklinik.

For 100 år siden var forekomsten af tandsygdomme i Danmark omfattende og behandlingskapaciteten utilstrækkelig, idet der var under 300 tandlæger (10). Den mindst tidskrævende og dermed mest almindelige behandling i forbindelse med tandsmerter var derfor tandudtrækning. Og selv unge mennesker fik trukket mange tænder ud og nogle fik indsat tanderstatninger i form af aftagelige proteser.

3.1.1 Historisk udvikling

Sygekasserne etableres

I 1901 stiftedes De Samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark. Sygekasserne blev vant til at samarbejde med lægerne med en "takst 1", som fungerede således, at de sunde i princippet betalte for de syge (11). Fra 1916 blev det igennem sygekasserne muligt for ubemidlede borgere også at få statsstøtte til cariesbehandling, og i 1918 blev der indgået en overenskomst mellem Dansk Tandlægeforening og sygekasserne omfattende en række behandlingsydelser (10).

Sygekasserne kunne selv beslutte, om de ville yde tilskud til forskellige former for tandbehandlinger eller udelukkende til tandudtrækninger. Ligeledes kunne de vælge mellem at tilbyde medlemskab efter en "takst 1" eller "takst 2". Takst 1 var baseret på en årlig grundydelse betalt af sygekassen og en mindre kontrolafgift på de enkelte ydelser betalt af patienten, mens takst 2 var baseret på, at sygekassen betalte en andel – mindst halvdelen – af ydeshonoraret for hver enkelt ydelse (10).

Stykprishonorar

Mens kun en mindre andel af lægernes patienter trængte til lægehjælp i løbet af året, så havde cirka 90 % af sygekassemedlemmerne tandsygdomme, og mange af patienterne havde mange tandproblemer (11). Derfor var tandlægerne mere interesserede i sygekassernes takst 2, dvs. stykprishonoraret – og derfor er honorarsystemet i voksentandplejen i dag baseret på stykprishonorarer (11). Denne model fungerede indtil 1960'erne (10).

I 1959 blev sygekasseoverenskomstens takst 1 ophævet, og tandlægeydelser var herefter baseret på ydeshonorering i alle sygekasser. Efter overenskomsten mellem Dansk Tandlægeforening og sygekasserne i 1962 udløb uden at være blevet fornyet, fulgte en overenskomstløs periode, indtil den første landsdækkende overenskomst mellem De Samvirkende Centralforeninger af Sygekasser i Danmark og Dansk Tandlægeforening blev indgået i 1965 (10).

Landsoverenskomst og regelmæssig tandpleje

Landsoverenskomsten medvirkede til at udjævne hidtidige geografiske og sociale skævheder. Ydeshonoreringen blev mere differentieret, og der indførtes en regelmæssig ungdomstandplejeordning for den del af befolkningen, som var over 16 år og født efter 1945. Den regelmæssige ungdomstandplejeordning bestod i, at regelmæssige tandundersøgelser præmieredes ved forhøjelse af tilskuddet til behandlinger, og ved at selve tandundersøgelsen var vederlagsfri. Ordningen blev tilrettelagt, således at der skete en årgangsvis udbygning, så hele befolkningen over tid ville blive omfattet og dermed ville blive tilbudt vederlagsfri regelmæssig tandundersøgelse og forhøjede behandlingstilskud (10).

Den regelmæssige tandplejeordning bestod i, at borgere, som var tilmeldt ordningen, 6-7 måneder efter seneste tandbehandling modtog et tilkaldekort fra sygesikringen med opfordring om at bestille tid til tandundersøgelse inden 14 dage. Såfremt borgeren ikke fik aftalt en tid, blev der yderligere 6-7 måneder efter fremsendt en ny opfordring. Såfremt borgere herefter fortsat ikke havde aftalt tid, var vedkommende ikke længere omfattet af den regelmæssige tandplejeordning og kunne herefter kun opnå (et lavere) tilskud i henhold til den almindelige tandplejeordning. Ved henvendelse på den kommunale socialforvaltning eller på tandklinikken kunne borgere dog genoptages i den regelmæssige tandplejeordning (10).

Etablering af den offentlige sygesikring

I 1973 var den offentlige sygesikring blevet etableret ved lov (12), hvilket sikrede obligatorisk sygesikring til alle borgere finansieret over skatterne (13). Sygekassernes opgaver blev dermed overført til den offentlige sygesikring ved, at sygesikringen overtog den gældende tandlægeoverenskomst uden ændringer, dvs. med hovedvægt på behandlinger såsom tandfyldninger, rodbehandlinger og tandudtrækninger. Samtidig skete der en sammenlægning af fortsættelsesygekasserne, der var rene gensidige forsikringsselskaber for bedre stillede, som kunne opnå statsanerkendelse, men ikke tilskud (13). Fortsættelsesygekasserne blev dermed til en landsdækkende sygeforsikring, som i dag kendes som "danmark" (10).

Prioritering i sundhedsvæsenet

I 1974 nedsatte indenrigsministeren Prioriteringsudvalget vedrørende sundhedsvæsenet, som fik til opgave inden for to år at "tilvejebringe et grundlag for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse med det sigte at udnytte de begrænsede ressourcer mest muligt" (13). Baggrunden for nedsættelse af Prioriteringsudvalget var en generel bekymring for den meget betydelige vækst i sundhedssektoren og en vis tvivl om, hvorvidt ressourceindsatsen blev udnyttet på den rigtige måde (13).

Især aktiviteten i privat tandlægepraksis var øget inden for de foregående 10-20 år – der var sket en fordobling af sundhedsvæsenets udgifter til voksentandpleje fra 1955-1970 bl.a. som følge af en øget dækningsgrad af praktiserende

tandlæger. Ministeriet var nu bekymret for, om man havde et fornødent styringssystem, der kunne regulere aktiviteten inden for et liberalt erhverv (13).

Opprioritering af forebyggelse

Prioriteringsudvalget endte med at anbefale, "at den forebyggende indsats øges i sundhedssektoren såvel som i andre samfundssektorer" og konkluderede, at "på længere sigt må der ved fordeling af ressourcer mellem forebyggelse og sygdomsbehandling tillægges den forebyggende indsats større vægt end hidtil" (13).

Også i betænkning om befolkningens tandsundhedsstatus og tandlægevæsenet fra 1976 (12) udtrykte embedsmændsgruppen under Sundhedsstyrelsen bekymring for, hvordan befolkningens muligheder for tandpleje skulle udvikles på lang sigt, således at der blev givet mulighed for systematisk forebyggende og bevarende tandpleje for hele befolkningen, idet man mente, ordningen med private tandlægepraksisser med tilskud fra sygesikringen (sammenlignet med tandpleje på klinikker drevet af det offentlige) begrænsede mulighederne for offentlig styring med deraf følgende sundhedsmæssige og socialpolitiske problemer (12).

Forsøg med profylakseydelse

Opfattelsen af behovet for opprioritering af forebyggelsen kom helt konkret til at præge tandplejeområdet, idet der i 1978 som forsøgsordning i Tandlægeoverenskomsten blev etableret en forebyggende tandplejeydelse – den såkaldte profylakseydelse – mod gingivitis. Forsøgsordningen blev dog kun tilbudt de yngste aldersgrupper, der hørte under den regelmæssige ungdomstandplejeordning, og evaluering af ordningen viste positiv effekt (14).

Offentlige besparelser i 1980'erne

I 1982 var den regelmæssige tandplejeordning et tilbud til de 16-37 årige, og godt 80 % var tilsluttet ordningen. På grund af offentlige besparelser afbrød man dog den årgangsvise udbygning af den regelmæssige tandplejeordning i 1983, hvorefter den kun omfattede de 16-30 årige (10).

Det medførte, at de cirka 500.000 tilmeldte borgere i alderen 30-37 år (ud af cirka 640.000 berettigede borgere i den aldersgruppe) ikke længere kunne deltage i den regelmæssige tandplejeordning med et relativt højt tilskud (70 %), men blev overført til den almindelige tandplejeordning med et relativt mindre tilskud (50 %). Derudover medførte det, at de 30-37 årige ikke længere kunne få undersøgelsen vederlagsfrit, dvs. fuldt betalt af sygesikringen, og at de ikke modtog tilkaldekort med jævne intervaller (10).

Sygesikringen kunne umiddelbart herefter vise, at antallet af tandundersøgelser for de 30-37 årige faldt med 8 %, mens antallet af tandundersøgelser blandt andre aldersgrupper i samme periode kun faldt med 2,5 %. Man turde dog ikke konkludere, at faldet i antal tandundersøgelser var forårsaget af det manglende tilkaldekort og/eller den øgede brugerbetaling (10).

Ligeledes på grund af besparelse på de offentlige finanser reduceredes i 1981 tilskudsprocenten i den regelmæssige tandplejeordning fra 75 % til 70 % og i den almindelige tandplejeordning fra 66 % til 60 %. Og i 1983 reduceredes tilskudsprocenten i disse to ordninger yderligere fra henholdsvis 70 % til 60 % og fra 60 % til 50 % (10).

Parodontalordningen

For at følge med den tandlægefaglige udvikling besluttede Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Dansk Tandlægeforening, at overenskomsten i 1982 forsøgsvist indtil 1985 skulle udvides med en parodontalordning omfattende hele voksentandplejens målgruppe. Ordningen betød udvidelse af overenskomsten, således at der kunne gives tilskud til undersøgelse for og behandling af tandkødsbetændelse og parodontose, og samtidig fjernede man profylakseydelsesordningen.

Parodontalordningen blev finansieret ved, at man øgede intervallet mellem de regelmæssige tandundersøgelser i den regelmæssige tandplejeordning fra seks til syv måneder (10). I løbet af de første to år med parodontalordningen viste det sig, at 6 % af tandplejens brugere havde fået en eller flere parodontalydelser (10) samtidig med, at en netop gennemført undersøgelse havde vist, at parodontoseforekomsten i befolkningen var udbredt (15).

Moderniseringsudvalget

I perioden 1988-1997 øgedes antallet af tandplejeydelser, som var omfattet af overenskomsten med den offentlige sygesikring, med i gennemsnit 0,3 % årligt pr. person/bruger af voksentandplejen (16). I 1996 havde man nedsat et "moderniseringsudvalg på tandlægeområdet", der havde til opgave at se nærmere på Tandlægeoverenskomstens ydelser – herunder overveje behovet og mulighederne for en ændret tilrettelæggelse af voksentandplejetilbuddet (8).

Moderniseringsudvalget kom med sine anbefalinger i 1997 og vurderede bl.a., at Tandlægeoverenskomsten fortsat skulle udformes som et tilbud om basal tandpleje til den brede befolkning, der i videst muligt omfang kunne dække "et sædvanligt" behov for tandpleje. Derimod skulle Tandlægeoverenskomsten ikke udformes med henblik på egentlige "risikogrupper" i befolkningen, dels fordi der ikke fandtes nogen sikker metode til at udpege disse grupper, og dels fordi disse risikogrupperes behov blev vurderet så specielle, at de burde tilgodeses ved særligt tilrettelagte tilbud (8).

Indberetning af tandsundhedsdata

I 2000 blev man ved overenskomstforhandlingerne enige om, at de praktiserende tandlæger skulle begynde at registrere og indberette summariske tandsundhedsdata til Sundhedsstyrelsen for tre årgange af patienter (25-, 40- og 65-årige). Indberetningen omfattede antal naturlige tænder, antal tænder med fyldning og antal tænder med caries. Målet var i første omgang at få dokumentation for udviklingen i voksenbefolkningens tandsundhed (17). Med den seneste overenskomst (7) har man på baggrund af indberetningerne bestemt, at tilkaldeinterval-

lerne skal forlænges for så vidt angår patienter med meget god tandsundhed – se senere.

3.1.2 Voks tandplejen i dag

I overenskomsten på voks tandplejeområdet skelnes der mellem basale ydelser, hvortil der ydes offentligt tilskud (fx undersøgelser og tandrensninger), og "luksus"-ydelser (fx kroner, broer og proteser), som er fuldt ud egenfinansieret. De basale ydelser, som den brede del af befolkningen anses at have brug for, yder det offentlige højere eller lavere tilskud til, og honoraret på cirka to tredjedele af ydelserne fastsættes efter forhandlinger mellem Tandlægeforeningen og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Honorarerne, der forhandles på plads, er såkaldte maksimale grundhonorarer (7), mens der er fri prisfastsættelse på alle øvrige ydelser, også kaldet "de frie ydelser".

I det første årti efter årtusindskiftet fremlagde forskellige politiske partier fra begge sider i Folketinget flere gange forslag om vederlagsfri tandpleje og øget tilskud til parodontosepatienter. Det medførte, at Sundhedsstyrelsen for Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejdede en udredning om omfordeling af tilskuddet i voks tandplejen (18), som udkom i 2007.

Sundhedsstyrelsen pegede på, at der godt kunne foretages en omlægning af tilskudssystemet, uden at det medførte forringelse af tandsundheden, og således at tilskuddet i højere grad ville tilgodese patienter, der som følge af sygdom (parodontose) havde særligt behov for tandpleje. Samtidig bemærkede Sundhedsstyrelsen, at socialt dårligt stillede var overrepræsenteret i gruppen af borgere med parodontose, og dermed ville denne gruppe også blive tilgodeset ved højere tilskud til parodontosebehandling (18). Men da udredningen lå færdig, blev den ikke umiddelbart taget op af det politiske system.

Udvidelse af indkaldeintervaller

Med Tandlægeoverenskomsten fra 2010 (7) blev det som ovenfor nævnt besluttet, at indkaldeintervallet for patienter med meget god tandsundhed skulle forlænges, således at disse patienter ikke længere automatisk skulle indkaldes hver sjette måned. Sundhedsstyrelsen er i øjeblikket ved at udarbejde nationale retningslinjer for indkaldeintervaller, men indtil de foreligger, har Tandlægeforeningen udarbejdet retningslinjer, som de praktiserende tandlæger anbefales at anvende (19). I Tandlægeforeningens retningslinjer opereres med tre grupper af risikoprofiler i voks tandplejen: "Patienter med lav risikoprofil", som det anbefales at indkalde med et interval på 12 måneder eller derover; "patienter med moderat risikoprofil", som det anbefales at indkalde med et interval på 6-10 måneder, og "patienter med høj risikoprofil" som det anbefales at indkalde med et interval på 2-4 måneder.

Risikovurdering af den enkelte

Ved risikoprofilvurderingen anbefaler Tandlægeforeningen, at følgende faktorer inddrages i vurderingen: Carieserfaring og aktivitet i forhold til aldersgruppen (DMFT), mundhygiejne, spytsekretion, kost – herunder hyppighed af sukkerindtag,

fluorindtag, sygdomme eller medicinering, der kan prædisponere for øget cariesaktivitet, gingivalindeks eller BOP%, forekomsten af residuale pocher over 4 mm, tandtab, knogletab i forhold til alder vurderet på røntgen, rygning og systemisk eller genetisk prædisponering for øget parodontal sygdomsaktivitet (19).

Omfordeling af tilskudsmidlerne

Ved finanslovsforhandlingerne i efteråret 2012 kom tandplejen på dagsordenen igen. Sundhedsstyrelsens konklusioner i udredningen fra 2007, som pegede på, at tandrensninger bliver leveret til patienterne hyppigere, end der er belæg for, og at tilskud til færre tandrensninger ikke vil forringe tandsundheden (18), kom i spil. Det førte til, at det årlige tilskud til tandrensninger i voks tandplejen blev beskåret med DKK 180 millioner om året med virkning fra 1. januar 2013. Samtidig indførtes et ekstra tilskud til tandpleje på DKK 180 millioner til modtagere af de laveste ydelser efter Lov om aktiv socialpolitik. Disse DKK 180 millioner fordeles til kommunerne som DUT-penge (Det Udvidede Totalbalanceprincip). Kommunerne skal anvende pengene som tilskud til tandpleje for fx kontant-hjælpsmodtagere og modtagere af andre ydelser på kontant-hjælpsniveau.

Målgruppen for ydelserne skal desuden enten være mellem 18-24 år, og her dækkes 100 % af tandplejeudgifter ud over den første brugerbetaling på DKK 600, eller være 25+-årig, og her dækkes 65 % af tandplejeudgifterne, der overstiger en brugerbetaling på DKK 800. Det er endvidere et krav, at hvis udgiften til et samlet behandlingsforløb overstiger DKK 10.000, så skal kommunen vurdere, om behandlingen er nødvendig og helbredsmæssigt begrundet (20). Derudover får epilepsipatienter ret til vederlagsfri behandling af ulykkesbetingede tandskader som følge af epileptiske anfald og kommer dermed til at tilhøre de nedenfor omtalte afgrænsede persongrupper med særlige behov.

Der er således noget, der tyder på, at man fra politisk side i øjeblikket er parat til at gribe ind og omfordele tilskudsmidlerne i voks tandplejen udenom overenskomstens parter, således at der målrettes midler til dels at behandle sygdomme i mundhulen, dels at nedsætte brugerbetalingen for socioøkonomisk vanskeligt stillede voksne med det formål at mindske den sociale ulighed i tandsundhed.

Tilskudsordninger til afgrænsede persongrupper med særlige behov

I Danmark ydes der helt eller delvis vederlagsfri tandpleje til en række afgrænsede persongrupper, som har særligt behov for tandpleje. Samlet set omfatter ordningerne formodentlig mellem 100.000-200.000 voksne personer.

Det drejer sig om omsorgstændpleje (6), som ydes til personer over 18 år, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan benytte de almindelige tandplejetilbud, hvor der i 2011 var tilmeldt cirka 30.000 personer – et antal der har været faldende efter kommunalreformen (21).

Specialtandpleje ydes til sindslidende, udviklingshæmmede samt personer med bestemte generelle lidelser, fx cerebral parese, autisme og sclerose (22), og der er formodentlig omkring 31.000 personer, som er berettigede til at modtage dette tilbud (23).

Patienter med sjældne sygdomme eller handicap skal tilbydes rådgivning og/eller behandling hos højt specialiserede teams i de to odontologiske Landsdels- og Videnscentre (24). Hovedparten er børn og unge eller yngre voksne. I centrenes første ti funktionsår fra 2002-2012 er 1.827 personer (primært op til 20 år) blevet visiteret til og behandlet i de to centre (25).

Regionen yder et særligt tilskud til tandpleje til kræftpacienter, der efter strålebehandling i hoved- eller halsregionen eller på grund af kemoterapi har betydelige dokumenterede tandproblemer. Herudover yder regionen et særligt tilskud til tandpleje til personer, der kan dokumentere betydelige tandproblemer som følge af Sjögrens Syndrom (6). Sundhedsstyrelsen vurderede i 2001, at det drejede sig om 250 nye kræftpacienter pr. år og 850 personer med Sjögrens Syndrom (23).

Kommunerne kan yde støtte til tandproteser til personer i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader på tænder, mund og kæber. Ydelsen er indkomstuafhængig, og det er en engangsydelse, som ikke udbetales, hvis anden forsikring dækker (23). Det har ikke været muligt at finde tal for, hvor mange der har fået støtte via denne ordning.

Kommunen kan endvidere yde tilskud til tandpleje i henhold til Aktivloven og Pensionsloven. Efter ansøgning foretages en trangsvurdering i forhold til, om den enkelte er berettiget til tilskud til tandpleje (6, 22). Det har ikke været muligt at finde tal for, hvor mange der har fået støtte via disse ordninger.

Herudover ydes vederlagsfri tandpleje til indsatte i danske fængsler (6) samt til værnepligtige (6).

3.2 Sverige

3.2.1 Historisk udvikling

I 1938 afprøvede svenske tandlæger et tandplejesystem for børn finansieret af staten (26), og herved opstod Folk tandvården – den offentlige tandpleje. Hurtigt dukkede klinikker op for børn på skoler, og de tandlæger, der stod for tandbehandlingen af børnene, blev utålmodige efter også at kunne behandle voksne, som også havde stort behov, på disse tandklinikker.

Behandling af voksne i den offentlige tandpleje

I 1944 besluttede Sveriges daværende regering, at hver klinik måtte yde tandbehandling til voksne i halvdelen af kliniktiden. Tandbehandlingen blev ydet til fastsatte priser, som hurtigt var lavere end prisen hos tandlæger i privat tandlægepraksis (26).

I midten af 1960'erne havde den offentlige tandpleje – Folk tandvården – travlt, mens de privatpraktiserende tandlæger ikke havde nok at lave. Det skyldtes, at Folk tandvården var understøttet af offentligt tilskud, mens prisen på ydelserne hos de privatpraktiserende tandlæger var 5-6 gange større. De privatpraktiserende tandlæger begyndte derfor at flytte ind i de

større byer, hvorved mere end 300 kommuner stod uden tandlæger i det hele taget (26).

Beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje

I 1974 gennemførtes derfor en tandplejereform, som havde til formål at sikre hele befolkningen adgang til tandpleje til en overkommelig pris, således at den sociale ulighed i tandsundhed blev reduceret eller helt elimineret (27).

Tandpleje for voksne (20+ år) blev herved baseret på et fast stykprissystem pr. ydelse og to tilskuds niveauer: 50 % tilskud for udgifter op til SEK 1.000 og 75 % tilskud for udgifter over SEK 1.000 – et såkaldt "høgekostnadsskydd" (karensbeløb). Behandlingsforslag, som ville udløse 75 % tilskud, skulle dog forhåndsgodkendes (27).

Patientens brugerbetaling udgjordes af forskellen mellem den pris, som tandlægen opkrævede fra patienten, og den del af prisen der blev ydet tilskud til af det nationale svenske tandplejeforsikringsystem "Försäkringskassan" (28), og priserne for forskellige behandlinger var reguleret gennem forsikringsvilkårene.

Løbende tilpasning af tilskudssystemet

I 1982 blev det rapporteret, at mere end halvdelen af de offentlige udgifter under Tandplejeforsikringen blev ydet til 10 % af patienterne (29). I perioden 1974-1997 var tilskudssystemet blevet revideret 64 gange som følge af de stigende udgifter for staten til tandpleje (30). De løbende ændringer i forsikringsvilkårene medførte igennem årene en stigende brugerbetaling for patienterne. Eksempelvis betalte patienten i perioden 1974-1991 (i årets priser) SEK 4.425 for en behandling, som kostede SEK 13.500, mens brugerbetalingen for patienten med udgifter til behandling i samme beløbsstørrelse var steget til SEK 9.230 i perioden 1997-1998 (28). Dette system kunne give patienter incitament til at samle behandlinger sammen eller til at få udført mest muligt ad gangen, idet brugerbetalingen faldt med stigende regningsbeløb. Eksempelvis var patientens brugerbetaling 60 % af de første SEK 3.000 i 1990, men kun 25 % af beløb over SEK 3.001. I 1996-97 var disse beløbsgrænser ændret, således at patientens brugerbetaling var 100 % på de første SEK 7.000, 65 % på beløbet mellem SEK 7.001-13.500 og 30 % på beløb over SEK 13.501 (28).

Fokus på forebyggelse

I 1999 reformeredes tandplejetilskuddet, således at alle fik ret til tilskud til basistandpleje, dvs. undersøgelser, forebyggelse, fyldninger, rodbehandlinger osv. Høgekostnadsskydd (karensbeløbet) blev bevaret, således at der først udløstes tilskud til protetiske tandbehandlinger (kroner, broer, implantater), når patientens brugerbetaling var mere end SEK 3.500 (28). Fra politisk side overvejede man, om tilskuddet til tandpleje skulle differentieres i forhold til den enkelte patients indtægtsforhold, men den idé blev forkastet (30).

Alle tandlæger og tandplejere skulle tilslutte sig tilskudssystemet. Formålet med denne reform var i princippet det samme som i 1974-reformen, men samtidig havde reformen mere fokus på forebyggelse frem for reparativ tandpleje (30), idet

man gerne ville udvikle og bevare den gode tandsundhed, som var opnået.

Grupper med særlige tandplejebehov

En vigtig hensigt med reformen var desuden at give mere offentligt tilskud til personer, som på grund af sygdom eller nedsat funktion havde særlige tandplejebehov (30). Disse patientgrupper fik derfor forhøjet tilskud til basal tandpleje og skulle ikke selv afholde de første SEK 3.500 for at få "høgekostnads-skydd" (28). Samtidig indførtes et nyt tandplejetilbud – abonnementstandplejeordningen (31) – som omtales senere.

Fri prisfastsættelse

Det nye system var dermed indrettet således, at alle voksne kunne få støtte til basistandpleje, som omfattede almindelig, sundhedsfremmende tandpleje eksempelvis forebyggende ydelser, cariesbehandling og akut tandbehandling. Försäkringskassan erstattede så tandlæger og tandplejere med et fast grundbeløb pr. ydelse for disse almindelige ydelser, og priserne blev sat fri, således at tandlæger og tandplejere selv kunne prisfastsætte deres ydelser i modsætning til tidligere, hvor alle priser havde været underlagt offentlig regulering. Patientens brugerbetaling var herefter forskellen mellem den pris, tandlægen eller tandplejeren tog for behandlingen, og det tilskud som Försäkringskassan ydede til tandlægen eller tandplejeren. Forudsætningen var, at priserne med den nye ordning ville forblive uændret eller endda falde (28).

Karensbeløb

Høgekostnadsskydd for protetiske behandlinger blev ligesom basistandplejeydelser ydet et tilskud i form af et grundbeløb for den enkelte udførte ydelse. Dog blev der fratrukket et karensbeløb på SEK 3.500 fra det tilskud, der skulle udbetales. Karensbeløbet blev således brugerbetaling for patienterne, hvis tandlægen eller tandplejeren opkrævede fuld dækning af omkostninger, idet grundbeløbet for ydelserne ikke dækkede hele udgiften til behandlingen. Behandlinger, som modsvarede SEK 3.500 i samlet grundbeløb, betingede samtidig en tandlægeregningspris i størrelsesordenen SEK 6.000.

Høgekostnadsskydd for protetiske behandlinger ville således først kunne opnås, når summen af ydelsernes grundbeløb oversteg SEK 3.500, og totalomkostningen for ydelserne var over SEK 6.000. Ved indførelse af disse nye tilskudsregler blev det beregnet, at patienten eksempelvis selv ville skulle betale SEK 8.350 for en behandling, som samlet set beløb sig til SEK 12.300 (28).

Ældre patienters tandpleje i fokus i valgkamp

Ved evaluering i 2000 af 1999-reformen konstateredes det, at priserne i tandplejen som følge af den nye frie prissætning var steget mere end forventet (32). Prisforhøjelsen vurderedes at være omkring 18 %, og som følge af ordningens struktur var det patienternes brugerbetaling, som var blevet øget med disse 18 %. Evalueringen pegede også på, at en gruppe midaldrende og ældre, som havde egne tænder med omfattende repara-

tioner eller skader, ville komme til at få øget behov for protetik fremover, og de ville blive forfordelt i den nye ordning. På den baggrund anbefalede evalueringen (32), at man skulle se på mulighederne for at skabe et mere effektivt høgekostnadsskydd i ordningen – især for de 75+-årige (30).

I valgkampen fire måneder forud for det svenske folketingsvalg i 2002 lovede den daværende statsminister i en offentlig tale, at det mere effektive høgekostnadsskydd ikke kun skulle omfatte de 75+-årige, men helt fra 65+ år (30). Denne politiske beslutning inddrog ikke i overvejelserne det tidligere så højt prioriterede formål med at understøtte forebyggelse og/eller økonomisk teori eller den forudsigelige adfærd blandt tandlæger og patienter, som derfor medførte større udgifter end forventet. Der skete således en ændring i målsætningen om en tandpleje med et forebyggende sigte til en målsætning om, at brugerne skulle beskyttes mod høje tandplejudgifter (30).

Patientincitamenter som følge af tilskudsændring

I 2002 indførtes derfor et øget høgekostnadsskydd for protetisk tandbehandling (kroner, broer og implantater) for patienter over 65 år. Herefter betalte patienten de første SEK 7.700 samt alle omkostninger til materialer, og det offentlige dækkede den øvrige udgift. Ved indførelsen skønnede man, at de årlige udgifter ville være SEK 600 millioner. I november 2004 oplyste de svenske myndigheder, at de årlige udgifter var blevet ca. SEK 1,5 milliarder (18).

