

## ABSTRACT

## Omsorgstandpleje i tilbagegang

**Introduktion og formål** – Omsorgstandpleje blev etableret ved lov i Danmark i 1994. Siden har flere evalueringer af ordningen vist, at den ikke har fået den udbredelse, som man forudsatte. Formålet med denne undersøgelse var at kortlægge, hvorledes udbredelsen af omsorgstandplejen har udviklet sig efter kommunalreformen.

**Materiale og metoder** – Undersøgelsen blev gennemført på baggrund af registerdata bl.a. fra den Sociale Ressourcetælling, som foretages af Danmarks Statistik. Følgende data blev indsamlet om kommunerne: antal visiterede borgere til omsorgstandplejen i årene 2008-2011, befolkningstal, regional beliggenhed, Udkantsdanmark, praksis/klinikkommune og kommunesammenlægning i forbindelse med kommunalreformen. Data blev analyseret vha. non-parametrisk statistik.

**Resultater** – Undersøgelsen viser, at antallet af modtagere af omsorgstandpleje er faldet med ca. 10 % i perioden 2008-2011. Der kan desuden konstateres betydelige variationer i andelen af modtagere af omsorgstandpleje kommunerne imellem. Forskelle, som er statistisk signifikant associeret til såvel befolkningstal, regional beliggenhed, Udkantsdanmark, praksis/klinikkommune som sammenlægningskommune.

**Konklusion** – De fundne variationer kan relateres til forskellige karakteristika ved kommunerne. Imidlertid kan der ikke fremlægges nogen åbenbar forklaring på det generelle fald i antallet af modtagere af omsorgstandplejen, som derfor må tilskrives forhold, som ligger uden for denne undersøgelse.

# Omsorgstandpleje efter kommunalreformen

Børge Hede, *overtandlæge, adjungeret lektor, ph.d., Voksstandplejen, Københavns Kommune og Afdeling for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet*

Lisa Bøge Christensen, *lektor, ph.d., Afdeling for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet*

Sundhedslovens § 131 pålægger kommunalbestyrelserne at tilbyde forebyggende og behandlende tandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte de almindelige tandplejetilbud (1). Ordningen kaldes omsorgstandpleje og blev oprindeligt etableret ved revision af Lov om Tandpleje i 1994 (2). Omsorgstandpleje tilbydes primært ældre i plejehjemslignende ældrebolig (3).

Baggrunden for lovgivningen var dokumentation af, at plejehjemsbeboere og hjemmeplejeklienter, som er helt afhængige af andres omsorg pga. fysisk/psykisk funktionsnedsættelse, ofte har vanskeligt ved at benytte de almene tandplejetilbud (4). Det har desuden vist sig som et stadigt stigende problem, at orale sygdomme for alvor sætter ind, når disse ældre borgere bliver afhængige af andres hjælp til den daglige hjemmetandpleje (5,6). Dette forhold forstærkes yderligere af, at ældre mennesker i stigende omfang bevarer flere naturlige tænder og dermed er i en øget risiko for udvikling af tandsygdomme (7). Endelig modtager svage ældre ofte omfattende medicinsk behandling, som øger risikoen for mundtørhed og dermed risikoen for fx caries og candidiasis (8).

Omsorgstandplejen er søgt evalueret ved flere undersøgelser (9-11). Ved den seneste evaluering i 2005 blev det bl.a. konkluderet, at "omsorgstandplejen ikke har fået den udbredelse som oprindelig antaget, og at der ses betydelige variationer kommunerne imellem med hensyn til antallet af deltagere. Dette tyder på en uensartet visitation til omsorgstandplejen,

### EMNEORD

Geriatric dentistry; nursing home; community health services; home care services; dental care for the disabled

og der ses desuden et varierende indhold i omsorgstandplejetilbuddet på trods af foreliggende og ganske omfattende skriftlige vejledninger fra sundhedsmyndighederne. Store kommuner og kommuner med involvering af kommunalt ansat tandplejepersonale ser ud til at have den fornødne kapacitet til at gennem-

føre omsorgstandplejeprogrammet, som foreskrevet af myndighederne” (11).

Oprindeligt estimerede Sundhedsstyrelsen, at ca. 100.000 personer ville være berettiget til at modtage tilbuddet, og at ca. 60 % dvs. ca. 60.000 af disse ville tage imod tilbud om omsorgstandpleje (12). Disse 60.000 personer udgør 6-7 % af befolkningen over 65 år, afhængigt af hvilket år man lægger til grund. Ved den seneste evaluering af omsorgstandplejen i 2005 (11) var ca. 30.000 personer tilmeldt ordningen.

