

# TANDPLEJEPROGNOSE

- personale i tandplejen  
i Danmark 2007-2025

2010



## Tandplejeprognose 2010

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Tandpleje, prognose, udbud, tandlæger, specialtandlæger, tandplejer, klinisk tandtekniker, tandsundhed

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 26. februar 2010

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-049-4

Den trykte versions ISBN: 978-87-7104-050-0

Kategori: Faglig rådgivning

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen 2010

Kan downloades fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under udgivelser

# Indhold

<b>1</b>	<b>Forord</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>8</b>
2.1	Udbuddet af tandplejepersonale	8
2.2	Behovet for tandplejepersonale	8
2.3	Prognoseudvalgets anbefalinger	9
<b>3</b>	<b>Tandplejeprognose</b>	<b>10</b>
3.1	Prognosearbejde i Norden	11
3.2	Datagrundlaget	12
3.2.1	Beskrivelse af tandplejens arbejdsmarked 1997-2006	12
3.2.2	Stillings- og vakancetælling	13
<b>4</b>	<b>Udviklingen på tandplejens arbejds-marked 1997-2006</b>	<b>14</b>
4.1	Tandlæger	14
4.1.1	Udvikling i antallet af optagne på tandlægestudiet	14
4.1.2	Udviklingen i antallet af ph.d.-forløb	16
4.1.3	Udvikling i antallet af tandlæger	17
4.1.4	Tandlægenes geografiske fordeling	19
4.1.5	Tandlæger fordelt på branche	21
4.1.6	Udviklingen i antallet af specialtandlæger	21
4.2	Tandplejere	25
4.2.1	Udvikling i antallet af optagne på tandplejeruddannelsen	25
4.2.2	Udvikling i antallet af tandplejere	27
4.2.3	Tandplejernes geografiske fordeling	29
4.2.4	Tandplejernes fordeling på branche	31
4.3	Kliniske tandteknikere	32
4.3.1	Udvikling i antallet af optagne på klinisk tandtekniker-studiet	32
4.3.2	Udviklingen i antallet af kliniske tandteknikere	33
4.3.3	Kliniske tandteknikers geografiske fordeling	35
4.4	Udvikling i antal tandlæger og tandplejere	36
<b>5</b>	<b>Modellens forudsætning</b>	<b>38</b>
5.1	Udgangspopulation	38
5.2	Nye kandidater	39
5.2.1	Tandlæger	39
5.2.2	Tandplejere	39
5.2.3	Kliniske Tandteknikere	39

5.3	Pension og dødelighed	39
5.3.1	Tandlæger	39
5.3.2	Tandplejere	40
5.3.3	Kliniske Tandteknikere	40
5.4	Orlov fra arbejdsmarkedet	40
5.4.1	Tandlæger	40
5.4.2	Tandplejere	41
5.4.3	Kliniske Tandteknikere	41
5.5	Ind- og udvandring	41
5.6	Beskæftigelsesgrad	41
5.7	Datakvalitet	41
<b>6</b>	<b>Fremskrivning</b>	<b>42</b>
6.1	Tandlæger	42
6.2	Tandplejere	46
6.3	Kliniske tandteknikere	48
6.4	Tandlæger og tandplejere	49
<b>7</b>	<b>Behov og efterspørgsel for tandplejepersonale</b>	<b>50</b>
7.1	Offentlige og private tandplejetilbud i Danmark	50
7.1.1	Kommunal tandpleje til børn og unge	50
7.1.2	Kommunal omsorgstandpleje	52
7.1.3	Kommunal specialtandpleje	53
7.1.4	Regionstandpleje	54
7.1.5	Odontologiske landsdels- og videnscenter	55
7.1.6	Sygehus, specialiseret behandling tand-, mund- og kæbekirurgi	56
7.1.7	Praksistandpleje for voksne	57
7.2	Udvikling i tandsundheden	58
7.2.1	Tandsygdomme hos børn og unge	58
7.2.2	Tand og mundsygdomme hos voksenbefolkningen	62
7.2.3	Demografisk udvikling i befolkningen	74
7.3	Forventninger til udviklingen i tandsundheden og behandlingsbehovet	74
7.3.1	Børn og unge	74
7.3.2	Voksne	75
7.4	Forventninger til det fremtidige behov for tandplejepersonale	77
7.4.1	Tandlæger	77
7.4.2	Tandplejere	78
7.4.3	Kliniske tandteknikere	78
7.4.4	Specialtandlæger i ortodonti	78
7.4.5	Specialtandlæger i tand-, mund og kæbekirurgi	79
<b>8</b>	<b>Diskussion og anbefalinger</b>	<b>80</b>
8.1	Tandlæger	80
8.1.1	Udvikling i antallet af tandlæger	80
8.1.2	Ændring i de tandlægelige opgaver	80
8.2	Tandplejere	82
8.2.1	Udvikling i antallet af tandplejere	82
8.2.2	Ændring i tandplejerens opgaver	82
8.3	Tandlæger og tandplejere	83

8.3.1	Udvikling i det samlede antal tandlæger og tandplejere	83
8.4	Kliniske tandteknikere	83
8.4.1	Udvikling i antallet af kliniske tandteknikere	83
8.4.2	Ændring i de kliniske tandteknikers opgaver	83
8.5	Specialtandlæger	84
8.5.1	Udvikling i antallet af specialtandlæger	84
8.5.2	Ændring i opgaver for specialtandlæger i ortodonti	84
8.5.3	Ændring i opgaver for specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi	85
8.6	Tandplejeprognosen 2001	85
8.7	Anbefalinger og overvejelser	85
8.7.1	Prognoseudvalgets anbefalinger vedrørende fremtidig dimensionering af specialtandlæger	85
8.7.2	Prognoseudvalgets overvejelser vedrørende udbuddet af tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere	86
8.7.3	Opdatering af tandplejeprognosen	86
<b>9</b>	<b>Dissenser</b>	<b>87</b>
<b>10</b>	<b>Bilag</b>	<b>91</b>
10.1	Lovgrundlag	91
10.1.1	Tandlæger	91
10.1.2	Tandplejere og kliniske tandteknikere	92
10.1.3	Autorisation	92
10.1.4	Tandplejen	92
10.2	Kommissorium for tandplejens prognoseudvalg	93
10.2.1	Baggrund	93
10.2.2	Opgaver for Tandplejens Prognoseudvalg	93
10.2.3	Arbejdsproces	94
10.2.4	Sammensætningen af medlemmer i Tandplejens Prognoseudvalg	95
10.3	Tabelsamling	96
<b>11</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>104</b>

### **Udvalgets sammensætning:**

Birte Obel, overlæge, Enhedschef for Uddannelse og Autorisation, Sundhedsstyrelsen (formand)

Tine Torslev From, chefrådgiver, Danske Regioner

Ingelise Hansen, overtandlæge, Kommunernes Landsforening

Christian Holt, chefkonsulent Tandlægeforeningen

Troels Folkmar, overtandlæge, Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

