

ABSTRACT

Tandplejens stedbørn

I de sidste tre decennier har den odontologiske interesse og viden om udsatte/udstødte grupper været i stadig vækst, og udsatte/udstødte er nu også inkluderet i WHO's politik på tandplejeområdet. I Danmark har dette resulteret i de to tandplejeordninger: omsorgstandpleje og specialtandpleje samt i et større antal lokale forsøgsordninger.

Traditionelt har de udsatte grupper primært omfattet udviklingshæmmede borgere, ældre funktionssvækkede borgere og borgere med en langvarig psykiatrisk lidelse. Der er imidlertid kommet øget fokus på socialt udsatte – kon-tanthjælpsmodtagere og hjemløse. Fælles for dem alle er, at man ikke kan afgrænse grupperne entydigt, og at der er behov for en individuel bedømmelse af evnen til at drage nytte af den almene tandpleje og til at opnå tandsundhed.

Traditionelle odontologiske sygdomsmål og mål for behandlingsbehov kan være problematiske at anvende, når man skal beskrive disse grupper, og det kan være aktuelt at anvende mål for deltagelse i tandplejen og mål for oplevet og efterspurgt behov for tandpleje.

Fælles for de nævnte grupper er, at der pga. funktionsnedsættelser opleves barrierer for at benytte den almene tandpleje og for at opnå tandsundhed. Barriererne kan være af såvel fysisk, psykisk, økonomisk, juridisk som etisk karakter, og i samtlige grupper er dokumenteret en ringere tandsundhed end i almenbefolkningen.

Såvel omsorgs- som specialtandpleje har en utilstrækkelig dækning i befolkningen, og der synes at være betydelige problemer med visitation til begge ordninger, som langtfra har den dækning, som man ville forvente. Der mangler tillige udvikling af en specifik faglighed for så vidt angår disse grupper og en overordnet strategi for disse borgeres tandpleje – en strategi, som inddrager de erfaringer, man har gjort sig fra de mange forskellige forsøgsordninger på lokalt plan.

Tandplejens stedbørn – de udsatte og de udstødte

Børge Hede, overtlæge, adjungeret lektor, ph.d., Afdelingen for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, og Voksentandplejen, Københavns Kommune

Udviklingen af dansk tandpleje var frem til 1980'erne præget af udbygningen af den kommunale børneunge-tandpleje og øgede sygesikringstilskud til den almene voksenbefolkning bl.a. ved tilskud til parodontale ydelser og til forebyggende tandpleje. Hertil kom stadige fagpolitiske skærmydsler om den kommunale tandplejes aldersmæssige afgrænsning (1).

Men i Sundhedsstyrelsens skelsættende rapport fra 1985 – ATFO-rapporten (2) – blev der tillige gjort opmærksom på grupper i det danske samfund, som ikke var tilstrækkeligt dækket mht. tandpleje. De grupper, der i den sammenhæng blev nævnt, var ældre – specielt ældre på plejehjem samt udviklingshæmmede borgere og borgere med kroniske sindslidelser – borgere som boede på de tidligere forsorgsinstitutioner eller på de tidligere statshospitaler.

Parallelt med disse sundhedspolitiske udmeldinger fremkom flere danske odontologiske undersøgelser af disse grupper dvs. ældre på plejehjem (3), udviklingshæmmede børn (4), stofmisbrugere (5,6) samt af psykisk syge (7). Disse studier dokumenterede disse borgeres særlige problemer omkring tandsundhed samt deres problemer med at anvende den almene tandpleje og foreslog i et vist omfang organisatoriske løsninger på disse problemer. Som følge af dette skete der ændringer i lovgivningen, således at omsorgstandpleje i 1994 og specialtandpleje (oprindeligt amtstandpleje) i 2001 blev en del af den offentlige tandplejes forpligtigelser overfor befolkningen. I Aarhus Kommune blev etableret en særlig socialodontologisk klinik rettet mod stofmisbrugere (5,6). Der er imidlertid ikke siden, hverken

lokalt eller landsdækkende, etableret andre tilbud rettet specifikt mod stofmisbrugere, som heller ikke er omfattet af specialtandplejens personkreds, på trods af at der klart blev dokumenteret et behov for en særlig indsats.

EMNEORD

Oral epidemiology;
health legislation;
dental care for disabled;
community dentistry;
healthcare disparities

WHO's politik på tandplejeområdet

”The WHO Global Oral Health Programme gives priority to the organization of oral health services that matches the needs of the population. In several industrialised Western countries, oral health services are made available to the population, either based on public or private systems. **Meanwhile, people in deprived communities, homebound and disabled individuals, old-age persons, and certain ethnic minorities are not sufficiently covered by oral health care. Social inequality in oral health status and use of services is somewhat universal, even in the Nordic countries with public responsibility in financing and delivery of oral health care remarkable differences are observed by social class.** Outreach services may be necessary to tackle the burden of poor oral health of people with limited resources and lack of tradition of regular oral health care.”

Fig. 1. Udvikling og justering af tandplejetjenester ifølge WHO (12).

Fig. 1. Oral health services development and adjustment according to WHO (12).

Der kom tillige øget fokus på andre udsatte grupper – specielt socialt udsatte/udstødte grupper – hjemløse og kontanthjælpsmodtagere. På den baggrund blev der i 1990'erne etableret forsøgsordninger mhp. at tilgodese kontanthjælpsmodtagere og pensionister i Herlev Kommune (8), ældre i Ballerup Kommune (9) og hjemløse ved De Hjemløses Tandklinik i København (10). Aktuelt verserer en debat om en tilskudsordning til tandpleje, som blev etableret i Lov om Aktiv Socialpolitik i 2013. Hensigten med ordningen var at tilgodese socialt udsatte kontanthjælpsmodtagere (11).

