

ABSTRACT

Tandplejens måske største udfordring i fremtiden?

Udviklingen i befolkningssammensætningen gennem de senere år har betydet, at der er langt flere ældre medborgere end tidligere. De fleste ældre har et tandsæt, der er præget af følger af en stor mængde tandsygdomme, som er akkumuleret gennem et langt liv. Det betyder, at selv om der overvejende er forholdsvis lidt ubehandlet caries hos denne store gruppe af ældre, så er der et betydeligt behov for udskiftning af restaureringer og vedligeholdelse. Derudover er der et behov for forebyggelse og behandling af parodontale tilstande hos mange i denne aldersgruppe. Blandt de "ældste ældre" er behandlingsbehovet øjensynlig langt mere omfattende. Med flere og flere personer i disse aldersgrupper kan der generelt forudses en øget efterspørgsel efter tandplejeydelser, ikke blot ydelser af basal karakter, men også ydelser, der kræver mere avancerede behandlingstyper. Den helt store udfordring, som tandplejen allerede nu står overfor, og som også bliver et voksende problem fremover, er den gruppe ældre, som ikke længere er i stand til at benytte det almindelige tandplejesystem. Det kan være fysiske eller psykiske barrierer, der forhindrer disse ældre i at bevare kontinuitet i kontakt til tandplejesystemet, samtidig med at evnen til at gennemføre sufficient mundhygiejne reduceres. Velbehandlede tandsæt forfalder på kort tid i disse situationer. Tandsundheden blandt de ældre, som bliver svækkede, er måske den største udfordring for tandplejen, fordi flere svækkede ældre bevarer deres tænder, samtidig med at forekomsten af tandsygdomme øges, en udvikling der naturligt kalder på etablering af effektive tandplejeprogrammer for denne borgergruppe.



Henvendelse til forfatter:

Lisa Bøge Christensen, email: lbch@sund.ku.dk

Demografiske og sociale forandringer samt forekomst af tandsygdomme i den ældre generation - status og udviklinger

Lisa Bøge Christensen, lektor, ph.d., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Børge Hede, overtandlæge, adjungeret lektor, ph.d., Voksentandplejen, Københavns Kommune, og Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Päivi Siukosaari, tandlæge, specialtandlæge i cariologi og endodonti, ph.d., City of Helsinki, Finland

Accepteret til publikation den 4. maj 2016

Det er velkendt, at der bliver flere og flere ældre, og at de ældre i dag har flere tænder end tidligere, en udvikling, der ser ud til at fortsætte. Det har naturligvis betydning for tandplejen og den service, som tandplejesystemet skal kunne yde overfor denne borgergruppe. En oversigt over de aktuelle tandplejetilbud til voksen- og ældrebefolkningen i de nordiske lande er skitseret i Tabel 1. I nærværende artikel forsøger vi at give et overordnet billede af de forandringer, som er sket, og dem, som må forventes i fremtiden. Det gælder dels de demografiske forandringer, dels forandringer i de ældres tandstatus og tandsygdomssituation. De sidstnævnte forandringer sker på basis af den viden, som vi har fra studier i de nordiske lande. Ud over at beskrive udviklingen og den aktuelle situation vil vi pege på de områder, hvor udfordringerne for tandplejen ser ud til at blive mest markante. Det vil føre for vidt at gennemgå de demografiske ændringer

i hvert af de nordiske lande, hvorfor der er taget udgangspunkt i danske forhold, hvad angår demografi, midlertid og funktionstab, og fordi der ses parallelle udviklingstendenser i de nordiske lande. Danmark kan derfor tjene som eksempel.

EMNEORD

Demography; elderly; oral health; dental care; disabled elderly

Tandplejetilbud

	Voksne generelt	Voksne/ældre med særlige behov Særlige tilskudsordninger
Danmark	<p>Alle voksne ≥ 18 år Privat tandplejepraksis</p> <p>Delvis brugerbetaling Tilskud til basale ydelser</p> <p>Prisregulering på basale ydelser</p> <p>Mulighed for privat forsikringsordning</p>	<p>Omsorgstandpleje (svækkede ældre)</p> <p>Specialtandpleje (psykisk syge og udviklingshæmmede)</p> <p>Grupper med odontologiske følger af sjældne medfødte sygdomme</p> <p>Personer med odontologiske følger af cancerbehandling eller Sjögrens syndrom</p> <p>Økonomisk tilskud til tandpleje til mindrebedemlede (sociallovgivningen)</p>
Sverige	<p>Tilbud om behandling i offentligt (Folktandvården) eller privat regi, delvis brugerbetaling</p> <p>Abonnementsordning (Frisk-tandvård, Folktandvården): Fast pris pr. år</p> <p>Tilskudsordning, der beskytter mod høje udgifter til tandpleje. Tilskud udløses, når udgifterne overstiger et bestemt beløb</p>	<p>Tandplejetilbud for særlige svage grupper:</p> <p>Fx personer med funktionstab, svækkede ældre på institution mv.</p>
Norge	<p>Voksne: Privat eller offentlig tandpleje</p> <p>Fuld brugerbetaling Ingen prisregulering</p> <p>Betalingsloft på visse tandplejeydelser, fx kirurgi, parodontalbehandling, orale bløddelssygdomme</p>	<p>Helt eller delvist tilskud til særligt prioriterede grupper</p> <p>Fx borgere med manglende evne til egenomsorg (herunder svækkede ældre)</p> <p>Borgere med medfødte lidelser mv.</p>
Finland	<p>Offentlig eller privat tandpleje Delvis brugerbetaling</p> <p>Offentlig tandpleje: Faste priser med tilskud</p> <p>Privat praksis: Ingen prisregulering Tilskud til basale ydelser efter faste takster</p>	<p>Ingen særlige ordninger</p>

Table 1. Oversigt over tandplejetilbud til voksne og ældre i de fire nordiske lande.