Evaluering af tandplejeordningen i 2007 (33) viste bl.a., at "Høgekostnadsskydd" for patienter over 65 år reelt ikke betød en beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje, idet de SEK 7.700 ikke udgjorde patientens maksimale udgifter, da der yderligere kom udgifter til materialer oveni. Endvidere viste evalueringen, at ordningen medførte, at patienter var tilbøjelige til at vælge mere omfattende protetiske erstatninger frem for blot mindre fyldningsydelser dækket af basistandplejen, idet tilskuddet var højere for de mere omfattende behandlinger. Derudover havde man erfaret, at aldersgruppen 60-64-årige udskød deres protetiske behandlinger, til de fyldte 65 år og blev omfattet af "Høgekostnadsskydd", således at brugerbetalingen blev reduceret væsentligt (33).

3.2.2 Voksentandplejen i dag

Det medførte, at tandplejetilskudssystemet atter blev revideret i midten af 2008. Det nye tilskudssystem skulle motivere til regelmæssige tandlægebesøg og samtidig sikre, at patientens brugerbetaling var på et niveau, der dels motiverede den enkelte til at tage ansvar for sin egen tandsundhed, dels ikke var så høj at den afholdt patienter fra at gøre brug af tandplejetilbuddet (33).

Tandplejetilskuddet består herefter af følgende delelementer i relation til tandplejetilskud: En årlig tandplejecheck, høgekostnadsskydd på tandplejudgifter over SEK 3.000, et referenceprissystem som udgangspunkt for fastsættelsen af tilskud. Herudover er der etableret en såkaldt abonnementstandplejeordning, som omtales længere fremme i dette kapitel.

Det er Försäkringskassan, der administrerer det statslige tandplejetilskud (34). Det nuværende tandplejetilskudssystem anslås at koste det svenske samfund SEK 6 milliarder pr. år i modsætning til de SEK 3 milliarder, systemet kostede før reformen i juli 2008 (35).

Den årlige tandplejecheck

Den årlige tandplejecheck er på SEK 150 for de 30-74-årige og på SEK 300 for henholdsvis de 20-29-årige og 75+-årige (33). Baggrunden for, at de yngste og de ældste ydes en dobbelt så stor tandplejecheck, er, at disse grupper har den laveste besøgsfrekvens i tandplejen (33). Tandplejechecken skal motivere til regelmæssig brug af tandplejetilbuddet, og der kan spares to tandplejechecks op, hvilket er relevant for de yngste patienter, som ikke har behov for så hyppige tandundersøgelser.

Högekostnadsskydd

Högekostnadsskydd udløses, når udgiften til tandpleje overstiger SEK 3.000. Der ydes 50 % tilskud på udgifter mellem SEK 3.000-15.000, og der ydes 85 % tilskud på tandplejeudgifter over SEK 15.000 (33). En evalueringsrapport fra 2010 (35) har vist, at patientens brugerbetaling i samtlige aldersgrupper er blevet lavere for dem, der har forbrugt mange tandplejeydelser. Når det gælder aldersgruppen 50-64 år, ses indledningsvist et øget forbrug af tandpleje lige efter 1. juli 2008, hvor det nye Högekostnadsskydd blev indført, men forbruget er nu stabiliseret (35).

25 % af den svenske befolkning fik fra 2010 til 2011 udbetalt högekostnadsskydd. De fleste udbetalinger var i udgiftsintervallet SEK 3.000-15.000, idet kun 2,6 % af patienterne i tandplejen fik högekostnadsskydd udbetaling til udgifter over SEK 15.000. Opgør man udbetaling af högekostnadsskydd i relation til dem, der besøgte tandplejen fra 2010 til 2011, fik 35 % udbetalt högekostnadsskydd – heraf fik 3,5 % af patienterne högekostnadsskydd udbetaling til udgifter over SEK 15.000 (36).

Faglige kriterier i ydelserne

For at sikre at der ikke foretages og ydes tilskud til en mere omfattende behandling (fx støbt restaurering), hvis en mindre omfattende behandling (fx fyldning) fagligt set er forsvarlig, er der indarbejdet en række faglige kriterier i ydelserne (33). Det er Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, som bedømmer, hvilke tandplejeydelser der ydes tilskud til, ligesom de er ansvarlige for at fastsætte referencepriserne (34).

Referencepriser

Tilskuddet er nemlig baseret på et referenceprissystem, hvor priser på de enkelte ydelser er beregnet ud fra fx tid, der medgår til at udføre ydelser, udgifter til materialeforbrug, normalt overhead mv. Princippet for referenceprissystemet er, at alle behandlinger set med tandlægens øjne skal være lige fornuftige indtjeningsmæssigt. For patienten betyder referenceprissystemet, at hvis patienten vælger en tandlæge, der har højere priser end referencepriserne, så må patienten selv afholde differencen.

Referenceprissystemet har til formål at være prisstyrende samt udvikle konkurrence mellem tandplejeudbydere. Derudover forventes det, at referencepriserne kan være en hjælp for patienterne, når de skal sammenligne priser på tandplejeydelser hos forskellige udbydere med henblik på at blive prisbevidste forbrugere af tandplejen (33).

Offentlig eller privat udbyder

Patienter kan vælge mellem voksentandpleje, der udbydes henholdsvis i offentligt eller privat regi. Den offentlige tandpleje, Folk tandvården, udfører primært børne- og ungdomstandpleje, men i næsten alle amter i Sverige er der mulighed for at vælge at gå til tandlæge i Folk tandvården. Privat tandlægepraksis udfører primært voksentandpleje (34). 60 % af samtlige tandplejebesøg (både forebyggende og ikke forebyggende) udføres i privat praksis, mens 40 % udføres i Folk tandvården (35).

Abonnementstandplejeordningen

Abonnementstandplejeordningen blev egentlig etableret tilbage i 1999, men tilslutningen til ordningen har været beskedent. I april 2011 havde knapt 400.000 voksentandplejepatienter indgået en abonnementsaftale (31). Ordningen indebærer, at patienten indgår en aftale med en tandlæge om tandpleje til en fast aftalt pris pr. år for en periode af mindst tre år. Ligeledes er det offentlige tilskud et fast beløb pr. år (33). Den treårige aftale skal minimum omfatte undersøgelser, tandrensninger, forebyggelse, behandling af smertegivende tilstande, reparativ tandpleje i form af fyldninger og enkelte kroner. Högekostnadsskydd indgår ikke i abonnementsordningen.

Ordningen fungerer således, at patienten hver måned betaler et fast beløb, som er aftalt ud fra patientens risikoprofil, der afspejler den enkelte patients tandsundhed (31). Det kunne fx være SEK 90. På årsbasis vil regnestykket så se således ud: 12 måneder x SEK 90 - SEK 150 (tandplejecheck for 30-74-årige) = SEK 930 pr. år (37). Fordelen ved ordningen er, at patienten fordeler sine tandplejeudgifter over en længere periode, og aftalen med tandlægen knytter patienten til klinikken, hvilket er med til at understøtte regelmæssig brug af tandplejen (33).

Ved indførelse af abonnementsordningen var man dog godt klar over, at en række forhold skal afklares, inden tandpleje til fast pris kan blive en dominerende ordning. Det er eksempelvis nødvendigt at få defineret præcist, hvad der skal ydes tilskud til, hvem der skal yde ordningen, hvorvidt ordningen skal være obligatorisk eller frivillig, og desuden er der spørgsmålet om enhedspris eller differentierede priser for patienterne relateret til sygdomsrisiko (33). Privatpraktiserende tandlæger har af disse årsager været afventende i relation til at tilbyde abonnementstandpleje (33), og indtil videre yder kun Folk tandvården abonnementstandpleje.

Evaluering af abonnementstandplejeordningen

Det har vist sig, at de to forskellige brugerbetalingssystemer – betaling pr. ydelse og en abonnementsordning – tiltrækker for-

skellige grupper af patienter. En undersøgelse fra 2009 (38) viste således, at patienter i abonnementsstandplejeordningen var yngre, havde højere uddannelse, var i større udstrækning gift/samboende, født i Sverige og havde en bedre generel og oral livskvalitet sammenlignet med patienter i systemet, hvor der betaltes pr. ydelse. Samtidig viste undersøgelsen (38), at patienter under abonnementsstandplejeordningen modtog flere forebyggende ydelser og færre restaurerende behandlinger sammenlignet med patienter i systemet, hvor der betaltes pr. tandplejeydelse.

En anden undersøgelse (39) har vist, at hvis patienten i abonnementsordningen ved starten af en ny abonnementsperiode bliver re-klassificeret i en højere risikogruppe og dermed skal betale en højere abonnementspris, er de mere tilbøjelige til at træde ud af ordningen. Ligeledes er tilbøjeligheden til at træde ud af ordningen større, hvis patienten oplever et uventet lavt forbrug af tandpleje i abonnementsperioden (39).

En evaluering af abonnementsstandplejeordningen (31) for perioden 1. juli 2009 til 30. juni 2011 har ligeledes vist, at det først og fremmest er yngre patienter, der tegner abonnementsaftale, idet halvdelen af abonnementspatienterne er mellem 20 og 29 år gamle, selvom denne aldersgruppe kun udgør 15 % af samtlige voks tandplejepatienter. 2 % af abonnementspatienterne er over 65 år gamle, selvom denne aldersgruppe udgør knapt 30 % af samtlige voks tandplejepatienter. Abonnementsstandplejen retter sig således i stor udstrækning mod yngre patienter med god tandsundhed og relativt begrænsede behov for tandplejeydelser. Det ses også af ydelsesforbruget under abonnementsordningen, som for størstedelens vedkommende består i forebyggende og diagnostiske ydelser, mens kun 20 % af ydelserne udgjordes af reparative ydelser (31).

Ikke desto mindre har det vist sig, at abonnementsordningen lever op til sit formål om at stimulere patienter til regelmæssig og forebyggende tandpleje. Knapt 40 % af abonnementsstandplejepatienterne i alderen 20-29 år besøger tandplejen mindst én gang årligt for en forebyggende undersøgelse, mens det kun gælder for knapt 20 % af tandplejepatienter i samme aldersgruppe uden for ordningen (31).

3.3 Norge

3.3.1 Historisk udvikling

I 1907 udgav den norske tandlægeforening resultaterne af en omfattende undersøgelse af tandsundheden blandt næsten 6.000 børn (40). Undersøgelsen viste, at det stod slemt til med tandsundheden. Den første offentlige tandplejeordning blev etableret i Oslo Kommune i 1910, hvor der blev indført vederlagsfri skoletandpleje, fordi lærerne klagede over, at elevernes tandpine forstyrrede undervisningen (41).

Offentlig eller privat tandpleje

Lov om sygesikring 1911 indeholdt refusion for reparation af tænder. Det blev imidlertid taget ud igen. I 1914 foreslog Socialdepartementet en revision af loven om sygesikring. Flertallet

i Stortingets Socialkomite støttede forslaget om, at konserverende tandbehandling skulle være omfattet af loven, men beslutning om dette blev udsat som følge af udbruddet af 1. verdenskrig (42).

På dette tidspunkt var der politisk og fagpolitisk diskussion om, hvorvidt tandpleje skulle høre under det offentlige sundhedsvæsen med vederlagsfrie ydelser, eller om tandplejen skulle levere tjenesteydelser mod betaling – altså en diskussion om marked kontra offentligt monopol (41). Den norske tandlægeforening pegede på en række vanskeligheder for tandlægerne, hvis de indgik aftale med sygekasserne. Det handlede især om vigtige principper som frit tandlægevalg og frie priser (42).

Resultatet blev, at staten fra 1917 tog medansvar for finansieringen af tandplejen på betingelse af, at der skulle være et vederlagsfrit tandplejetilbud til skolebørn. Staten dækkede herefter en del af lønudgiften til tandlægerne og de klinikansatte (40, 41), mens alle bestemmelser om tandbehandling blev taget ud af sygesikringsloven (42).

Udbygning af tandplejen og rekrutteringsproblemer

I løbet af de næste 30 år blev der løbende åbnet nye tandklinikker i kommunerne. Men tilbuddet var ujævnt fordelt, fordi de enkelte kommuners evner og vilje til at finansiere og organisere skoletandplejen varierede (41), bl.a. fordi der manglede tandlæger i udkantsområder, idet de privatpraktiserende tandlæger oftest slog sig ned i byerne (40).

For at løse dette problem blev Lov om folketandpleje vedtaget i 1949. Loven opdelte befolkningen i to grupper – vederlagsfrie og betalende patienter. Børn og unge mellem 6-18 år var vederlagsfrie, mens den øvrige befolkning var betalende patienter, og de skulle kun behandles, hvis der var tid til det (40).

Formålet med loven var, at de offentlige tandlæger skulle fordeles over hele landet, så adgang til tandpleje ikke skulle afhænge af, om man boede i store kommuner. Staten gik således ind og styrede organiseringen og udbygningen af folketandplejen i takt med tilvæksten af tandlæger. Tandlægemangel var nemlig en trussel mod gennemførelse af folketandplejen. Det norske Storting vedtog derfor en civil tjenestepagt, som gjaldt for 2.000 nyuddannede tandlæger i perioden 1955-1973 (41). Det betød, at disse 2.000 tandlæger blev beordret til at besætte ledige tandlægestillinger, hvortil der ingen ansøgere var.

Udbygning af den offentlige tandpleje

Med ny tandplejelov i 1984 fik amtskommunerne (fylkeskommunerne) ansvaret for hele den offentlige tandpleje – dvs. den statslige og fylkeskommunale, dvs. folketandplejen og skoletandplejen – og nye persongrupper blev sikret tandplejetilbud (41). Dette førte til en mere ensartet udbygning af den offentlige tandpleje (40).

Formålet med reformen fra 1984 var at sikre voksenbefolkningen adgang til tandpleje, at sikre geografisk dækning af tandlæger, at tandplejen arbejdede med sundhedsfremme, at

give økonomisk hjælp til vanskeligt stillede grupper, at forenkle betalingsordningerne i tandplejen, at sikre en bedre styring af ressourcerne i tandplejen og at fremme tilpasningsdygtighed i tandplejen, så der kunne tages højde for befolkningens individuelle behov for tandpleje (41).

Persongrupper med særlige tandplejebehov

De persongrupper, som nu var sikret et vederlagsfrit, regelmæssigt og opsøgende tandplejetilbud, var børn og unge fra 0-18 år, psykisk udviklingshæmmede samt grupper af ældre og kronisk syge på institution og i hjemmesygeplejen. Derudover var unge på 19 og 20 år omfattet af en ordning, som sikrede, at de kun skulle betale 25 % af de faste takster for tandplejeydelser. Derudover kunne de enkelte amtskommuner vælge at prioritere andre grupper, som så kunne nøjes med at betale en mindre egenandel af deres tandplejeudgifter, der var nærmere bestemt af amtskommunen (41).

I forbindelse med statsbudgettet 2001-2002 bevilligede Stortinget NOK 25 millioner fra 1. juni 2002 (halvårsperiode) til behandling af parodontitispatienter (42). Hermed blev de allerede eksisterende honorarer til parodontoseydelse fordoblet (43).

I perioden fra 1985 til 2003 skete der en øgning af antallet af voksne, som modtog vederlagsfri tandpleje i den offentlige tandpleje. I 2003 udgjorde de 374.000 nordmænd (41).

Udbygning af privat praksis

Op igennem 1980'erne øgedes andelen af private tandlægepraksisser (41), og denne vækst er fortsat op til 2003 i alle amter. Samtidig har der i alle amter været problemer med at rekruttere og fastholde offentligt ansatte tandlæger (41).

I den offentlige tandpleje behandler otte ud af ti tandlæger voksne betalende patienter, og det bruger de næsten en fjerdedel af deres arbejdstid på (44). Samtidig arbejder en del tandlæger i privat praksis på deltid, og en ud af fem privatpraktiserende tandlæger ønsker sig flere patienter (44). Det ser således ud til, at der ikke længere er mangel på tandlæger i Norge.

Op til folketingsvalget i Norge i 2009 lovede regeringen, at Staten gradvist ville påtage sig et større ansvar for befolkningens orale sundhed (45), og i de efterfølgende år er der også blevet udpeget flere prioriterede grupper, som har ret til helt eller delvist tilskud til tandbehandling.

Nationale kliniske retningslinjer

Reglerne for tilskud til tandpleje blev væsentligt ændret fra 2008. Den største ændring bestod i, at den enkelte tandlæge nu fik ansvaret for at vurdere, hvorvidt en person havde et lovæssigt krav på tilskud til tandpleje. Tandlægen blev desuden ansvarlig for, at behandlingen holdes inden for rammerne af nødvendig og forsvarlig tandbehandling (46). Helseinspektariatet er endvidere ved at udarbejde nationale kliniske retningslinjer inden for de forskellige odontologiske fagdiscipliner.

I forbindelse med justering af tilskudstaksterne til 2012 sammenlignede det norske Helse- og omsorgsdepartement

sine takster med de svenske statslige referencepriser. På baggrund af denne sammenligning foretog Helse- og omsorgsdepartementet nedjustering af enkelte takster og opjustering af fx kirurgitakster (47).

NOK 137 millioner ekstra til tandpleje

Desuden blev midler til tilskud til behandling af marginal parodontitis og behandling af følgetilstande til marginal parodontitis forøget med NOK 100 millioner via en ekstrabevilling vedtaget i Stortinget. Analyser i 2003 har vist, at cirka 13.300 norske patienter årligt gennemgik systematisk parodontitisbehandling (48). Andre ekstra NOK 37 millioner blev lagt i tilskud til andre prioriterede gruppers behandlinger (47).

3.3.2 Voksntandplejen i dag

Udgifter til lægebesøg og medicin refunderes helt eller delvist ved hjælp af et brugerbetalingsloft (42). Det er dog kun visse udgifter til tandbehandling, der indgår i ordningen med brugerbetalingsloft, så størstedelen af nordmændene finansierer deres tandpleje ved fuld brugerbetaling, mens tilskudsberettiget eller vederlagsfri tandpleje er forbeholdt de prioriterede grupper. De tandplejeydelser, der kan indgå under brugerbetalingsloftet, er fx kirurgiske operationer, parodontal behandling og behandling af orale blødvævssygdomme (49). Siden 2002 har patienter, der som følge af marginal parodontitis har mistet fortænder og små kindtænder, endvidere haft ret til offentligt tilskud til rehabilitering (49).

For så vidt angår privat tandlægepraksis fungerer klinikkerne på markedsvilkår i relation til udbud og efterspørgsel. Der er ingen regulering, fri nedsættelsesret og fri prisfastsættelse (41).

Prioriterede grupper

De grupper, der i dag har ret til hel eller delvis økonomisk støtte til tandplejeydelser i voksntandplejen i Norge, omfatter:

- 1) Patienter med sjældne medicinske tilstande*
- 2) Læbe-kæbe-ganespalte*
- 3) Svulster i mundhulen, tilgrænsende væv eller i hovedregionen i øvrigt*
- 4) Infektionsforebyggende behandling ved særlige medicinske tilstande*
- 5) Sygdomme og anomalier i mund og kæbe
- 6) Parodontitis
- 7) Tandudviklingsforstyrrelser*
- 8) Bidanomalier*
- 9) Patologisk tab af tandsubstans som følge af attrition eller erosion
- 10) Hyposalivation
- 11) Allergiske reaktioner på tandrestaureringsmaterialer
- 12) Tandskader som følge af godkendt arbejdsskade*
- 13) Tandskader ved ulykker, som ikke er arbejdsskader*
- 14) Manglende evne til egenomsorg ved varig sygdom eller ved varigt nedsat funktionsevne.

Grupper markeret med * får dækning efter honorartaksterne, mens de øvrige grupper får dækning efter refusionstakster. Udgifter til tandbehandling ud over honorartakster fastsat af departementet dækkes ikke (47).

Taksterne for tilskud til tandpleje er fastsat af Helse- og omsorgsdepartementet. Taksterne består af honorartakst, refusionstakst og egenandel. De udgifter, som den enkelte har ud over de takster, som Helse- og omsorgsdepartementet har fastsat, dækkes ikke af tilskud. Det vil sige, at hvis patientens tandlæges priser er højere end de fastsatte takster, må den enkelte betale differencen selv (47).

3.4 Finland

3.4.1 Historisk udvikling

I 1950'erne blev den offentlige tandpleje etableret i form af systematisk skoletandpleje. Inden da havde der dog været tilbud til skolebørn i de store byer ligesom i de andre nordiske lande (50). Fra 1970'erne blev offentlig tandpleje tilbudt ved kommunale sundhedscentre over hele Finland med henblik på at sikre, at befolkningen i afsidesliggende og tyndtbefolkede områder også havde adgang til tandpleje (51).

Folkesundhedslov

Det skete som følge af den store folkesundhedslov, som trådte i kraft i 1972. Udbredelsen af de offentlige klinikker skete dog langsomt som følge af det offentlige finansielle situation.

I 1970'erne blev den offentlige tandpleje udvidet til at omfatte alle i alderen 0-18 år, og der kunne ydes tilskud til tandbehandling i privat praksis, hvis behandlingen var nødvendig af hensyn til det generelle helbred (52).

Tandplejereformer i 1980'erne er beskrevet som kronen på tandplejeværket med et nationalt ansvar for god tandsundhed og tilgængelig tandpleje for hele befolkningen (53), og i midten af 1980'erne begyndte den offentlige sygesikring at give tilskud til en del af ydelserne i privat praksis (52).

Den offentlige tandpleje

Halvdelen af de finske tandlæger arbejdede i den offentlige tandpleje, og halvdelen var privatpraktiserende. Børn og unge, yngre voksne fra 19-31 år og grupper med særlige behov (gravide, studerende og sømænd) kunne nu blive behandlet i den offentlige tandpleje (51).

En tredjedel af de 5,1 million finner levede dog i afsidesliggende og tyndtbefolkede områder, hvor den offentlige tandpleje tilbød tandpleje til alle borgere uanset alder som følge af mangel på private tandlægeklinikker (52). En anden tredjedel boede i kommuner, som tilbød offentlig tandpleje til voksne, der var født i 1956 og derefter. Den sidste tredjedel af befolkningen boede i kommuner (sædvanligvis store byer), hvor den offentlige tandpleje var forbeholdt børn og unge (52). Igennem 1980'erne kunne der ydes tilskud i privat praksis til basal tandpleje for de 19-31-årige (52).

Tilskud til tandpleje til voksne under 44 år

I 1990'erne blev der konstateret relativt store aldersgruppe, socialgruppe og geografiske forskelle i voksnes brug af tandpleje og deres opfattelse af behandlingsbehov (54). På dette tidspunkt var den offentlige tandpleje blevet udvidet til at kunne omfatte også de 32-43-årige samt yderligere grupper med særlige behov (patienter som havde modtaget strålebehandling på hoved og hals samt krigsveteraner fra 2. verdenskrig). Tilskudssystemet i privat praksis blev ligeledes udvidet til nu også at omfatte de 32-43-årige (52).

Mange af de ældre voksne var praktisk talt udelukket fra offentligt støttet tandpleje, mens den yngre og sundeste del af befolkningen modtog regelmæssig og omfattende tandpleje (54). Der eksisterede en klar ulighed i brug af tandpleje i privat praksis (55). Den meget forbedrede tandsundhed blandt yngre, som var set siden 1980, og større efterspørgsel på tandpleje fra en stigende andel af de midaldrende som følge af mange bevarede tænder, lagde pres på politikerne i forhold til at udvide adgangen til den offentlige tandpleje (52).

Udvidelse af adgangen til den offentlige tandpleje

I et forsøg på at forbedre udnyttelsen af de til rådighed værende ressourcer – der var overskud af tandplejepersonale på dette tidspunkt og en god national økonomi – og for at imødekomme de opståede behov for tandpleje og efterspørgslen fra de ældre voksne, blev der derfor i 2000 fremsat og vedtaget en omfattende reformplan af tandplejetilskudssystemet (52).

Efter den nationale tandplejereform i 2001-2002 kunne de kommunale klinikker ikke længere nægte adgang til tandplejen ud fra alderskriterier (52), og alle voksne kunne derfor frit vælge at modtage tandpleje på offentlige klinikker, ligesom der blev ydet tilskud til basale tandplejeydelser for hele voksenbefolkningen i privat praksis (52). Reformen havde således til formål at forbedre alle voksnes orale sundhed ved at forbedre adgangen til tandplejen og ved at reducere den enkeltes udgifter til tandpleje (52).

Øget efterspørgsel på tandpleje

Tandplejeydelser var dog sædvanligvis billigere i den offentlige tandpleje end hos de privatpraktiserende, selvom der var tilskud til tandpleje i begge regi (56). Tandplejereformen øgede efterspørgslen på voks tandpleje både på de offentlige og private klinikker, hvilket medførte lange ventelister i flere af de større sundhedscentre i de største byer, som tidligere havde begrænset voksnes adgang til den offentlige tandpleje.

I 2005 havde cirka 20 % af de offentlige klinikker endnu ikke implementeret reformen, og det medførte, at regeringen i 2005 præsenterede en lov, der skulle garantere behandling i den offentlige tandpleje inden for en rimelige ventetid (52). Reformen medførte dog forbedringer i adgangen til akut tandbehandling i den offentlige tandpleje i hele landet (52).

Geografisk tandlægedækning

Tandplejereformen førte også til ændringer i personalefordelingen. Samlet set blev der færre tandlæger (5,3 %) og flere tand-

plejere (23 %). Der blev flere offentligt ansatte tandlæger (6,5 %) og færre privat praktiserende tandlæger (6,9 %). Reformen ændrede dog ikke ved, at to tredjedele af de offentligt ansatte tandlæger og 80 % af de privatpraktiserende tandlæger fortsat arbejdede i de tre mest sydlige områder af Finland (52).

Ændringerne i tandplejepersonalefordelingen skyldtes, at 2,1 million finner (40,9 % af befolkningen) i en periode på to år pludselig fik adgang til den offentlige tandpleje eller ret til tilskud til tandpleje i privat praksis fra den offentlige sygesikring. Den offentlige tandplejes første prioritet blev at rekruttere nye tandlæger og tandplejere og uddelegere opgaver fra tandlæger til tandplejere. Rekrutteringen var vanskelig, da mange tandlæger i perioden gik på pension; optaget på tandlægeskolerne var blevet reduceret, og to ud af fire tandlægeskoler var nedlagt, så der var mange ubesatte stillinger i den offentlige tandpleje umiddelbart efter reformen (52).

3.4.2 Voksantandplejen i dag

Tandpleje tilbydes parallelt i henholdsvis den offentlige tandpleje og i privat praksis. Det er kommunerne, der driver tandklinikkerne tilknyttet sundhedscentrene (52). Børn og unge indtil 17 år modtager vederlagsfri tandpleje – aldersgrænsen blev sænket fra 18 år i forbindelse med reformen i 2001-2002.

I den offentlige tandpleje er priser på tandplejeydelser faste, og der ydes stort offentligt tilskud (80 %). Pristfastsættelsen er fri i privat praksis, og den offentlige sygesikring yder tilskud efter faste takster til basale tandplejeydelser (undtaget protetik) (51), og privat forsikringsfinansiering spiller en ubetydelig rolle.

I den offentlige tandpleje udgjorde patientens brugerbetaling 20 % af de samlede tandplejeudgifter i 2004, mens 80 % blev finansieret af kommunen. I privat praksis udgjorde patientens brugerbetaling 74 %, og den offentlige sygesikring bidrog med 26 % (52).

Samlet set betyder det, at patienters brugerbetaling til tandplejeydelser finansierer 49 % af de totale tandplejeudgifter. Lokale myndigheder finansierer via kommunale skatteindtægter og statsstøtte til kommuner 38 %, og de sidste 13 % af de totale tandplejeudgifter finansieres via den offentlige sygesikring. Den offentlige sygesikrings midler skaffes dels via nationale skatter (40 %), via bidrag fra arbejdsgivere (30 %) og via bidrag fra arbejdstagere (30 %) (52). I 2004 blev der ydet 36 % tilskud til basale tandplejeydelser i privat praksis (52).

3.5 Opsummering af voksantandplejen i de fire nordiske lande

Indretningen af tandplejemodellerne i de fire nordiske lande er historisk betinget. Der er flere ligheder, men også væsentlige forskelle på voksantandplejeordningerne i de fire nordiske lande.

