

# Voksenbefolkningens tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet i Danmark 2000

## Sociale og adfærdsmæssige determinanter for udvikling

Poul Erik Petersen, Mette Kjølner, Lisa Bøge Christensen og Ulla Krustrup

I Danmark som for øvrige vestlige industrisamfund er der i de senere år konstateret markante ændringer i det orale sygdomspanorama for børnebefolkningen. Nærværende undersøgelse af tandstatus og tandplejeadfærd indikerer at en tilsvarende positiv udvikling er i gang for voksenbefolkningen. Gennem tidsperioden 1987-2000 er andelen af tandløse danskere reduceret, og flere midaldrende og ældre mennesker bevarer et funktionelt, naturligt tandsæt. Undersøgelsen viser en positiv langtidseffekt på tandstatus af deltagelsen i regelmæssig tandpleje i barneårene, og tilstedeværelsen af et funktionelt tandsæt er associeret med regelmæssig udnyttelse af voksentandplejetilbuddet. Sociale faktorer i form af lav indkomst og skoleuddannelse har fortsat signifikant negativ betydning for tandforholdene, og dette mønster er særligt stabilt i ældrebefolkningen. Målene for tandstatus i år 2000 som formuleret af Verdenssundhedsorganisationen WHO og Sundhedsstyrelsen er opnået for yngre voksne og for reduktion af tandløshed i ældrebefolkningen, hvorimod mål for andelen af ældre med funktionelt, naturligt tandsæt ikke blev opfyldt.

På globalt plan har forekomsten af orale sygdomme ændret sig markant gennem de seneste årtier. I vestlige industrisamfund er ændringerne i sygdomspanoramaet primært dokumenteret for børnepopulationen, og det er vist at voksende andele af børn og unge er cariesfrie, samt at carieserfaringen systematisk er reduceret over tid (1).

På basis af oplysninger fra den kommunale tandplejes epidemiologiske register (SCOR) kan det konstateres at bedringen i tandsundheden hos børn og unge i Danmark især fandt sted ved slutningen af 1970'erne og op gennem 1980'erne (2). Dette skete parallelt med opbygningen af populationsorienterede forebyggelsesprogrammer. Den øgede kontrol med orale sygdomme er observeret hos børn og unge med forskellige sociale og økonomiske baggrunde og på tværs af regionale eller geografiske skel. Det ændrede tandsygdomsmønster i børnepopulationen afspejler således bl.a. den kommunale tandplejes systematiske opsøgende, forebyggende og behandlende indsats (3).

Historisk set blev skoletandplejen starten på den forebyggende børnetandpleje. Med indførelsen af lov om børnetandpleje (4) i 1972 og lov om tandpleje (5) i 1986 fortsatte udbygningen af et folkesundhedsprogram inden for rammerne af den primære sundhedstjeneste, således at det kommunale tandplejetilbud i dag tilnærmelsesvis dækker 100% af målgruppen af børn og unge.

Epidemiologiske og sundhedssociologiske undersøgelser foretaget i slutningen af 1970'erne (6-8) og i 1980'erne (9,10) viste at den orale sygdomsforekomst i voksenbefolkningen var høj, og der blev konstateret markante sociale forskelle i udbredelsen af både caries og parodontale sygdomme. Den største sociale ulighed er dog påvist mht. tandstatus og forekomsten af aftagelige tandproteser (7-9), og derudover er det godt gjort at materielle livs- og arbejdsvilkår kombineret med tandplejesystemets struktur og funktion har stor betydning for voksenbefolkningens søgning af tandlæge (6,7,10,11).

Befolkningsundersøgelser fra 1990'erne har vist positive udviklingstendenser for voksenbefolkningens tandstatus og udnyttelsen af tandplejetilbuddet. Godt 10% af alle voksne var i 1994 totalt tandløse, og 75% søgte tandlæge regelmæssigt (12). De personer som oplyste ikke at benytte det eksisterende private tandplejetilbud, havde relativt dårlig tandstatus (12). Både tandplejevanerne og tandstatus er dårligere i de ældre aldersgrupper og hos de socialt og økonomisk vanskeligt stillede befolkningsgrupper, og enkelte af landets kommuner har således suppleret deres tilbud om forebyggende og behandlende tandpleje til disse målgrupper (13,14).

Også voksentandplejesystemet har i de seneste år un-

dergået forandring og en stadig større vægt lægges nu på den forebyggende tandpleje (15). Specielt gav indførelsen af de forebyggende ydelser under sygesikringstandplejen i 1988 grundlag for risikoorienteret indsats og individuel instruktion i hjemmetandpleje.

I modsætning til børne- og ungdomstandplejen er der ikke etableret et populationsbaseret sygdomsregister til løbende monitorering af den orale sundhedstilstand i voksenalderen. Overvågning af helbredsforholdene må derfor finde sted på basis af regelmæssige undersøgelser af repræsentative befolkningsudsnit.

I 1987 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed (SIF) – tidligere Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi – en første landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelse, hvori også indgik oplysninger om tandforhold (16). Undersøgelsen er siden fulgt op i 1994 (12,17) og i 2000 (18), og som samarbejdspartner har Tandlægeskolen i København ydet bidrag til monitorering af tandforholdene i voksenalderen. I tillæg til standardmæssige helbredsindikatorer indgik i 1994 spørgsmål om serviceydelser i voksentandplejen, mens den nyeste dataindsamling inddrager oplysninger om forekomst af aftagelige tandproteser, deltagelse i skole-/børnetandpleje samt mundhygiejnevener. Resultaterne vedr. mundhygiejnevenerne er rapporteret særskilt (19).

Formålet med nærværende undersøgelse var at tilvejebringe et aktuelt billede af voksenalderens tandstatus og benyttelsen af tandplejetilbuddet ved årtusindskiftet. Undersøgelsen tilsigter desuden at analysere sociodemografiske faktoreres effekt på tandforholdene, at vurdere helbreds-effekten af deltagelse i regelmæssig tandpleje i voksenalderen og i barneårene samt at belyse ændringerne over tid i

tandforholdene blandt voksne. Endelig er det hensigten i undersøgelsen at vurdere graden af målopfyldelse for dansk tandpleje i relation til de officielle mål for år 2000, som formuleret af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) (20,21) og af Sundhedsstyrelsen (22).

### Undersøgelserpopulation og metode

Undersøgelsen er baseret på en national stikprøve der omfattede 22.486 danske statsborgere på 16 år og derover. Data i undersøgelsen blev indsamlet vha. interview der gennemførtes som hjemmebesøg i tre runder i 2000 (februar, maj og september).