Table 1. Oral health care systems for adults and elderly in the Nordic countries.

Demografi

Der er ingen generelt accepteret definition af, hvornår man er "ældre", men ofte anvendes enten alderen 60 år eller den officielle pensionsalder som nedre aldersafgrænsning. Derudover bruges i nogle sammenhænge betegnelsen "yngre ældre" om personer mellem 60 og 74 år og betegnelsen "ældre ældre" om borgere, som er 75 år eller ældre. I engelsksproget litteratur kan man tillige træffe på betegnelsen "oldest old" om personer over 85 år (1).

Ældrebefolkningen i de vesteuropæiske samfund er i store forandringer. Dels udgør de ældre en stadig større andel af befolkningen, dels ændres alderssammensætningen internt i ældrebefolkningen således, at der bliver stadigt flere af de ældste ældre. Dette skyldes, at den gennemsnitlige levealder til stadig-

hed øges med ca. tre måneder om året, i takt med at ældredeligheden falder, og at der fødes færre børn pr. årgang (1).

Middellevetiden

Middellevetiden for kvinder i Danmark steg fra 72,6 år til 80,4 år fra 1950'erne og frem til 2006, og den er i stadig stigning. Tilsvarende er andelen af borgere i Danmark, som er 65 år eller mere, steget fra ca. 9 % i 1950 til 15 % i år 2000 og vil, med en forsigtig fremskrivning, udgøre 22 % i 2025 (1). Fig. 1 viser hvorledes befolkningspyramiden har ændret form fra den tidligere "pyramide" til en "pære" i 2000 og for i højere grad at komme til at ligne et æble i fremtiden (1). Middellevealderen i Danmark er på niveau med Finland, medens den er markant højere i både Norge, Sverige og Island. Udviklingstendensen →

Populationsstruktur

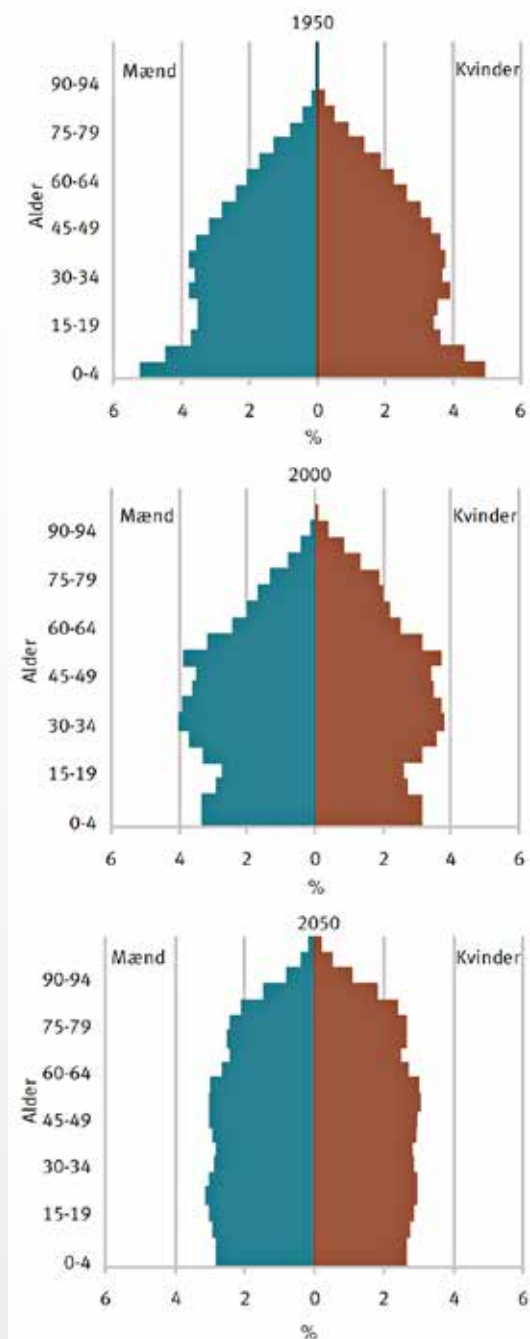


Fig. 1 Befolkningspyramiden i Danmark i 1950, 2000 og fremskrevet til 2050.

Fig. 1 Age distribution of the population in Denmark in 1950, 2000 and estimated in 2050.

Kilde: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed; 2007.

er imidlertid den samme i samtlige fem lande (2). Bag denne udvikling gemmer sig betydelige kønsforskelle. Jævnfør Danmarks Statistik var middellevetiden i Danmark i 2014 78,5 år for mænd og 82,7 år for kvinder. Mænd har tilsyneladende ikke i samme grad haft fordel af de forbedrede levevilkår og behandlingsmuligheder som kvinder, uagtet at kvinder rapporterer flere sygdomme og funktionsbegrænsninger end mænd (3). Samme forskelle findes i de øvrige nordiske lande (2). Det er dog ikke kun kønsforskelle, der er markante. Der ses også store socialt betingede forskelle i middellevetiden. Middellevetiden for danskere i lavindkomstgruppen steg således fra 69,1 til 71,5 i perioden 1987-2009 medens den for højindkomstgruppen steg fra 74,6 til 81,4 (3). Den socialt betingede ulighed i middellevetid synes således at være øget gennem de sidste 20 år, et fænomen, som er parallelt med den forøgede ulighed i forekomsten af tandløshed, som er sket i samme periode (4). Den absolutte forekomst af tandløshed i ældrebefolkningen er generelt faldet for alle socialgrupper, men da den procentuelle reduktion har været størst blandt de mest socialt privilegerede, er den relative forskel blevet øget. Dette fænomen er parallelt til, at selv om den generelle middellevetid er forøget i alle socialgrupper, er den øget mest hos de socialt privilegerede, hvorfor der er opstået en større forskel socialgrupperne imellem.

