

Den københavnske befolknings anvendelse af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser

Lisa Bøge Christensen, Børge Hede og Annette Sundby

Tandundersøgelser med regelmæssige intervaller anses for at være en væsentlig og nødvendig del af tandplejetilbuddet i Danmark. Formålet med nærværende undersøgelse var at beskrive befolkningens brug af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser set i relation til køn, alder og herkomst. Undersøgelsespopulationen omfattede alle der havde haft bopæl i Københavns Kommune i årene 2000-2002. Undersøgelsen bygger på data fra offentlige registre, dvs. Sygesikringens Ydelsesregister, Danmarks Statistik og Københavns Kommunes Folkeregister. Lidt under en tredjedel af undersøgelsespopulationen havde ikke modtaget forebyggende diagnostiske tandplejeydelser i løbet af den treårige periode. Kvinder havde i højere grad end mænd modtaget forebyggende tandpleje. Gruppen af 21-24-årige mænd havde et relativt lavere forbrug af forebyggende diagnostiske ydelser, men det var især borgere på 65 år og derover samt indvandrergrupper fra tredjeverdenslande der i ringe grad var brugere af forebyggende tandplejeydelser. Ca. halvdelen af de to nævnte grupper modtog ingen forebyggende tandpleje gennem de tre aktuelle år. Det anbefales at der foretages nærmere undersøgelser af de barrierer der tilsyneladende eksisterer mht. forebyggende tandpleje blandt disse befolkningsgrupper. Det foreslås endvidere at der etableres særlige forebyggende behandlingstilbud rettet mod de udsatte grupper.

Regelmæssige forebyggende undersøgelser af tænder, mund og kæber mhp. tidlig diagnostik og behandling vil almindeligvis indebære anvendelse af en eller flere af sygesikringsoverenskomstens forebyggende tandplejeydelser. Den underliggende antagelse for anbefalingerne om at søge tandlæge med regelmæssige intervaller bygger på tidligere påviste positive sammenhænge mellem brug af tandplejesystemet og tandsundhed. Dette er hyppigt målt vha. indikatorer såsom tandstatus og carieserfaring i såvel Danmark som i den øvrige verden (1-4).

Tidligere har det generelt været anbefalet at tandundersøgelser burde foretages hvert halve år, men de senere årtiers positive udvikling i cariesforekomsten, især blandt børn og unge, har medført at det nu anbefales at undersøgelsesintervallerne kan forlænges i retning af ét år eller mere såfremt det skønnes at patienten ikke er i speciel risiko for at få sygdomme i tænder eller tandkød (5, 6).

I de fleste undersøgelser af voksne personers brug af tandplejesystemet defineres regelmæssig tandpleje som mindst ét tandlægebesøg inden for det seneste år eller gennemsnitligt ét besøg årligt inden for de seneste fem år. Adskillige undersøgelser i Danmark og i andre vestlige lande har gennem de seneste årtier påpeget en generel stigning i antallet af regelmæssige brugere af tandplejesystemet (2,3,7-9); der er dog i Danmark set en vigende tendens for de yngre årgange (1, 2).

I en nyere undersøgelse rettet mod prædisponerende faktorer for manglende anvendelse af regelmæssig tandpleje blandt yngre voksne fremhævedes dels overførselsprocedurerne ved skift fra det offentlige tandplejesystem til privat tandlægepraksis, dels begrebet tandlægeangst (10). Ud over alderens indflydelse på de regelmæssige tandlægebesøgsvaner er det i mange tidligere undersøgelser anført at der er social ulighed mht. regelmæssige tandlægebesøg (3,11). Det er desuden vist at et højt uddannelsesniveau og en høj indkomst øger sandsynligheden for flere forebyggende tandlægebesøg (4). Også nyere danske undersøgelser har vist sammenhæng mellem uddannelsesniveau og indkomst og regelmæssige tandlægebesøg (2, 8). Etniske minoritetsgrupper er i mindre grad end andre brugere af forebyggende tandplejeservice, hvilket er påvist i flere lande under forskellige tandplejesystemer (12-17).

De fleste undersøgelser af tandlægebesøgsvaner er baseret på selvrapportering, en metode som anses for tilstrækkelig valid selv om en vis overrapportering kan forekomme (18). Sygesikringens datamateriale kan bidrage til oplysninger om hvilke grupper i befolkningen der benytter eller ikke benytter tandplejesystemet i forebyggende og diagnostisk øjemed.