Den samlede deltagelsesprocent i interviewundersøgelsen var 74,2% (n = 16.690), idet 22,4% nægtede at deltage, 1,3% var plaget af sygdom eller handicap, 0,2% var bortrejst eller på hospital, 1,2% ikke blev truffet hjemme, 0,2% var flyttet, og 0,4% gav anden begrundelse for ikke at deltage.

Den tekniske del af dataindsamlingen blev afviklet under ledelse af Socialforskningsinstituttet og gennemført af dets faste interviewerkorps. Det højt strukturerede interviewskema fokuserede på følgende dimensioner: 1) oplevet helbred, 2) sygelighed, 3) sygdomskonsekvenser, 4) sygdomsadfærd, 5) sundhedsadfærd, 6) ydre helbredsrisici og ressourcer, samt 7) sociale og demografiske baggrundsplysninger.

Interviewskemaet inkluderede også følgende odontologiske variabler: 1) vurdering af egen tandstatus og 2) besøgsvaner hos tandlæge gennem de sidste fem år. Det personlige interview blev suppleret med et selvadministreret spørgeskema der blev udleveret efter at interviewet var afsluttet. Det selvadministrerede spørgeskema inkluderede odontologiske spørgsmål og blev udviklet til en nationalt repræsentativ

Tabel 1. Den procentvise fordeling af interviewede personer efter antal naturlige tænder samt andelen af respondenter som oplyste at have aftagelig tandprotese, i relation til alder.

	16-24 år (n = 2.184)	25-34 år (n = 2.817)	35-44 år (n = 2.999)	45-54 år (n = 3.177)	55-64 år (n = 2.480)	65-74 år (n = 1.612)	75+ år (n = 1.390)	Total (n = 16.659)*
0 tænder	-	-	1	2	9	27	46	8
1-9 tænder	-	-	1	2	9	14	17	5
10-19 tænder	1	1	2	7	16	19	17	7
20 tænder eller flere	99	99	96	89	66	40	20	80
Har aftagelig tandprotese	- (n = 439)	1 (n = 653)	2 (n = 660)	9 (n = 745)	32 (n = 584)	58 (n = 375)	73 (n = 286)	19 (n = 3.742)*

\* Ekskl. uoplyste besvarelser

delstikprøve af de interviewede personer. Denne delstikprøve omfattede 5.802 personer, og i alt 3.818 personer responderede (66%).

De odontologiske variabler i det *selvadministrerede spørgeskema* var: 3) deltagelse i skole-/børnetandpleje eller anden regelmæssig tandpleje i barneårene, 4) forekomst af aftagelige tandproteser, 5) mundhygiejnevener samt 6) protesehygiejne.

Spørgsmålene i både interviewskema og det selvadministrerede spørgeskema havde været prætestet, og interviewerne blev forud for dataindsamlingen grundigt instrueret i anvendelsen af skemaerne.

De udtrukne svarpersoner blev i et introduktionsbrev orienteret om undersøgelsens formål og indhold, herunder at deltagerne blev sikret anonymitet i forbindelse med offentliggørelse af undersøgelsesresultaterne.

#### Analyse af data

De odontologiske spørgsmål var udformet i samarbejde mellem Tandlægeskolen i København og SIF. SIF var ansvarlig for dataindsamling og oparbejdede den generelle analysefil. I dataanalysen indgik en række uafhængige variabler med standardklassifikation for så vidt angår køn, aldersgruppering, skole- og erhvervsuddannelse, beskæftigelse, personlig

og husstandsmæssig indkomst, civilstand/samlivsstatus samt amt (18). Mht. arbejdsstilling blev der inddelt efter selvstændige, funktionærer, faglærte arbejdere, ufaglærte arbejdere, arbejdsløse samt pensionister (førtids- eller alderspensionister).

Analysen af data blev foretaget vha. programpakken SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), og der blev gennemført en række univariate, bivariate og multivariate fordelingsanalyser. Ved den statistiske evaluering blev  $\chi^2$ -testen benyttet. Endelig blev multivariat logistisk regressionsanalyse udført mhp. at vurdere effekten af uafhængige variabler på tandstatus under *confounder*-kontrol. Herved er odds ratio beregnet og testet med Wald Statistics.

## Resultater

### Tandstatus

Blandt de interviewede var 8% tandløse, 12% havde 1-19 tænder, mens 80% tilkendegav at have 20 eller flere naturlige tænder. Som vist i Tabel 1 var knap 10% af de 55-64-årige tandløse, og andelen af tandløse steg herefter gradvist til næsten halvdelen blandt personer på 75 år og derover. Parallelt hermed var andelen af svarpersoner med mindst 20 tænder jævnt faldende fra 55-64-årsalderen.

Tabel 2. Den procentvise andel af interviewede personer der var totalt tandløse, andelen af personer med 20 tænder eller flere samt andelen af respondenter som oplyste at have aftagelig tandprotese, i relation til alder og skoleuddannelse.

	Skolegang i 7 år eller færre	Skolegang i 8-9 år	Skolegang i 10-11 år	Studenter-/HF-eksamen	Total
<b>25-44 år</b>					
Tandløse	1	1	-	-	1
20 tænder eller flere	88 (n = 70)	97 (n = 1.045)	98 (n = 2.387)	99 (n = 2.257)	98 (n = 5.759)
<b>45-64 år</b>					
Tandløse	12	4	1	1	5
20 tænder eller flere	56 (n = 1.664)	81 (n = 1.325)	90 (n = 1.705)	96 (n = 922)	79 (n = 5.616)
<b>65 år og derover</b>					
Tandløse	47	25	12	6	36
20 tænder eller flere	20 (n = 1.919)	38 (n = 410)	57 (n = 476)	66 (n = 171)	31 (n = 2.976)
<b>25 år og derover</b>					
Har aftagelig tandprotese	60 (n = 815)	18 (n = 599)	8 (n = 1.040)	3 (n = 810)	22 (n = 3.264)

Tabel 3. Den procentvise andel af interviewede personer der var totalt tandløse, andelen af personer med 20 tænder eller flere samt andelen af respondenter som oplyste at have aftagelig protese, i relation til alder og egen indkomst per år.