Lighederne er eksempelvis:

- Alle fire lande etablerede vederlagsfri tandpleje for børn og unge i begyndelsen af forrige århundrede
- Alle fire lande har en vis grad af offentligt tilskud til voksantandpleje bortset fra Norge, som kun har offentligt tilskud til prioriterede grupper af voksne
- Store dele af voksenbefolkningerne i alle fire lande går regelmæssigt til tandlæge
- Alle fire lande har fokus på forebyggelse af tandsygdomme i tandplejetilbuddet
- Alle fire lande har særlige ordninger for afgrænsede persongrupper/risikogrupper/prioriterede grupper, men det er ikke helt de samme grupper i de fire lande
- Alle landene har løbende gennemført reformer af voksantandplejen og tilskudssystemet
- Alle landene har en vis grad af faglige kriterier knyttet til tandplejeydelserne, og der arbejdes på nationale retningslinjer i Danmark og Sverige
- Alle landene har større eller mindre udfordringer i relation til demografiske og socioøkonomiske forskelle i benyttelsen af voksantandplejen
- Alle fire landes befolkninger har oplevet stor forbedring i tandstatus
- I alle fire lande er der fortsat social ulighed i tandsundhed blandt voksne.

Forskellighederne er eksempelvis:

- I modsætning til de andre tre lande tilbyder Danmark ikke voksantandpleje i både offentligt og privat regi
- I modsætning til Sverige og Norge har Danmark ikke fastsat referencepriser på ydelserne
- Danmark indberetter tandstatus på voksenbefolkningen i modsætning til de andre nordiske lande
- Danmark har ikke haft rekrutterings- og dækningsgradsproblemer i samme omfang som især Norge og Finland
- Vægten af det offentliges tilskud til tandpleje er lagt på basalydelser i Danmark og Finland, mens Sverige har lagt vægt på beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje, og Norge har lagt vægt på hel eller delvis vederlagsfrihed for prioriterede grupper i voksenbefolkningen, hvor behovet for tandpleje er betinget i medfødte forhold eller sygdom. ■

4 Risikoprofiler i voksentandplejen i Danmark i de kommende årtier

Inputtet for tandplejemodellerne (jf. modellen figur 1 side 12) afhænger af en række demografiske, epidemiologiske, ætiologiske og socioøkonomiske faktorer. Voksentandplejen må nødvendigvis indrettes og organiseres ud fra dette for at optimere sine resultater både i forhold til output og til outcome, dvs. den ønskede tandsundhed. I det følgende afsnit beskrives derfor de persongrupper, som det forventes, at de praktiserende tandlæger kommer til at bruge meget tid på i de kommende årtier. Afsnittet deles op i persongrupper, der som følge af sociale forhold, alder, livsstil, generelle lidelser og/eller lægemiddelbrug vil have øget risiko for oral sygdom og dermed øget behov for tæt opfølgning og behandling i tandplejen.

4.1 Risiko for tandsygdomme som følge af sociale forhold

Allerede tilbage i begyndelsen af 1980'erne blev det dokumenteret, at befolkningens levekår, uddannelses- og indkomstniveau har afgørende betydning for den orale status (57, 58). Siden har mange studier igennem årene peget på, at der er social ulighed i tandsundhed (59-64), og i de senere år er det vist, at den sociale ulighed i tandsundhed i særlig grad slår igennem i den ældre del af befolkningen (65, 66).

Det betyder, at ældre voksne med lav uddannelse og lav indkomst samt personer, der bor på landet, gennemsnitligt har et højere DMFS, hvilket udtrykker, at de har færre sunde tænder sammenlignet med voksne, som har højere uddannelse og højere indkomst og bor i byerne (67, 68). Ved sunde tænder forstås tænder, der ikke har caries, ikke er blevet fyldt eller restaureret på anden måde fx med krone, og ikke er mistet fx som følge af traume, parodontose eller ved tandudtrækning.

Der findes signifikant mere ubehandlet caries blandt mænd, blandt personer der bor på landet og blandt lavindkomstgrupper (69). Desuden har personer med mere uddannelse flere fyldte tandflader sammenlignet med lavindkomstgrupper, der har relativt færre fyldte flader, men altså mere aktiv caries, dvs. flere fyldningskrævende tandflader (69). Caries, som tidligere blev betragtet som en folkesygdom, der ramte den brede del af befolkningen, begynder således i højere grad at forekomme ophobet blandt de laveste sociale grupper i den danske befolkning. Man kan dermed anskue caries som et socialt fænomen, der ophobes blandt visse grupper snarere end en udbredt folkesygdom (70).

Raten af total tandløshed er faldet igennem tiderne og inden for visse generationer (71). Det er sandsynligvis sammenhænge mellem totalt tandtab og socioøkonomiske faktorer som uddannelse og indkomst, der kan forklare dette. Typisk er der en stærk sammenhæng mellem socioøkonomi og de befolkningsgrupper, som har den korteste middellevetid (72), og det er denne mere generelle sammenhæng, der kan forklare den hurtigt faldende tendens til totalt tandtab (73). Det vil sige, at hvis man antager, at totalt tandløse oftere kommer fra en socialgruppe, som har den korteste middellevetid, så kan man forvente at se en selektiv dødelighed af de totalt tandløse, som relaterer sig til deres generelle sundhed.

Dermed dør de totalt tandløse måske hurtigere ud, end de nye yngre generationer bliver totalt tandløse.

4.2 Risiko for tandsygdomme som følge af alder

Den forventede demografiske udvikling medfører, at antallet af ældre (65-79-årige) og gamle (80+-årige) i Danmark vil stige med cirka 50 % fra 1999 til 2040, således at hver fjerde dansker i fremtiden vil være ældre eller gammel (74).

At hver fjerde dansker i fremtiden vil være ældre eller gammel betyder dog ikke, at kun hver fjerde patient i tandklinikken vil være ældre eller gammel. De ældre og gamle vil formentlig snarere udgøre hver anden patient i tandklinikken, idet de yngre voksne som følge af den forbedrede tandsundhed ikke vil have behov for at gå lige så hyppigt til tandlæge som de ældre og gamle (75).

Det er vigtigt at holde sig for øje, at voksenbefolkningens tandsundhed bl.a. reflekterer det tandplejetilbud, som eksisterede under deres opvækst. Fra 1970'erne er børn og unge vokset op med brug af fluortandpasta og et systematisk og opsøgende vederlagsfrit tandplejetilbud, som tidligere fødselskohorter ikke fik tilbudt. Tidligere deltagelse i børne- og ungdomstandplejetilbud har vist sig at være associeret med befolkningens tandstatus, således at ældre personer, der ikke har deltaget i regelmæssig tandpleje som barn, dobbelt så ofte er tandløse sammenlignet med andre ældre personer, som har fået tilbudt forebyggende tandundersøgelser som barn (59).

4.2.1 Flere bevarede tænder

Samtidig med at der bliver flere ældre, har de ældre flere bevarede tænder i forhold til tidligere (76). Der er vist en positiv sammenhæng mellem antal bevarede tænder og brug af tandlægeydelser (61, 75), og der er da også i aldersgruppen 65-74-årige set en stigning i andelen af personer, der går regelmæssigt til tandlæge: fra 35 % i 1987 til 74 % i 2005 (76).

4.2.2 Tandsygdomme – en akkumuleret proces

Antallet af bevarede samt restaurerede og fyldte tænder og tandflader kan give et fingerpeg om, hvilke persongrupper der i fremtiden vil have behov for mere kompleks og bekostelig tandbehandling. Når en tand restaureres med en fyldning eller krone, vil skaden på tanden være permanent, men det vil restaureringen ikke. Der kan opstå utætheder i kanterne af fyldninger med caries til følge, og fyldninger kan knække. Selve den restaurerede tand kan flække, og der kan være risiko for tandtab. Dermed bliver tandsygdomme og deres behandling en livsvarig og akkumuleret proces. Det betyder, at befolkningen med stigende alder og flere bevarede egne tænder formentlig vil have en øget risiko for udvikling af tandsygdomme i et livsperspektiv (77, 78).

Det blev demonstreret i Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsens første delrapport (1), hvor det viste sig, at unge havde færre fyldte tandflader, men med alderen steg antallet af fyldte flader, således at der blandt de ældste alders-

grupper blev fundet flest fyldte flader. Det afspejler dels den akkumulerede effekt af caries og behandling af caries igennem livet, dels skiftet i tandplejen med større fokus på forebyggelse og sundhedsfremme (8), som de unge aldersgrupper profiterer af. Det giver en forventning om, at deltagerne i Tandundersøgelsen, som var under 45 år, vil kunne bevare deres tænder sunde hele livet, såfremt de opretholder en optimal mundhygiejne, mens deltagerne over 45 år har udsigt til et anderledes højt vedligeholdelses- og behandlingsbehov.

4.2.3 Behovet for støbte restaureringer

Det var tydeligt i Tandundersøgelsen (1), at behovet for støbte restaureringer øgedes med stigende alder som følge af, at de bevarede tænder højt oppe i alderen var meget restaurerede. Særligt fra 55-årsalderen sås det, at deltagerne i stigende omfang havde relativt flere tandflader med laboratoriefremstillede restaureringer. Det illustrerer den akkumulerede effekt af restaurerende behandlinger blandt generationer af patienter, som blev født fra midten af 1930'erne til midten af 1960'erne og voksede op i efterkrigstiden. Ligeledes medførte nye teknologier fra slutningen af 1970'erne en stigning i brugen af støbte tandkroner fra begyndelsen af 1980'erne og fremefter (79).

4.2.4 Kognitiv funktionsnedsættelse

Med en større andel af gamle i befolkningen øges også andelen af personer med nedsat kognitiv funktion – fx Alzheimers sygdom og andre demenssygdomme – som firedobler risikoen for ikke at benytte tandplejetilbuddet (80). Blandt 85+-årige har en relativt stor andel bevaret en del egne tænder, og der er en højere forekomst af aktiv ubehandlet caries blandt dem, der har reduceret funktionsevne og kognitiv funktion sammenlignet med dem, der ikke har nogen svækkelse (81).

Når demensdiagnosen fastslås, har patienten allerede meget ubehandlet caries, og den høje forekomst af caries er relateret både til demenstypen og til sværhedsgraden af demenssygdommen (82). Da demenssygdommene forværres over tid, er det nødvendigt, at omfattende tandsundhedsmæssige tiltag iværksættes tidligt i sygdomsforløbet (83).

4.3 Risiko for tandsygdomme som følge af livsstil

Uhensigtsmæssig livsstil i relation til oral sundhed i form af stort sukkerindtag (84, 85), læskedrikindtag (86, 87), rygning (88-91) samt alkoholindtag (92-94) og deraf følgende livsstilssygdomme har afgørende betydning for, hvorvidt god oral status kan opretholdes. Disse risikofaktorer må derfor også indgå i en risikovurdering af den enkelte.

4.3.1 Sukkerindtag og læskedrikke

Som beskrevet i anden delrapport af Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen (2) var det især de yngre voksne, der indtog mere sukker dagligt, end myndighederne anbefaler. Det skyldes dels, at de yngre voksne indtager mere læskedrik pr. uge end en halv liter, som er den maksimale anbefaling. Men det sås også, at dem, der drikker meget læskedrik, samtidig

indtager en mere sukkerholdig føde. Desuden sås det blandt Tandundersøgelsens deltagere, at jo større læskedrikindtaget var, desto større var cariesforekomsten (2). Læskedrikke med sukker er således en væsentlig risikofaktor for caries, mens læskedrikke uden sukker i højere grad er en risikofaktor for erosionskader på tandemaljen.

4.3.2 Rygning

Relativt få rygere valgte at deltage i Tandundersøgelsen. Men de rygere, der valgte at deltage, viste sig i højere grad at have dårlig mundhygiejne, meget caries og symptomer på parodontal sygdom, og rygerne havde oftere færre end 20 bevarede egne tænder, der anses for at være nødvendigt for, at tandsættet er funktionelt (95, 96). Derudover led rygerne i højere grad af nedsat eller manglende spytsekretion (2). Rygerne er således i risiko for at udvikle parodontose og lide tandtab som følge deraf.

4.3.3 Alkoholindtag

Blandt deltagerne i Tandundersøgelsen var det især de 45+-årige samt rygere og ex-rygere, der overskred Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænser for alkoholindtag. Den synergistiske effekt af rygning og alkohol i relation til udvikling af mundhulekræft betyder, at tandplejen skal være særlig opmærksom på denne kombination af livsstil. Tidlig diagnostik øger overlevelsen efter mundhulekræft (97). Dermed vil patienter, der tidligere er behandlet for mundhulekræft, leve videre med varige gener og bivirkninger i mundhulen som følge af kræftbehandlingen. Det stiller større krav til forebyggelse for og vedligeholdelse af disse tidligere kræftpatienters orale status.

4.4 Risiko for tandsygdomme som følge af generelle lidelser

I de senere år har tandplejen rettet fokus mod generelle sygdomme, som man nu ved kan influere på den orale sundhed og omvendt (98-100). Det gælder fx diabetes og en række andre kroniske sygdomme (101-108).

4.4.1 Metabolisk syndrom

Den voldsomt stigende prævalens (10-15 %) af metabolisk syndrom – en forgiftning som medfører en kronisk inflammation, prædiabetes og diabetes – forventes at blive nogle af de største udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen (109), og det involverer også voksentandplejen (110).

I anden delrapport af Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen (2) blev det nærmere beskrevet, at der ser ud til at være en mulig sammenhæng mellem fedme, det metaboliske syndrom og oral status. Indtil videre er det dog ikke afklaret, hvordan det metaboliske syndrom og oral status præcist hænger sammen. Spørgsmålet er, om det er højt BMI (Body Mass Index), der medfører dårlig oral og dental status (111), eller om det er dårlig oral status, der medfører vægtøgning, fordi færre funktionelle tænder forringer tyggeevnen og fører til valg af fødevarer, der er lette at tygge, men som samtidig er mere usunde?

Det er dog et faktum, at en fjerdedel af deltagerne i Tandundersøgelsen havde symptomer på metabolisk syndrom, dvs. de allerførste forstadier til diabetes (2). Og det på trods af at Tandundersøgelsens deltagere var relativt mere sunde og raske sammenlignet med den generelle danske voksenbefolkning (1).

4.4.2 Prædiabetes og diabetes

I dag er 245.000 danskere diagnosticeret som diabetikere, og i 2025 forventes yderligere 600.000 danskere at leve med diagnosen (112). Siden 2003 har parodontose været anset for en senfølge til diabetes, da patienter med diabetes har signifikant forøget risiko for at udvikle parodontose (101, 102).

Samtidig er det vist, at parodontose kan medføre ændringer i den metaboliske kontrol og derved forværre udviklingen af diabetesrelaterede komplikationer (113-115). Type 2-diabetespacienter, der får behandlet deres parodontose, udviser forbedret langtidsblodsukkerbalance (116-119), og behandling af parodontose hos diabetikere kan dermed medvirke til at reducere behovet for insulin (117, 120, 121).

Pacienter, der har symptomer på metabolisk syndrom, prædiabetes og diabetes må derfor betragtes som risikopacienter i voksentandplejen. Blandt Tandundersøgelsens deltagere viste det sig endvidere, at diabetespacienter var tilbøjelige til at have en relativt dårligere mundhygiejne (2). Såfremt det gør sig gældende generelt for voksne diabetikere, kan det være et alvorligt problem, da det øger risikoen for inflammation i tandkødet og dermed udviklingen af parodontose, som igen kan medføre problemer med at regulere blodsukkeret.

4.4.3 Forhøjet blodtryk

Knap halvdel af deltagerne i Tandundersøgelsen havde forhøjet eller alvorligt forhøjet blodtryk (2). Det var især mænd og 45+-årige, der led af for højt blodtryk. Samtidig udviste de øget tilbøjelighed til at lide af udbredt gingival blødning, hvilket er påvist at kunne skyldes forøget tryk i de perifere blodkar i tandkødet (122, 123).

4.5 Risiko for tandsygdomme som følge af lægemiddelbrug

Med flere livsstilssygdomme og generelle sygdomme øges befolkningens forbrug af lægemidler, hvilket øger risikoen for lægemiddelinducerede skader på tænder og slimhinder som følge af ændringer i spytksekretionen for så vidt angår både spyttets flow og konsistens (124-127). Brug af lægemidler kan således føre til nedsat spytksekretion eller egentlig mundtørhed (126). Derfor bør patienter, der indtager mange lægemidler samtidig, eller bestemte lægemidler som i særdeleshed er kendt for bivirkninger i relation til spytksekretionen, være i fokus på tandklinikken (125).

4.5.1 Polyfarmaci

Det formodes, at 1.800 lægemidler på markedet kan medføre mundtørhed eller nedsætte spytksekretionen (127, 128).

Når patienter medicineres med flere lægemidler samtidig, øges antallet af bivirkninger med antallet af lægemidler (126). Men der er fortsat mange uafklarede mekanismer omkring komplikationer i mundhulen ved polyfarmaci – specielt blandt ældre (129).

Blandt Tandundersøgelsens deltagere sås det, at med stigende alder havde deltagerne indløst flere recepter på lægemidler, og antallet af lægemidler, som deltagerne havde indløst recept på, steg ligeledes med alderen (2). Der blev opsamlet spytkprøver på deltagerne, som viste, at tilbøjeligheden til at lide af hyposalivation steg med antallet af lægemidler.

4.5.2 Lægemedeltypier med orale bivirkninger

De receptpligtige lægemidler, som Tandundersøgelsens deltagere hyppigst havde indløst recept på, var antibiotika, anti-inflammatoriske og antireumatiske midler samt midler i relation til forebyggelse og behandling af hjerte-karsygdomme. Endvidere havde en del indløst recept på psykofarmaka og antidepressiva. De typer af lægemidler, som især forårsagede nedsat spytksekretion eller egentlig hyposalivation, var vanddrivende midler, antidepressiva/psykostimulerende/antidemensmidler og KOL-midler (2).

4.5.3 Kolesterol-sænkende medicin

Brugen af kolesterol-sænkende medicin – de såkaldte statiner, som forebygger blodpropper – er steget markant igennem de senere år (130). Blandt Tandundersøgelsens deltagere viste det sig, at de, der tog kolesterol-sænkende lægemidler, havde øget tilbøjelighed til at have fordybede pøcher > 5 mm og dermed symptomer på parodontose (2). Et finsk studie (131) har dog ikke kunnet påvise en sådan sammenhæng. Såfremt der eksisterer en sammenhæng mellem brug af kolesterol-sænkende lægemidler og øget tilbøjelighed til parodontose, kan det blive en udfordring for voksentandplejen i fremtiden, idet andelen i befolkningen, som behandles med kolesterol-sænkende lægemidler, er meget stor.

4.6 Opsummering af risikofaktorer i forhold til orale sygdomme

- Risiko for tandsygdomme som følge af sociale forhold
- Aldersbetinget risiko for tandsygdomme, flere bevarede tænder, tandsygdomme er en akkumuleret proces, behovet for støbte restaureringer og kognitiv funktionsnedsættelse
- Livsstilsbetinget risiko for tandsygdomme, sukkerindtag og læskedrikke, rygning og alkoholindtag
- Risiko for tandsygdomme som følge af generelle lidelser, metabolisk syndrom, prædiabetes, diabetes og forhøjet blodtryk
- Risiko for tandsygdomme som følge af lægemiddelbrug, polyfarmaci, lægemiddeltypier med orale bivirkninger og kolesterol-sænkende medicin. ■

5 Faktorer af betydning for brug af voksentandpleje

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd viste i 2011, at flere og flere danskere ikke går til tandlæge. Og andelen af danskere, der ikke har været til tandlæge i de seneste tre og de seneste fem år, har været stigende i alle årene siden 2003 (132). Næsten hver femte dansker mellem 25-64 år har således ikke været til tandlæge i de seneste fem år, og knapt 13 % har ikke været til tandlæge de seneste tre år (132).

Der opnås dog ikke nødvendigvis mere tandsundhed, blot fordi befolkningen benytter tandplejetilbuddet oftere. En undersøgelse fra 2002 (133), der sammenlignede mere end 1.000 svenske og næsten 1.200 danske midaldrende persons brug af tandplejen, viste, at 77 % af danskerne havde været til tandlæge to gange inden for det seneste år, mens det gjaldt for 28 % af svenskerne. Skønt danskerne benyttede tandplejetilbuddet oftere, havde de dårligere tandstatus (133). Undersøgelsens forfattere konkluderede, at de to landes forskellige tilskudssystemer sammen med den forskellige grad af kommerialisering af tandplejetilbuddet kunne være forklaringen. Der var dog ikke taget højde for forskelle i relevante risikofaktorer i de to landes befolkninger, fx rygeprævalensen, hvilket også kunne være en del af forklaringen.

5.1 Faktorer af betydning for brug af tandplejen i Danmark

5.1.1 Køn

I Danmark er der en større andel af mænd, som ikke regelmæssigt benytter tandplejen sammenlignet med kvinder. I 2008 havde 18 % af mænd og knapt 15 % af kvinder ikke været til tandlæge i de seneste fem år. Forskellen mellem kønnene var særlig stor blandt personer under 40 år. Blandt de 25-29-årige havde 20 % af mænd og 10 % af kvinder ikke været til tandlæge de seneste fem år (134).

Forklaringen på kønsforskellen skal sandsynligvis findes i, at kvinder dels udviser en bedre egenomsorg for tænderne og måske derfor oftere benytter tandplejen. Samtidig har brugere af tandplejen en bedre egenomsorg i relation til tandbørstning og supplerende renhold af tænderne (135). I relation til egenomsorg er det fx vist, at flere kvinder end mænd børster tænder mindst to gange dagligt og supplerer med tandtråd (62).

5.1.2 Alder

Andelen, der ikke har været til tandlæge i de seneste fem år, er fra 2003-2008 steget blandt de yngste aldersgrupper og er faldet blandt de ældste aldersgrupper (134). Når man kigger nærmere på de enkelte aldersgrupper, viser det sig, at det især er ældre over 79 år, der ikke regelmæssigt benytter tandplejen. Næsten halvdelen i denne aldersgruppe har ikke været til tandlæge i tre år. Det skyldes formodentlig, at der er en stor andel i denne aldersgruppe, der ikke har egne tænder og derfor ikke har behov for regelmæssige tandundersøgelser (60, 134). Det kan også være mobilitetsproblemer, træthed eller afhængighed af hjælp fra andre mennesker, som medfører, at gamle personer hyppigere ikke benytter tandplejen (136).

Også blandt unge er der forholdsvis mange, der ikke benytter tandplejen regelmæssigt. Næsten 23 % af de 25-29-årige har ikke været til tandlæge de seneste fire år, mens 14 % ikke har været til tandlæge de seneste fem år (134). Forklaringer på, at yngre voksne mellem 20-34 år ikke benytter tandplejen regelmæssigt, er fx den forbedrede tandsundhed, at tandpleje er for kostbart, generel utilfredshed med tandlægen, er i gang med uddannelse osv. (137).

En anden forklaring er overgangen fra vederlagsfri til brugerbetalt tandpleje, hvor unge skal tage stilling til fremtidige betalingsstrømme i en alder af 18 år, hvor diskonteringsfaktoren for fremtidige betalinger er meget stor på grund af personlige tidspræferencer, idet man typisk vil foretrække at bruge sine penge i dag frem for på et senere tidspunkt. De unge negligerer med andre ord mulige fremtidige udgifter til tandpleje. De unge vælger således at bevare et relativt lille beløb i dag mod at påtage sig en potentiel risiko for en stor tandlægerening, som ofte ligger meget senere i livet. Det er dokumenteret, at yngre mennesker diskonterer fremtidige betalinger mere end ældre mennesker (138).

Denne økonomiske overvejelse finder sted på et tidspunkt, hvor mange unge oplever en større grad af uafhængighed fra klassiske normbærere såsom forældre over mod større afhængighed og påvirkning af ligesindede unge. Dette kan resultere i en situation, hvor det bliver normen ikke at gå til tandlæge. Denne norm kan med tiden blive til en (dårlig) vane. Selvom der i det nuværende tilskudssystem er indbygget rabat til unge mellem 18 og 26, og denne rabat udgør godt 40 % rabat på tandeftersyn, så udgør et tandeftersyn dog stadig en større andel af den månedlige nettoindtægt for studerende på SU end nyuddannede ($85,96/5.200 = 1,65\%$ vs. $147,25/18.000 = 0,82\%$).

5.1.3 Uddannelse

Der er en væsentlig større andel af ufaglærte, som ikke har været til tandlæge de seneste fem år sammenlignet med faglærte og især med personer med videregående uddannelse. Mere end dobbelt så mange ufaglærte havde ikke været regelmæssigt til tandlæge i 2008 (134). Blandt 70+-årige var den uddannelsesmæssige forskel endnu større, idet 38 % af de ufaglærte 70+-årige ikke havde været til tandlæge i løbet af de seneste fem år, mens det gjaldt for 9 % af 70+-årige med en videregående uddannelse (134).

Forklaringen på, at de lavest uddannede benytter tandplejen sjældnere, kan bl.a. hænge sammen med mindre overskud i dagligdagen eller mindre viden om vigtighed af forebyggelse frem for behandling. Det kan også skyldes, at uddannelse er korreleret med indkomst, således at dem, der har lav uddannelse, også har lav indkomst. Og den lave indkomst er så barrieren i forhold til brug af tandplejen.

5.1.4 Indkomst

Indkomsten er nemlig en af de faktorer, der har størst betydning for, hvor ofte den enkelte går til tandlæge, således at der

er flest blandt de laveste indkomstgrupper, der ikke bruger tandplejen regelmæssigt, mens andelen af ikke-brugere falder med stigende indkomst (134). I 2008 havde 27 % af befolkningen med den laveste indkomst ikke været til tandlæge de seneste fem år, mens det gjaldt for 6 % af befolkningen med den højeste indkomst (134).

Forklaringen på, at de laveste indkomstgrupper benytter tandplejen i mindre omfang, er sandsynligvis, at brug af tandpleje er forbundet med en vis grad af brugerbetaling, se mere i kapitel 6. En anden forklaring kan være, at indkomst og uddannelse ofte er korreleret, således at dem, der har lav indkomst, også har lav uddannelse. Og lav uddannelse medfører som beskrevet ovenfor ligeledes sjældnere brug af tandplejen.

For de personer i Danmark, der er økonomisk vanskeligst stillede, kan beslutningen om at gå til tandlæge være umulig, hvis der ikke kan afsættes midler til besøget i husholdningen. Dette må dog antages at være et fåtal, når det drejer sig om en enkelt klinisk undersøgelse. Men for denne gruppe vil beløb til egentlig tandbehandling, hvis det bliver nødvendigt, muligvis blive uoverstigelige. Så for denne gruppe er det nuværende honorar/offentligt tilskudssystem muligvis utilstrækkeligt. Om dette er tilfældet, er relevant at få undersøgt og vil kunne adresseres med en statslig låneordning eller lignende.

5.1.5 Etniske grupper

Blandt indvandrere fra ikke-vestlige lande havde 29 % i 2008 ikke været til tandlæge i de seneste fem år, mens det gjaldt for 15 % af etniske danskere og for 21 % af efterkommere af indvandrere (134).

Flede undersøgelser har vist, at kulturel baggrund og etnicitet (60, 139) influerer på deltagelse i forebyggende sundhedsprogrammer og dermed på egenomsorgen. At etniske minoritetsgrupper benytter tandplejesystemet i mindre omfang, forklares med forskelle i sundheds- og sygelighedsopfattelse, en anden kulturel baggrund, anden livsstil og andre levevilkår (140). Det er dog vist, at både etniske danskere, indvandrere og deres efterkommere med lav indkomst og lav uddannelse benytter tandplejetilbuddet i mindre udstrækning end andre indkomst- og uddannelsesgrupper, hvorfor det formodentlig snarere er sociale forhold mere end kulturelt betingede forhold, der bestemmer brugen af tandplejesystemet (60).

Det er dog bemærkelsesværdigt, at efterkommerne, som er født og opvokset i Danmark og har deltaget i Den Kommunale Tandplejes vederlagsfrie tandplejetilbud, har vist sig at benytte voksentandplejen halvt så ofte som etnisk unge danskere (60, 141). Så forskelle i kulturers sundheds- og sygelighedsopfattelse kombineret med børns påvirkning fra forældre om vigtigheden af forebyggelse er måske snarere faktorer, der forårsager forskellene i brug af voksentandpleje.

Det kan illustreres med en ældre undersøgelse (142), der i slutningen af 1970'erne sammenlignede finner og svenskeres brug af tandplejeydelser i Sverige over en fireårig periode. Finerne opholdt sig i Sverige som immigranter og havde ret til tandpleje på samme vilkår som svenskerne. Ikke desto mindre benyttede finnerne tandplejen sjældnere og fik hyppigere

akutte behandlinger og proteser. Det blev forklaret med, at finnerne i højere grad end svenskerne var tandløse, at immigranter havde andre, mere presserende problemer end tænderne, og at immigranter som følge af kortere ophold i Sverige var mindre tilbøjelige til at søge regelmæssig tandpleje i et nyt land. Men undersøgelsen viste, at selv længerevarende ophold i Sverige ikke medførte øget brug af tandplejen.

