

KLINISK RELEVANS

Forekomsten af ubehandlede tandplejebehov og manglende fremmøde i nogle samfundsgrupper er et strukturelt og politisk problem, der ikke i fuldt omfang kan løses i den enkelte tandlægepraksis. Men tandplejens faggrupper kan vælge at påvirke situationen ved at engagere sig i at skabe et retfærdigt og inkluderende tandplejesystem.

FORFATTERE

Kasper Rosing, adjunkt, Institut for Odontologi, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Danmark

Liisa Suominen, professor, ph.d., M.Sc, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Inga B. Árnadóttir, professor, dr.odont., MPH, Faculty of Odontology, University of Iceland, Island

Lars Gahnberg, professor, Avdelning för orala sjukdomar, Institutionen för odontology, Karolinska Institutet och registerhållare, SKaPa, Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, Sverige

Anne Nordrehaug Åstrøm, professor, dr.odont., Department of Clinical Dentistry, Faculty of Medicine, University of Bergen, Bergen, Norge

Korrespondanceansvarlig førsteforfatter: Kasper Rosing.
E-mailadresse: karos@sund.ku.dk

Accepteret til publikation den 11. juni 2020

Artikkelen har gennemgået ekstern faglig vurdering.

Rosing K, Suominen L, Árnadóttir IB, Gahnberg L, Åstrøm AN. Udnyttelse af tandplejen i de nordiske lande. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 42–51

Emneord: Delivery of health care health care utilization health services accessibility health equity

Overigtsartikel

Udnyttelse af tandplejen i de nordiske lande

Kasper Rosing, Liisa Suominen, Inga B. Árnadóttir, Lars Gahnberg og Anne Nordrehaug Åstrøm

Udnyttelse af tandplejen defineres som den andel af befolkningen, der modtager tandplejeydelser inden for et givet tidsrum. Individuelle patientbehov afgør, hvad der betragtes som regelmæssig tandpleje. De nordiske landes tandplejesystemer har mange fællestræk, og et grundlæggende princip er, at alle borgere har lige ret til tandpleje. Generelt er udnyttelsesgraden høj i forskellige befolkningsgrupper i alle de nordiske lande, og befolkningerne har god forståelse for nødvendigheden af regelmæssig tandpleje. Når de årlige udnyttelsesgrader er mindre end 100 %, er en del af forklaringen, at tandsundheden generelt er blevet stadig bedre i de nordiske lande, og at der derfor er et stigende antal borgere, der ikke længere har behov for at blive undersøgt hvert år. Der er dog også evidens for, at en række faktorer som fx tandlægeskræk, socio-økonomiske forhold, stor afstand til nærmeste klinik og tandlægenes priser påvirker udnyttelsesgraden. Det er problematisk både fra et etisk og et juridisk synspunkt, at nogle befolkningsgrupper, især de ældre og socialt belastede, ikke i fuldt omfang får gavn af tandplejesystemerne under den nuværende organisering.

Brug af kommunal tandpleje

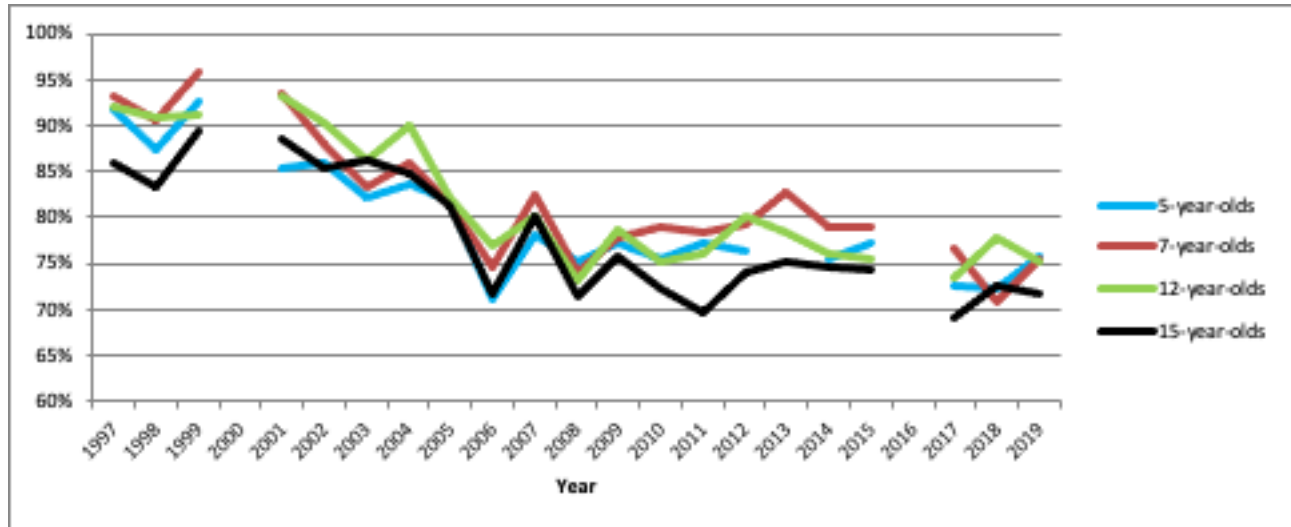


Fig. 1. Unikke brugere af Kommunale Tandpleje/Total population for 5-, 7-, 12- og 15-årige (Danmark).

*Der mangler data fra 2000 og 2016

Definition af udnyttelsesgrad inden for tandplejen

Tandplejen på den enkelte tandklinik udgør kun en del af det mere omfattende begreb tandpleje. Synonymerne udnyttelsesgrad og fremmødefrekvens inden for tandplejen defineres som den andel af befolkningen, der inden for et nærmere angivet tidsrum modtager tandplejeydelser på en tandklinik.

