

# Tannpleietilbud til eldre i Norden

**Dorthe Holst**

■ ■ ■ I lys av teorier om tilbaketrekking og aktivitet i eldrolleren gis en kort presentasjon av tannpleietilbud for eldre i Norden. Formålet med arbeidet er å beskrive eldregruppen i forhold til funksjonsnivå, livsstil og bruk av tannpleietjensten, og å diskutere tilbud av tjenester i lys av et brukerperspektiv og trender i pleie- og eldreomsorgen. Det benyttes et empirisk eksempel fra Norge, som tar utgangspunkt i en representativ helseundersøkelse (n = 10 248).

I aldersgruppene 67–79 og 80+ hadde 55 % og 33 % hatt kontakt med tannlege siste året. Dagens eldre er for en ganske stor del brukere av tannhelsetjenester, særlig hvis de har egne tenner. Det utelukker likevel ikke at det også er en gruppe eldre, som har lite hjelp i hjemmet, og som trenger tannlegetjenester. Det er en utfordring å tilpasse hjelp og tjenester uten at slike tiltak får uheldige sidevirkninger for allerede etablert kontakt. Tannpleiens organisering diskuteres i lys av bruker- og produsentroller for tannpleie.

## **Forfattere**

**Dorthe Holst**, professor, MPH, dr. odont. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge.

Janne Carlzons bok *Riv pyramidene* [1], skriver han om tiden som ny sjef i Vingresor i 1974. Vingresor hadde sett at alderspensjonister var den neste store konsumentkategori. Det ble derfor utarbeidet et nytt alderstilpasset produkt på egnete hoteller med leiligheter og spisesaler tilpasset personer med seniore spisevaner og smak. Der var sykepleiere og brosjyrer med stor skrift. Stor var overraskelsen over at interessen uteble. Man hadde glemt å spørre målgruppen. Hadde man gjort det, var resultatet blitt at man hadde blandet pensjonister med yngre mennesker på Club 33-hoteller. De hadde stor sett samme ønsker og forventninger.

Det er nå bedre forstått at aldersgruppen eldre er en heterogen gruppe. Med eldre menes i denne sammenheng personer som er 65 år og mer. Å tilhøre kategorien eldre karakteriserer derfor kun gruppen i forhold til personer som er kronologisk yngre. Eldre over 65 år utgjør cirka 16 % av befolkningene i Norden. Eldre over 80 år utgjør omlag 4 % [2]. Rundt 80 % av eldre over 65 år bor hjemme. Et svensk anslag tilsier at cirka 12 % over 80 år er rammet av demens [3].

Eldregruppen omfatter for en stor del mennesker som er friske og rørlige. Folk flest har likevel noe de sliter med, og eldre får også både psykiske og ikke minst fysiske problemer etter hvert. Den sosialgerontologiske tilbaketrekkingsteorien tilsier at aldring blir en gradvis disengasjeringsprosess. Individet løsriver gradvis sine bånd til samfunnet rundt det, mister interesse for og engasjement i omgivelsene, blir mer selsentret og opptatt av åndelige og filosofiske spørsmål [4, 5]. Man går så å si fra å være ytre-orientert til å bli indre-orientert. Man blir mer altruistisk, mindre egoistisk; handler mindre, reflekterer mer.

Det følger av den gerotranscendale teorien at god omsorg er å legge forholdene til rette slik at de tilpasses det individuelle forløpet. Teorien er kritisert for å være et produkt av samfunnsmessig utstøtelse av eldre. Den supplerende aktivitetsteorien tilsier at det skal støttes opp under de eldres ressurser generelt og i omsorgen. Aktivitetsteorien synes å være i pakt med at stadig sprekere eldre blir pensjonister.

Eldregruppen omfatter også mennesker som er i ferd med å avslutte livet. Avslutningsfasen i menneskelivet kan være en kortvarig fase, men for enkelte kan sykdoms- og aldersvekkelse gi avviklingsfasen et langt og plaget innhold. Menneskelivet er hele veien preget av ulike faser og overgangen mellom dem. Det er karakteristisk at for en del eldre kan overgangen fra å være frisk, uavhengig og selvstendig til å bli pleietrengende og avhengig være kort og delvis uforutsigbar. For andre eldre er overgangen en langvarig prosess, hvor den eldre

i overgangsfasen kan forbli i sitt hjem under forutsetning av at det er pårørende i nærmiljøet og at det ellers finnes tilgjengelig hjelp og tjenester.

