

---

# Får de äldre relevant professionell tandvård?

RITA ISAKSSON, BIRGITTE MOESGAARD HENRIKSEN  
OCH MERETE VIGILD

## Inledning

Innan det kan ges ett adekvat svar på frågan om de äldre får relevant professionell tandvård, finns det en rad faktorer, som bör belysas och avgränsas.

Betydelse för svaret är bland annat omfattningen av de offentliga satsningarna på tandvård till de äldre, de äldres demografiska och hälsomässiga karakteristika, tandhälsan och det odontologiska behandlingsbehovet hos den äldre befolkningen samt tandvårdssystemets uppbyggnad och tillgänglighet.

## Norge

I Norge har tandhälsovården de senaste åren varit organiserad på så sätt, att den offentliga tandhälsovården har haft ansvar för tandhälsan till prioriterade grupper av individer, genom att erbjuda gratis tandvårdstjänster till äldre, långtidssjuka och funktionshindrade personer, som förväntas kvarstå inom institutions- eller hemsjukvård i mer än tre månader enligt lagen om Tandhälsovård från 1983. I hemsjukvården ingår de personer, som erhåller omvårdnad minst en gång i veckan. Friska äldre, som bor i eget boende, erhåller normalt inte tandvård genom Försäkringskassan (Folketrygden), men tandvårdstöd för särskilda grupper förekommer och kan ge partiell eller hel kostnadstäckning (Folketrygd-

lagan). Exempel på detta är kostnadstäckning för tandvård till personer med parodontit eller med sällsynta medicinska tillstånd.

### **Sverige**

I Sverige erhåller den vuxna befolkningen tandvårdssubvention genom Försäkringskassan; kompletterande regeländringar tillkom 1999, vilket inneburit ytterligare subventioner för bastandvård och protetik samt för implantatbehandling till personer 65 år och äldre. Dessutom finns möjlighet att ge personer, med ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder, ett bättre ekonomiskt stöd, förutsatt att samband föreligger mellan sjukdom eller funktionshinder och tandvårdsbehov. Vidare har tandvårdsförsäkringen inneburit en förändring för personer, inskrivna inom omsorgen med omfattande omvårdnadsbehov, nämligen en möjlighet att erhålla uppsökande munhälsobedömning utan kostnad och, oberoende av den uppsökande bedömningen, även rätt till nödvändig tandvård enligt läkarevårdstaxa, med en kostnad på, för närvarande, maximalt 900 SEK/år. Denna tandvård, d.v.s. nödvändig tandvård till funktionshindrade och till äldre inom omsorgen, samt dessutom även viss tandvård till vuxna, som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid, är landstingsadministrerat.

### **Danmark**

Huvuddelen av de äldre människorna i Danmark klarar sig själv i eget boende och tandvården till denna grupp äldre skiljer sig inte principiellt från den till den övriga befolkningen över 18 år. Största delen av den vuxna befolkningen, inklusive de friska äldre och de gamla, erhåller tandvård och profylax hos privatpraktiserande tandläkare med subventioner från den offentliga sjukförsäkringen och/eller hos privatpraktiserande kliniska tandtekniker<sup>1,2,3,4</sup>.

Den offentliga sjukförsäkringen ger enbart ersättning till viss

profylax och viss behandling. Exempelvis kan proteser, implanter, kronor och broar ej göras med subventioner från den offentliga sjukförsäkringen<sup>1,2,3</sup>. För de sjuka och svaga äldre och gamla, som på grund av nedsatt rörlighet eller annat omfattande psykiskt eller fysiskt handikapp har svårigheter att nyttja privat tandvård, finns möjlighet till i stort sett kostnadsfri kommunal omsorgstandvård; hälften av landets kommuner kräver en administrationskostnad på 380 DKK/år, medan hälften tillhandahåller denna tandvård helt utan kostnad. I motsats till tandvården för den friska äldrepopulationen, är detta kommunala åtagande med uppsökande omsorgstandvård, lagstadgat<sup>1,2,3</sup>. Det är emellertid anmärkningsvärt att fortfarande enbart cirka 1/3 av det uppskattade antalet personer, med rätt till denna kommunala omsorgstandvård, omfattas, trots att lagen trädde i kraft för cirka tio år sedan<sup>5</sup>.