I dag anses det for tilrådeligt at lade sig undersøge på en tandklinik med regelmæssige mellemrum (1). Aktuelt er holdningen, at indkaldeintervallerne skal baseres på individuelle behov, og der er derfor ikke nogen entydig definition på, hvad «regelmæssig tandpleje» er. Tidligere definerede man «regelmæssig tandpleje» på flere forskellige måder – fra en bred definition af, hvad patienterne selv anså for regelmæssigt, til definitioner baseret på mere specifikke kriterier som fx fremmøde mindst tre til fire gange inden for en femårig periode. Nu til dags, hvor tandsundheden generelt er forbedret, kan det være passende og sundhedsmæssigt forsvarligt at indkalde personer med lav risiko for orale sygdomme med længere mellemrum, mens personer med forøget sygdomsrisiko tilses hyppigt. Dette må man naturligvis holde sig for øje, når man vurderer udnyttelsesgrad på årsbasis.

Denne artikel giver en deskriptiv oversigt over tandplejens organisation, udnyttelsesgraderne og de vigtigste faktorer, der påvirker udnyttelsesgraderne, i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Der er ikke foretaget systematisk litteratursøgning i forbindelse med artiklen; men de fremsatte synspunkter afspejler forfatterens samlede viden om relevant litteratur inden for emnet.

Tandplejesystemer i de nordiske lande

I de nordiske landes skattefinansierede velfærdsstatsmodeller (2) indgår begrebet lige adgang til sundhedspleje, som er baseret på idéen om, at alle borgere har ret til pleje på samme vilkår, og at plejen leveres i overensstemmelse med befolkningens behov (3). Den nordiske model er karakteriseret ved en stor offentlig tandpleje, hvor personalet er lønnet via skatterne, og en privat sektor, der modtager tilskud fra den offentlige sygesikring (4,5). Selv om tandplejen i de nordiske lande har mange fællestræk, har hvert enkelt lands politiske historie påvirket organisering og finansiering af tandplejen, og som det fremgår af Tabel 1, er der ikke to lande, der har nøjagtig samme system. De vigtigste fællestræk ved sundhedslovgivningen i de nordiske lande er 1) udvidelse af den offentlige tandpleje (Public Dental Healthcare Services, PDHS) så alle børn er omfattet og kan få «gratis» systematiske forbyggende ydelser og nødvendig behandling, 2) hele befolkningen er omfattet af et tandplejetilbud, 3) fleksibilitet med hensyn til en koordineret og effektiv udnyttelse af offentlige og private resurser.

Udnyttelse af tandplejen

NORGE

Børn og unge

Norges Statistisk Sentralbyrå (SSB) har udtrykket information om udnyttelsesgraden blandt 3–18-årige fra journalsystemet hos PDHS. Tallene viser, at 98 % af alle børn og unge i aldersgruppen i 2018 modtog et tilbud om gratis tandpleje inden for PDHS, og at

Tandplejesystemer

Tabel 1. Tandplejesystemer i de nordiske lande.			
Norge			
Population	Sektor	Finansiering	Tandplejepersonale pr. befolkningsenhed
Børn og unge (0–18)	Offentlig	Offentlig (via skatterne)	8,6 tandlæger/10.000 indbyggere (2018) 1,9 tandplejere /10.000 indbyggere (2018)
Voksne (18+)	Overvejende privat Offentlig i yderdistrikter	Delvis finansiering via: 1. Brugerbetaling (fri prisdannelse) 2. National sygesikring 3. Private sundhedsforsikringer	
Borgere med særlige behov 1. Mentalt handicappede (hjemmeboende eller institutionaliserede) 2. Ældre og langvarigt plejkrævende (hjemmeboende eller institutionaliserede) 3. Unge voksne (19–20) 4. Særlige grupper, administreret regionalt (indsatte, stofmisbrugere drug i medicinsk afvæning, etc.)	Offentlig	Offentlig (via skatterne) Unge voksne betaler 25 % af fastsatte priser, bestemt af Sundhedsministeriet	
Specialistbehandling (Parodontalbehandling, oral kirurgi, rehabilitering af tandtab som følge af parodontitis)	Privat 5 offentlige kompetencecentre	Brugerbetaling (frie markedsmekanismer) National sygesikring (beskyttelse mod høje priser)	
Finland			
Population	Sektor	Finansiering	Tandplejepersonale pr. befolkningsenhed
Børn og unge (0–17)	Offentlig	Offentlig (via skatterne)	
Voksne (17+)	Privat Offentlig	Brugerbetaling Offentlig – 15 % refusion (ingen refusion til protetiske og ortodontiske ydelser)	
Borgere med særlige behov			
Sverige			
Population	Sektor	Finansiering	Tandplejepersonale pr. befolkningsenhed
Børn og unge (< 24)	Offentlig Privat	Offentlig (via skatterne)	9,1 tandlæger /10.000 indbyggere (2017) 4,3 tandplejere /10.000 indbyggere (2017)
Voksne (≥ 24)	Privat Offentlig	Privat: Brugerbetaling med offentligt tilskud: <ul style="list-style-type: none"> Tandplejetilskud med henblik på at opmuntre til regelmæssige undersøgelser og forebyggende ydelser Program til beskyttelse mod særligt høje udgifter Offentlig: Som et alternativ til brugerbetaling tilbyder den offentlige tandpleje et system med fast årligt tilskud og 10 niveauer af faste priser baseret på individuel risikovurdering	
Borgere med særlige behov	Privat Offentlig	Offentlige tilskud organiseret på regionalt niveau	
Specialistbehandling: pædagogik, ortodonti, orofacial medicin, endodonti, protetik, parodontologi, oral kirurgi, TMJ, radiologi	Privat Offentlig	≤ 23 Offentlig (via skatterne) ≥ 24: Brugerbetaling med offentligt tilskud: <ul style="list-style-type: none"> Beskyttelse mod særligt høje udgifter 	