	Under 100.000 kr.	100.000- 199.999 kr.	200.000- 299.999 kr.	300.000- 399.999 kr.	400.000 kr. eller højere	Total
<i>25-44 år</i>						
Tandløse	1	1	-	-	-	1
20 tænder eller flere	97 (n = 395)	97 (n = 1.627)	98 (n = 2.278)	99 (n = 827)	99 (n = 495)	98 (n = 5.622)
<i>45-64 år</i>						
Tandløse	15	8	3	2	1	5
20 tænder eller flere	54 (n = 448)	70 (n = 1.622)	84 (n = 1.861)	90 (n = 788)	93 (n = 604)	79 (n = 5.323)
<i>65 år og derover</i>						
Tandløse	46	31	12	8	3	36
20 tænder eller flere	21 (n = 1.243)	34 (n = 1.021)	58 (n = 231)	54 (n = 50)	69 (n = 59)	31 (n = 2.604)
<i>25 år og derover</i>						
Har aftagelig tandprotese	54 (n = 482)	27 (n = 996)	10 (n = 1.013)	5 (n = 386)	5 (n = 278)	22 (n = 3.155)

Tabel 4. Den procentvise andel af interviewede personer der oplyste at have søgt tandlæge inden for de seneste fem år, samt andelen af respondenter som havde deltaget i skole-/børnetandpleje eller anden tandpleje i barndommen, i relation til alder.

	16-24 år (n = 2.184)	25-34 år (n = 2.817)	35-44 år (n = 2.999)	45-54 år (n = 3.177)	55-64 år (n = 2.480)	65-74 år (n = 1.612)	75+ år (n = 1.390)	Total (n = 16.659)
Har besøgt tandlæge regelmæssigt	83	78	87	89	84	66	46	80
Har besøgt tandlæge uregelmæssigt	16	20	10	6	7	9	13	11
Har ikke besøgt tandlæge	1	2	3	5	9	25	41	9
<i>Deltagelse i skole-/ børnetandpleje</i>								
- alle klassetrin	83	86	53	42	30	17	10	50
- nogle klassetrin	15	11	18	17	20	12	6	15
- anden tandpleje	2	3	24	26	22	22	20	17
Ingen tandpleje	- (n = 445)	- (n = 655)	5 (n = 666)	15 (n = 741)	28 (n = 572)	51 (n = 348)	64 (n = 256)	18 (n = 3.683)

Tabel 5. Den procentvise andel af interviewede personer som regelmæssigt havde søgt tandlæge inden for de seneste fem år, i relation til alder og skoleuddannelse.

	Skolegang i 7 år eller færre	Skolegang i 8-9 år	Skolegang i 10-11 år	Studenter-/HF-eksamen	Total
25-44 år	65 (n = 76)	79 (n = 1.045)	83 (n = 2.391)	84 (n = 2.258)	82 (n = 5.770)
45-64 år	76 (n = 1.668)	88 (n = 1.329)	93 (n = 1.705)	93 (n = 923)	87 (n = 5.625)
65 år og derover	45 (n = 1.930)	68 (n = 411)	83 (n = 476)	90 (n = 171)	57 (n = 2.988)

Besvarelsen af det selvadministrerede spørgeskema viste at 19% af alle voksne havde aftagelig tandprotese (Tabel 1); en tredjedel af respondenterne i alderen 55-64 år havde protese, og dette gjaldt for tre fjerdedele af de ældre på 75 år og derover. Der var ikke signifikante forskelle mellem mænd og kvinder mht. fordelingen efter tandstatus og forekomst af protese.

Derimod var der markant effekt af variabelen civilstand på disse to afhængige variabler. For personer på 25 år og derover gjaldt følgende relation: Blandt gifte personer var 7% tandløse, 79% havde mindst 20 tænder, og 20% havde aftagelig tandprotese. For enlige/tidligere gifte var de tilsvarende tal således: Tandløshed sås hos 26%, 51% havde mindst 20 tænder, og 48% var protesebærere. De nævnte forskelle i prævalensrater mellem gifte og enlige var alle statistisk signifikante ( $P < 0,001$ ).

Tabel 2-3 viser at der var sammenhæng mellem tandstatus og socioøkonomiske variabler efter kontrol af tredjevariablen alder. For de yngre voksnes vedkommende var der mindre forskelle i tandstatus, hvorimod det for aldersgrupperne 45-64 år og 65 år og derover gjaldt at der var signifikant flere tandløse ( $P < 0,001$ ) og færre personer med 20 eller flere tænder ( $P < 0,001$ ) i gruppen med lav skoleuddannelse (Tabel 2). Der blev observeret et tilsvarende mønster med relativt mange tandløse og få personer med mindst 20 tænder for lavindkomstgrupperne ( $P < 0,001$ ) (Tabel 3).

Også mht. prævalensen af protesebærere var der signifikante forskelle efter skoleuddannelse ( $P < 0,001$ ) og indkomst ( $P < 0,001$ ) (Tabel 2-3). De viste effekter på sundhedsindikatorerne kunne noteres både for personlig indkomst og husstandsindkomst.

I relation til arbejdsstilling blev der tillige afdækket markante forskelle i tandstatus. Fx havde 90% af funktionærerne

i alderen 45-64 år mindst 20 tænder, 84% af selvstændige, 82% af faglærte arbejdere og 70% af ufaglærte arbejdere. I alt 67% af de arbejdsløse i denne aldersgruppe havde mindst 20 tænder, og dette gjaldt for 57% af førtidspensionisterne. Besvarelsen af spørgsmål om tandprotese viste for 45-64-årige at 25% var protesebærere i gruppen af arbejdsløse, mens det gjaldt for 43% af pensionisterne.

#### Udnyttelsen af tandplejetilbud

Blandt de interviewede kunne 80% karakteriseres som regelmæssige brugere af voksentandplejen gennem de sidste fem år, 11% var uregelmæssige brugere, mens 9% ikke havde søgt tandlæge i løbet af denne periode. For aldersgrupperne 16-24 år og op til 55-64 år gik otte eller ni ud af 10 personer regelmæssigt til tandlæge; dette gjaldt for to tredjedele af 65-74-årige og næsten halvdelen af ældre på 75 år og derover (Tabel 4).

Uanset alder var der signifikant flere personer med regelmæssige tandlægebesøg i gruppen med studenter-/HF-eksamen end i gruppen med syv års skolegang ( $P < 0,001$ ) (Tabel 5). Parallelt hermed var der sammenhæng mellem hyppighed af regelmæssige tandlægebesøg og personlig indkomst (Tabel 6); effekten af indkomst var størst for aldersgrupperne 45-64 år og 65 år og derover ( $P < 0,001$ ).

Endelig var der forskelle i hyppighed af tandlægebesøg i relation til civilstand; for respondenter på 25 år og opefter gik 85% af de gifte personer til tandlæge regelmæssigt mod 65% i gruppen af enlige/tidligere gifte ( $P < 0,001$ ).