Flemming Mogensen Finøen, klinisk tandtekniker, formand i Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere

Torben Houmark Jensen, chefkonsulent, Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling

Andreas Daugaard Jørgensen, fuldmægtig, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Peder Michael Sørensen, chefkonsulent, Undervisningsministeriet

Elisabeth Gregersen, tandplejer, formand i Dansk Tandplejerforening

Preben Dømgaard, specialtandlæge formand i Foreningen af specialtandlæger i Ortodonti

Hanne Mohr, skolechef, Skolerne for Klinikassistenter, Tandplejere og Kliniske Tandteknikere, Århus Universitet

Sten Nørmark, konstitueret skolechef, Skolen for klinikassistenter og Tandplejere, Københavns Universitet

Erik Sørensen, overtandlæge, Tandlægernes Nye Landsforening

Flemming Isidor, professor, Odontologisk Institut, Aarhus Universitet

Lone Schou, institutleder, Odontologisk Institut, Københavns Universitet

### **Sekretariatet:**

Karen Geismar, tandlæge, Sundhedsstyrelsen

Lene Vilstrup, afdelingstandlæge, Sundhedsstyrelsen

Marianne Christensen, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen

Fredrik Gerstoft, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen

Marit Karina Buccarella, chefkonsulent, Sundhedsstyrelsen

# 1 Forord

Det er afgørende for tandplejens funktion, at den nødvendige arbejdskraft er til stede. Derfor tilstræbes det, at der er balance mellem udbud og efterspørgsel efter de relevante autoriserede personalegrupper. Sundhedsstyrelsen forsøger at sikre denne balance gennem dimensioneringen af specialtandlæger og anbefalinger om udbuddet af tandlæge, tandplejer og klinisk tandtekniker.

For at sikre det bedste faglige grundlag for disse tiltag har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Prognoseudvalget udarbejdet denne tandplejeprognose. Tandplejeprognosen indeholder dels en prognose for udbuddet af tandplejepersonale og dels en vurdering af udviklingen i tandsundheden og behandlingsbehovet i den fremtidige tandpleje. Udbudsprognosen omfatter tandlæger, specialtandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere frem mod år 2025.

Tandplejeprognosen vil understøtte arbejdet med at sikre en effektiv og relevant ressourceudnyttelse i tandplejen, da den vil hjælpe til med at forudsige eventuel fremtidig personalemangel eller overskud tids nok til, at der kan iværksættes initiativer til at modvirke dette.

## 2 Sammenfatning

Tandplejeprognosen omfatter en udbudsprognose for tandlæger, specialtandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere i perioden 2007-2025 samt en beskrivelse af behovet for disse personalegrupper i årene frem mod 2025. Som grundlag for beskrivelsen af behovet for tandplejens personalegrupper er udarbejdet en redegørelse for den overordnede udvikling i tandsundheden i relation til forskellige aldersgrupper. Udbudsprognosen har anvendt en ny model for fremskrivning af tandplejens autoriserede personalegrupper, der overvejende er baseret på oplysninger fra Bevægelsesregistret. Til at beskrive forhold som kandidatproduktion, pensionsalder mv. er udviklingen i de autoriserede personalegrupper i tandplejen beskrevet for perioden 1996-2006.

### 2.1 Udbuddet af tandplejepersonale

Gennemgangen af det tandlægelige arbejdsmarked viser, at der fra 1997 til 2006 var et overvejende uændret udbud af erhvervsaktive tandlæger. For tandlægerne viser fremskrivningen, at det samlede antal tandlæger forventes at falde frem mod 2025, hvor det største fald på omkring 1000 tandlæger findes i perioden 2007-2019. Faldet i antallet af tandlæger tilskrives primært afgang ved efterløn og pensionering. Omvendt ses det, at der fra 1997 til 2006 er sket en voldsom stigning i antallet af erhvervsaktive tandplejere, og fremskrivningen for tandplejere viser, at denne udvikling fortsætter frem mod år 2025.

Udviklingen blandt kliniske tandteknikere viser, at der fra 1997 til 2006 var et nogenlunde konstant antal af erhvervsaktive kliniske tandteknikere, mens udbuddet forventes at falde frem mod 2025.

For specialtandlægenes vedkommende er der fra 1997 til 2006 sket en svag stigning i antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi, mens antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i ortodonti i perioden er konstant. Fremskrivningen viser, at antallet af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi vil falde frem mod 2025. Antallet af specialtandlæger i ortodonti vil falde svagt indtil 2017, hvorefter der ses en stigning indtil 2025, som skyldes et øget optag ved specialtandlægeuddannelsen siden 2006.

### 2.2 Behovet for tandplejepersonale

Det forventes, at den positive udvikling med forbedring af tandsundheden i befolkningen gradvist vil fortsætte, hvilket vil medføre et fald i omfanget af tandlægelige opgaver. Til gengæld forventes et øget behov for avanceret tandlægelig diagnostik og behandling pga. det stigende antal ældre med naturlige tænder samt nye forbedrede behandlingsmetoder. Det forventes, at den største behandlingsbyrde i de næste 10-20 år vil ligge hos de ældre og midaldrende voksne.

Det er usikkert, om forbedringer i befolkningens tandsundhed, ændring af behandlingsopgaver samt strukturforandringer, med ændring i teamsammensæt-



ning og opgaveglidning til følge, vil foregå med samme hastighed som nedgangen i udbuddet af tandlæger. Det er derfor vigtigt, at der sikres et tilstrækkeligt antal tandlæger til at løfte de behandlingsopgaver, der de næste 10-20 år vurderes at ligge hos særligt den ældre del af voksenbefolkningen.

Den forventede gradvise forbedring af tandsundheden vil medføre, at der vil være en større andel af patienter, der kun har brug for lavteknologiske ydelser så som undersøgelse, simpel diagnostik og forebyggelse, som kan varetages af en tandplejer. Samlet forventes tandplejernes opgaver at stige, og det stigende antal tandplejere med høj grad af beskæftigelse bekræfter tandplejernes fulde integration i tandplejen.

Opgaveglidning fra tandlæge til tandplejer vil kunne afhjælpe en del af nedgangen i antallet af tandlæger. Det vil således være hensigtsmæssigt, at de arbejdsopgaver, der kan varetages af andet tandplejepersonale end tandlæger, uddelegeres eller videregives. Det stigende udbud af tandplejere forventes at kunne dække den øgede mængde opgaver og efterspørgselen efter tandplejere.

Som beskrevet i prognosen er der en klar forventning om, at tandtab blandt voksenbefolkningen er kraftigt aftagende, hvilket fremover vil mindske behovet for aftagelig protetik betydeligt. Behovet for kliniske tandteknikere vurderes således fremover at være aftagende. Det vurderes umiddelbart, at den forventede reduktion i udbuddet af kliniske tandteknikere vil balancere med den reducerede efterspørgsel efter kliniske tandteknikere.