5.1.6 Tandlægeskræk

Blandt de danskere, der fravælger at benytte tandplejen, er tandlægeskræk også en af forklaringerne (137). Personer med tandlægeskræk har en dårligere tandsundhed sammenlignet med dem, der ikke lider af tandlægeskræk (143). Tandlæger indtager andenpladsen over angstfremkaldende situationer – kun overgået af højdeskræk (144). 40 % af alle danskere er ramt af en vis grad af tandlægeskræk, mens 10 % antages at lide af egentlig odontofobi, hvor tandlægebesøg udsættes i årevis (144).

Der er holdepunkter for, at det især er lugtesansindtryk – især af lugten af eugenol, som er karakteristisk på tandklinikken – der forstærker tandlægeskrækken (145). Men tandlæger selv er formentlig en del af problemet, idet der ud fra tandlægeskrækpatienters holdninger tegnes et billede af tandlæger som værende selvrådige, ikke lyttende og så fortravlede, at patienterne føler sig jagede og uden mulighed for at tage sig et hvil under behandlingen (146). Endvidere har en finsk undersøgelse (147) peget på, at personer med depression eller angstsygdomme hyppigere lider af tandlægeskræk.

5.2 Brug af tandpleje i de øvrige nordiske lande

5.2.1 Sverige

Försäkringskassan, der administrerer det statslige tandplejetilskud, har for nylig offentliggjort en rapport (36), der analyserer den svenske voksenbefolknings forbrug af tandplejeydelser. I 2011 besøgte knapt 60 % af svenskere på 20 år eller ældre tandplejen. Da unge som beskrevet ovenfor ikke nødvendigvis har behov for at besøge tandplejen årligt, men måske kun hvert andet år, opgjorde rapporten også, at knapt 73 % af befolkningen på 20 år eller ældre havde besøgt tandplejen i en toårig periode fra 2010 til og med 2011. Over en treårsperiode havde cirka hver femte voksen på 20 år eller ældre ikke besøgt tandplejen (148).

Ligesom i Danmark er det især unge, lavindkomstgrupper, lavtuddannede borgere født i udlandet og enlige, som ikke har kontakt med tandlæge/tandplejer. Desuden er sandsynligheden for ikke at besøge tandplejen højere blandt borgere, som er på sygedagpenge, i beskæftigelsestilbud eller er bosat i tyndtbefolkede områder (148).

Den hyppigste årsag til ikke at besøge tandplejen er, at man ikke har råd. Sandsynligheden for ikke at have besøgt tandplejen viser sig da også at være højere blandt lavindkomstgrupper sammenlignet med middelindkomstgrupper. Men selv når der kontrolleres for forskelle i indkomst, så forbli-

ver sandsynligheden for ikke at have besøgt tandplejen højere blandt borgere født i udlandet, unge, lavtuddannede og enlige (148). Samtidig er det inden for disse grupper, der er størst sandsynlighed for, at de oplyser, at de har dårlig tandstatus (148). Det indikerer, at der er begrænsninger i, hvor godt høgkostnadsstykket virker i relation til individer med stort behov for tandpleje.

Derudover findes der en gruppe voksne – cirka 6 %, som kun opsøger tandplejen ved akutte behov, hvilket kan medføre, at der opstår mere omfattende behandlingsbehov, og behandlingen bliver meget dyrere. De borgere, der kun opsøger tandplejen ved akutte behov, er kendetegnet ved hyppigere at være yngre, lavindkomstgrupper, enlige, borgere født i udlandet, lavtuddannede samt borgere på sygedagpenge eller i beskæftigelsestilbud (148).

Der er således for en stor dels vedkommende overensstemmelse mellem dem, der ikke regelmæssigt besøger tandplejen, og dem der kun gør brug af tandplejen i akutte tilfælde. Herudover er der yderligere et par grupper, som kun efterspørger tandpleje ved akutte tilfælde. Det drejer sig om patienter, der har modtaget økonomisk bistand til tandpleje, personer som er langtidsarbejdslose, og dem som har været på sygedagpenge i mere end tre måneder (148).

En anden svensk undersøgelse har ligeledes vist, at sandsynligheden for ikke at have benyttet tandplejetilbuddet det seneste år var højere blandt betannede personer, der havde lav uddannelse og lav indkomst, ikke var gift, havde anden etnisk baggrund, boede i landområder, var ryger og havde lavt socialt aktivitetsniveau (149).

5.2.2 Norge

På baggrund af en spørgeskemaundersøgelse i 2004 viste det sig, at 52 % havde været til tandlæge i løbet af det sidste halve år, 26 % havde været til tandlæge for mellem 7-12 måneder siden, 9 % havde været til tandlæge for mellem 1-2 år siden og 5 % havde ikke været til tandlæge de seneste to år (150). Det vil sige, at i alt 78 % havde været til tandlæge inden for det seneste år, og 87 % havde været til tandlæge inden for de seneste to år (150).

Andelen, som havde været til tandlæge, var lavest blandt de yngre voksne og varierede med indkomst og at bo på landet. Det var dog tandstatus, som gav størst forskel i andelen, der havde besøgt tandlæge henholdsvis det sidste og de to sidste år. Blandt tandløse havde 32 % været til tandlæge sidste år og 45 % de seneste to år. Blandt personer med 10-19 egne tænder havde henholdsvis 90 % og 94 % været til tandlæge det sidste år og de seneste to år (150).

5.2.3 Finland

I forbindelse med den store tandplejereform i Finland i 2001-2002 steg andelen af voksne, der benyttede den offentlige tandpleje eller privat praksis, fra hver tredje voksen før reformen til hver anden voksen efter reformen. I den offentlige tandpleje sås en stigning i antallet af brugere på knapt 120.000 flere voksne, mens det totale antal patienter (godt en million), der modtog behandling i privat praksis, ikke ændrede sig. Men knapt 550.000 flere voksne havde nu ret til tilskud til basal tandpleje (52).

I 2008 blev det opgjort, at cirka 60 % af voksenbefolkningen i alderen 30 til 64 år havde benyttet tandplejen mindst én gang inden for de seneste 12 måneder, mens 44 % af de 65-74-årige og 32 % af de 75+-årige havde benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder (151).

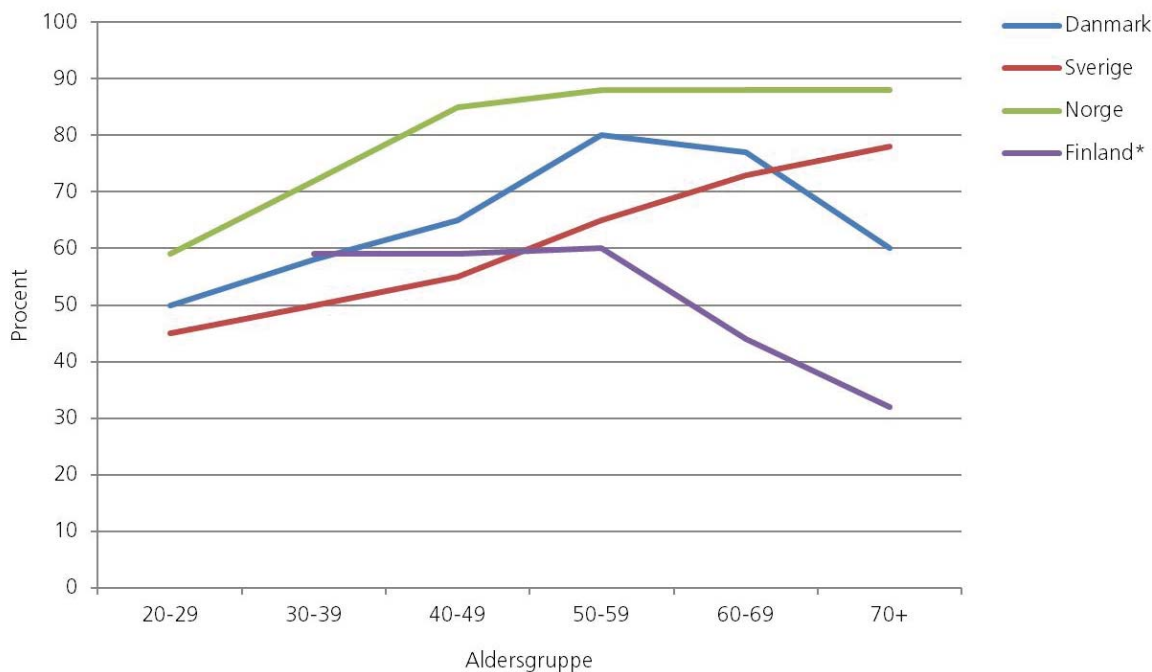
5.3 Sammenligning af brug af voksentandpleje i de fire nordiske lande

Figur 2 næste side er baseret på tal i tabel 2, som findes bagerst i bilag 1. Det er vigtigt at holde sig for øje, at talmaterialet er indsamlet via forskellige metoder (selvrapporteret spørgeskema, regningsoplysninger, indberetninger fra tandlæger, stikprøver), hvilket medfører en vis usikkerhed – se mere i diskussionskapitlet.

Figur 2 illustrerer, at en mindre andel af de yngste voksne i Danmark, Sverige og Norge har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. De aldersgrupper, hvor de største andele har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder, er i Danmark de 50-59-årige, i Norge de 55+-årige, i Sverige de 70+-årige, mens der i Finland ses en faldende andel i befolkningen over 55 år, der har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder. Det skyldes sandsynligvis, at data er indsamlet i år 2000, dvs. før den finske tandplejereform trådte i kraft, som sikrede offentligt tandplejetilskud til voksne over 44 år.

Figuren viser også, at nordmænd uanset aldersgruppe har de største andele, der har benyttet tandpleje de seneste 12 måneder. Indtil 65-årsalderen har danskerne de næststørste andele, der har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder. I Sverige ses der med alderen en lineær stigning i andelen, der har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder, og ved 65-års alderen overhales danskerne af svenskerne.

Figur 2: Andelen af forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland, der har benyttet tandplejen inden for et år



*Aldersinddelingen i Finland er anderledes end for de andre lande og starter først fra 30 år.

5.4 Opsummering af faktorer af betydning for brug af voksentandplejen

- Køn, alder, uddannelse, indkomst, etnicitet og tandlægeskræk.

5.5 Opsummering af benyttelse af voksentandplejetilbuddet i de nordiske lande

- En mindre andel af de yngste voksne har benyttet voksentandplejen
- De største andele, der har benyttet tandplejen, er i Danmark de 50-59-årige, i Norge de 55+-årige, i Sverige de 70+-årige, mens der i Finland ses en faldende andel i befolkningen over 65 år, der har benyttet tandplejen

- Nordmænd uanset aldersgruppe har de største andele, der har benyttet tandplejen
- Indtil 65-årsalderen har danskerne de næststørste andele, der har benyttet tandplejen
- I Sverige ses der med alderen en lineær stigning i andelen, der har benyttet tandplejen, og ved 65-års alderen overhales danskerne af svenskerne. ■

6 Brugerbetaling for sundhedsydelser – herunder for voksentandpleje i fire nordiske lande

Størsteparten af sundhedsydelser i de nordiske lande er skattefinansieret. Generelt er skattefinansiering af sundhedsydelser begrundet i ønsket om fri og lige adgang uafhængig af økonomisk formåen. Man skelner imellem, om ressourcerne skal fordeles efter den individuelle midler eller efter behov (means vs. needs based). Hvis ressourcerne fordeles efter midler, må de, der har midlerne til det, selv finansiere behandlingen. Hvis resourcefordelingen er behovsbestemt, er det dem, der trænger mest til behandling, der modtager denne uanset indkomst og samfundsbidrag (152).

Det danske sundhedssystem er tilrettelagt efter et solidarisk princip, hvor alle borgere i fællesskab via skatten bidrager til at finansiere størstedelen af sundhedsvæsenet. Den enkelte borger yder efter evne og har dermed vederlagsfri adgang til at nyde efter behov. Velfærdssamfundet har således erkendt, at alle borgere ikke skal have lige mange sundhedsydelser, men at den enkelte kan modtage ydelser efter behov. Når man i Danmark fordeler sundhedsressourcerne efter behov, skyldes det, at samfundet mener, at denne type ydelser er så vigtige for befolkningens velfærd, at de bør fordeles efter behov og uafhængigt af indtægt, og derfor finansieres ydelserne gennem skatter (153).

Når man fordeler sundhedsressourcerne efter behov, er det vigtigt at have målet for øje. Ofte vurderes en given behandling i forhold til, hvor mange kvalitetsjusterede leveår den leverer. For tandplejen, hvor ydelserne sjældent er livsforlængende, er det altså den øgede livskvalitet, der er målet.

Ud over kvalitetsjusterede leveår tales der ofte om lighed i sundhed, når sundhedssystemet skal beskrives eller evalueres. Lighed i sundhed kan defineres på forskellige niveauer af sundhedsvæsenet. Det mest overordnede niveau er lige adgang til

sundhed. Dette princip eksisterer fx i almen lægepraksis, hvor alle uanset indkomst har fri adgang.

Lighed i sundhed kan også betragtes som lighed i den enkeltes sundhedsniveau. Hvis dette er målet, skal individer med en øget morbiditet modtage mere behandling. Dette betyder ydermere, at personer, der reagerer dårligt på behandlingen eller har svært ved at følge (tand)lægens anvisninger, skal have øget opfølgning og vejledning (152). Der er altså tale om en afvejning i forhold til, hvem der oplever den største stigning i livskvalitet, sammenholdt med i hvilket omfang man ønsker at reducere uligheden i sundhed.

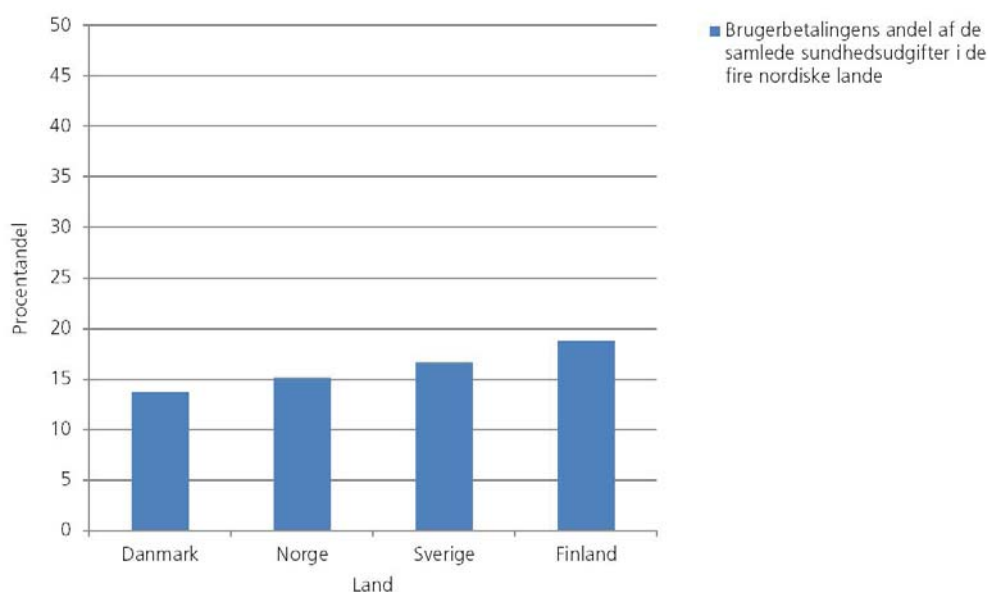
Hvis det er vanskeligt at forudsige ens fremtidige behov for bestemte ydelser, og det vil medføre store økonomiske udgifter, hvis den enkelte skulle få behov for ydelserne, vil man ønske at forsikre sig. En sådan forsikring (offentligt tilskud) kan administreres af det offentlige via obligatorisk opkrævning over skatten.

Voksntandplejen i Danmark er andeledes finansieret end resten af det danske sundhedsvæsen. Den er nemlig baseret på et grundlæggende princip i Tandlægeoverenskomsten om, at den brede befolkning skal tilbydes et generelt, basalt tandplejetilbud, men overenskomsten skal ikke søge at imødekomme enkelte patienters særlige behov for tandpleje (8).

6.1 Sundhedsydelser med brugerbetaling

For at få et overblik over den samlede brugerbetaling på sundhedsydelser i de fire nordiske lande er data for de fire lande vist i figur 3 nedenfor. Deraf ses det, at den samlede brugerbetaling på sundhedsydelser faktisk er relativt lavere for danskere sammenlignet med svenskere, nordmænd og finner (154). Finske borgeres brugerbetaling for sundhedsydelser dækker 18,8 %

Figur 3: Brugerbetalingens andel af de samlede sundhedsudgifter i de fire nordiske lande



af de samlede udgifter til sundhed. Svenskeres brugerbetaling udgør 16,7 % og nordmænds 15,1 % af de samlede udgifter til sundhed, mens danskeres brugerbetaling udgør 13,7 % af de samlede sundhedsudgifter (154). Det bør dog bemærkes, at der kan være forskel på, hvordan sundhedsudgifter gøres op i de enkelte lande.

6.2 Fordelingen af brugerbetalingen på sundhedsydelser

Brugerbetaling for sundhedsydelser i de øvrige nordiske lande er fordelt på flere sektorer end i Danmark, hvor brugerbetalingen er koncentreret på nogle bestemte områder (tandlæge, kiropraktor, fysioterapeut, psykolog og medicin), hvorved befolkningsgrupper, der især får ydelser fra disse sundhedsområder, bliver hårdere belastet af brugerbetaling frem for befolkningsgrupper, der især får ydelser i det vederlagsfrie system (læge, speciallæge, sygehus, mv.).

Tabel 3 viser, på hvilke områder inden for sundhedsvæsenet de nordiske lande opkræver brugerbetaling. Som det ses, opkræves der brugerbetaling hos tandlægen, kiropraktor, psykolog og på lægemidler i alle fire lande.

I både Sverige, Norge og Finland opkræves der brugerbetaling på besøg hos læge og speciallæge, mens disse besøg er vederlagsfrie i Danmark. I Finland er det endvidere vederlagsfrit at besøge fysioterapeut, mens der opkræves brugerbetaling herfor i de andre nordiske lande.

I Sverige og Finland opkræves brugerbetaling under sygehusindlæggelse og ved besøg på skadestue, mens disse besøg er vederlagsfrie i Danmark og Norge. Derudover opkræves brugerbetaling for laboratorieundersøgelser og røntgenfoto-grafering i Norge. Disse undersøgelser er vederlagsfrie i de øvrige lande.

6.3 Brugerbetaling for tandpleje i de nordiske lande

Tandplejeydelser adskiller sig fra andre sundhedsydelser og er ikke skattefinansieret i samme grad som de fleste andre sundhedsydelser. Det skyldes, at både omfordelings- og tilskuds/forsikringshensynet er svagere som argumenter for skattefinansiering i relation til tandplejeydelser. Grunden til det er, at de fremtidige tandplejeudgifter for den brede del af befolkningen er mere forudsigelige end fremtidige sundhedsudgifter (153). Samtidig er udgifter til de fleste tandplejeydelser betydeligt lavere end udgifter til andre sundhedsydelser.

At forsikringsargumentet for vederlagsfrie tandplejeydelser er svagere end for andre sundhedsydelser, kan vises ved det faktum, at markedet for privattegnede tandforsikringer i Danmark er minimalt. Hvis befolkningen havde ønsket vederlagsfrie tandplejeydelser, hvis de fik behov for det, burde de i teorien være villige til at betale for en forsikring, der dækker fremtidige tandplejeudgifter (42).

Siden februar 2010 har det i Danmark været muligt at forsikre sig mod tandplejeudgifter hos firmaet Dansk Tandforsikring. Firmaet oplyser selv, at under 1 % af voksenbefolkningen har tegnet en sådan tandforsikring efter to år (155). Til gengæld var 2.185.940 danskere (voksne såvel som børn) ved udgangen af 2011 medlem af Sygeforsikringen Danmark (156), som afhængig af medlemsgruppe yder større eller mindre tilskud til bl.a. tandbehandling. Så danskere er i en vis udstrækning parate til at forsikre sig i relation til bl.a. udgifter til tandpleje. Forsikringspræmien er relativt lav i Sygeforsikringen Danmark, mens den er relativt høj og graderet efter alder og tandstatus/behandlingsbehov i Dansk Tandforsikring.

Tabel 3: Brugerbetaling på forskellige ydelser i sundhedsvæsenet i de fire nordiske lande (154)

Sundhedsydelse	Danmark	Sverige	Norge	Finland
Tandlæge	Ja	Ja	Ja	Ja
Speciallæge	Nej	Ja	Ja	Ja
Praktiserende læge	Nej	Ja	Ja	Ja
Kiropraktor	Ja	Ja	Ja	Ja
Fysioterapeut	Ja	Ja	Ja	Nej
Psykolog	Ja	Ja	Ja	Ja
Medicin	Ja	Ja	Ja	Ja
Sygehusindlæggelse	Nej	Ja	Nej	Ja
Skadestue	Nej	Ja	Nej	Ja
Laboratorieundersøgelse	Nej	Nej	Ja	Nej
Røntgenfoto-grafering	Nej	Nej	Ja	Nej

6.3.1 Brugerbetaling regulerer efterspørgsel

Brugerbetaling er et supplement til skattefinansiering, når sundhedsydelse skal finansieres, og anvendes som middel til at regulere efterspørgslen med henblik på at reducere forbruget af sundhedsydelserne (153). Brugerbetaling har en god virkning på effektiviteten, men virker dårligt i forhold til retfærdig fordeling af godet (sundhedsydelsen). Der findes dog flere måder at begrænse uheldige fordelingsmæssige virkninger med henblik på at beskytte befolkningsgrupper med særlige behov, eller indkomstgrupper der ikke har råd til at betale selv. Det kan eksempelvis være ordninger, hvor patienten betaler op til et loft, mens det offentlige betaler alt over loftet, eller det offentlige betaler op til et loft, mens patienterne betaler alt over loftet, eller – som det sker i Danmark – ved samfinansiering fra første krone ved, at patienten selv betaler en procentvis andel.

Så er der omfordelingsargumentet, dvs. om befolkningen er villig til at betale for andres forbrug af tandplejeydelser, fx specielle grupper. Men tandsygdomme er ikke smitsomme og indvirker således ikke på andres helbred og medfører relativt sjældent nedsat arbejdsevne. Så sammenlignet med andre sygdomme i kroppen må tandsygdomme anses for at være mindre alvorlige. Derfor er omsorgsmotivet for omfordeling ikke så oplagt i relation til den brede voksenbefolkning.

6.3.2 Brugerbetaling på voksentandpleje i de fire nordiske lande

At brugerbetalingen på voksentandpleje i Danmark over en 30-årig periode er steget fra 56 % i 1980 til 82 % i 2010 (157),

kan være en af forklaringerne på, at 38 % af voksenbefolkningen i Danmark ikke havde været til tandlægen i 2010 (157). Det er nemlig veldokumenteret, at lav indkomst er en væsentlig barriere for brug af tandplejen (75,158). Men spørgsmålet er, om danskerne har en højere brugerbetaling for tandpleje om året end svenskere, nordmænd og finner.

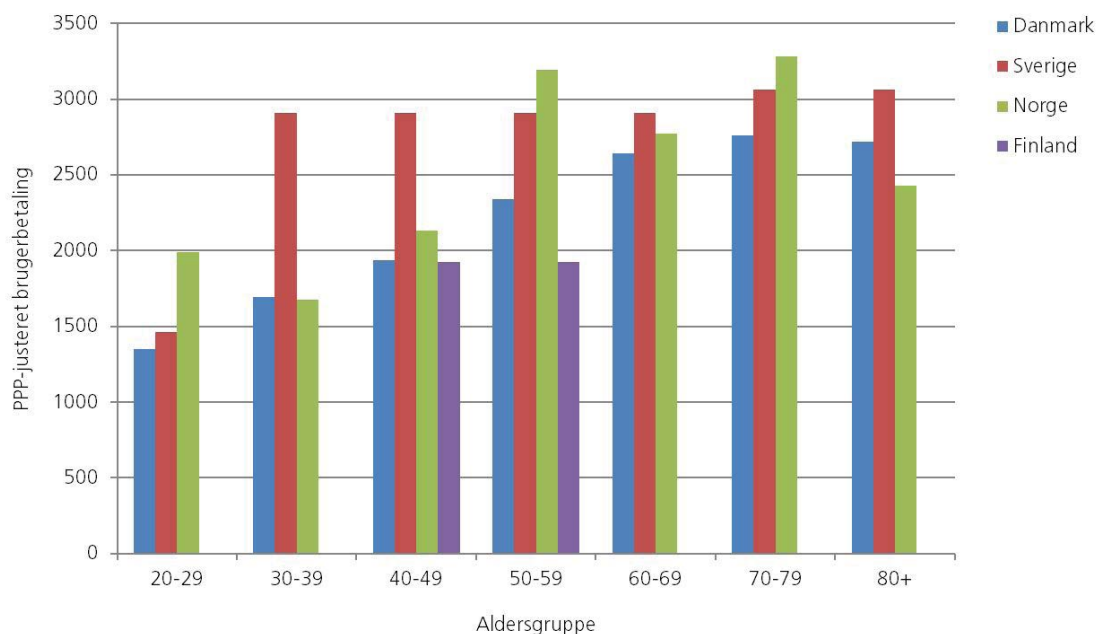
For at kunne sammenligne udgifterne til tandpleje i de nordiske lande er priserne omregnet ved at beregne de enkelte landes Purchasing Power Parity (PPP) (159), som angiver købekraften i det enkelte land i forhold til Danmark. Eurostat har pr. 5. november 2012 opgjort den relative købekraft i 2011 (160) i de fire nordiske lande. Det ser således ud:

- Danmark = 143,5 sættes til 1
- Sverige = 126,4 omregnes til 0,8808362
- Norge = 155,7 omregnes til 1,0850174
- Finland = 124,7 omregnes til 0,8689895

Som det ses af tabel 4 i bilag 1 bagerst og illustreret i figur 4 nedenfor, varierer den gennemsnitlige brugerbetaling for tandpleje for forskellige aldersgrupper og i de forskellige nordiske lande. Det er vigtigt at holde sig for øje, at talmaterialet er indsamlet via forskellige metoder (selvrapporteret spørgeskema og regningsoplysninger), hvilket medfører en vis usikkerhed – se mere under diskussionsafsnittet.

Et gennemgående træk er, at yngre personer har lavere udgifter til tandpleje sammenlignet med ældre personer. Brugerbetalingen for tandpleje stiger således op igennem livet og topper omkring 75-årsalderen for så at falde blandt de ældste

Figur 4: Patienters gennemsnitlige brugerbetaling for tandpleje (PPP-justeret) i forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland, der har benyttet tandplejen inden for et år



aldersgrupper som følge af en højere prævalens af tandløshed samt sjældnere benyttelse af tandplejen, hvilket medfører gennemsnitligt færre udgifter til tandpleje.

Figur 4 illustrerer endvidere, at både svenskere og nordmænd over 40 år har en større årlig brugerbetaling for tandpleje sammenlignet med danskere.

6.4 Brugerbetalings betydning for valg af behandlinger

Brugerbetaling har ikke kun betydning for brugen af tandplejen, men også for hvilke ydelser befolkningen vælger at få udført. Forskelle i brugerbetaling for forskellige tandplejeydelser er blevet anvendt som forklaring på forskelle i tandstatus (133).

I Danmark er der fx 100 % brugerbetaling for større tandbehandlinger som fx kroner, broer, proteser og implantater, mens der i Sverige er en beskyttelse mod meget høje tandbehandlingsudgifter, så svenskere har en relativt lavere brugerbetaling for større tandbehandlinger sammenlignet med danskere. Konkret er det i en undersøgelse (133) vurderet, at svenske patienters udgifter til fast protetik var cirka halv pris sammenlignet med danske patienters udgifter hertil. Samtidig var prisen på aftagelig protetik i Danmark relativt billigere end prisen på fast protetik, hvilket medførte, at danskere i højere grad valgte aftagelig protetik sammenlignet med svenskere (133).