En analyse av tannpleietilbud for eldre i Norden kan anlegges flere ulike perspektiver. Friske eldre forutsettes i de nordiske land å bruke tannhelsetjenester som andre i den voksne befolkningen. Eldre på institusjon er ikke lenger selvstendige brukere av omsorgs- og helsetjenester. Behovet for og tilbudet av omsorgstjenester defineres langt på vei av institusjonen, dens filosofi og dens ressurser. I denne artikkelen vil et pragmatisk syn bli gjort gjeldende. Eldre som allerede er på institusjon er i prinsippet enkle å definere og oppsøke. Tilbudet av nødvendige tannhelsetjenester er derfor et spørsmål om vilje, prioritering og ressurser blant profesjonelle, politikere og pårørende. Å ta det nødvendige ansvar innebærer et visst element av den gode paternalisme. Hjemmebundne svekkede eldre med og uten hjelp utenfra har både brukeransvar og suverenitet, men også klientstatus. Gruppens behov for pleie- og omsorgstjenester, herunder tannhelsetjenester, er vanskelig både å identifisere og imøtekomme. Av etiske, praktiske og prinsipielle grunner vil denne gruppens situasjon bli analysert i et brukerperspektiv. I det valgte brukerperspektiv er tilgang til tjenester, individuell og kollektiv medbestemmelse over tjenestenes innhold, prisen brukere må betale og tilliten brukere og pårørende har til tjenestene sentrale dimensjoner [6, 7]. De friske eldre kan som andre brukere klare seg selv, og de som bor på institusjon kan lett identifiseres og hjelpes. Hovedoppmerksomheten rettes derfor mot de hjemmeboende eldre.

Formålet med denne artikkelen er:

1. Å beskrive eldregruppen i forhold til funksjonsnivå, livsstil og bruk av tannpleietilbud ved hjelp av et norsk empirisk materiale.

2. Å diskutere tilbud av tjenester i lys av et brukerperspektiv og trender i pleie- og eldreomsorgen.

Det skal innledningsvis gis en summarisk beskrivelse av det eksisterende tilbud av tannhelsetjenester for eldre i Norden.

I de nordiske land forutsetter helse- og sosialpolitikken at friske eldre benytter tilgjengelige tannhelsetjenester. Det dreier seg overveiende om behandling hos privatpraktiserende tannleger, da det er forholdsmessig mest privatpraksis i områder med høyest befolkningstetthet. Den vesentligste forskjell mellom denne gruppen eldre og den øvrige voksne befolkning er disponibel inntekt. For de fleste eldre vil overgangen til pensjonisttilværelse bety en reduksjon i disponibel inntekt. Økt behov for helsetjenester og omsorg er kompensert ved offentlige betalingsordninger. Tannbehandling danner et unntak.

Ved svekkelse i fysisk førhet på grunn av sykdom eller reduksjon vil den svekkede ikke kunne oppsøke tannlege på eget initiativ. Når akutt behov for tannbehandling oppstår, eller i forbindelse med rutinemessig kontroll og forebyggingsaktiviteter, vil den eldre være avhengig av 1. å kunne ta kontakt med tannlege/tannpleier, og 2. at tannlege/tannpleier kan komme på hjemmebesøk eller at nødvendig transport til tannlege/tannpleier kan ordnes. Det er en erfaring, at nettopp i denne hjemmebundne fasen kan det bli vanskelig å etter spørre og tilkalle hjemmebasert hjelp. Trusselen i denne livsfasen er blant annet betinget av hvorvidt pårørende, hjemmehjelp eller hjemmesykepleie kan delta i nødvendig hygiene og fungere som effektiv koordinering av eksternt hjelp. Å tilby hjelp og tannbehandling i denne situasjonen er ikke enkelt, og tilbudet i de nordiske land varierer mye både mellom land og innen land. I Norge har eldre i hjemmesykepleie og i institusjoner vært prioritert i den offentlige tannpleien ved lov siden 1984. I en omfattende norsk utvalgsundersøkelse av eldre både i institusjon og blant hjemmeboende tyder mye på at det ikke er gjennomført tilstrekkelige tiltak, og at tilbudene varierer mellom fylkene (Henriksen BM, Axéll T, Ambjørnsen A. Eldreprosjektet 2000, personlig meddelelse).