Behovet for specialtandlæger i ortodonti forventes ud fra de kendte normeringsforhold samlet at være uændret i årene frem mod 2025, hvorimod der forventes en svag stigning i den samlede opgavemængde for specialtandlægerne i tand-, mund- og kæbekirurgi. Udbuddet af specialtandlæger i ortodonti, vurderes i stigende grad at kunne dække efterspørgslen frem mod år 2025. Det faldende udbud af specialtandlægerne i tand-, mund- og kæbekirurgi forventes dog ikke at kunne dække den svage stigning i den fremtidige efterspørgsel.

### 2.3 Prognoseudvalgets anbefalinger

Prognoseudvalget har sammenlignet udbudsprognosen med den forventede efterspørgsel efter tandplejepersonale frem mod 2025 og har på den baggrund gjort sig en række overvejelser.

Prognoseudvalgets anbefalinger vedrørende den fremtidige dimensionering af specialtandlæger:

- Optaget ved specialtandlægeuddannelsen i ortodonti ændres ikke, men bevares på 9 tandlæger årligt.
- Optaget ved specialtandlægeuddannelse i tand-, mund og kæbekirurgi øges fra 2 til 4 tandlæger årligt.

Prognoseudvalgets overvejelser vedrørende udbuddet af tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere:

- Det bør i højest muligt omfang tilstræbes at arbejdsopgaver, der kan varetages af andet tandplejepersonale end tandlæger uddelegeres eller videregives. I forhold til at sikre den nødvendige personalekapacitet, vil det således være hensigtsmæssigt, at tandlæger fremover yder en mindre del af de lavteknologiske og forebyggende behandlingsydelser.
- Optaget ved tandlægestudiet bør øges svarende til det årlige øgede optag ved specialtandlægeuddannelserne. Herudover bør der i moderat omfang kompenseres for nedgangen i antallet af tandlæger frem mod 2020 med henblik på at afvente strukturændringer i tandplejen.
- Optaget ved tandplejeruddannelsen bør ikke ændres
- Optaget ved uddannelsen til klinisk tandtekniker bør ikke ændres.

Udbuddet af autoriseret tandplejepersonale inden for de forskellige personalegrupper vil løbende blive evalueret i form af jævnlige opdateringer af tandplejeprognosen. Tandplejens prognoseudvalg vil ved prognosens afslutning fungere som en følgegruppe for det fremtidige arbejde med tandplejeprognosen i Sundhedsstyrelsen. Følgegruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen omkring udarbejdelsen af opdateringer.

### 3 Tandplejeprognose

I Tandplejeprognosen fra 2001 blev det konkluderet, at der i årene fremover samlet set må antages at være tilstrækkeligt med tandplejepersonale til at dække efterspørgslen i den kommunale og den private voksentandpleje. Siden 2001 er der imidlertid skabt tvivl om, hvorvidt denne konklusion stadig er retvisende. Det er derfor relevant at opdatere prognosen med de nyeste data om udbuddet af tandplejepersonale.

På denne baggrund har indenrigs- og sundhedsministeren i juni 2006 bedt Sundhedsstyrelsen om at foretage en opdatering af Tandplejeprognosen. Opdateringen viste sig dog at indeholde en række problemstillinger, der medførte, at det var vanskeligt at genskabe tabellerne. Samtidig er det siden 2001 blevet muligt at anvende registre, der på mere uddybende vis beskriver erhvervsaktiviteten af personalegrupperne inden for tandplejen. Sundhedsstyrelsen vurderede derfor i samråd med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, at det vil være hensigtsmæssigt, at uarbejde en ny model for Tandplejeprognosen, der så vidt muligt bliver tilrettelagt efter samme model som den nuværende Lægeprognose<sup>1</sup>.

En retvisende tandplejeprognose udgør et veldokumenteret grundlag for tilrettelæggelsen af indsatsen på tandplejeområdet, særligt med hensyn til dimensioneringen, optaget og tilrettelæggelsen af uddannelserne til specialtandlæge, tandlæge, tandplejer og klinisk tandtekniker. Prognosen vil understøtte arbejdet med at sikre en effektiv og relevant ressourcenyttelse i sundhedsvæsenet, da den vil hjælpe til med at forudsige eventuel fremtidig personalemangel tids nok til,

at der kan iværksættes initiativer til at modvirke dette. På baggrund af prognosen vil det således være muligt at planlægge tiltag til at påvirke udbud og efterspørgsel efter tandplejens personalegrupper.

Den nye Tandplejeprognosen omfatter en udbudsprognose for tandlæger, speci-altandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere i perioden 2007-2025 samt en beskrivelse af behovet for disse personalegrupper i årene frem med 2025. Som grundlag for vurderingen af behovet for tandplejens personalegrupper er udarbejdet en redegørelse for den overordnede udvikling i tandsundheden i relation til forskellige aldersgrupper.

### 3.1 Prognosearbejde i Norden

I Norge er der udgivet to publikationer fra henholdsvis 2003 og 2007 fra Helsedepartementet omhandlende ”Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensigtsmessig opgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor” og ”Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Fremtidens tannhelsetjenester”.

I 2005 var der omkring 3.900 tandlæger i Norge. Ubesatte stillinger findes primært i den offentlige sektor, som ved ugangen af 2005 havde 9 pct. ubesatte tandlægestillinger. Tandlægeunderskuddet er primært dækket ved en indvandring af tandlæger fra bl.a. Tyskland.

Det forventes, at underskuddet af tandlæger fortsat vil opleves frem mod år 2015. Problemer med at rekruttere tandlæger opleves primært i yderområderne, hvor (offentlige) stillinger kan stå ubesatte længe.

I 2005 var der i Norge 639 tandplejeråsværk, og antallet af tandplejere var således mere end fordoblet siden 1.985 hvor der var 281 tandplejeråsværk. Tandplejerne er primært ansat i den offentlige sektor, men det forventes, at flere tandplejere vil ansættes i privat regi. Forholdet mellem tandlæger og tandplejere i Norge er 6:1. Det forventes at antallet af tandplejere i fremtiden vil stige. Det forventes at efterspørgslen efter behandling med aftagelige proteser vil falde, og at efterspørgslen efter klinisk tandteknikere vil falde tilsvarende.

I Sverige publicerede Socialstyrelsen ”Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Åren 2008-2023” i 2007. Prognosen er en opfølgning på en tilsvarende prognose fra 2004 og omhandler tandplejere og tandlæger.