Almenlidelser og funktionstab

Imidlertid er det ikke kun ældregruppens størrelse og alderssammensætning, som er interessant i et odontologisk perspektiv. Mindst lige så interessant er forekomsten af almenlidelser og funktionstab, som kan influere på den enkeltes evne til at tage vare på sig selv og sin sundhed og på evnen til at benytte tandplejesystemet. Som mål for leveår uden funktionsbegrænsning anvendes ofte begrebet "Healthy Life Years" (HLY) ved 65-års alderen, dvs. hvor mange leveår man i gennemsnit kan forvente at leve efter det fyldte 65. år uden funktionsbegrænsninger. I Danmark steg restlevetiden for 65-årige fra 14,1 år til 17,3 år i perioden 1995 til 2011, og tilsvarende steg HLY fra 9,0 år til 12,4 år (5). Der ses samme udviklingstendens i de øvrige nordiske lande (5). Den forøgede middellevetid skete således ved en forøgelse af "gode leveår", hvilket da også er en årsag til, at man i bl.a. Danmark har besluttet successivt at øge pensionsalderen.

Mange af de almindeligst forekommende kroniske sygdomme hos ældre er at betragte som livsstilssygdomme og er altså et resultat af akkumulerede påvirkninger, hvorfor sygdomsrisikoen stiger med alderen. Det gælder både hjerte-kar-sygdomme, visse former for cancer, diabetes og degenerative lidelser i bevægeapparatet, fx slidgigt (6). Man ved også, at risikoen for at udvikle demens og andre neurologiske lidelser, fx morbus Parkinson, stiger med stigende alder (7). Selv om det gennemsnitlige antal gode leveår øges, og andelen af ældre med funktionsnedsættelser falder, vil det absolutte antal ældre med funktionsnedsættelse formodentlig øges på grund af den absolutte forøgelse i antallet af ældre – specielt de ældste ældre. Der



hersker imidlertid en vis usikkerhed omkring dette grundet forskellige præferencer med hensyn til de opstillede matematiske fremskrivningsmodeller (8).

Det er karakteristisk, at ældre hyppigere end yngre er i medicinsk behandling for en eller flere kroniske lidelser. En opgørelse viste således, at 65-70 % af de ”yngre ældre” og 76-82 % af de ”ældre ældre” regelmæssigt bruger medicin, og at kvinder anvender medicin hyppigere end mænd (3).

Funktionsnedsættelse i bevægeapparatet og demens

De to helbredsmæssige forhold, som formodentlig har størst indflydelse på ældres tandsundhed, er 1) funktionsbegrænsninger pga. af funktionsnedsættelser i bevægeapparatet, som kan være en barriere for regelmæssige tandlægebesøg, og 2) forekomsten af demens, der i mere eller mindre grad vil gøre den enkelte afhængig af hjælp fra andre – både i forhold til den daglige hjemmetandpleje og ved anvendelse af tandplejesystemet. Blandt de ”ældre ældre” bruger op mod en fjerdedel stok, krykker eller gangstol dagligt, og ca. 3 % er bundet til en kørestol (3). Selv om man i Danmark har etableret en såkaldt ”omsorgstandpleje” for svage ældre, indeholder denne ordning ikke nogen økonomisk kompenserende ordning ved behov for nødvendig transport til en tandlægeklinik. Dette kan udgøre en barriere for, at bevægelseshæmmede ældre fastholder tidligere gode regelmæssige tandlægebesøgsvaner, da de derfor vil være henvist til den tandpleje, som kan ydes med mobilt udstyr. Man har tidligere talt om, at der var en veritabel epidemi af demens i vente. Man kalkulerede med en fordobling af antallet af demente borgere hvert 20. år. De sidste fremskrivninger, som ses i Tabel 2, kalkulerer dog med en mindre drastisk stigning (9). Der er dog ingen tvivl om, at det voksende antal demente medborgere vil udgøre en stor faglig udfordring, ikke blot for ældresektoren som helhed, men også for tandplejen. Tandplejen skal kunne takle et voksende antal ældre, som igennem livet har bevaret deres naturlige tænder ved en god hjemmetandpleje og regelmæssige tandlægebesøg, men som nu ikke længere kan tage vare på hverken hjemmetandplejen eller de regelmæssige tandlægebesøg uden betydelig hjælp fra andre.

Oral sundhed og sygdom i ældrebefolkningen

Tandstatus

Epidemiologiske undersøgelser af ældrebefolkningens orale sundhed har som oftest haft fokus på de 65-74-årige, idet den-

KLINISK RELEVANS

Der bliver flere og flere ældre medborgere, og ældrepopulationen bevarer i stigende grad deres naturlige tænder. Den samme befolkningsgruppe har typisk gennem livet akkumuleret store mængder af tandsygdomme, de har mange fyldninger eller støbte restaureringer, som kræver såvel reparationer som vedligeholdelse.

