

# RAPPORT OM SERVICEEFTERSYN AF SUNDHEDSLOVENS KRAV TIL INDHOLDET AF OMSORGSTANDPLEJEN

MARTS 2014



# Indhold

1. Indledning.....	1
2. Resume.....	2
3. Baggrund og rammer for om-sorgstandplejen.....	3
4. Generel sundhed og tand- og mundsundhed hos ældre .....	8
5. Hvor stor en del af målgruppen benytter omsorgstandplejetil-buddet? .....	19
6. Udfordringer ved visitationen til omsorgstandplejen .....	22
7. Tilrettelæggelse af omsorgs-tandplejen .....	24
8. Konklusion og anbefalinger .....	27

# 1. Indledning

Regeringen og Enhedslisten har som led i finanslovsaftalen for 2013 besluttet, at der skal gennemføres et serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af den kommunale omsorgstandpleje med henblik på, at de relevante målgrupper benytter ordningen, samt at undersøge behovet for at brugerne får behandling ved en klinik frem for i hjemmet.

Kommunerne blev med lov nr. 178 af 16. marts 1994 om tandpleje pålagt at tilbyde forebyggende og behandelende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud (omsorgstandpleje). Målgruppen for omsorgstandpleje var oprindeligt defineret som personer, der bor på plejehjem, og personer, der bor i eget hjem/ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, hvis selvhjulpne kapacitet er så begrænset, at de reelt kan sidestilles med plejehjemsbeboere. Herudover omfatter tilbuddet udviklingshæmmede og sindslidende voksne borgere, der ikke i tilstrækkeligt omfang - på eget initiativ - er i stand til at benytte de eksisterende tandplejetilbud i praksisstandplejen. Sundhedsstyrelsen anslog i 1994, at den samlede personkreds, der var omfattet af omsorgstandplejetilbuddet, var 100.000 personer på landsplan. Dette tal var baseret på det aktuelle antal beboere på plejehjem og et antal af borgere i eget hjem, hvor behovet for hjælp til daglige funktioner var på samme niveau som hos plejehjemsbeboere. Man vurderede dog samtidig, at en del af denne målgruppe ikke ville benytte behandlingstilbuddet, og at tilslutningsprocenten derfor ville være 60 - svarende til 60.000 personer. Hertil kommer gruppen af udviklingshæmmede og sindslidende voksne borgere estimeret til ca. 3.500 personer. I 2012 kunne det imidlertid konstateres, at kun 23.929 borgere var modtagere af omsorgstandpleje.

Kommuner kan tilbyde omsorgstandpleje både ved offentlige klinikker og i privat tandlægepraksis eller klinisk tandteknikerpraksis. Omsorgstandplejen skal omfatte såvel forebyggelse af orale lidelser, regelmæssige tandundersøgelser som nødvendige behandlinger. Der er siden 1994, hvor kommunerne blev forpligtet til at tilbyde omsorgstandpleje, sket en markant forbedring af de ældres tandstatus, hvor langt flere ældre bevarer egne naturlige tænder og samtidigt har mange avancerede tandprotesiske restaureringer, der kræver vedligeholdelsesbehandling. Desuden viser nyere undersøgelser en klar sammenhæng mellem oral sundhed, generel sundhed og livskvalitet. Dette stiller øgede krav til forebyggelse og behandling for omsorgstandplejens målgruppe.

Nærværende servicetjek af omsorgstandplejen vil på basis af eksisterende viden søge at klargøre, om der findes forhold i gældende regelsæt eller kommunernes organisation af omsorgstandplejen, der kunne tænkes at medføre, at tilbuddet ikke er tilstrækkeligt tilgængeligt for alle i målgruppen, samt at behandlingsmæssige forhold er u hensigtsmæssige i forhold til kvaliteten af udført behandling, patientens almentilstand og tandplejepersonalets arbejdsforhold. Servicetjekket vil således have fokus på en gennemgang af det lovmæssige grundlag for ordningen, herunder relevante vejledninger samt eksisterende viden og erfaring vedrørende omsorgstandplejens organisering og tilrettelæggelse. Servicetjekket vil på baggrund af denne gennemgang opstille anbefalinger til hvilke forhold, der bør analyseres mere indgående ved f.eks. at indhente ny viden samt hvilke forhold, der aktuelt vil kunne ændres eller forbedres til gavn for kommunernes tilbud om omsorgstandpleje til målgruppen.

## 2. Resume

Som led i finanslovsaftalen for 2013 mellem regeringen og Enhedslisten har en arbejdsgruppe under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse - med bistand fra en nedsat følgegruppe bestående af repræsentanter fra De Offentlige Tandlæger, Tandlægeforeningen, Ældre Sagen, Danske Handicaporganisationer, Social-, Børne- og Integrationsministeriet - foretaget et serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af den kommunale omsorgstandpleje med henblik på, at de relevante målgrupper benytter ordningen, samt at undersøge behovet for, at brugerne får behandling ved en klinik frem for i eget hjem.

Arbejdsgruppen har beskrevet det lovmæssige grundlag for ordningen og har efterfølgende analyseret tilgængelige data med henblik på bl.a. at fastslå målgruppens omfang samt hvor stor en andel af målgruppen, der faktisk benytter sig af omsorgstandplejetilbuddet. Arbejdsgruppen har også vurderet visitationspraksis på området samt forhold vedr. oplysning om ordningen. Endelig er omsorgstandplejens indhold vurderet, særligt i forhold til den forebyggende indsats, men også i forhold til omsorgstandplejens muligheder for at foretage behandling i borgernes hjem (mobil tandpleje).

Arbejdsgruppen finder i denne forbindelse, at selv om de nuværende bestemmelser i selve Sundhedsloven samt tandplejebekendtgørelsen er dækkende i forhold til at sikre målgruppen den tandbehandling, der er nødvendig, så er den aktuelle tilslutning til omsorgstandplejen dog alligevel lav i forhold til estimeringen af målgruppen for omsorgstandpleje. Hertil kommer, at kommunerne er ikke opsøgende i forhold til tilbuddet om omsorgstandpleje, hvilket kan medvirke til et lavt kendskab til ordningen, samtidig med, at det er et dilemma, at patienterne selv skal opsøge omsorgstandplejen, når de oftest ikke selv er i stand til dette. Sammen med manglende muligheder for henvisning til omsorgstandpleje fra andre dele af sundhedsvæsnet kan det derfor overordnet være vanskeligt for kommunerne at indkredse borgerne i målgruppen og få dem visiteret ind til omsorgstandpleje på et hensigtsmæssigt tidspunkt. Gennemgangen peger også på, at mundhygiejnen for beboere i ældre- og plejeboliger er utilstrækkelig, at pleje af tænder og mund ikke er et særligt fokusområde for Sundhedsstyrelsens plejehjemstilsyn, at det ændrede sygdomsmønster hos personer, der visiteres til omsorgstandpleje kræver en reorientering af tilbuddet om omsorgstandpleje samt at tandbehandling i eget hjem medfører en række udfordringer, bl.a. i forhold til behandlingskvalitet.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor bl.a., at der udarbejdes en vejledning for visitation til omsorgstandpleje, at Sundhedsstyrelsens plejehjemstilsyn vedr. visitation til omsorgstandpleje styrkes, at mund- og tandpleje for beboere i plejehjemsboliger styrkes og at der sikres en indsats for bedre sundhed gennem omsorgstandplejen, som bør prioritere det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Endelig anbefales, at der udarbejdes en vejledning for mobil tandpleje i eget hjem og at tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker og forholdene vedr. transport til tandplejetilbuddet undersøges, ligesom det anbefales at registrere tandsundheden for patienter i omsorgstandplejen i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR) med henblik på planlægning og evaluering af omsorgstandplejen. Afslutningsvist bemærker arbejdsgruppen, at det bør undersøges om, eller hvilke faglige, økonomiske eller organisatoriske fordele, der kunne være ved en sammenlægning af omsorgstandplejen og specialtandplejen, som allerede i dag i et vist omfang administreres samlet i kommunerne.

# 3. Baggrund og rammer for omsorgstandplejen

## Baggrund

Regler om omsorgstandpleje blev første gang indsat i lovgivningen i 1986 ved lov nr. 310 af 4. juni 1986 om tandpleje m.v. (tandplejeloven), hvor der blev *mulighed* for, at kommunerne kunne tilbyde omsorgstandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud.

Personkredsen med vidtgående fysiske eller psykiske handicap omfattede ifølge de daværende *retningslinjer for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje* personer, som tidligere omfattet af lovgivningen om særfor-sorg - i den daværende lovgivning betegnet som "åndssvage, epileptikere, vanføre, talelidende, blinde, svagsynede samt døve og tunghøre". Hertil kom personer med psykiske lidelser, som i henhold til tidligere lovgivning også henhørte under særfor-sorgsbegrebet. For personer med nedsat førlighed blev der ikke i retningslinjerne foretaget en fast afgrænsning af målgruppen og kommunerne kunne derfor selv afgrænse målgruppen f.eks. til ældre på plejehjem, i beskyttede boliger, hjemmehjemsbundne ældre, psykiatriske patienter, fysisk og psykisk udviklingshæmmede personer<sup>1</sup>. Ved lov nr. 178 af 16. marts 1994 om ændring af lov om tandpleje (tandplejeloven) blev kommunerne *forpligtede* til at tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud (omsorgstandpleje).

Målgruppen for tilbuddet om omsorgstandpleje er i bemærkningerne til loven afgrænset til personer på plejehjem og personer, der bor i eget hjem/ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, og som reelt kan sidestilles med plejehjemsboere i henseende til muligheden for at benytte eksisterende tandplejetilbud. Det fremgår samtidig af lovbemærkningerne, at det ikke tanken, at en bredere kreds af svagelige ældre eller handicappede, der kan behandles på almindelige tandklinikker, hvoraf mange er indrettet handicapvenlige, skal være omfattet af det pligtmæssige omsorgstandplejetilbud. Målgruppen er således:

- Personer på plejehjem (det skal her bemærkes, at plejehjemsbegrebet er blevet ophævet ved lov om social service og i det omfang plejehjem for en overgangsperiode videreføres, jf. servicelovens § 140, vil boere på disse stadig uden konkret visitation være omfattede af omsorgstandplejen<sup>2</sup>).
- Personer der bor i eget hjem/ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, og som reelt kan sidestilles med plejehjemsboere i henseende til muligheden for at benytte eksisterende tandplejetilbud.
- Udviklingshæmmede og sindslidende personer, hos hvem der ikke er særlige odontologiske problemer, der kræver tandlægefaglig specialbehandling i amtstandplejen (nuværende specialtandpleje), men hvor personen ikke i tilstrækkeligt omfang er i stand til at benytte de eksisterende tandplejetilbud i sygesikringstandplejen, overvejende på grund af ringe egenomsorg.

<sup>1</sup> *Retningslinjer for tilrettelæggelse af den kommunale tandpleje nr. 9539 af 15. december 1986.*

<sup>2</sup> *Skrivelse vedrørende stop for opførelse af plejehjem og beskyttede boliger efter bistandsloven den 1. januar 1988,*

<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=54149>

Ved indførslen af ordningen skønnede Sundhedsstyrelsen, at 100.000 personer ville være omfattet af et tilbud om omsorgstandpleje. Dette tal var baseret på det aktuelle antal beboere på plejehjem samt et antal af borgere i eget hjem, hvor behovet for hjælp til daglige funktioner var på samme niveau som hos plejehjemsbeboere. Man vurderede dog, at en del af denne målgruppe ikke ville benytte et kommende behandlingstilbud. Det blev således skønnet at tilslutningsprocenten ville blive 60 ud fra opgørelser over deltagelse i regelmæssig tandpleje<sup>3</sup>. Endelig kan personer med betydeligt og varigt nedsat funktionsevne, der oprindeligt er visiteret til specialtandplejen, herfra viderevisiteres til omsorgstandplejen, såfremt dette efter en tandlægefaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3. Det er skønsmæssigt antaget, at ca. 3.500 af specialtandplejens patienter vil blive visiteret videre til omsorgstandplejen.