I år 2005 var der omkring 8.400 tandlæger i Sverige, hvoraf 7.400 var beskæftiget inden for tandplejen. Det forventes, at der fremover årligt uddannes omkring 250 tandlægerne. En relativt høj andel, op imod 50 pct., af de tandlægestuderende har en udenlandsk baggrund, men andelen ser imidlertid ud til at være aftagende. Andelen af tandlæger, der lader sig pensionere, forventes at stige som følge af en stor gruppe ældre tandlæger. Afgangen forventes at stabilisere sig omkring år 2013 på 270-280 tandlæger, der går på pension årligt. Beregningerne viser, at der i år 2023 forventes at være omkring 5.400 tandlæger, hvilket er et fald fra de nuværende 8400. Det forventes dog, at det tandlægelige

arbejdsmarked vil blive præget af, at cirka 25 tandlæger indvandrer om året. Et sådant scenarie vil resultere i 5.900 i år 2023.

Antallet af tandplejere var i 2005 omkring 3.700 tandplejere, hvoraf omkring 3.200 var beskæftiget i tandplejen. Det forventes, at der fremover årligt uddannes omkring 180 tandplejer. Tandplejere er i modsætning til tandlægerne en ung profession. For nuværende pensioneres cirka 40 tandplejere om året frem til det højeste niveau omkring 130 tandplejere i år 2023. Antallet af tandplejere anslås i år 2023 at være 4.700, hvilket er en stigning fra det nuværende antal på 3.700.

Ved udgangen af 2001 var der omkring 4.750 arbejdsaktive tandlæger i Finland<sup>2</sup>, hvoraf 593 var specialister. Af disse arbejdede omkring 2.400 i den offentlige sektor og omkring 2.350 i den private sektor. I udgangen af år 2001 var der registreret omkring 200 ubesatte tandlægestillinger i den offentlige sektor. Der var i 2003 omkring 450 arbejdsaktive tandplejere ansat i det offentlige og omkring 450 i det private.

## 3.2 Datagrundlaget

Datagrundlaget for prognosen er overvejende oplysninger fra Bevægelsesregistret, hvorved tandlægeprognosens datagrundlag nu er identisk med det datagrundlag, der anvendes til lægeprognosen. Enkelte steder har det desuden været nødvendigt at supplere med oplysninger fra anden kilde, bl.a. Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling og fra Undervisningsministeriet.

Bevægelsesregistret indeholder arbejdsmarkedsoplysninger om sundhedspersonale i Danmark, herunder sundhedspersonale autoriseret af Sundhedsstyrelsen. Det vil sige oplysninger fra Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister kombineret med Danmarks Statistiks arbejdsmarkedsmodul, RAS. Bevægelsesregistret opdateres årligt. Den aktuelle opdatering består af et udtræk fra Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister pr. 31. december 2006, som kombineres med RAS-data pr. ultimo november 2006.

RAS-delen af registeret muliggør opdeling af populationen i erhvervsaktive og ikke-erhvervsaktive delpopulationer. Den erhvervsaktive population (arbejdsstyrken) omfatter beskæftigede og arbejdsløse. Personer uden for arbejdsstyrken er typisk tilbagetrukket fra arbejdsmarkedet.

### 3.2.1 Beskrivelse af tandplejens arbejdsmarked 1997-2006

Dette kapitel belyser udviklingen blandt autoriserede og herboende tandlæger/tandplejere/kliniske tandteknikere under 70 år, som står til rådighed for arbejdsmarkedet. Det vil sige samme afgrænsning som finder anvendelse ved udgangspopulationerne ved fremskrivningerne. Det skal bemærkes, at de autoriserede personer også kan være ansat inden for andre fagområder end tandplejen. De cand.odont.er, som endnu ikke er autoriseret og derfor ikke er registreret i autorisationsregisteret, men som er beskæftiget i tandplejen, er medtaget i udgangspopulationen. Denne gruppe er medtaget, da det kan forventes, at de opnår autorisation og tilladelse til selvstændigt virke i løbet af perioden frem mod

2025. Efter 1. september 2007 modtager nyuddannede tandlæger automatisk autorisation efter endt tandlægeuddannelse og vil således automatisk indgå i Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. Opgørelsen over tandlæger inkluderer tandlæger med specialtandlægeanerkendelse.

I Bevægelsesregisteret foreligger der detaljerede oplysninger om, hvilken branche den enkelte person er knyttet til. Den primære såvel som den eventuelle sekundære beskæftigelse er angivet i Bevægelsesregistret sammen med oplysninger om, hvorvidt beskæftigelsen finder sted i den offentlige eller private sektor.

Kommunalreformen trådte i kraft januar 2007. Registreringer af arbejdssted foreligger derfor ikke på den nye kommuneinddeling i Bevægelsesregistret. Ved opgørelser på arbejdssted er registreringerne konverteret til de nye kommuner. Personer som er beskæftiget i en kommune, som ved kommunalreformen er delt, henføres til den nye kommune, som størstedelen af befolkningen i den gamle kommune overgår til. Opdelingsmetoden har minimal effekt på regionsniveau.

Opgørelserne fordelt på brancher og regioner omfatter lidt færre personer, da der eksempelvis mangler registreringer af brancher på arbejdsløse, og da enkelte har beskæftigelse udenfor Danmark og derfor ikke kan knyttes til en region i beskæftigelsesmæssig sammenhæng.

### 3.2.2 Stillings- og vakancetælling

Tandlægenes Nye Landsforening udsendte primo 2008 et spørgeskema til samtlige af landets kommuner. Undersøgelsen beskriver kapaciteten i den kommunale tandpleje og omfatter specialtandlæger i ortodonti, tandlæger og tandplejere. 72 af landets kommuner deltog, og aktuelle vakancer er beskrevet.

Tandlægeforeningen gennemførte i 2007 en undersøgelse af kapaciteten i privat praksis. I undersøgelse beskrives antallet af vakante stillinger i privat praksis. I undersøgelsen deltog 1.163 ud af 1687 private tandlægeklinikker. Tandplejerne er ligeledes inddraget i denne undersøgelse.

Vedrørende specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi har Sundhedsstyrelsen bedt Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi (FSTMK) om en opgørelse over vakante og besatte stillinger indenfor specialet. Samme procedure er gennemført for de kliniske tandteknikere, da der for denne gruppe ikke er foretaget en undersøgelse af kapaciteten.

Da undersøgelserne er gennemført af forskellige faglige selskaber, kan definition og afgrænsning af vakante stillinger variere. Resultaterne skal derfor fortolkes med en vis forsigtighed. Til angivelse af den samlede vakance anvendes en vakanceprocent, der angiver andelen af vakante stillinger ud af det samlede antal stillinger, der indgik i undersøgelsen.

## 4 Udviklingen på tandplejens arbejdsmarked 1997-2006

Dette kapitel indeholder en gennemgang af tandplejens arbejdsmarked i Danmark i perioden 1997-2006. Hensigten med kapitlet er at skabe overblik over udviklingen blandt tandplejens personalegrupper samt at beskrive baggrunden for fremskrivningen af grupperne. I kapitlet beskrives udviklingen i optag på og afgang fra de relevante uddannelser i tandplejen, udviklingen i alders- og køns-sammensætningen, samt den regionale fordeling af personalegrupperne.