Formålet med nærværende undersøgelse var på basis af

sygesikringens statistiske materiale at beskrive brug af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser i relation til køn, alder, bopæl samt herkomst.

Materiale og metoder

Det foreliggende datamateriale blev genereret ved en kombination af data fra Sygesikringens Ydelsesregister, Folkeregisteret i Københavns Kommune, og data fra Danmarks Statistik. Undersøgelsespopulationen omfattede alle der havde bopæl i Københavns Kommune i årene 2000-2002, og som var fyldt 21 år den 31.12.2002. Alene personer der havde bopæl i Københavns Kommune såvel den 31.12.1999 som den 31.12.2000 og 31.12.2001, indgik i undersøgelsespopulationen. Til- og fraflyttere i perioden indgik således ikke i undersøgelsen. Deltagelse i undersøgelsen var uafhængig af tandlægens praksisadresse. Undersøgelsespopulationen udgjorde i alt 319.979 personer. Statistisk Kontor, Økonomiforvaltningen, Københavns Kommune, foretog indsamling og sammenkobling af data, ligesom frekvenstabeller blev udarbejdet herfra. Der indgik følgende uafhængige variabler i analyserne: alder, køn, bopæl.

Derudover blev undersøgelsesgruppen inddelt efter herkomst jf. den af Danmarks Statistik anvendte inddeling i 2003 i:

1. Danske personer
2. Personer fra andenverdenslande, dvs. lande inden for Norden, EU (uden de 10 nye EU-lande der blev optaget i EU per 1. maj 2004), samt USA og Canada
3. Personer fra tredjeverdenslande, dvs. alle øvrige lande.

De sidste to grupper blev endvidere opdelt som:

1. Indvandrere, dvs. personer født i udlandet, hvis forældre begge er udenlandske statsborgere eller født i udlandet
2. Efterkommere, dvs. personer født i Danmark af forældre, som begge er indvandrere, eller efterkommere der har beholdt udenlandsk statsborgerskab.

Den afhængige variabel blev defineret som modtagelse af tilskud fra Den Offentlige Sygesikring i et af kalenderårene 2000, 2001 eller 2002 til mindst én af følgende fire tandplejeydelser jf. Sygesikringsoverenskomsten af 1999 (19):

1. Ydelsesnummer 1140 – regelmæssig diagnostisk undersøgelse fra 26 år
2. Ydelsesnummer 1141 – regelmæssig diagnostisk undersøgelse 18-25 år
3. Ydelsesnummer 1160 – kontrol efter regelmæssig diagnostisk undersøgelse
4. Ydelsesnummer 2910 – forebyggende diagnostisk grundydelse.

Tabel 1. Procentvis andel af borgere i Københavns Kommune med forskellig brug af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser inden for de seneste tre år i relation til køn og alder.

	Har ikke modtaget forebyggende diagnostiske tandplejeydelser	Har modtaget en eller flere forebyggende diagnostiske tandplejeydelser
<i>Mænd</i>		
<i>n = 151.894</i>		
21-24 år	37	63
25-34 år	30	70
35-44 år	31	69
45-54 år	30	70
55-64 år	32	68
65+ år	46	54
Total	33	67
<i>Kvinder</i>		
<i>n = 168.085</i>		
21-24 år	22	78
25-34 år	18	82
35-44 år	19	81
45-54 år	19	81
55-64 år	22	78
65+ år	46	54
Total	25	75
<i>Total</i>		
<i>n = 319.979</i>		
21-24 år	29	71
25-34 år	24	76
35-44 år	26	74
45-54 år	24	76
55-64 år	27	73
65+ år	46	54
Total	29	71

Resultaterne er rapporteret som univariate og bivariate tabeller. Der er ikke foretaget signifikanstest pga. materialets størrelse.

Resultater

Det fremgår af Tabel 1 at lidt under en tredjedel af samtlige personer i Københavns Kommune ikke havde modtaget forebyggende diagnostiske tandplejeydelser i den angivne treårige periode. Tre fjerdedele af de københavnske kvinder havde modtaget mindst én forebyggende diagnostisk tandplejeydelse i perioden, mens dette var gældende for to tredjedele af mændene. I aldersgruppen 65 år og derover var der

Tabel 2. Procentvis andel af borgere i Københavns Kommune, som ikke har modtaget forebyggende diagnostisk tandplejeydelser i tre år i relation til aldersgruppe og herkomst.