### Den nuværende regulering

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 blev reglerne om omsorgstandpleje i lov om tandpleje m.v. videreført i sundhedsloven. I dag består lovgrundlaget for omsorgstandplejen af sundhedslovens §§ 131-132<sup>4</sup> og bekendtgørelse om tandpleje (tandplejebekendtgørelsen)<sup>5</sup>. Hertil kommer Sundhedsstyrelsens "Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje mv."<sup>6</sup>, som bl.a. beskriver målgruppen for tilbuddet om omsorgstandpleje, forhold vedr. visitation til omsorgstandpleje samt omsorgstandplejens indhold, organisering og økonomi.

Det bemærkes, at med en ændring af sundhedsloven den 18. december 2012 bortfaldt den tidligere bestemmelse under § 131 om muligheden for at vælge tilbud om kommunal omsorgstandpleje hos praktiserende tandlæge eller klinisk tandtekniker. Baggrunden for ændringen var bl.a., at der inden for omsorgstandplejen var ganske få, der valgte at modtage tandplejen i privat praksis, hvilket også var forventet, da omsorgstandpleje efter reglerne tilbydes til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud. Med lovforslaget blev reglerne forenklet med henblik på at reducere unødigt bureaukrati i kommunerne.

### Sundhedsloven og tandplejebekendtgørelsen

Af sundhedslovens § 131 fremgår det, at:

*"Kommunalbestyrelsen tilbyder forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud.*

*Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan indgå aftale med regionsrådet om, at regionsrådet varetager omsorgstandpleje for de af stk. 1 omfattede personer."*

Efter § 8, stk. 1 og 2, i tandplejebekendtgørelsen kan kommunerne beslutte at indgå aftale med en eller flere praktiserende tandlæger/kliniske tandteknikere om varetagelse af omsorgstandplejen. Der er desuden mulighed for at benytte såvel offentlige som praktiserende tandlæger/tandteknikere med henblik på at tilrettelægge tilbuddet om omsorgstandpleje. De nærmere krav til indholdet af tilbuddet om omsorgstandpleje fremgår af tandplejebekendtgørelsens § 11. Heraf fremgår det, at tilbuddet omfatter:

- almen og individuel forebyggelse inklusive hjælp til mundhygiejne, herunder oplysning om samt instruktion i tandpleje til den enkelte patient og til relevant omsorgspersonale.

<sup>3</sup> Bemærkninger til lovforslag nr. L92. Fremsat den 24. november 1993 af sundhedsministeren (Torben Lund). Forslag til lov om ændring af lov om tandpleje mv. p. 1832-1836.

<sup>4</sup> Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 med senere ændringer.

<sup>5</sup> Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012 med senere ændringer.

<sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen Vejledning vedr. omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, 2006.

- Undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionens sundhedstilstand.
- Behandlinger af symptomer, sygdomme og funktionsforstyrrelser i tand-, mund- og kæberegionen, således at denne bevares i god funktionsdygtig stand under hensyntagen til den enkeltes samlede tilstand.

Efter sundhedslovens § 249 afholder borgerens bopælskommune udgifterne til omsorgstandpleje efter lovens § 131. Men kommunerne har efter sundhedslovens § 132, stk. 1, mulighed for at beslutte, at modtagere af omsorgstandpleje selv skal betale en del af udgiften til omsorgstandpleje. Regler for borgerens eventuelle egenbetaling fastsættes af ministeren for sundhed og forebyggelse efter sundhedslovens § 132, stk. 2. § 132 har følgende ordlyd:

**§ 132.** *Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at personer, der modtager et kommunalt tandplejetilbud efter § 131, selv skal betale en del af udgiften til tandpleje.*

*Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for størrelsen af den maksimale årlige betalingstakst, som kommunalbestyrelsen kan afkræve patienten. For forebyggende og behandlende tandpleje, der er omfattet af overenskomst med Dansk Tandlægeforening, og som der ydes tilskud til i medfør af § 65, kan kommunalbestyrelsen maksimalt afkræve patienten en betalingstakst svarende til patientens egenbetaling i praksisstandplejen.*

De nærmere bestemmelser om den maksimale egenbetaling følger af tandplejebekendtgørelsens § 10, stk. 1, hvoraf det fremgår, at borgerens egenbetaling maksimalt må udgøre 390 kr. kr. årligt (grundbeløb pr. 1. januar 2005 – svarende til 475 kr. pr. 1. januar 2014). Ifølge bekendtgørelsens § 29 reguleres det fastsatte loft for egenbetaling én gang årligt den 1. januar, som fra samme dato hvert år udgør den maksimale egenbetaling for deltagere i omsorgstandplejen. Endvidere fremgår det af tandplejebekendtgørelsens § 10, stk. 1, at for forebyggende og behandlende tandpleje, der er omfattet af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Tandlægeforening<sup>7</sup>, og som der ydes tilskud til i medfør af § 65 i sundhedsloven, kan kommunalbestyrelsen maksimalt afkræve en betaling svarende til patientens egenbetaling i praksisstandplejen. En borger, der under et behandlingsforløb flytter fra en kommune til en anden kommune, har, jf. bekendtgørelsens § 11, ret til at få afsluttet sit behandlingsforløb i tilflytningskommunen. Kommunerne er, jf. tandplejebekendtgørelsens § 10, stk. 3, forpligtede til at oplyse om, hvorledes kommunens omsorgstandpleje er tilrettelagt.

*Vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje mv.*

Sundhedsstyrelsens "Vejledning vedr. omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje mv." indeholder tandlægefaglige og administrative bidrag vedrørende udførelsen af de aktiviteter der er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om tandpleje.

Vejledningen indeholder bl.a. en beskrivelse af personkredsen for omsorgstandplejen, hvoraf det bl.a. fremgår, at det med omsorgstandplejen ikke er "tanken, at en bredere kreds af svagelige ældre eller handicappede, der kan behandles på almindelige handicapvenligt indrettede tandklinikker, skal være omfattet af omsorgs-tandplejetilbuddet. Omsorgstandplejen er heller ikke rettet mod personer, som principielt kan benytte de eksisterende tandplejetilbud, men som af sociale eller andre grunde har fravalgt dette."

Vejledningen understreger desuden, at "Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds bor i ældrebolig / plejehjem og modtager alderspension." og at "dette harmonerer med den oprindeligt definerede målgruppe, som var defineret som personer, der bor på plejehjem samt personer, der bor i eget hjem / ældrebolig eller

<sup>7</sup> Overenskomst om tandlægehjælp, Regionernes lønnings- og takstnævn og Tandlægeforeningen.

*lignende med mange hjælpeforanstaltninger, og hvis egenomsorg er så begrænset, at de reelt kan ligestilles med plejehjemsbeboere.”*

Vejledningen understreger også, at det i forhold til målgruppen af udviklingshæmmede og sindslidende patienter, hvor personen ikke i tilstrækkeligt omfang er i stand til at benytte de eksisterende tandplejetilbud hos praktiserende tandlæge, kan være relevant at tilbyde omsorgstandpleje til såvel voksne som til unge ved børne- og ungdomstandplejens ophør.

### **Visitation til omsorgstandplejen**

Der er flere måder at blive visiteret ind i omsorgstandplejen på. Af Sundhedsstyrelsen vejledning fremgår der således følgende vedr. visitation til omsorgstandplejen:

- *Unge efter afslutning af børne- og ungdomstandplejen*  
For unge med fysisk eller psykisk handicap/nedsat funktionsevne, skal der, såfremt den pågældende ikke skønnes at kunne udnytte tandpleje hos praktiserende tandlæge og under forudsætning af, at vedkommende i øvrigt ikke skønnes at have behov for et specialiseret tandlægefagligt tilbud i specialtandplejen, kunne finde en direkte visitation sted til omsorgstandplejen, når den unge fylder 18 år. I sådanne tilfælde er det børne- og ungdomstandplejen, der henviser den unge til omsorgstandplejetilbuddet.
- *Voksne, der er visiteret til tilbud om specialtandpleje*  
Personer med fysisk eller psykisk handicap og betydeligt og varigt nedsat funktionsevne, der oprindeligt er visiteret til specialtandplejen, kan viderevisiteres til omsorgstandplejen, såfremt dette efter en tandlægefaglig vurdering findes hensigtsmæssigt, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 3.
- *Ældre i plejehjemsboliger*  
Plejehjemsbegrebet er sammen med institutionsbegrebet ophævet ved lov om social service. I det omfang plejehjem for en overgangsperiode videreføres, jf. servicelovens § 192, vil beboerne på disse dog stadig uden konkret visitation være omfattede af omsorgstandplejen<sup>8</sup>.
- *Voksne med nedsat funktionsevne*  
For personer med fysisk eller psykisk handicap/nedsat funktionsevne vil adgang til omsorgstandplejen bero på en visitation i den enkelte kommune - på samme måde som når kommunerne, efter en konkret individuel vurdering, sørger for tilbud om f.eks. personlig hjælp og pleje efter servicelovens kapitel 16<sup>9</sup>. Der vil således være tale om konkret visitation, uanset om der er tale om hjemmeboende personer i kommunale socialpsykiatriske tilbud eller andre personer, der i kommunalt regi modtager andre særlige tilbud pga. varig og betydelig funktionsnedsættelse, eller om der er tale om personer i kommunale boformer. Det er op til kommunen at synliggøre henvisningsmuligheden for det berørte personale og de berørte borgere.

Det bør regelmæssigt vurderes, hvorvidt indskrevne patienter bør henvises til et andet niveau i tandplejen, således at princippet om, at patienten behandles på det nødvendige, men mindst specialiserede niveau, tilgodeses. I praksis vil dette være ensbetydende med, at patienten kan udvisiteres af omsorgstandplejen til f.eks. tandpleje hos praktiserende tandlæge, såfremt de forudsætninger, der gjorde, at patienten oprindeligt blev tilbudt omsorgstandpleje, ikke længere er til stede. Der kan således for den enkelte patient ske henvisning både opadtil og nedadtil i systemet, dog således at det altid er patientens tandplejebehov og funktionsniveau, som lægges til grund for beslutning om, hvor tandplejen ydes mest hensigtsmæssigt. Omvisitering bør derfor kun

---

<sup>8</sup> Bekendtgørelse af lov om social service nr. 1093 af 5. september 2013, § 192

<sup>9</sup> Bekendtgørelse af lov om social service nr. 1093 af 5. september 2013, kap. 16



finde sted på baggrund af en samlet vurdering baseret på såvel en tandlægefaglig bedømmelse som en konkret individuel vurdering fra kommunen.

### Udgifterne til omsorgstandplejen

Udgifterne til omsorgstandpleje kan ikke opgøres særskilt, da disse i kommunerne konteres sammen med udgifter til specialtandplejen. Udgifterne til disse to ordninger, fordelt på udgifter til henholdsvis omsorgstandpleje og specialtandpleje, udgør over den seneste årrække følgende:

**Tabel 1.** Udgifter til omsorgs- og specialtandpleje<sup>10</sup>

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kommunale tandplejetilbud	63.540	48.187	54.172	58.826	58.826	64.621
Praktiserende tandlæge/klinisk tandtekniker	59.980	49.623	51.783	55.291	55.291	54.921
I alt	123.520	97.810	105.955	114.117	114.117	121.555

\*Alle tal i 1.000 kr.