Den del av befolkningen, som varken kan behandlas inom privattandvård eller kommunal omsorgstandvård, erbjuds tandvård i landstingets regi; detta erbjudande är specifikt riktat till personer, unga såväl som gamla, med betydlig och bestående psykisk och/eller fysisk funktionsnedsättning, exempelvis psykisk utvecklingsstörning, psykiatrisk sjukdom samt patienter med autism och svår skleros. Landstingstandvården omfattar revisionsundersökning, profylax och behandling, på samma sätt som den kommunala omsorgstandvården.

## Befolkningsprofil och hälsa

Andelen äldre i Norge ökar, liksom den gör i den övriga västvärlden<sup>6</sup>. Prognosen är att befolkningen över 67 år kommer att omfatta 700 000 personer i början av 2020-talet. Den kraftigaste ökningen beräknas ske i åldersgruppen över 80 år. Befolkningen i Norge utgjorde 4,5 miljoner invånare i januari 2003; dess förväntade levnadsåldern var 76,5 år för män och 81,5 år för kvinnor. Antalet individer 67 år och äldre var 610 000 och utgjorde 13,6%

av befolkningen. Antalet individer, som omfattades av hemsjukvård eller bodde på institution var cirka 60 000, av dessa var omkring två tredjedelar institutionsboende<sup>6</sup>.

Med ökad ålder följer ökad risk för sjukdom, inte minst cerebrovaskulär sjukdom, hjärt- och demens-sjukdom<sup>7,8</sup>. Prevalensen av cerebrovaskulär sjukdom i Norge är cirka 6% i åldersgruppen 70-79 år, och 11% i åldersgruppen 80 år och däröver<sup>9</sup>. De följder, som dessa sjukdomar medför, ger sannolikt ökad risk för problem med att kunna upprätthålla en god munhygien och därmed ökad risk för utveckling eller försämring av munhålesjukdomar, som karies, parodontit och slemhinneförändringar.

I Sverige är befolkningen nu över nio miljoner invånare med en medellivslängd på 77,9 år för män och 82,4 år för kvinnor. År 2003 var 17% av befolkningen 65 år och äldre. Prognosen är att ökningen kommer att fortsätta upp till 23% år 2050, eftersom bland annat dödligheten antas minska de närmaste åren med 1-2 procent/år hos personer 65-84 år<sup>10</sup>. Av de  $\geq 65$  år är nästan hälften under 75 år medan knappt en femtedel är 85 år och äldre.

Trots att den äldre befolkningen uppvisat minskande handikapp under det senaste årtiondet, belastas äldre personer av sviktande hälsa under flera år, då de är hänvisade till att klara sig själva och sköta sina dagliga aktiviteter på egen hand. Detta föregår oftast eventuell inskrivning i äldreomsorgen. Här bör nämnas att stöd från samhället kan ha betydelse och ge ökad ADL (activities of daily life)-förmåga och funktionalitet och sådana insatser kan skjuta upp inskrivning i omsorg. Dock kan sviktande allmän hälsa medföra en inskränkning av externa aktiviteter och patienterna kan uppleva det oöverstigligt att orka med exempelvis revisions-tandvård.

De äldre kan, i enlighet med Magaziner, indelas i tre grupper:

- de unga gamla (65-74 år), nyligen pensionerade med fritidsorienterat liv och god hälsa
- de gamla-gamla (75-84 år) med sviktande hälsa och minskande förmåga till eget omhändertagande

- de äldsta-gamla (85 år och äldre) ofta med svag hälsa och största behov av vård och omsorg.

De unga-gamla torde ha möjlighet till etablerad tandvårdskontakt och det gäller för professionen att behålla dessa patienter när de blir gamla-gamla och äldst-gamla.

Med tanke på den ökande överlevnaden av de äldre i samhället åligger det tandvården ett ansvar att erbjuda de äldre ett gott tandvårds-omhändertagande. Härvidlag kan konceptet förkortad dental båge beaktas<sup>11</sup>, som ett gott alternativ hos den åldrande patienten.

Speciellt att tänka på är risken för försämrat parodontalt status på grund av minskad förmåga till fullgod munhygien med ökad ålder. Även om det visats hos äldre, relativt friska personer, att parodontal sjukdom ej agraveras av åldringsprocessen, så kan parodontal sjukdom och dålig dental hälsa utgöra ett obehandlat behandlingsbehov hos äldre vuxna och även indikera ökad mortalitetsrisk hos äldre.