Det øgede fokus på udsatte/udstødte gruppers orale sundhedstilstand er imidlertid ikke noget isoleret dansk fænomen. I WHO's policydokument ”World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007” (12) om fremtidens tandpleje er de udsatte grupper specifikt nævnt (Fig. 1).

Danmarkskortet er således præget af et kludetæppe af lokale initiativer og en landsdækkende lovgivning, som ikke bidrager med noget helhedssyn. Der savnes derfor en overordnet strategi for disse gruppers tandpleje – en strategi i overensstemmelse med WHO's anbefalinger.

Hvem – afgrænsning af udsatte/udstødte grupper

Fælles for de udsatte/udstødte grupper er, at de vanskeligt la-

der sig afgrænse. De består af enkeltindivider med forskelligartede funktionsbegrænsninger. Funktionsbegrænsninger som er varierende i belastning for det enkelte individ og i forhold til forskellige aktiviteter – funktionsbegrænsninger som også kan ændre sig over tid, og som kan have såvel fysisk, psykisk som social karakter. Da den offentlige tandplejetjeneste i Danmark som udgangspunkt er populationsorienteret, giver dette i sig selv problemer med identifikation af individer og tilbud om særlig indsats til borgere med et særligt behov.

Afgrænsningsproblemet giver tillige anledning til metodiske overvejelser, når man ønsker epidemiologiske populationsbeskrivelser af oral sygdomsforekomst og tandplejevaner i disse grupper, og kan tillige give problemer ved evaluering af interventioner. Ofte er der knyttet en bestemt social position til at tilhøre en af de udsatte/udstødte grupper. Ved sammenlignende undersøgelser med ”normalbefolkningen” kan dette give anledning til overvejelser om, hvorledes en referencegruppe af normalbefolkning bør defineres, da det er veldokumenteret og tilsyneladende også sundhedspolitisk accepteret i Danmark, at der eksisterer en betydelig social ulighed for så vidt angår såvel oral sundhed som benyttelse af tandplejesystemet – en såkaldt social gradient (12).

I de nordiske velfærdssystemer vil det oftest være funktionsbegrænsningen og ikke den sociale position, der retfærdiggør en særlig indsats på tandplejeområdet (13), hvorfor det i et dokumentationsperspektiv er relevant at kunne isolere effekten af funktionsbegrænsningen for så vidt angår tandsundhed. Dette rejser imidlertid spørgsmål, om man fx skal sammenligne psykisk syge med andre førtidspensionister eller med et gennemsnit af befolkningen, hvis man ønsker at anskueliggøre de orale konsekvenser af at have en psykisk lidelse. Et metodisk kunstgreb kan være i stedet at studere sammenhængen mellem funktionstabets alvorlighedsgrad og varighed inden for den relevante gruppe – altså en form for dosisresponsammenhæng – og dermed delvist isolere den sociale effekt. Fx har en undersøgelse af alkoholikere (14) vist, at det ikke er alkoholmisbrugets varighed, der har indflydelse på alkoholikeres carieserfaring, men manglende tilknytning til arbejdsmarkedet – altså de sociale forhold, medens den orale helbredstilstand synes at være direkte relateret til varigheden af psykisk sygdom blandt psykisk syge (7).

Det må dog være relevant at overveje, om en sådan sondring mellem ”social effekt” og ”funktionsbegrænsningseffekt” overhovedet er etisk, da det vel næppe er sådan, at medicinske funktionsnedsættelser er mere ”legale” end sociale. Altså om det er etisk korrekt at ignorere stofmisbrugerens dårlige tandsundhed og kompensere udviklingshæmmedes ditto, hvilket er tilfældet i dagens Danmark. I den sidste ende er det en politisk beslutning, og om forholdet mellem etik og politik skal dette manuskript ikke handle.

Skismaet vedr. afgrænsningsproblematikken opstår i den udførende tandpleje pga. den betydelige egenbetaling i tandplejen, og fordi voksentandpleje i udgangspunktet er efter-

spørgselsstyret, ganske som ved udbud af serviceydelser på det private marked. Brugere af systemet skal således både besidde de nødvendige økonomiske midler, men også den nødvendige handlekompetence. Hos personer med nedsat handlekompetence er det derfor ikke tilstrækkeligt alene at tilføre en øget økonomisk kompensation; der skal også en anden type organisation til (15). Problemet relaterer sig således mere til tandplejens organisation end til borgerne og deres behov, hvilket også fremgår af WHO's udmelding.

Et grundlæggende princip i dansk socialpolitik er tillige, at borgeren så vidt muligt skal klare sig selv og anvende "normalsystemet" (16). Afgrænsning af de udsatte/udstødte grupper kommer derfor i højere grad til at ske ud fra en individuel funktionsevnevurdering ved en individuel visitation end ud fra rettighedsbaserede ydelser baseret på medicinske/psykiatriske diagnoser eller økonomiske afgrænsninger.

Dette besværliggøres tillige, fordi der ikke findes velafprøvede metoder til at bedømme, i hvilken grad en borger kan benytte den almene tandpleje. Man kunne forestille sig udvikling af odontologiske bedømmelsesredskaber – rating-scales – der kan danne grundlag for den funktionsevnevurdering, som kan være relevant i forbindelse med visitation til særlige tilbud.