Sundhedsstyrelsen har i den gældende vejledning fra 2006 (3) udførligt beskrevet, hvilken personkreds tilbuddet er rettet imod, og under hvilke kriterier visitation bør ske. I vejledningen anføres, at ”målgruppen for omsorgstandpleje er personer, som bor på plejehjem ... samt personer, der bor i eget hjem/ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, og som reelt kan sidestilles med plejehjemsbeboere. Loven sigter mod personer med varigt funktionstab, personer hvis egenomsorg er så begrænset, at de ikke kan udnytte eksisterende ordninger” (3). Målgruppen består desuden af udviklingshæmmede og sindslidende borgere, der ikke har særlige odontologiske problemer, som kræver specialbehandling i specialtandplejen (3). For denne patientgruppe er det også et afgørende kriterium for at få tilbud om omsorgstandpleje, ”at egenomsorgen er så ringe, at patienterne har vanskeligt ved at få kontakt til det etablerede tandplejesystem, og at de har vanskeligt ved at bevare kontinuiteten i deres tandpleje” (3).

Omsorgstandpleje skal omfatte såvel forebyggelse af orale lidelser, som regelmæssige tandundersøgelser samt de nødvendige behandlinger (3).

I lyset af den radikale forbedring (7), der er sket i de ældres tandstatus siden den oprindelige etablering af omsorgstandplejen og pga. den øgede viden, der i dag er om sammenhængen mellem tandsundhed og almentilstand hos svage ældre (13-17), synes behovet for et opsøgende, systematisk og forebyggende tandplejetilbud til svage ældre aldrig at have været mere nødvendigt.

Siden omsorgstandplejen blev evalueret i 2005, er der i forbindelse med strukturreformen foretaget omfattende sammenlægninger af kommuner. Derved er det gennemsnitlige befolkningsunderlag for en kommune blevet væsentligt forøget (18). Evalueringen af omsorgstandplejen i 2005 konkluderede, at den enkelte kommunes befolkningsunderlag var af betydning for udbredelsen af omsorgstandplejen (11). Man kunne derfor antage, at strukturreformen har betydet en øget udbredelse af omsorgstandpleje, en udbredelse, som i højere grad er i overensstemmelse med de beregninger, som lå til grund for etableringen i 1994, og hvis forudsætninger ikke siden er blevet draget i tvivl.

Formålet med denne undersøgelse er derfor at kortlægge udbredelsen af omsorgstandplejen i kommunerne efter kommunalreformen, herunder at analysere, om forskelle i karakteristika ved de enkelte kommuner er relateret til markante variationer i udbredelsen af omsorgstandpleje.

## Materiale og metoder

Undersøgelsespopulationen bestod af samtlige 98 kommuner i Danmark.

Data blev indhentet fra flere kilder. Data vedr. antallet af borgere, som modtager omsorgstandpleje i den enkelte kommune, blev indhentet fra Danmarks Statistik. Ved Den Sociale Ressourcetælling (19) indhentes Danmarks Statistik hvert år ved en tværnsitsundersøgelse oplysninger fra de enkelte kommuner vedr. visse nøgletal, bl.a. oplysninger om, hvor mange borgere der modtager omsorgstandpleje, dels hos kommunens egne tandlæger, dels hos private tandlæger. Fra Danmarks Statistik blev der desuden indhentet data vedr. den enkelte kommunes totale folketal og antal borgere over 65 år fordelt i femårs aldersintervaller (19). Der blev indhentet data fra årene 2007, 2008, 2009, 2010 og 2011 både mht. folketal, borgere over 65 år og modtagere af omsorgstandpleje. Pga. mangelfuld kommunal rapportering vedr. modtagere af omsorgstandpleje til Den Sociale Ressourcetælling i 2007 blev data fra 2007 ekskluderet fra dataanalysen. Data blev modtaget i Excel-format. Ud fra de modtagne data blev antallet af borgere over 65 år i hver enkelt kommune og for hvert år beregnet. Data blev eksporteret til SPSS ver. 20 for videre analyse. I SPSS blev tillige

## Baggrundsdata om kommunerne

		%
Region	Hovedstaden	29
	Sjælland	18
	Syd	23
	Midt	19
	Nord	11
Folketal	Under 30.000	26
	30-50.000	38
	50-100.000	30
	Over 100.000	6
Udkantsdanmark	Bykommune	36
	Mellemkommune	17
	Landkommune	31
Sammenlægningskommune	Yderkommune	17
	Ja	68
Leverandørtype	Nej	32
	Praksiskommune	6
	Klinikommune	94

**Table 1.** Kommunerne beskrevet mht. region, folketal, udkantsdanmark, kommunesammenlægning og leverandørtype.

**Table 1.** The Danish municipalities described according to region, population, residential area, uniting and type of provider of public dental services.



indtastet oplysninger for den enkelte kommune vedr. "Udkantsdanmark", hvilken region kommunen var beliggende i, om der var tale om en sammenlægningskommune ved kommunalreformen, og om hvorvidt der var tale om en kommune, der kun bliver betjent af praktiserende tandlæger (praksiskommune) eller der var tale om en kommune, som helt eller delvist bliver serviceret af kommunalt ansatte tandlæger (klinikkommune). Opdelingen efter Udkantsdanmark skete ud fra en kategorisering fra Den Europæiske Landbrugsfond for Udvikling af Landdistrikterne (20). Oplysninger om sammenlægningskommune og regional placering blev indhentet fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (18), medens oplysninger vedrørende klinik-kommune/praksiskommune blev indhentet fra De Offentlige Tandlæger (21). Undersøgelsespopulationen er beskrevet mht. de nævnte variabler i Tabel 1.