Parodontal sjukdom hos äldre kan vara en av orsakerna till viktnedgång, vilket negativt påverkar det allmänna hälsoläget<sup>12</sup>. Vidare torde god oral hälsa, utan smärta i munhålan, underlätta ett adekvat födointag och därmed öka förutsättningarna för god allmän hälsa och livskvalitet. Xerostomi ses hos äldre och multi-medicinerande personer och det innebär en ökad risk för sjukdomar i munhålan.

Allt detta visar på betydelsen av översyn av de äldres orala hälsa. Den profylaktiska insatsen är av vikt och härvid måste hänsyn tas till de äldres fysiska, mentala och sociala förutsättningar<sup>13</sup>.

## Behandlingsintention och behandlingsbehov

Oralt/dentalt realistiskt behandlingsbehov har lanserats av Vigild<sup>13</sup>, som ett försök att bedöma det sanna behandlingsbehovet

hos institutionaliserade gamla, baserat på det normativa behovet samt med hänsyn taget till patientens själv-upplevda och uttryckta behov samt fysiskt och mentalt status.

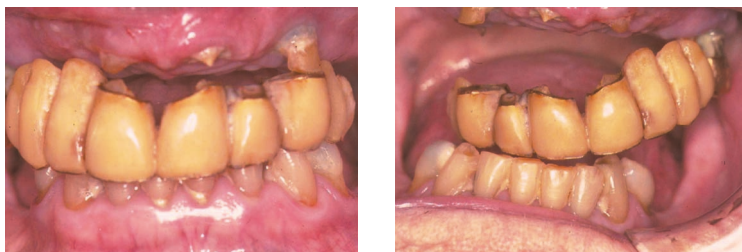
Detta realistiska orala/dentala behandlingsbehov kan skattas enl. en fyrgradig skala<sup>14</sup>:

- *Inget behandlingsbehov*: Patienten bedöms vara utan behov, inget behandlingsbehov finns (at no risk).
- *Visst behandlingsbehov*: Behandlingsbehovet kan i allt väsentligt tillgodoses genom förebyggande åtgärder (at minor risk).
- *Påtagligt behandlingsbehov*: Patienten har sjukliga förändringar i munhålan, som inte kan behandlas med förebyggande åtgärder (at major risk).
- *Akut behandlingsbehov*: Akutbehandling behövs p.g.a. smärta och/eller inflammatoriska eller andra förändringar (in urgent need).

Vidare infördes begreppet behandlingsintention, baserat på varje persons bedömda allmänna hälsa. Intentionen utgjorde basen för uppskattningen av behandlingsbehovet och uppattes enl. en fyrgradig skala:

- *Lindra*: Man avser endast avhjälpa akuta tillstånd, akut smärta eller symptomgivande inflammatoriska tillstånd.
- *Fördröja*: Symptom på sjukdom accepteras, likaså att dessa symptom förvärras, dock ej dithän att akut smärta eller inflammationer uppträder.
- *Bevara*: Man eftersträvar att bevara nuvarande munsituation. Lätta symptom på sjukdom accepteras, men inte att dessa förvärras.
- *Förbättra*: Man eftersträvar en optimal oral hälsa, där symptom på sjukdom ej accepteras.

De olika intentionsnivåerna bildar basen för bedömning av vårdbehovet hos varje undersökt person; där det inte alltid är möjligt



**Figur 1.** Patient inom äldreomsorgen, som borde ha gagnats av regelbunden profylax.

att uppnå fullständig munhälsa, men strävan är att tillfredsställa ett realistiskt behandlingsbehov och att uppnå en acceptabel komfort i munhålan. Munhälsoprotokoll, med variabler som behandlingsintention och realistiskt tand-/munvårdsbehov, torde kunna vara ett instrument vid framtida resursplanering för dem som har ansvar för att uppnå eller upprätthålla en acceptabel munhälsa inom äldreomsorgen.

Dessutom, utbildning i munhälsa, riktad till vårdgivarna inom äldreomsorgen, har visats vara till gagn för vårdtagare inom äldreomsorgen<sup>14</sup>.