Svarene på spørgsmål om deltagelse i tandpleje i barndommen er belyst i Tabel 4. For de yngste voksne oplyste langt de fleste personer at have fulgt skole- eller børnetandplejetilbuddet; halvdelen af svarpersonerne i alderen 65-74 år og to tredjedele af de ældre på 75 år og derover

Tabel 6. Den procentvise andel af interviewede personer der oplyste at have besøgt tandlæge regelmæssigt inden for de seneste fem år, i relation til egen indkomst per år.

	Under 100.000 kr.	100.000- 199.999 kr.	200.000- 299.999 kr.	300.000- 399.999 kr.	400.000 kr. eller højere	Total
25-44 år	73 (n = 394)	80 (n = 1.624)	84 (n = 2.273)	85 (n = 825)	85 (n = 494)	82 (n = 5.610)
45-64 år	70 (n = 448)	83 (n = 1.620)	90 (n = 1.860)	93 (n = 787)	94 (n = 604)	87 (n = 5.319)
65 år og derover	46 (n = 1.240)	62 (n = 1.019)	83 (n = 231)	94 (n = 50)	88 (n = 59)	57 (n = 2.599)

havde ikke deltaget i regelmæssig tandpleje i barndommen.

#### Tandstatus – tandpleje

Tabel 7 viser andelen af voksne med forskellig tandstatus i relation til udnyttelsen af tandplejetilbuddet i barndom og voksenalder. Den nævnte sammenhæng er belyst efter kontrol for tredjevariablen alder. For 25-44-årige var der relativt færre personer med mindst 20 tænder i gruppen der ikke

havde deltaget i regelmæssig tandpleje i barndommen ( $P < 0,01$ ). For de øvrige aldersgrupper var der større forskel ( $P < 0,001$ ) på denne afhængige variabel i relation til deltagelse i regelmæssig tandpleje i barndommen, ligesom andelen af tandløse og protesebærere var signifikant højere i persongruppen »Ingen tandpleje« ( $P < 0,001$ ). For personer i alderen 45-64 år og 65 år og derover gjaldt det at den gruppe der ikke havde besøgt tandlæge regelmæssigt, havde signifikant flere tandløse og protesebærere samt færre personer med

Tabel 7. Den procentvise andel af interviewede personer som oplyste at være tandløse, at have 20 tænder eller flere, samt andelen af svarpersoner med aftagelig tandprotese, i relation til alder og deltagelse i regelmæssig tandpleje (barndom og aktuelt) (antal svarpersoner, se Tabel 4).

	Deltagelse i skole-/børnetandpleje				Besøg hos tandlæge de seneste fem år	
	Alle klassetrin	Nogle klassetrin	Anden regelmæssig tandpleje	Ingen tandpleje	Regelmæssigt	Ikke regelmæssigt
<b>25-44 år</b>						
Tandløse	-	-	1	-	-	1
20 tænder eller flere	99	97	99	86	91	96
Aftagelig tandprotese	0,7	3	2	3	1	1
<b>45-64 år</b>						
Tandløse	4	2	4	12	1	33
20 tænder eller flere	86	85	86	61	85	38
Aftagelig tandprotese	13	17	14	38	14	57
<b>65 år og derover</b>						
Tandløse	20	25	16	44	5	76
20 tænder eller flere	43	45	54	23	50	5
Aftagelig tandprotese	57	55	41	74	46	91

Tabel 8. Multivariat logistisk regressionsanalyse af tandstatusvariabler i relation til personlig indkomst per år, skoleuddannelse, aktuelle tandlægebesøg og deltagelse i tandpleje i barndommen. Talværdierne angiver odds ratio for de tre udfald (n=3.818).

Variabel	Kategori	20 tænder eller flere	Tandløshed	Aftagelig tandprotese
Egen indkomst (årsindkomst i kr.)	<100.000	0,60*	NS	2,26***
	100.000-199.999	0,83		1,50*
	200.000-299.999	1,20		1,22
	300.000-399.999	1,55		0,66
	400.000 og derover	-	-	-
Skoleuddannelse	7 år	0,23***	2,98*	5,46***
	8-9 år	0,43***	3,43*	2,53***
	10-11 år	0,64*	1,26	1,50
	Studenter-/ HF-eksamen	-	-	-
	Aktuelle tandlægebesøg	Ikke besøg	0,06***	107,7***
	Uregelmæssigt	0,26***	12,99***	3,25***
	Regelmæssigt	-		
Tandpleje i barndommen	Skoletandpleje			
	Alle klassetrin	2,13***	0,60**	0,60**
	Nogle klassetrin	2,16***	0,47***	0,77
	Anden regelmæssig tandpleje	2,22***	0,82	0,61**
	Ingen tandpleje	-		
R <sup>2</sup> (Cox & Snell)		0,39	0,31	0,38

\* P < 0,05, \*\* P < 0,01, \*\*\* P < 0,001

mindst 20 tænder (P < 0,001) end gruppen med regelmæssige tandlægebesøg.

#### Multivariat analyse

Tabel 8 viser resultaterne af de logistiske regressionsanalyser af de tre odontologiske sundhedsindikatorer (20 tænder eller flere, tandløshed, aftagelig tandprotese). Tabellen viser alene uafhængige variabler med statistisk signifikante hovedeffekter og omfatter således personlig indkomst, skoleuddannelse, aktuelle tandlægebesøg og tandpleje i barndommen.

Den bivariate effekt af aldersgruppe forsvandt i den multivariate analyse. Resultaterne viser eksempelvis at odds for 20 tænder eller flere var signifikant lavere for personer med lav indkomst (<100.000 kr.) sammenlignet med høj indkomst (400.000 kr. og derover). Desuden var odds for 20 tænder eller flere hos voksne mere end dobbelt så høj for personer med regelmæssig tandpleje i barndommen i forhold til personer uden regelmæssig tandpleje i barndommen.

#### Regionale forskelle

Variationen i tandforholdene efter amter er belyst i Tabel 9. Her indgår fire helbredsindikatorer og en indikator for udnyttelsen af tandplejetilbuddet. For så vidt angår aldersgruppen 45-64 år fremgår det at den højeste procentandel af personer med 20 tænder eller flere var at finde i Københavns og Frederiksberg Kommune samt Københavns og Frederiksberg Amt, mens Viborg og Ringkøbing Amt havde de laveste scores på denne variabel. Tandløshed blandt de ældre var mindre hyppigt forekommende i Københavns Amt, mens højeste frekvens blev registreret i Ribe Amt. For både 45-64-årige og aldersgruppen 65 år og derover havde Ringkøbing Amt relativt høje tal for forekomst af aftagelig tandprotese. Mht. søgning af tandlægehjælp var de regionale forskelle mindre.