**Tabell 1.** Vurdering av egen helse og tannstatus etter alder

Alder	67–79 (n=828)	80+ (n=772)
<i>Vurdering av helse</i>		
meget god	21,2	19,9
god	43,8	41,5
verken god eller dårlig	21,4	19,9
dårlig	9,4	15,1
meget dårlig	4,2	3,6
<i>Egne tenner</i>		
20+	56,9	34,5
10–19	18,6	19,1
1–9	9,4	12,6
ingen	15,1	33,7

I Sverige ble eldre tilgodesett i Tandvårdslagen i Sverige i 1986. I forbindelse med revisjon av Tandvårdsforsikringen i 1999 [8] ble tannbehandling for eldre og funksjonshemmede flyttet inn under den generelle sjukvårdsforsikringen og refunderes etter hälso- og sjukvårdens regler for oppenvarvsavgifter; her er et egenandelstak for samlede utgifter på SEK 900. Oppsøkende virksomhet for svekkede eldre er landstingenes ansvar, og de kan bestemme om tilbud skal organiseres gjennom offentlige eller private tjenester [3]. I Danmark er kommunene gitt en omsorgstannpleiefunksjon ved revisjonen av Lov om tandpleje i 1994. Kommunene skal tilby forebyggende og behandlende tannpleie til personer på pleiehjem eller hjemme, som på grunn av nedsatt førighet eller vidtgående fysisk og psykisk handikap kun vanskelig kan utnytte de alminnelige tannpleietilbud. Tilbudet kan gis enten av privatpraktiserende tannleger eller av offentlig ansatte tannleger. Det kan kreves en egenandel på DKK 300 per år, ut over dette skal kommunen betale behandlingen [9].

I Finland gir den kommunalt forankrede offentlige tannpleie tilbud til vanskeligstilte eldre hjemmeboende eller på institusjon. Dette er imidlertid ikke en del av den offentlige tannpleies primære funksjoner ifølge Folkhälsolagen. Hjemmeboende eldre har ikke tilskudd til tannbehandling, men i den grad de behandles i den offentlige tannpleie er takstene lavere enn i privat praksis [10]. For aldersvekkede eldre i Finland kan tannbehandling være både geografisk og økonomisk vanskelig tilgjengelig.

Ved permanent overflytting til alders-, pleie- eller sykehjemsinstitusjon inntreer prinsipielt en ny fase, hvor den svekkede eldre er identifisert og fysisk tilgjengelig for hygiene-, pleie- og omsorgsrutiner i institusjonen. Den eldre kan få assistanse til daglig hygiene, og nødvendig tannbehandling kan organiseres fleksibelt av den enkelte eldre og dennes pårørende eller av institusjonen. På pleie- og sykehjem overtar institusjonen ansvaret for det daglige stell og hygien, innkjøp av klær og tilbud om tannbehandling. I disse institusjonene har evaluering vist at hygiene, forebygging og tilbud om nødvendig tannbehandling varierer i systematikk og i kvalitet [11].

Den samlede status viser at det i løpet av de seneste årene er forberedt eller alt tatt en rekke politiske beslutninger i de nordiske land om tann-

**Tabell 2.** Personer 80+ år. Prosentandel (%) som klarer daglige gjøremål uten hjelp utenfra

Matlaging	Innkjøp	Vask og rengjøring	Klesvask	Kle av og på	Spise og kutte maten	Daglig personlig hygiene
86,2	67,1	52,9	72,9	78,4	93,7	78,6

pleietilbud til svekkede, syke og/eller funksjons-hemmede eldre. Det skal organiseres oppsøkende tilbud, som er mer fleksible enn før med hensyn til å koordinere private og offentlige ressurser. Det anvendes i varierende grad egenandeler ved betaling. Et viktig skritt er tatt i Sverige ved å integrere nødvendig tannbehandling for de aktuelle grupper i den generelle hälso- og sjukev rd.

### Materiale og metode

Materialet som legges til grunn for de empiriske analysene stammer fra en norsk nasjonal utvalgsundersøkelse, Helseundersøkelsen 1995, som omfatter hele den hjemmeboende befolkning over 16 år. Utvalget ble trukket på personnivå. I tillegg til utvalgspersonen ble alle personer som bodde i husholdningen intervjuet. I 1995 ble det trukket et tilleggsutvalg på 1000 personer av de eldste på 80 år og over. I alt inngikk 10 248 personer i undersøkelsen, herav 828 personer i aldersgruppen 67–79 og 772 i gruppen 80+. Deltakerne ble oppsøkt personlig og intervjuet i sine hjem. Deltakelse var 74 % for hele materialet. Aldersgruppen 67–79 er intervjuet med de samme spørsmål som det øvrige materiale, mens aldersgruppen 80+ ble intervjuet med et eget spørreskjema som var tilrettelagt og tilpasset denne gruppen.