I takt med funktionstab blandt de ældre og de ældste ses et

stort behov for hjælp til såvel den daglige mundhygiejne som til de regelmæssige tandlægebesøg for at undgå, at velbehandlede tandsæt forfalder på kort tid.

Det er en stor udfordring for tandplejen, at forekomsten af tandsygdomme øges blandt svækkede ældre, som har bevaret deres tænder. Dette kalder på etablering af effektive tandplejeprogrammer for denne gruppe af borgere.

ne aldersgruppe er en såkaldt WHO standard aldersgruppe, men der findes dog også undersøgelser, der har anvendt andre aldersinddelinger. I 1980'ernes Danmark var 60 % af alle ældre mellem 65 og 81 år tandløse (10). Fig. 2 viser udviklingen i procentandelen af tandløse ældre danskere, og de viste data stammer fra nationale og repræsentative studier (10-12). Fig. 3 viser, at der omvendt er sket en stigning i andelen af ældre danskere, der har 20 eller flere tænder tilbage (10-12). I de øvrige nordiske lande har en tilsvarende udvikling fundet sted, dog har tandløshed været mindre udbredt i Sverige end i de øvrige nordiske lande (13). Det skal samtidig fremhæves, at der på trods af disse generelt markante forbedringer i tandsundheden er observeret betydelige regionale og ikke mindst sociale variationer med hensyn til antal af tilstedeværende tænder (11-13). En sammenligning af tandsundhedstilstanden blandt ældre i de fire nordiske lande peger i retning af, at nordmænd og finner har bevaret relativt færre tænder sammenlignet med danskere og svenskere, dog med det forbehold, at der er tale om forskellige studiedesign og meget varierende antal deltagere (14). Et norsk studie fra 2003 baseret på stikprøver fra 11 tilfældigt udvalgte kommuner viste, at en tredjedel af norske borgere over 67 år havde proteser og ingen naturlige tænder,

Demens – fremskrivning

2015	2020	2025	2030	2035	2040
83.830	94.265	107.883	123.857	139.375	151.368

Tabel 2. Fremskrivning af antallet af ældre med en demenslidelse i den danske befolkning.

Table 2. Extrapolation of number of elderly persons with senile dementia in the Danish population.

Kilde 19-1-2016: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-danmark/>

Tandløshed

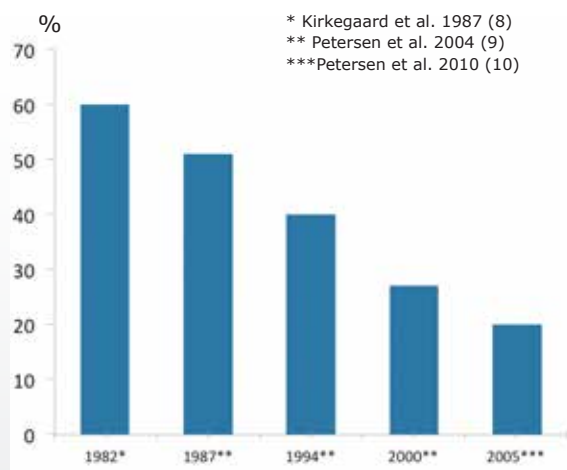


Fig. 2. Procentandel af tandløse 65-74-årige i Danmark (1982: 65-81 år).

Fig. 2. Percentage of edentulous persons 65-74 years of age (1982: 65-81 years).

20 tænder eller flere

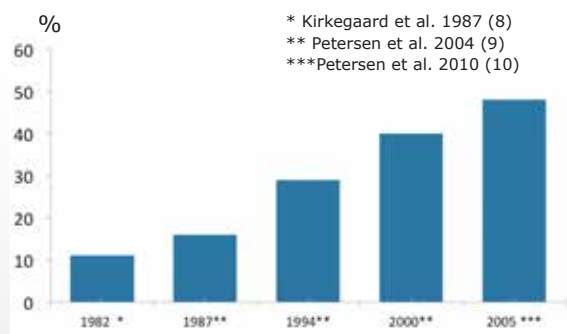


Fig. 3. Procentandel af 65-74-årige danskere med 20 eller flere tænder (1982: 65-81 år).

Fig. 3. Percentage of persons of 65-74 years with 20 or more natural teeth (1982: 65-81 years).

men at der var store geografiske forskelle varierende fra 11 % i Sydøstnorge og Oslo til 67 % i den nordlige del af Norge (15). Geografiske forskelle i tandløshed er også fundet i Finland, hvor et studie fra 2008 pegede på, at 22 % af de undersøgte mellem 60 og 78 år i en kommune nær Helsinki var tandløse, mens dette var gældende for 53 % i en nordligt beliggende kommune (Lakeus) (16). I Sverige er der derimod tale om en langt lavere befolkningsandel med tandløshed. Udviklingen i Sverige

synes at være sket over en relativt kort tidsperiode. Hvor tandløshed blandt 60-79-årige i Dalarne i Sverige var 16 % i 1983, faldt den til 3 % i 2008 (17). Lignende udvikling er vist andre steder i Sverige fx i Jönköping (18), hvor tandløsheden blandt de 70-årige faldt fra 29 % i 1983 til 1 % i 2003. Dog er tandtab i Sverige fortsat associeret til socioøkonomiske faktorer (19). Generelt er der klare tegn på, at tendensen til flere ældre med bevarede tænder fortsætter. Der er tale om generationer, som har haft den samme sociale og kulturelle baggrund med hensyn til tandpleje, og de variationer, som man finder i gruppernes tandstatus, har deres oprindelse mange år tilbage i tid. Der er således ikke tale om et fænomen, der skyldes alder, men et generationsfænomen (20).