På baggrund af de indhentede data blev det for hver enkelt kommune og for hvert af årene 2008, 2009, 2010 og 2011 beregnet, hvor stor en procentdel det rapporterede antal omsorgstandplejepatienter udgjorde i forhold til antallet af borgere over 65 år i hvert af årene. Denne variabel kaldes i det følgende "visitationsprocenten".

Der manglede data fra enkelte kommuner i årene 2008-2011. To ud af seks kommuner havde på intet tidspunkt rapporteret data (Lejre og Ærø). De øvrige manglende data var næsten udelukkende fraværende fra kommuner i Region Sjælland. Der manglede ikke data fra kommuner i Region Hovedstaden, Region Nord eller Region Midt og kun fra en enkelt kommune i Region Syd og kun for et år. Antallet af manglende rapporter indgår af Tabel 2.

Der blev foretaget bivariate analyser for årene 2008-2011 med visitationsprocenten som afhængig variabel og region, Udkantsdanmark, sammenlægningskommune, kommunestørrelse og kommunens leverandørtype (klinik/praksiskommune) som uafhængige variabler. Ballerup Kommune blev udeladt af analyserne, da Ballerup Kommune har en særlig ældretandplejeordning (22), hvis deltagere indgår som omsorgstandplejepatienter i Den Sociale Ressourcetælling.

Ved den statistiske evaluering anvendtes non-parametriske test. Der blev anvendt Mann-Whitneys U-test ved testning af forskelle mellem to grupper (sammenlægningskommuner/ikke sammenlægningskommuner, praksis-/klinikkommuner), medens der ved sammenligning af flere grupper blev anvendt Kruskal-Wallis-test (region, befolkningsunderlag og Udkantsdanmark). Der blev fastsat et signifikansniveau på 5 %.

## Resultater

Af de indhentede data fremgår, at kommunerne tilsammen rapporterede, at 29.913 personer (inkl. Ballerup Kommune = 4.470) modtog omsorgstandpleje i 2008. Antallet af patienter faldt dog gradvist til 27.082 modtagere (inkl. Ballerup Kommune = 3.195) i 2011. I Fig. 1 ses udviklingen i antal omsorgstandplejepatienter (eksklusive Ballerup Kommune) sammenlignet med udviklingen i antallet af borgere over 65 år i hele landet (eksklusive Ballerup Kommune) i perioden 2008-2011.

I perioden 2008-2011 faldt kommunernes gennemsnitlige visitationsprocent fra 2,8 til 2,3. I Tabel 2 er kommunerne beskrevet mht. visitationsprocent i perioden 2008-2011. I 2008 havde 19 kommuner eller ca. 20 % en visitationsprocent på 4 eller derover. Dette var i 2009 og 2010 faldet til henholdsvis 14 og 17 kommuner med en visitationsprocent på over 4, medens der kun var 12 kommuner, som havde en visitationsprocent på over 4 i 2011.

Af disse 12 kommuner var de 9 beliggende i Region Hovedstaden. I Fig. 2 ses den gennemsnitlige visitationsprocent i perioden 2008-2011 i forhold til kommunens regionale placering.

Af de tre kommuner uden for Region Hovedstaden, som i 2011 havde en visitationsprocent over 4, var de to den næststørste og den tredjestørste kommune i landet (Aarhus og Aalborg). I Fig. 3 er kommunerne fordelt efter gennemsnitligt befolkningsunderlag. Samtlige kommuner i samtlige år med en visitationsprocent større end 4 var klinikkommuner, og kun en enkelt var en sammenlægningskommune. I Fig. 4, 5 og 6 er

## Visitationsprocentens udvikling 2008-2011

	Under 1 %	1-2 %	2-3 %	3-4 %	4-5 %	5-6 %	Mere end 6 %	Mangler data
2008	8	21	28	17	10	8	1	4
2009	10	22	30	15	6	6	2	6
2010	12	28	24	12	12	4	1	4
2011	15	28	27	10	5	6	1	5

**Table 2.** Kommunerne fordelt efter visitationsprocenten vedr. omsorgstandpleje og år.

**Table 2.** The municipalities distributed according to the percentages of citizens older than 65 years receiving special dental home care in 2008-2011.

kommunerne tillige fordelt efter visitationsprocent i forhold til Udkantsdanmark, sammenlægningskommune ja/nej og efter leverandørtype (klinikkommune/praksiskommune).