Det bemærkes i øvrigt, at det er oplyst<sup>11</sup>, at kommunerne registrerer udgifter til omsorgstandpleje foretaget ved regionale ordninger under "praktiserende tandlæge/klinisk tandtekniker", dvs. aftaler indgået efter sundhedslovens § 131, stk. 2.

Udgifterne til omsorgstandplejen kan dog, med en vis usikkerhed, anslås ved både at se på det beløb, kommunerne i 2007 blev kompenseret med, da kommunerne overtog ansvaret for specialtandplejen samt ved at inddrage opgørelser fra de 6 største kommuner i landet, som særskilt opgør udgifterne til omsorgstandplejen. Kommunerne blev i 2007 kompenseret med 37,5 mio. kroner (06-PL)<sup>12</sup> for overtagelsen af specialtandplejen pr. 1. januar 2007, hvilket indikerer, at udgifterne i 2007 for omsorgstandplejen lå på omkring 80 mio. kr. Dette estimat underbygges yderligere af, at tal fra de 6 største kommuner (de såkaldte "6-bytal"), viser, at de gennemsnitlige udgifter til omsorgstandpleje pr. patient var på ca. 3.000 kr. i disse 6 kommuner i 2011<sup>13</sup>. Jf. tal fra Danmarks Statistik (se også tabel 2 på side 22) var der i 2011 ca. 24.000 patienter<sup>14</sup> i omsorgstandplejen, hvilket således svarer til en udgift til omsorgstandplejen på ca. 72 mio. kroner i 2011. Det vurderes derfor, at de samlede udgifter til omsorgstandplejen kan anslås til at ligge imellem 70 og 80 mio. kr. om året.

<sup>10</sup> Budget- og regnskabssystem for kommuner, Danmarks Statistik

<sup>11</sup> Børge Hede, Følgegruppemedlem DOFT.

<sup>12</sup> [http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id\\_33547/ImageVaultHandler.aspx](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_33547/ImageVaultHandler.aspx)

<sup>13</sup> 6-by nøgletal 2011

<sup>14</sup> Hede, B. og Christensen, L.B.: "Omsorgstandpleje efter kommunalreformen", *Tandlægebladet* 2012, 116, nr. 12, s. 892.

## 4. Generel sundhed og tand- og mundsundhed hos ældre

Befolkningen lever længere, og de ældres generelle sundhedstilstand har betydning for udviklingen i den fremtidige omsorgstandplejes målgruppe. Samtidig kan tand- og mundsundheden hos ældre ikke betragtes isoleret, men skal ses i sammenhæng med helbredet i øvrigt samt menneskers livsvilkår og livstil. Nærværende kapitel beskriver således den generelle sundhed og tand- og mundsundhed hos ældre mennesker.

### Definitioner af ældregruppen

Der findes mange forskellige definitioner af ældregruppen. Den nedre aldersgrænse for gruppen af ældre sættes af og til ved 60 års-alderen. Ældregruppen afgrænses imidlertid hyppigst ved indgangen til pensionsalderen, der 2013 ligger på 65 år. Den samlede gruppe af ældre omfatter således personer i alderen 65 og derover, men det er relevant at skelne mellem "yngre ældre" på 65-74 år og gamle "ældre ældre" (74 år og derover).

Ifølge Danmarks Statistik (6. december 2013) består ældrebefolkningen af 608.108 borgere i alderen 65-74 år<sup>15</sup>, og 412.873 borgere i alderen 74 år og derover. I henhold til Danmarks Statistiks befolkningsprognose forventes andelen af 65-årige eller derover at stige fra de nuværende 16 % af hele befolkningen (2010) til at udgøre 25,0 % i år 2042. Hermed kommer ældregruppen således til at udgøre en stor andel af befolknings-sammensætningen. Konsekvenser heraf er bl.a., at kravene til sundhedsvæsenets forebyggende og behandlende indsats skærpes, og det gælder ligeledes for indsatsen på det sociale område, det kulturelle område, og for den fysiske planlægning. Disse forhold bidrager til at skabe gode rammer og levevilkår for ældrebefolkningen.

### Generel sundhed

Undersøgelser, der omfatter ældre menneskers sundhed og sygelighed<sup>16, 17, 18, 19</sup>, viser generelt, at mennesker i den yngste aldersgruppe (65-74 år) lever sundere, er mindre syge og har bedre helbredsrelateret livskvalitet end mennesker fra den ældste aldersgruppe (75-84 år); kvinder lever som helhed sundere, men er mere syge end mænd og har dårligere helbredsrelateret livskvalitet. Som helhed er helbredstilstanden blandt ældre mennesker imidlertid markant forbedret gennem de seneste år. Sundhedsstyrelsens rapport om ældre-

---

<sup>15</sup> Danmarks Statistik. *Befolkning og valg*. [www.statistikbanken.dk/FOLK1](http://www.statistikbanken.dk/FOLK1)

<sup>16</sup> Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>17</sup> Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønnebæk M. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2006.

<sup>18</sup> Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. *Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København, 2012.

<sup>19</sup> Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen: København, 2011.

befolkningens sundhedstilstand<sup>20</sup> hviler på resultaterne fra en national undersøgelse af Sundhed og Sygelighed i Danmark, 2005<sup>21</sup>, og det fremhæves her, at omkring 70 % af de 65-74 årige oplever at have virkelig godt eller godt helbred; dette gælder for godt 60 % af de 75-84 årige.

Til trods for en positiv vurdering af eget helbred, livskvalitet og førlighed lider mange ældre mennesker af kronisk sygdom, der kan resultere i funktionsbegrænsninger. Godt halvdelen af de 65-84 årige oplyser at have en eller flere langvarige sygdomme<sup>22</sup>. Generelt har større andele af kvinder end mænd langvarig sygdom, og forekomsten stiger med stigende alder<sup>23, 24, 25, 26</sup>. Stofskiftesygdomme, sygdomme i nervesystemet, hjerte-kar sygdomme, åndedrætssygdomme, hudsygdomme, samt muskel og skelet sygdomme er blandt de hyppigste helbredsproblemer. Det fremgår af undersøgelser, at mere end en tredjedel af alle 65-84 årige angiver, at de har forhøjet blodtryk, ca. 10 % er ramt af diabetes, og mellem 10 og 20 procent af alle ældre angiver, at de har eller har haft rygsygdom. Smerter relateret til i muskler og skelet er hos ældre rapporteret til 4 ud af 10 personer<sup>27</sup>. Halvdelen af de 65-84 årige er overvægtige eller svært overvægtige. Overvægt forekommer markant hyppigere blandt mænd end blandt kvinder, mens forskellen mellem mænd og kvinder er mindre udtalt, når det gælder svær overvægt.

Sygdom er ikke fordelt lige i ældrebefolkningen. Befolkningsundersøgelser har dokumenteret en systematisk social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme således, at sygdomsbyrden er tung blandt ældre med kort uddannelse og lav personlig indkomst i forhold til ældre med lang uddannelse og høj indkomst<sup>28, 29</sup>. Langvarige og hæmmende sygdomme er i særlig grad hyppig blandt de socialt og økonomisk dårligt stillede befolkningsgrupper.

### **Aktivitetsbegrænsninger**

De ældres generelle fysiske funktionsniveau er forbedret betydeligt siden slutningen af 1980erne<sup>30</sup>. I henhold til rapporter om ældres sundhed<sup>31, 32</sup> har 81 % mænd mod 66 % kvinder i aldersgruppen 65-74 år en god mo-

---

<sup>20</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>21</sup> Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2006.

<sup>22</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>23</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>24</sup> Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2006.

<sup>25</sup> Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København, 2012.

<sup>26</sup> Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen: København, 2011.

<sup>27</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>28</sup> Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2006.

<sup>29</sup> Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København, 2012.

<sup>30</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

bilitet, mens tallene for 75-84 årige ligger på 64 % for mænd og 44 % for kvinder. Som helhed har 14,6 % af de ældre inden for en 14-dages periode været begrænset i at udføre deres daglige aktiviteter pga. sygdom, skader eller lidelser; 4,5 % har haft kortvarige aktivitetsbegrænsninger, mens 10,1 % har varige aktivitetsbegrænsninger. En større andel blandt kvinder end mænd i alderen 65-74 år har været begrænset i at udføre daglige aktiviteter, mens der i aldersgruppen 75-84 år stort set ikke er forskel i aktivitetsniveau mellem mænd og kvinder<sup>33, 34</sup>.

### Brug af medicin

Undersøgelser har vist, at 71,7 % af de 65-84 årige bruger regelmæssigt eller til stadighed medicin – det være sig receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin<sup>35</sup>. Fire ud af ti ældre har inden for en 14-dages periode brugt blodtryksænkende medicin henholdsvis smertestillende medicin mod muskel- og skeletbesvær og/eller anden form for smertestillende medicin. Endvidere har 6,5 % brugt sovemedicin. For alle former for medicin gælder, at der er større andel brugere blandt kvinder end blandt mænd. Både blandt mænd og kvinder bruger markant større andele af personer med langvarig sygdom regelmæssigt eller til stadighed medicin sammenholdt med personer uden langvarig sygdom.

### Sundhedsadfærd

Sundhedsstyrelsens rapport om ældres sundhedstilstand redegør for sundhedsvaner blandt ældre<sup>36</sup>. Blandt 65 årige og derover er der 29 % mænd og 22 % kvinder, der kan betragtes som dagligrygere. Ca. 10 % er storrygere, dvs. de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Knap en tredjedel af alle ældre har aldrig røget. Alkoholforbruget blandt ældre har vist stigende tendens siden midten af 1990'erne, og det gælder både for mænd og kvinder. Godt en tredjedel af de ældre har inden for det sidste år været til forebyggende helbredsundersøgelse. Knap 80 % af ældre i alderen 65-84 år har fået målt blodtryk, og hved halvdelen har fået målt kolesterol inden for et år.

### Socialt netværk

Generelt har de ældre et godt socialt netværk, idet ni ud af ti 65-84 årige har kontakt med familie, venner eller bekendte dagligt, ugentligt eller månedligt. I tilfælde af sygdom regner syv ud af ti med at kunne få praktisk hjælp fra andre mennesker.

### Orale sygdomme blandt ældre mennesker

Tand- og mundsundheden hos ældre kan ikke betragtes isoleret, men skal ses i sammenhæng med helbredet i øvrigt samt menneskers livsvilkår og livstil. Sygdomme i mundhulen er overvejende kroniske sygdomme, der tit kan være forbundet med smerte eller ubehag. De hyppigste tandsygdomme hos ældre med egne tænder er caries (huller i tænderne) og tandkødsbetændelse/parodontose. Hos mange ældre, der har aftagelig tandprotese, opstår ofte betændelsestilstande i ganen og/eller i tandkødet i forbindelse med brug af protese. Tandtab

---

<sup>31</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>32</sup> Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønnebæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2006.

<sup>33</sup> Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

<sup>34</sup> Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønnebæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. København, 2006.

<sup>35</sup> Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen: København, 2011.

<sup>36</sup> Sundhedsstyrelsen. Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. Sundhedsstyrelsen: København, 2010.

er typisk betinget af en alvorlig cariessituation eller fremskreden paradentose, og tabet af flere eller alle naturlige tænder kan give anledning til oral funktionsnedsættelse med forringet tyggeevne, have sociale konsekvenser og kraftigt forringe livskvaliteten. Cancer i mundhulen inklusive læbecancer manifesterer sig især hos ældre mennesker. Behandlingsmulighederne for denne cancerform er begrænsede, og tilstanden har derfor ofte en dødelig udgang.