### Resultater

Tabell 1 viser hvordan de hjemmeboende eldre selv bedømte sin helse. Hele 65 % og 61 % mente at helse var god eller meget god. Dårlig eller meget dårlig helse hadde henholdsvis 13,6 % og 18,7 % av de som var 67–79 og 80+ år.

Opp til 80 år lever de fleste som gifte par. I aldersgruppen 67–79 og 80+ var henholdsvis 68,3 % og 36,4 % gift, 25,3 % og 53,4 % var enke eller enke-mann. Tabell 2 viser flere aspekter av de eldstes (80+) funksjonsnivå. En tredjedel hadde vanskelig for å komme ut av boligen for blant annet å handle mat. Cirka en femtedel måtte ha hjelp til daglig personlig hygiene og på- og avkledning. De fleste klarte både å lage maten og å spise den. Vask og rengjøring var et problem for opp mot halvparten.

Fire prosent svarte at de var veldig mye plaget med munntørrhet, 7,6 % var ganske mye plaget, 19,8 % var litt plaget og 69,4 % var ikke plaget.

På spørsmål om husholdningen fikk hjelp utenfra, svarte 89,2 % av de 67–79 år og 94,2 % av de eldste ja. Av de mellom 67–79 år og av de på 80+ fikk 26,8 % og 73,2 % hjelp av slektninger; henholdsvis 21,1 % og 77,9 % hadde hjemmehjelp og 24,2 % og 75,8 % hjelp av hjemmesykepleier. Noen hadde alle tre typer hjelp. Mønsteret i disse hjelpeformene varier-te mellom kommuner og fylker.

I alt hadde 55 % av 67–79-åringene og 33 % av de eldste hatt kontakt med tannlege det siste året.

**Tabell 3.** Bruk av tannlegetjenester siste året (%) etter tannstatus og alder (Helseundersøkelsen 1995)

Tenner	67–79 (n=828)	80+ (n=772)
20+	85,1	79,9
10–19	74,0	56,1
1–9	49,5	35,3
0	6,9	6,1

**Tabell 4.** Prosentandel (%) som har vært hos tannlegen siste år etter tannstatus og besøk

Type hjelp i hjemmet	Tannstatus %	Besøk %
Hjemme-hjelp	20+	88
	10–19	51
	1–9	34
	ingen	14
Hjemme-sykepleie	20+	67
	10–19	67
	1–9	33
	ingen	16
Pleie av familie	20+	36
	10–19	19
	1–9	17
	ingen	28

Kontakt med tannlege er nesten entydig bestemt av om den eldre har egne tenner (Tabell 3). Av de som hadde vanskeligheter med å bevege seg ut av boligen hadde 43 % vært til tannlege siste året mot 57 % blant dem som ikke hadde vanskeligheter. Selv med vanskeligheter med å komme ut av egen bolig hadde 70 % av de på 80+ med mange egne tenner (20+) hatt kontakt med tannlege siste året.

Tabell 4 viser sammenhengen mellom type hjelp i hjemmet, tannstatus og andel med besøk hos tannlege. Igjen var tannstatus den dominerende prediktor for besøk. Andelen som hadde hatt kontakt med tannlege det siste året varierte lite med typen hjelp i hjemmet.

Utgifter til tannlege det siste året var i alders-gruppene henholdsvis NOK 1 789 og NOK 1 404. Tabell 5 viser utgiftene etter tannstatus. Standard-avvikene viser at det var stor variasjon, men analyser viste at denne variasjonen ikke var relatert til inntekt, formue, alder eller tannstatus.