Samtlige undersøgte relationer viste statistisk signifikans undtagen relationen mellem det totale befolkningsunderlag og visitationsprocenten i 2008 og 2010.

### Diskussion

Der er tidligere rejst kritik af validiteten af de data vedr. tandregulering, som rapporteres ved Den Sociale Ressourcetælling (23), men de kritikpunkter, som har været fremført, lader sig ikke overføre til data vedrørende omsorgstandpleje. Den manglende rapportering af data fra enkelte kommuner skønnes ikke at svække den eksterne validitet af undersøgelsen, da der kun er tale om få kommuner, kommuner, der ikke afviger voldsomt fra andre kommuner inden for de samme kategorier.

Der vil altid kunne rejses tvivl om, hvorvidt den kommunale rapportering er korrekt, men kommunerne har ingen interesse i hverken underrapportering eller en overrapportering, og da omsorgstandpleje er belagt med en egenbetaling (2), er det relativt simpelt at opgøre antallet af tilmeldte. Der vil næppe kunne indhentes mere valide data ved en spørgeskemaundersøgelse, således som det blev gjort ved evalueringen i 2005. Her blev der også konstateret mangel på data fra flere kommuner (11).

Totalt kan observeres et fald i antallet af tilmeldte til omsorgstandplejen i perioden 2008-2011 på ca. 10 %. I perioden skete et fald i visitationsprocenten fra 2,8 til 2,3, hvilket skyldes, at der dels er færre modtagere af omsorgstandpleje, men også at målgruppen af 65+årige er forøget. Der er altså meget langt til den forudsatte visitationsprocent på 6-7, som kun nås af en enkelt kommune. Alle kommunerne repræsenterer imidlertid ikke et fald i visitationsprocenten, idet praksiskommunerne har en nogenlunde stabil visitationsprocent, som til gengæld er meget lav med et gennemsnit på ca. 1 %. Men også kommuner med stort befolkningsunderlag på over 100.000 synes at bevare visitationsprocenten – her dog med en højere gennemsnitlig visitationsprocent på ca. 4 eller fire gange så meget som i praksiskommunerne.

Det generelle fald i antal modtagere af omsorgstandpleje kan ikke forklares ved demografiske ændringer, idet antallet af ældre med funktionstab, ikke har været faldende i perioden – tværtimod (24). En anden forklaring på, at færre og færre modtager omsorgstandpleje, kunne være en ændring i de ældres tandstatus, men også her ses en modsatrettet tendens, nemlig at de ældre får flere og flere naturlige tænder og dermed større behov for egentlig systematisk tandpleje (25). En tredje forklaring kunne være, at ældre mennesker fravælger omsorgstandplejen for i stedet at benytte praktiserende tandlæge. Der er dog ingen data, der taler for dette forhold, og med omsorgstandplejens målgruppe in mente forekommer denne forklaring ikke sandsynlig. Endelig kunne den generelle reduktion i antallet af modtagere af omsorgstandpleje forklares ved, at der ved omsorgstandplejens indførelse har været tale om en

”first wave”-effekt, og at der nu ses en afmatning. Imidlertid er det snart 20 år siden, at omsorgstandplejen blev etableret, og med den store udskiftning, der ses i klientellet, synes denne forklaring heller ikke sandsynlig. Derfor må reduktionen muligvis finde sin forklaring i andre forhold end i dem, der har været inddraget i denne undersøgelse. Det kunne fx dreje sig om generelle politisk-administrative trends i den offentlige sektor.

Der kan konstateres betydelige forskelle mellem de forskellige typer af kommuner. Omsorgstandplejen synes mest udbredt i større klinikkommuner i hovedstadsområdet, som ikke har været ramt af kommunesammenlægninger, uden dette dog har forhindret et fald i udbredelsen også i disse kommuner.

Den konstaterede geografiske forskel kan delvist forklares ved tandsygdommens epidemiologi. Den større udbredelse af omsorgstandpleje i Region Hovedstaden kan hænge sammen med, at antallet af ældre med naturlige tænder er større her end i resten af landet, men dette kan ikke forklare hele forskellen. Når det kommer til variabelen Udkantsdanmark, har denne i høj grad sammenhæng med den regionale tilknytning, hvorfor disse to variabler kan være udtryk for den samme tendens. Der kan imidlertid ikke konstateres nogen særlig variation mht. udkantskommunerne, hvorimod kommunerne i Region Sjælland synes at skille sig ud i negativ retning. Dette kan skyldes, at mange af denne regions kommuner i mange år har fået leveret omsorgstandpleje fra region/amt, og at omsorgstandplejen derfor ikke har været forankret i den lokale kommunale tandpleje.

