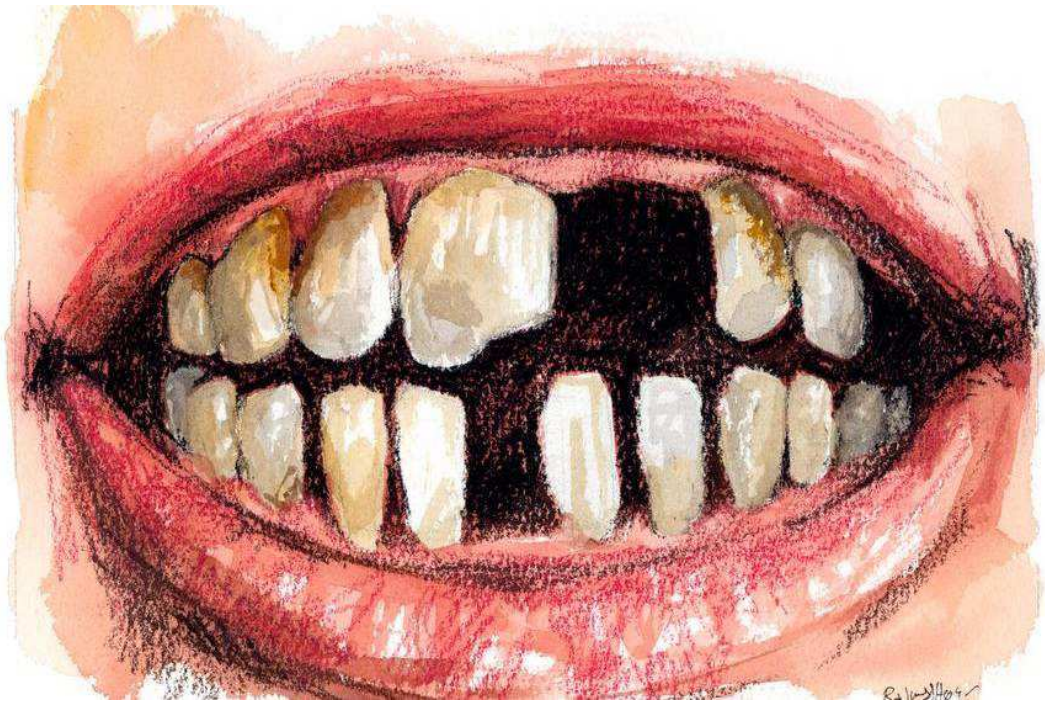


Dårlige tænder er en alvorlig sygdom

Sundhed og sygdom i mund og tænder har afgørende betydning for resten af kroppen. Det er der stigende internationalt fokus på. Men i Danmark er sygdom i tænder stadig et stedbarn i sundhedsvæsenet.



Tegning: Rasmus Sand Høyer

ALLAN FLYVBJERG, SUNDHEDSDEKAN, AARHUS UNIVERSITET

I gamle dage gik man til smeden, når tænderne gjorde ondt. Han greb tangen, satte den fast om den dårlige tand og trak til. Så var det overstået. Et dårligt tandsæt og tab af tænder blev ikke betragtet som en sygdom, men et naturligt forfald i lighed med grå hår og rynker.

Det er formentlig årsagen til, at tandlægenes ydelser har kørt på et sidespor i udviklingen fra sygekasserne fra for over 100 år siden til det aktuelle danske offentlige sundhedsvæsen med fri adgang til sundhedsydelse.

Et hullet tandsæt og dårlig vedligeholdelse af tænder har ikke blot kosmetisk og social betydning. Det er forbundet med risiko for alvorlige lidelser som kræft, hjertesygdom og diabetes, hvis man eksempelvis går rundt med kroniske betændelsestilstande i munden. Bakterier fra betændelse i tænderne kan blive ført med blodet til hjertet, hvor de kan forårsage betændelse i hjerteklapperne. For diabetikere kan det være livstruende at få paradentose, som de desuden er meget mere udsatte for end raske.

På verdensplan bliver sygdomme i mund og tænder betragtet som lige så alvorlige og udfordrende for befolkningens sundhedstilstand og landenes sundhedsøkonomi som diabetes, hjertekarsygdom, bevægeapparatssygdomme og kronisk lungesygdom.

I 2015 blev verdenskonferencen inden for mund- og tandsygdomme afholdt i Japan, og Verdenssundhedsorganisationen, WHO, udførte efterfølgende en række klare anbefalinger til, hvordan landes sundhedsmyndigheder kunne få større fokus på vigtigheden af og måder til at forebygge og behandle mund- og tandsygdomme. Disse anbefalinger er anført i den såkaldte Tokyo-deklaration om tand- og mundsundhed for et længere og bedre liv.

Vi bryster os i Danmark normalt af, at vi er på internationalt niveau, hvad angår forebyggelse og behandling af sygdom. Men på tandområdet halter vi ubejdhjælpeligt bagefter.

Vi har ikke det samme fokus på de sundhedsmæssige, befolkningsmæssige og samfundsmæssige konsekvenser af mund- og tandsygdomme. Endvidere har vi et egenbetalingssystem, der, set i lyset af modellen for det danske sundhedsvæsen i øvrigt, virker uhensigtsmæssigt, og som helt urimeligt øger risikoen for social ulighed i sundhed.