Carieserfaring og ubehandlet caries

Med hensyn til carieserfaringen (DMFT) i den ældre generation, ses der høje værdier. De seneste repræsentative danske data viste et gennemsnit på 26,2 DMFT blandt 65-74-årige (21). Finske og norske studier viser lidt lavere værdier for DMFT og DT (ubehandlet caries) (22,23), samtidig med at der i Finland er påvist en stigende tendens i carieserfaringen over tid (22). I tråd med at DMFT er ret høj blandt ældre, er antallet af sunde tænder (dvs. tænder helt uden caries eller fyldninger) omvendt ganske lavt (24). Det er således ikke uden grund, at man taler om "fyldningsgenerationer". Blandt ældre danskere er mængden af ubehandlet caries tilsyneladende beskedent. I to nyere studier var der gennemsnitligt henholdsvis 0,8 og 0,4 DT (cariere tænder) blandt 65-74-årige (21,25). Den seneste undersøgelse blandt brugere af det danske tandplejesystem viste, at ca. 20 % af de 65-årige havde ubehandlet caries (26), mens der i andre studier blandt personer over 80 år fandtes ubehandlet caries hos mellem 50 og 80 % (27-29). Cariesforekomsten i den ældste gruppe (80 år +) var desuden associeret til graden af fysisk og psykisk svækkelse, og i lighed med andre aldersgrupper var caries associeret til sociale faktorer (28).

Parodontale sygdomme hos ældre

På trods af at tandsundheden er forbedret gennem de seneste årtier, er marginal parodontitis stadig en af de mest almindelige kroniske inflammationstilstande i den betandede del af ældrebefolkningen, og parodontale lidelser udgør en betydelig del af den orale sygdomsbyrde. Der er nogle metodiske vanskeligheder ved at foretage sammenligninger af forskellige studier på dette område, da der ofte er tale om forskellige undersøgelsesmetoder, forskellige aldersgrupper og populationer med varierende generelt helbred. Tabel 3 viser en oversigt over data fra nordiske epidemiologiske studier af den ældre del af befolkningen. I Sverige er der påvist en positiv udvikling mht. forekomsten af marginal parodontitis blandt ældre; en række tværsnitsundersøgelser foretaget 1973-2003 bekræfter, hvad der tidligere er observeret, nemlig at forekomsten af marginal parodontitis stiger med alderen, men at andelen af ældre

Parodontale sygdomme

	Aldersgruppe	Pocher	%	Dybe pocher	%
Danmark 2000 Krustrup et al. 2006 (30)	65-74 år	4-5 mm	62 %	≥ 6 mm	20 %
Danmark 2008 Cortsen 2013 (12)	65-74 år			≥ 5 mm	20 %
Sverige 1973 Hugoson et al. 2008 (16)	60 år	≥ 4 mm*	81 %		
Sverige 2003 Hugoson et al. 2008 (16)	60 år	≥ 4 mm*	47 %		
Sverige 1973 Hugoson et al. 2008 (16)	70 år	≥ 4 mm*	83 %		
Sverige 2003 Hugoson et al. 2008 (16)	70 år	≥ 4 mm*	63%		
Norge 2009 Norderyd et al. 2010 (31)	67-99 år	≥ 3 mm	33 %	≥ 6 mm	12 %
Finland 2000 Suominen-Taipale et al. 2004 (33)	65 år	≥ 4 mm	70 %	≥ 6 mm	31 %
Finland 2011 Koskinen et al. 2012 (35)	65-74 år	≥ 4 mm	59 % kvinder 80 % mænd		

*samt blødning v/sondering ≥10 % og ≤20% af de målte steder

* including bleeding by probing ≥10 % and ≤20% of the sites registered

Tabel 3. Procentandel af ældre med parodontale sygdomme.

Table 3. Percentage of elderly persons with periodontal diseases.

med marginal parodontitis er faldet (30). Blandt 60-årige var andelen næsten halveret fra 1973 til 2003, og en lidt mindre reduktion blev observeret blandt 70-årige i samme periode (30). Blandt de ældste ældre i Stockholm (80 år og derover) viste et studie publiceret i 2006, at halvdelen havde alvorlig marginal parodontitis (31).

I Danmark blev der i år 2000 fundet forekomst af pocher 4-5 mm hos seks ud af 10 65-74-årige, mens en femtedel havde pocher ≥ 6 mm, og 65 % havde klinisk fæstetab på 4 mm eller mere (32). Et nyere dansk studie viste dog lidt lavere forekomster af klinisk fæstetab hos ældre (≥ 4 mm) dvs. hos ca. en tredjedel af de 65-74-årige og hos halvdelen af dem på 75 år eller mere (25); denne undersøgelse var dog ikke repræsentativ for aldersgrupperne. Tilsvarende norske data viste, at 33 % af de 67-99-årige pensionister havde marginal parodontitis (pocher ≥ 3 mm) og 12 % havde alvorlig marginal parodontitis (defineret ved forekomst af pocher på ≥ 6 mm) (33). I Finland har det parodontale behandlingsbehov været højt i de seneste 35 år. Et nationalt finsk studie fra 1980 viste, at 77 % af de betandede ældre havde parodontale pocher på 4 mm eller mere. Der var forekomst af dybe pocher (≥ 6 mm) hos 38 % af de 60-69-årige, men kun hos 31 % af dem på 70 år og derover (34). Et tilsva-

rende studie 20 år senere viste ikke megen forandring. Blandt de 65-årige + havde 70 % pocher på ≥ 4 mm, og 31 % havde pocher på ≥ 6 mm, overvejende på 1-3 tænder (35,36). Senest er der i et nationalt finsk studie fra 2011 fundet forekomst af en eller flere pocher på ≥ 4 mm hos 59 % af kvinder og 80 % af mænd 65-74-år og endnu højere tal for personer på 75 år+ (henholdsvis 71 % og 86 %) (37).