De nævnte forhold vanskeliggør tillige sammenligning af studier over tid og landegrænser, da det kan være tvivlsomt, om det er sammenlignelige populationer, der agerer i sammenlignelige velfærdssystemer, selvom de beskrives med samme etikette. Afgrænsningsproblematikken vedrører således både epidemiologiske forhold såvel som administrative forhold.

Hvad – behovsbegrebet

Måling af tandplejebestand og effekt af interventioner ved anvendelse af traditionelle odontologiske sygdoms- og behovsmål kan være problematisk hos borgere, som for en dels vedkommende ikke er stand til at give et habilt informeret samtykke til behandling, og hvor der derfor kan være stor forskel mellem det, som tandlæger synes er det rigtige ("objektivt behandlingsbehov – optimal behandling"), og det, som rent faktisk kan lade sig gøre ud fra såvel praktiske, juridiske som etiske betragtninger (17). Dette er fx tilfældet med svært demente ældre og svært udviklingshæmmede borgere. En lignende problematik findes i varierende grad hos borgere, som udelukkende efterspørger smertefrihed pga. en ekstremt belastet livssituation, således som den ses hos hjemløse eller hos svært psykotiske sindslidende. I et forsøg på at omgå denne problemstilling blev begrebet "det realistiske behandlingsbehov" (18) introduceret ved omsorgstandplejens indførelse i Danmark. Men konceptet har i sin oprindelige udformning ikke fundet bredere anvendelse og er svært at operationalisere både i klinikken, men også ved populationsundersøgelser. Andre lignende koncepter fx Treatment Intention Index (19) har også været foreslået. Der er dog ikke noget koncept, der har vundet generel udbredelse, dels fordi de alle er vanskelige at operationalisere i klinikken, dels fordi de i forskningsmæssig sammenhæng er lidet reprodu-

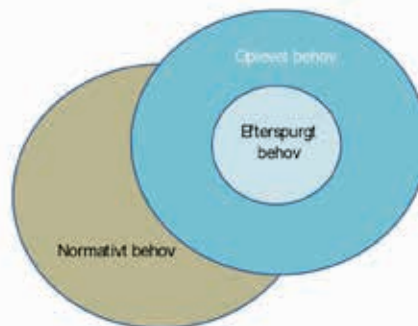
cerbare. I mange sammenhænge vil mål for, hvor mange af de relevante personer der anvender tandplejen, og mål for gener fra tænder og mund være mere relevante mål.

Derfor er det i forskningsmæssig sammenhæng i forbindelse med planlægning, dimensionering og evaluering af indsatser samt i den individuelle patientbehandling nødvendigt at klarlægge, hvilket behovskoncept der er relevant i den givne sammenhæng. Dette kan ske ved at tage udgangspunkt i Bradshaws taxonomi (20), (Fig. 2), og i anvendelse af mål for Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL). OHRQoL er operationaliseret gennem forskellige spørgeskemabatterier som giver et talmæssigt udtryk for, i hvor høj grad et individ oplever sig belastet i sit daglige liv af forhold relateret til den orale helbredtstilstand. Aktuelt er det mest anvendte spørgebatteri – det såkaldte OHIP-14 (Oral Health Impact Profile baseret på 14 spørgsmål) (21).

Hvordan – barrierer for tandpleje

De problemer mht. tandpleje, som i varierende grad findes hos de nævnte grupper, kan relateres til, i hvilken grad de møder

Perspektiver på behandlingsbehov



Normativt behov: Det, som en ekspert, en professionel, en administrator eller en forsker definerer, som er behovet i en given situation

Oplevet behov: Individets egen bedømmelse af sit behov for behandling og pleje.

Efterspurgt behov: Det oplevede behov omsat til handling, ved at individet søger hjælp.

Fig. 2. Bradshaws taxonomi for behandlingsbehov (20).

Fig. 2. Bradshaws Taxonomy for treatment need (20).



KLINISK RELEVANS

De udsatte/udstødte i det danske samfund udgør meget sammensatte grupper, hvis fællestræk er, at det enkelte individ lider af et eller flere funktionstab, der kan resultere i barrierer for at opnå oral sundhed og benytte den almene tandpleje. Det er af betydning, at den enkelte tandlæge kan identificere sådanne enkelt-individer og føre disse videre til de tandplejetilbud, der er etableret for at tage sig af de særlige problemer, som den enkelte patient repræsenterer.

barrierer i forhold til at opnå oral sundhed og i forhold til at benytte det almene tandplejesystem (22). Desværre beskriver den foreliggende litteratur oftest barrierer, som de opleves af tandlægerne, og ikke som de opleves af patienterne. Barrierebeskrivelserne er derfor meget orienteret mod barrierer for behandling. Barriererne kan være af fysisk, psykisk, økonomisk, juridisk eller etisk karakter, og det helt centrale ved udvikling af særlige tilbud til udsatte/udstødte er, hvorledes disse barrierer kan overvindes. Barriererne giver sig udslag i svigtende tandlægebesøg, problemer med at kooperere i den konkrete behandlingssituation og problemer med den daglige hjemmetandpleje, hvilket i sidste ende er årsag til en ringere tandsundhed. Da barriererne er iboende den eksisterende tandpleje, bør særlige indsatser baseres på alternative tilgange til tandpleje og er altså ikke blot et spørgsmål om behandling i generel anæstesi, men i langt højere grad et spørgsmål om systematisk forebyggelse og tilpasning af den tilbudte behandling til patientens funktionsnedsættelse og behov. Imidlertid er evalueringer af, hvilke tiltag der virker, og hvordan de virker, yderst sparsomme og på ingen måde konklusive.