## Utförda studier

### Norge

Studier, gjorda på utvalda populationer i Norge, visar att tand- och munhälsan har förbättrats de sista tio åren bland barn och vuxna<sup>15</sup> och även bland de äldre<sup>6</sup>. En nationell studie, genomförd 1996-1999 bland ålderspensionärer i Norge<sup>6</sup>, visade att prevalensen av personer med „bara egna tänder“ var 40,0% och med „helproteser“ var 31,6%. Bland dem, som erhöll hemsjukvård eller var inskrivna i institutionsboende var motsvarande andel 19,6%, respektive 54,0%. I bägge grupperna var det stora geografiska skillnader avseende förekomst av tänder och proteser. Genom-

snittligt antal karierade tänder (DT = decayed teeth) var 0,46 i den totala äldrepopulationen och 0,67 bland de betandade äldre. Detta är betydligt lägre än vad Ambjørnsen visade i en studie från 1979-1980<sup>16</sup>, då antalet karierade tänder (DT) var 1,1 i motsvarande äldrepopulation. I Ambjørnsens studie saknade de betandade äldre genomsnittligt 16,5 egna tänder (MT = missing teeth) och genomsnittligt antal restaurerade tänder (FT = filled teeth) var 8,5. Motsvarande siffror hos Henriksen<sup>6</sup> var 11,0 respektive 12,4. Detta visar på en ändring av tandhälso-situationen (DMFT) bland äldre i Norge. I den nationella studien<sup>6</sup> registrerades mer sekundärkaries än primärkaries och ett överraskande fynd var att kronkaries var mer prevalent än rotkaries i denna population.

Tilläggas kan, att i Henriksens undersökning registrerades ett oacceptabelt/dåligt oralt status hos 45,7% av hemsjukvårds- och institutionsindividerna; 13,4% rapporterade symptom från munhålan och 31,4% uppgav problem med att tugga eller äta. En av fem individer blev bedömda ha en så god allmän hälsa (Behandlingsintention „Förbättra“) att de borde kunna erhålla fullständig sanering<sup>6</sup>.

## Sverige

I Sverige, i tre kommuner i Hallands län, har gjorts en inventering av det odontologiska behandlingsbehovet, en uppsökande undersökning av munhälsan hos äldre inom omsorgen. Studien<sup>14</sup> indicerar att det realistiska behandlingsbehovet, med hänsyn till undersökarnas skattning av en behandlingsintention, är relativt begränsat i detta urval; 61% bedömdes ha ett behov av undersökning samt tillkommande tand-/munvårds-behandling; 31% behov av profylax och 30% av konserverande/akut behandling. Av dem, som bedömdes ha ett behov av konserverande/akut behandling av tandläkare, bedömdes ca hälften (53%) även ha behov av profylax, vilket gör att ett profylaktiskt omhändertagande var bedömt nödvändigt för cirka hälften av de undersökta perso-



nerna. Totalt bedömdes en procent av urvalet vara i behov av akut behandling.

Förändrad slemhinnefärg noterades hos 63% och när det gäller muntorrhet, noterades detta hos 59%, uppskattad som svår hos 9% av de undersökta personerna. Två misstänkta orala maligniteter noterades, varav en blev diagnostiserad som en spottkörteltumör, den andra visade sig vara en allvarlig protes-hyperplasi. Beläggningsstatus skattades som gott/acceptabelt i 62% och ingen/mild inflammation noterades i 84%. Förhållandet befanns positivt mellan beläggningsstatus och slemhinnestatus, det var cirka tre gångers ökad sannolikhet att vid gott/acceptabelt beläggningsstatus ha ingen/mild slemhinneinflammation (OR=2,7).

Det förelåg ett negativt samband (OR=0,57) mellan behandlingsintention och behandlingsbehov, så till vida att generellt sett de patienter, som bedömdes en låg intention, var de med relativt stort behandlingsbehov. Intentionen lindra/fördröja torde generellt vara en realistisk intention vid påtagliga/akuta behandlingsbehov, då syftet primärt var att erhålla infektionsfrihet och acceptabel oral komfort. Vidare angav resultatet ett negativt samband mellan ålder och intention för de betandade (OR=0,95), vilket innebär att för varje års ökad ålder hos de betandade minskade sannolikheten att bli bedömd en hög intention.