Behandlingsmønsteret blandt ældre

Det er velkendt, at tandløse ikke søger tandlæge regelmæssigt, og derfor ses der naturligt nok en stigning over tid i brug af tandplejen, i takt med at flere og flere bevarer tænderne. Aktuelle tal fra et studie blandt tandplejens brugere viste, at tre ud af fire 65-årige danskere søger tandlæge mindst en gang årligt, og at denne gruppe af regelmæssige brugere gennemsnitligt har 24 tænder og et DMFT på 22 (38). Samme studie viste, at over en 5-årig periode modtog næsten alle 65-årige restaurerende behandling, og lidt under halvdelen modtog parodontal behandling (med et gennemsnit på én behandling om året for begge behandlingstyper). Da der samtidig blev fundet ret lave værdier for ubehandlet caries, tyder dette på, at der er et stort behov for vedligeholdelse og udskiftning af restaureringer hos de ældre. ➔

Blandt dem, der havde størst forbrug af tandplejeydelser, var parodontalydelserne dominerende. Det skal samtidig nævnes, at der var signifikante sociale og geografiske forskelle med hensyn til antallet af forskellige ydelsestyper blandt de 65-årige. Parodontologiske ydelser var langt hyppigere i hovedstadsområdet og i byområder end i land- og udkantsområder, ligesom lavindkomstgrupper havde fået flere tandeckstraktioner end højindkomstgrupperne (38).

Forekomst af orale sygdomme blandt svækkede ældre

Når ældre medborgere kommer ind i en fase med fysisk eller psykisk svækkelse, synes tandsygdomsbilledet at ændre sig i løbet af relativt kort tid. Flere aktuelle undersøgelser har peget på en klar sammenhæng mellem aldersbetinget svækkelse og forekomst af tandsygdomme (39,40). Samtidig har de sociale relationer en vis betydning; fx er der observeret en øget tandsygdomsmængde hos personer, der er blevet enker eller enke-mænd (29). I 1980'erne blev der i Danmark foretaget et studie, "Tandforholdene hos gamle mennesker på institution" (41). Sammenligner man resultaterne herfra med den samme type data af nyere dato, er der sket en væsentlig forandring (42). Der er fx sket en halvering i antallet af tandløse, hvilket betyder, at disse udsatte og svage befolkningsgrupper har langt flere naturlige tænder nu. Det betyder desværre ikke, at de odontologiske problemer er reduceret for denne gruppe medborgere. En svensk undersøgelse blandt ældre borgere boende i eget hjem viste, at hos dem, der har det største behov for hjælp i det daglige, var der mere ubehandlet caries og gingivitis end i gruppen med mindre behov for hjælp (43). I et norsk tidsseriestudie viste udviklingen fra 1988 til 2004 hos ældre borgere på institution (n = 155) en reduktion i antallet af tandløse fra 67 % til 35 %, mens der var sket en stigning både i antal personer med ubehandlet caries (55 % i 1988 og 72 % i 2004) og i antallet af personer med pocher > 4 mm (35 % i 1988 og 43 % i 2004), ligesom der i 2004 var flere personer med kroner og broer end tidligere (44). Dvs. at samtidig med at flere svækkede ældre bevarer deres tænder, så øges forekomsten af tandsygdomme, en udvikling, der naturligt kalder på etablering af effektive tandplejeprogrammer for denne borgergruppe (44). Dette er yderligere understreget af en anden nyere norsk undersøgelse blandt ældre beboere på institution (n = 135), hvor to ud af tre havde egne tænder, mens 28 % havde ubehandlet caries. I dette studie indgik desuden registrering af plakkforekomst (45). Det viste sig, at en meget høj procentandel havde en uacceptabel dårlig mundhygiejne, også blandt beboere, hvor plejepersonalet forestod den daglige mundhygiejne (45). Det er i adskillige andre undersøgelser konstateret, at der hos ældre beboere på institution er store problemer med mundhygiejnen, og da der tillige ofte er tale om hyppig medicinering med farmaka, der påvirker sekretionen af saliva, kan det ikke undre, at tandsygdomsforekomsten i denne befolkningsgruppe er betydelig (46). Parodontale lidelser hos beboere på plejehjem eller lignende

institutioner synes at være meget mere udbredt end hos ældre borgere i eget hjem (45,47). Da antallet af ældre med egne tænder i øvrigt er stigende, må man forvente, at parodontale lidelser hos ældre også vil have en voksende forekomst.

Selv om kun en mindre del af ældrebefolkningen bor i plejebolig, bør man være opmærksom på, at ca. 25 % af alle danskere ender deres liv som beboere på en institution. Det sidste tandplejetilbud, som en betydelig del af befolkningen modtager, vil således være "plejehjemstandpleje", som derfor bør påkalde sig en større opmærksomhed, end hvad der er tilfældet aktuelt.