**Tabell 5.** Gjennomsnittlige utgifter til tannbehandling siste året (1995) etter tannstatus og alder

Tenner	Alder	n	Gjennomsnittlige utgifter (NOK)	
			$\bar{x}$	sd
20+	67–79	269	1 638	3 384
	80+	115	1 190	1 931
10–19	67–79	112	1 992	3 978
	80+	64	1 293	2 414
1–9	67–79	48	2 843	6 573
	80+	34	1 960	4 054
0	67–79	14	1 288	2 506
	80+	21	2 201	3 960

### Diskusjon

Tallmaterialet fra Helseundersøkelsen viste at en relativt stor andel av de hjemmeboende eldre i Norge har hatt kontakt med tannlege, og har betalt sin tannbehandling. Materialet gir ingen opplysninger om kontakten var tilstrekkelig eller om grunnene til ikke å ha hatt kontakt. Det er heller ikke opplysninger om hvilke problemer de eldre hadde med tennene og i hvilken grad hjelpen hadde vært tilstrekkelig. Av de eldre hadde 3,6 % hjemmesykepleie, 11,8 % hjemmehjelp og 7,7 % begge deler. Av de som mottok disse typer hjelp i hjemmet hadde 60 % hatt kontakt med tannlege siste året. Nasjonale svenske tall viser at 80 % av aldersgruppen 65–74 hadde hatt kontakt med tannhelsetjenesten det siste året [8]. Undersøkelser i Jönköping i 1993 viste at 90 % av både 70- og 80-åringene hadde hatt kontakt med tannlege [12]. I Danmark viste en nasjonal utvalgsundersøkelse i 1994 at 54 %, 37 % og 25 % av henholdsvis de mellom 65–74, 75–84 og de over 85 hadde vært regelmessig til tannlege de siste fem år [13]. Omtrent samme andel hadde vært til tannlege i løpet av det siste året. I Finland synes bruken av tannlegetjenester generelt å ligge noe lavere. I 1990 hadde i underkant av 40 % av de som var over 50 år vært til tannlege siste året [14]. Tallene viser at dagens eldre for en ganske stor del er brukere av tannhelsetjenester, særlig hvis de har egne tenner. Det utelukker likevel ikke at det også er en gruppe eldre som har lite familiekontakt og hjelp i hjemmet, og som trenger hjelp til tannlegetjenester. Det er en utfordring å tilpasse hjelp og tjenester til denne gruppen uten at slike tiltak får uheldige sidevirkninger for allerede etablert kontakt.

Helseundersøkelsen har kun generaliseringsverdi til eldre i Norge, da forhold knyttet til organisering av eldreomsorgen er forskjellige i de

nordiske land. Det kan likevel være grunn til å anta at flere av de generelle utviklingstrekkene har paralleller i disse landene, både de som er knyttet til brukerne og de som er knyttet til tannhelsetjenestene [15].

Hjemmeboende som eventuelt skal motta helse-tjenester, pleie og omsorg forventes i dag å bli møtt med respekt. Ulike sider av behovet for og utformingen av slik støtte må derfor diskuteres i et brukerperspektiv. Et brukerperspektiv forutsetter at det kan foretas valg. I denne sammenhengen gjelder det valg av tjenester, bestilling og betaling, og valg av leverandør, privat og offentlig [7].

Det kan derfor oppstilles en typologi som viser kombinasjonsmulighetene (Tabell 6). I kategori (A) er tjenester bestilt og betalt av brukeren/den eldre og produsert i privat virksomhet; de er rene private tjenester. Tjenester i denne kategorien vil variere, slik som varer og tjenester gjør i et marked; variasjon er et positivt trekk. Forskjeller i kvalitet, kvantitet og pris gir brukeren valg og ses gjerne på som en fordel. Brukere av rene private tjenester kan velge mengde og type av behandling/tjeneste, og når de ønsker tjenestene. Private markeder har et potensial til å utvikle nye og fleksible produkter, fra omsorgspakker som kan leveres på gruppebasis til fleksible tjenester, der brukeren selv bestemmer innholdet. Små tilbydere kan levere mer individuelt tilpassete tjenester, mens store leverandører kan se seg tjent med å standardisere tilbudet. Det er denne typen tannhelsetjenester flertallet av eldre i Norden benytter. I denne kategorien er nyansen mellom privat og kommersiell vesentlig. Blir helsetjenester kommersielle, dvs. at det er større opptatthet av inntjening enn å tjene helsen, vil ulike former for regulering kunne komme på tale. Myndigheters tilsyn kan gi informasjon om dette.