Aldersgruppe	Personer med dansk oprindelse n = 272.238	Indvandrere fra andenverdenslande n = 10.858	Indvandrere fra tredjeverdenslande n = 33.210	Efterkommere fra andenverdenslande n = 1.062	Efterkommere fra tredjeverdenslande n = 2.611
21-24 år	23	57	59	31	52
25-34 år	20	47	52	22	42
35-44 år	21	34	49	18	25
45-54 år	21	29	46	20	27
55-64 år	25	26	Ingen data	33	Ingen data
65+ år	46	39	Ingen data	43	Ingen data
Total	26	36	51	24	46

dog lige mange kvinder og mænd, som ikke havde modtaget forebyggende diagnostiske ydelser. Der sås i samme aldersgruppe et relativt lavt forbrug af disse ydelser, hvilket også gjaldt for mænd i aldersgruppen 21-24 år, dog i mindre grad.

Fordelingen af forebyggende diagnostiske ydelser i forhold til køn forblev uændret såfremt der yderligere blev kontrolleret for herkomst.

Tabel 2 viser fordelingen i forhold til herkomst. Generelt ses at mens der blandt personer med dansk herkomst samt

blandt efterkommere fra andenverdenslande var ca. en fjerdedel som ikke havde modtaget forebyggende diagnostiske tandplejeydelser i løbet af tre år, så var dette gældende for mere end en tredjedel af indvandrere fra andenverdenslande, og for omkring halvdelen af både indvandrere og efterkommere fra tredjeverdenslande.

Tabel 2 viser videre at blandt personer med dansk herkomst var det især de ældre borgere der ikke havde modtaget diagnostisk forebyggende tandplejeydelser. Et tilsvarende

Tabel 3. Procentvis andel af personer af dansk herkomst i tre aldersgrupper som ikke har modtaget forebyggende diagnostiske tandplejeydelser i tre år i forhold til bopæl i de københavnske bydele.

Københavns bydele	21-44-årige personer af dansk oprindelse	45-64-årige personer af dansk oprindelse	65+-årige personer af dansk oprindelse	Alle af dansk oprindelse
Indre by	19	17	29	20
Christianshavn	20	20	37	22
Indre Østerbro	16	17	33	22
Vanløse	18	18	39	23
Ydre Østerbro	18	19	39	24
Vestamager	20	28	46	26
Ydre Nørrebro	21	30	56	27
Vesterbro	21	30	56	27
Brønshøj-Husum	20	20	44	27
Sundbyøster	23	24	48	28
Indre Nørrebro	21	28	59	29
Valby	21	23	49	29
Sundbyvester	23	25	49	29
Bispebjerg	23	29	50	32
Kongens Enghave	27	34	58	37

Tabel 4. Procentandel indvandrere og efterkommere samt procentandel af samtlige borgere der kun har grundskoleuddannelse, og den gennemsnitlige personlige bruttoindkomst per person i de københavnske bydele.

Københavns bydele	Procentandel indvandrere og efterkommere	Procentandel med alene grundskoleuddannelse	Gennemsnitlig bruttoindkomst per person (kr.)
Indre by	13	21	254.000
Christianshavn	13	27	225.000
Indre Østerbro	11	20	235.000
Vanløse	10	25	220.000
Ydre Østerbro	14	26	214.000
Vestamager	12	27	197.000
Ydre Nørrebro	29	30	176.000
Vesterbro	20	29	188.000
Brønshøj-Husum	21	36	199.000
Sundbyøster	16	31	195.000
Indre Nørrebro	25	29	184.000
Valby	17	33	200.000
Sundbyvester	20	37	187.000
Bispebjerg	23	36	178.000
Kongens Enghave	23	40	167.000

de mønster sås blandt indvandrere næsten uanset alder. Blandt efterkommere fra andenverdenslande var fordelingen som hos personer med dansk herkomst.

Andelen af personer af dansk herkomst som ikke havde modtaget en diagnostisk forebyggende tandplejeydelse i perioden, varierede fra en femtedel i Indre by til mere end en tredjedel i Kongens Enghave (Tabel 3).