### 4.1 Tandlæger

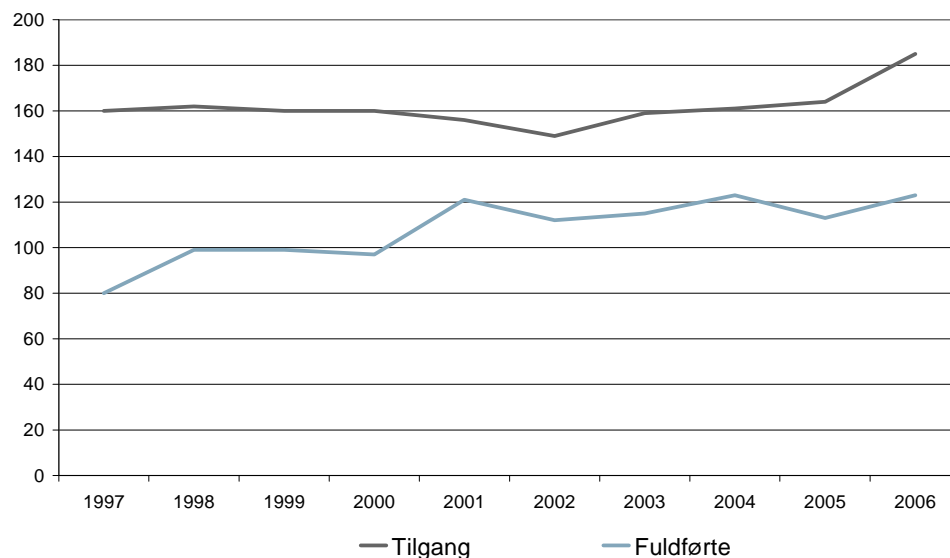
#### 4.1.1 Udvikling i antallet af optagne på tandlægestudiet

Udviklingen i antallet af tandlæger afhænger i høj grad af antallet af optagne og dimitterede fra tandlægeskolerne i Århus og København. Gennemsnitsalderen for en tandlægestuderende ved påbegyndelse af studiet er 23,0 år og den gennemsnitlige alder ved fuldførelse er 28,3 år.<sup>3</sup> Gennemførelsesprocenten for tandlæger er omkring 75 pct.<sup>4</sup>

Af figur 2.1.1 ses udviklingen i tilgang og fuldførelse på tandlægestudiet fra 1997 til 2006. Der har været en overvejende konstant tilgang på 160 personer til studiet over perioden, kun afbrudt af et mindre fald i årene 2001 til 2003. Antallet af fuldførte studier varierer over perioden med minimum på 80 fuldførte i 1997 og et maksimum på 123 fuldførte i 2004 og 2006. For perioden som helhed ses en stigning i antallet af fuldførte.

Århus og Københavns Universiteter har påpeget, at det angivne optag i 2006 (oplyst af Universitets og Bygningsstyrelsen) er for højt, og mener at det reelle optag er omkring 160 personer.

Figur 2.1.1. Tilgang og fuldførelse ved tandlægestudiet i perioden 1997-2006.



Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

Af nedenstående tabel 2.1.1 fremgår, at størstedelen af de nyuddannede tandlæger er kvinder mellem 24 år og 29 år.

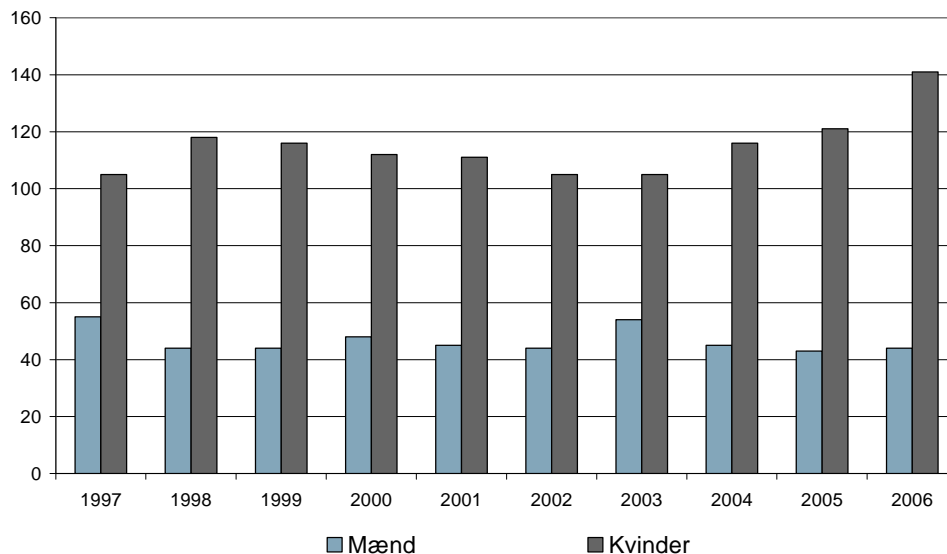
Tabel 2.1.1. Køns- og aldersfordeling af nye kandidater i perioden 2000-2006.

Aldersgruppe	Kvinder (pct.)	Mænd (pct.)	I alt (pct.)
Under 24 år	1,6	1,5	3,1
24-29	58,2	19,7	77,9
30-34	9,0	4,1	13,1
35-39	2,5	1,7	4,2
40-44	0,2	0,9	1,1
Over 45 år	0,1	0,5	0,6
I alt	71,6	28,4	100

Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

Andelen af kvinder er markant højere end andelen af mænd blandt de nyuddannede tandlæger. Af figur 2.1.2 fremgår det videre, at der optages væsentlig flere kvinder end mænd på tandlægestudiet. Antallet af optagne mænd har over perioden ligget stabilt mellem 43 og 55 pr. år, hvorimod antallet af optagne kvinder er gradvist øget fra 105 til 141.

Figur 2.1.2. Kønsfordelingen blandt optagne på tandlægestudiet 1997-2006.



Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

Idet det antages, at de tandlægestuderendes statsborgerskab kan have betydning for det fremtidige udbud af tandlæger, er de studerendes statsborgerskab belyst i tabel 2.1.2. Det fremgår af tabellen, at langt størstedelen af de optagne på tandlægestudiet har dansk statsborgerskab, hvilket formentlig betyder, at størstedelen af dimittenderne vil blive og arbejde i Danmark efter færdig uddannelse.

Tabel 2.1.2. Nationalitet af optagne.