Danmark			
Population	Sektor	Finansiering	Tandplejepersonale pr. befolkningsenhed
Børn og unge (0–18)	Primært offentlig Privat (i nogle tilfælde udliciteret til den private sektor)	Offentlig (via skatterne)	8,2 tandlæger/10.000 indbyggere (2015) 4,1 tandplejere /10.000 indbyggere (2015)
Voksne (18+)	Privat	Primært privat – brugerbetaling (fri prisdannelse) Offentlig (varierende grader af tilskud fra offentlig sygesikring) Offentlig (forskellige tilskud til lavindkomstgrupper)	
Borgere med særlige behov	Offentlig Privat (i nogle tilfælde udliciteret til den private sektor)	Primært offentlig (en vis grad af brugerbetaling)	
Specialistbehandling: Ortodonti og oral kirurgi	Offentlig Privat	Offentlig (via skatterne) Privat – brugerbetaling (fri prisdannelse)	
Island			
Population	Sektor	Finansiering	Tandplejepersonale pr. befolkningsenhed
Børn og unge (0–18)	Privat	Offentlig (via skatterne) Privat – årlig brugerbetaling på 2.500 ISK.	7,9 tandlæger / 10.000 indbyggere (2019)
Voksne (18–67)	Privat	Frie priser Ingen tilskud fra offentlig sygesikring	
Borgere med særlige behov	Privat	Delvis refusion (50 %) fra offentlig sygesikring (kun for patienter ≥ 67 år eller invalidepensionister) Hospitaliserede og plejehjemsbeboere får fuldt betalt tandpleje via offentlig sygesikring	

704.907 (70 %) af dem fik undersøgelse og/eller behandling. Det tilsvarende tal for 19–20-årige var 41 %. Der var ikke tilgængelige data for de 0–2-årige.

Voksne

Omkring to tredjedele af voksenbefolkningen får tandplejeydelser i den private tandplejesektor. PDHS leverer tandplejeydelser til et mindre antal voksne med særlige behov, fx psykisk handicappede, stofmisbrugere, plejehjemsbeboere og borgere tilknyttet hjemmeplejen. Der er flere studier, men kun få nationalt repræsentative, som kan give information om voksenbefolkningens udnyttelsesgrad inden for tandplejen i forskellige aldersgrupper. Andelen af voksne nordmænd, som angiver at gå til tandlæge hvert år, var

56,7 % blandt 20–39-årige og 80,0 % blandt 40–59-årige (6). I en befolkningsundersøgelse fra 2016 var der ca. 47 % af de 25–35-årige, der bekræftede, at de gik til tandlæge mindst en gang om året (7). I et nyere studie fra 2018 var der 41 % af de 16–79-årige, der havde været til tandlæge mindst en gang om året de foregående fem år, mens 20 % angav, at de slet ikke havde været til tandlæge i denne periode (Åstrøm, Sulo, Smith, 2019, endnu ikke publiceret).

Borgere med særlige behov

I en norsk kohorteundersøgelse af ældre (65-årige og 70-årige), undersøgt i 2007 og 2012, var den årlige udnyttelsesgrad henholdsvis 85 % og 87 % (8). Fra 65-årsalderen til 70-årsalderen faldt andelen med «mindre hyppigt fremmøde» fra 14,5 % til 12,2 %. De tilsva-

rende prævalenser i en parallel svensk kohorte var 14 % og 13 % (9). I Sverige var prævalensen af fremmøde hos tandplejere henholdsvis 26,0 % blandt 50-årige i 1992 og 57,2 % blandt 70-årige i 2012 (10).

Kun 7,5 % af den norske voksenbefolkning blev undersøgt eller behandlet i PHDS-regi i 2018. Specifikke grupper, som fx substansmisbrugere under afvæning og unge med tandlægeskræk halter efter den øvrige befolkning med hensyn til regelmæssig tandpleje (Mbumba and Larsen, 2018, ikke publiceret).

FINLAND

Børn og unge

Siden PDHS startede i 1950'erne, har praktisk taget alle børn og unge benyttet sig af det offentlige tilbud. Indtil midten af 1990'erne blev næsten alle børn undersøgt i PDHS hvert år. I løbet af 1990'erne blev der indført en ny praksis med indkaldeintervaller baseret på individuelle behov, og det førte til, at færre patienter blev undersøgt hvert år (11). I 2000 var der 66 % af de femårige børn, der blev undersøgt, og de tilsvarende tal for 12-årige og 18-årige var henholdsvis 77 % og 43 %. Der var regionale forskelle inden for landets grænser. Den laveste udnyttelsesgrad (64,1 %) sås i den sydligste region og var signifikant lavere end i de øvrige regioner. Udnyttelsesgraden var højest i den næstnordligste region. Efter vedtagelsen af en større tandplejereform i 2001–2002 steg efterspørgslen efter behandling under PDHS blandt de voksne, og den offentlige tandplejes fokus skiftede fra primært børn og unge til nu også at omfatte voksenbefolkningen. Udnyttelsesgraden blandt børnene faldt yderligere de følgende år, indtil nye retningslinjer i 2011 satte mere entydige kriterier for indkald af børn og unge.

Voksne

I Finland har fremmødet blandt voksne været lavere end i de øvrige nordiske lande. Årsagerne hertil kan bl.a. hænge sammen med den tidligere lovgivning, som prioriterede offentlig tandpleje for børn og unge, mens brugerbetalt tandpleje i privat praksis var den eneste mulighed for de voksne. Dertil kommer, at der er et højere antal tandløse borgere i Finland, hvilket kan forklare, at efterspørgslen efter tandpleje er mindre. Endelig har behovsrelaterede indkaldeintervaller på mere end et år været kutyme siden begyndelsen af 1990'erne, og dette kan bidrage til en forklaring på det lave årlige forbrug af tandplejeydelser i Finland i perioden 1990–2010.

Den offentlige støtte til tandpleje, enten i form af lave priser under PDHS eller delvis betaling af de privatpraktiserende tandlægers honorarer via den offentlige sygesikring, er gradvis blevet øget. Med den seneste reform, der blev indført i 2001–2002, er hele den finske befolkning nu omfattet af offentlige tandplejetilbud eller får refunderet udgifterne via sygesikringen. Formålet med reformen var at

skabe øget lighed i adgang til tandpleje og dermed tilskynde til øget tilslutning til regelmæssig tandpleje og på sigt forbedre befolkningens tandsundhed.

Borgere med særlige behov

Udnyttelsen af tandplejen har ligget lavt for ældrebefolkningen; men siden 2000 er udnyttelsesgraden steget (12,13). I 2017 var der 71 % af borgerne \geq 80 år, der angav at have modtaget tandplejeydelser inden for det seneste år (14). Fysisk og mentalt handicappede har ret til offentligt finansieret tandpleje, men udnyttelsesgraden er mindre end i andre befolkningsgrupper.