### *Caries*

Nationale epidemiologiske data om cariesforekomsten hos ældre i alderen 65-74 år er indsamlet af Tandlægeskolen i København<sup>37</sup>. Undersøgelsen viste, at disse ældre i gennemsnit havde ca. 26 tænder eller 104 tandflader med carieserfaring. Ubehandlet caries hos ældre lå på et beskedent niveau, mens antallet af mistede tænder var højt. Cariesforekomsten var klart højere hos de socialt og økonomisk dårligt stillede end hos de velstillede befolkningsgrupper; ligeså var cariesforekomsten høj blandt ældre, der ikke gik regelmæssigt til tandlæge, i forhold til de ældre, der fulgte regelmæssig tandpleje. Både hos ældre og yngre voksne har cariesforekomsten vist en faldende tendens, når der sammenlignes med en national undersøgelse fra 1981. Den markante positive udvikling for caries hos voksne og ældre mennesker er opnået over en 20 årig periode. Forbedringen er beskrevet både for den samlede sygdomserfaring og for antallet af mistede tænder som følge af caries. En større del af cariesramte tandflader er nu behandlet, og ubehandlet caries ligger på et beskedent niveau<sup>38</sup>.

Cariesforekomsten hos ældre mennesker er tillige belyst i Glostrup-undersøgelsen<sup>39</sup>. I en follow-up-undersøgelse af en gruppe ældre blev caries registreret ved alderen 70, 75, 80 og 85 år. Hos disse ældre lå cariesniveauet højt på alle alderstrin; de 85 årige havde i gennemsnit 136 tandflader med caries, og næsten 80 % havde mindst én tandflade med aktiv caries (tandkrone eller rod). Den sociale ulighed i cariesforekomst blev også bekræftet i denne undersøgelse. En undersøgelse af patienter visiteret til omsorgstandpleje viste at 57 % havde en eller flere tandflader med ubehandlet caries.<sup>40</sup>

### *Tandkødssygdomme*

I den nationale epidemiologiske undersøgelse af tandsundhed hos voksne indgik også en registrering af tandkød/paradentose<sup>41</sup>. Den parodontale tilstand hos ældre mennesker i Danmark er ganske alvorlig. Ifølge undersøgelsen havde 93 % af de 65-74 årige tandkødsbetændelse, og 20 % af de ældre havde tegn på fremskreden paradentose, der er en trussel for tandtab. Der var kun beskedne forskelle i tandkødssygdomme efter social status og tandplejevaner.

### *Tandtab*

Tandtab bruges ofte som indikator for tandsygdomme og til national overvågning af tandsundheden. En serie af undersøgelser af voksnes tandstatus er foretaget af Tandlægeskolen i København i samarbejde mellem

---

<sup>37</sup> Krstrup 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; 24: 225-232.

<sup>38</sup> Krstrup 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; 24: 225-232.

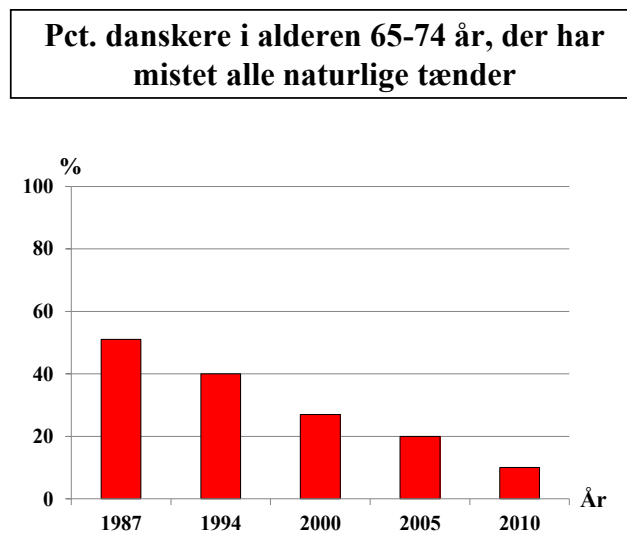
<sup>39</sup> Krstrup U, Holm-Pedersen P, Petersen PE, Lund R, Avlund K. The overtime effect of social position on dental caries experience in a group of old-aged Danes born in 1914. *J Public Health Dent* 2008; 68: 46-52

<sup>40</sup> Christensen LB, Hede B, Nielsen E. [A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark.](#) *Gerodontology* 2012;29 (2):1-9.

<sup>41</sup> Krstrup U, Petersen PE. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-year-old adults in Denmark. *Acta Odontol Scand* 2006; 64: 65-73.

Statens Institut for Folkesundhed<sup>42, 43, 44</sup>. Overvågningen af befolkningens tandstatus er baseret på selvrappor-  
tering, hvorved svarpersonerne oplyser om antallet af tilstedeværende naturlige tænder, dvs. 0 tænder (tand-  
løse), 1-9 tænder, 10-19 tænder, og 20 eller flere tænder. Tyve eller flere egne tænder anses for at være et  
funktionelt naturligt tandsæt.

**Fig. 1-4** illustrerer udviklingen i ældrebefolkningens tandstatus ud fra resultaterne af disse befolkningsunder-  
søgelser i perioden 1987 til 2010<sup>45</sup>. Det fremgår af **Fig. 1**, at halvdelen af 65-74 årige var tandløse i 1987, og  
at dette tal faldt til 10 % i år 2010:



**Fig. 1** Den procentvise andel af danskere i alderen 65-74 år, der har mistet alle naturlige tænder, i relation til årstal for under-  
søgelsen<sup>46</sup>.

<sup>42</sup> Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, Syddanske Universitet. København, 2012.

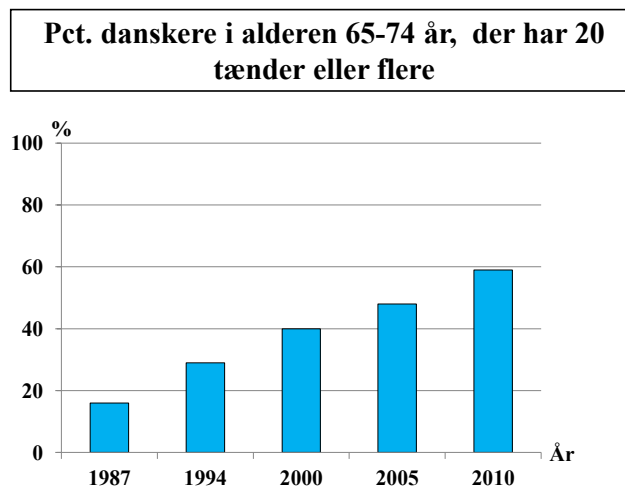
<sup>43</sup> Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krustrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent* 2004; 64: 127-35.

<sup>44</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

<sup>45</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

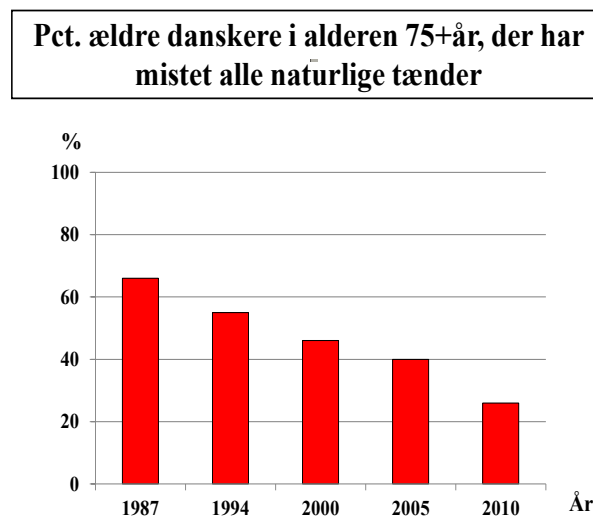
<sup>46</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

**Fig. 2** viser, at godt 15 % af personer i denne alder i 1987 havde 20 tænder eller flere, og at dette tal steg til 60 % i år 2010:



**Fig. 2** Den procentvise andel af 65-74 årige danskere, der har 20 eller flere tænder, i relation til årstal for undersøgelsen<sup>47</sup>.

For aldersgruppen på 75 år og derover har der været et tilsvarende forløb med reduktion i forekomst af tandløshed til ca. 25 % i år 2010 (**Fig. 3**) og en vækst i andelen af ældre danskere med mindst 20 tænder til niveauet 35 % i år 2010 (**Fig. 4**). De viste tal indikerer en generel forbedring i ældres tandstatus, men undersøgelsen viste også en markant social ulighed i tandstatus.

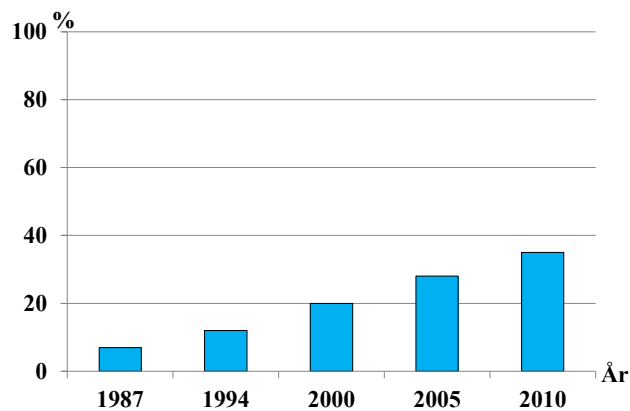


**Fig. 3** Den procentvise andel af danskere i alderen 75 år og derover, der har mistet alle naturlige tænder, i relation til årstal for undersøgelsen<sup>48</sup>.

<sup>47</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

<sup>48</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

**Pct. ældre danskere i alderen 75+ år, der har 20 tænder eller flere**



**Fig. 4** Den procentvise andel af danskere i alderen 75 år og derover, der har 20 tænder eller flere, i relation til årstal for undersøgelsen<sup>49</sup>.

#### Tandlægebesøg

Parallelt med den gunstige udvikling i tandstatus i voksenbefolkningen har tidsseriedata bidraget til at afdække en positiv udvikling i befolkningens tandlægebesøg<sup>50</sup>.

**Fig. 5-6** illustrerer denne udvikling hos yngre ældre og ældre-ældre. En tredjedel af 65-74 årige havde regelmæssige forebyggende tandlægebesøg i 1987, og det har jævnt stigit mod de nu tre fjerdedele i år 2010. For personer i alderen 75 år og derover lå andelen af ældre med regelmæssige tandlægebesøg i 1987 ligeså på en tredjedel, og hyppigheden er siden vokset til halvdelen af disse ældre.