Tabel 4 viser procentandelen af indvandrere og efterkommere i de femten københavnske bydele. Desuden fremgår det at andelen af personer der kun havde grundskoleuddannelse varierede i bydelene fra ca. en femtedel i Indre by til to femtedele i Kongens Enghave. Endelig viser tabellen at borgerne i Indre by havde den højeste gennemsnitlige bruttoindkomst, hvorimod den laveste gennemsnitlige bruttoindkomst ses i Kongens Enghave.

Diskussion

Mht. repræsentativiteten for Københavns Kommunes voksenbefolkning skal det tages i betragtning at alle der flyttede til eller fra Københavns Kommune i den aktuelle periode, ikke indgik i undersøgelsen; denne gruppe udgjorde 25% af den københavnske befolkning. Det kan formodes at flytning af bopæl medfører mere uregelmæssig brug af tandplejesystemet end hos den »fastboende« del af befolkningen. Dette opvejes dog af at de fleste flytninger til og fra Københavns Kommune sker inden for et afgrænset område, med mulig-

hed for at bevare kontakten til samme tandlæge. Mht. benyttelse af forebyggende tandpleje tages ikke højde for i hvilket omfang der er modtaget forebyggende tandplejeydelser i et andet land.

For den ældste aldersgruppes vedkommende bør det bemærkes at ca. 7% var indskrevet i omsorgstandplejen i Københavns Kommune og modtog forebyggende tandplejediagnostiske ydelser i dette regi.

I lov om tandpleje af 1986 fremgår det bl.a. at befolkningen skal tilbydes såvel forebyggende tandpleje som behandling for derigennem at udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare dem i funktionsdygtig stand gennem hele livet (20). Også før denne lovs ikrafttræden var det en almindelig opfattelse blandt tandlæger at det gennem regelmæssige tandlægebesøg er muligt at begrænse udbredelsen af tandsygdomme vha. tidlig diagnostik og iværksættelse af individuelle forebyggende foranstaltninger. Der er således tidligere vist positive sammenhænge mellem oral status og regelmæssige tandlægebesøg (2-4), ligesom der er påvist sammenhænge mellem mængden af ubehandlet caries og uregelmæssige eller ingen tandlægebesøg (21-23). En dansk og en engelsk undersøgelse har imidlertid påpeget at man kan udskyde tandtab ved regelmæssige tandlægebesøgsvaner, og at funktionen kan opretholdes, mens der ikke er noget der tyder på at regelmæssige tandlægebesøg forebygger/forhindrer

yderligere cariesudvikling (22,24). Danske undersøgelser har ligeledes demonstreret beskedne forskelle når det gælder den samlede carieserfaring (21,22), og de senest publicerede data viser ingen forskelle i DMFS-værdier blandt 35-44-årige med hhv. regelmæssig og uregelmæssig brug af tandplejen (23).

Det er veldokumenteret at alderen spiller en rolle for brug af tandplejesystemet (1,2,21). Den seneste landsdækkende danske undersøgelse baseret på selvrapportering af bl.a. regelmæssige tandlægebesøg viste at unge mellem 25 og 34 år samt de ældste aldersgrupper havde det laveste forbrug af regelmæssig tandpleje, mens der i de resterende aldersgrupper ikke var den store forskel (2). Nærværende undersøgelse peger på at det er personer på 65 år og derover der har det markant laveste forbrug af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser. Det lave forbrug af tandplejesystemet blandt de ældste medborgere kan dels forklares med forekomsten af tandløshed i denne aldersgruppe, dels spiller manglende tandplejetradition og ændrede livsvilkår en rolle. Blandt 65-74-årige er der således senest på landsplan fundet 17,8% tandløse, mens kun 8,9% af den københavnske befolkning i denne aldersgruppe var tandløse (23). På trods heraf har den københavnske befolkning langt fra den største andel af regelmæssige brugere af tandplejen i forhold til de øvrige regioner, og dette kan antages at afspejle relativt dårligere livsvilkår (1).

Kønsmæssige forskelle blev i nærværende undersøgelse fundet i alle aldersgrupper med undtagelse af de ældste. En sådan kønsforskel mht. tandlægebesøgsvaner svarer til tidligere fund både i Danmark og i udlandet (1,3,21).