SVERIGE

Selv om der er enkelte publikationer, der beskriver udnyttelsen af tandplejesystemet i Sverige, er billedet ikke komplet. Dette faktum er for nylig blevet understreget af Tandvårds- og Läkemedelsförmänsverket (TLV, en statslig myndighed, der bl.a. bestemmer, hvilke tandplejeydelser der er omfattet af en refusionsgaranti for dyre behandlinger) (15). De videnskabelige studier har fortrinsvis fokuseret på specifikke befolkningsgrupper som ældre (8,16–18), personer med psykiatriske diagnoser (19) eller unge (20). Med hensyn til udnyttelsesgraden for voksne, der er omfattet af det nationale tandplejerefusionssystem, har Socialstyrelsen (der svarer til Sundhedsstyrelsen i Danmark) en fremragende online service (21).

Børn og unge

Omkring 90 % af landets børn og unge modtager tandpleje på offentlige klinikker. I Sverige er der en lang tradition for regelmæssige undersøgelser. I midten af 1900-tallet var det mest almindelige indkaldeinterval 12 måneder, om end nogle tandlæger argumenterede for hyppigere indkald. Denne tradition blev gradvis ændret i løbet af 1990'erne, hvor begreber som systematisk risikovurdering og individuelle forebyggende og non-invasive tiltag blev introduceret, og i dag forekommer individuelle risikobaserede indkaldeintervaller fra seks til 36 måneder. I forlængelse af den «gratis» tandpleje for børn og unge etablerede den svenske regering i 1974 et offentligt forsikringssystem, som gav tilskud til tandpleje for voksne; formålet hermed var at skabe større lighed på området og fremme befolkningens tandsundhed. Systemet med «gratis» tandpleje for børn og unge og tilskud til de voksne er gradvis ændret. I dag er tandpleje «gratis» indtil 24-årsalderen (Tabel 1). Selv om tandplejen er «gratis» indtil 24-årsalderen, er der alligevel et vist frafald blandt børn og unge. I en af de svenske regioner udeblev 13,1 % af de 16–19-årige patienter således fra de aftalte tandlægetider (20).

Brug af tandpleje

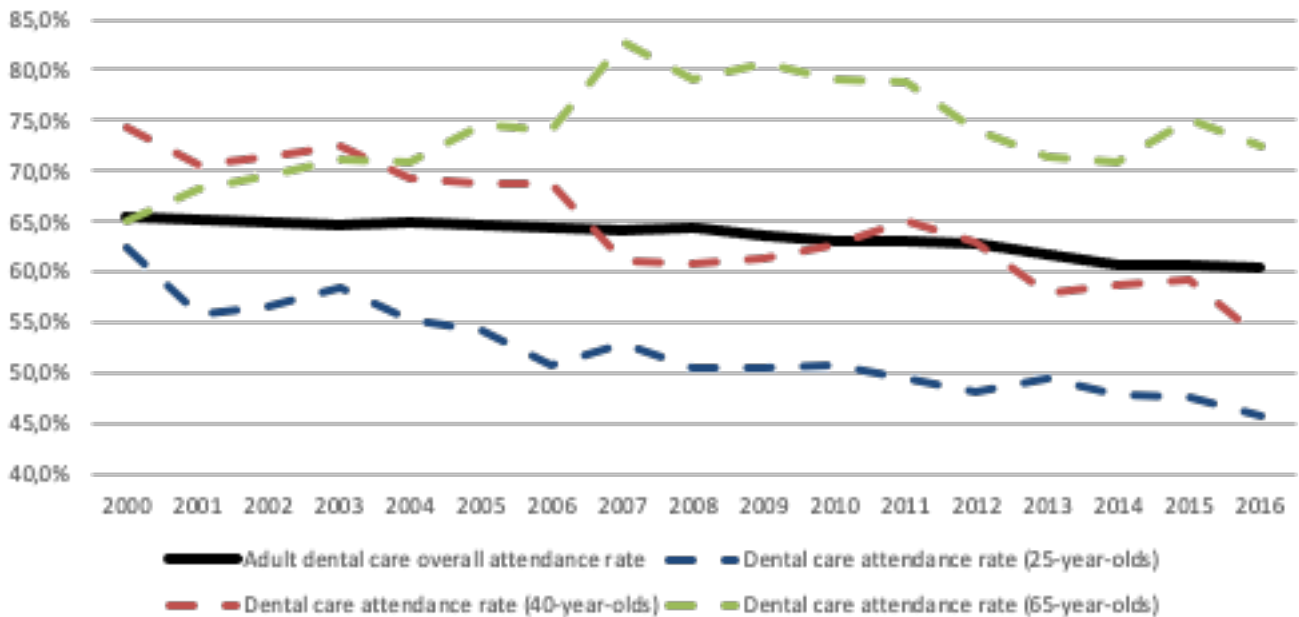


Fig. 2. Procentandel, af total voksenbefolkning, der modtog en eller flere tandpleje-sygesikringsydelser i privat praksis i pågældende år (Danmark).

*Upublicerede data fra sygesikringsstatistikkerne

Voksne

Blandt de voksne bliver ca. 58 % af de odontologiske konsultationer foretaget i privat praksis (22). Flertallet af de voksne over 40 år foretrækker private tandklinikker (23), og mere end 70 % af dem bliver tilset inden for en periode på to år (24).

Borgere med særlige behov

Omkring 250.000 voksne er berettiget til tandpleje med samme brugerbetaling som i det øvrige svenske sundhedssystem. Den svenske myndighed for pleje- og omsorgsanalyse oplyser, at et stort antal fysisk og psykisk handicappede ikke får den tandpleje, de er berettiget til (25).

ISLAND

Børn og unge

Islandske forældre er forpligtet til at lade deres børn indskrive hos en familietandlæge, der er ansvarlig for regelmæssige undersøgelser mindst hvert andet år. Tandlægen er desuden ansvarlig for profylaktiske ydelser og nødvendige tandbehandlinger efter individuelle behov (26). I 2014 var 64 % af børnene registreret hos en familietandlæge, og dette tal er steget til mere end 90 % i 2017. For treårige og 17-årige var tallene henholdsvis 59 % og 92 % (26).