<sup>49</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

<sup>50</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O. National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013



## Regelmæssige tandlægebesøg

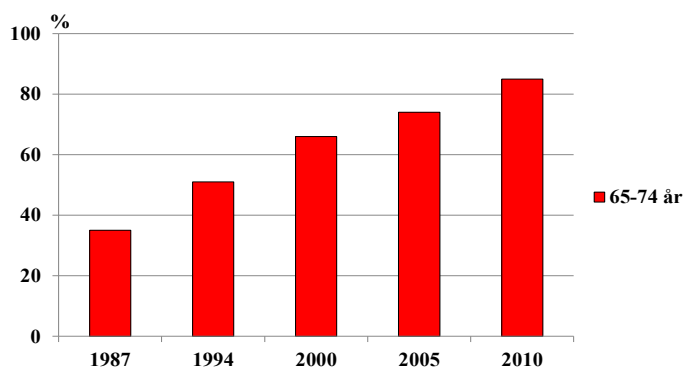


Fig. 5 Den procentvise andel af danskere i alderen 65-74 år med regelmæssige tandlægebesøg, i relation til årstal for undersøgelsen

## Regelmæssige tandlægebesøg

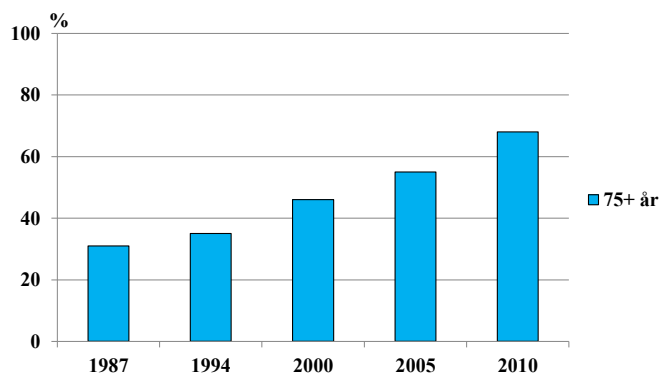


Fig. 6 Den procentvise andel af danskere i alderen 75 år og derover med regelmæssige tandlægebesøg, i relation til årstal for undersøgelsen<sup>51</sup>.

### Ældre med funktionsnedsættelse

Tandstatus hos ældre og deres tandlægebesøg har vist sig at hænge sammen med generel funktionsnedsættelse. Således viste en undersøgelse af ældre i alderen 75-80 år<sup>52</sup>, at helt eller delvist tandtab og nedsat tyggefunktion var relateret til generel funktionsnedsættelse, - målt ved kronisk træthed og behov for hjælp pga.

<sup>51</sup> Petersen PE, Jürgensen N, Ekholm O.: National surveillance of oral health 1987-2010 – dentate status links with chronic disease. University of Copenhagen, Centre for Health and Society. Copenhagen, 2013

<sup>52</sup> 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; 49: 954-62

nedsat mobilitet eller førighed. Ligeså pegede denne undersøgelse på, at ældre med generel funktionsnedsættelse havde høj risiko for "drop-out" af regelmæssig tandpleje. Dette billede er vist i andre lignende follow-up-undersøgelser<sup>53, 54</sup>, hvor tandløshed var relativ hyppig hos ældre mennesker med kronisk træthedsfølelse. Både caries og paradentose har været undersøgt hos ældre, der lider af Alzheimer's sygdom (AD) og demens. Rod-caries var hyppigt forekommende i en gruppe af ældre med nylig diagnosticeret AD<sup>55</sup>; risikoen for at have ubehandlet rod caries var forøget, såfremt de ældre også havde mange tænder med krone caries. Andre undersøgelser fandt høj risiko for at udvikle krone og rod-caries hos en gruppe ældre mennesker med demens<sup>56, 57</sup>. På basis af data fra Glostrup-undersøgelsen blev der endelig konstateret en sammenhæng mellem paradentose og kognitiv dysfunktion<sup>58</sup>.

### Sammenhæng tandsundhed- mundsundhed- generelt helbred

Sygdom i tænder og mund er igennem generationer blevet betragtet som isolerede helbredsproblemer. Mundhulen er imidlertid en integreret del af kroppen, og ligesom almene sygdomme kan tand- og mundsygdomme give anledning til begrænset funktion og livskvalitet for det enkelte menneske<sup>59</sup>. Mange mennesker kender til, hvordan smerte og ubehag fra tænder eller mund kan få negative konsekvenser for almindelig livsførelse i en sådan grad, at det er vanskeligt at passe arbejde. Tand- og mundsundhed er også afgørende for nogle af de vigtigste livsfunktioner såsom fødeindtagelse, psykisk velbefindende og social kontakt, og det gælder naturligvis også for ældre mennesker, især de, der har dårligt alment helbred og har svært ved at klare sig selv.

Sammenhængen mellem tand- og mundsygdomme, almene kroniske sygdomme og livskvalitet kan vise sig på flere måder hos ældre mennesker<sup>60</sup>. Nedenstående er givet fem eksempler:

- Som omtalt tidligere er diabetes en hyppig kronisk sygdom hos ældre mennesker. Undersøgelser har vist, at personer med diabetes har forøget risiko for at få paradentose<sup>61, 62, 63</sup>. Omvendt gælder det for personer med insulinkrævende diabetes og paradentose, at diabetes kan bringes under kontrol, såfremt paradentosen behandles. Det er derfor vigtigt, at personer, der lider af diabetes, er omfattet af regelmæssig tandpleje.

---

<sup>53</sup> Avlund K, Schultz-Larsen K, Christiansen N, Holm-Pedersen P. Number of teeth and fatigue in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1459-64

<sup>54</sup> Holm-Pedersen P, Schultz-Larsen K, Christiansen N, Avlund K. Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 429-35

<sup>55</sup> Ellefsen BS, Morse DE, Waldemar G, Holm-Pedersen P. Indicators for root caries in Danish persons with recently diagnosed disease. *Gerodontology* 2012; 29: 194-202

<sup>56</sup> 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

<sup>57</sup> 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; 140: 1392-400

<sup>58</sup> Kamer AR, Morse DE, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Periodontal inflammation in relation to cognitive function in an older adult Danish population. *J Alzheimer's Dis* 2012; 28: 613-24.

<sup>59</sup> Petersen PE. Folkesundhed - folkesygdomme. Tandsundhed (pp 185-194). I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.). Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

<sup>60</sup> Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28: 224-36.

<sup>61</sup> Preshaw PM. Periodontal disease and diabetes. *J Dent Res* 2009; 37: S575-7.

<sup>62</sup> 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; 7:107-27

<sup>63</sup> Grauballe M, Rydnert J, Clausen LG, Holmstrup P, Flyvbjerg A, Schou S. Metabolisk syndrom, diabetes mellitus og disse tilstandes betydning for mundhulen. *Tandlægebladet* 2012; 116:96-104

- Undersøgelser peger på sammenhæng mellem paradentose og hjerte-kar-sygdomme<sup>64, 65</sup> samt paradentose og lungebetændelse<sup>66</sup>. Dette kan skyldes biologiske mekanismer, men også at disse sygdomme har fælles årsagsfaktorer, f.eks. brug af tobak. Det er derfor vigtigt, at personer, der er ramt af kroniske sygdomme, er omfattet af regelmæssig tandpleje, har god mundhygiejne og undgår brugen af tobak.
- Tobaksforbrug og højt forbrug af alkohol er primære årsager til mundhulekræft<sup>67</sup>. Det er vigtigt, at personer med negativ sundhedsadfærd er omfattet af regelmæssig tandpleje, hvorved mundhulekræft eller forstadier hertil kan forebygges, og hvis ikke da diagnosticeres så tidligt som muligt. Ikke alene mundhulekræft men også andre kræftformer hos ældre kan samtidig forebygges.
- Tandtab hos ældre har ofte negativ konsekvens for kost og ernæring<sup>68</sup>. Ældre mennesker med alvorligt tandtab vælger fødeemner, der er nemme at bide i eller tygge. Det kan således være svært at opnå en varieret eller balanceret kost, og de ældres ernæringstilstand kan dermed forringes. En sukkerholdig kost vil samtidig også virke fremmende på udviklingen af caries<sup>69</sup>.
- Som anført tidligere, har ældre mennesker, der lider af kroniske sygdomme og som ofte lever med kroniske smerter, også ofte et højt forbrug af medicin. Bivirkninger af et højt medicinforbrug kan f.eks. være kronisk nedsat spytksekretion, der påvirker smagssansen, spisning, synkning og tale<sup>70, 71</sup>. Nedsat spytksekretion *kan* samtidig - om end i varierende grad - være en af årsagerne til øget risiko for caries, hvorfor individuelt tilpasset forebyggelse og behandling for denne gruppe er særlig relevant.

### **Fremtidig indsats for fremme af tand- og mundsundheden hos brugere af omsorgstandpleje**

Der foreligger ikke nationale oplysninger om tand- og mundsundheden hos omsorgstandplejens klienter, og dette vanskeliggør mulighederne for præcist at vurdere et fremtidigt behov for tandpleje. Traditionelt har tand-sundheden været dårlig for ældrebefolkningen som helhed, og specielt for personer berettiget til omsorgs-tandpleje. Tandstatus-profilen hos ældre mennesker i Danmark er som omtalt forbedret markant i løbet af de sidste årtier, idet tandløshed er på retur og flere ældre bevarer et funktionelt tandsæt. En positiv udvikling generelt er også konstateret i forekomsten af caries, mens situationen antageligt er uforandret, hvad angår parodontale sygdomme. Forekomsten af parodontale sygdomme ventes at være massivt udbredt blandt ældre og i særlig grad blandt klienter for omsorgstandpleje<sup>72</sup>. Dette til trods for, at langt flere ældre mennesker igennem de seneste år har fulgt regelmæssige forebyggende tandlægebesøg. Den store udbredelse af tandkødssygdomme og paradentose må ses i lyset af, at mange i ældregenerationen har været regelmæssige brugere af tobak, de ældre har ikke haft fokus på betydningen af gode mundhygiejnevaner som yngre voksne, mange ældre mennesker lider af kroniske almensygdomme.

<sup>64</sup> 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; 28: 2386-93.

<sup>65</sup> Buhlin K, Gustafsson A, Hakansson J, Klinge B. Oral health and cardiovascular disease in Sweden. *J Clin Periodontol* 2002; 29:254-9.

<sup>66</sup> Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol* 2006; 77: 1465-82.

<sup>67</sup> 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/mundhulekræft/>. Accessed 1. dec. 2013.

<sup>68</sup> Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. Numbers of natural teeth, diet, and nutritional status in US adults. *J Dent Res* 2007;86:1171-5

<sup>69</sup> Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr* 2004; 7(1A): 201-26.

<sup>70</sup> Føhns CL, Pedersen AML, Andersen SE. Medicin og mundtørhed. *Månedsskrift for almen praksis* 2012: 835-846.

<sup>71</sup> Jensen SB, Dynesen AW, Pedersen AML. Xerostomi og nedsat spytksekretion: demografi ske aspekter og årsager. *Tandlægebladet* 2011;115:366-73

<sup>72</sup> Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care programme for persons with disability. *Acta Odontol Scand* 2005; 63: 278-83.

Det ændrede sygdomsmønster for personer visiteret til omsorgstandpleje vil kræve en reorientering af tilbudet om omsorgstandpleje. Der må forventes, at en forbedring af tandstatus også er indtrådt for klienter under omsorgstandpleje, og dette vil have betydning for tandplejens opgaveprofil. Opgaven ved omsorgstandplejens introduktion var fokuseret på at få kontrol med sygdom og symptomer hos datidens mange tandløse ældre. Arbejdet var her koncentreret omkring justering eller nyfremstilling af aftagelige tandproteser og forbedring af mundhygiejnen hos ældre med dårligt helbred og funktionsnedsættelse. Hos nogle omsorgstandplejepatienter kan en sådan indsats endnu være påkrævet, men det fremtidige tandplejebestand for en stor del af omsorgstandplejepatienter vil i højere grad være centreret om forebyggende samt reparativ og vedligeholdende tandpleje. Generelt tilhører de nuværende ældre - og ældre i den nære fremtid - den såkaldte "fyldnings-generation", og denne personkreds vil i særlig grad have behov for reparativ tandpleje med udskiftning af eksisterende tandfyldninger. Afhængig af resttandsættet kan der være behov for behandling med fast protetik i form af tandkroner eller broer. Denne udvikling mod behov for reparativ tandpleje må også forventes at være gældende for klienter i omsorgstandplejen. Et komplekst sygdomsbillede i mundhulen vil afspejle en dårlig helbredssituation, manifestationer af kroniske sygdomme og medicinering. Udvidet diagnostik og efterfølgende tandbehandling kan således være krævende både for den ældre og behandleren. Regelmæssige tandlægebesøg er desuden vigtige for afklaring af eventuelle implikationer af et dårligt alment helbred og sygdomme i tænder og mundhule.