#### Diskussion

Nærværende undersøgelse er baseret på data indsamlet som led i det systematiske undersøgelsesprogram som Statens In-



stitut for Folkesundhed (SIF) har udviklet for monitorering af sundhedsforholdene i den danske befolkning (18). Studiepopulationen udgør en nationalt repræsentativ stikprøve af voksne danskere, og stikprøvens størrelse giver et solidt analytisk potentiale.

I SIF's undersøgelsesprogram foretages dataindsamlingen primært ved personligt interview, der finder sted i svarpersonens eget hjem, og dette udføres af professionelle interviewere fra Socialforskningsinstituttet. Et grundigt træningsforløb medvirker til at sikre reliabilitet og dermed validitet af data. Erfaringsmæssigt giver det personlige interview en høj kvalitet af indsamlede data, og der opnås generelt en højere deltagelsesprocent end ved enquete. På baggrund af det store krav om data til den aktuelle undersøgelse blev der suppleret med et selvadministreret spørgeskema. I den foreliggende undersøgelse blev der opnået tilfredsstillende responsrater for begge dataindsamlingsmetoder.

I epidemiologiske undersøgelser udføres helbredsmaalinger hyppigst på basis af professionelle, objektive registreringskriterier. Dataindsamlingen i den aktuelle undersøgelse er baseret på højt strukturerede interviews/spørgeskemaer. Målingerne her hviler på et bredt sundhedsbegreb, og ho-

vedvægten er således lagt på at inddrage egen vurdering af helbredsstatus. Ved målingen af oral helbredsstatus er antallet af tænder valgt som den centrale sundhedsindikator, men i tillæg har den aktuelle spørgeskemaundersøgelse omfattet forekomst af aftagelig tandprotese.

I lighed med tidligere undersøgelser (12,16) blev der som led i analysearbejdet udskilt to kategorier af tandstatus med både klinisk og planlægningsmæssig relevans for tandplejen. Det drejer sig om tandløshed samt tilstedeværelsen af 20 tænder eller flere, der kan anses for at være et operationelt udtryk for et funktionelt, naturligt tandsæt.

De foreliggende tal for år 2000 viser en positiv profil for tandstatus for så vidt angår aldersgrupperne under 55 år, hvor langt de fleste interviewede tilkendegav at have et funktionelt tandsæt. Dette gjaldt imidlertid også for to tredjedele af de 55-64-årige og fire ud af 10 personer i alderen 65-74 år. Næsten halvdelen af de ældre på 75 år og derover var tandløse, og kun 20% havde et funktionelt naturligt tandsæt.

Det kan konstateres at der i Danmark fortsat er markante sociale uligheder i tandstatus, og dette gælder i højere grad for den midaldrende og ældre del af befolkningen. Dårlig tandstatus og forekomst af aftagelig tandprotese forekom

Tabel 9. Den procentvise andel af personer med forskellig tandstatus, forekomst af aftagelig tandprotese og udnyttelsen af tandplejesystemet i relation til amt.

Amt	20 tænder eller flere (45-64 år)	Totalt tandløse (65 år og derover)	Aftagelig tandprotese (45-64 år)	Aftagelig tandprotese (65 år og derover)	Regelmæssige tandlægebesøg (Total)
Københavns og Frederiksberg Kommune	88	23	17	57	74
Københavns Amt	85	16	15	48	84
Frederiksborg Amt	87	18	10	39	85
Roskilde Amt	74	27	15	67	84
Vestsjællands Amt	82	34	6	66	78
Storstrøms Amt	80	37	16	66	79
Bornholms Amt	74	37	(42)	(56)	82
Fyns Amt	82	39	18	67	76
Sønderjyllands Amt	73	45	21	72	77
Ribe Amt	72	47	22	85	77
Vejle Amt	76	44	20	71	79
Ringkøbing Amt	71	43	32	72	82
Århus Amt	83	36	16	70	80
Viborg Amt	71	46	23	69	79
Nordjyllands Amt	72	46	31	72	79
Total	79	36	19	65	79

Tal i parentes angiver begrænset procentbasis



særligt hyppigt blandt arbejdsløse og førtidspensionister, hvilket også er observeret i lokale studier (13,14). Generelt set er tandløshed hyppigst forekommende hos personer med kort skoleuddannelse og lav indkomst, mens omvendt langt de fleste højtuddannede og personer med høj indkomst oplyste at have et funktionelt tandsæt. Disse fund bekræfter således tidligere rapporter om social ulighed i tandsygdomsforekomst hos voksne danskere (6,10), men data er også i overensstemmelse med tilsvarende nyere undersøgelser i udlandet (23-26).

Undersøgelsen har desuden indikeret at et socialt netværk har positiv betydning for tandstatus.

Den multivariate analyse af tandstatus viste at der var separate direkte effekter af såvel socioøkonomiske variabler som adfærdsvariabler. Data understøtter således sundheds-sociologisk teori om social ulighed i sundhed (tandstatus) hvor dårlig helbredsstatus (tandstatus) primært forklares som udslag af dårlige levekår og begrænsede handlemuligheder samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (27).

### Tandplejetilbud og tandstatus

Nærværende undersøgelse har godtgjort at otte ud af 10 voksne benytter tandplejen regelmæssigt, og i et internationalt perspektiv er udnyttelsen af voksentandplejen i Danmark således bemærkelsesværdig høj (28).

Dog tilsiger de nye oplysninger at søgningen af tandlæge er vigende for de yngre voksne. Også mht. de voksnes tand-

plejevaner har tidligere danske (6,7,10-12) og nyere udenlandske (23-26) undersøgelser dokumenteret klare forskelle efter socioøkonomiske forhold, og sådanne sammenhænge genfindes i den aktuelle undersøgelse. For alle aldersgrupper af voksne gælder det at regelmæssig søgning af tandlæge er markant lavere hos personer med kort uddannelse og lav indkomst, og også for tandlægevanerne viste der sig at være positiv effekt af socialt netværk.

I henhold til lov om tandpleje (5) er formålet med tandplejen at befolkningen udvikler hensigtsmæssig hjemme-tandpleje samt deltager i tilbuddet om forebyggende og behandlende tandpleje for dermed at bevare tænder, mund og kæber i funktionsdygtig stand gennem hele livet. Voksenbefolkningens profil mht. egen omsorg i relation til sociale faktorer og udnyttelsen af tandplejetilbuddet er beskrevet i en separat rapport (19).