Voksne

Hvert andet år gennemføres der i Island undersøgelser af borgernes generelle sundhed og livsstil, og i materialet indgår også spørgsmål om oral sundhed og fremmøde hos tandlægen. Aktuelt er der 73 % af borgerne ≥ 18 år, som angiver, at de går til tandlæge mindst en gang om året (27).

Borgere med særlige behov

I aldersgruppen ≥ 67 var der i 2017 50 %, som angav, at de gik til tandlæge mindst en gang om året (27).

DANMARK

Børn og unge

Danske tandlæger er forpligtet til hvert år at indrapportere data vedrørende den orale sundhedsstatus for femårige, syvårige, 12-årige og 15-årige. Data administreres af Sundhedsstyrelsen og anvendes i forbindelse med planlægning og evaluering af tandplejen (28) (Fig. 1).

Voksne

Kirkegaard et al. oplyser, at det i årene 1969–1981 højst var 60 % af de voksne danskere, der gik til tandlæge mindst en gang om året (29,30). Ifølge en stor befolkningsundersøgelse, der blev gennem-

ført i årene 1981–1982, var der dog 66 % af deltagerne, der angav, at de gik regelmæssigt til tandlæge (29), og i to stikprøver fra 2000 og 2007–2008 var udnyttelsesgraden steget til 80–88 % (31,32). Udtræk fra sygesikringsstatistikkerne kan give et overblik over udnyttelsen af voksentandplejen i årene 2000–2016 (Fig. 2). Disse data indeholder kun information om de voksne, der modtager sygesikringsydelse i privat praksis. De voksne, der får tandpleje via det offentlige tandplejesystem, fx beboere på plejehjem og andre institutioner, indgår ikke, og selv om disse grupper ikke er store, kan de dog til en vis grad forklare det manglende fremmøde. Endvidere optræder lavrisikopatienter, som indkaldes med større intervaller end 12 måneder, ikke nødvendigvis i statistikken for et givet år; men trods alt tegner Fig. 2 et billede af fremmødemønstre inden for voksentandplejen.

Borgere med særlige behov

I 2017 var der angiveligt ca. 63.000 voksne med psykologiske eller sociale problemer og 47.000 voksne med funktionsnedsættelse (33). Nogle benytter privat tandlægepraksis formentlig med øget offentligt tilskud, mens andre henvises til specialtandplejen. Plejehjemsbeboere, hvoraf nogle samtidig hører ind under de to nævnte kategorier, er ligeledes berettiget til special- eller omsorgstandpleje. Ifølge en opgørelse fra Sundhedsstyrelsen var der i 2015 24.726 patienter, som blev henvist til omsorgstandplejen (1); men man skønnede, at 52.000–63.000 patienter var berettiget til dette tilbud, så der var altså 27.000–38.500 (52–61 %), muligvis berettigede, som ikke blev henvist (34). Mistanken om, at der er risiko for, at særligt belastede patienter bliver glemt ved overgang fra én tandplejesektor til en anden, bekræftes af to danske studier vedrørende henholdsvis hjemmeboende og hospitaliserede psykiatriske patienter. I begge disse patientgrupper var fremmødet begrænset (35,36).

Faktorer, som påvirker udnyttelsesgraden

Køn – tandlægeskræk

Åstrøm et al. fandt signifikant sammenhæng mellem tandlægeskræk og mindre hyppig udnyttelse af tandplejen blandt norske 25-årige, såvel i 1997 som i 2007 (37). I Finland har man fundet, at tandlægeskræk førte til uregelmæssig tandplejeadfærd blandt voksne ≥ 30 år (38). En svensk undersøgelse afslørede, at 11 % af mændene og 15 % af kvinderne i aldersgruppen 25–35 år så vidt muligt undgik at gå til tandlæge på grund af ubehagelige oplevelser i forbindelse med tandpleje i barndommen (Åstrøm, Sullo, Smith, 2019, endnu ikke publiceret). Tilsvarende tendens til at undgå kontakt med tandplejen på grund af dårlige oplevelser i barndommen er også påvist i en kohorte af ældre mennesker i Sverige (39). Det er

påvist, at kvinder hyppigere møder op til tandpleje end mænd i Sverige (9), Island, Finland (14) og Danmark (30,40).

Uddannelse – socio-økonomisk status – rygning – civilstand – tandlægedækning

I en undersøgelse af to norske og svenske kohorter af ældre mennesker har man fundet, at det øger sandsynligheden for mindre hyppig udnyttelse af tandplejetilbuddet, hvis man har lavt uddannelsesniveau, er født i udlandet, er enlig og er ryger (data korrigeret for social ulighed) (9). Vikum et al. fandt en klar indkomsthængig ulighed til fordel for de mest velstående i udnyttelsen af tandplejetilbuddet i Norge; Tendensen var tydelig i alle aldersgrupper, men mest udtalt blandt borgere ≥ 60 år (6). Ulighed til fordel for de mest veluddannede forekom derimod kun i aldersgruppen ≥ 60 år. I Island er sammenhængen mellem uddannelsesniveau og fremmøde i tandplejen ikke entydig (Fig. 3). I Danmark er sammenhængen mellem uddannelsesniveau og fremmøde ikke statistisk signifikant, når der korrigeres for køn, bopæl, beskæftigelse, husstandsindkomst og oral sundhedsstatus (40). I Finland styrer de socioøkonomiske faktorer valget mellem den offentlige og den private tandplejesektor, og der er stadig ulighed i adgangen til tandpleje (14). Ifølge nationalt repræsentative spørgeskemaundersøgelser er der dog sket et lille fald i den socio-økonomiske ulighed i udnyttelse af tandplejen fra 2001 til 2007 (41).

Statistisk Sentralbyrå i Norge har i en rapport (42) adresseret problemet med et mørketal for uindfriet tandplejebehov blandt voksne i Norge ved at stille spørgsmålet «har du på noget tidspunkt inden for de seneste 12 måneder haft behov for at gå til tandlæge og undladt at gøre det?» Prævalensen for skjult behov for tandpleje var omkring 9 % i 2005 og i 2010 (42). Økonomi var den hyppigst anførte årsag til at undlade at søge tandlæge i nødsituationer.