En indsats for bedre sundhed gennem omsorgstandpleje må imidlertid vægte det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde højt. Metoder i forebyggelsen, der anvendes i kommunal tandpleje i øvrigt, kan være hensigtsmæssige for at sikre et vist niveau af egen omsorg. Ud over at forebygge tand- og mundsygdomme gennem en god mundhygiejne, vil det have betydning for forebyggelsen af en mangelfuld diabeteskontrol og forebyggelsen af kroniske betændelsessygdomme som f.eks. lungebetændelse. Det må sikres, at de ældre anvender en effektiv fluortandpasta for kontrol af caries, og at anden relevant fluor anvendelse vurderes ved regelmæssige tandlægebesøg. Indtagelse af sund kost for en god ernæringstilstand – både i hjemmet og på plejehjem –, fravalg af søde sager inklusiv kager og saftvand, samt rygestop er nogle af hjørnestenene i sygdomsforebyggelsen, sikringen af en god almentilstand og bevarelsen af livskvaliteten hos ældre mennesker.

## 5. Hvor stor en del af målgruppen benytter omsorgstandplejetilbuddet?

### Indskrevne i omsorgstandplejen

Sundhedsstyrelsen anslog i 1994, som nævnt tidligere, at den samlede personkreds, der var omfattet af omsorgstandplejetilbuddet, var ca. 100.000 personer på landsplan, hvoraf det blev vurderet, at kun ca. 60 % af målgruppen ville anvende tilbuddet. Forventningen var således, at ca. 60.000 personer ville benytte ordningen. Hertil kom gruppen af udviklingshæmmede og sindslidende voksne borgere estimeret til ca. 3.500 personer<sup>73</sup>.

Danmarks Statistik indsamler årligt via de sociale ressourceopgørelser information om det antal personer, der årligt modtager omsorgstandpleje på offentlige klinikker og hos praktiserende tandlæger<sup>74</sup>. Den samlede opgørelse for hele landet ses af tabel og figur nedenfor. Antallet af personer, der var visiteret til omsorgstandpleje er gradvist stigende fra 20.624 i 1996 til 29.636 i 2003. Fra 2005 sker der derefter et fald fra 29.728 til 23.929 i 2012.

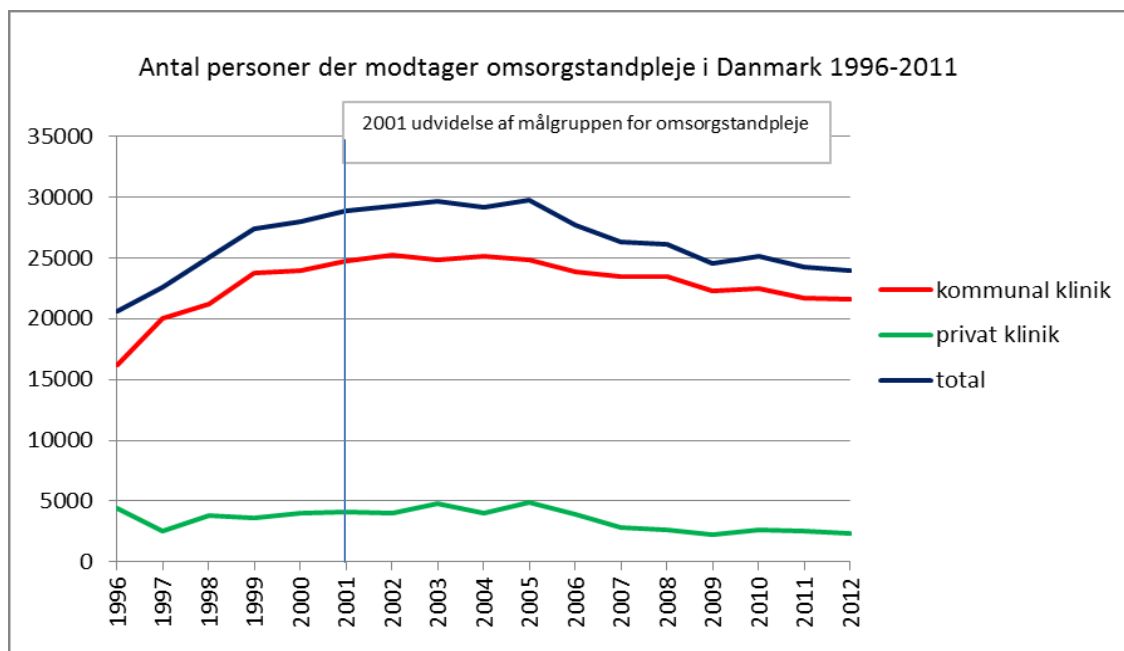


Fig. 7 Antal indskrevne i omsorgstandplejen i perioden 1996-2012, Danmarks Statistik.

<sup>73</sup> Sundhedsstyrelsens retningslinjer for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje, vejledning nr. 11855 af 29. marts 2001.

<sup>74</sup> Den Sociale Ressourceopgørelse, Blanket 77, Danmarks Statistik.

**Tabel 2.** Antal indskrevne i omsorgstandplejen i perioden 1996-2012. Danmarks Statistik.

År	Kommunal klinik	Privat tandlæge	Antal indskrevne
1996	16.229	4.395	20.624
1997	20.063	2.529	22.592
1998	21.256	3.802	25.058
1999	23.757	3.605	27.362
2000	23.994	3.999	27.993
2001	24.771	4.109	28.880
2002	25.243	4.040	29.283
2003	24.834	4.802	29.636
2004	25.189	3.977	29.166
2005	24.809	4.919	29.728
2006	23.819	3.891	27.710
2007	23.514	2.842	26.356
2008	23.501	2.622	26.123
2009	22.307	2.216	24.523
2010	22.499	2.631	25.130
2011	21.690	2.521	24.211
2012	21.558	2.371	23.929

\*Ballerup kommune har ved indberetning til Danmarks Statistik foretaget en fejlindberetning vedr. antal indskrevne på kommunal klinik i perioden 1996-2011. Ballerup kommune har oplyst at der er 324 omsorgstandpleje patienter på kommunal i 2012, ovenstående tal er korrigeret herfor idet det er estimeret at dette er gældende for Ballerup kommune i hele tidsperioden 1996-2011.

Vurderingen af antallet af borgere, der modtager omsorgstandpleje bør foretages i forhold til nuværende opgørelser/estimer over personer med kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap og hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner eller egentlig pleje.

### **Borgere i særligt indrettede pleje- og ældreboliger**

Personer med kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap og hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner vil ofte være bosiddende i særligt indrettede pleje- og ældreboliger. Plejehjemsboliger og beskyttede boliger er oprettet efter den sociale lovgivning, hvor plejeboliger og almene ældreboliger er oprettet efter loven om almene boliger.

Ifølge Danmarks Statistik var der i alt 86.197 pleje- og ældreboliger i 2012<sup>75</sup>. Disse var fordelt som:

- 6.907 plejehjemsboliger på ældreinstitutioner, hvor der er fast tilknyttet personale og serviceareal.
- 1.313 beskyttede boliger der ligeledes findes på ældreinstitutioner. Der er fast tilknyttet personale og serviceareal til nogle beskyttede boliger, mens der i andre er etableret nødkald mv.
- 37.527 plejeboliger til ældre, 5.648 plejeboliger til handicappede der er ældreboliger, hvor der er fast tilknyttet personale og serviceareal. Plejeboliger kan siges at være afløseren for plejehjem.
- 34.686 almene ældreboliger til ældre og 1.621 almene ældreboliger til handicappede der er indrettet, så de er egnede som bolig for ældre og handicappede, men der er ikke tilknyttet personale og serviceareal.
- 495 friplejeboliger er udlejningsboliger for personer med omfattende behov for service og pleje. Friplejeboliger har tilknyttet personale og serviceareal og er udenfor den kommunale boligforsyning.

<sup>75</sup> Danmarks Statistik. Pleje- og ældreboliger 2012.

Hvis det antages, at beboere i plejehjemsboliger, beskyttede boliger, plejeboliger og friplejeboliger hører ind under målgruppen for omsorgstandpleje udgør disse i alt 51.395 borgere<sup>76</sup>. Herudover antages det at en mindre del af beboere (ca. 3.500 eller ca. 10 %) i almene ældreboliger vil kunne karakteriseres som målgruppe for omsorgstandpleje. Hertil kommer ikke selvhjulpne personer, der bor i eget hjem. Det er vanskeligt at vurdere hvor stor andel af disse, der vil være omfattet af omsorgstandplejen, men et parameter kan være omfanget af timer, de enkelte borgere, der bor i egen bolig, modtager hjemmehjælp:

Hjemmehjælpsmodtagere over 67 år <sup>77</sup> , 2012	4 timer eller mere	Heraf 8 timer eller mere
Modtagere i alt	29.011	13.855
- heraf udelukkende personlig pleje	3.686	1.768
- heraf udelukkende praktisk hjælp	66	9
- heraf både personlig pleje og praktisk hjælp	25.259	12.079

Hertil kommer hjemmehjælpsmodtagere i eget hjem under 67 år:

Hjemmehjælpsmodtagere under 67 år <sup>78</sup> , 2012	4 timer eller mere	Heraf 8 timer eller mere
Modtagere i alt	4.974	2.649
- heraf udelukkende personlig pleje	1.064	623
- heraf udelukkende praktisk hjælp	29	8
- heraf både personlig pleje og praktisk hjælp	3.882	2.019

Anvendes denne opgørelsesmetode, vil der således være ca. 25.000 personer over 67 år og ca. 3.900 personer under 67 år i eget hjem, der kan vurderes som omfattet af omsorgstandplejen, hvis vurderingen foretages med udgangspunkt i, at 4 timer hjemmehjælp svarer til et funktionsniveau, hvor det vil være vanskeligt at anvende almindelige tandplejetilbud. Vurderes ud fra 8 timer, vil antallet være henholdsvis ca. 12.000 personer over 67 år og 2.000 personer under 67 år.

Hvis det antages, at ca. 75 % (estimat på baggrund af opgørelser over regelmæssige tandlægebesøg i figur 5 og 6) af beboere i pleje- og almene ældreboliger (51.395 og 3.500) og ikke selvhjulpne borgere i eget hjem (25.259 over 67 år og 3.882 under 67 år) vil tilslutte sig omsorgstandplejen, vil dette svare til en *potentiel* målgruppe på op til 63.000 personer. Ud fra dette estimat vil der være op mod 39.000 (62 %) færre personer i omsorgstandplejen end forventet. Er andelen, der kan forventes at tilslutte sig omsorgstandplejen fortsat ca. 60 % som tidligere estimeret, er tallet dog noget lavere – ca. 26.500 personer - eller 53 % - færre i ordningen end forventet. I det, det må antages, at en del af de personer, der modtager hjemmehjælp 4 timer om ugen, fortsat kan anvende et almindeligt tandplejetilbud, skal det dog bemærkes, at målgruppens *reelle størrelse sandsynligvis er væsentligt mindre end estimeret ovenfor*. Dette kan være en afgørende forklaring på, at tilslutningsandelen er lavere end oprindeligt forventet. Andre årsager til, at tilslutningsandelen er lavere end forventet kan f.eks. være ønsket om at beholde egen tandlæge eller tandløshed med oplevelsen af, at der ikke er behov for tandpleje. Denne sidste gruppe er, som det fremgår af figur 1 og 3, i den seneste årrække blevet mindre, men alligevel var der i 2010 dog stadig ca. 10 % af de 65-74-årige og ca. 25 % af de +75-årige, der var tandløse. Endeligt kan en del personer i gruppen af personer under 67 år, der modtager hjemmehjælp, allerede være medtaget i gruppen af beboere i almene ældreboliger.