Hvis tjenestene utføres av privatpraktiserende tannleger og er bestilt og betalt av det offentlige, kan de kalles delvis privatiserte tjenester (B). Levering av offentlige tjenester utsettes i alle de nordiske land i økende grad for konkurranse. Konkurransetsetting innebærer at offentlige enheter, private entreprenører og frivillige organisasjoner konkurrerer om å få kontrakter for levering av tjenester, som bestilles og betales av det offentlige. Likevel er det prinsipielt å betrakte som et offentlig tilbud, fordi det utøves et offentlig ansvar og en behovsvurdering. I vanlig språkbruk vil kjøpere av private tjenester gjerne kalles kunder, mens mottakere av offentlige tjenester er pasienter. I denne delvis privatiserte kategorien er det vesentlig å være oppmerksom på at det offentlige er kunde, og mottakeren bruker. Som kunde bestemmer det offentlige hvem som skal motta tjenester, omfanget av tjenester og hva det eventuelt skal koste i

egenandeler. Den offentlig bestemte og betalte, men privat utførte tjeneste kan medføre en reduksjon i medbestemmelse i forhold til den helt private. Det kan komme i konflikt med mulighetene for selv å velge standard, og dermed bestemme hva slags bistand den enkelte ønsker innenfor vedkommendes økonomiske rammer. Desto strengere offentlige tannhelsetilbud blir rasjonert, desto større avstand kan det bli mellom private og offentlige tjenester.

Tjenester bestilt, betalt og produsert av det offentlige (D) er den formen for offentlig omsorg som har vært mest vanlig i de nordiske velferdsstater. Rene offentlige tannhelsetjenester har oftest vært gratis eller subsidierte for brukerne.

For en del tjenester kan det offentlige kreve brukerbetaling. Brukerbetaling for rene offentlige tjenester gir i mange tilfeller brukeren ingen eller begrenset valgmulighet og innflytelse.

Å ta egenandeler har to begrunnelser:

1. Fiskale, dvs. de gir inntekter og letter utgiftspresset i offentlig sektor.

2. Etterspørselsregulering: Egenandeler vil vanligvis redusere etterspørselspresset. Inntil videre vil den første begrunnelse være aktuell, som f.eks. i et nylig fremlagt forslag fra Sosial- og helsedepartementet i Norge.

Det er ikke foretatt noen analyse av betalingsvilje og evne for tannhelsetjenester blant eldre. For friske eldre synes ikke konsumet av tannbehandling å være preget av verken mangel på vilje eller evne til betaling. Minstepensjonister med andre helse- og funksjonsproblemer må trolig prioritere innen sitt generelle forbruk. Det er aktuelt å foreta analyse av behovet for økonomisk støtte.

Man snakker om kostnadsfrie valg når brukeren kan velge tjenester, men ikke skal betale for sine valg. Forsøket med eldretannpleie i Ballerup kommune i Danmark er trolig et vellykket eksempel i kategori D. Siden 1987 er hvert år en ny gruppe 67-åringer blitt tilbudt systematisk tannpleie på offentlige tannklinikker. I denne kommune omfattet en årgang 67-åringer cirka 320 personer. Fra 1987–1993 var tilbudet gratis; siden er det innført egenbetaling av tannteknikerutgifter. Det er cirka 70 % tilslutning; de resterende har stort sett egenprivattannlege [16].

I kategori C finner vi tjenester produsert av det offentlige, men bestilt og betalt av brukerne. I følge Lingsom [7] finnes det ikke eksempler i denne kategorien i den generelle pleie- og omsorgstjeneste. På tannpleieområdet er denne typen vanlig i Sverige, Finland og Norge, særlig i områder hvor det er lite tilgang på private tannhelsetjenester [3]. For eldre betyr dette at de etterspør tannbehandling hos offentlig ansatte tannleger. I Norge og Finland er prisene regulerte og noe lavere enn i

**Tabell 6.** Typologi for bruker- og produsentroller for tannhelsetjenester

Bestilt og betalt	Produsert	
	Privat	Offentlig
Av brukeren	(A) Rene private tjenester	(C) Brukerinitierte tjenester
Av det offentlige	(B) Privatiserte tjenester	(D) Rene offentlige tjenester

privat praksis. I Sverige er prisene frie i både offentlig og privat tannpleie siden 1999.

Det er i disse fire kategoriene de eldre som brukere og klienter skal finne tannpleietilbudene. De hjemmeboende etterspør i kategori A, B og C, mens de institusjonaliserte tilbys tjenester i kategori D. Til brukerperspektivet hører også dimensjoner som tilfredshet og pris og betalingsmuligheter. Tilliten til offentlig omsorg og tjenester har vært stor i de nordiske land [16]. Dagens eldregenerasjon har ord på seg for å være lite kravstor. Undersøkelser om brukertilfredshet viser at den er stor, nesten uansett. Morgendagens eldregenerasjon vil trolig ha større forventninger til levekår og velbefinnende, og vil, som forbrukere flest, være innstilt på å ta valg og måtte vurdere pris i forhold til kvalitet.