Nationalitet	1997-2001	2002-2006
Danmark	762	738
Norge	9	15
Sverige	1	8
Øvrige Norden	1	8
EU	4	6
Øvrig Europa	5	2
Andet	16	41

Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

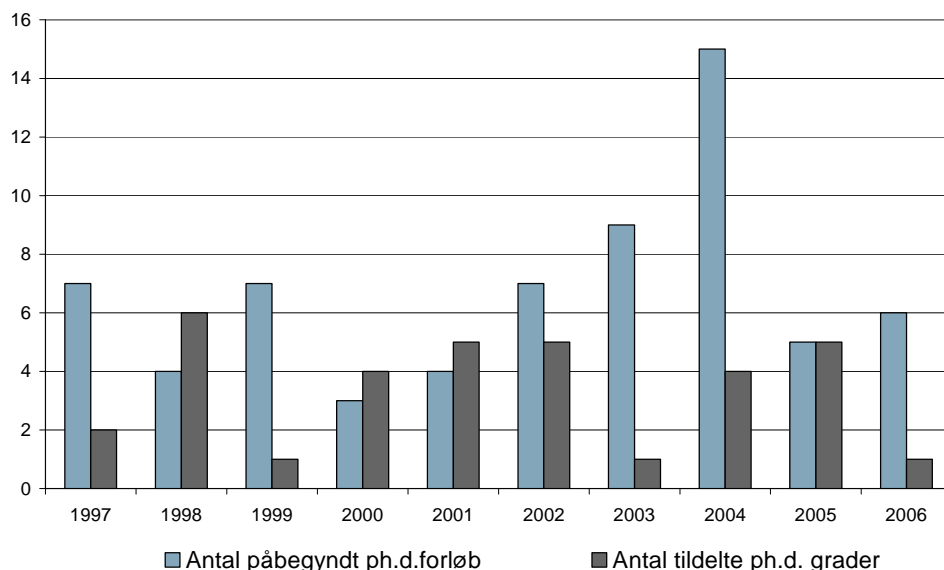
#### 4.1.2 Udviklingen i antallet af ph.d.-forløb

Langt hovedparten af den odontologiske forskning i Danmark, herunder den odontologiske ph.d.-uddannelse, varetages af de Odontologiske Institutter ved



universiteterne i København og Århus. Som illustreret i figur 2.1.3 påbegyndte 67 tandlæger i perioden 1997-2006 et ph.d.-forløb, og i samme periode fik 34 tandlæger tildelt ph.d.-graden. Tal fra Universitets- og Bygningsstyrelsen viser, at omkring 3 pct. af de færdiguddannede tandlæger gennemfører en ph.d.-uddannelse. Det tilsvarende tal for læger er omkring 18 pct.<sup>5</sup>. Antallet af tandlæger der er ph.d.-studerende vurderes ikke at påvirke den samlede tandlægelige arbejdsstyrke i særlig grad.

Figur 2.1.3. Antal påbegyndte og fuldførte ph.d.-forløb i 1997-2006.



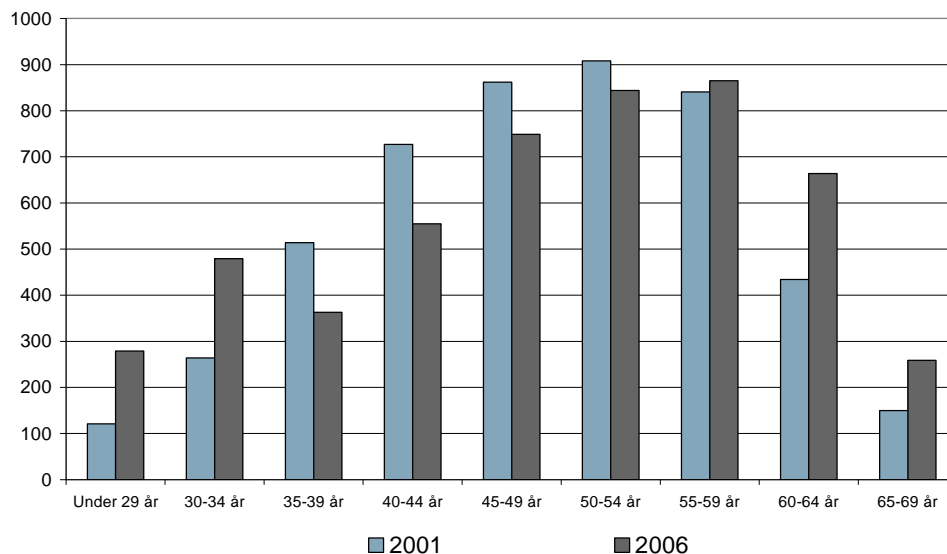
Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

#### 4.1.3 Udvikling i antallet af tandlæger

Fra 1997 til 2006 er antallet af tandlæger under 70 år, som står til rådighed for arbejdsmarkedet, uændret. Figur 2.1.4 viser udviklingen i alderssammensætningen blandt tandlæger fra 2001 til 2006. Der er sket en stigning i antallet af tandlæger over 55 år. Stigningen er størst i gruppen blandt de 60-64-årige; fra 434 tandlæger i 2001 til 664 tandlæger i 2006. I aldersgrupperne fra 35-54 år er der sket et fald på 17 pct. fra 3.011 tandlæger i 2001 til 2.511 tandlæger i 2006.

Det betyder, at der indenfor de næste år formodentlig vil være et stort antal tandlæger, der lader sig pensionere og udtræder af arbejdsmarkedet. I 2001 udgjorde andelen af tandlæger mellem 60-69 år 12 pct. af det samlede antal tandlæger. I 2006 udgør samme gruppe 18 pct. af det samlede antal tandlæger. Den forventede pensionsalder for en 25-årig tandlæge er beregnet til at være 64 år for mænd og 61 år for kvinder<sup>6</sup>.

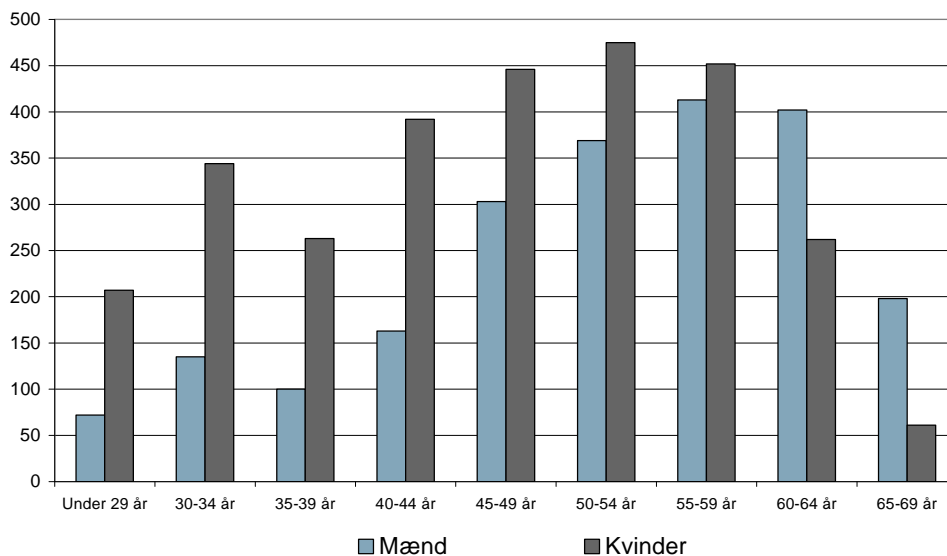
Figur 2.1.4. Tandlæger i 2001 og 2006. Fordelt på aldersgrupper.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Der blev optaget omkring tre gange så mange kvinder som mænd på tandlægestudiet i 2006 (figur 2.1.2), og kønsfordelingen mellem de færdige kandidater (tabel 2.1.1) afspejlede en tilsvarende fordeling på 72 pct. kvinder og 28 pct. mænd. Figur 2.1.5 viser, at der er flere mandlige tandlæger i aldersgruppen 60-69 år, mens der er en større andel af kvindelige tandlæger i aldersgruppen under 60 år. Når de ældste årgange går på pension, formodentlig indenfor de næste 10 år, vil der altså være flere kvinder end mænd i alle aldersgrupper.