Den foreliggende undersøgelse indikerer at størstedelen af befolkningen udnytter tilbuddet om voksentandpleje, og i til-læg til de yngre voksne har betydelige andele af de midaldrende i dag deltaget i enten skole-/børnetandpleje eller anden regelmæssig tandpleje i barndommen. Det er i analysen klart dokumenteret at deltagelsen i regelmæssig tandpleje i barneårene har positiv effekt på tandstatus op i voksenalderen. De multivariate analyser har vist at deltagelsen i børnetandpleje øger sandsynligheden med en faktor 2 for et funktionelt naturligt tandsæt i voksenalderen, og den giver en markant reduktion i risikoen for tandløshed og aftagelig tandprotese.

Tabel 10. Den procentvise andel af interviewede personer der oplyste at være tandløse, at have 20 tænder eller flere og at besøge tandlæge regelmæssigt, i relation til alder og undersøgelsestidspunkt (1987, 1994, 2000).

Alder (år)	Tandløse			20 tænder eller flere			Regelmæssige tandlægebesøg		
	1987	1994	2000	1987	1994	2000	1987	1994	2000
16-24	-	-	-	99	100	99	91	87	83
25-34	1	-	-	97	99	99	90	84	78
35-44	2	1	-	87	95	97	88	89	87
45-54	12	4	2	61	83	89	75	87	89
55-64	33	24	9	36	51	66	54	68	84
65-74	51	40	27	16	29	40	35	51	66
75+	66	55	46	7	12	20	31	35	46

Tilsvarende viser analyserne at der er signifikant sammenhæng mellem tandstatus og aktuelle regelmæssige tandlægebesøg. Det anvendte undersøgelsesdesign giver visse begrænsninger for konklusioner om årsag-virkning-sammenhænge. Spørgsmålet er således om regelmæssige tandlægebesøg fører til bevarelsen af et funktionelt tandsæt, eller om tandtabet begrundes uregelmæssige eller manglende tandlægebesøg.

#### Udviklingstendenser

SIF's undersøgelser af sundhed og sygelighed er tilrettelagt således at man regelmæssigt (hvert 6.-7. år) sigter mod at indhente systematiske oplysninger om befolkningens helbredsforhold (18). Formålet er bl.a. at fremskaffe sammenlignelige tidsserier af sundhedsindikatorer, hvorved det er muligt at følge udviklingen. Den første generelle undersøgelse blev gennemført i 1987 (16), og denne er siden fulgt op i 1994 (12,18) og 2000.

Tabel 10 giver grundlag for at sammenligne oplysninger om tandstatus og regelmæssige tandlægebesøg over tidsperioden 1987-2000, og der kan for alle aldersgrupper konstateres bemærkelsesværdige forbedringer. For ældre i alderen 65-74 år er andelen af tandløse halveret, og der er tre gange så mange personer med et funktionelt, naturligt tandsæt i år 2000 i forhold til 1987. Denne tendens er i øvrigt parallel med udviklingen i lande omkring Danmark som fx Storbritannien (23) eller Sverige (29).

Også mht. tandlægebesøg er der indtruffet markante ændringer over tid. For de yngre voksnes vedkommende er udviklingen gået i en retning af stigende benyttelse af tilbuddet om regelmæssige tandlægebesøg, hvorimod udviklingen har været modsat for de ældre. I aldersgruppen 65-74 år er der i år 2000 næsten dobbelt så mange med regelmæssige tandlægebesøg som i 1987.

På alle tre undersøgelsestidspunkter er der observeret regionale forskelle i tandstatus og hyppighed af regelmæssige tandlægebesøg, men det er værd at notere at i takt med de positive ændringer i tandforholdene over tid er der sket en signifikant reduktion i de tidligere konstaterede forskelle mellem landsdelene.

#### Opfyldelsen af mål for oral sundhed i år 2000

Verdenssundhedsorganisationen WHO formulerede ved begyndelsen af 1980'erne globale og regionale mål for sundhed ved årtusindskiftet som led i det såkaldte »Health for all«-program (30). De generelle sundhedsmål med høj relevans for oral sundhed fokuserede på at der ved år 2000 skulle opnås en markant reduktion i ulighed i sundhed (Target 1); flere mennesker skulle have bedre livskvalitet (Target 2); der

skulle ske en signifikant reduktion i forekomsten af kroniske sygdomstilstande (Target 4), og befolkningens adgang til primære sundhedstjenesteydelser skulle forbedres (Target 28).

På basis af de foreliggende analyser kan det konkluderes at væsentlige resultater er nået i relation til de af WHO opstillede generelle mål. Flere voksne danskere har nu et funktionelt, naturligt tandsæt, hvilket er en vigtig forudsætning for livskvalitet (Target 2); der er sket en markant reduktion i tandløshed (Target 4), og større andele af befolkningen udnytter tilbuddet om tandpleje (Target 28).

De regionale/geografiske forskelle i tandstatus er reduceret, men målet om udligning af social ulighed i tandstatus er endnu ikke nået, specielt ikke for ældrebefolkningen. Fig. 1 illustrerer dette forhold for ældre mennesker på 65 år og derover, og der er her anvendt samme klassifikation for skoleuddannelse på begge undersøgelsestidspunkter. Det er således bemærkelsesværdigt at hældningskoefficienterne i relation til skoleuddannelse er stort set identiske for årene 1994 og 2000 mht. prævalensen af tandløshed hhv. tilstedeværelsen af mindst 20 tænder.

I 1982 formulerede WHO og FDI (Federation Dentaire Internationale) specifikke tandsundhedsmål for år 2000 (20,21), og i 1985 blev disse kompletteret af Sundhedsstyrelsen (20). De internationale WHO-mål for år 2000 implicerer for tandstatus:

#### 35-44 år:

- tandløshed forekommer kun undtagelsesvis
- mindst 75% har 20 tænder eller flere

#### 65 år og derover:

- mindst 50% har 20 tænder eller flere
- højst 40% er totalt tandløse

Målene som formuleret af Sundhedsstyrelsen (20) lyder således:

#### 35-44 år:

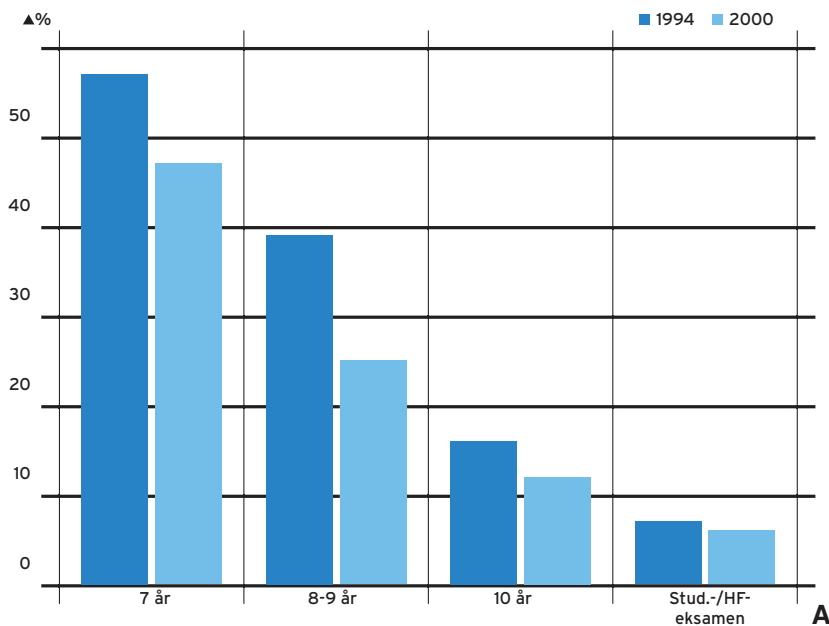
- mindst 97% har mindst 20 naturlige tænder
- tandløshed forekommer undtagelsesvis

#### 65 år og derover:

- højst 45% er tandløse
- mindst 40% har mindst 20 naturlige tænder

De foreliggende data for 35-44-årige i år 2000 viser at målene formuleret af WHO og Sundhedsstyrelsen er nået på begge tandstatusindikatorer. Målsætningerne for år 2000 vedr. andelen af ældre med mindst 20 tænder blev imidlertid ikke

**Tandløshed**



**20 tænder eller flere**

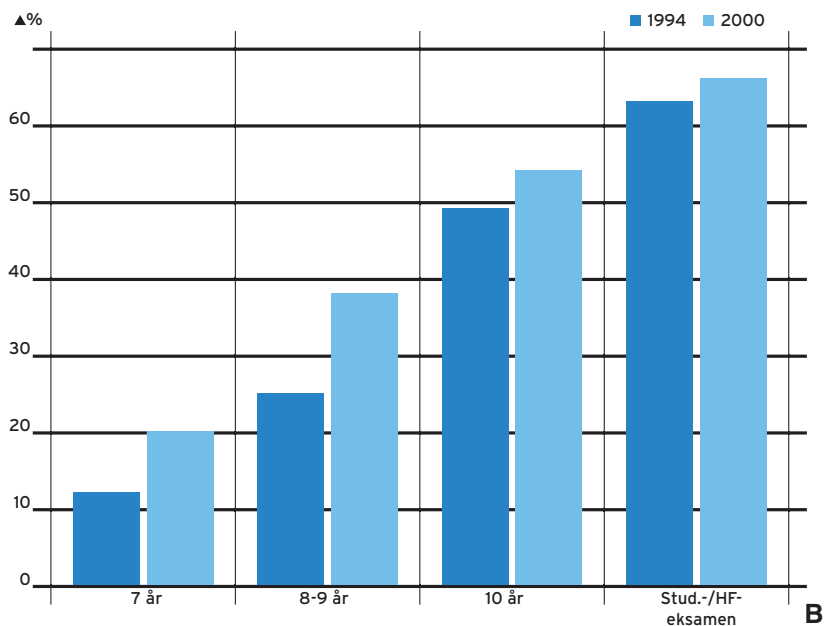


Fig. 1. Procentandelen af interviewede ældre på 65 år og derover som oplyste at være tandløse (A) resp. have 20 tænder eller flere (B) i relation til skoleuddannelse (7, 8-9, 10 år eller studenter-/HF-eksamen) og undersøgelsestidspunkt (1994/2000).

Fig. 1. Percentages of interviewed elderly (65 years or older) who reported being edentulous (A) or having at least 20 teeth present (B) in relation to the number of years attending school (7, 8-9, 10 years or General Certificate) and years of examination (1994/2000).

opnået (31% har 20 tænder eller flere), men dette gælder til gengæld for frekvensen af tandløshed (36%). Den positive udvikling vedr. tandløshed er gået så stærkt at den seneste prognose tilsiger at tandløshed i år 2020 må forventes at være beskednen (<2%) i voksenbefolkningen som helhed (15).

Nærværende undersøgelse har bidraget til at dokumentere at det generelt set er gået fremad med de voksnes tandstatus. Dette kan bl.a. tilskrives den øgede udnyttelse af voksentandplejetilbuddet og at stadig større andele af de voksne har modtaget regelmæssig tandpleje i barne- og ungdomsårene. Hertil kommer også at befolkningens egen omsorg, generelle levevaner og livsvilkårene har ændret sig i de senere år.

Imidlertid vedbliver det at være en udfordring for den danske voksentandpleje at medvirke til udligningen af de sociale forskelle i tandforholdene. Den foreliggende rapport peger på at indsatsen i de kommende år i høj grad bør orienteres mod at fremme oral sundhedsstatus hos ældrebefolkningen. I overensstemmelse med WHO's strategiplan for det 21. århundrede (31) vil det endeligt være påkrævet at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til formulering af nye nationale mål for oral sundhed frem mod år 2020.

### English summary

*Adult dental health status and use of oral health services in Denmark 2000. Sociobehavioural determinants for improvement in oral health*

The purpose of the present study was to analyse the Danish dental health status and use of oral health services in adult life, and the impact of experience of regular dental care during childhood. The study population comprised 16,659 randomly selected Danish citizens 16 years of age or older, which represents 74% of the target population. The data were collected by means of pretested, standardised questionnaires and carried out by professional interviewers. All participants were asked about their general health status, health and illness behaviour, and sociodemographic background. The oral health indicators included self-assessed dental health status in terms of the number of natural teeth present and frequency of dental visits through the past five years. In addition, a random subsample of 3,818 participants (66% response rate) responded to a self-administered, structured questionnaire whereby information was obtained on dental care habits during childhood, presence of removable dentures and oral hygiene habits.

In total, the prevalence of edentulousness was 8%, varying from 9% among 55-64-year-olds to 46% among the elderly aged 75 years or older. Low income groups and people of low educational background had relatively high frequencies of edentulousness. In all, 80% of the participants had function-

al dentition as measured by the presence of 20 or more teeth; the figure was 66% for 55-64-year-olds and 20% among participants aged 75 years or older. In parallel, high income groups and people of high educational background had functional dentition more often than those of low income or low educational backgrounds. In the subsample, 19% were denture-wearers; 32% at ages 55-64-years and 73% at ages 75 years or older. Again, socioeconomic factors had an impact on the prevalence of denture wearers.