Det ser ut til at det er økende politisk støtte til velferdsordninger bestående av kontantoverføringer fremfor tjenester. Foreløpig gjelder det mest innenfor barneomsorg [7], jf. bruken av "tandvårdspeng" eller "pengene følger pasienten" i flere svenske landsting. Å fordele penger i stedet for å drive tjenester gir brukeren større valgfrihet, og det offentlige mindre ansvar for å produsere selve tjenestene. Å eventuelt få en voucher til tannbehandling vil kunne være egnet til de aktive eldre som er brukere i kategori A og C. Eldre i tilbaketrekingsfasen vil kanskje foretrekke å bli spurt om de er interesserte i et privat eller offentlig tilbud.

Private tjenester kan bli et supplement til offentlige tjenester og øke den samlede tilgangen på tjenester. Privat omsorg vil kanskje trekke inn nye ideer i behandlingen og gjøre bruk av ny teknologi og service. Den vil konkurrere om kundene og tilpasse sine tjenester til brukernes uensartede ønsker og behov. Brukernes individuelle medbestemmelse kan øke. Forutsetningen for dette er at brukerne kan og vil betale for behandling, og at det offentlige utnytter sitt strukturelle potensiale i tilbud til de svakest stillede.

Flere nyere undersøkelser har vist at alderssvækkelse med naturlige tenner er en større helse-

utfordring enn aldri uten naturlige tenner. Særlig synes svekkede eldre i hjemmesykepleie og i institusjonspleie å ha potensielle problemer i munnen og med bruk av proteser [11]. Spissformulert kan man si at noe av dette problemet har oppstått på tross av, eller til og med på grunn av velferdsstatens preg på nordisk tannhelsetjeneste. I de nordiske land resulterte velferdsstatens populasjonsperspektiv i en omfattende satsing på å bygge opp en offentlig systematisk barne- og ungdomstannpleie [17]. Fra cirka 1950 til midt i 1980-årene tok denne satsingen all oppmerksomhet og nesten alle ressurser. I denne perioden ble man gammel stort sett uten egne tenner, samtidig som de aktuelle alderskohorter var uten store forventninger til egen tannhelse, bortsett fra å være fri for smerte. Tannløshet var en hjelp i så henseende. På slutten av det 20. århundre er eldre blitt mer bevisste og har større forventninger til tannhelse og livskvalitet. Tannhelsetjenesten har i denne perioden kommet på faglig etterskudd. Kunnskapsutviklingen om oral gerontologi ved universiteter og høyskoler er så vidt kommet igang, og tannhelsetjenesten har bare delvis klart å omstille seg til en målrettet satsing på de eldres ulike behov. Det er trolig flere muligheter for at et samarbeid mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste kan gi både et systematisk og fleksibelt tilbud.

Offentlig, dvs. organisert tannhelsetjeneste, med populasjonsrolle synes å ha et innlysende ansvar og en tilretteleggende rolle for institusjonstannhelsetjenester. Det er viktig at den organiserte tannhelsetjenesten tar dette ansvaret, og at nødvendig finansiering tilveiebringes. Det forutsetter en edruelig kartlegging av hele eldreområdet, som fokuserer på den bedre tannhelsen og brukerinteressen hos flertallet av eldre, men samtidig tydeliggjør at det er behov for organisert, eventuelt oppsøkende, og finansiert tannpleie.

### English summary

#### Dental care options for the elderly in Nordic countries

Dorthe Holst

*Tandläkartidningen 2001; 93 (2): 60–7*

In the light of theories of withdrawal, disengagement, and activity in ageing populations a brief presentation is given of the principles for organising oral health care for the elderly population in the Nordic countries. In order to describe the use of dental care related to living conditions, Norwegian data were analysed. The material comprised a representative national interview study of the non-institutionalised population (n=10 248). The results showed that a relatively high proportion of the elderly were users of dental care. Having had

contact with the dental services was almost entirely predicted by whether or not the person had natural teeth or not. The need for and use of dental services is then discussed in a user perspective. The majority of the elderly in the Nordic countries are expected to make use of the existing private oral health care services. Institutionalised elderly are well defined, and outreaching public services should be easy to organise given a political policy to do so together with sufficient financing. Homebound elderly are not well defined, and to organise flexible services according to their needs and preferences is a major challenge.