De største forskelle i tilmelding ses mellem praksis- og klinikkommuner, hvorfor det er nærliggende at antage, at tilstedeværelsen af en kommunal tandpleje er en forudsætning for udbredelsen af omsorgstandplejen. Dette blev også konkluderet ved evalueringen i 2005. Tilsvarende synes kommunesammenlægninger at have influeret negativt på udbredelsen af omsorgstandplejen. Men dette forhold kan også forklares ved, at mange sammenlægningskommuner består af klinikkommuner, som er blevet tillagt praksiskommuner, der i deres rene form repræsenterer en meget lav visitationsprocent. Sammenlægningen har dog ikke bevirket en større visitationsprocent, for også sammenlægningskommunerne præsenterer et fald i visitationsprocenten.

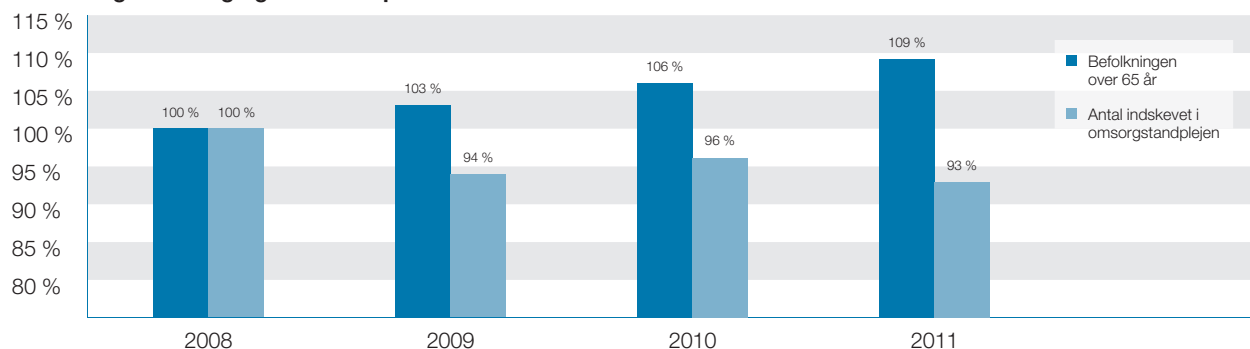
## KLINISK RELEVANS



Danskernes gennemsnitslevetid er stødt stigende. Det samme er tilfældet for antallet af ældre med funktionssvigt. Det er derfor vigtigt, at tandlægen er opmærksom på de ældre borgere, som ikke kan klare sig selv, hverken for så vidt angår tandlægebesøg som den daglige hjemme-tandpleje. Når der er behov for det, kan det være aktuelt at henvise til omsorgstandplejen, og det er derfor vigtigt, at tandlægen både har kendskab til omsorgstandpleje og til visitationen til denne.



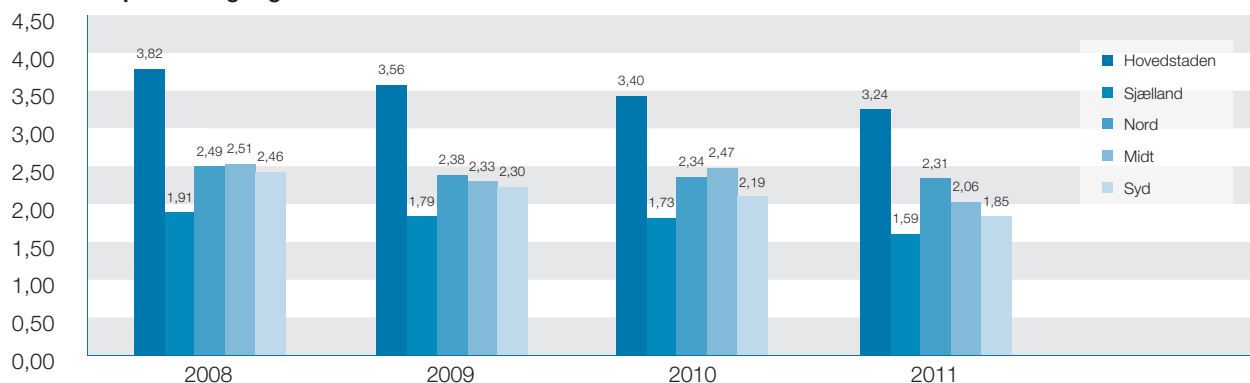
## Befolkningsudvikling og visitationsprocent



**Fig. 1.** Udviklingen i antal borgere over 65 år på landsplan med befolkningstallet i 2008 som indeks = 100 % og udviklingen i antal rapporterede modtagere af omsorgstandpleje på landsplan med antallet i 2008 som indeks = 100 %.

**Fig. 1.** The relative change in number of citizens older than 65 years in Denmark (population in 2008 = 100%), compared to the relative change in number of citizens receiving special dental home care (participants in 2008 = 100%).