Summerat förelåg ett profylaxbehov hos mer än hälften av de undersökta personerna och dessutom bedömdes totalt en procent av urvalet vara i behov av akut behandling.

## Danmark

Om tandhälsan bedöms i antalet kvarvarande tänder, har tandhälsan i Danmark betydligt förbättrats de senaste 10-15 åren<sup>17,18</sup>. En fråga är emellertid, om antalet kvarvarande egna tänder är ett uttryck för förbättrad tandhälsa<sup>17</sup>.

Kariesförekomsten bland äldre och gamla med egna naturliga tänder är hög i Danmark, trots självrapporterade goda tandvårds-

vanor i gruppen av relativt välfungerande personer i eget boende och tandvårdsbehovet bedöms generellt betydligt större för äldre/gamla med egna naturliga tänder än för helprotesbärare<sup>17</sup>.

Bland danskarna i åldersgruppen 55-69 år har 34% avtagbar protes eller är tandlösa i över- och/eller underkäken; motsvarande siffra för Sverige är 15%<sup>18</sup>. Risken, under samma förutsättningar, att ha avtagbar protes (hel eller partiell protes) är fyra gånger större i Danmark än i Sverige<sup>19</sup>. Bland danskarna i denna åldersgrupp rapporterade 77% att de erhöll tandvård två eller fler gånger/år, att jämföra med enbart 28% av den svenska populationen<sup>20</sup>.

Detta kan tolkas så, att svenskarna går mer sällan till tandläkaren än danskarna och trots detta har svenskarna bättre tänder<sup>18,19,20</sup>.

Bland de förklaringar, som kan tänkas ha betydelse för dessa resultat, är bland annat det konstaterandet, att i Sverige subventioneras fast protetik, att det finns konkurrerande privat vuxentandvård i Sverige, att det betydligt tidigare i Sverige än i Danmark blev infört subventioner för profylax inom vuxentandvården, att rökning är mer utbredd i Danmark än i Sverige och att Sverige inte har kliniska tandtekniker, verksamma med avtagbar protetik<sup>17-20</sup>. Dessa omständigheter visar dessutom att man inte uteslutande kan bedöma tandvårdsbehovet efter revisionsfrekvensen av tandvårdsbesök. Det är av väsentlig betydelse, vilka behandlingar och vilken profylax, som ges vid det enskilda besöket och förklaringen till den, till synes, bättre svenska tandhälsan i dessa åldersgrupper, torde kunna vara att svenskarna, när de besöker tandvården, erhåller mer tandbevarande behandling med fast protetik än vad som är fallet i Danmark<sup>21</sup>.

## Diskussion

Ökningen av antalet äldre, i ökande grad betandade människor i vårt samhälle, torde ge anledning till reflektion om hur tandvår-

**Figur 3.** En kvinna, som blev mer än 100 år och som hade 28 friska tänder i behållning hela livet.



den bör komma den åldrande populationen till godo. Livssituationen hos många äldre har konkluderats av Bjorne, såsom förlust av närstående, förlust av intellektuell stringens, förlust av god hälsa och eventuellt förlust av det egna hemmet. Sårbarheten hos våra äldre gör att vi måste ha förståelse för att de kan ha förlorat förmågan att efterfråga både medicinsk och oral/dental vård<sup>13</sup> även om tandvård tidigare prioriterats. Bryant har 1995 uttryckt det så att:

*„... the dental profession has been so successful in motivating independent adults to improve their oral health that oral diseases are now becoming a problem of old age, particularly for those who have lost the ability to care for themselves“.*

Den äldre patienten bör därför, medan vederbörande kan adapttera till en ny situation och när så är indicerat, förberedas för framtiden genom att få förbättrat oralt/dentalt status och därefter bör målsättningen vara att den nya situationen bibehålles livet ut. Att härvidlag överväga begränsad protetik-/implantatbehandling samt overdentures torde kunna diskuteras för att ge patienter med sviktande tandstatus en acceptabel behandling.

Det åligger dessutom tandvårdspersonalen ett stort ansvar att försöka behålla sina åldrande patienter på kliniken och se till att de erbjuds ett regelbundet profylaktiskt omhändertagande, även när de blir föremål för omsorg och stöd från samhället.

Detta är i linje med den svenska regeringens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, där det bl.a. uttrycks ett „ansvar att utreda och undersöka var de otillfredsställda behoven finns“.