### Referanser

1. Carlzon J. Riv pyramiderna! Bok om den nya människan, chefen och ledaren. Stockholm: Bonniers, 1985.
2. Feldbæk I, red. Nordisk statistisk årsbok. København: Nord, 1997:1.
3. Tandvård för äldre. En faktarapport och diskussionspromemoria. Åldreuppdraget 98:16. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
4. Thorsen K. Aldringsmodeller – konsekvenser for omsorg. I: Thorsen K, Wærness K, redaktør. Bli omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
5. Tornstam L. Gerotranscendence. A Meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Aging* 1989; 1: 55–63.
6. Norges offentlige utredninger. Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. NOU 1997:17. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997.
7. Lingsom S. Brukerperspektiv på kommersielle omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2000; 3: 16–30.
8. Tänder hela livet – nytt ersättningsystem för vuxentandvården. Betänkanda av Utredningen ny inriktning på tandvårdsförsäkringen. SOU:2. Stockholm:z Fritzes, 1998.
9. Vigild M, Pedersen P, Hedeboe H, Bangsbo G. Den kommunale omsorgstjenestens omfang, organisation, klientel og økonomi. *Tandlægerne Nye Tidsskrift* 1997; 12: 133–7.
10. Widström E, Hiiri A. Oral Health Care in Finland. Themes in Finland 1. Helsingfors: Stakes, 1998.
11. Vigild M. Odontologiske forhold hos gamle mennesker på institution. *Tandlægebladet* 1990; 94: 165–94.
12. Hugoson A, Koch G, Bergendal T, Hallonsten A-L, Slotte C, Thorstensson B. Oral health in individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden in 1973, 1983, and 1993. I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J* 1995; 19: 225–41.
13. Christensen LB, Kjølner M, Petersen PE, Vigild M. Tandstatus og udnyttelsen af tandplejetilbudet hos voksne i Danmark 1994. Status og udviklingstendenser. *Tandlægebladet* 1996; 100: 215–22.
14. Murtomaa H, Metsäniitty M. Trends in toothbrushing and utilization of dental services in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 231–4.
15. Holst D. Dental services in the Nordic countries. In: Pine C, editor. *Community oral health*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997.

16. Rasmussen TJ. Populær ældretandpleje fortsætter. Tandlægenes Nye Tidsskrift 1998; 13: 82–4.
17. Daatland SO. Hva mener folk om eldreomsorgen? Aldring og eldre 1993; 3: 12–21.
18. Holst D. Aktører i 2000 års tandplejen – et nordisk perspektiv. I: Hjørting-Hansen E, redaktør. Odontologi 2000. København: Munksgaard, 2000; p. 9–22.

Takk til Merete Vigild, Eewa Widstrøm og Sven Ordell for opplysninger og gode råd i forbindelse med utarbeidelsen av manuskriptet.

Adresse:

Dorthe Holst, Seksjon for samfunnsodontologi, POB 1052 Blindern, NO-0316 Oslo, Norge.



Foto: Lars Bahl

**Tabel 2.** Utviklingen i den procentvise sammensætning af ældregruppen i de nordiske lande i udvalgte år 1900–1999

	Alder		Samlet ældregruppe
	60–79	80+	
<i>Danmark</i>			
1900	91	9	241 000
1960	90	10	702 000
1999	80	20	1 046 000
<i>Norge</i>			
1900	88	12	242 000
1960	88	12	579 000
1999	78	22	865 000
<i>Sverige</i>			
1900	91	9	612 000
1960	89	11	1 291 000
1999	78	22	1 968 000
<i>Finland</i>			
1960	92	84	494 000
1999	83	17	1 020 000
<i>Island</i>			
1900	93	7	8 000
1960	88	12	21 000
1999	82	18	42 000

## Tandläkartidningen rättar

I Tema Gerodontologi I artikkel 1 ”Ældregruppen – definitioner og demografiske aspekter” av George W. Leeson föll det tyvärr bort en siffra i tabell 2. Under rubriken Finland, år 1960, ska siffran för den samlade äldregruppen vara 494 000 inte 94 000. Tandläkartidningen beklagar misstaget och publicerar den rätta tabellen här intill.