I EU-landene generelt var udgiften den hyppigste årsag til ikke at søge undersøgelse eller behandling hos tandlægen i nødsituationer (43). I 2018 var der angiveligt 4 % af den samlede befolkning i EU-området, der havde et skjult behov for tandbehandling eller undersøgelse (43). I Finland var den hyppigste årsag (5 %) dog, at der var lang ventetid hos tandlægerne.

I Sverige er udnyttelse af tandplejetilbuddet korreleret til indkomst, alder og uddannelsesniveau, idet personer med lav indtægt, kort uddannelse og høj alder i mindre grad benytter sig af refusionsmulighederne (44). En anden væsentlig faktor for udnyttelsen af tandplejetilbuddet er adgangen til tandpleje. I Sverige er der en ulige geografisk fordeling af tandplejepersonale, især tandlæger. I den nordligste del af landet er der kun 4,4 tandlæger pr. 10.000 indbyggere, mens det nationale gennemsnit ligger på 9,1. Der er en klar

Uddannelsesniveaue og brug af tandpleje

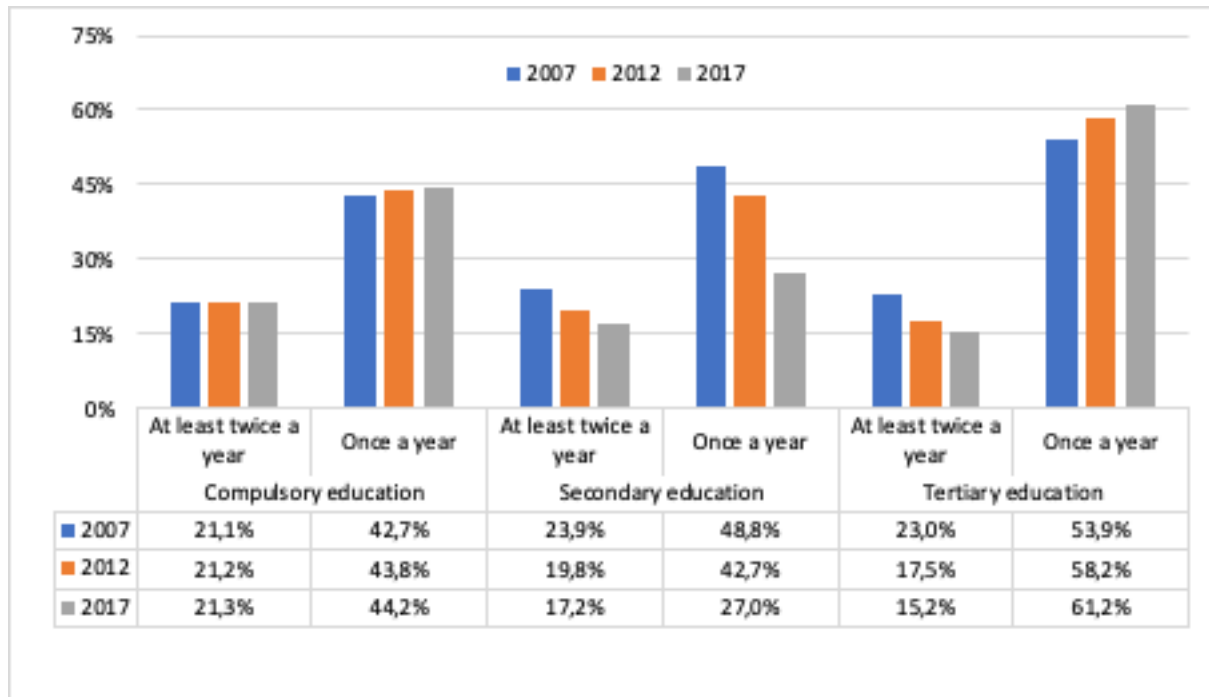


Fig. 3. Uddannelsesniveaue relateret til brug af tandpleje i Island i 2007, 2012 og 2017 (26).

tendens til, at svenske tandlæger foretrækker at bo og arbejde i mere tætbefolkede områder.

Oral sundhedsstatus

Sammenhængen mellem udnyttelse af tandplejen og kliniske tandsundhedsindikatorer som fx tandtab er ikke entydig. Nogle tidligere undersøgelser fra Storbritannien og Tyskland har vist, at personer, der gik til tandlæge mindst én gang om året, havde højere carieserfaring og færre sunde ubehandlede tænder end personer, der gik sjældnere til tandlæge (45,46). I Danmark har man i et repræsentativt udsnit af voksenbefolkningen fundet en sammenhæng mellem uregelmæssig eller ikke-eksisterende tandplejefremmøde og dårlig tandsundhed i form af tandløshed og helproteser (31). I et longitudinelt studie blandt finske voksne har man påvist, at uregelmæssig tandpleje fører til dårligere subjektiv oplevelse af den orale sundhedstilstand (47).

Forskere har udtrykt bekymring for de økonomiske konsekvenser, effekten i forhold til forebyggelse af oral sundhed og risikoen for overbehandling i forbindelse med hyppigt tandplejefremmøde (48). I et finsk studie blandt børn og unge, som dækker perioden 2001–2013, konkluderede man, at der ikke var overensstemmelse mellem de behandlinger, der var behov for, og dem, der blev udført

inden for børnetandplejen. Børn, der ikke havde behov for behandling, fik flere forebyggende ydelser end de, der havde behov (49). Unge, der ikke gik regelmæssigt til tandlæge, angav sjældnere, at tænderne generede dem i deres daglige gøremål, end unge, som havde været til tandlæge inden for de seneste to år (50). Kohortestudier blandt ældre i Norge og Sverige viser imidlertid, at tænderne sjældnere generer de daglige gøremål for personer, der går regelmæssigt og hyppigt til tandlæge, end for dem, der går uregelmæssigt og sjældent (8). I Danmark har man konstateret, at personer med uregelmæssig tandplejeadfærd får ekstraheret flere tænder end personer med regelmæssigt fremmøde (40).