Det er hovedsageligt de udsatte/udstødte gruppers orale sundhedstilstand, som er beskrevet i den odontologiske litteratur, medens organisatoriske og adfærdsmæssige variable er stedmoderligt behandlet. Der er almen konsensus om, at der særligt blandt udviklingshæmmede og blandt demente ældre er problemer med såvel konkret behandling, tandlægebesøg som hjemmetandpleje, medens det hovedsageligt er den daglige mundpleje samt tandlægebesøgene, som udgør et problem blandt såvel andre funktionssvækkede ældre, psykisk syge som socialt udsatte.

Der synes at være et betydeligt forskningspotentiale i grænseområdet mellem odontologi/psykologi og sociologi, særligt fordi det bliver mere og mere tydeligt, at de udsatte/udstødte grupper bærer en betydelig del af den orale sygdomsbyrde (23), og fordi særlige tilbud skal baseres på en alternativ organisation, der kan tage hensyn til patienternes funktionsbegrænsning. Der er tale om et tværfagligt forskningsfelt, som ikke passer ind i odontologiens traditionelle discipliner, som er opdelt efter sygdomme og/eller behandlingstyper og ikke efter patienter/mennesker. Dette kan være grunden til den manglende forskningsmæssige interesse for de udsatte/udstødte grupper.

Oral sundhedstilstand

Ældre funktionssvækkede

Internationale (24) såvel som danske undersøgelser (25) viser en betydelig tandsygdomsforekomst blandt funktionssvækkede ældre både plejehjemsbeboere og hjemmeplejeklienter. Den orale sundhedstilstand synes at være relateret til graden af funktionssvækkelse (26). Endvidere er der i danske studier fundet en øget cariesincidens blandt svækkede ældre med en demenstilstand (27). Undersøgelser både i Danmark og i udlandet (25, 28-29) af Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) viser en betydelig oplevet belastning fra orale tilstande hos

ældre funktionssvækkede borgere. Desuden ses generelt store problemer med mundhygiejnen (24).

Udviklingshæmmede

Mht. voksne udviklingshæmmede borgeres tandstatus foreligger der ingen systematiske danske undersøgelser. Fra Sverige foreligger en disputats fra 2000 (30), som viser, at de dårligst fungerende udviklingshæmmede har den laveste cariesincidens, men tillige det største tandtab. Internationale oversigtsartikler (31-32) viser en forøget forekomst af parodontale lidelser blandt udviklingshæmmede, når disse sammenlignes med normalbefolkningen, medens carieserfaringen – beskrevet ved DMFS eller DMFT – svarer til forekomsten i normalbefolkningen eller måske endog er lavere. Dog er forekomsten af ubehandlet caries (D-komponenten i DMFS/DMFT) forøget blandt udviklingshæmmede (31-32). I gruppen med Downs syndrom ses særlige parodontale problemer (31-32). Der er ikke publiceret relevante studier af OHRQoL hos udviklingshæmmede borgere, hvilket også vil møde ganske store metodiske problemer, da traditionelt anvendte metoder ikke umiddelbart lader sig applicere i en målgruppe med varierende grader af intellektuel funktionsnedsættelse.

Sindslidende

Der er ikke foretaget systematiske undersøgelser af sindslidendes orale tilstand i Danmark siden midten af 1990'erne (7). Et aktuelt internationalt review (33) viser dog samstemmende med de ældre danske undersøgelser et forøget tandtab og et forøget DMFT blandt personer med en langvarig psykiatrisk lidelse. Den øgede cariesforekomst kan forklares ved uregelmæssige tandlægebesøg, medicininduceret mundtørhed og mangelfuld daglig hjemmetandpleje (7). En eventuel sammenhæng mellem psykiatrisk lidelse og parodontallidelser synes ikke veldokumenteret. Der er ikke publiceret relevante undersøgelser af sammenhængen mellem OHRQoL og en langvarig sindslidelse selv om sådanne studier ikke vil møde samme metodiske problemer som hos udviklingshæmmede.

Tandstatus hos 25-årige specialtandplejepatienter

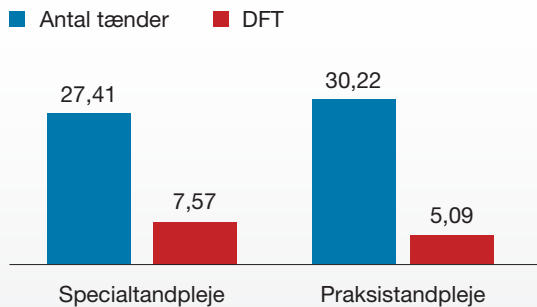


Fig. 3. Tandstatus blandt 25-årige brugere af specialtandpleje i Danmark sammenlignet med tandstatus i praksistandplejen.

Fig. 3. Dental health of 25 years old recipients of special care dentistry in Denmark compared to dental health among recipients of dental care from general practitioners.

Tandstatus hos 40-årige specialtandplejepatienter

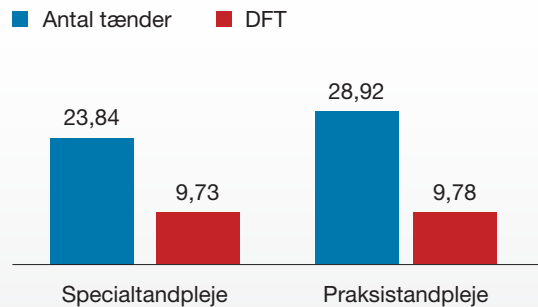


Fig. 4. Tandstatus blandt 40-årige brugere af specialtandpleje i Danmark sammenlignet med tandstatus i praksistandplejen.