Även om en positiv hälsoutveckling med minskad svår ohälsa har noterats bland den äldre populationen, så har, i Sverige, „nedskärningarna inom äldreomsorgen gått betydligt längre än vad som varit motiverat av hälsoförbättringen hos de äldre“<sup>10</sup>. Därför är interdisciplinärt samarbete mellan äldrevård och tandvård av vikt, så att, när den åldrande personen blir föremål för samhällets omsorg, vårdpersonalens dagliga munvårdsinsatser till vårddagaren vidmakthålls.

Vad som även måste beaktas, är den etiska aspekten, uttryckt av Beauchamp<sup>22</sup>:

*„Three broad moral principles have proved to be directly relevant to discussion of professional ethics: autonomy, beneficence and justice“.*

Patientens självbestämmande kan utgöra ett hinder för en välgörande insats av vårdprofessionen; vid psykisk och mental oförmåga blir självbestämmandet en utmaning, eftersom patienten kan ha svårt att uttrycka sin åsikt och förstå betydelsen av sociala och medicinska/dentala insatser. Härvidlag kan även tillämpning av den hippokratiska eden från trehundraåret f. Kr., att inte skada, att förebygga skada och att göra gott, vara svår.

När den åldrande befolkningen blir föremål för samhällets omsorg finns idag ett regelverk, som syftar till att understödja god munhygien och nödvändig tandvård. Vad som bör vara ett viktigt åtagande, är att stödja våra åldrande patienter tidigare. För att förstärka/underlätta nödvändig tandvård inom äldreomsorgen,

torde ekonomiskt stöd till profylax och till bastandvård innan den åldrande personen blir föremål för samhällets omsorg vara av vikt. Personer  $\geq 65$  år i Sverige visar den största ökningen i att avhålla sig från tandvård pga hög kostnad, vilket är en alarmrande indikation på att försummelse av tandvård kommer att öka det framtida behovet av oral/dental vård hos äldre. Det bekräftas av studier, där det framgår att många personer inom äldreomsorgen inte har besökt någon tandklinik på de senaste fem åren. Det har visat sig att personer inom äldreomsorgen har bättre levnadsstandard och även mindre dentala problem än motsvarande grupp i eget boende, detta kan tolkas så att personalen inom äldreomsorgen försöker ta det ansvar de är ålagda, att vid behov sköta den dagliga munhygien hos sina omsorgstagare.

Befintlig reform att ge kraftigt ekonomiskt stöd till implantatbehandling i Sverige borde kompletteras med ytterligare ekonomiskt stöd till profylax, bastandvård och avtagbar protetik åt den åldrande befolkningen.

Dessutom, huruvida det är möjligt att ge de äldre relevant tandvård, beror på om den åldrande patienten har insikt i vad framtiden kan innebära i form av sjukdom och handikapp och om den behandlande tandläkaren har samma insikt, så att samsyn råder gällande det odontologiska behandlingsbehovet.

Det borde vara en stor angelägenhet för samhället att möta behoven från denna ökande grupp av äldre, där man måste ta hänsyn till individens förutsättningar och erbjuda optimal odontologisk behandling. Övergången från att vara frisk till att bli hjälpbehövande kan ske snabbt och en sviktande fysisk och kognitiv funktion kan ha stor betydelse för den orala hälsan och därmed för individens livskvalitet. En nedsatt oral hälsa i kombination med sviktande immunförsvar kan vara en allvarlig hälsopåverkande kombination hos äldre.

Förståelse för och kunskap om omfattningen av denna problematik är av stor betydelse vid planläggning av förebyggande och reparativa tandhälsoinsatser från samhällets sida.

## Konklusion

Norden har världens högsta tandläkartäthet, mätt efter antalet invånare per tandläkare. Trots detta är tandhälsan hos den äldre befolkningen inte tillfredsställande; de äldre och de gamla får generellt sett varken tillräcklig eller optimal tandvård.