Svækkede ældres egen oplevelse af oral sundhed

De fleste undersøgelser af oral sundhed blandt svækkede ældre er baseret på objektive målinger, men der er dog flere studier, der har inddraget begrebet Oral Health-Related Quality of Life, som er et udtryk for, hvordan patienten selv oplever, at tandsygdommene påvirker livskvaliteten i deres hverdag. Knap halvdelen af deltagerne i en nyere dansk undersøgelse blandt ældre, der blev visiteret til den danske omsorgstandpleje (tandplejetilbud til fysisk eller psykisk svækkede ældre), rapporterede, at deres livskvalitet var forringet pga. problemer i mundhulen (42). Det, der generede deltagerne hyppigst, var løse tænder, det at have for få tænder (især når der ikke var en protese) samt problemer med gingiva (42). Data fra et nationalt norsk studie af 16-79-årige viste, at hver femte inden for de seneste seks måneder havde haft et oralt problem, der påvirkede deres livskvalitet i negativ retning (48). De ældste oplevede desuden problemer i mindre grad end de yngre aldersgrupper, når der var kontrolleret for bl.a. antal mistede tænder. Det anføres videre i artiklen, at ældre personer, der vurderer deres tandsundhed som dårlig, men alligevel ikke angiver problemer som følge heraf, er i overensstemmelse med teorien om en vis tilpasning og ændrede forventninger med tiden og med alderen (48). Et finsk studie af ældre menneskers egen opfattelse af sygdomme i parodontiet har desuden vist, at kun en tredjedel mente, at de havde et parodontalt behandlingsbehov (49).

Opsummering

På basis af den gennemgåede litteratur synes der at være grund til at tro, at den positive udvikling i form af flere bevarede tænder, som man ser i flere af de nordiske lande, vil fortsætte for den del af ældrebefolkningen, som er så velfungerende, at de kan benytte det almindelige og tilgængelige tandplejesystem for voksne borgere (Tabel 1). Denne gruppe vil dog fortsat have et stort behov for hyppige forebyggende tandlægesøg, ligesom der vil være et løbende behov for vedligeholdelse af de restaureringer, som de allerede har. Det vil formentlig stille krav til tandplejen om behandlingstyper af teknisk avanceret art, samtidig med at der er et stort behov for at forebygge parodontale lidelser.

Derimod ser der ud til at være et voksende problem for de grupper af ældre, der er blevet svækket, hvad enten det er fy-

sisk eller psykisk. Der er her behov for forebyggende og behandlende tandpleje, som bør være mere intensiv og målrettet. Fx er den kommunale danske omsorgstandpleje blevet etableret på baggrund af undersøgelser, der ligger langt tilbage i tid, og den lovgivning, der er basis for dette program, tager desværre derfor langtfra højde for den odontologiske situation, som den

er i dag blandt de svækkede ældre. En tilstrækkelig og realistisk tandpleje for svækkede ældre medborgere, der gennem livet har passeret deres tænder, er blevet en langt større udfordring end tidligere, og er måske den største aktuelle udfordring for tandplejen.

ABSTRACT (ENGLISH)

Demographic and social changes and occurrence of oral diseases among elderly people. Status and development

Due to the demographic development, which has taken place during the last decades, the number of elderly people in the population is still increasing. Most elderly persons have a high level of oral diseases, which are accumulated through their life. This means that these people have a considerable need for repair and/or maintenance of their restorations, even if the amount of untreated caries is modest. In addition, there is a certain need for preventing a development of periodontal diseases in the age group. In the group of the oldest old people, it appears that the need of dental care is much comprehensive. It can be foreseen that there will be an

increase of these very old population groups and there will be an increasing need for dental care, not only basic dental services, but also more technically advanced types of treatment. The greatest challenges for the dental care systems are those people, who no longer are able to use the available dental care system for the adult population because of physical or mental barriers. The same barriers prevent these people from being able to brush and clean their teeth. In these groups, dental health decreases in very short time. Meanwhile more and more weak elderly persons have more and more natural teeth, the occurrence of dental diseases will increase. Such development requires effective dental health programs for these population groups.