Ligeledes havde 4,8 % af svenskerne fået implantatbehandling inden for de seneste ti år, mens det kun gjaldt for 2,5 % af danskerne (161). Også denne undersøgelse konkluderede, at danske patienters brugerbetaling for et enkelt implantat var cirka dobbelt så høj som for svenske patienter.

Forskelle i graden af brugerbetaling for forskellige tandbehandlingsydelser på tværs af lande synes således at have indflydelse på, hvilke typer af behandlinger patienter i forskellige lande vælger at få udført.

6.5 Konsekvenser af brugerbetaling for tandpleje

Der er gennemført få forsøg i relation til brugerbetaling på tandpleje. RAND Health Insurance Experiment-studiet (162), som blev gennemført i USA i 1974-1982, er nok det interventionsstudie, der bedst illustrerer konsekvenser af forskellige grader af brugerbetaling på sundhedsydelser. Ved sammenligning mellem Danmark og USA skal man dog have for øje, at eksperimenter fra USA ikke umiddelbart kan overføres til danske forhold, da der er meget store forskelle imellem de to landes sundhedsvæsen, befolkninger mv. RAND-studiet er dog alligevel interessant og beskrives derfor i det følgende.

Studiet omfattede 4.815 betandede personer mellem seks og 61 år (163). Deltagerne blev rekrutteret fra seks geografiske områder i USA i en periode på tre år fra 1974 til 1977, og de blev derefter fulgt imellem tre og fem år. De deltagende familier blev tilfældigt udvalgt, dog blev bl.a. følgende grupper ekskluderet: familier med en indkomst over US\$ 25.000 (1973)/US\$ 58.200 (1984) og personer på 62 år eller ældre. En stor del af voksne, som kunne forventes at

have øget sygelighed, blev således ekskluderet af eksperimentet, og det affødte en del kritik.

Deltagerne blev tilfældigt inddelt i grupper, der under en række forskellige forsikrings-/brugerbetalingsordninger kunne få læge- og tandlægehjælp. Grupperne kunne for eksempel have en brugerbetalingsprocent på 0 (dvs. vederlagsfrit), 25 %, 50 % eller 95 %. Grupperne kunne have forskellige udgiftslofter, kombinationer af forskellige brugerbetalingssatser på henholdsvis læge- og tandlægehjælp eller kombinationer af forskellige brugerbetalingssatser på henholdsvis ambulante eller indlagt behandling (163).

De forskellige brugerbetalingssatser viste sig at have betydning for deltagerens orale sundhed. Ved afslutning af studiet sås det, at deltagerne, der havde modtaget vederlagsfri tandpleje, havde færre carierede tænder end deltagerne i alle andre brugerbetalingssatsgrupper, og deltagerne med den største grad af brugerbetaling viste sig at have den største forekomst af caries. I relation til fyldte tænder sås det, at deltagere med vederlagsfri tandpleje havde flere fyldte tænder ved slutningen af eksperimentet. I forhold til mistede tænder sås ingen signifikante forskelle imellem de forskellige brugerbetalingssatsgrupper. I alle aldersgrupper, der havde vederlagsfri tandpleje, sås bedre parodontal sundhed end i alle de andre brugerbetalingssatsgrupper (163).

I forhold til oral sundhed var de væsentligste fund i RAND-studiet, at deltagere under 35 år i den vederlagsfrie tandplejegruppe generelt set havde en bedre oral status sammenlignet med deltagerne i de øvrige brugerbetalingssatsgrupper ved afslutning af eksperimentet. Ved analyse af forskellige undergrupper så man endvidere en tendens til, at de lavest uddannede og de, der havde den ringeste orale sundhed ved eksperimentets begyndelse, udviste signifikant reduktion i caries og parodontal sygdom ved eksperimentets afslutning, hvis de havde modtaget vederlagsfri tandpleje. Og man konkluderede derfor, at reduceret brugerbetaling på tandpleje ville forbedre den orale sundhed blandt personer under 35 år, og specielt blandt dem der havde den ringeste orale sundhed (163).

RAND-studiet konkluderede endvidere i forhold til efterspørgsel på tandpleje, at reduceret brugerbetaling øger efterspørgslen på tandplejeydelser (164): Tandplejeudgifterne øgedes således med 46 %, når brugerbetalingen reduceredes fra 95 % af de totale omkostninger til 0 %. Endvidere dokumenterede RAND-studiet, at indkomst påvirker tandbehandlinger, således at personer med lav indkomst tenderer til at have behov for dyrere behandlinger end personer med høj indkomst (164).

6.6 Opsummering af brugerbetaling for sundhedsydelser i de fire nordiske lande

- Den samlede brugerbetaling på sundhedsydelser er relativt lavere for danskere sammenlignet med svenskere, nordmænd og finner
- Brugerbetaling for sundhedsydelser i Danmark er koncentreret på færre sundhedsområder end i de tre andre nordiske lande.

6.7 Opsummering af brugerbetalingen for voksentandpleje i de fire nordiske lande

- Yngre personer har lavere udgifter til tandpleje sammenlignet med ældre personer
- Brugerbetalingen for tandpleje stiger op igennem livet og toppe omkring 75-årsalderen for så at falde blandt de ældste aldersgrupper
- Både svenskere og nordmænd over 40 år har en større årlig brugerbetaling for tandpleje sammenlignet med danskere.

7

Den opnåede tandsundhed i fire nordiske lande

Ud over patienters egenomsorg så har tandplejesystemet betydning for befolkningens tandstatus. En undersøgelse (165), der sammenlignede danskere og svenskeres tandstatus, viste, at danskere havde mere end fire gange øget tilbøjelighed til at have aftagelige proteser i forhold til svenskere, efter at der var kontrolleret for faktorer som fx alder, køn, indkomst, uddannelsesniveau, ægteskabelig status, bopæl mv. Svenskerne havde således i højere grad end danskere fået erstattet manglende tænder med fast protetik (kroner og broer).

Blandt forklaringerne på denne forskel var, at Sverige havde flere specialtandlæger inden for fx parodontologi og protetik (og var dermed bedre til at bevare tænder), mens Danmark havde kliniske tandteknikere (som selvstændigt må udføre aftagelig protetik), hvilket ikke findes i Sverige (133).

På tværs af lande opgøres tandsundhed ved hjælp af mål som fx DMFT eller DMFS (166). Som følge af den markant forbedrede tandsundhed i mange lande er man i de senere år endvidere begyndt at opgøre antallet af "sunde tænder" eller "sunde (uden caries) og fyldte tænder" (167, 168).

I Danmark forekom total tandløshed blandt 27 % af de 65+årige i 2005 (65). Andelen af voksne danskere med færre end 20 egne tænder i aldersgruppen 25-44 år udgjorde i 2010 godt 3 %, blandt de 45-64-årige 15 % og blandt de 65+-årige 53 % (169). Man skelner mellem under/over 20 egne bevarede

tænder, fordi personer med 20 eller flere egne tænder sandsynligvis ikke vil have behov for tandprotetiske erstatninger for at opretholde en god tyggefunktion (96).

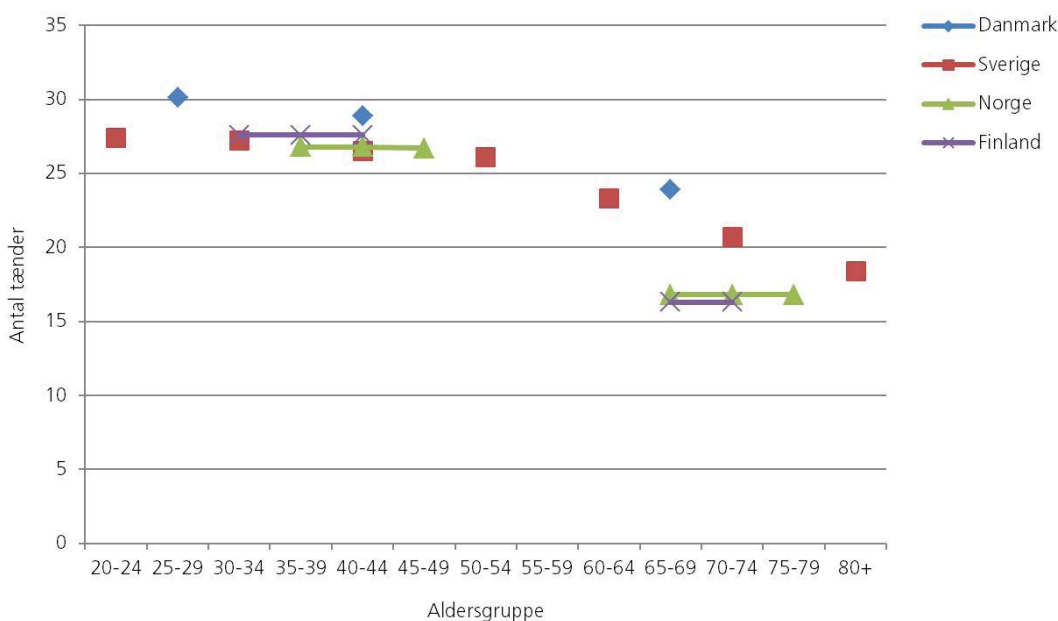
7.1 Antal tænder og DMFT i de fire nordiske lande

Tallene i tabel 5 i bilag 1 bagerst viser forskellige undersøgelsesresultater fra de fire nordiske lande for så vidt angår det gennemsnitlige antal carierede (DT), mistede (MT) og fyldte tænder (FT) samt det samlede gennemsnitlige tandsundhedsindeks (DMFT) og det gennemsnitlige antal bevarede tænder (NT) for forskellige aldersgrupper i de fire lande. Det er vigtigt at bemærke, at data er indsamlet fra forskellige kilder, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne direkte. Men det er det bedste, der har kunnet skaffes.

Figur 5 og 6 er baseret på data fra tabel 5 og illustrerer den opnåede tandsundhed i de fire lande udtrykt som henholdsvis antal bevarede tænder i gennemsnit i forskellige aldersgrupper (figur 5) og som det gennemsnitlige DMFT i forskellige aldersgrupper (figur 6).

Figur 5 viser, at det gennemsnitlige antal bevarede tænder falder igennem livet. Det gennemsnitlige antal tænder er højest blandt danskere i forhold til de tre andre lande. Det skyldes antagelig, at data fra Danmark stammer fra brugere af vok-

Figur 5: Det gennemsnitlige antal tænder (NT) blandt forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland



sentandplejen, der alt andet lige vil have flere tænder i forhold til deltagere i befolkningsundersøgelser, hvori der også indgår personer, som ikke bruger tandpleje som følge af hel eller delvis tandløshed.

Blandt de ældste aldersgrupper ses det, at nordmænd og finner har bevaret relativt færre tænder sammenlignet med svenskere og danskere. For så vidt angår finnerne kan det skyldes, at voksne finner over 45 år først fik adgang til tilskudsberettiget tandpleje efter tandplejereformen i 2001-2002. Det kan have betydet dårligere tandstatus og tab af tænder inden da.

Figur 6 viser, at den gennemsnitlige carieserfaring i DMFT øges igennem livet som udtryk for, at tandsygdomme og deres behandling akkumuleres igennem livet. Det gennemsnitlige DMFT er lavest blandt danskere i forhold til de tre andre lande. Det kan skyldes, at data fra Danmark stammer fra brugere af voksentandplejen, der måske har et lavere DMFT i forhold til befolkningsundersøgelser, hvori der også indgår personer, som ikke bruger tandplejen regelmæssigt, og som derfor måske har større sygelighed. Et højt DMFT kan dog også være en konsekvens af, at man rent faktisk benytter tandplejen og dermed så at sige udsætter sig selv for at blive undersøgt og behandlet, hvorved DMFT kan risikere at øges. Også de aldersbetingede tilskudsmuligheder kan have betydning for DMFT, således at gode behandlingsmuligheder og tilskudsordninger betyder

øget forbrug (udbudsinduceret efterspørgsel som følge af finansieringsmodellen), og dermed øges DMFT. Det kan fx gøre sig gældende for Sverige i denne figur.

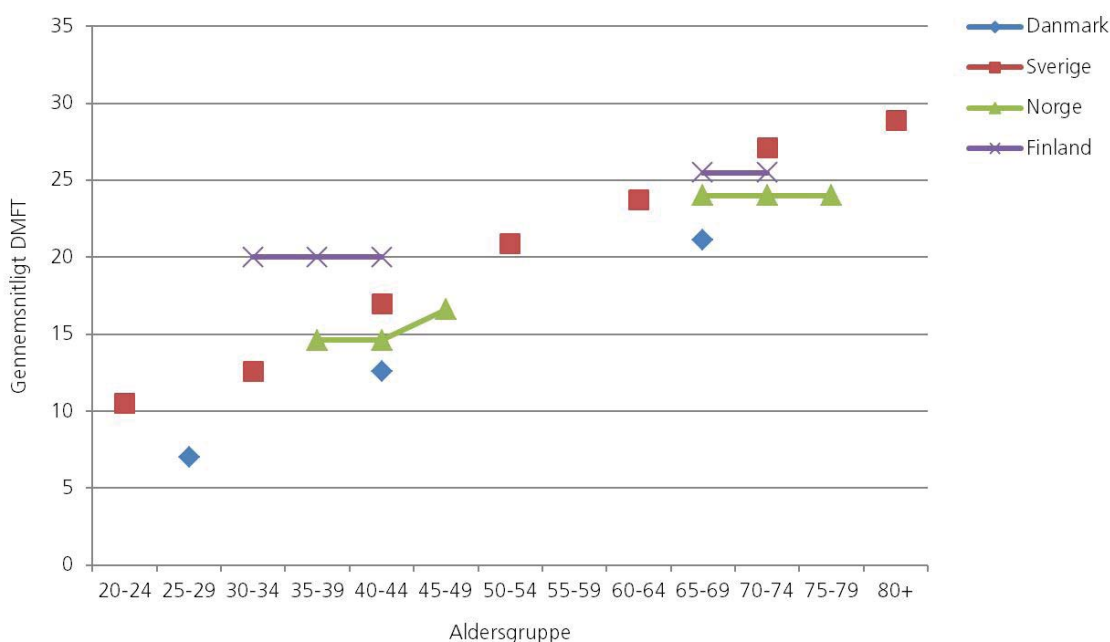
7.2 Opsummering af den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til antal bevarede tænder

- Det gennemsnitlige antal bevarede tænder falder igennem livet
- Det gennemsnitlige antal tænder er højere blandt danskere i forhold til de tre andre lande
- Blandt de ældste aldersgrupper har nordmænd og finner bevaret relativt færre tænder sammenlignet med svenskere og danskere.

7.3 Opsummering af den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande i relation til DMFT

- Den gennemsnitlige carieserfaring udtrykt som DMFT øges igennem livet
- Det gennemsnitlige DMFT er lavest blandt danskere i forhold til de tre andre lande. ■

Figur 6: Den gennemsnitlige carieserfaring (DMFT) blandt forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland



8.1 Metode

Adgangen til og mængden af materiale vedrørende de fire lande har været meget varierende. Det har været relativt let at skaffe informationer fra Danmark, Sverige og Norge, mens en del materiale vedrørende Finland kun findes på finsk. Det betyder eksempelvis, at den historiske gennemgang af de enkelte landes tandplejeudvikling ikke går lige langt tilbage i tiden og ikke er lige detaljerig. Det betyder også, at sammenligningerne for så vidt angår tandsundhed og tandstatus samt brug af tandplejen og brugerbetaling for tandpleje for nogle landes vedkommende hviler på mere præcise og fyldige data end andre landes.

8.1.1 Tandsundhedsdata

Det medfører, at sammenligningen af data fra de fire nordiske lande skal tages med en række forbehold, som kan være med til at svække validiteten af denne rapporters resultater. Data vedrørende tandsundhedsforhold er samlet fra flere forskellige større eller mindre undersøgelser i de respektive lande. Det er en fordel, at data er baseret på tandlægers eller tandplejers kliniske registreringer og ikke blot på selvrapporterede data. Men på grund af at data stammer fra en række forskellige undersøgelser, og undersøgerne ikke er kalibrerede på tværs af undersøgelse, kan det eksempelvis betyde, at undersøgerne kan have forskellige opfattelser af, hvornår der skal registreres "caries". I det hele taget vil det faktum, at der er mange ikke-kalibrerede undersøgere, medføre en større grad af variation i registreringen sammenlignet med undersøgelser, der udføres med få undersøgere, som er kalibrerede (170).

Tandstatus-data stammer fra forskellige årstal mellem 2000-2008. Det har sandsynligvis ikke så stor betydning, da tandstatus-ændringer foregår relativt langsomt og snarere følger kohorter end kortere årsintervaller (171). For så vidt angår Finland er data dog indsamlet i år 2000, dvs. før tandplejereformen trådte i kraft i 2001-2002. Der kan derfor som følge af tandplejereformen være sket væsentlige ændringer i deltagelse i tandplejetilbuddet og til en vis grad i tandsundheden for de aldersgrupper, der som følge af reformen dels fik mulighed for at få tandpleje udført i offentligt regi, dels fik adgang til offentligt tandplejetilskud.

Nogle tandstatus-data stammer fra undersøgelser med få deltagere, mens andre stammer fra indberetninger på et større antal deltagere. Det betyder, at der er en større usikkerhed omkring tandstatus-data, der stammer fra relativt små undersøgelser, mens data, der stammer fra indsamlinger blandt en større gruppe, må antages at være mere valide.

Der kan dog være et problem med større undersøgelser, som kun omfatter brugere af tandplejen, idet brugere af tandplejen alt andet lige må formodes at benytte tandplejetilbuddet mere regelmæssigt og have en relativt bedre tandsundhedsstatus sammenlignet med undersøgelser, der omfatter den generelle befolkning, hvor der vil være en andel, som benytter tandplejetilbuddet mere sporadisk, og som følge deraf måske har en relativt ringere tandstatus.

Det er de færreste lande, der systematisk indsamler tandsundhedsdata og registrerer andelen i befolkningen, der benytter tandplejen. I Danmark indberetter tandlæger og tandplejere systematisk tandsundhedsdata (DMFT) på de 25-, 40- og 65-årige. I en række andre lande indsamles data på andre aldersgrupper fx 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år, 65-74 år osv. Atter andre anvender tiårsintervaller fx 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år osv. Det gør det vanskeligt at sammenligne danske tandsundhedsdata med andre landes resultater.

Endvidere vanskeliggøres sammenligninger af tandsundhedsdata af, at forfattere i nogle undersøgelser opgør DFT uden MT-komponenten, mens andre forfattere opgør det samlede DMFT. I nærværende rapport er dette løst ved, at i de tilfælde, hvor tandsundhedsdata er opgjort som DFT uden MT-komponenten, så er DFT og MT summeret til et samlet DMFT.

Helt generelt er det en udfordring ved sammenligninger af tandsundhedsdata, at der ikke findes ensartede retningslinjer for, hvilke aldersgruppers tandsundhedsstatus der indberettes – både internt i forskellige lande, der opsamlar data, og på tværs af lande fx i WHO-regi.

8.1.2 Brug af tandpleje

Brug af tandpleje er i visse undersøgelser selvrapporteret, mens det i andre undersøgelser er baseret på oplysninger udtrukket på baggrund af udskrevne regninger. Selvrapporterede oplysninger om brug af tandpleje må anses for at være mindre validt, idet brugerne af tandplejen kan have vanskeligt ved at huske præcist, hvornår de har været til tandlæge sidst. Typisk vil der være en tendens til, at brugerne angiver en nyere dato for seneste besøg, end hvad der er korrekt (172), mens data baseret på regningsudskifter må formodes at være mere præcise.

I forskellige undersøgelser opgøres regelmæssige besøg i tandplejen med meget forskellige intervaller. Nogle undersøgelser opgør således regelmæssig brug som hvert femte år, andre som enten hvert tredje år, hvert andet år eller inden for de seneste 12 måneder. Det medfører, at nogle undersøgelser må ekskluderes i sammenligninger på tværs af ellers udmærkede undersøgelser.

Derudover er det ikke altid angivet i undersøgelserne, om "regelmæssig brug" inkluderer en diagnostisk undersøgelse, eller om akutte nødbehandlingsbesøg tælles med som "regelmæssig brug". Det er naturligvis ikke hensigtsmæssigt, hvis sporadiske brugere af tandplejen registreres som regelmæssige brugere, blot fordi de en eller flere gange årligt søger tandplejen med akutte tandproblemer.

8.1.3 Brugerbetaling for tandpleje

Brugerbetaling for tandpleje er i nogle undersøgelser baseret på selvoplyste data, mens andre undersøgelser baserer brugerbetalingen på udskrevne regningers beløb. Ved selvrapporterede oplysninger om brugerbetalingen for tandpleje er der risiko for, at beløbet er overvurderet, idet brugere af tandplejen vil opleve, at tandplejeydelser er dyre, fordi de indehol-

der en brugerbetaling og i sammenligning med fx vederlagsfrie sundhedsydelser i det øvrige sundhedsvæsen.

I de undersøgelser, der indgår i sammenligningen i nærværende rapport, opgøres brugerbetaling for tandplejeydelser i forskellige valutaer, og de anvendte gennemsnitspriser stammer fra forskellige årstal, som spænder fra 2004 til 2011. Det må antages, at der over en periode på syv år vil være sket ændringer i priser på ydelserne hos tandplejen, hvorfor prisoplysninger, der stammer tilbage fra 2004, meget vel kan være for lavt sat i forhold til prisoplysninger, der stammer fra 2011.

8.2 Kontekst for og organiseringen af voksentandplejen

8.2.1 Strukturel ramme og styring

I de fire nordiske lande, som denne rapport inkluderer, er der overordnet lovgivning for voksentandplejeområdet. De nationale sundheds- eller socialstyrelser opstiller retningslinjer for udførelse af voksentandpleje, som reguleres på nationalt eller regionalt niveau. Derudover reguleres og styres voksentandplejeområdet i høj grad via overenskomster på tandplejeområdet vedrørende de offentlige tilskud til voksentandpleje og patienternes brugerbetaling.

I Danmark er den overordnede målsætning for tandplejen, "at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet" (3). Fra myndighedernes side lægges der således vægt på både:

- at befolkningen selv yder en daglig indsats
- at der stilles et tilbud til rådighed, som dels skal sikre overgangen fra Børne- og Ungdomstandplejen til voksentandplejen
- at tandplejetilbuddet omfatter både forebyggelse og behandling
- at en god tandstatus kan bevares livet igennem.

8.2.2 National overvågning af voksnes tandsundhed

Siden år 2000 har tandlæger og tandplejere i Danmark indberettet tandstatus (DMFT) for så vidt angår de 25-, 40- og 65-årige med henblik på løbende at kunne følge og evaluere tandsundhedsudviklingen i voksenbefolkningen, ligesom man siden 1970'erne har fulgt den danske børnepopulations tandstatus. Indberetningen af voksnes tandsundhedsstatus udgør et værdifuldt styringsredskab for så vidt angår organisering og tilrettelæggelse af tandplejetilbuddet. Men som ovenfor beskrevet giver indberetninger på disse aldersgrupper nogle udfordringer, hvis man ønsker at holde danske resultater op med andre landes opnåede resultater.

Som følge af den forøgede levetid kunne det være relevant, at tandstatus blev registreret helt til 75-80 år. Om få år vil mange stadig være erhvervsaktive som 65-årige, og en stadig større del af danskerne lever allerede til 80-85 års-alderen.

Det ville derfor være en fordel, hvis danske tandsundhedsdata fremover bliver registreret også for den ældste del af befolkningen.

Der foretages i dag ikke indberetning af voksenbefolkningens parodontale status. Det er uheldigt, da kendskab til incidens og prævalens ved reliable og valide data fx ville øge mulighederne for at agere på sygdommen rent styringsmæssigt. Som følge af den forbedrede tandsundhed i alle aldersgrupper med mange flere bevarede egne tænder må det formodes, at risikoen for at udvikle parodontal sygdom vil øges i et livsperspektiv.

Ligeledes indberettes ingen registreringer af erosioner. Samlet set betyder det, at Danmark kun følger udviklingen i tandsundheden for så vidt angår caries og følger heraf, men ikke udviklingen i de to andre store tandsygdomme – parodontose og erosioner. Dermed opnås ikke et fuldt overblik over ressourcebehovet i voksentandplejen eller behovet for særlige målrettede indsatser for hele eller dele af befolkningen.

I Sverige har man beskrevet faglige kriterier for udførelse af en række behandlinger for på den måde at regulere de praktiserende tandlæger, som dermed ikke kan udføre tandplejeydelser med offentligt tilskud ud fra egne eller patienters hensyn eller incitament. I Norge har den enkelte tandlæge siden 2008 haft ansvaret for at vurdere, hvorvidt en person har et lovmæssigt krav på tilskud til tandpleje, og at behandlingen holdes inden for rammerne af nødvendig og forsvarlig tandbehandling (46). Til brug for dette er Helsedirektoratet ved at udarbejde nationale kliniske retningslinjer inden for de forskellige odontologiske fagdiscipliner.

I Danmark er der til en vis grad også faglige kriterier for brug af de forskellige ydelser, hvortil der ydes offentligt tilskud, idet der for hver ydelse i Tandlægeoverenskomsten findes en ydelsesbeskrivelse, som tandlægen eller tandplejeren er forpligtet til at overholde og leve op til. Disse ydelsesbeskrivelser er dog relativt brede, så der er plads til en vis grad af fortolkning.

I de senere år har man endvidere fra Danske Regioners Lønnings- og Takstnævn indbygget en række restriktioner på kombinationer af ydelser og gentagelse af ydelser inden for en tidsmæssigt beskrevet periode, ligesom man senest har indskærpet over for de praktiserende tandlæger og tandplejere, at som følge af den forbedrede tandsundhed for store dele af voksenbefolkningen så skal indkaldeintervallerne forøges.

8.2.3 Organisering

Den historiske beskrivelse af de fire nordiske lande giver en del af forklaringen på de forskelle, der eksisterer imellem voksentandplejesystemerne i landene. Det gælder både organiseringen af tandplejetilbuddet og de værktøjer, som myndighederne i de enkelte lande tager i brug for at regulere økonomien i og efterspørgslen på voksentandpleje.

Historisk set har man i Sverige givet voksenbefolkningen mulighed for at vælge, om de vil modtage tandpleje i privat praksis eller i offentligt regi med det formål dels at skabe konkurrence mellem de to regi, dels at sikre voksenbefolkningen et tandplejetilbud til en lidt lavere pris i Folketandvården. Også i

Norge og Finland kan voksenbefolkningen vælge at modtage voksentandpleje i offentligt regi, og i Finland ydes der relativt stort tilskud til tandpleje i den offentlige sektor. Efter den store tandplejereform i Finland i 2001-2002 medførte det, at der blev øget efterspørgsel på voksentandpleje i offentligt regi, hvilket betød lange ventelister. Myndighederne måtte derfor ved lov opstille mål for garanti for behandling i den offentlige tandpleje inden for en rimelige ventetid (52).

Organisatoriske forbedringer og mere favorable tandplejetilbud (med større offentligt tilskud) vil således medvirke til at øge efterspørgslen på tandplejeydelser (153). Det sikrer dog ikke nødvendigvis, at tandsundheden bliver bedre, eller at brug af tandplejetilbuddet bliver mere socialt retfærdigt fordelt.

I Danmark besluttede man sig i modsætning til de tre andre nordiske lande på et meget tidligt tidspunkt for at have to meget adskilte tandplejesystemer – ét for børn i den kommunale børne- og ungdomstandpleje og ét for voksne i privat praksis. Det kan ikke afvises, at de to meget adskilte tandplejesystemer i Danmark kan udgøre en barriere i forhold til at sikre befolkningen et sammenhængende tandplejetilbud, dvs. sikre at børn og unge overføres til voksentandpleje i privat praksis. Konsekvenserne af dette kan være dropout blandt unge.

I Sverige har man for at undgå dropout blandt unge særlige tiltag fx i form af en tandplejecheck, der er større end for andre aldersgrupper, og en abonnementsordning. Men som det ses af figur 2 på side 30, er andelen af unge under 30 år i Sverige, som har benyttet tandplejesystemet inden for de seneste 12 måneder, lavere end den tilsvarende andel i Danmark. I Norge er andelen af unge under 30 år, som har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder, til gengæld lidt højere end i Danmark, hvilket kan skyldes, at unge nordmænd får rabat i de første år efter børne- og ungdomstandplejen, således at de kun skal betale 25 % af de faste takster.