For ældre med egne tænder, som der bliver stadig flere af, har vedligeholdelse af sundheden i tænder en helt særlig problematik. Rene og vedligeholdte tænder er med til at forebygge infektionssygdomme som lungebetændelse, der oftest rammer de svageste ældre borgere hårdt.

De tandprofessionelle fagpersoner bliver altså dygtigere og dygtigere, mens uformuende borgere med dårlige tænder må sidde uden for og følge udviklingen på et sidespor.

For et par år siden viste en undersøgelse fra omsorgstandplejen i Københavns Kommune, at dårlig tandhygiejne hos ældre koster samfundet 20-25 mio. kr. alene i hospitalsindlæggelser, og at 100-200 ældre hvert år dør som følge af lungebetændelse, de pådrager sig på grund af mangelfuld tandbørstning. Hertil kommer, at tandsmerter og problemer med at tygge for mange vil påvirke livskvaliteten langt mere end så mange af de øvrige lidelser, hvor behandling er frit tilgængelig i det danske sundhedsvæsen.

Når man som 18-årig forlader børne- og ungdomstandplejen, er tandlægesøg stort set for egen regning. Siden 1980'erne er andelen af tandlægeregningen, som man selv skal betale i den såkaldte almene voksentandpleje, steget fra 55 pct. til 82 pct. I 2013 fjernede den daværende regering først 180 mio. kr., herefter 120 mio. kr. i tilskud til henholdsvis tandrensninger og kontrol. De sparede penge skulle bruges til særlige tilskud til udsatte gruppers tandsundhed. At det så ikke er sket efter hensigten, er en anden – og ganske alvorlig – problematik.

Stik imod principperne i det danske sundhedsvæsen i øvrigt er der en endog stor grad af selvbetaling, når man skal have foretaget forebyggende undersøgelser eller egentlige behandlinger af sygdomme i mund og tænder.

Selv om al logik taler for, at behandling af sygdomme i mund og tænder bør være gratis, bliver det diskuteret, om et element af en mindre brugerbetaling af de forebyggende indsatser kunne være fornuftigt.

Tandlægeforeningen mener, at medfinansiering af tandbehandlingen giver patienten et medansvar for tandsundheden – man lærer bogstaveligt talt at sætte pris på sine tænder. Det er så et af de punkter, der næppe er evidensbaseret viden om. Det er til gengæld sikkert, at der er social slagside i det danske system. Brugerbetaling, høj som lav, medfører social ulighed i tandlægeområdet. Der er store grupper i samfundet, der af økonomiske årsager er ude af stand til at få vedligeholdt deres tænder og få foretaget behandlinger, som gør, at de kan bevare deres tænder resten af livet. Og der er ikke kun tale om de svært udsatte grupper som hjemløse og kontanthjælpsmodtagere. Tandlægeudgifter kan være så omfattende, at de er urealistiske for bl.a. studerende, lavtlønnede, enlige forsørgere og mennesker på overførselsindkomst.

En særligt udsat gruppe er de borgere, der lider af medfødte tandsygdomme, der kræver mange og dyre behandlinger gennem livet.

Det er ganske vist besluttet at give offentligt tilskud til en række sjældne sygdomme, som optræder hos færre end 1 ud af 10.000 borgere. Men der er også medfødte tandsygdomme, der ikke er kommet gennem nåleøjet og med på den eksklusive tilskudsliste.

Det er eksempelvis de 8 pct. af befolkningen, der har medfødt tandmangel, kaldet aplasi, hvor man er født uden anlæg til blivende tænder. Det vil med andre ord sige, at der ikke kommer en ny tand, når mælketanden falder ud.

Der er oftest tale om mangel på en tand eller få tænder, men i sjældne tilfælde kan næsten alle tænder mangle. Lidelsen behandles i første omgang i børne- og ungdomstandplejen, hvor man gratis kan modtage tandregulering, og hvor man, hvis der er tale om mange tænder, kan få indopereret tandimplantater.

Men når den voksne patient på et tidspunkt taber de mælketænder, man ellers havde forsøgt bevaret, eller når implantaterne skal skiftes, er det for egen regning. Voksne patienter med medfødt tandmangel kan derfor se frem til enorme tandlægeudgifter til implantater, medmindre de vælger (eller er tvunget til) at gå rundt med gabende huller i tandrækken.

Situationen bliver næsten mere grotesk af, at forskning i tand- og mundsygdomme for længst er indlemmet i sundhedsvidenskaben, og af, at vi i Danmark er på internationalt højt niveau på området. De to danske institutter for odontologi ved henholdsvis Aarhus Universitet og Københavns Universitet er anerkendte verden over for deres forskningsbidrag inden for et bredt spektrum af orale sygdomme og har et væld af samarbejdsaftaler kloden rundt.

De tandprofessionelle fagpersoner bliver altså dygtigere og dygtigere – mens uformuende borgere med dårlige tænder må sidde udenfor og følge udviklingen på et sidespor. Medmindre de dog forinden er blevet indlagt til behandling for alvorlig sygdom, som kunne have været undgået, hvis de havde fået forebyggende tandbehandling.

Det er en ulogisk, uretfærdig og en nærmest sundhedsskadelig prioritering ikke at betragte sygdom i mund og tænder med samme alvor og tilgang, som gælder for behandling af al anden fysisk sygdom.