Fig. 4. Dental Health of 40 years old recipients of special care dentistry in Denmark compared to dental health among recipients of dental care at general practitioners.

Der har ikke været odontologisk interesse for stofmisbruges problemer i Danmark siden midten af 1980'erne (5,6), selv om denne gruppe også delvist er at finde blandt såvel de sindslidende som de socialt udsatte/udstødte. I lyset af de tidligere fund af en voldsom sygdomsforekomst synes dette at være en mangel.

I såvel den kommunale børne- og ungdomstandpleje som i tandplejen hos praktiserende tandlæger er der pligt til systematisk rapportering af patienternes tandsundhedstilstand. Det samme er ikke tilfældet for hverken omsorgs- eller specialtandplejen. Imidlertid blev der i 2013 indsamlet DF-data (Decayed and Filled teeth) fra de største kommuner i landet samt fra de regioner, som leverer specialtandpleje (34). Disse data blev for de 24-26-årige, de 39-41-årige og de 64-66-årige sammenlignet med data fra praksistandplejen i 2009 i de samme kommuner og aldersgrupper og er gengivet i Fig. 3-5. Figurene viser et højere DFT og et mindre antal tænder hos specialtandplejepatienter i alle tre aldersgrupper undtagen hos de ældste, hvor DFT var lavere, medens der til gengæld manglede tilsvarende flere tænder. Forskellen i antal tænder var størst blandt de ældre. Dette kan være udtryk for en akkumuleret effekt af funktionsnedsættelsen eller et udtryk for, at de yngre aldersgrupper i højere grad har været dækket af systematisk tandpleje gennem såvel børne-, ungdoms- som specialtandpleje. Der kan også være tale om andre faktorer fx en selektionsproces, således at den yngste aldersgruppe domineres af udviklingshæmmede med en moderat cariesforekomst, medens de ældre grupper i højere grad er præget af psykisk syge med en forøget cariesforekomst. Dette skyldes, at skizofreni almindeligvis først debuterer i starten af 20'erne og de odontologiske konsekvenser derfor første ses senere, medens udviklingshæmning er medfødt.

Tandstatus hos 65-årige specialtandplejepatienter

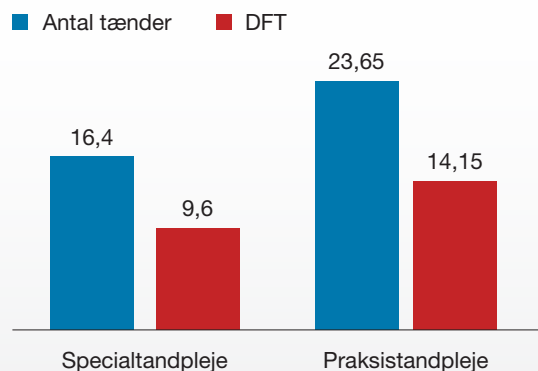


Fig. 5. Tandstatus blandt 65-årige brugere af specialtandpleje i Danmark sammenlignet med tandstatus i praksistandplejen.

Fig. 5. Dental Health of 65 years old recipients of special care dentistry in Denmark compared to dental health among recipients of dental care at general practitioners.

De socialt udsatte – de hjemløse

Det er velkendt fra talrige undersøgelser, at der eksisterer en social gradient for så vidt angår oral sundhedstilstand (12). På trods af den mediemæssige interesse omkring hjemløse og deres tandpleje foreligger der imidlertid ingen aktuelle systematiske kliniske danske undersøgelser af hjemløses orale tilstand, men der foreligger talrige udenlandske undersøgelser (35,36), der dokumenterer en ringe oral sundhedstilstand. I Danmark er der fremkommet rapporter (37,38) om de hjemløses oplevede orale

Oralt relateret livskvalitet

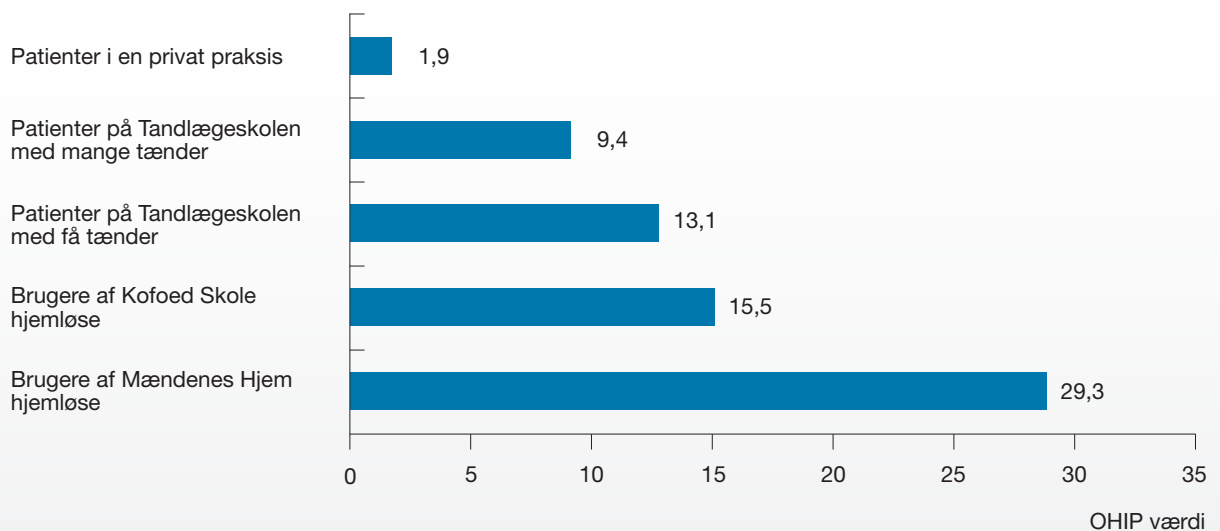


Fig. 6. Oral Health Impact Profile (OHIP-14) værdier for hjemløse ved Mændenes Hjem og Kofoed Skole sammenlignet med patienter på Tandlægeskolen med "mange tænder", og "få tænder" samt patienter fra en privat praksis. Høj score indikerer stor negativ indflydelse på dagliglivet fra munden (Venligst stillet til rådighed af E.B. Özhayat).