Men spørgsmålet er, om det overhovedet er et problem, at en relativt mindre andel af de unge kommer til tandlæge mindst én gang årligt. Som følge af den markant forbedrede tandsundhed blandt disse unge voksne, er det sandsynligvis kun en relativt lille gruppe antalsmæssigt i denne aldersgruppe, som har behov for et eller flere tandlægebesøg om året. Så der er måske ikke længere mening i at tale om et generelt dropout-problem blandt unge voksne. I stedet er der sandsynligvis behov for at fokusere mere på at få identificeret præcis de unge, som har behov for mindst et årligt besøg i tandplejen.

8.2.4 Afregning af tandlæger i voksentandplejen

Honorarstrukturen i Danmark fastsættes ved overenskomstforhandlinger mellem Tandlægeforeningen og Danske Regioners Lønnings- og Takstnævn cirka hvert fjerde år. Der fastsættes maksimalpriser for mere end halvdelen af tandplejeydelserne. Tilskuddet til disse ydelser fastlægges eller "budgetteres", således at de forventes at kunne holdes inden for den økonomiske ramme, der fra statens side er afsat til offentligt tilskud til voksentandpleje. Hvis der i aftaleperioden opstår for stort træk på visse ydelser i forhold til det forventede, er der mulighed for at

justere, og der føres nøje kontrol med de enkelte yders forbrug, og ydere kan risikere at skulle forklare afvigelser i ydelsesforbruget.

Som følge af de aftalte maksimalpriser kan danske tandplejeydere således ikke selv fastsætte højere honorar for de ydelser, der er omfattet af overenskomsten. Danske tandlæger kan kun selv fastsætte deres honorarer for så vidt angår de såkaldte "frie" ydelser.

Det mangeårige princip i Danmark med ønsket om at yde offentligt tilskud til basaltandpleje for at sikre hele voksenbefolkningen adgang til et relativt billigt tandplejetilbud er sikret ved, at maksimalhonoraret for basalydelserne er blevet holdt på et relativt lavt niveau efter mange tandlægers mening (11), hvilket set i forhold til tidsforbruget medgået til at udføre ydelserne og udgiften til materialeforbruget til ydelsen må anses for til en vis grad at være rigtigt.

For at kompensere for dette har privat praksis i Danmark reageret ved, at honorarerne for de frie ydelser til gengæld er steget løbende og i dag må anses for at være relativt for høje set i forhold til tidsforbruget medgået til at udføre ydelserne og udgiften til materialeforbruget til ydelsen. Der er således noget, der tyder på, at honorarstrukturen har udviklet sig u hensigtsmæssigt i Danmark, da der ikke længere er en logisk sammenhæng mellem tandplejeydelsernes ressourceforbrug og prisen på ydelserne.

8.2.5 Administration i relation til omfordeling

Stort set alle voksne danskere modtager et lille offentligt tilskud til hver enkelt af de ydelser, de modtager i tandplejen. Det koster naturligvis noget at administrere de mange tilskud, og administrationen koster mere, jo mere udbetalingerne skal deles ud i mange små portioner (42), som tilfældet er i dag i Danmark. Så spørgsmålet er, om de relativt små offentlige tilskud til de enkelte ydelser i stedet for burde forbeholdes de "syge" eller de "socialt svageste", frem for at alle får lige lidt offentligt tilskud til tandbehandling – også de som under alle omstændigheder ville benytte tandplejen, uanset om der var offentligt tilskud eller ej. Spørgsmålet er også, om det lille offentlige tandplejetilskud overhovedet er med til at motivere voksne danskere til at gå regelmæssigt til tandlæge. Det mangler vi dokumentation for. Der er dog ikke tvivl om, at tilskuddet virker som en form for blåstempling og sender et signal til befolkningen om vigtigheden af at passe på sine tænder.

I modsætning til Danmark har man i Sverige løbende indført reguleringer af privat praksis via fx referencepriser på alle ydelser og loft for brugerbetaling i et forsøg på dels at optimere voksentandplejesystemet, dels at opnå et så socialt retfærdigt tandplejetilbud som muligt, og for at mindske tandplejegyfterne for dem der havde mest tandsygdom.

Ligeledes har man i Norge indført takststyring på alle tandplejeområdets ydelser, som i princippet fungerer som referencepriserne i Sverige, der også er fastsat for alle tandplejens ydelser. Patienterne får således offentligt tilskud til tandplejeydelser ud fra de fastsatte referencepriser eller takster, der reguleres én gang årligt, og såfremt patientens tandlæge har et

højere honorarniveau for ydelserne, må patienten selv betale differencen mellem tandlægens honorar og taksten.

Kendetegnet for referencepriserne i Sverige og taksterne i Norge er, at der sigtes mod, at referencepriserne og taksterne i så høj grad som muligt afspejler de udgifter, der er forbundet med at udføre de enkelte ydelser – i form af såvel det medgåede tidsforbrug som materiale udgifter mv. Dette afspejles ikke i de danske honorarer for tandplejeydelser.

8.2.6 Konkurrence mellem udbydere

Formålet med den svenske og norske styringsmodel er, at yderne forventes at konkurrere på priserne, og at patienterne bedre kan sammenligne priser på tværs af klinikker og dermed foretage et mere kvalificeret valg af yder fx ud fra prisoplysninger. I Danmark har man igennem de senere år ligeledes forsøgt at skabe gennemsigtighed på tandplejeydelser for patienterne. De praktiserende tandlæger har således pligt til at offentliggøre priser på bestemte frie ydelser (7). De fleste tandlæger har reageret ved at oplyse relativt brede prisintervaller. Der kan således stilles spørgsmålstejn ved, om patienterne i Danmark dermed er blevet bedre i stand til at vurdere priser på behandlinger eller sammenligne priser klinikkerne imellem.

8.2.7 Særlige grupper

I Norge har man for at opnå et mere retfærdigt tandplejetilbud i stedet taget udgangspunkt i den enkeltes generelle helbredsprofil og herudfra udpeget de grupper, der som følge af dårligere generelt helbred må formodes at få mere oral sygdom og dermed have større behov for tandbehandling og samtidig større udgifter til brugerbetaling for tandpleje. Man har derpå allokert alle offentlige tilskudsmidler til disse særlige grupper, så de får kompensation for høje udgifter til tandpleje.

Ligeledes har man i Sverige udpeget særlige risikogrupper, der fritages for det brugerbetalingsloft, som gælder for tandplejeydelser. Det svenske brugerbetalingsloft minder om apotekerordningen i Danmark på medicinområdet. Apotekerordningen består i, at der er en årlig brugerbetaling op til en vis grænse, hvorefter tilskudsprocenten øges, jo højere udgiften bliver i løbet af året. Problemet med denne ordning kan være, at der rent faktisk er vanskeligt stillede grupper, for hvem det ikke er muligt selv at skaffe det første brugerbetalingsbeløb op til brugerbetalingsloftet. Visse grupper kan være så økonomisk trængte, at det for dem ikke er et til- eller fravalg at gå til tandlæge. Det underbygges af evalueringen af brugen af voksentandplejen i Sverige, hvor man måtte konkludere, at der tilsyneladende er begrænsninger i, hvor godt högkostnadsskyddet virker i relation til individer med stort behov for tandpleje (148).

8.2.8 Priselasticitet på sundhedsydelser

Det er vist, at der er en betydelig priselasticitet for sundhedsydelser. Det vil sige, at en ændring i prisen på en sundhedsydelse påvirker efterspørgslen på denne ydelse. En belgisk undersøgelse viser, at for en lavindkomstgruppe er priselasticiteten $-0,06$ for mænd og $-0,01$ for kvinder ved konsultationer i almen lægepraksis. Hvis dette resultat kan overføres til

tandlægepraksis, vil det eksempelvis sige, at et prisfald fra DKK 147,25 til DKK 132,53 (10 % fald) for en klinisk undersøgelse ville medføre en stigning i kliniske undersøgelser for mænd i lavindkomstgruppen på 0,6 % (173).

Der er ikke danske studier af priselasticiteten på tandplejeydelser, men der er danske studier af priselasticiteten på receptpligtig medicin, som viser, at efterspørgslen falder relativt mere for individer med lav indkomst og lavt uddannelsesniveau (174,175).

8.2.9 Brugerbetaling på sundhedsområdet og i tandplejen

Af figur 3 side 32 fremgår det, at brugerbetalingen for sundhedsydelser i Danmark er relativt lavere sammenlignet med de øvrige tre nordiske lande. Men samtidig er brugerbetaling for sundhedsydelser i Danmark koncentreret på relativt få områder af sundhedssektoren. Det betyder, at danskere ikke så ofte konfronteres med så at sige at skulle have pungen op af lommen, når de "nyder" i sundhedsvæsenet. For danskere er der således ikke i lige så høj grad som i de andre nordiske lande en lige så jævnlig oplevelse af, at den enkelte i en vis udstrækning selv skal bidrage, således at de, der har stort forbrug af sundhedsydelser, også må bidrage lidt mere end andre, der ikke har lige så stort forbrug af sundhedsydelser.

Det betyder så for så vidt angår voksentandplejen i Danmark, at voksne danskere her oplever, at det er dyrt, fordi langt de fleste andre sundhedsydelser er vederlagsfrie. Danskerne har naturligvis betalt for de andre sundhedsydelser via skattebetalingen, men det opfattes ikke på samme måde som "brugerbetaling". Samtidig er der visse befolkningsgrupper med meget tandsygdom, som faktisk har store udgifter til tandpleje og derfor rammes relativt hårdere, end hvis de havde lidt af andre sygdomme, som ikke i samme grad var omfattet af brugerbetaling.

I modsætning til danske patienter mener mere end 60 % af tandlæger i privat praksis, at det er godt, at der er brugerbetaling for tandbehandlingsydelser, og knapt 64 % af disse tandlæger vurderer samtidig, at der ikke skal tilbydes vederlagsfri tandpleje til alle voksne. Faktisk mener godt en fjerdedel, at brugerbetaling fremmer tandsundheden (176).

8.2.10 Befolkning og demografi

Organiseringen af tandplejetilbuddet og den økonomi, som samfundet stiller til rådighed for offentligt tilskud til tandpleje, influeres af en række faktorer, som samlet kan kaldes for input til modellen i figur 1 side 12. Inputtet afgør den dimensionering, som voksentandplejen må have, og inputtet influerer på voksentandplejens tilrettelæggelse i relation til såvel organisation og økonomi.

I den sammenhæng er det relevant at se på størrelsen af de fire landes befolkninger. De fire nordiske landes befolkninger er ikke lige store, idet Sveriges er næsten dobbelt så stor som de øvrige tre landes befolkninger, som til gengæld er næsten lige store, se figur 7 næste side. Der er endvidere forskel på befolkningstætheden inden for de enkelte lande, idet

både Sverige, Norge og Finland har geografiske områder, der er tyndt befolkede (177).

Det kan betyde større afstande til tandklinikker for indbyggerne i disse områder, og det kan også medføre, at det er svært at tiltrække tandlæger til de tyndt befolkede områder. Både Norge og Finland har således oplevet rekrutteringsproblemer i forbindelse med at bemande offentlige klinikker i disse tyndtbefolkede egne, ligesom privatpraktiserende tandlæger ofte vælger at nedsætte sig i tættere befolkede områder, hvor der dels er et godt patientunderlag, og det dels er nemt at skaffe klinikmedarbejdere. Det kan medføre, at staten nødsages til at tilbyde voksenbefolkningen tandpleje i offentlige klinikker for at kunne leve op til national lovgivning om tilbud om tandpleje og nationale målsætninger i relation til tandsundhed, sådan som det fx er sket i Finland. Det kan også have den konsekvens, at staten som i Norge måtte vedtage og gennemføre civil tjenestepligt i en periode.

8.2.11 Geografisk dækning af tandlægehjælp i Danmark

I Danmark har der hidtil ikke været store problemer med geografisk dækning i relation til tandlægehjælp. Skulle der opstå sådanne problemer i fremtiden, kunne tandlæger formodentligt motiveres til at flytte til udkantsområder ved fx at kombinere stykprishonorering af tandlæger med et per capita honorar. Det vil sige, at tandlægen modtager et fast tilskud pr. patient, som har været til behandling i løbet af året. Tilskudet ville fx kunne knyttes til bestemte ydelser som diagnostik

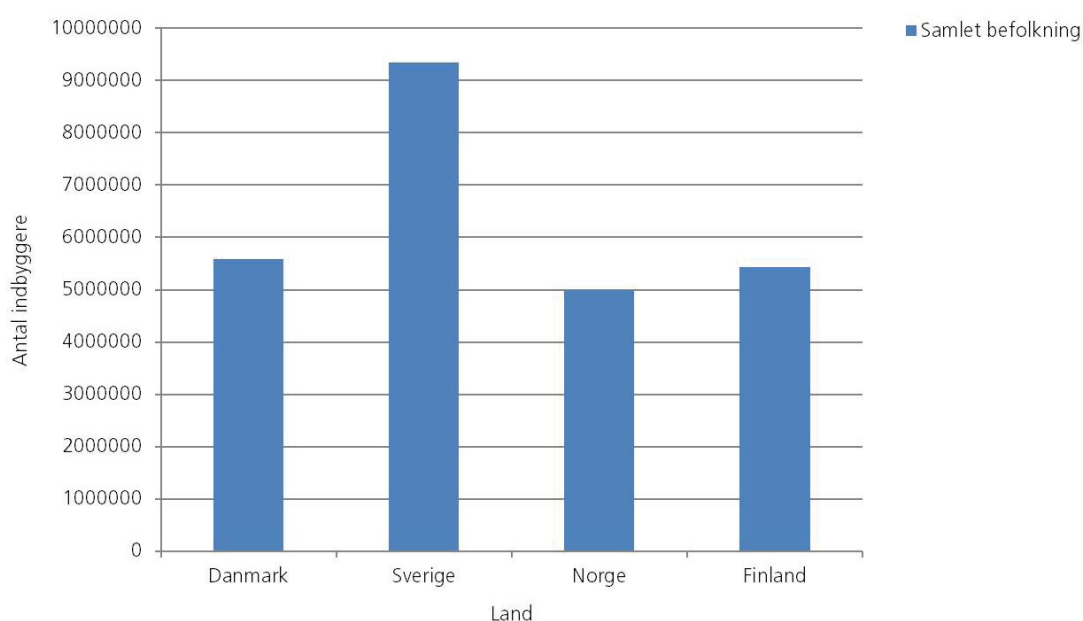
og forebyggelse. Det ville formodentlig kunne hjælpe med til at fordele tandlæger til udkantsområder, hvor der vil være udsigt til at forøge patientmassen. Endvidere kunne det skabe incitament for tandlæger til at ansætte tandplejere og videregive opgaver for dermed at optimere udnyttelsen af tandplejepersonalet i overensstemmelse med LEON-princippet (6).

Per capita-honorering kan imidlertid give uheldige fordelingsvirkninger, fordi yderen har incitament til at være selektiv med hensyn til udvælgelse af, hvilke patienter som tages ind/indkaldes på klinikken. Tandlægen vil ønske de patienter, som har bedst tandsundhed, fordi de sjældnere har behov for behandling (cream skimming). Endvidere vil der være incitament til underbehandling, dvs. den billigst mulige behandling eller udskydelse af behandling. Sådanne uheldige virkninger kan dog reduceres ved, at tandlægen ikke har mulighed for at fravælge de dyreste patienter, og hvis der foreligger eksplicite kvalitetskrav.

8.2.12 LEON-princip og tandplejepersonale

I forhold til de andre tre nordiske lande har Danmark den højeste dækningsgrad af tandlæger pr. indbygger, idet der er 1.030 danskere pr. tandlæge – se tabel 6 næste side – mens der fx er 110 flere indbyggere pr. tandlæge i Norge. Samtidig har Danmark færrest tandplejere i forhold til de øvrige nordiske lande, hvilket muligvis kan have betydning i forhold til at kunne videregive tandplejeopgaver, jf. LEON-princippet. Det betyder, at danskerne i højere grad end i de andre nordiske lande møder en tandlæge på klinikken end en tandplejer.

Figur 7: Oversigt over befolkningsstørrelse i de fire nordiske lande Danmark, Sverige, Norge og Finland



Kilder: Danmarks Statistik, Statistiska centralbyrån (Sverige), Statistisk sentralbyrå (Norge), Statistikcentralen (Finland).

Tabel 6: Antal indbyggere pr. tandlæge og antal tandlæger pr. tandplejer i hvert af de fire nordiske lande (178)

	Population pr. tandlæge	Ratio tandlæge: tandplejer
Danmark	1.030	4,9:1
Sverige	1.050	3,6:1
Norge	1.140	3,9:1
Finland	1.070	3,9:1

Det kan muligvis betyde noget i forhold til det tilbud, patienten får i mødet med tandlægen, eller det valg af behandling tandlægen foretager i mødet med patienten, når det skal afgøres, om der skal ydes forebyggelse eller mere invasive behandlinger. Det skyldes, at tandlæger er uddannet til at varetage mere specialiserede tandbehandlinger som fx fyldningsterapi, krone- og brobehandling, kirurgi, indsættelse af implantater, dvs. high technology (6) mv., mens tandplejere har en sundhedspædagogisk baggrund og fokuserer mere på de forebyggende aktiviteter som instruktion i egenomsorg, fluorbehandling, afpudsninger, tandrensninger og parodontosebehandlinger, dvs. low technology (6).

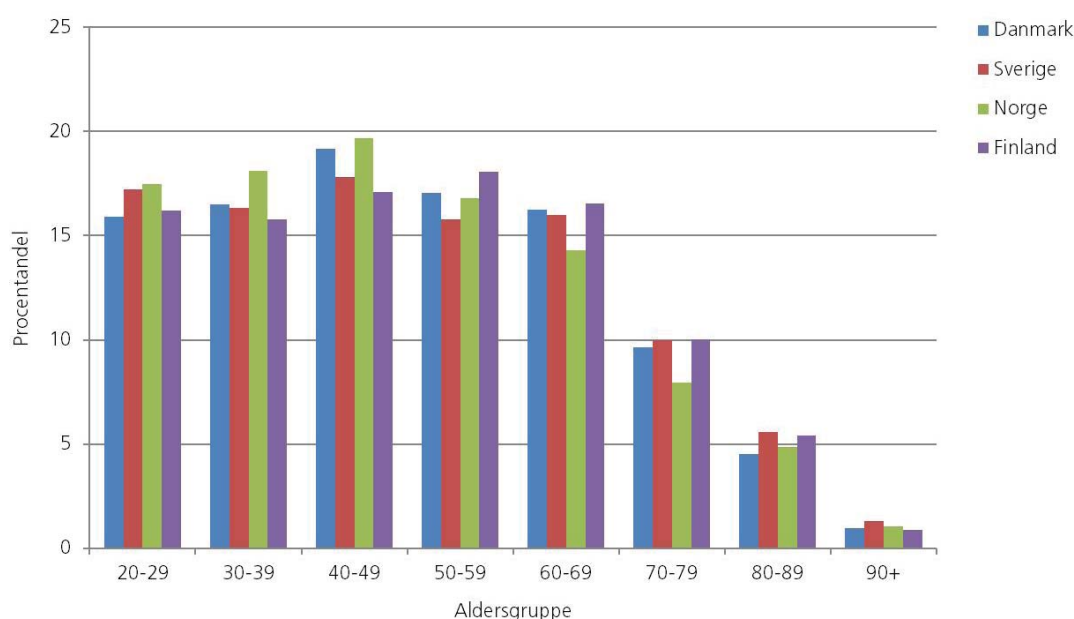
Tandlægenes egen vurdering er, at der i fremtiden vil være behov for flere lavteknologiske ydelser i voksentandplejen, dvs. ydelser som undersøgelser, diagnostik og forebyggel-

se. Det er ydelser, som kan delegeres til tandplejere, bortset fra hvis der er tale om patienter med et mere komplekst sygdomsbillede. Samtidig mener en betragtelig andel af tandlæger i privat praksis, at der vil ses en stigning i andelen af højteknologiske ydelser, altså ydelser som kun tandlæger kan udføre. Det er dokumenteret i en undersøgelse fra 2008 (176), dvs. før krisen satte ind i Danmark. Efterspørgsel på højteknologiske ydelser er dog faldet siden da (157).

Forskellen i ratioen mellem tandlæger og tandplejere kan naturligvis skyldes, at der ganske enkelt er en større andel af ældre i den danske befolkning sammenlignet med de andre nordiske lande, og at det dermed betinger, at der er behov for flere tandlæge- end tandplejerydelser, men det ser ikke ud til at være tilfældet, se figur 8 nedenfor.

Den demografiske fordeling i befolkningen har nemlig betydning for det tandplejertilbud, som staten stiller til rådighed for befolkningen. Den aldersmæssige fordeling i befolkningen har betydning, særligt i relation til oral sundhed, da tandsygdomme og deres behandling akkumuleres med alderen, således at ældre-kohorter generelt set har mere behov for hyppig tandpleje, mens yngre-kohorter har relativt mindre behov for hyppige besøg og større behandlinger i tandplejen. Hertil hører også, at en større andel af ældre-kohorter ikke har deltaget i et regelmæssigt tandplejeforløb og ikke har børstet tænder med fluortandpasta i deres opvækst og dermed tidligt i livet har været relativt ringere stillet oralt set (59).

Figur 8: Forskellige aldersgruppers andel af den samlede befolkning i de fire nordiske lande Danmark, Sverige, Norge og Finland



Kilder: Danmarks Statistik, Statistiska centralbyrån (Sverige), Statistisk sentralbyrå (Norge), Statistikcentralen (Finland).

Figur 8 illustrerer dog, at der ikke er væsentlige forskelle i aldersgruppernes andel af den samlede befolkning i de fire lande, så det kan ikke forklare, at der er behov for relativt flere tandlæger i forhold til tandplejere i Danmark sammenlignet med de tre andre nordiske lande.

8.2.13 Befolkningens livsstil, livsstilssygdomme og medicinforbrug

Befolkningens livsstil, livsstilssygdomme og deraf følgende medicinforbrug er andre faktorer, som influerer på inputtet. Konsekvenserne af uhensigtsmæssig livsstil vil ofte først vise sig med tiden, hvilket betyder, at det tager tid, før livsstilssygdomme giver symptomer, og ofte debuterer de først hos midaldrende for så at ophobes blandt de ældre generationer (179). Dermed vil de ældre generationer også for så vidt angår livstilsbetinget sygelighed relativt hyppigere være ramt sammenlignet med de yngre generationer, og oveni rammes ældre endvidere af kognitive forandringer, fx demenssygdomme (82).

Men blot fordi man er ældre eller gammel, rammes man ikke nødvendigvis af omfattende oral sygdom, og derfor vil det også blandt ældre og gamle være relevant at identificere risikogrupper eller risikoindivider, som kunne ydes særlig beskyttelse mod høje udgifter til tandpleje. Endvidere forholder det sig ikke nødvendigvis således, at midaldrende, ældre og gamle bliver medicineret og har deraf følgende orale bivirkninger, men sandsynligheden for, at midaldrende, ældre og gamle tager medicin, øges med alderen, ligesom mængden af præparater – dvs. polyfarmaci – øges med alderen (129).

Når der sammenlignes med de andre nordiske befolkninger, må også befolkningens livsstil og sygelighed tages med i betragtning, da både rygning og alkohol har konsekvenser på den orale sundhed. Prævalensen af rygning er noget højere i Danmark sammenlignet med de øvrige nordiske lande især Sverige. I Danmark ryger 23 %, i Norge 21 %, i Finland 18 %, og i Sverige ryger 14 % af befolkningen dagligt (177).

I forhold til alkoholindtag indtager voksne i Danmark og Finland i gennemsnit 10 liter ren alkohol pr. person pr. år, mens svenskere og nordmænd indtager omkring 7 liter ren alkohol pr. år i gennemsnit (177). Konsekvensen af rygningen og alkoholindtaget ses i relation til dødsårsager. I Danmark dør årligt 281 mænd og 259 kvinder pr. 100.000 af kræft, mens kun mellem 222-245 mænd og 191-222 kvinder pr. 100.000 årligt dør af kræft i de andre nordiske lande (177). Og som tidligere beskrevet øger det risikoen for en lang række sygdomme i mundhulen. Man kan dermed forvente, at danskernes orale sundhed er ringere som følge af større rygeprævalens og større alkoholindtag.

8.2.14 Benyttelse af voksentandplejetilbuddet

Både input til voksentandplejen og organisering af tandplejetilbuddet og økonomien i voksentandplejen har betydning for voksentandplejens resultater (output og outcome).

Figur 2 side 30 viste, at der var generelle træk for de nordiske lande i relation til at benytte tandplejen inden for en 12-måneders periode. En mindre andel af unge voksne benyt-

tede tandplejen sammenlignet med de øvrige aldersgrupper, og de aldersgrupper, hvor de største andele havde benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder, var de midaldrende i Danmark og Norge og de 75+-årige i Sverige, mens der i Finland sås en faldende andel i befolkningen over 55 år, der havde benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder, sandsynligvis som følge af at data fra Finland stammer fra før, den finske tandplejereform trådte i kraft og sikrede offentligt tandplejetilskud til voksne over 44 år.

Det ser således ud til, at högkostnadsskyddet i Sverige siden ændringen i 2008 virker efter hensigten, således at ældre over 65 år faktisk benytter tandplejen, og måske efterspørges tandplejeydelser meget blandt disse ældre svenskere som følge af, at jo mere der forbruges, desto større er tilskudsprocenten. På den anden side er der netop en større andel blandt ældre, som faktisk har brug for mange tandplejeydelser, så til en vis grad styres efterspørgslen sandsynligvis også af behovet for tandpleje. Den årlige tandplejecheck, som udgør det dobbelte for ældre over på 75+ år, motiverer antageligt også til mindst et regelmæssigt tandplejebesøg om året med henblik på diagnostik, mens den ikke nødvendigvis øger efterspørgslen på egentlig behandling.

Det kunne have været interessant at have en evaluering af brugen af voksentandpleje i Finland efter reformen i 2001-2002, men det har ikke været muligt at finde data efter reformen. Det er dog beskrevet, at efterspørgslen på voksentandpleje i offentligt regi øgedes markant som følge af, at voksne over 44 år fik mulighed for at få offentligt tilskud til tandbehandling. I den forbindelse er det værd at bemærke, at det offentlige tilskud til tandpleje på de offentlige klinikker udgjorde 80 %, hvilket må anses for at være meget højt. En mindre tilskudsprocent kunne formentlig have hjulpet med til at regulere efterspørgslen på tandpleje – især i en startfase.

I Danmark falder andelen, der har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder, brat ved 65-årsalderen. Det er på dette tidspunkt, at mange ældre bliver pensionister, så det kunne være én forklaring. Men da antallet af egne bevarede tænder samtidig falder med stigende alder, er det også en sandsynlig forklaring. Det medfører, at danskere overhales af svenskere ved 65-årsalderen i relation til at have benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder. Der er dog ikke ud fra nærværende rapports tal noget, der tyder på, at svenskerne har bevaret flere egne tænder ved 65-årsalderen, eller at danskere i denne alder er mere tandløse. Men hvis danske data strakte sig helt til 80-årsalderen, kan det godt være, at svenskere ville have bevaret flere egne tænder.

8.2.15 Barrierer for benyttelse af voksentandplejen

For alle de fire nordiske lande er der fællestræk for så vidt angår dem, der ikke benytter voksentandplejen. Det er især unge, lavindkomstgrupper, lavtuddannede, personer med tandlægeskræk, personer med anden etnisk baggrund og deres efterkommere, enlige, personer på sygedagpenge, i beskæftigelsestilbud eller som bor i tyndtbefolkede områder. Der er således meget, der tyder på, at der er en social slagside i

forhold til benyttelse af tandplejesystemet i alle de fire nordiske lande på trods af de forskellige incitament og beskyttelse mod store udgifter, som man har forsøgt at indbygge i henholdsvis Sverige (tandplejecheck) og i Norge (25 % af taksten betales op til 20 år).