Det borde övervägas, om subventionerna till tandvård är tillräckliga. I Danmark såväl som i Norge bör behovet hos äldre med behov av större restaureringar även tillgodoses och systemet bör finnas kvar inom svensk tandvård. Fokus borde riktas mot de äldre, som klarar sig i eget boende, och som nu inte omfattas av det speciella regelverk, som är riktat till de sviktande äldre och gamla. Detta då många i denna grupp inte är kapabla att klara sin egen tandhälsa. Tvärvetenskaplig satsning bör prioriteras inom hälsovården; vårdpersonal och andra personer med närkontakt med de svaga gamla bör utbildas och uppgraderas inom det odontologiska vårdområdet. Dessutom borde det etableras en systematisk och landstäckande efterutbildning för tandvårdspersonal inom äldretandvård. Tandvårdsresurserna borde ökas inom offentligheten och riktas mot de svaga, gamla med fokus på betydelsen av profylaktiskt omhändertagande av den ökande gruppen av äldre och gamla personer med egna naturliga tänder.

Det vore önskvärt med ett nordiskt tandvårdssystem, som tillgodoser hela befolkningen – inklusive de äldre och de gamla, friska såväl som sjuka. Finns idag tillräcklig vilja, insikt, utbildning, kunskap och ekonomiska resurser i samhället för att klara denna uppgift?

**LITTERATUR**

- 1 Holst D. Tannplejetilbud til eldre i Norden. *Tandlægebladet* 2001;2:146-152.
- 2 Vigild M. Tandplejetilbud til ældre – herunder til særligt udsatte grupper. *Ældre og tandsundhed. Ældreforum* 2001;29-32.
- 3 Vigild M, Holst D. Oral health services for elderly in countries with mainly publicly financed health care. *Textbook of Geriatric Dentistry* 1996;517-527.
- 4 Vigild M. Oral health care programmes for elderly in Scandinavia. *Int Dent J* 1992;42:323-329.
- 5 Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Omsorgstandplejen i Danmark. *Tandlægenes Nye Tidsskrift* 2005;8:8-15.
- 6 Henriksen BM. Oral health among the elderly in Norway. A descriptive epidemiological study. Thesis. *Swed Dent J* 2003;27:Suppl 162.
- 7 Oldridge NB, Stump TE. Heart disease, comorbidity, and activity limitation in community-dwelling elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11:427-34.
- 8 Borjesson-Hanson A, Edin E, Gislason T, Skoog I. The prevalence of dementia in 95 year olds. *Neurology* 2004;63:2436-8.
- 9 Wyller TB, Bautz-Holter E, Holmen J. Prevalence of stroke and stroke-related disability in North Trøndelag county, Norway. *Cerebrovasc Dis* 1994;4:421-7.
- 10 Batljan I, Lagergren M. Kommer det att finnas en hjälpande hand? Finansdepartementet, Fritzes Kundservice, Stockholm, 2000.
- 11 Omar R. The evidence for prosthodontic treatment planning for older, partially dentate patients. *Med Princ Pract* 2003; 12 Suppl: 33-42.
- 12 Weyant RJ et al. Periodontal disease and weight loss in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52:547-53.
- 13 Vigild M. Benefit related assessment of treatment need among institutionalized elderly people. *Gerodontology* 1993; 10(1):10-14.
- 14 Isaksson R. Oral treatment intention and realistic oral treatment need for patients in long term care in Sweden. Malmö University Odontological Dissertations, 2003.

- 15 Holst D, Schuller AA, Gimmestad A. Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. *Nor Tannlegeforen Tid* 2004;114:866-71.
- 16 Ambjørnsen E. Oral health in old age. A study of oral health and dental care among groups of old age pensioners in Norway. Thesis. Oslo, 1986.
- 17 Holm-Pedersen P. Tandsundhed hos ældre. *Gerontologi og samfund* 2004;10-13.
- 18 Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M, Kihl J. Dental conditions in middle-aged and older people in Denmark and Sweden: a comparative study of the influence of socioeconomic and attitudinal factors. *Acta Odontol scand* 2000;113-118.
- 19 Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M. Influence of dental care systems on dental status. A comparison between two countries with different systems but similar living standards. *Community Dental Health* 2001;18(1):16-19.
- 20 Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M. Utilization of dental health services among middle-aged people in Sweden and Denmark. *Acta Odontol scand* 2002;276-280.
- 21 Kronström M, Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M. Subjective need for implant treatment among middle-aged people in Sweden and Denmark. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2002;4: 11-15.
- 22 Beauchamp TL. Principles of ethics. *J Dent Educ* 1985; 49(4): 214-218.