Fig. 6. Oral Health Impact Profile (OHIP-14) scores among homeless people ("Mændenes Hjem" and "Kofoed Skole") in comparison to patients at the Dental School ("Få tænder" and "mange tænder") and patients from a private practitioner ("privat praksis"). High score indicates a high level of impact on daily living from oral health related problems (with permission from dr. E.B. Özhayat).

sundhedstilstand. Resultaterne fra et sådant studie er gengivet i Fig. 6, hvor den oralt relaterede livskvalitet sammenlignes mellem forskellige befolkningsgrupper vha. spørgebatteriet OHP-14 (Oral Health Impact Profile – 14). Der ses en betydelig forøget belastning af dagliglivet fra mundhulen hos de hjemløse.

Tandplejen

Omsorgstandpleje

Omsorgstandplejen blev en kommunal forpligtigelse i 1994 og er blevet evalueret for så vidt angår dens organisation ved flere undersøgelser (39-40). Senest har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en rapport (41), der konkluderer, at der er problemer med en meget uensartet og utilstrækkelig visitation til ordningen, at mundhygiejnen for beboere i ældre- og plejeboliger er ganske utilstrækkelig, at det ændrede sygdomsmønster hos ældre med mange naturlige tænder giver nye behandlingsmæssige udfordringer, og at mobil tandbehandling i borgernes eget hjem giver udfordringer i forhold til hygiejne, patientsikkerhed og arbejdsmiljø. Sundhedsstyrelsen forventes at udkomme med anbefalinger vedr. en modernisering af omsorgstandplejen i efteråret 2015, men har allerede tilkendegivet, at det kunne være hensigtsmæssigt med en systematisk rapportering af tandsundhedsdata hos omsorgstandplejepatienter. Der foreligger kun en enkelt ældre evaluering (42) af det sundhedsmæssige output

fra omsorgstandplejen, så aktuelt er den eventuelle sundhedsmæssige gevinst ved ordningen ukendt. Ud fra de foreliggende data må omsorgstandplejen i dens nuværende form beskrives som utilstrækkelig i såvel sin udbredelse som sit indhold.

Specialtandpleje

Der foreligger ikke offentligt tilgængelige evalueringer af specialtandplejen. Data fra en upubliceret spørgeskemaundersøgelse af specialtandplejens organisation fra 2013 (43) viser, at der på linje med omsorgstandplejen er tale om en uensartet og utilstrækkelig visitation til ordningen; bl.a. ses store geografiske forskelle og forskelle i forhold til den kommunale tandplejes organisering (Fig. 7-8). Endvidere er specialtandplejen præget af, at de fleste kommuner får tandplejen leveret eksternt af andre kommuner og regioner. For en del kommuners vedkommende bærer svarene præg af, at man ikke rigtig ved, hvad for en specialtandpleje kommunen leverede gennem sin eksterne leverandør(er). En forudsætning for visitation til specialtandpleje synes at være tilstedeværelse af en kommunal tandpleje i kommunen, og at den kommunale tandpleje har en passende størrelse. Der findes ingen evaluering af de sundhedsmæssige gevinster ved specialtandpleje. Umiddelbart synes specialtandplejen utilstrækkeligt udbredt, hvilket kan forklares ved det almeneproblem med at afgrænse udsatte grupper.

Visitationsmønster – specialtandplejen

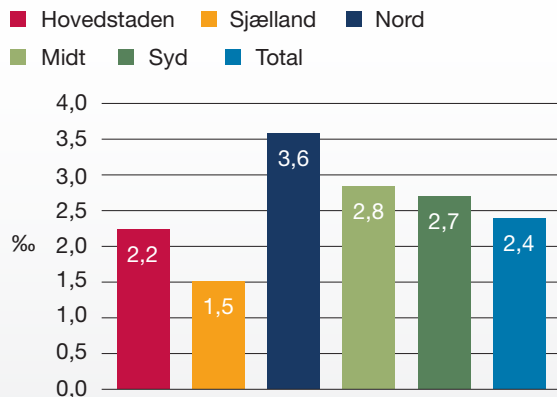


Fig. 7. Andel specialtandplejepatienter i promille af befolkningen i den enkelte kommune fordelt efter region (landsdel).

Fig. 7. Number per thousand of the population enrolled in the special care dentistry program. The municipalities are distributed according to region.

Visitationsmønster – specialtandpleje

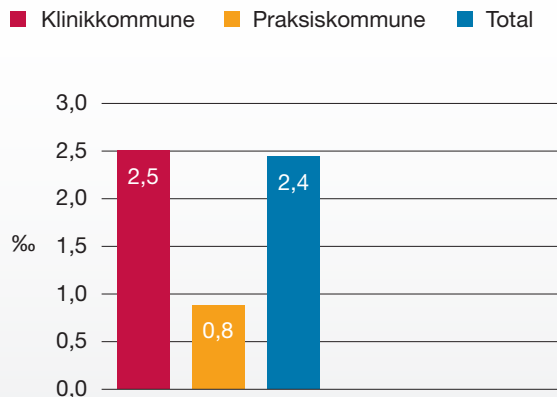


Fig. 8. Andel specialtandplejepatienter i promille af befolkningen i den enkelte kommune fordelt efter tandplejens organisering.