Det kan muligvis forklares ud fra "80-20-problematikken", hvor en mindre gruppe (de 20 %) bærer en forholdsvis stor byrde af både sundhedsmæssige og sociale problemer. Succeskriteriet for voksentandplejen i relation til udligning af den sociale ulighed i tandsundhed kunne rette sig mod og bestå i at løfte de svageste og dårligst stillede. Langt størstedelen af de regelmæssige brugere af voksentandplejen skal nok klare sig ved egen hjælp og vil formentlig efterspørge forebyggelse og andre tandplejedydelser, også selvom der ikke blev givet offentligt tilskud til det (72). Hvis man i et forsøg på at reducere forskellen, fx ved at differentiere tandplejetilbuddet og tillige det offentlige tilskud til tandplejedydelser, ville det måske være vejen frem mod et generelt løft i den samlede befolknings tandsundhed (72).

At caries begynder at forekomme ophobet blandt de laveste sociale grupper i modsætning til tidligere, hvor caries forekom udbredt i hele befolkningen (70), kan være årsagen til, at en betydelig del af danske tandlæger mener, at der i fremtiden bør sættes mere på tandplejetilbud over for samfundets vanskeligst stillede grupper. Ønsket om denne indsats gælder dog i højere grad for de offentlige tandlæger, der også i vid udstrækning finder, at brugerbetaling for tandpleje er uønsket og har en negativ indflydelse på tandsundheden. Endvidere har en betragtelig del af danske tandlæger fra både den offentlige og private sektor forventninger til en omlægning af finansieringen af voksentandplejen (176).

I Norge har man konstateret, at der fortsat er social ulighed i tandsundhed, men uligheden er mindre og omfatter en mindre del af befolkningen end tidligere – særligt udsatte grupper (180). Det betyder, at de ulighedsskabende forhold synes at influere mindre på tandsundheden siden år 2000 sammenlignet med tidligere (181). Det kan muligvis være resultatet af Norges målrettede forebyggende tandplejeindsats på populationsniveau kombineret med særlige indsatser for vanskeligst stillede befolkningsgrupper.

8.2.16 Capacity to benefit

Når man evaluerer sundhedsvæsenet, er målet ofte at få mest muligt for pengene. Her er det vigtigt at holde sig for øje, hvad det er, der skal leveres mest af. Det kan være mest sundhed totalt set eller mest lighed i sundhed. Målet påvirker nemlig den måde, hvorpå man bør allokere ressourcerne.

Hvis ønsket er mere lighed i sundhed, skal størstedelen af ressourcerne tildeles dem, der har den dårligste sundhedstilstand. Hvis ønsket derimod er mest mulig total sundhed for pengene, skal man tage evnen til at få gavn af en given behandling (capacity to benefit) med i betragtningen (152). Dette kommer i høj grad an på den enkelte persons situation. Man kan forestille sig, at de socialt dårligst stillede personer med en ringe tandsundhed fx kan have stor gavn af en relativt

beskeden behandling, hvis der er tale om akut tandpine. Her vil gennemsnitsdanskerens udbytte af et enkelt indgreb formentlig være beskeden.

Man kan omvendt forestille sig, at de socialt dårligst stillede vil have en dårligere evne til at profitere af regelmæssige årlige eller halvårige tandundersøgelser sammenlignet med gennemsnitsdanskeren, hvis den socialt udsatte gruppe ikke magter at supplere de regelmæssige undersøgelser med den fornødne hjemmetandpleje i form af tandbørstning mv. (152).

8.2.17 Voksentandplejens resultater i relation til tandstatus

Figur 5 side 36 viste, at antallet af tænder falder igennem livet. Det viste sig dog, at det gennemsnitlige antal tænder blandt danskere lå højt i forhold til de tre øvrige nordiske lande. Det er dog ikke nødvendigvis hele sandheden, da de danske data til sammenligning stammede fra brugere af voksentandplejen i Danmark, som må forventes at have en bedre tandstatus sammenlignet med hele den danske befolkning, som også omfatter ikke-brugere af voksentandplejen, der må formodes at have en ringere tandstatus.

At nordmænd gennemsnitligt har bevaret færre tænder og et højere DMFT end danskere, selvom en større andel af nordmænd i alle aldersgrupper har benyttet voksentandplejen inden for de seneste 12 måneder, viser, at der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem brug af tandpleje, antal bevarede tænder eller DMFT. Det kan dog også skyldes, at data stammer fra meget forskelligartede undersøgelser og er indsamlet på forskellige tidspunkter.

Også svenskere har gennemsnitligt lidt færre bevarede tænder sammenlignet med danskere, hvilket er tankevækkende i betragtning af de svenske tilskudsregler til tandpleje og især det faktum, at en større andel svenskere over 65 år har benyttet tandplejen inden for de seneste 12 måneder sammenlignet med danskere. Det kunne pege i retning af, at patienter ved at benytte tandplejen i højere grad udsætter sig for at få diagnosticeret tandsygdom og dermed få behandling i form af fx fyldninger eller tandudtrækninger. Det stemmer også overens med, at figur 6 side 37 viser, at svenskere har et højere gennemsnitligt DMFT, som kunne tænkes at skyldes de gode behandlingsmuligheder og tilskudsordninger, som så betyder øget forbrug af tandplejedydelser, hvorved DMFT øges.

En forklaring på at danskere har et lavere DMFT – se figur 6 side 37 – sammenlignet med de øvrige lande i norden kunne være, at der i visse områder af Danmark findes et naturligt indhold af fluor i drikkevandet, hvilket ikke er tilfældet i de andre tre nordiske lande. Hermed vil befolkningen i disse geografiske områder være relativt bedre beskyttet mod caries (49). ■

9 Konklusioner og anbefalinger

Ud over at beskrive forskelle i voksentandplejen i Danmark, Sverige, Norge og Finland og at skaffe inspiration til planlægning af voksentandplejen i Danmark var formålet med denne rapport at beskrive risikoprofiler i voksentandplejen i relation til en række demografiske, epidemiologiske, ætiologiske og socioøkonomiske faktorer.

Målene med analysen i denne rapport var at:

- beskrive faktorer af betydning for brug af voksentandplejen og sammenligne benyttelse af voksentandplejetilbuddet i de fire nordiske lande
- beskrive brugerbetaling for sundhedsydelser, herunder voksentandpleje, og sammenligne brugerbetalingen for voksentandpleje i de fire nordiske lande
- beskrive den opnåede tandsundhed i de fire nordiske lande ved at sammenligne landenes resultater på tandstatus.

9.1 Lige adgang og lighed i tandstatus

Trods store forskelle i organiseringen og finansieringen af voksentandplejetilbuddet i de nordiske lande må det konkluderes, at de nordiske landes voksentandplejesystemer alle fortsat står over for udfordringer i relation til at nå hele voksenbefolkningen på trods af en række forskellige tiltag og incitamenter, som skulle motivere til øget brug af tandplejen for forskellige grupper. I relation til ældrebefolkningen ser det dog ud til, at Sverige med sine særlige ordninger for ældre over 65 år har held med at motivere og fastholde denne del af befolkningen til regelmæssige tandundersøgelser meget langt op i alderen.

For de fire nordiske lande må det også konkluderes, at der er opnået en god oral sundhed blandt personer, der deltager i tandplejetilbuddet, men det står fortsat tilbage at sikre lige adgang til tandplejen og reducere uligheden i tandsundhed for befolkningen generelt – især for den ældre del af befolkningen.

9.2 Voksentandpleje kun i privat regi i Danmark

Som det eneste af de fire nordiske lande kan voksenbefolkningen i Danmark kun modtage tandplejeydelser i privat praksis, mens man i de tre andre nordiske lande har tilrettelagt voksentandplejetilbuddet i et samspil mellem privat praksis og den offentlige tandpleje, hvor befolkningen kan vælge mellem to udbydere, hvilket ser ud til at medføre en vis konkurrence mellem yderne i de to regi. Et voksentandplejetilbud i den offentlige tandpleje i Danmark kunne muligvis hjælpe med til, at vanskeligt stillede grupper, som ellers ikke gør brug af tandplejen eller kun sporadisk gør brug af den, kunne blive regelmæssige brugere.

9.3 Risikofaktorer og risikoprofiler

Nogle grupper i befolkningen har øget risiko for at få dårligere tandsundhed på grund af eksempelvis alder, livsstil, generelle sygdomme, lægemiddelforbrug og socioøkonomiske

forhold. Disse forhold kan igen føre til mindre benyttelse af voksentandplejetilbuddet, der endvidere kan medføre et ringere outcome i relation til tandstatus.

På baggrund af de to tidligere delrapporter vedrørende Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen (1, 2) samt nærværende delrapport må det endvidere konkluderes, at de ældre generationer ud fra et odontologisk perspektiv som følge af ophobningen af risikofaktorer gennemsnitligt vil være relativt mere belastede oralt set og dermed have større behov for omfattende tandbehandling sammenlignet med de yngre generationer i de næste årtier.

Diversiteten i ældrepopulationen er dog stor, og man kan derfor ikke antage, at blot fordi en person er ældre, så har vedkommende behov for omfattende tandpleje. Der er således behov for både blandt ældre og yngre personer at foretage en nærmere identificering af de personer, der ud fra et odontologisk perspektiv er risikoindivider.

Blandt ældre og gamle må fokus øges på, at de fortsætter med regelmæssige besøg i tandplejen, således at målet med voksentandplejen, som er, at "befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet" (3), rent faktisk kan opnås.

9.4 Erfaringer med forebyggelsesstrategier

I Børne- og Ungdomstandplejen i Danmark har man igennem mange år haft gode resultater med at føre en populationsbaseret forebyggelsesstrategi (masseintervention) over for den brede del af børnepopulationen, samtidig med at højrisikobørnene er identificeret tidligt ved de regelmæssige opsøgende undersøgelser. Over for denne mindre højrisikogruppe har man gennemført en målrettet højrisikobaseret forebyggelsesstrategi med tæt opfølgning af det enkelte individ (182).

Størstedelen af både børne- og voksenbefolkningen i Danmark kan nemlig ganske udmærket ved egen hjælp opretholde en fornuftig mundhygiejne, mens en mindre del af befolkningen som beskrevet i nærværende rapport har en højere risiko for at få et dårligt tandpleje-outcome og for at få behov for flere tandplejeydelser. Det er disse højrisikoprofiler, som også i voksentandplejen burde identificeres, og som ved hjælp af en massiv opsøgende og forebyggende indsats ville kunne sikres en fornuftig tandstatus.

9.5 Fremme delegering af tandplejeopgaver

Såfremt det kunne lykkes at få en større del af befolkningen med en høj risiko for orale sygdomme til at benytte voksentandplejetilbuddet, ville det medføre flere patienter pr. tandlæge og en større arbejdsbelastning af de praktiserende tandlæger, som skulle varetage behandlingen af disse komplekse patienter. Dermed ville de praktiserende tandlæger sandsynligvis være mere tilbøjelige til at uddelegere en del af low technology-opgaverne til tandplejerne. Det ville dog ikke fra-

tage tandlægerne deres superviserende rolle i forhold til tandplejepersonalet på klinikken.

9.6 Strukturelle tiltag og virkemidler

Ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv er det et tab for samfundet, at det regionale og kommunale niveau ikke gør mere for at få hele voksenbefolkningen inkluderet i tandplejetilbudet. Strukturelle tiltag og virkemidler kunne muligvis rettes mod de personer, der har størst behov, og hvor behandlingen af tandsygdomme giver det største tandsundhedsmæssige udbytte samt bedre opnåelse af målsætningen om ligeværdige tilbud og udjævning af social ulighed i tandsundhed.

Strukturelle tiltag ville sandsynligvis bidrage til at forbedre tilgængeligheden til voksentandplejen for dem, der har størst behov, såfremt retten til offentligt finansierede tandplejeydelser i højere grad blev baseret på den enkeltes eller bestemte gruppers behov for tandpleje (dvs. prioriterede individer eller prioriterede grupper).

9.7 Identificering af risikoprofiler

Med henblik på at identificere risikoprofiler beskrev Sundhedsstyrelsen i Danmark i 1993 fire persongrupper tandsundhedsprofil (6), som dog ikke længere er tilstrækkelige set i lyset af patienter med mere komplekse risikoprofiler i relation til oral sundhed.

Både Sverige, Norge og Danmark har i dag udpeget særlige risikogrupper/prioriterede grupper, som tilbydes hel- eller delvis vederlagsfrihed i forhold til tandplejeydelser. Men risikogrupperne omfatter meget specifikke individer eller grupper, som udgør en meget lille andel af voksenbefolkningen. Så de risikoindivider eller -grupper, der derudover er tale om, er der behov for at kunne identificere på en systematisk, ensartet og kvalificeret måde – allerhelst ved hjælp af en standardiseret metode.

På baggrund af nærværende rapport foreslås det derfor, at højrisikoindivider identificeres eksempelvis ved hjælp af en trinvis model med en række risikofaktorer, som hver især udgør en risiko i relation til oral sundhed. Derefter summeres disse risici op til en samlet "risikoscore" i relation til oral sundhed for det enkelte individ. Det vil være nødvendigt, at hver enkelt risikofaktor defineres præcist. I forhold til alder må det eksempelvis defineres, hvilke aldersgrupper der anses for at have større risiko i forhold til andre aldersgrupper. Og i forhold til hver enkelt risikofaktor må det endvidere estimeres, hvor stor persongruppen for den enkelte faktor forventes at være.

- 1) Alder*
- 2) Lav uddannelse*
- 3) Lav indkomst*
- 4) Indvandrer*
- 5) Efterkommer*
- 6) Diabetes*
- 7) Brug af specifikke lægemiddelgrupper*
- 8) Ingen Børne- og Ungdomstandpleje ydelser inden 16 år*
- 9) Ingen diagnostisk ydelse i de seneste 2-3 år*

10) Ingen individuel forebyggende ydelse inden for de sidste 5 år*

- 11) Caries-risiko (sukkerindtag)
- 12) Parodontal risiko (rygning)
- 13) Erosionsrisiko (læskedrikindtag)
- 14) Spytsekretion
- 15) Tandlægeskræk.

9.8 Regional tilkaldeordning

Efter tilladelse fra Datatilsynet vil Danmarks Statistik kunne trække de oplysninger, der ovenfor er markeret med * (faktor 1-10), og én gang årligt kunne Regionernes Lønnings- og Takstnævn på baggrund af et udtræk fra Danmarks Statistik sende indkaldelse ud fra regionen til disse personer. At der kommer en sådan opsøgende indkaldelse fra regionen er med til at blåstempe tandplejetilbuddet og signalerer samtidig vigtigheden af at deltage i det regelmæssige tandplejetilbud. Faktor 11-15 vil kunne scores på tandklinikken, når den indkaldte møder op på klinikken.

Mange af disse personer vil de praktiserende tandlæger ikke have i deres regelmæssige indkaldeordning. Derfor vil man ikke fra privat tandlægepraksis kunne indkalde den del af befolkningen. De praktiserende tandlæger vil således sagtens kunne indkalde de regelmæssige patienter ved siden af dem, de har i deres kartotek, og der vil antagelig kun sjældent forekomme overlap.

9.9 Omlægning af det offentlige tilskud

Det offentlige tilskud til voksentandpleje i Danmark kunne muligvis indrettes mere omkostningseffektivt, såfremt det offentlige tilskud til tandpleje i højere grad var målrettet højrisikogrupper.

Over en tidsafgrænset periode på fx et par år kunne det offentlige tilskud til tandpleje gradvist omlægges, så tilskuddet i højere grad blev tildelt personer med en høj risikoscore, mens personer med ingen eller kun lav risikoscore i højere grad end i dag selv måtte afholde deres udgifter til tandpleje. Der ville være behov for løbende evaluering af omlægningen og eventuelle justeringer undervejs, således at det langsigtede mål med omlægningen kunne sikres opnået.

9.10 Definere målet med det offentlige tilskud til tandpleje i fremtiden

Forud for en sådan omlægning af det offentlige tilskud til voksentandpleje er der dog en række essentielle spørgsmål og overvejelser, som det vurderes nødvendigt, at sundhedsmyndighederne (Sundhedsstyrelsen) og Tandlægeoverenskomstens parter (Danske Regioner og Tandlægeforeningen) diskuterer i relation til at definere målet med det offentlige tilskud til voksentandpleje i fremtiden:

- Er der behov for mere lighed i tandsundhed eller bare mere tandsundhed?
- Med den forbedrede tandsundhed for den brede del af den danske befolkning og det relativt lave tilskud til vok-

sentandplejeydelser skal der så fortsat fastholdes et offentligt tilskud på tandplejeydelser til den brede del af danskerne (de sunde og raske)?

- Skal tandplejetilbuddet i højere grad også imødekomme den del af voksenbefolkningen, der har særlig risiko for oral sygdom og dermed større behov for tandpleje og dermed større udgifter til tandpleje (de syge)?
- Vil voksentandplejen kunne anvende samme forebyggelsesstrategier, som Børne- og Ungdomstandplejen har haft held med?
- Hvordan vil risikoindivider eller -grupper kunne identificeres og opsøges?

Med denne rapport lægges der således op til en mere omfattende omlægning af det offentlige tilskud til voksentand-

pleje. En sådan omlægning burde kunne gennemføres i løbet af et par år, ligesom medicintilskudsordningen blev omlagt i løbet af en relativt kort periode fra begyndelsen af 2000. Omlægningen må på forhånd grundigt diskuteres af relevante parter med henblik på, at alle interessenter oplever ejerskab til en sådan omlægning. Det kan også anbefales, at overvejelser om ændringer drøftes med myndigheder i de andre nordiske lande, som har erfaring med lignende reformer af voksentandplejen. Sidst men ikke mindst vil det være afgørende for en sådan reform af det offentlige tilskud til den danske voksentandpleje, at de praktiserende tandlæger er velforberedte og oplever ændringerne som en forbedring i deres daglige arbejde og i deres møde med patienterne. ■

- (1) Cortsen B. Tandstatus - tandsundhed objektivt og subjektivt vurderet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (2) Cortsen B. Sammenhæng mellem oral sundhed og generel sundhed, livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser. København: KORA; 2013.
- (3) Sundheds- og Indenrigsministeriet. Sundhedsloven. 2010; Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455>. Accessed 10/09, 2012.
- (4) Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005 Aug;33(4):274-279.
- (5) Christensen LB, Petersen PE. Brug af tandplejesystemet og egenomsorg i Danmark. *Tandlægebladet* 2008;112(2):134-141.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Tandplejens struktur og organisation. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
- (7) Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Tandlægeforeningen. Tandlægeoverenskomsten. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Tandlægeforeningen; 2010.
- (8) Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Dansk Tandlægeforening. Redegørelse fra moderniseringsudvalget på tandlægeområdet. København: Amdrårdsforeningen; 1997.
- (9) Klebak A. Frontløberne på Frederiksberg. *Tandlægebladet* 2010;114(15):1228.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Modeller for en fremtidig tandsundhedspolitik. København: Sundhedsstyrelsen; 1985.
- (11) Østergaard P. Fremtiden for privat praksis er i spil. *Tandlægebladet* 2007;111(9):668-672.
- (12) Sundhedsstyrelsens embedsmandsgruppe. Betænkning om befolkningens tandstatus og tandlægevæsenet. København: Statens trykningskontor; 1976.
- (13) Prioriteringsudvalget. Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse. København: Indenrigsministeriet; 1977.
- (14) Schwarz E. Afsluttende evaluering af profylakseydelser i sygesikringens ungdomstandplejeprogram. *Tandlægebladet* 1982;86:223-230.
- (15) Kirkegaard E, Borgnakke W, Grønbæk L. Tandsygdomme, behandlingsbehov og tandplejevaner hos et repræsentativt udsnit af den voksne danske befolkning (Licentiatforhandling). Århus: Århus og Københavns Tandlægehøjskole; 1986.
- (16) Holt C. Tandplejens fremtid. Statusrapport til hovedbestyrelsen. København: Dansk Tandlægeforening; 2000.
- (17) Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Dansk Tandlægeforening. Tandlægeoverenskomst. København: Den offentlige sygesikring; 1999.
- (18) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Voksentandplejen. Udredning om omfordeling af tilskuddet i voksentandplejen. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2007.
- (19) Tandlægeforeningen. Indkaldeintervaller. 2012; Available at: http://www.tdlnet.dk/medlemsinformation/Klinikejer/klinik-drift_oevrigt/vejledninger/indkaldeintervaller.aspx. Accessed 31. dec. 2012.
- (20) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 180 mio. kr. til større lighed på tandområdet. 2012; Available at: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Praksissektoren/2012/November/180-mio-kr-til-storre-lighed-paa-tandomraadet.aspx>. Accessed 30. dec. 2012.
- (21) Hede B, Christensen LB. Omsorgstandpleje efter kommunalreformen. *Tandlægebladet* 2012;116(12):890-897.
- (22) Sundhedsstyrelsen. Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (23) Sundhedsstyrelsen. Kommunal og amtskommunal tandpleje. Retningslinjer for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje. København: Sundhedsstyrelsen; 2001.
- (24) Gjørup H, Daugaard-Jensen J. De Odontologiske Landsdels- og Videnscentre. *Tandlægebladet* 2004;2004(108):576-585.
- (25) Becher B. De Odontologiske Videnscentres 10-års jubilæum. *Tandlægebladet* 2013;117(2):152-154.
- (26) Kerr IL. Dental care delivery in West Germany and Sweden. *N Y State Dent J* 1982 Nov;48(9):597-8, 600-1, 603.
- (27) Statens Offentliga Utredningar. Allmän tandvårdsförsäkring. Betänkande av 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 1972.
- (28) Socialstyrelsen. Patientavgifter och vårdefterfrågan - en kunskapsöversikt. Spånga: Socialstyrelsen; 2000.

- (29) Statens Offentliga Utredningar. Tandvården under 80-talet. Betänkande av 1978 års tandvårdsutredning. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 1982.
- (30) Ordell S, Soderfeldt B. Understanding politics? Some lessons from Swedish dentistry. *Community Dent Health* 2009 Dec;26(4):239-243.
- (31) Försäkringskassan. Abonnemangstandvård. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
- (32) Riksförsäkringsverket. Utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 2000.
- (33) Statens Offentliga Utredningar. Friskare tänder - till rimliga kostnader. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar; 2007.
- (34) Regeringskansliet. Tandvård i Sverige. 2012; Available at: <http://www.regeringen.se/sb/d/14835/a/174914?setEnableCookies=true>. Accessed 31. okt. 2012.
- (35) Försäkringskassan. Analys av besöksfrekvenser för tandvårdsbesök i förebyggande syfte och effekterna av skyddet mot höga kostnader i det tandvårdsstöd som infördes den 1 juli 2008. Stockholm: Försäkringskassan; 2010.
- (36) Försäkringskassan. Det statsliga tandvårdsstödet - en lägesrapport 2012. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
- (37) Försäkringskassan. Faktablad: Abonnemangstandvård. Sverige: Försäkringskassan; 2009.
- (38) V. Johansson. Oral health-related quality of life and patient payment systems. A study of Contract and Fee-for-service care in a county in Sweden. Sweden: Malmö University; 2009.
- (39) Grönqvist E. Selection and moral hazard in health insurance: taking contract theory to the data. Stockholm: Economic Research Institute, Stockholm School of Economics, Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolen; 2004.
- (40) Bore RR. På liv og død. Helsestatistikk i 150 år. Oslo-Konsvinger: Statistisk sentral-byrå; 2007.
- (41) Statens forvaltningstjeneste. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Et godt tilbud til de som trenger det mest. Oslo: Informasjonsforvaltning; 2005.
- (42) Holst D. Trygd og tannbehandling. Aktuelt hvert 100. år? Den norske tannlegeforenings tidende 2004;114(4):168-176.
- (43) Holst D, Grytten J, Klepp M. Om fordeling av knappe goder. Utforming av trygdeytelser til behandling av periodontitt. Den norske tannlegeforenings tidende 2003;113(3):112-116.
- (44) Grytten J, Skau I, Holst D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge. Den norske tannlegeforenings tidende 2006;116(4):212-216.
- (45) Galåen TEE. Det nye tannhelsenorge. Den norske tannlegeforenings tidende 2009;119(14):950-951.
- (46) Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten - en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
- (47) Helse- og omsorgsdepartementet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
- (48) Evensen BJ, Holst D, Berg E, Hansen F, Gjermo P. Systematisk periodontittbehandling i Norge. Den norske tannlegeforenings tidende 2006;116(10):622-626.
- (49) Kravitz AS, Treasure ET. Manual of Dental Practice 2009. Brussels: Council of Euro-pean Dentists; 2009.
- (50) Arvidsson G, Jönsson B. Tandvård i andra länder. Stockholm: SNS Förlag; 1993.
- (51) Widstrom E, Vaisanen A, Mikkola H. Pricing and competition in the private dental market in Finland. *Community Dent Health* 2011 Jun;28(2):123-127.
- (52) Niiranen T, Widstrom E, Niskanen T. Oral Health Care Reform in Finland - aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health* 2008 Jan 28;8:3-6831-8-3.
- (53) Pine C, Harris R. Community Oral Health. 13th ed. London: Quintessence Publishing; 2007.
- (54) Ministry of Social Affairs and Health. Final report on the oral health care development project. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2001.
- (55) Nguyen L, Hakkinen U. Income-related inequality in the use of dental services in Finland. *Appl Health Econ Health Policy* 2004;3(4):251-262.
- (56) Widstrom E, Seppala T. Willingness and ability to pay for unexpected dental expenses by Finnish adults. *BMC Oral Health* 2012 Aug 30;12:35-6831-12-35.
- (57) Petersen PE. Dental health behaviour among 25-44-year-old Danes. *Scand J Prim Health Care* 1986 Feb;4(1):51-57.

- (58) Petersen PE. The dental status and oral conditions in employees of a large industrial company. *Tandlægebladet* 1982 Feb;86(3):87-94.
- (59) Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krusturup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent* 2004 Summer;64(3):127-135.
- (60) Christensen LB, Hede B, Sundby A. Den københavnske befolknings anvendelse af forebyggende diagnostiske tandplejedydelser. *Tandlægebladet* 2005;109(14):1126-1132.
- (61) Christensen LB, Kjølner M, Petersen PE, Vigild M. Tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet hos voksne i Danmark 1994. *Tandlægebladet* 1996;100(6):215-222.
- (62) U. Krusturup. Clinical-Epidemiological Study of Oral Health Among Adults in Denmark 2000/2001. PhD Thesis. Copenhagen: University of Copenhagen; 2004.
- (63) Petersen PE. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990 Jun;18(3):153-158.
- (64) Krusturup U, Holm-Pedersen P, Petersen PE, Lund R, Avlund K. The overtime effect of social position on dental caries experience in a group of old-aged Danes born in 1914. *J Public Health Dent* 2008 Winter;68(1):46-52.
- (65) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- (66) Holst D, Schuller AA. Equality in adults' oral health in Norway. Cohort and cross-sectional results over 33 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011 Dec;39(6):488-497.
- (67) Krusturup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001. *Tandlægebladet* 2005;109:798-812.
- (68) Paulander J, Axelsson P, Lindhe J. Association between level of education and oral health status in 35-, 50-, 65- and 75-year-olds. *J Clin Periodontol* 2003 Aug;30(8):697-704.
- (69) Krusturup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark - the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. *Community Dent Health* 2007 Dec;24(4):225-232.
- (70) Christensen LB, Hede B, Rosing K, Øzhayat EB. Caries, fra folkesygdom til socialt stigma? *Tandlægebladet* 2013;117(3):204-211.
- (71) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Ældre. In: Statens Institut for Folkesundhed, editor. Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007 København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007. p. 413-424.
- (72) Rasmussen NK. Social arv, social ulighed i sundhed og hvad kan forebygges? København: Socialforskningsinstituttet; 1999.
- (73) Vilstrup L, Christensen LB, Hede B, Kristensen SF. Tandsundhed for brugere af praksistandplejen i 2000-2008. *Tandlægebladet* 2010;114(9):704-712.
- (74) Danmarks Statistik. Statistiske Efterretninger: Serien Befolkning og Valg, Befolkningsudviklingen frem til år 2100. København: Danmarks Statistik; 1999.
- (75) Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom, and Germany. *J Dent Educ* 2005 Sep;69(9):987-997.
- (76) Petersen PE, Ekholm O, Jørgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægebesejg i Danmark. Situationen i 2005 og udviklingen siden 1987. *Tandlægebladet* 2010;114(6):480-491.
- (77) Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005 Apr;33(2):81-92.
- (78) Thomson WM. Dental caries experience in older people over time: what can the large cohort studies tell us? *Br Dent J* 2004 Jan 24;196(2):89-92; discussion 87.
- (79) Steele JG, Wassell RW, Walls AW. Changing patterns and the need for quality. *Br Dent J* 2002 Feb 9;192(3):144-148.
- (80) Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology* 2004 Mar;21(1):17-26.
- (81) Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology* 2007 Mar;24(1):3-13.
- (82) Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE, Schroll M, Andersen BB, Waldemar G. Caries prevalence in older persons with and without dementia. *J Am Geriatr Soc* 2008 Jan;56(1):59-67.
- (83) Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE, Schroll M, Andersen BB, Waldemar G. Assessing caries increments in elderly patients with and without dementia: a one-year follow-up study. *J Am Dent Assoc* 2009 Nov;140(11):1392-1400.