Borgere, der er forebyggelsesorienterede, angiver sjældnere, at tænderne generer dem, og at de mister tænder, end borgere, der er mere problemorienterede (51). Retningen på sammenhængen mellem fremmøde og oral sundhed kan afhænge af, om patienterne er problemorienterede og ønsker at få løst et aktuelt problem, eller om de er forebyggelsesorienterede og ønsker at undgå orale sygdomme. På verdensplan ser der ud til at være forskel på rige og fattige lande. I fattige lande møder man typisk op på grund af problemer i tænder eller mundhule, mens man i de rige lande er mere forebyggelsesorienterede, og i de rige lande hænger hyppigt fremmøde sammen med mindre oral sygdom og høj oral sundhed. Nyere kohorte- og

tværnsnitstudier af den voksne befolkning i Norge har vist, at negative oplevelser i forbindelse med tandpleje i barneårene kan føre til sjældnere fremmøde og flere ekstraktioner senere i livet (39).

Selv om det af metodologiske og praktiske grunde kan være vanskeligt at bevise kausale virkninger af tandplejesystemer, giver det ikke mening at sætte spørgsmålstegn ved tandplejesystemernes eksistensberettigelse, da adgang til tandpleje er en af grundpillerne i de nordiske velfærdsmodeller. «For» lav udnyttelsesgrad af tandplejen er problematisk af etiske og juridiske grunde, da det er tegn på ulighed (52). Det giver derfor mere mening at diskutere, hvordan de nordiske tandplejesystemer kan organiseres endnu bedre, og at dele erfaringer om, hvordan man bedst håndterer problemer med ulige adgang til tandpleje.

Alle nordiske lande ser ud til at have gavn af velfærdsstatens organisering af tandpleje. Store dele af befolkningerne i alle lande udnytter tandplejetilbuddet regelmæssigt. Der findes dog stadig socio-økonomisk ulighed i udnyttelsen af tandpleje, selv om uligheden med tiden er mindsket i nogle lande. Uopfyldt behov for tandpleje kan tilskrives brugerbetaling, ventelister og manglende adgang til klinikker i tyndt befolkede områder. Hvis man skal sikre betjening af de borgere, der har mest behov, må fremtidig forskning fokusere på samspillet mellem tandplejens organisering og udnyttelse og borgernes oplevelse af uopfyldte behov.

REFERANSER

- SUNDHEDSSTYRELSEN. National klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/-/media/Udgivelser/2016/NKR-for-fastlaeggelse-af-intervaller-mellem-diagnostiske-undersogelser-i-tandplejen.aspx>
- Eikemo TA, Bambara C, Joyce K et al. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health*. 2008; 18: 593–9.
- Holst D. Varieties of Oral Health Care Systems. In: Pine C, Harris R, eds. *Community Oral Health*. 2nd ed. London: Quintessence Publishing Co. Ltd, 2007; 467–77.
- Widström E, Eaton KA. Oral Healthcare Systems in the Extended European Union. *Oral Health Prev Dent*. 2004; 2: 155–94.
- Widström E, Ekman A, Aandahl LS et al. Developments in Oral Health Policy in the Nordic Countries Since 1990. *Oral Health Prev Dent*. 2005; 3: 225–35.
- Vikum E, Westin S, Krokstad S et al. Socioeconomic inequalities in dental services utilisation in a Norwegian county: The third Nord-Trøndelag Health Survey. *Scand J Public Health* 2012; 40: 648–55.
- Aström AN, Lie SA, Gulcan F. Applying the theory of planned behavior to self-report dental attendance in Norwegian adults through structural equation modelling approach. *BMC Oral Health* 2018; 18: 95.
- Gülcan F, Ekbäck G, Ordell S et al. Exploring the association of dental care utilization with oral impacts on daily performances (OIDP) – a prospective study of ageing people in Norway and Sweden. *Acta Odontol Scand* 2018; 76: 21–9.
- Gülcan F, Ekbäck G, Ordell S et al. Social predictors of less frequent dental attendance over time among older people: Population-averaged and person-specific estimates. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44: 263–73.
- Åström AN, Ekbäck G, Ordell S et al. Dental hygienist attendance and its covariates in an ageing Swedish cohort. *Eur J Oral Sci* 2017; 125: 487–94.
- Lahti SM, Hausen HW, Widström E et al. Intervals for oral health examinations among Finnish children and adolescents: Recommendations for the future. *Int Dent J* 2001; 51: 57–61.
- Suominen-Taipale L, Kansanterveyslaitos (Finland). Oral health in the Finnish adult population: Health 2000 Survey. *Kansanterveyslaitos* 2008; 95.
- Suominen AL, Helminen S, Lahti S et al. Use of oral health care services in Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. *BMC Oral Health* 2017; 17: 78.
- JULKARI. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- TANDVÅRDS- OCH LÅKEMEDELSTÖRNINGEN. Yttrande avseende slutbetänkandet Ett tandvårdsstöd för alla- fler och starkare patienter. (Set juni 2020). Tilgængelig fra: URL: https://www.tlv.se/download/18.467926b615d084471ac-353fa/1510316351336/160202_remissvar_tandvardsstod.pdf
- Derblom C, Hagman-Gustafsson M-L, Gabre P. Dental attendance patterns among older people: a retrospective review of records in public and private dental care in Sweden. *Int J Dent Hyg* 2017; 15: 321–7.
- Grönbeck-Linden I, Hägglin C, Petersson A et al. Discontinued dental attendance among elderly people in Sweden. *J Int Soc Prev Community Dent* 2016; 6: 224–9.
- Fereshtehnejad S-M, Garcia-Ptacek S, Religa D et al. Dental care utilization in patients with different types of dementia: A longitudinal nationwide study of 58,037 individuals. *Alzheimers Dement* 2018; 14: 10–9.
- Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B et al. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 263–71.
- Fägerstad A, Lundgren J, Windahl J et al. Dental avoidance among adolescents – a retrospective case-control study based on dental records in the public dental service in a Swedish county. *Acta Odontol Scand* 2019; 77: 1–8.
- SOCIALSTYRELSEN. Statistikdatabas för tandhälsa. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: https://sdb.socialstyrelsen.se/ff_tandhalsa/val.aspx
- TANDVÅRDS- OCH LÅKEMEDELSTÖRNINGEN. Dental care. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.tlv.se/in-english/dental-care.html>
- Lundegren N. Oral health and self-perceived oral treatment need of adults in Sweden. *Swed Dent J Suppl* 2012; 10: 10–76.
- Ljung R, Lundgren F, Appelquist M et al. The Swedish dental health register – validation study of remaining and intact teeth. *BMC Oral Health* 2019; 19: 116.
- THE SWEDISH AGENCY FOR HEALTH AND CARE SERVICES ANALYSIS. Tandlösa tandvårdsstöd. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2015-3-tandlosa-tandvardsstod.pdf>
- SJÚKRATRYGGINGAR ÍSLANDS. Tannlækningar barna. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sjukra.is/heilbrigdisthjonusta/tannlaekningar/born-og-ungmenni/tannlaekningar-barna-samkvamt-samningi-si-og-tfi/>
- DIRECTORATE OF HEALTH. Fleiri halda eigin tönnum lengur. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item35340/Talnabrunnur_Agust_2018_.pdf
- SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Vejledning af 22. november 1999 om indberetning af tandsundhedsforhold på børne- og ungdomstandplejeområdet. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21384>
- Kirkegaard E, Borgnakke WS, Grønbaek L. Oral Health Status, Dental Treatment Need, and Dental Care Habits in a Representative Sample of the Adult Danish Population. 1982.
- Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the adult Danish population. *Scand J Prim Health Care* 1984; 2: 167–73.
- Petersen PE, Kjoller 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.
- 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.