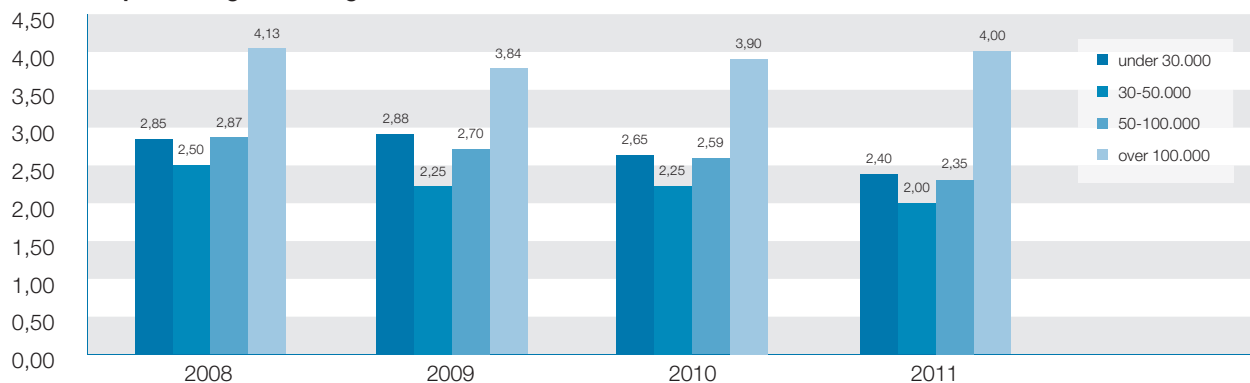
## Visitationsprocent og region



**Fig. 2.** Udviklingen i visitationsprocenten i kommunerne. Kommunerne fordelt efter år og region.

**Fig. 2.** The change in the percentages of citizens older than 65 years receiving special dental home care in the municipalities. The municipalities distributed according to region and year.

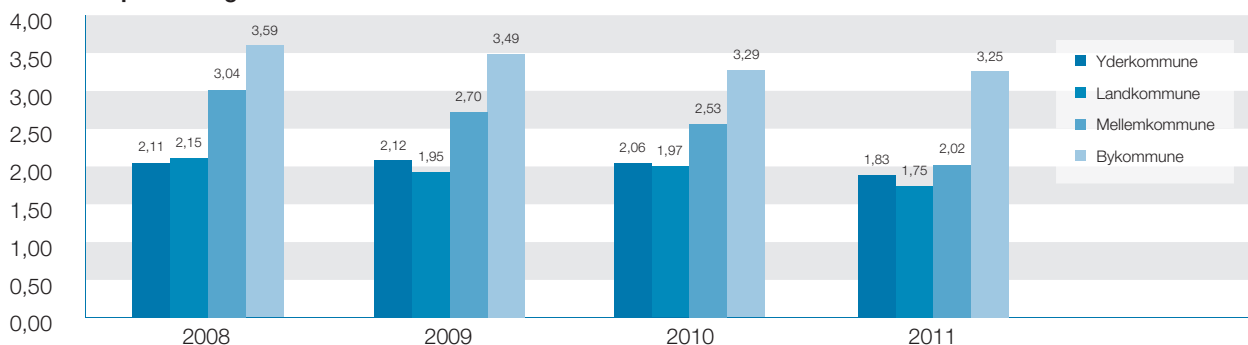
## Visitationsprocent og befolkningstal



**Fig. 3.** Udviklingen i visitationsprocenten i kommunerne. Kommunerne fordelt efter år og region.

**Fig. 3.** The change in the percentages of citizens older than 65 years receiving special dental home care in the municipalities. The municipalities distributed according to region and year.

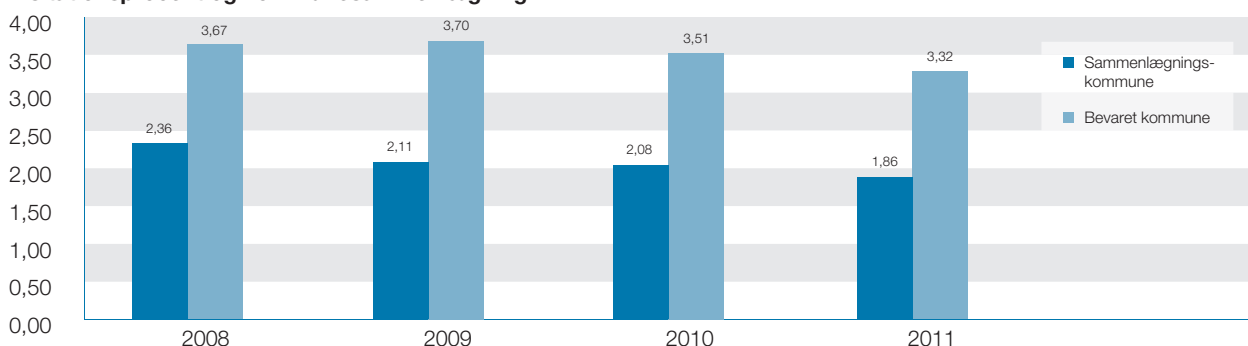
### Visitationsprocent og Udkantsdanmark