Fig. 8. Number per thousand of the population enrolled in the special care dentistry program. The municipalities are distributed according to type of providers of community dentistry.

Forsøgsordninger og projekter

I begyndelsen af 1990'erne etablerede Herlev Kommune en forsøgsordning (8), hvor den kommunale tandpleje på lige fod med praktiserende tandlæger kunne tilbyde tandpleje til kon-tanthjælpsmodtagere og pensionister, som modtog økonomisk støtte til tandpleje fra kommunen via social- og pensionslov-givningen. Ordningen blev evalueret i slutningen af sidste år-tusinde og viste, at den kommunale klinik i langt højere grad var i stand til at fastholde den dårligst fungerende del af kon-tanthjælpsmodtagerne i regelmæssig tandpleje. Ordningen er fortsat som forsøgsordning, men der foreligger ikke nyere eva-lueringer af projektet. Der foreligger ikke data, som beskriver eventuelle sundhedsmæssige gevinster.

På samme tid blev der etableret en forsøgsordning for ældre borgere i Ballerup Kommune (9), hvor den kommunale tandpleje tilbød tandpleje. Ved en evaluering af projektet (9) kunne der dokumenteres en væsentligt forøget tilslutning til regelmæssig tandpleje blandt de ældre borgere og en markant reduktion i omfanget af selvrapporterede gener fra mundhu-len. Projektet er fortsat som forsøgsordning, men er blevet re-formuleret flere gange, så det oprindelige indhold er ændret og delvist har fået karakter af en tilskudsordning. Der fore-ligger ikke nyere publicerede evalueringer af projektet. Der er ikke publiceret yderligere data vedr. de sundhedsmæssige gevinster ved projektet.

I begyndelsen af 0'erne blev der på privat initiativ etable-ret en tandklinik for hjemløse i København. Idéen har siden bredt sig til mange andre byer i Danmark. I de senere år er der vha. bl.a. satspuljemidler tillige etableret ordninger, hvor den

kommunale tandpleje tilbyder tandpleje til socialt udstødte i et antal kommuner. Projekterne afventer alle en egentlig eva-luering.

Konklusion

Der er behov for særlige tandplejetilbud til udsatte/udstødte grupper i Danmark pga. de barrierer, de møder i den almene tandpleje. Deres tandsundhedstilstand er relativt velbeskrevet, hvis man inddrager data fra det øvrige Skandinavien, som har velfærdssystemer, som ligner det danske. Fra en samfund-sodontolgisk synsvinkel er der såvel en afgrænsningsproble-matik mht. de relevante populationer samt en klassisk diskus-sion af behovsbegrebet, som er endnu mere presserende for disse grupper borgere.

På det samfundsmæssige niveau er der en åbenlys man-gel på overordnet planlægning, udvikling og evaluering af tilbud til udsatte/udstødte grupper. Mange projekter har fået en betydelig medieomtale, uden at indsatsen egentlig er blevet evalueret, og der synes derfor at være behov for udvikling af metoder og en specifik faglighed indenfor dette felt. Der eksisterer i dag organisationer og miljøer i special- og omsorgstandplejen, som kan udgøre den organisatoriske ramme for en sådan udvikling. Disse miljøer kan næppe alene bære en sådan udvikling, hvorfor et øget samarbejde med de forskningsmæssige miljøer på universiteterne er nødvendigt. Etablering af et sådant samarbejde er måske den største ud-fordring af alle for tandplejen for de udsatte/udstødte.

ABSTRACT (ENGLISH)

Special Care dentistry in Denmark

The number of studies concerning special care dentistry patients has rapidly increased during the last three decades and policy statements concerning topics related to Special Care Dentistry are now included in the WHO policy.

In Denmark Special Care Dentistry has been incorporated in the Danish Act of Health, just as a number of locally funded projects have been established. Traditionally, Special Care Dentistry is concerned with people suffering from mental retardation or a chronic mental disorder. Frail elderly people living in nursing homes or in domiciliary care have been included as well. Recently homeless people has attracted interest. In all these groups

a lower level of oral health has been found.

In order to study and implement oral care to these groups, the dental profession must overcome the difficulty of how to define the groups. Another methodical problem is related to whether or not it is relevant in this context to apply traditional measures of oral health and of the need for treatment.

It is common, however, for all these groups to face a barrier to the normal utilization of oral health care system. Measures of participation in oral care and measures of Oral Health Related Quality of Life may be used as alternatives.

Finally the present model of Special Care Dentistry in Denmark seems inadequate and the strategy does not comply with the WHO policy.