Det fremgår videre af data fra nærværende undersøgelse at indvandrergrupperne adskiller sig fra borgere af dansk herkomst mht. brug af forebyggende diagnostiske tandplejeydelser. Dette svarer til et studie foretaget i Sverige allerede i 1985, hvor resultaterne pegede på at de fleste immigrantgrupper kun bruger tandplejen fragmentarisk, og at nødbehandling var langt hyppigere blandt immigranter end blandt svenske borgere (25). En sådan ulighed mht. brug af tandplejesystemet blandt etniske minoriteter i Sverige blev atter dokumenteret i 2000 på trods af at denne gruppe borgere udviste et større behandlingsbehov end andre (13). En dansk undersøgelse blandt udvalgte indvandrergrupper i Danmark viste at ydelser der forbindes med regelmæssige tandlægebesøg, klinisk undersøgelse, tandrensning, røntgenoptagelse samt profylaktiske ydelser, bruges mindre hyppigt af indvandrergrupper fra Libanon, Tyrkiet og Somalia (17). Det anbefaledes i samme rapport at der iværksættes en landsdækkende strategi for sundhedsfremme for denne befolkningsgruppe (17), hvilket også er understreget i et dansk stu-

die blandt børn i København med forskellig etnisk baggrund (26). Det fremhæves her at målet er at forbedre viden om og holdning til tandsundhed ikke blot hos børn og unge, men også blandt forældrene, dvs. de voksne i familierne, således at der kan udvikles øget egenomsorg og familiestøtte omkring tandpleje og tandsundhed blandt de etniske minoriteter (26).

Der ses desuden variationer i de københavnske bydele mht. andelen af personer af dansk herkomst som ikke havde modtaget forebyggende og diagnostiske ydelser. Sammenholder man dette med øvrige oplysninger om borgerne i de forskellige bydele jf. Tabel 4 tegner der sig et mønster hvor bydele med høj procentandel af indvandrere og et relativt højt antal personer med udelukkende grundskoleuddannelse eller lav gennemsnitsindkomst også har den laveste andel af personer der bruger tandplejen i forebyggende øjemed. Dette kunne forklares ved at Københavns Kommunes ældste borgere samt indvandrere fra tredje verdenslande for en stor dels vedkommende har lav bruttoindkomst og lavt skoleuddannelsesniveau (27, 28). En sådan sammenhæng er desuden i tråd med resultaterne fra andre studier både i Danmark og i udlandet vedr. brug af tandplejesystemet i relation til social status (2, 4).

Konklusion

Resultaterne i nærværende undersøgelse tyder på at ulighed mht. brug af forebyggende tandpleje ikke er et specielt ungdomsproblem. Den laveste brug af diagnostiske og forebyggende tandplejeydelser ses blandt de ældste borgere på trods af at det er blandt denne gruppe at sygdomsbyrden og behandlingsbehovet er størst (23). Indvandrergrupperne har uanset oprindelsesland og aldersgrupper ligeledes et lavt forbrug af forebyggende tandplejeydelser. Der foreligger ingen danske undersøgelser af tandsygdomsforekomst og behandlingsbehov blandt voksne indvandrere, men skandinaviske studier peger på et større tandbehandlingsbehov hos immigranter end i den øvrige befolkning (13, 29, 30).

Det anbefales at der foretages nærmere analyser af årsagerne til de barrierer der tilsyneladende eksisterer blandt ældre medborgere og indvandrergrupper mht. brug af forebyggende tandplejeydelser. Videre foreslås det at der etableres særlige forebyggende tilbud på tandplejeområdet for disse udsatte grupper af samfundsborgere.

English summary

Use of preventive and diagnostic dental services in the population of Copenhagen, Denmark

Regular dental examinations and preventive dental care are considered important elements of the dental health services

in Denmark. However, some inequalities seem to exist in the provision of preventive dental services.

The purpose of the present study was to describe the use of preventive dental services among the population in relation to gender, age, town district, and ethnicity.

The study population comprised all citizens 18 years or more who had lived in Copenhagen during the years 2000-2002. Data were collected from public registers. Information was obtained on preventive dental services delivered within the reimbursement scheme of the National Health Insurance. Four types of dental services were included: 1) dental examination for 18-25-year-olds, 2) dental examination for persons 26 years of age or more, 3) control after dental examination and 4) basic preventive diagnostic service. Further, information on age, gender, town district, and ethnicity were collected.

During the three-year study period approximately one third did not receive any preventive dental services at all. Women received more preventive dental services than men. Relatively few young men 21-24 years of age had preventive dental services, however two groups of people clearly differed from the rest of the population, namely persons 65 years and over and immigrant groups from third world countries.