**Fig. 4.** Udviklingen i visitationsprocenten i kommunerne. Kommunerne fordelt efter år og Udkantsdanmark.

*Fig. 4. The change in the percentages of citizens older than 65 years receiving special dental home care in the municipalities. The municipalities distributed according to residential area and year.*

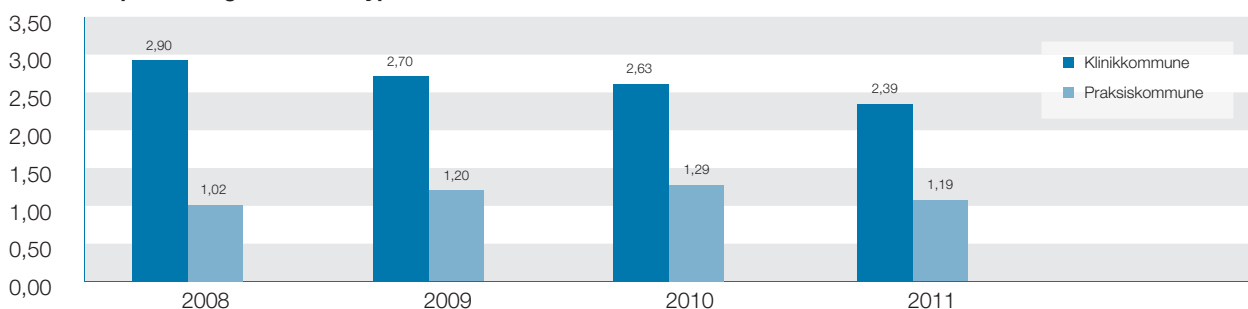
### Visitationsprocent og kommunesammenlægning



**Fig. 5.** Udviklingen i visitationsprocenten i kommunerne. Kommunerne fordelt efter år og sammenlægningskommune/ikke sammenlægningskommune.

*Fig. 5. The change in the percentages of citizens older than 65 years receiving special dental home care in the municipalities. The municipalities distributed according to uniting municipality/non-uniting municipality and year.*

### Visitationsprocent og leverandørtype



**Fig. 6.** Udviklingen i visitationsprocenten i kommunerne. Kommunerne fordelt efter år og praksiskommune/klinikkommune.

*Fig. 6. The change in the percentages of citizens older than 65 years receiving special dental home care in the municipalities. The municipalities distributed according to region and type of provider of public dental service.*

Omsorgstandplejen synes bedst forankret i de store kommuner, der har et tilstrækkeligt befolkningsunderlag til, at der kan ske en beskedent grad af specialisering inden for omsorgstandpleje. På den baggrund kunne fælleskommunale omsorgstandplejeordninger og specialisering være en vej for en øget udbredelse af omsorgstandplejen. De store kommuner har også bedre muligheder for at kvalificere visitationen, hvilket kan være en anden forklaring på, at de største kommuner også har den mest omfattende tilmelding. Man kan hævde, at samtlige uafhængige variabler er varianter over indbyggertallet. Dette er imidlertid ikke korrekt for så vidt angår kommunesammenlægninger og regional beliggenhed, da kommunesammenlægningerne har resulteret i ganske store kommuner i det jyske område, medens der i Region Hovedstaden er mange mindre kommuner. Men når det kommer til praksis/klinikkommuner og Udkantsdanmark, er der en vis sammenhæng til indbyggertallet.

Alt i alt synes denne undersøgelse at bekræfte de konklusioner, der blev draget i 2005, men med den yderligere udvikling, at antallet af tilmeldte i omsorgstandplejen ikke er steget, men faldet efter kommunalreformen. Kommunalreformen har således ikke bidraget til omsorgstandplejens udbredelse – tværtimod.

## Konklusion

Det kan ud fra de foreliggende data konkluderes, at der ikke kan observeres en øget udbredelse af omsorgstandplejen efter kommunalreformen, men derimod en reduktion. Udbredelsen af omsorgstandplejen lever ikke op til de forudsætninger, som blev opstillet ved etableringen i 1994. Der blev som i 2005 fundet en sammenhæng mellem omsorgstandplejens udbredelse, befolkningsunderlag og tilstedeværelsen af en kommunal tandpleje, men tillige en sammenhæng med Udkantsdanmark og kommunesammenlægninger. De observerede variationer i omsorgstandplejens udbredelse kan ikke alene forklares ved demografiske og/eller epidemiologiske forhold, men der må sandsynligvis også findes forklaringer i andre forhold, fx administrative og politiske forhold.

## Taksigelse

Fuldmægtig Steffen Hougaard fra Danmarks Statistik takkes for beredvillig hjælp ved rekvirering af data.

## ABSTRACT (ENGLISH)

*Public dental home care in Denmark 2008-11*

**Introduction** – Severely disabled Danish citizens are offered a special oral care programme by the local municipality. This was established in 1994, but take up by those eligible is far from complete.