Litteratur

- Kjøller M, Juel K, Kamper-Joergensen F (eds.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
- NORDEN. Forventet levealder. (Set 2016 maj). Tilgængelig fra: URL: <http://www.norden.org/da/tema/tidligere-temaer/tema-2012/nordisk-statistik-i-50-aar-1/statistik-fra-1962-2012/forventet-levealder>.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark i 2010 – analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
- Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2008;36:326-34.
- HEALTHY LIFE YEARS. (Set 2016 maj). Tilgængelig fra: URL: <http://www.healthy-life-years.eu/>.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Schröppel H, Baumann A, Fichter M et al. Incidence of dementia in the elderly: review of age and sex effects. Eur Psychiatry 1996;11:68-80.
- Nielsen ML, Petersen LO, Dannekjold-Samsø B et al. Fremtidens ældre – scenarier for udgifterne til sundhed og pleje. København: DSI, Institut for Sundhedsvæsen, 2005.
- NATIONALT VIDENSCENTER FOR DEMENS. Forekomst af demens i Danmark. (Set 2016 maj). Tilgængelig fra: URL: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-danmark/>.
- Kirkegaard E, Borgnakke WS, Grønbaek L. Tandsygdomme, behandlingsbehov og tandplejevaner hos et repræsentativt udsnit af den voksne danske befolkning. Licentiatafhandling. Aarhus og København: Aarhus og Københavns tandlægehøjskoler, 1987.
- Petersen PE, Kjøller M, Christensen LB et al. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. J Public Health Dent 2004;64:127-35.
- Petersen PE, Ekholm O, Jørgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægebesøg i Danmark. Tandlægebladet 2010;114:480-91.
- Hugoson A, Koch G, Gothberg C et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jonkoping, Sweden, during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. Swed Dent J 2005;29:139-55.
- Cortsen B, Fredslund EK. Voksantandpleje i Danmark. Organisering af voksantandplejen i Danmark i sammenligning med de øvrige nordiske lande og i forhold til voksenbefolkningens risikoprofil. København: KORA, Det nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, 2013.
- Henriksen BM, Axell T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31:403-11.
- Haikola B, Oikarinen K, Soderholm AL et al. Prevalence of edentulousness and related factors among elderly Finns. J Oral Rehabil 2008;35:827-35.
- Edman K, Ohrn K, Holmlund A et al. Comparison of oral status in an adult population 35-75 year of age in the county of Dalarna, Sweden in 1983 and 2008. Swed Dent J 2012;36:61-70.
- Hugoson A, Koch G. Thirty year trends in the prevalence and distribution of dental caries in Swedish adults (1973-2003). Swed Dent J 2008;32:57-67.
- Pihlgren K, Forsberg H, Sjödin L et al. Changes in tooth mortality between 1990 and 2002 among adults in Vasterbotten County, Sweden: influence of socioeconomic factors, general health, smoking, and dental care habits on tooth mortality. Swed Dent J 2011;35:77-88.
- Ahacic K, Thorslund M. Changes in dental status and dental care utilization in the Swedish population over three decades: age, period, or cohort effects? Community Dent Oral Epidemiol 2008;36:118-27.
- Krustrup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark – the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. Community Dent Health 2007;24:225-32.
- Siukosaari P, Ainamo A, Narhi TO. Level of education and incidence of caries in the elderly: a 5-year follow-up study. Gerodontology 2005;22:130-6.
- Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axell T. Dental caries among the elderly in Norway. Acta Odontol Scand 2004;62:75-81.

24. Christensen LB, Hede B, Rosing K et al. Caries fra folkesygdom til stigma? *Tandlægebladet* 2013;117:204-211.
25. Kongstad J, Ekstrand K, Qvist V et al. Findings from the oral health study of the Danish Health Examination Survey 2007-2008. *Acta Odontol Scand* 2013;71:1560-9.
26. Rosing K. Danish Dental monitoring system. Ph.d.-afhandling. København: University of Copenhagen, 2015.
27. Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL et al. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology* 2007;24:3-13.
28. Krustrup U, Holm-Pedersen P, Petersen PE et al. The overtime effect of social position on dental caries experience in a group of old-aged Danes born in 1914. *J Public Health Dent* 2008;68:46-52.
29. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE et al. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:454-62.
30. Hugoson A, Sjodin B, Norderyd O. Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2008;35:405-14.
31. Holm-Pedersen P, Russell SL, Avlund K et al. Periodontal disease in the oldest-old living in Kungsholmen, Sweden: findings from the KEOHS project. *J Clin Periodontol* 2006;33:376-84.
32. Krustrup U, Petersen PE. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74-year-old adults in Denmark. *Acta Odontol Scand* 2006;64:65-73.
33. Norderyd O, Henriksen BM, Jansson H. Periodontal disease in Norwegian old-age pensioners. *Gerodontology* 2012;29:4-8.
34. Markkanen H, Rajala M, Paunio K. Periodontal treatment need of the Finnish population aged 30 years and over. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983;11:25-32.
35. Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Vehkalahti Met al. Oral Health in the Finnish Adult Population. Health 2000 Survey. Helsinki: The National Public Health Institute, 2004. (Set 2016 maj). Tilgængelig fra: URL: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78322/2004b16.pdf?sequence=1>
36. Syrjala AM, Ylostalo P, Knuutila M. Periodontal condition of the elderly in Finland. *Acta Odontol Scand* 2010;68:278-83.
37. Koskinen S, Kundqvist A, Ristiluoma N. Health, functional capacity and welfare in Finland in 2011. Reports 68/2012. National Institute for Health and Welfare (THL), Tampere 2012. (Set 2016 maj). Tilgængelig fra: URL: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netto.pdf?sequence=1.
38. Christensen LB, Rosing K, Lempert SM et al. Patterns of dental services and factors that influence dental services among 64-65-year-old regular users of dental care in Denmark. *Gerodontology*. Published ahead of print 2014;doi:10.1111/ger.12122.
39. Avlund K, Schultz-Larsen K, Christiansen N et al. Number of teeth and fatigue in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1459-64.
40. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE et al. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology* 2004;21:17-26.
41. Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institution. *Tandlægebladet* 1990;94:169-94.
42. 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-e400.
43. Holmen A, Stromberg E, Hagman-Gustafsson ML et al. Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology* 2012;29:e503-11.
44. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand* 2008;66:368-73.
45. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA et al. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology* 2012;29:e420-6.
46. Hede B. Ældre på plejehjem – konsekvenser for den gennemførte tandpleje. *Aktuel Nordisk Odontologi*. København: Universitetsforlaget, 2016.
47. Peltola P, Vehkalahti MM, Simoila R. Oral health-related well-being of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology* 2005;22:17-23.
48. Astrøm AN, Haugejorden O, Skaret E et al. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci* 2005;113:289-96.
49. Siukosaari P, Ajwani S, Ainamo A et al. Periodontal health status in the elderly with different levels of education: a 5-year follow-up study. *Gerodontology* 2012;29:e170-8.