<sup>76</sup> I det det samtidig antages, at hver bolig i gennemsnit repræsenterer én person i målgruppen.

<sup>77</sup> Danmarks Statistik, AED023, [www.dst.dk](http://www.dst.dk)

<sup>78</sup> Danmarks Statistik, AED023, [www.dst.dk](http://www.dst.dk)

# 6. Udfordringer ved visitationen til omsorgstandplejen

Der er, som beskrevet i kapitel 3, forskellige måder at blive visiteret ind i omsorgstandplejen på. Da visitationen til omsorgstandplejen er en forudsætning for omsorgstandplejens udbredelse og anvendelse, er det relevant at se på de udfordringer, der kan være i forbindelse med visitation til omsorgstandplejen samt omfanget og konsekvenserne af disse.

## Visitation i kommunerne, udfordringer

Visitation til omsorgstandpleje adskiller sig fra andre tandplejetilbud ved, at visitation af borgeren til tandplejetilbuddet, som det også fremgår af kapitel 3, er henlagt til kommunale visitatorer. Borgeren kan således ikke henvises fra egen tandlæge, læge, speciallæge eller hospital til ordningen eller på eget eller pårørendes initiativ ansøge om at blive tilsluttet ordningen. Målgruppen for omsorgstandpleje er således afhængig af, at kommunale visitatorer identificerer, at borgeren falder indenfor målgruppen for omsorgstandpleje og kan have behov for et sådan tandplejetilbud. Det er her afgørende, at visitator har kendskab til kriterierne for ordningen, - også i forhold til, at visitator kan skelne mellem omsorgstandplejen og ordningen om specialtandpleje, som er et særskilt specialiseret tandplejetilbud til *sindslidende, psykisk udviklingshæmmede* m.fl., som ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller i omsorgstandplejen. Dette kan vanskeliggøres af, at disse to ordninger i flere kommuner administreres fælles, jf., som det også fremgår af kapitel 3, at udgifterne for de to ordninger opgøres samlet.

Den manglende henvisningsmulighed fra f.eks. praktiserende tandlæge til omsorgstandplejen kan medføre, at personer med tiltagende nedsat førlighed og fysisk eller psykisk handicap falder ud af tandplejesystemet med risiko for at udvikling af store skader på et ellers velbevaret tandsæt. Med henblik på at opfylde omsorgstandplejens målsætning om gennem opsøgende, regelmæssige undersøgelser, forebyggende foranstaltninger og behandlinger at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel er det således centralt, at visitation til omsorgstandpleje finder sted så tidligt som muligt ved begyndende funktionstab således, at der undgås skader på et ellers vedligeholdt tandsæt hos den enkelte. Målgruppen for omsorgstandplejen er herudover en patientgruppe, der vanskeligt kan erkende eller give udtryk for eget behov for tandpleje. Det er således helt centralt, at de kommunale visitatorer til omsorgstandpleje kender til tandplejetilbuddet og har de fornødne kompetencer til at identificere, at borgeren falder indenfor målgruppen og kan have et aktuelt behov for tandpleje. Undersøgelser har påpeget, at sygeplejerskers og plejepersonalets egen viden og holdning til tandpleje påvirker den hjælp og støtte, der ydes omsorgsklienten med hensyn til tandpleje og mundhygiejne herunder behov for tandlægebesøg<sup>79</sup>.

En systematisk undersøgelse fra 2005 har vist, at der i kommunerne var ca. 20 forskellige personalekategorier som f.eks. sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, administrativt personale, ergoterapeuter, hjemmehjælpere, tandlæger, socialpædagoger, der er involveret i visitation af patienter til omsorgstandpleje. I hovedparten af kommunerne var flere forskellige personalekategorier samtidigt ansvarlige for visi-

---

<sup>79</sup> Christensen LB, hede B, Petersen PE. Omsorgstandpleje i Danmark. *Tandlægenes Nye tidsskrift* 8, 20, 2005.



tation. De hyppigste var dog visiterende sygeplejersker (60 %) og sygeplejersker i plejehjemsboliger (34 %) og hjemmesygeplejersker (32 %), social- og sundhedsassistenter (9 %) og socialrådgivere (4 %). Enkelte kommuner oplyste at visitationen blev foretaget af administrativt personale i forvaltningen og/eller af tandlæger. Hovedparten af kommunerne angav at have faste visitationsprocedurer (85 %) og faste skriftlige visitationsprocedurer (64 %). Dette var dog hyppigere forekommende i de større kommuner end de mindre kommuner<sup>80</sup>. Der findes ikke oplysninger om hvordan det sikres, at kommunale visitatorer har den fornødne viden samt de kvalifikationer der kræves for at identificere, at en person falder inden for målgruppen af omsorgstandpleje. Kommunen har pligt til at oplyse om hvordan kommunen har tilrettelagt omsorgstandplejen<sup>81</sup>. Der findes ikke en systematisk undersøgelse af hvordan kommunerne vælger at oplyse om, hvorledes kommunerne har tilrettelagt omsorgstandplejen. Det er dog Sundhedsstyrelsens indtryk, at de fleste kommuner overvejende oplyser om omsorgstandplejens tilrettelæggelse via kommunens egen hjemmeside, og at kommunerne ikke er opsøgende i sin information til relevante borgere om tilbuddet.

Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på plejehjem og i plejeboliger<sup>82</sup>. Formålet med tilsynet er at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de svage ældre. Ved tilsynet undersøger embedslæger, hvorvidt beboernes behov for adgang til omsorgstandpleje tilgodeses, bl.a. ved en vurdering af, hvordan samarbejdet med omsorgstandplejen fungerer, herunder om beboerne anvender tilbuddet ved behov<sup>83</sup>. Patienter kan klage til patientombuddet vedr. kommunernes afgørelser i forbindelse med visitation til omsorgstandpleje.

---

<sup>80</sup> Christensen LB, hede B, Petersen PE. Omsorgstandpleje i Danmark. *Tandlægernes Nye tidsskrift* 8, 20, 2005. Er suppleret med dataudskrifter fra Børge Hede.

<sup>81</sup> Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012, § 10, Stk.2.

<sup>82</sup> Bekendtgørelse af sundhedsloven nr. 913 af 13. juli 2010 § 219.

<sup>83</sup> Sundhedsstyrelsen. *Landsrapporter om plejehjemstilsyn, 2012.*

# 7. Tilrettelæggelse af omsorgs- tandplejen

Størstedelen af omsorgstandplejens brugere er plejehjembeboere og ikke selv-hjulpne ældre i eget hjem, som er svage og funktionshæmmede og nær afslutningen af livet. I Københavns Kommune er en omsorgstandplejepatient gennemsnitligt 4 år i ordningen fra ind-visitation til livsafslutning.<sup>84</sup>

I Sundhedsstyrelsens vejledning er det anført, at omsorgstandplejen gennem opsøgende regelmæssige undersøgelser, forebyggende foranstaltninger og behandlinger skal medvirke til at fremme den enkeltes samlede sundhed og trivsel. Tandplejebehovet hos målgruppen er overvejende af henholdende eller palliativ karakter, og det dækkes som regel af de ydelser, der i øvrigt er dækket af helbredstillæg i pensionslovgivningen (dvs. aftagelig protetik/ydelser, til hvilke der gives offentligt tilskud i privat tandlægepraksis). Tandplejetilbuddet skal baseres på et realistisk behandlingsbehov<sup>85</sup>. Det vil sige, at der i forbindelse med tandplejetilbuddet skal foretages et kvalificeret skøn over behovet for tandpleje under hensyntagen til patientens alder og almentilstand, objektive behov samt subjektive behov og ønsker, således at de foranstaltninger, der tilbydes, medvirker til at opretholde/forbedre patientens livskvalitet både i fysisk og psykisk henseende. Hvor patientens almentilstand begrænser mulighederne for intervention eller vanskeliggør gennemførelsen af denne, har den tandlægelige indsats først og fremmest til hensigt at holde patienten fri for patologiske tilstande, der kan forvolde smerter og andre gener.

Den almindelige omsorgspligt tilsiger, at fordelene ved behandlingen klart skal overstige ulemperne ved den eller ulemperne ved slet ikke at behandle. Omsorgstandplejens faglige elementer skal opfattes som et samlet tandplejetilbud, og der skal sikres en kontinuitet mellem de forskellige elementer, eksempelvis de forebyggende og de behandlende<sup>86</sup>.

## Omsorgstandpleje, forebyggelse

Størstedelen af omsorgstandplejens patienter er beboere i pleje- og ældreboliger samt ikke-selv-hjulpne ældre i eget hjem. Fælles for disse personer er, at de er afhængige af andres hjælp til den personlige hygiejne, herunder mundhygiejne. Erfaring viser, at mange af omsorgstandplejens patienter har dårlig mundhygiejne hvilket indikerer, at plejepersonalet ikke bidrager med den nødvendige hjælp til daglige mundpleje i tilstrækkelig grad. En igangværende systematisk undersøgelse, udført i omsorgstandplejen i Københavns Kommune, har ved klinisk undersøgelse af 600 plejehjemsbeboere fundet, at ca. 80 % havde en uacceptabel protesehygiejne, 72 % havde en uacceptabel ansamling af bakteriebelægninger på tænderne og hovedparten (76 %) af de ældre havde tandkødsbetændelse, hvilket er et udtryk for utilstrækkelig mundhygiejne gennem en periode.<sup>87</sup>

---

<sup>84</sup> Personlig kommentar Overlæge Børge Hede, følgegruppe for serviceeftersyn for omsorgstandpleje.

<sup>85</sup> Sundhedsstyrelsen vejledning vedr. omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, 2006.

<sup>86</sup> Sundhedsstyrelsen vejledning vedr. omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, 2006.

<sup>87</sup> Kilde: Hede B, Omsorgstandplejen Københavns kommune, 2013.

I Sundhedsstyrelsens tilsyn med de sundhedsmæssige forhold på plejehjem og i plejeboliger er tand- og mundpleje af patienterne ikke en del af de målepunkter, som finder anvendelse ved tilsynet. Det vurderes ved tilsynet, hvordan samarbejdet med omsorgstandplejen generelt fungerer, ligesom det ved gennemgang af beboernes sygeplejefaglige optegnelser (stikprøver) kan ses, hvorvidt beboeren er tilmeldt til og benytter omsorgstandpleje.

Dårlig mundhygiejne kan medføre udvikling af tandsygdomme og nedsat livskvalitet, men har også direkte betydning for den almene sundhedstilstand. Det er påvist, at dårlig mundhygiejne hos svækkede patienter kan medføre aspirationspneumoni, ligesom der er påvist sammenhænge mellem parodontale infektionstilstande og diabetes og hjerte-karsygdomme. Ældre, der er funktionshæmmede indtager endvidere ofte flere typer medicin, der kan medføre mundtørhed som en betydelig risikofaktor for udvikling af caries og som nødvendigvis kræver en god mundhygiejne med henblik på at forebygge sygdomsudvikling.