**Objectives** – The aim of the present study was to assess whether certain characteristics of the municipalities could explain the great variation in participation between them.

**Materials and methods** – Data were collected by means of public registers and included information of the total population of the

municipality, geographical location, degree of urbanization, type of provider of dental care (private/public) and whether the municipality was merged with other municipalities according to an administrative reform which took place in Denmark in 2007.

**Results** – Data showed that all variables in question were statistically significant associated with the variance in attendance to the program in the municipalities.

**Conclusion** – However none of the variables could explain a general decrease in number of participants of the special oral care program during the years 2008-2011.

## Litteratur

1. INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET. LBK nr 913 af 13/07/2010. (Sundhedsloven). København, 2006.
2. INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET. LBK nr 411 af 26/05/1994 HISTORISK. Bekendtgørelse af lov om tandpleje mv. København, 1994.
3. SUNDHEDSSTYRELSEN. Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje: Vejledning. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
4. Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institution. Disputats. Tandlægebladet 1990;94:169-94.
5. Christensen LB, Hede B, Nielsen E. Oral health and oral health related quality of life among frail elderly admitted to a special oral health care program. Gerodontology 2012;29:e392-400.
6. Ellefsen B. The impact of dementia on oral health: a longitudinal study on dental caries in elderly patients with and without dementia. (ph.d.-afhandling). København: University of Copenhagen, 2007.
7. Petersen PE, Kjølner 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.
8. Martin KU, Martin JO. Meeting the oral health needs of institutionalized elderly. Dysphagia 1992;7:73-80.
9. Vigild M, Pedersen P, Hedeboe PH et al. Den kommunale omsorgstandplejes omfang, organisation, klientel og økonomi – en landsdækkende undersøgelse 1996. Tandlægernes Nye Tidsskrift 1997;12:133-7.
10. Vigild M, Brinck JJ, Hede B. A one-year follow-up of an oral health care programme for residents with severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark. Community Dent Health 1998;15:88-92.
11. Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care program for persons with disability. Acta Odontol Scand 2005;63:278-83.
12. SUNDHEDSSTYRELSEN. Rengøringslinier for omfanget af og kravene til den kommunale og amtskommunale tandpleje. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
13. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M et al. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people

in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2124-30.

14. Adachi M, Ishihara K, Abe S et al. Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg* 2007;5:69-74.

15. Soell M, Hassan M, Miliuskaite A et al. The oral cavity of elderly patients in diabetes. *Diabetes Metab* 2007;33(Supp 1):S10-8.

16. Khader YS, Albashairh ZS, Alomari MA. Periodontal diseases

and the risk of coronary heart and cerebrovascular diseases: a meta-analysis. *J Periodontol* 2004;75:1046-53.

17. FØDEVAREINSTITUTTET, DTU. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer. København: Fødevarerinstitutionen, DTU, 2007.

18. INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET. Kommunalreformen – kort fortalt. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005.

19. Danmarks Statistik. (set september 2012) Tilgængelig fra: URL:

www.dst.dk

20. MINISTERIET FOR FØDEVARER, LANDBRUG OG FISKERI. Det danske Landdistriktprogram 2007-2013. København: Den Europæiske Landbrugsfond for Udvikling af Landdistrikterne, 2008.

21. De Offentlige Tandlægers Forening. Personlig meddelelse. København. 2012.

22. Petersen PE, Nørtov B. The effect of a three-year trial of a community dental care program for aged pensioners in Denmark. *Ugeskr Laeger* 1995;157:2712-6.

23. Brodam W. Rette tal om ret-

tede tænder?. *Tandlægebladet* 2004;108:760-3.

24. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.

25. Petersen PE, Ekholm O, Jørgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægesøg i Danmark. Situationen i 2005 og udviklingen siden 1987. *Tandlægebladet* 2010;114:480-91.

## Klinikkens kommunikation i venteværelset



HCC  
indholdsportal

Aktuelle  
nyheder

Klinikkens  
info-system

- Nyt layout
- Skriv selv:
  - Tekst
  - Prislister
  - Behandlingsoversigt

Nyhed!

### Medlemsfordele:

- 20% rabat til Tandlægeforeningens medlemmer
- Alle HCC temaer er kvalitetstestet af foreningen
- Redaktionelt HCC indhold produceres i samarbejde med foreningen
- Foreningens eget indhold opdateres løbende til medlemmerne
- Speciel landsdækkende installations- og serviceaftale samt call center
- Reklamefri

### Kontakt os allerede i dag

Er du interesseret i at vide mere om Healthcare Channel eller se en demonstration, så kontakt os på tlf: 70 20 99 15 eller klik ind på [www.healthcarechannel.dk](http://www.healthcarechannel.dk) eller læs mere på [www.tdlnet.dk](http://www.tdlnet.dk) under medlemsfordele.

Healthcarechannel 

I samarbejde med  
Tandlæge  
Foreningen