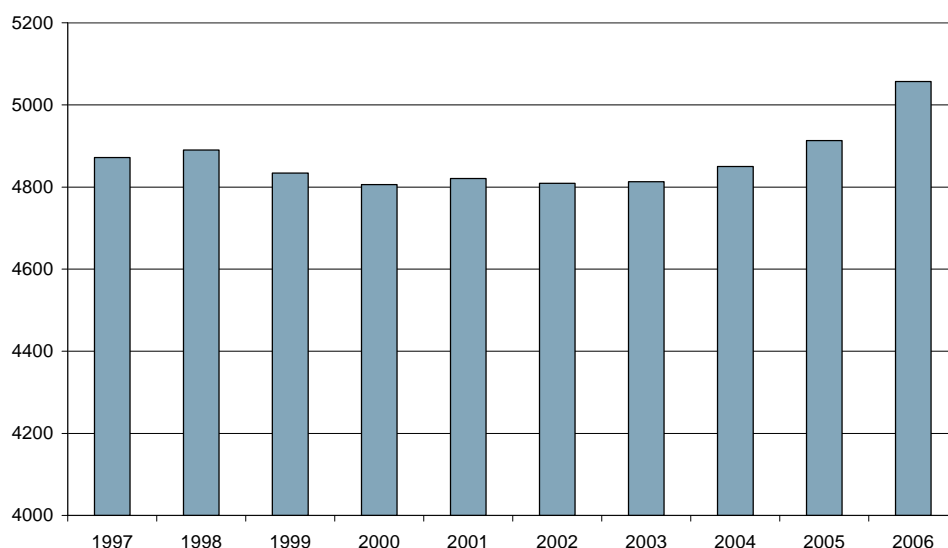
Figur 2.1.5. Kønsfordelingen blandt tandlæger i 2006. Fordelt på aldersgrupper.



Kilde: Bevægelsesregisteret

I figur 2.1.6. ses det, at fra 1997 til 2006 steg antallet af tandlæger under 70 år, som står til rådighed for arbejdsmarkedet, fra 4.872 til 5.057. Det skal her påpeges, at nyuddannede cand.odont.er - som endnu ikke har opnået autorisation - men som er beskæftiget i tandlægepraksis, er medtaget i figuren. Jo længere tilbage man har taget sin uddannelse, jo større er sandsynligheden for, at man er autoriseret og derfor hele tiden har været med i Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. De nyuddannede cand.odont.er vil således primært være repræsenteret i de seneste år af opdateringen (i denne prognose 2004-2006). Den markante stigning, der ses i figuren i årene 2004-2006, er derfor ikke et udtryk for en reel stigning i antallet af tandlæger, men derimod et udtryk for, at populationen i disse år, udover (autoriserede) tandlæger, ligeledes inkluderer cand.odont.er uden autorisation.

Figur 2.1.6. Antallet af erhvervsaktive tandlæger 1997 – 2006.



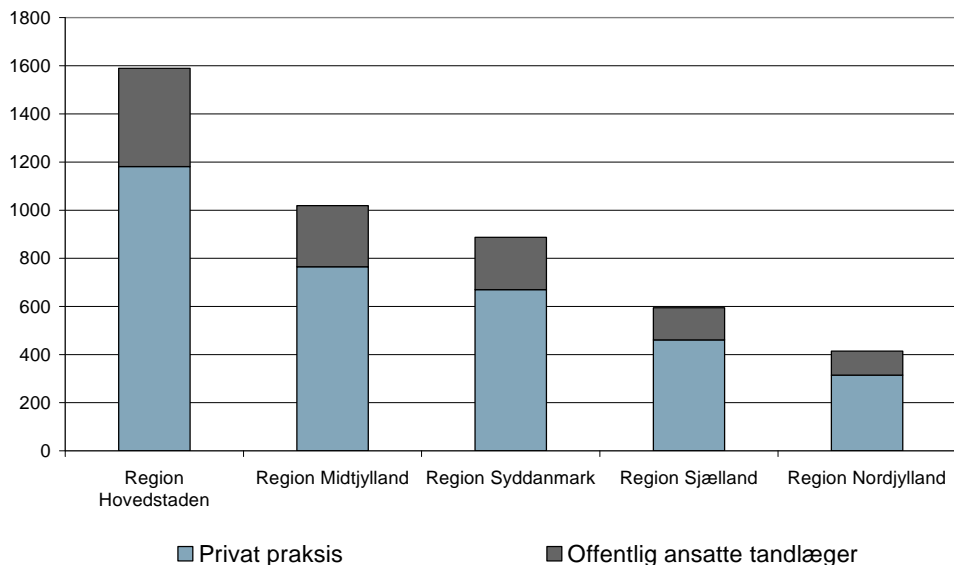
Kilde: Bevægelsesregisteret

I en kapacitetsundersøgelse gennemført af Tandlægeforeningen i 2007 blev vakanceprocenten blandt tandlæger ansat i privat praksis opgjort til 3. Tilsvarende tal for tandlæger i kommunalt regi blev i en undersøgelse fra Tandlægenes Nye Landsforening opgjort til 5 pct. Den gennemsnitlige vakanceprocent for tandlæger var 3.