- (84) Woodward M, Walker AR. Sugar consumption and dental caries: evidence from 90 countries. *Br Dent J* 1994 Apr 23; 176(8):297-302.
- (85) Sreebny LM. Sugar availability, sugar consumption and dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982 Feb; 0(1): 1-7.
- (86) Larsen M, Poulsen S, Hansen IL. Erosion og klinik hos en gruppe danske skolebørn. *Tandlægebladet* 2003;107(4):240-246.
- (87) Ismail AI, Burt BA, Eklund SA. The cariogenicity of soft drinks in the United States. *J Am Dent Assoc* 1984 Aug;109(2): 241-245.
- (88) Adler L, Modin C, Friskopp J, Jansson L. Relationship between smoking and perio-dontal probing pocket depth profile. *Swed Dent J* 2008;32(4):157-163.
- (89) Johnson N. Oral cancer. Practical prevention. *FDI World* 1997 Nov-Dec;6(6):10-16.
- (90) Holmstrup P, Reinholdt J, Poulsen A. Marginal parodontitis er en af de almindeligste inflammatoriske sygdomme. *Ugeskr Læger* 2010 November 1.;172(44):3029-3032.
- (91) Frick WG, Seals RR, Jr. Smoking and wound healing: a review. *Tex Dent J* 1994 Jun;111(6):21-23.
- (92) World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington: American Institute for Cancer Research; 2007.
- (93) Bundgaard T, Pfeiffer P, Lindeberg H. Orale karcinomer. *Tandlægebladet* 2002;106(7):538-541.
- (94) Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst* 2007 May 16;99(10):777-789.
- (95) Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. Numbers of natural teeth, diet, and nutritional status in US adults. *J Dent Res* 2007 Dec;86(12):1171-1175.
- (96) Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Bates CJ, Prentice A, Lowe C, et al. The relationship between dental status and haematological and biochemical measures of nutritional status among older people. A national survey of older people in Great Britain. *J Dent Res* 2001;80(2):408-413.
- (97) Nielsen LH, Bilde A, Rørth A, Hansen BL, Klepp O, Nordahl SHG. Mundhulekræft. 2011; Available at: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naesehals/tilstande-og-sygdomme/mundhulen/mundhulekraeft/>. Accessed 28. jan. 2013.
- (98) Petersen PE, Nortov B. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67-year-old Danes. *Scand J Prim Health Care* 1989 Dec;7(4):225-230.
- (99) Petersen PE, Nortov B. General and oral health and their relation to life-style and social activity among elderly Danes living at home. *Tandlaegernes Tidsskr* 1990 Feb;5(2):36-41.
- (100) Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ* 2005 Sep;83(9):644.
- (101) Chavarry NG, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. *Oral Health Prev Dent* 2009; 7(2):107-127.
- (102) Preshaw PM. Periodontal disease and diabetes. *J Dent* 2009 Aug;37(8):S575-7.
- (103) Friedlander AH, Weinreb J, Friedlander I, Yagiela JA. Metabolic syndrome: patho-genesis, medical care and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2007 Feb;138(2):179-87; quiz 248.
- (104) D'Aiuto F, Sabbah W, Netuveli G, Donos N, Hingorani AD, Deanfield J, et al. Association of the metabolic syndrome with severe periodontitis in a large U.S. population-based survey. *J Clin Endocrinol Metab* 2008 Oct;93(10):3989-3994.
- (105) Belstrom D, Damgaard C, Nielsen CH, Holmstrup P. Does a causal relation between cardiovascular disease and periodontitis exist? *Microbes Infect* 2012 May;14(5):411-418.
- (106) Klinge B, Holmstrup P. Parodontit och allmänsjukdomar. *Tandlægebladet* 2004;108(2):116-125.
- (107) Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol* 2006 Sep;77(9):1465-1482.
- (108) Sharma N, Shamsuddin H. Association between respiratory disease in hospitalized patients and periodontal disease: a cross-sectional study. *J Periodontol* 2011 Aug;82(8):1155-1160.
- (109) Henriksen JE. Det metaboliske syndrom. 2008; Available at: <http://www.netdokter.dk/sygdomme/fakta/metaboliske-syndrom.htm>. Accessed 25. maj 2012.

- (110) Grauballe M, Rydnert J, Clausen LG, Holmstrup P, Flyvbjerg A, Schou S. Metabolisk syndrom, diabetes mellitus og disse tilstandes betydning for mundhulen. *Tandlægebladet* 2012;116(2):96-104.
- (111) Ekback G, Naslund I, Montgomery SM, Ordell S. Self-perceived oral health and obesity among 65 years old in two Swedish counties. *Swed Dent J* 2010;34(4):207-215.
- (112) Green A. Diabetes Mellitus i Danmark 1997-2006. Epidemiologiske analyser. Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet; 2008.
- (113) Pontes Andersen CC, Flyvbjerg A, Buschard K, Holmstrup P. Periodontitis is associated with aggravation of prediabetes in Zucker fatty rats. *J Periodontol* 2007 Mar;78(3):559-565.
- (114) Pontes Andersen CC, Buschard K, Flyvbjerg A, Stoltze K, Holmstrup P. Periodontitis deteriorates metabolic control in type 2 diabetic Goto-Kakizaki rats. *J Periodontol* 2006 Mar;77(3):350-356.
- (115) Holmstrup P. Parodontose kan påvirke diabetesregulering. *Behandlerbladet* 2010(April 2010):20-24.
- (116) Koromantzos PA, Makrilakis K, Dereka X, Katsilambros N, Vrotsos IA, Madianos PN. A randomized, controlled trial on the effect of non-surgical periodontal therapy in patients with type 2 diabetes. Part I: effect on periodontal status and glycaemic control. *J Clin Periodontol* 2011 Feb;38(2):142-147.
- (117) Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 May 12;(5)(5):CD004714.
- (118) Pucher J, Stewart J. Periodontal disease and diabetes mellitus. *Curr Diab Rep* 2004 Feb;4(1):46-50.
- (119) Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010 Feb;33(2):421-427.
- (120) Williams RC, Mahan CJ. Periodontal disease and diabetes in young adults. *J Am Med Assoc* 1960 Feb 20;172:776-778.
- (121) Grossi SG, Skrepicinski FB, DeCaro T, Zambon JJ, Cummins D, Genco RJ. Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. *J Periodontol* 1996 Oct;67(10 Suppl):1094-1102.
- (122) Buhlin K, Gustafsson A, Hakansson J, Klinge B. Oral health and cardiovascular disease in Sweden. *J Clin Periodontol* 2002 Mar;29(3):254-259.
- (123) Tsakos G, Sabbah W, Hingorani AD, Netuveli G, Donos N, Watt RG, et al. Is periodontal inflammation associated with raised blood pressure? Evidence from a National US survey. *J Hypertens* 2010 Dec;28(12):2386-2393.
- (124) Pedersen AM, Bardow A, Jensen SB, Nauntofte B. Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion. *Oral Dis* 2002 May;8(3):117-129.
- (125) Jensen SB, Dynesen AW, Pedersen AML. Xerostomi og nedsat spyttsekretion: demografiske aspekter og årsager. *Tandlægebladet* 2011;115(5):366-373.
- (126) Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Lægemiddelinduce-rede forandringer i spytten og udvikling af sygdom i mundhulen. *Tandlægebladet* 1998;102(7):1-13.
- (127) Føhns CL, Pedersen AML, Andersen SE. Medicin og mundtørhed. *Månedsskrift for almen praksis* 2012;Oktober: 835-846.
- (128) Sreebny LM. The causes of dry mouth: a broad panoply. In: *Dry mouth - The malevolent symptom: A Clinical guide*. Sreebny, L.M.; ed. Iowa: Wiley-Blackwell; 2010. p. 89-127.
- (129) Lægehåndbogen. Geriatri: Tilstande og sygdomme: Polyfarmaci hos ældre. 2010; Available at: <http://laegehaandbogen.dk/geriatri/tilstande-og-sygdomme/polyfarmaci-hos-eldre-27305.html>. Accessed 11. jun. 2012.
- (130) Statens Serum Institut. Medstat.dk. 2012; Available at: <http://www.medstat.dk/>. Accessed 13. jun. 2012.
- (131) Korhonen S, Saxlin T, Suominen L, Jula A, Knuutila M, Ylostalo P. Serum cholesterol ratios and periodontal infection: results of the Health 2000 Survey. *J Clin Periodontol* 2011 Sep;38(9):787-794.
- (132) Baadsgaard M, Holme A. Store forskelle på, hvor i landet tandlægebesøget bliver fravalgt. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2011.
- (133) Kronstrom M, Palmqvist S, Soderfeldt B, Vigild M. Utilization of dental health services among middle-aged people in Sweden and Denmark. *Acta Odontol Scand* 2002 Oct;60(5):276-280.
- (134) Baadsgaard M, Holme A. Mange i Danmark går ikke regelmæssigt til tandlægen. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2011.

- (135) Molund L, Pettersen S, Mosdøl A, Holst D. Prediktorer for oral hygiejneatferd i den voksne norske befolkning. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2009;119(5):298-302.
- (136) Avlund K, Holm-Pedersen P, Schroll M. Functional ability and oral health among older people: a longitudinal study from age 75 to 80. *J Am Geriatr Soc* 2001 Jul;49(7):954-962.
- (137) Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001 Aug;59(4):201-211.
- (138) Steinberg L, Graham S, O'Brien L, Woolard J, Cauffman E, Banich M. Age differences in future orientation and delay discounting. *Child Dev* 2009;80(1):28-44.
- (139) Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010 Jan;68(1):34-42.
- (140) Hansen AR, Curtis T. Arbejdsnotat: Overblik over litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2008.
- (141) Christensen LB, Petersen PE, Steding-Jessen M. Consumption of dental services among adults in Denmark 1994-2003. *Eur J Oral Sci* 2007 Jun;115(3):174-179.
- (142) Widstrom E. Dental visiting patterns of Finns and Swedes in Sweden, 1976-1980. *Acta Odontol Scand* 1984 Oct;42(5):305-312.
- (143) Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. Age-specific associations between dental fear and dental condition among adults in Finland. *Acta Odontol Scand* 2008 Oct;66(5):278-285.
- (144) Moore R. Psychology of dental anxiety and clinical pain in social context. *Tandlægebladet* 2007;111(4):282-292.
- (145) Høiberg M, Høiberg L. Angst og sanseindtryk. *Tandlægebladet* 2008;112(10):882-894.
- (146) Friis-Hasche E, Engelbrecht M. Tandlægeskræk: 10 gode råd. *Tandlægebladet* 2007;111(15):1176-1183.
- (147) Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *Eur J Oral Sci* 2011 Feb;119(1):55-60.
- (148) Försäkringskassan. När tänderna får vänta. Analys av de som inte har regelbunden kontakt med tandvården. Stockholm: Försäkringskassan; 2012.
- (149) Osterberg T, Lundgren M, Emilson CG, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socio-economic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1998 Feb;56(1):41-47.
- (150) Holst H, Grytten J, Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2005;115(4):212-216.
- (151) Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. Oral health in the Finnish adult population. Health 2000 survey. Helsinki: National Public Health Institute; 2008.
- (152) Culyer AJ. Equality of what in Health Policy? Conflicts Between the Contenders. York: University of York; 1995.
- (153) Alban A, Danneskiold-Samsøe B, Kjellberg J, Knudsen JS, Sørensen J. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 1999.
- (154) Hansen SW, Houlberg K. Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv. København: Anvendt KommunalForskning; 2012.
- (155) Dansk Tandforsikring. Dansk Tandforsikring 2012. København: Dansk Tandforsikring; 2012.
- (156) Sygeforsikringen Danmark. Årsrapport 2011. København: Sygeforsikringen Danmark; 2012.
- (157) Tandlægeforeningen. Privat praksis. Status og udvikling frem til 2012. København: Tandlægeforeningen; 2012.
- (158) Persson K, Axtelius B, Soderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009 Apr;16(3):263-271.
- (159) OECD. OECDstat: Purchasing Power Parities for private consumption. 2013; Available at: http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SNA_TABLE4#. Accessed 01/16, 2013.
- (160) Eurostat. Comparative price levels. 2012; Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/purchasing_power_parities/data/main_tables. Accessed 21 Jan 2013.
- (161) Kronstrom M, Palmqvist S, Soderfeldt B, Vigild M. Subjective need for implant treatment among middle-aged people in Sweden and Denmark. *Clin Implant Dent Relat Res* 2002;4(1):11-15.
- (162) Newhouse JP. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1993.

- (163) Bailit H, Newhouse J, Brook R, Duan N, Goldberg G, Hanley J, et al. Does more generous dental insurance coverage improve oral health? *J Am Dent Assoc* 1985 May;110(5):701-707.
- (164) Manning WG, Bailit HL, Benjamin B, Newhouse JP. The demand for dental care: Evidence from a randomized trial in health insurance. *J Am Dent Assoc* 1985;110(6):895-902.
- (165) Palmqvist S, Soderfeldt B, Vigild M. Influence of dental care systems on dental status. A comparison between two countries with different systems but similar living standards. *Community Dent Health* 2001 Mar;18(1):16-19.
- (166) World Health Organization. *Oral Health Surveys. Basic Methods*. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
- (167) Benigeri M, Payette M, Brodeur JM. Comparison between the DMF indices and two alternative composite indicators of dental health. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998 Oct;26(5):303-309.
- (168) Schuller AA, Holst D. Oral status indicators DMFT and FS-T: reflections on index selection. *Eur J Oral Sci* 2001 Jun;109(3):155-159.
- (169) Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. *Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2012.
- (170) Eklund S, Moller IJ, Leclercq M. Calibration of Examiners for Oral Health Epidemiological Surveys. Geneva: World Health Organization; 1993.
- (171) Holst D, Schuller AA, Gimmestad A. Tannhelsen i dynamisk endring - fra sygdomsrisiko til helsepotensial. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2004;114(16):866-871.
- (172) Baldursson EB. Refleksjoner over spørgekemaer. [U. st.]: Prinkipo; 2005.
- (173) Cockx B, Brasseur C. The demand for physician services: evidence from a natural experiment. *J Health Econ* 2003;22(6):881-913.
- (174) Kiil A, Houlberg K. *Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling*. København: Anvendt KommunalForskning; 2012.
- (175) Simonsen M, Skipper L, Skipper N. Price sensitivity of demand for prescription drugs: exploiting a regression kink design. *Univ. of Aarhus Dept. of Economics Working Paper* 2010 (2010-3).
- (176) Krustrup U, Petersen PE. Dansk tandpleje under forandring - hvad mener tandlægerne? *Tandlægebladet* 2008;112(8):696-706.
- (177) Nordiska Ministerrådet. *Norden i tal 2012*. København: Nordiska Ministerrådet; 2012.
- (178) Sundhedsstyrelsen. *Tandplejeprognose. Udbud og efterspørgsel for tandplejepersonale i Danmark 2000-2020*. København: Sundhedsstyrelsen; 2001.
- (179) Statens Institut for Folkesundhed editor. *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.
- (180) Holst D, Skau I. Tenner og tannstatus i den voksne befolkning i Norge. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2010;120(3):164-169.
- (181) Holst D, Schuller AA. Oral helse i livsløbsperspektiv. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2010;120(14):974-981.
- (182) Wang NJ, Kalletstal C, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden: strategies and resource allocation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998 Aug;26(4):263-271.
- (183) Holt C. Brugen af og betalingen for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge. *Tandlægebladet* 2013;117(1):20-29.
- (184) Ekorndrud T, Jensen A. Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsestilstand og tannlegebesøk. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2010.
- (185) Hugoson A, Koch G. Thirty year trends in the prevalence and distribution of dental caries in Swedish adults (1973-2003). *Swed Dent J* 2008;32(2):57-67.
- (186) Skudutyte R, Eriksen HM, Eriksen HM. Changes in caries experience among 35-year-old Oslo citizens, 1973-2003. *Acta Odontologica Scandinavica* 2007;65(72):77.
- (187) Holst D, Schuller AA, Dahl KE. Bedre tannhelse for alle? *Den norske tannlegeforenings tidende* 2007;117(13):804-811.

Bilag 1

Sammenligning af en række forhold i de fire nordiske lande

Tabel 1: Sammenligning af en række forhold i fire nordiske lande

	Danmark	Sverige	Norge	Finland
Areal (km ²)	43.098 km ²	410.314 km ²	323.781 km ²	303.899 km ²
Befolkningsstørrelse	5.580.516 (1.1.2012)	9.340.682 (31.12.2009)	4.985.870 (1.1.2012)	5.425.056 (1.12.2012)
Aldersfordeling i befolkningen	4. kvartal 2012	2012	1. januar 2012	4. kvartal 2011
20-29 år	678.320	1.273.970	652.787	678.319
30-39 år	703.239	1.206.958	677.174	661.164
40-49 år	816.441	1.317.807	725.007	714.751
50-59 år	727.101	1.165.393	628.176	755.422
60-69 år	692.653	1.181.246	535.253	691.879
70-79 år	411.071	737.063	297.325	419.761
80-89 år	192.081	412.683	181.642	226.618
90+ år	40.740	95.004	39.941	36.605
Voksentandpleje i den offentlige tandpleje	Ja, men kun særlige grupper	Ja, 40 %	Ja, men kun særlige grupper, cirka 10 %	Ja, cirka 50 %
Voksentandpleje i privat praksis	Ja, 100 %	Ja, 60 %	Ja, cirka 90 %	Ja, cirka 50 %
Andel af voksenbefolkningen der har besøgt tandplejen indenfor de seneste 12 måneder	62 % (183)	60 % (36)	78 %	60 %
Offentligt tilskud til tandpleje	Ja, til ca. 65 % af ydelserne (de "faste priser"). Tilskuddets størrelse afhænger af hvilken ydelse	0-2.999: 0 % 3.000-14.999: 50 % 15.000+: 85 %	Nej, kun til prioriterede grupper	Ja, 80 % i den offentlige tandpleje Ja, 74 % i privat praksis
Fri prisfastsættelse	Ja, på 35 % af ydelserne (de "frie ydelser") De faste priser er i princippet også frie, men da det er maksimalpriser, kan de kun tilbydes billigere, ikke dyrere	Ja, men patienterne får kun tilskud til referen- ceprisen og må betale en evt. difference selv	Ja	Faste priser i den offentlige tandpleje Frie priser i privat praksis, men patienten får kun tilskud efter de faste takster og må selv betale en evt. difference
Brugerbetalingens andel af de samlede sundhedsudgifter (154)	13,7 %	16,7 %	15,1 %	18,8 %
Husholdningernes brugerbetaling for tandpleje i % af det samlede forbrug (183)	0,92 %	0,95 %	0,72 %	?
Andel af aktive tandlæger beskæftiget i privat praksis (49)	70 %	44 %	68 %	51 %
Population pr. tandlæge (178)	1.030	1.050	1.140	1.070
Ratio tandlæge:tandplejer (178)	4,9:1	3,6:1	3,9:1	3,9:1

Fortsættes næste side...

I Bilag 1: Sammenligning af en række forhold i de fire nordiske lande

...Fortsat fra forrige side

	Danmark	Sverige	Norge	Finland
Antal bevarede tænder i udvalgte aldersgrupper				
25 år	30,1	27,4 (20)	-	-
40 år	28,9	26,5	26,8 (35-44)	27,6 (30-44)
65 år	23,9	23,3 (60)	16,8 (68-77)	16,3 (65-74)
OECD-oplysninger om andelen af totalt tandløse 65-årige (49)	18 % (2005)	Ingen data	22 % (2002)	40 % (2000)
DMFT i udvalgte aldersgrupper				
25 år	7,0	10,5 (20)	-	-
40 år	12,6	17,0	14,6 (35-44)	20,0 (30-44)
65 år	21,1	25,7 (60)	24,0 (68-77)	25,5 (65-74)
Forekomst af fluorid (49)	Noget naturligt forekommende i drikkevandet	Intet	Intet	Intet

Kilder: Baseret på referencer i teksten, Country Data Index (www.geohive.com), Danmarks Statistik, Statistiska centralbyrån (Sverige), Statistisk sentralbyrå (Norge), samt Statistikcentralen (Finland).

Tabel 2: Andelen af forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland, der har benyttet tandplejen inden for et år

Land og kilde	Stikprøve	Antal deltagere	Aldersgruppe	Procentandel	Kommentarer
Danmark (73)	Brugere af voksentandplejen i 2008	16.787	25 år	29 %	Der kan mangle indberetninger, hvorved andelen bliver lavere end reelt
		28.555	40 år	37 %	
		28.894	65 år	44 %	
Danmark (157)*	Tandlægestatistik, Danske Regioner 2010		20-29 år	50 %	Aflæst på figur
			30-39 år	58 %	
			40-49 år	65 %	
			50-59 år	80 %	
			60-69 år	77 %	
			70+ år	60 %	
Sverige (36)*	Brugere af voksentandpleje i 2011 (n = 4,7 mio.)		20-29 år	45 %	Aflæst på figur
			30-39 år	50 %	
			40-49 år	55 %	
			50-59 år	65 %	
			60-69 år	73 %	
			70+ år	78 %	
Norge (150)*	Spørgeskemaundersøgelse i 2004	486	21-29 år	59 %	
		442	30-39 år	72 %	
		364	40-49 år	85 %	
		391	50-59 år	88 %	
		419	60-69 år	88 %	
		236	70-79 år	88 %	
		133	80+ år	83 %	
Norge (184)	Levekårsundersøgelse i 2008	2.218	25-44 år	68 %	
		964	67+ år	75 %	
Finland (151)*	Repræsentativ stikprøve – 20 års follow up	2.148	30-44 år	59 %	
		1.624	45-54 år	59 %	
		1.103	55-64 år	60 %	
		804	65-74 år	44 %	
		656	75+ år	32 %	

Undersøgelser fra lande markeret med * er illustreret i figur 2 side 30.

Tabel 3 findes på side 32.

Tabel 4: Patienters gennemsnitlige brugerbetaling for tandpleje i forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland, der har benyttet tandplejen inden for et år

Land og kilde	Stikprøve	Aldersgruppe	Brugerbetaling lokal valuta	Omregnet til DDK via PPP	Kommentarer
Danmark (73,183)	Undersøgelse af 83.000 patienters tandlægeregninger i 2011	20-29 år	DKK 1.351	DKK 1.351	
		30-39 år	DKK 1.692	DKK 1.692	
		40-49 år	DKK 1.935	DKK 1.935	
		50-59 år	DKK 2.340	DKK 2.340	
		60-69 år	DKK 2.639	DKK 2.639	
		70-79 år	DKK 2.760	DKK 2.760	
		80+ år	DKK 2.718	DKK 2.718	
Sverige (35,36)	Brugere af voksentandpleje i 2008 (n = 4,652 mio.)	20-29 år	SEK 1.660	DKK 1.462	
		30-64 år	SEK 3.301	DKK 2.907	
		65+ år	SEK 3.479	DKK 3.064	
Norge (150)	Spørgeskemaundersøgelse i 2004	21-29 år	NOK 1.835	DKK 1.991	
		30-39 år	NOK 1.548	DKK 1.679	
		40-49 år	NOK 1.966	DKK 2.133	
		50-59 år	NOK 2.945	DKK 3.195	
		60-69 år	NOK 2.554	DKK 2.771	
		70-79 år	NOK 3.024	DKK 3.281	
		80+ år	NOK 2.236	DKK 2.426	
Norge (184)	Levekårsundersøgelse 2008	25-44 år	NOK 2.549	DKK 2.765	
		67+ år	NOK 3.895	DKK 4.226	
Finland (56,151)	Spørgeskemaundersøgelse i 2007	47-59 år	Euro 258	DKK 1.922	

Tabel 5: Gennemsnitlige antal carierede tænder (DT), mistede tænder (MT), fyldte tænder (FT), samlet carieserfaring (DMFT) og antal tænder (NT) blandt forskellige aldersgrupper af voksne i Danmark, Sverige, Norge og Finland

Land og kilde	Stikprøve	Antal deltagere	Aldersgruppe	Gennemsnitligt					Kommentarer
				DMFT	DT	MT	FT	NT	
Danmark (73)*	Brugere af voksentandplejen i 2008	16.787	25 år	5,1*	0,8	1,9	4,2	30,1	*Missing komponenten er ikke inkluderet i sygdomsmålet, som her er DFT
		28.555	40 år	9,5*	0,5	3,1	9,0	28,9	
		28.894	65 år	13,0*	0,4	8,1	13,0	23,9	
Danmark (1)	Deltagere i Tandundersøgelsen ved KRAM 2007-2008*	650	35-44 år	14,1	0,6	4,0	9,5	28	*Ikke repræsentativ stikprøve
		870	65-74 år	23,8	0,4	8,0	15,4	24	
Sverige (185)*	Kohorteundersøgelse i Jönköping i 2003, 30 års opfølgning	84	20 år	5,9*	-	4,6	-	27,4	*Missing komponenten er ikke inkluderet i sygdomsmålet, som her er DFT
		92	30 år	7,8*	-	4,8	-	27,2	
		83	40 år	11,5*	-	5,5	-	26,5	
		91	50 år	15,0*	-	5,9	-	26,1	
		90	60 år	17,0*	-	8,7	-	23,3	
		88	70 år	15,8*	-	11,3	-	20,7	
		61	80 år	15,3*	-	13,6	-	18,4	
Norge (186)	Tværsnitsundersøgelse i Oslo i 2003	126	35 år	11,7	0,9	0,7	10,1	-	
Norge (187)*	Kohorteundersøgelse i Trøndelag 2006	250	35-44 år	14,6	0,8	1,2	12,6	26,8	
		100	46-47 år	16,6	0,6	1,3	14,7	26,7	
		250	68-77 år	24,0	1,0	11,2	11,8	16,8	
Finland (151)*	Repræsentativ stikprøve – 20 års follow up (2000)	2.148	30-44 år	20,0	0,7	4,4	14,9	27,6	
		804	65-74 år	25,5	1,1	15,7	8,9	16,3	

Undersøgelser fra lande markeret med * er illustreret i figur 5 side 36 og figur 6 side 37.

I Bilag 1: Sammenligning af en række forhold i de fire nordiske lande

Voksens tandpleje i Danmark

Organisering af voksens tandplejen i Danmark i sammenligning med de øvrige nordiske lande og i forhold til voksenbefolkningens risikoprofil

Rapporten er den tredje og sidste i rækken af delrapporter, som beskriver resultaterne af Tandundersøgelsen ved KRAM-undersøgelsen. På baggrund af resultater fra de to første delrapporter suppleret af litteraturstudie sammenlignes voksens tandplejen i Danmark med voksens tandplejen i Sverige, Norge og Finland.

Rapporten konkluderer bl.a. følgende:

- Alle fire landes befolkninger har oplevet stor forbedring i tandsundheden
- Alle fire lande har fortsat social ulighed i tandsundhed blandt voksne
- Køn, alder, uddannelses- og indkomstniveau, etnisk baggrund og tandlægeskræk er faktorer, som har betydning for brug af voksens tandplejetilbuddet
- Yngre voksne benytter tandplejen sjældnere, og midaldrende benytter tandplejen hyppigere end andre aldersgrupper
- I modsætning til de andre nordiske lande tilbydes voksne danskere ikke tandpleje i offentligt regi
- Sveriges tandplejetilbud til ældre og gamle er succesfuldt i forhold til at fastholde ældre og gamle i regelmæssige tandplejeforløb langt op i alderen.

Rapporten indeholder desuden en række anbefalinger i relation til at indføre risikoscreening af voksenbefolkningen med henblik på identificering af personer, som har forøget risiko for tandsygdomme. Desuden foreslås indførelse af regional tilkaldeordning til den del af voksenbefolkningen, som ikke gør brug af tandplejetilbuddet regelmæssigt. Rapporten vurderer, at det offentlige tilskud til voksens tandpleje muligvis kunne indrettes mere omkostningseffektivt, såfremt tandplejetilskuddet i højere grad var målrettet højrisikogrupper, dvs. dem der har tandsygdomme. ■



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00