Litteatur

- Østergaard P, Mikkelsen O. DTF i 125 år – en kronik om Dansk Tandlægeforenings nyere historie. *Tandlægebladet* 1998;102:825-946.
- SUNDHEDSSTYRELSE. Modeller for en fremtidig tandsundheds-politik: redegørelse fra arbejdsgruppen vedrørende tandplejens fremtidige organisation (ATFO) København: Sundhedsstyrelsen, 1985.
- Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institution. Thesis. *Tandlægebladet* 1990;94:169-94.
- Vigild M. Tandsundheden hos psykisk udviklingshæmmede børn og unge. Licentiatafhandling. København: Institut for samfund-sodontologi og videreuddannelse, Københavns Tandlægehøjskole, 1983.
- Scheutz F. Dental health in a group of drug addicts attending an addiction-clinic. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12:23-8.
- Scheutz F. Five-year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12:29-34.
- Hede B. De sindslidende tænder og tandpleje. Undersøgelser af psykiatriske patienters tandsund-hedstilstand, tandplejevaner og tandplejetilbud. Ph.d.-afhandling. Københavns Universitet 1994.
- Tandplejens kontor. Herlev Kom-munes tandplejeforsøgsordning – evaluering af perioden 1992-1998. Herlev Kommune, 1999.
- Petersen PE, Nörtov B. Evaluation of a dental public health program for old-age pensioners in Denmark. *J Public Health Dent* 1994;54:73-9.
- Østergaard P, Frandsen LM. Hjem-løse: livsforhold og orale forhold. *Tandlægebladet* 2006;110:638-46.
- Klebak A. Fuld af huller: Nye til-skud til kontanthjælpsmodtagere møder kritik. *Tandlægebladet* 2013;117:656-60.
- Petersen PE. World Health Or-ganization global policy for im-provement of oral health – World Health Assembly 2007. *Int Dent J* 2008;58:115-21.
- Gabre P, Holst D. Medmänniskor med särskilda behov i tand-vården – etiska frågeställnin-gar i ett välfärdsstatsperspektiv. *Tandlægebladet* 2013;117:30-6.
- Hede B. Determinants of oral health in a group of Dan-ish alcoholics. *Eur J Oral Sci* 1996;104:403-8.
- Hede B. Den kommunale tand-pleje. In: Petersen SR, Pedersen BM, eds. *Det kommunale sund-hedsvæsen*. København: Hans Reitzel, 2014.
- BESKÆFTIGELSESMINISTERIET. Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik. LBK nr. 1193 af 13/11/2014. København, 2014.
- 1Strand GV, Hede B. Behandling under tvang? In: Holmstrup P, ed. *Aktuel nordisk odontologi* 2012. København: Munksgaard, 2011;211-22.
- Vigild M. Benefit related assess-ment of treatment need among institutionalised elderly people. *Gerodontology* 1993;10:10-5.
- Isaksson R, Söderfeldt B, Nede-rfors T. Oral treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing homes and home care. *Acta Odontol Scand* 2003;61:11-8.
- Sheiham A, Tsakos G. Memo-randum. (Set 2015 februar). Tilgængelig fra: URL: www. publications. parliament. uk/pa/ld200506/ldselect/ldstech/20/20we25.htm
- Özhayat EB, Gotfredsen K, Elver-dam B et al. Comparison of an individual systematic interview method and the oral health im-pact profile. Responsiveness and ability of describing treatment ef-fect of oral rehabilitation. *J Oral Rehabil* 2010;37:604-14.
- Bots-VantSpijker PC, Vanobbergen JN, Schols JM et al. Barriers of de-livering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014;42:113-21.
- Christensen LB, Hede B, Rosing K et al. Caries, fra folkesygdom til socialt stigma. *Tandlægebladet* 2013;117:204-11.
- De Visschere L. The develop-ment and application of an oral health care model for institu-tionalised older people. Thesis. Gent:Universiteit Gent, 2010.
- 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:e392-400.
- Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL et al. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology* 2007;24:3-13.
- Ellefsen B. The impact of demen-tia on oral health: a longitudinal study on dental caries in elderly patients with and without demen-tia. Ph.d. thesis. København: University of Copenhagen, 2007.
- Locker D, Matear D, Stephens M et al. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health* 2002;19:90-7.
- Strömberg E, Holmèn A, Hag-man-Gustafsson ML et al. Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial sup-portive care for daily living. *Acta Odontol Scand* 2013;71:771-7.
- Gabre P. Studies on oral health in mentally retarded adults. *Swed Dent J* 2000;142 (Supp):1-48.
- Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual dis-abilities: a systematic review. *Spec Care Dentist* 2010;30:110-7.
- O'Keefe E. Oral health of patients with intellectual disabilities. *Evid Based Dent* 2010;11:81.
- Kisely S, Baghaie H, Laloo R et al. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med* 2015;77:83-92.
- Bagger M, Hede B. Dental Health of Recipients of Special Care Dentistry in Denmark. *J Disability Oral Health* 2014;15:124.
- King TB, Gibson G. Oral health needs and access to dental care of homeless adults in the United States: a review. *Spec Care Dentist* 2003;23:143-7.
- Richards W, Keauffling J. Home-less who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. *Prim Dent Care* 2009;16:94-8.
- Özhayat EB. Grundlaget for Bis-sernes tandklinikker. København 2013.
- Christensen LB, Christophersen R, Grønbæk CH et al. Midtvejs-rapport projekt Tandrødderne. København 2014.
- Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care program for persons with disability. *Acta Odontol Scand* 2005;63: 278-83.
- Hede B, Christensen LB. Om-sorgstændpleje efter kommu-nalreformen. *Tandlægebladet* 2012;116:890-7.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Rapport om serviceeftersyn af Sundhed-slovens krav til indholdet af om-sorgstændplejen. København 2014.
- Vigild M, Brinck J, Hede B. A one-year follow-up on an oral health care programme for residents with severe be-havioural disorders at special nur-sing homes in Denmark. *Community Dent Health* 1998;15:88-92.
- Hede B, Bagger M. Upublicerede data præsenteret ved konference om specialtandpleje i Odense 2014.