33. KOMMUNERNES LANDSFORENING. Fælles om fremtidens socialpolitik. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.kl.dk/media/17547/faelles-om-fremtidens-socialpolitik.pdf>
34. SUNDHEDSSTYRELSEN. Modernisering af omsorgstandplejen. Anbefalinger for en styrket forebyggelse, behandling, visitation og organisering. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Modernisering-af-omsorgstandplejen.ashx?la=da&hash=39900362CC9B-821CAB4497AC90F869351F595467>
35. Hede B, Petersen PE. Self-assessment of dental health among Danish noninstitutionalized psychiatric patients. *Spec Care Dentist* 1992; 12: 33–6.
36. Hede B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 35–40.
37. Åstrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health* 2011; 11: 10.
38. Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V et al. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000–2011. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47: 309–15.
39. Bernabé E, Lie SA, Mastrovito B et al. Childhood negative dental experiences and tooth loss in later life: A 25-year longitudinal study in Sweden. *J Dent* 2019; 89: 103198.
40. Rosing K, Hede B, Christensen LB. A register-based study of variations in services received among dental care attenders. *Acta Odontol Scand* 2016; 74: 14–35.
41. Raittio E. Use of oral health care services and perceived oral health after the oral health care reform introduced during 2001–2002. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: https://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2086-7/urn_isbn_978-952-61-2086-7.pdf
42. STATISTICS NORWAY. Statistikbanken. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.ssb.no/statbank/>
43. EUROSTAT. Unmet health care needs statistics. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
44. FÖRSÄKRINGSKASSAN. Korta analyser. (Set 2020 juni). Tilgængelig fra: URL: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/publikationer/korta-analyser>
45. Richards W, Ameen J. The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice. *Brit Dent J* 2002; 193: 697–702.
46. Geyer S, Micheelis W. Changes in problem-based and routine-based healthcare attendance: A comparison of three national dental health surveys. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 459–67.
47. Torppa-Saarinen E, Tolvanen M, Suominen AL et al. Changes in perceived oral health in a longitudinal population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46: 569–75.
48. Patel R, Miner JR, Miner SL. The need for dental care among adults presenting to an urban ED. *Am J Emerg Med* 2012; 30: 18–25.
49. Linden J, Widström E, Sinkkonen J. Children and adolescents' dental treatment in 2001–2013 in the Finnish public dental service. *BMC Oral Health* 2019; 19: 131.
50. Mbawalla HS, Masalu JR, Åstrøm AN. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo – Arusha school health project (LASH): A cross-sectional study. *BMC Pediatr* 2010; 10: 87.
51. Åstrøm AN, Ekback G, Ordell S et al. Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral health-related quality of life in Swedish older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 460–9.
52. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9: 208–20.

ENGLISH SUMMARY

Rosing K, Suominen L, Árnadóttir IB, Gahnberg L, Åstrøm AN.

Utilization of oral health care in the nordic countries

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 42–51

Utilisation of oral healthcare (used synonymously as dental attendance) is defined as the proportion of a population that receives dental care, within specified time. What is considered regular dental care depends on individual patient needs. The organisation of dental care systems in the Nordic countries share many common features and rests on the principle that citizens are entitled to equal access to healthcare. Generally, high attendance rates across population groups in all Nordic countries are seen and Nordic populations show good understanding for the need for regular dental care. Yearly attendance rates lower than a 100 %

may partly be explained by continuously improved oral health of the Nordic populations and therefore increasing numbers of individuals who no longer need yearly oral examinations. However, evidence points to associations between a range of additional factors, for instance dental fear, socioeconomic factors, access issues and cost on one side and dental attendance on the other. The fact that some population groups, especially the elderly and socially disadvantaged groups, do not fully benefit from the oral healthcare systems under the current organization, is problematic from both ethical and legal perspectives.



Dentalstøp

Import

Kvalitet til lavpris

@ import@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

🌐 dentalstoep-import.no

- ➔ Vi framstiller og trimmer alle modeller i Norge
- ➔ Ansvar for det tann-tekniske produktet ligger hos oss
- ➔ All kontakt foregår på norsk, med oss i Norge

- ➔ 5 års garanti på fast protetik, og 3 år på avtagbar
- ➔ Vi henter og sender arbeid daglig med Postnord, til hele landet. For å bestille opphenging, ring oss på 55 59 81 70, så ordner vi resten for dere

Vi tar også imot digitale avtrykk fra alle kjente system