There seems to be certain barriers for these groups in relation to the provision of preventive services. Such barriers may relate to system characteristics and socio-cultural backgrounds and should be further analysed. It is recommended to establish special offers of preventive dental care for such risk groups.

Litteratur

1. Christensen LB, Kjølner M, Petersen PE, Vigild M. Tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet hos voksne i Danmark 1994. *Tandlægebladet* 1996; 100: 215-22.
2. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krstrup 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; 3: 127-35.
3. Petersen PE, Holst D. Utilization of dental health services. In: Cohen LK, Gift HC, editors. *Disease prevention and oral health promotion*. Copenhagen: Munksgaard; 1995.
4. Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclercq MH, Lyttle CS. Comparing oral health care systems, a second international collaborative study. *World Health Organization in collaboration with Center for Health Administration Studies, The University of Chicago*; 1997.
5. Wang NJ, Holst D. Individualizing recall intervals in child dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 1-7.
6. Sundhedsstyrelsen. *Tandplejens struktur og organisation 2004*. København: Sundhedsstyrelsen; 2004.
7. Schwarz E. Changes in demand for dental care among Danish adults 1975-1990. *Acta Odontol Scand* 1996; 54: 36-43.
8. Antoft P, Rambusch E, Christensen HW. En sammenligning af carieserfaring og tandplejevaner hos danske værnepligtige indkaldt i 1972, 1982, 1993 og 2002. *Tandlægerens Tidsskr* 2004; 19: 8-19.
9. Österberg T, Lundgren M, Emilson CG, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socio-economic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. *Acta Odontol Scand*.1998; 56: 41-7.
10. Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 201-11.
11. Petersen PE. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 153-8.
12. Davidson PL, Andersen RM. Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups. *Adv Dent Res* 1997; 11: 254-62.
13. Hjern A, Grindefjord M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health* 2000; 5: 23-32.
14. Jones JA, Fedele DJ, Bolden AJ, Bloom B. Gains in dental care use not shared by minority elders. *J Public Health Dent* 1994; 54: 39-46.
15. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11: 203-9.
16. Manski RJ, Magder LS. Demographic and socioeconomic predictors of dental care utilization. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 195-200.
17. Madsen G. *Voksne indvandreres brug af tandplejesystemet og tandstatus hos deres børn*. Århus: Aarhus Universitet; 2002.
18. Gilbert GH, Rose JS, Shelton BJ. A prospective study of the validity of data on self-reported dental visits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 352-62.
19. Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Dansk Tandlægeforening. *Overenskomst om tandlægehjælp*. 1999.
20. Indenrigsministeriet. *Lov om Tandpleje m.v.* 4. juni 1986.
21. Kirkegaard E, Borgnakke WS, Grønbaek L. *Tandsygdomme, behandlingsbehov og tandplejevaner hos et repræsentativt udsnit af den voksne danske befolkning*. (Licentiatforhandling). Århus og København: Århus og Københavns Tandlægehøjskoler; 1987.
22. Petersen PE. Dental visits, dental health status and need for dental treatment in a Danish industrial population. *Scand J Soc Med* 1983; 11: 59-64.
23. Krstrup U, Petersen PE. *Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001. Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen*. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798-812.
24. Sheiham A, Maizels J, Cushing A, Holmes J. Dental attendance and dental status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 304-9.
25. Widstrom E, Martinsson T. Dental attendance of some of the common immigrant groups in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 253-5.
26. Sundby A, Petersen PE. Oral health status in relation to ethnici-

- ty of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 150-7.
27. Københavns statistiske kontor. TAL nr. 2, 2003. Københavns bydele 2003. København 2003
28. Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration. Årbog om udlændinge i Danmark 2004 – Status og udvikling. København; 2004.
29. Widstrom E. Loss of teeth and the frequency and condition of removable and fixed dentures in Finnish immigrants in Sweden. *Swed Dent J* 1982; 6: 61-9.
30. Widstrom E, Stenstrom B, Dalen U. Dental health of Finnish immigrants in Sweden. *Swed Dent J* 1983; 7: 93-102.

Forfattere

Lisa Bøge Christensen, lektor, ph.d.

Afdeling for Samfundsodontologi og Videreuddannelse, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Børge Hede, overtandlæge, ph.d.

Voksentandplejen, Københavns Kommune

Annette Sundby, tandlæge, MPH

Københavns Kommunes Børne- og Ungdomstandpleje