Omsorgstandplejen skal ifølge bekendtgørelse om tandpleje<sup>88</sup> indeholde almen og individuel forebyggelse inklusiv hjælp til mundhygiejne, herunder oplysning samt instruktion i tandpleje til den enkelte patient og til relevant plejepersonale. I Sundhedsstyrelsens vejledning er anført, at den individuelle og kollektive forebyggelse omfatter alle aktiviteter, der tager sigte på at forhindre sygdomssymptomer og -tilstande i tænder, mund og kæber i at opstå, eller at begrænse udbredelsen af disse, hvis de allerede er opstået. Væsentlige elementer i forebyggelsen er derfor oplysningsvirksomhed til såvel patient som omsorgspersonale om betydningen af en sund, funktionsdygtig tand-, mund- og kæberegion. Der må lægges vægt på at tydeliggøre betydningen af god mundhygiejne og hensigtsmæssig kost. I videst muligt omfang motiveres til hensigtsmæssig tandpleje, ligesom der gives instruktion i og hjælp til regelmæssig mundpleje.

Omsorgstandplejen er således en vigtig samfundsmæssig ressource i forebyggelsen af tandsygdomme for beboere i pleje- og ældreboliger og systematiske forebyggelsesaktiviteter har vist positiv effekt<sup>89</sup>. Det er dog ikke alle beboere i pleje- og ældreboliger, der er visiteret til omsorgstandpleje og den kommunale omsorgstandpleje har ikke en forpligtelse til generelle forebyggelsesaktiviteter, der omfatter alle.

### **Omsorgstandpleje, behandling**

I Sundhedsstyrelsens vejledning påpeges, at det sædvanligvis vil være nødvendigt at anvende mobilt tandbehandlingsudstyr i personernes hjem eller i umiddelbar nærhed heraf. Det forudsættes, at tandplejens personale har kendskab til og erfaring med at anvende et sådant udstyr i ikke kliniskmæssige omgivelser. Kommunerne har pligt til at sørge for, at der gives den fysiske eller psykiske funktionshæmmede et tandplejetilbud, som den pågældende er i stand til at modtage. Kommunerne er dog ikke pålagt en egentlig forpligtelse til at levere ydelser i borgerens hjem eller anvende mobilt tandbehandlingsudstyr i forbindelse med tilbuddet om omsorgstandpleje med undtagelse af tilfælde, hvor den enkelte borgers fysiske og psykiske helbredstilstand medfører, at transport ud af eget hjem ikke er mulig. En sådan vurdering bør foretages i samråd med sundhedsfagligt personale.

Det er i gældende regelsæt ikke beskrevet ud fra hvilke andre kriterier - som f.eks. behandlingens kvalitet, hygiejne eller arbejdsmiljø - den kommunale omsorgstandpleje skal vurdere, hvorvidt nødvendig tandbehandling bør foretages på klinik fremfor i borgerens eget hjem. Kommunernes forpligtelser i forhold til omsorgstandplejen skal efterkommes således, at kommunerne overholder øvrig gældende lovgivning, herunder arbejdsmiljø-

---

<sup>88</sup> Bekendtgørelse om tandpleje nr. 179 af 28. februar 2012

<sup>89</sup> Hede B, Elmélund Poulsen Johan. Forebyggende tandpleje på plejehjem baseret på sidemandsoplæring. *Tandplejeren*, 12, 2011.

lovgivningen<sup>90</sup>. Flere kommuner har fået påbud fra Arbejdstilsynet i forhold til u hensigtsmæssige arbejdsstillinger og tunge løft i forbindelse med tandpleje i borgerens eget hjem<sup>91</sup>.

En lovgivningsmæssig forudsætning for at udføre mobiltandpleje i borgerens hjem er, at kravene til den lokalitet, hvor udstyret opstilles, er beskrevet i en arbejdspladsvurdering og kan godkendes i forhold til denne. Derudover er der en række praktiske forhold som bør være opfyldt, og hvor erfaringer fra omsorgstandplejen viser, at der specielt er problemer omkring hovedstøtte og lejring af patienterne, adgangen til elstik med jordforbindelse, gulv- og bord- og afsætningsplads samt risiko for fald i ledninger og gulvtæpper. Der kan kun sjældent etableres forhold som tilgodeser tandlægens/tandplejerens arbejdsstilling, som derfor ofte vil foregå i belastende yderstillinger som kan medføre arbejdsskader og nedslidning. Endvidere er der ofte problemer med den generelle rengøringsstandard pga. overlæssede hjem, som ikke lader sig renholde<sup>92</sup>.

Omfanget af mobilt tandplejeudstyr, der skal transporteres er yderligere et generelt problem, hvis man samtidig skal holde rene og kontaminerede instrumenter skarpt adskilt og samtidig medbringe tilstrækkeligt instrumentel. Dette resulterer i problemer med bæring og løft for tandplejepersonalet.

Det bør, jf. Sundhedsstyrelsen, altid bero på en individuel konkret vurdering ud fra patientens almene helbredstilstand samt de objektive og subjektive orale behandlingsbehov hvorvidt tandpleje/tandbehandling kan foretages i patientens eget hjem eller på en tandklinik. Tandbehandling i eget hjem bør som hovedregel indskrænkes til mindre indgribende behandlinger og vedligeholdende tandpleje og altid ud fra en vurdering af hvad der bedst tilgodeser patientens behov. En omsorgstandpleje, som udelukkende baseres på mobilt udstyr i eget hjem afskærer patienterne fra en række mere avancerede behandlinger, som kan være nødvendige for nutidens ældre, hvor mange har bevaret egne naturlige tænder med ofte mange tidligere tandrestaureringer i form af fyldninger, kroner, broer og implantater der kræver vedligeholdende behandling. Mobil tandpleje i eget hjem bør således betragtes som et supplement til tandbehandling på en tandklinik.

Svage funktionshæmmede ældre, der skal transporteres ind på en tandklinik vil ofte kræve ledsagelse af kvalificeret personale, der har kendskab til at løfte den svage ældre ind og ud af behandlingsleje.

---

<sup>90</sup> Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø nr. 1072 af 7. september 2010

<sup>91</sup> Arbejdstilsynet påbud Hillerød kommune af 21. maj 2007, sag. nr. 20060063928/4, Arbejdstilsynet påbud Københavns kommune af 26. juni 2007, sag. nr. 20070015643/3, Arbejdstilsynets påbud, Furesø kommune af 5. maj 2009 sag. nr. 20090030240/3

<sup>92</sup> Notat af 25. november 2013 Overlandlæge Børge Hede, Københavns kommune.

# 8. Konklusion og anbefalinger

## Konklusioner

Overordnet kan det ud fra gennemgangen af omsorgstandplejen konkluderes, at de nuværende bestemmelser i selve Sundhedsloven samt tandplejebekendtgørelsen er dækkende i forhold til at sikre målgruppen den tandbehandling, der er nødvendig. Alle, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud (omsorgstandpleje) har således en lovfæstet ret til at anvende omsorgstandplejen. Alligevel kan det konstateres, at den aktuelle tilslutning til omsorgstandplejen er lav i forhold til estimeringen af den potentielle målgruppe for omsorgstandpleje (helt op til 62 % lavere end målgruppen, afhængig af det anvendte målgruppeestimat og den forventede tilslutningsandel).

Der kan være en række årsager til dette, og gennemgangen viser bl.a., at:

- Visitation til omsorgstandplejen foretages af forskellige typer personalegrupper i kommunerne, og det er uklart, hvordan de kommunale visitatorer opnår relevante kvalifikationer til visitation. Der er desuden forskellige visitationstilgange i kommunerne – nogle kommuner anvender kommunale visitatorer, og andre visiterer automatisk beboere i f.eks. plejeboliger ind i omsorgstandplejen. Det er kun halvdelen af kommunerne, der har skriftlige visitationsprocedurer. Dette kan føre til, at de kommunale visitatorer ikke i tilstrækkelig grad er opmærksomme på at visitere de relevante borgere til omsorgstandpleje.
- Kommunerne er ikke opsøgende i informationen til borgerne omkring tilbuddet om omsorgstandpleje. Dette kan være medvirkende til, at kendskabet til ordningen er lavt, samtidig med, at det synes at være et dilemma, at patienterne selv skal opsøge omsorgstandplejen, når de oftest ikke selv er i stand til dette.

Overordnet kan det synes vanskeligt for kommunerne at indkredse borgere i målgruppen og få visiteret dem ind til omsorgstandpleje på et hensigtsmæssigt tidspunkt i relation til begyndende funktionsnedsættelse. Hertil kan tilføjes, at:

- Manglende muligheder for henvisning til omsorgstandpleje fra andre dele af sundhedsvæsnet kan medvirke til at svage ældre falder ud af tandplejesystemet ("drop out").

Gennemgangen viser også, at:

- Erfaringer peger på, at mundhygiejnen for beboere i ældre- og plejeboliger er utilstrækkelig, og at pleje af tænder og mund ikke er et særligt fokusområde for Sundhedsstyrelsens plejehjemstilsyn.
- Det ændrede sygdomsmønster hos personer, der visiteres til omsorgstandpleje kræver en reorientering af tilbuddet om omsorgstandpleje. Det fremtidige tandplejebestandsbehov for de ældre i omsorgstandplejen vil i højere grad være centreret omkring forebyggende samt reparativ- og vedligeholdende tandpleje af egne tænder end tidligere.
- Mobil tandbehandling i eget hjem medfører problemer med overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen og kvalitetssikring af de udførte behandlinger.

## Anbefalinger

Ud fra ovenstående har arbejdsgruppen udarbejdet en række anbefalinger, som både vil kunne styrke kendskabet og udbredelsen af omsorgstandplejen, og samtidig hæve kvaliteten i ordningen. Således kan arbejdsgruppen anbefale, at:

- Visitationspraksis i kommunerne undersøges, og at Sundhedsstyrelsen i forlængelse heraf udarbejder en vejledning for visitation til omsorgstandpleje, herunder henvisningsmuligheder til omsorgstandpleje.
- Beboere i ældre- og plejeboliger med mange hjælpeforanstaltninger bør have en individuel mund- og tandplejeplan udarbejdet i samråd med tandlæge/tandplejer og at den kommunale omsorgstandplejes kompetencer bør anvendes ved generel styrkelse af mund- og tandpleje hos beboere i ældre- og plejeboliger.
- Der sikres en indsats for bedre sundhed gennem omsorgstandpleje, som bør prioritere det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Ud over at forebygge tand- og mundsygdomme gennem en god mundhygiejne, vil det have betydning for forebyggelsen af en mangelfuld diabeteskontrol og forebyggelsen af kroniske betændelsessygdomme som f.eks. lungebetændelse.
- Sundhedsstyrelsen udarbejder vejledning for mobil tandpleje i eget hjem og undersøger tilgængeligheden af specialindrettede tandklinikker i kommunerne samt forhold vedr. transport og ledsagelse til tandplejetilbuddet
- Sundhedsstyrelsens plejehjemstilsyn vedr. visitation til omsorgstandpleje og mund- og tandpleje for beboere i pleje- og ældreboliger styrkes, bl.a. ved at der udarbejdes et målepunkt vedr. anvendelse af omsorgstandpleje.
- Der foretages registrering af tandsundheden for patienter i omsorgstandplejen i Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register SCOR med henblik på fremtidig planlægning og evaluering af omsorgstandplejen.

Afslutningsvist kan det bemærkes, at det bør overvejes, at analysere, om eller hvilke faglige, økonomiske eller organisatoriske fordele, der kunne være ved en sammenlægning af omsorgstandplejen og specialtandplejen, herunder, hvorledes en sådan sammenlægning eventuelt kan foretages – særligt set i lyset af, at den kommunale administration af omsorgstandplejen og specialtandplejen allerede nu, i et vist omfang, synes at ske samlet.