Regular use of oral health services were found for 80% of the participants; 89% in 45-54-year-olds and 46% of respondents aged 75 years or older. Half of the participants took part in school dental service through all grades, 15% through some grades, while 17% saw a private dental practitioner on a regular basis during childhood. Multivariate analyses showed that the probability of being edentulous, wearing removable denture and having 20 or more teeth was highly influenced by dental care habits in adult life and during childhood.

Comparisons of results with previous studies (1987 and 1994) support that the dental health status of the adult population in Denmark has improved considerably during the past 15 years. The frequency of edentulousness decreased from 51% (1987) to 27% (2000) in elderly aged 65-74 years, and the proportion of people with functional dentition grew from 16% (1987) to 40% (2000). Moreover, the dental visiting habits improved vastly, especially in the middle-aged and elderly. Thus, in 1987 35% of participants at ages 65-74 years saw a dentist regularly compared to 66% in 2000. However, a remarkable decrease in regular dental attenders was found among young adults.

Denmark has achieved the WHO global goals for the year 2000 as to dental health status in the 35-44-year-olds. At this age, 97% had 20 or more remaining natural teeth as compared to the WHO goal of 75%. In the elderly of 65 years or older the goal of reduction of edentulousness to the level of 40% at maximum was achieved (36%), however, for the elderly the goal of at least 50% with functional dentition was not reached (31%).

Undersøgelsen har modtaget økonomisk støtte fra Amtsrådsforeningen i Danmark, Tandlægernes Nye Landsforenings Forskningskonto samt Velux-fonden.

### Litteratur

1. Marthaler TM, O'Mullane DM, Vrbic V. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. *Caries Res* 1996; 30: 237-55.
2. Poulsen S, Scheutz F. Dental caries in Danish children and adolescents 1988-1997. *Community Dent Health* 1999; 16: 166-70.
3. Petersen PE, Torres AM. Preventive oral health care and health

- promotion provided for children and adolescents by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *Int J Paediatr Dent* 1999; 9: 81-91.
4. Folketinget. Lov om børnetandpleje. Lov nr. 217 af 19. maj 1971.
  5. Folketinget. Lov om tandpleje. Lov nr. 310 af 4. juni 1986.
  6. Petersen PE. Tandplejeadfærd, tandstatus og odontologisk behandlingsbehov hos arbejdere og funktionærer på en dansk industrivirksomhed. En socialodontologisk bedriftsundersøgelse (Disp). Odense: Odense Universitetsforlag; 1981.
  7. Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult Danish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 162-8.
  8. Petersen PE. Levekårenes betydning for proteseffrekvensen i den danske voksenbefolkning. *Tandlægebladet* 1983; 87: 581-4.
  9. Schwarz E, Pedersen KM. Tandforhold og proteseffrekvens i den voksne danske befolkning 1980. *Tandlægebladet* 1983; 87: 11-22.
  10. Kirkegård E, Borgnakke WS, Grønabæk L. Tandsygdomme, behandlingsbehov og tandplejevaner hos et repræsentativt udsnit af den voksne danske befolkning (Licentiatfah.). Århus og Københavns Tandlægehøjskoler; 1987.
  11. Schwartz E, Pedersen KM. Den voksne danske befolknings tandplejeadfærd. *Tandlægebladet* 1983; 87: 49-57.
  12. Christensen LB, Kjølner M, Petersen PE, Vigild M. Tandstatus og udnyttelsen af tandplejetilbuddet hos voksne i Danmark 1994. *Tandlægebladet* 1996; 100: 215-22.
  13. Petersen PE, Nørtov B. Alment og oralt helbred i relation til livsstil og socialt netværk hos ældre, hjemmeboende mennesker. *Tandlægernes Tidsskr* 1990; 5: 36-41.
  14. Petersen PE, Antoft P. Oral sundhed og tandplejevaner hos bistandsklienter og pensionister i Herlev Kommune. *Tandlægernes Tidsskr* 1994; 9: 332-8.
  15. Sundhedsstyrelsen. Tandplejeprognoze. Udbud og efterspørgsel for tandplejepersonale i Danmark. 2000-2020. København: Sundhedsstyrelsen; 2001.
  16. Rasmussen NK, Groth M, Bredkjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen E. Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi; 1988.
  17. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding I, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi; 1995.
  18. Kjølner M, Rasmussen NK, red. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2002.
  19. Christensen LB, Petersen PE, Krusturp U, Kjølner M. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2002 (in press).
  20. World Health Organization. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health by the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32: 74-7.
  21. Petersen PE, Christensen LB, Möller IJ, Staehr-Johansen K. Continuous improvement of oral health in Europe. The approach of the World Health Organization Regional Office for Europe. *Eur Dent* 1994; 3: 21-3.
  22. Sundhedsstyrelsen. Modeller for en fremtidig tandsundhedspolitik (ATFO). København: Sundhedsstyrelsen; 1985.
  23. Walker A, Cooper A, editors. Adult dental health survey. Oral health in the United Kingdom 1998. London: The Stationary Office. Office for National Statistics; 2000.
  24. Petersen PE, Aleksejuniene J, Christensen LB, Eriksen HM, Kalo I. Oral health behaviour and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odontol Scand* 2000; 58: 243-8.
  25. Micheelis W, Reich E, editors. Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 1999.
  26. Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclercq M-H, Lyttle CS. Comparing oral health care systems – a second international collaborative study. Geneva: World Health Organization; 1997.
  27. Petersen PE. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 153-8.
  28. Petersen PE, Holst D. Utilization of dental health services. In: Cohen L, Gift HC, editors. Disease prevention and oral health promotion. Copenhagen: Munksgaard; 1995.
  29. Österberg T, Carlsson GE, Sundh V. Trends and prognoses of dental status in the Swedish population: analysis based on interviews in 1975 to 1997 by Statistics Sweden. *Acta Odontol Scand* 2000; 58: 177-82.
  30. World Health Organization. Targets for health for all. The health policy for Europe. Summary of the updated edition. September 1991. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
  31. World Health Organization. Health 21 <#208> Health policy for the 21st century. Copenhagen WHO Regional Office for Europe; 2000.

## Forfattere

*Poul Erik Petersen*, professor, dr.odont., BA, cand.scient.soc.

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

*Mette Kjølner*, seniorforsker, cand.psych.

Statens Institut for Folkesundhed

*Lisa Bøge Christensen*, forskningsadjunkt, ph.d., og *Ulla Krusturp*, MPH, kandidatstipendiat

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