#### 4.1.4 Tandlægenes geografiske fordeling

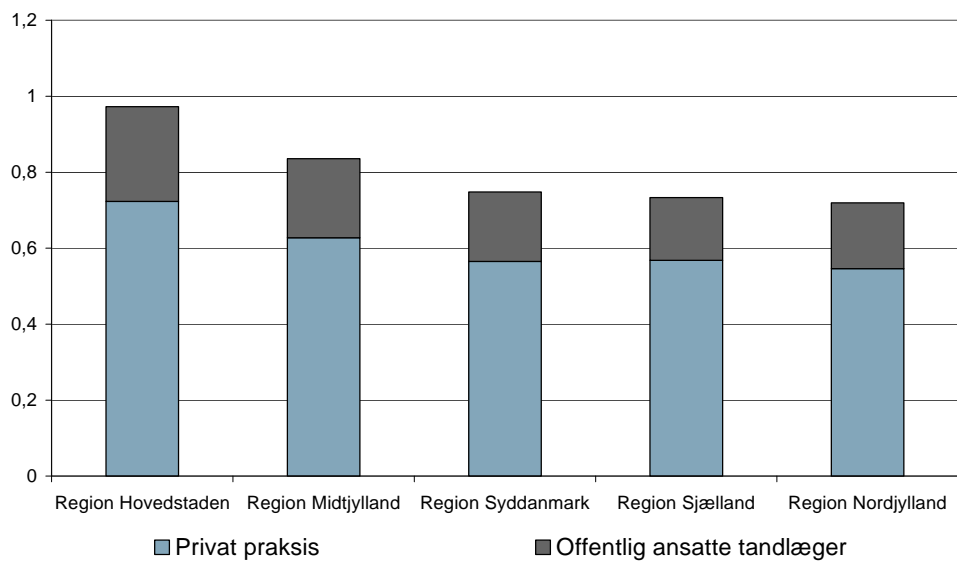
I figur 2.1.7 ses den regionale fordeling af tandlæger i Danmark. Langt de fleste tandlæger arbejder i Region Hovedstaden og Region Midtjylland sandsynligvis som følge af, at disse regioner er landets største regioner og indeholder de største danske byområder (København og Århus), hvor tandlægeskolerne ligeledes er placeret. I figur 2.1.8 er vist fordelingen af tandlæger per 1.000 indbyggere. Af denne figur fremgår det, at der er betydelig flere tandlæger per indbygger i Region Hovedstaden end i landets øvrige regioner.

Figur 2.1.7. Tandlæger fordelt på regioner i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 2.1.8. Tandlæger pr. 1.000 indbyggere i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 2.1.8 viser endvidere, at andelen af offentligt ansatte tandlæger per 1.000 indbygger er rimelig ensartet fordelt mellem 0,17 og 0,25 tandlæge per 1.000 indbygger i regionerne. Andelen af privatansatte tandlæger varierer i højere grad fra henholdsvis 0,73 tandlæge pr. 1.000 indbygger i Region Hovedstaden til 0,55 tandlæge pr. 1.000 indbygger i Region Nordjylland.

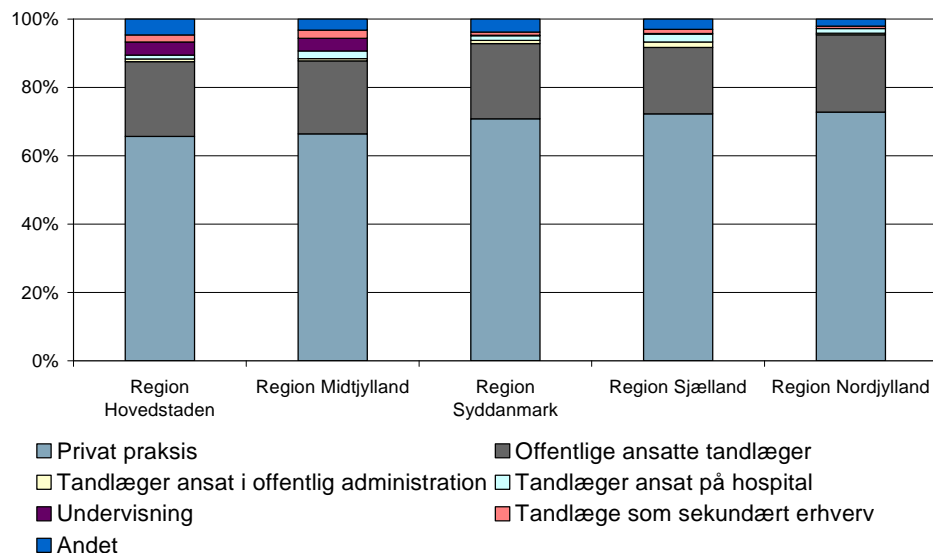
Tal fra Tandlægeforeningen viser, at der fra 1978 til 2005 er sket en mindre udjævning i den geografiske fordeling af tandlæger i form af en nettoafgang på 120 tandlæger fra de tidligere Københavns og Frederiksberg kommuner til de øvrige af landets tidligere amter.

#### 4.1.5 Tandlæger fordelt på branche

I 2006 var 3.392 tandlæger ansat i privat praksis, og 1.113 tandlæger var ansat i den offentlige tandpleje. I hospitalsvæsenet var ansat 79 tandlæger og 114 tandlæger var primært beskæftiget med undervisning. Det ses af figur 2.1.9., at tandlæger beskæftiget med undervisning primært findes i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, svarende til placeringen af de to tandlægeskoler.

I 2006 var der 85 tandlæger, der var tilknyttet tandplejen som sekundært erhverv, og 185 tandlæger der var beskæftiget i andre erhverv så som erhvervsorganisationer og foreninger, folkeskolen og medicinalvarebranchen.

Figur 2.1.9. Tandlæger fordelt på branche i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret.

#### 4.1.6 Udviklingen i antallet af specialtandlæger

Tandlæger kan videreuddanne sig til specialtandlæge i ortodonti samt tand-, mund- og kæbekirurgi. Specialtandlægeuddannelsen i ortodonti tager 3 år og foregår ved ansættelse på en afdeling for ortodonti ved de Odontologiske Institutter i Århus og København. Specialtandlægeuddannelsen i tand-, mund- og kæbekirurgi varer 5 år, og tandlæger er under forløbet ansat på en tand-, mund og kæbekirurgiskafdeling på Århus Universitetssygehus, Rigshospitalet, Aalborg Sygehus, eller Odense Universitetshospital. Inden specialtandlægeuddannelsen kan påbegyndes skal tandlæger have været beskæftiget i 2 år med praktisk-klinisk odontologi samt have tilladelse til selvstændigt virke som tandlæge.

#### 4.1.6.1 Udviklingen i antallet af videreuddannelsessøgende

I tabel 2.1.6.1. er vist antallet af tandlæger, der er optaget og har fuldført specialtandlægeuddannelserne i 1997-2006.

Tabel 2.1.6.1. Antal optagne og fuldførte ved specialtandlægeuddannelserne.

	Ortodonti		Tand-, mund- og kæbekirurgi	
	Optag	Fuldførte	Optag	Fuldførte
1997	3	4	2	2
1998	6	5	2	2
1999	6	1	2	2
2000	1	3	5	3
2001	7	6	2	2
2002	6	5	2	2
2003	7	1	2	2
2004	7	7	2	5
2005	7	5	4	2
2006	9	8	2	2

Kilde: Afdeling for Ortodonti ved de Odontologisk Institutter i København og Århus, FSTMK

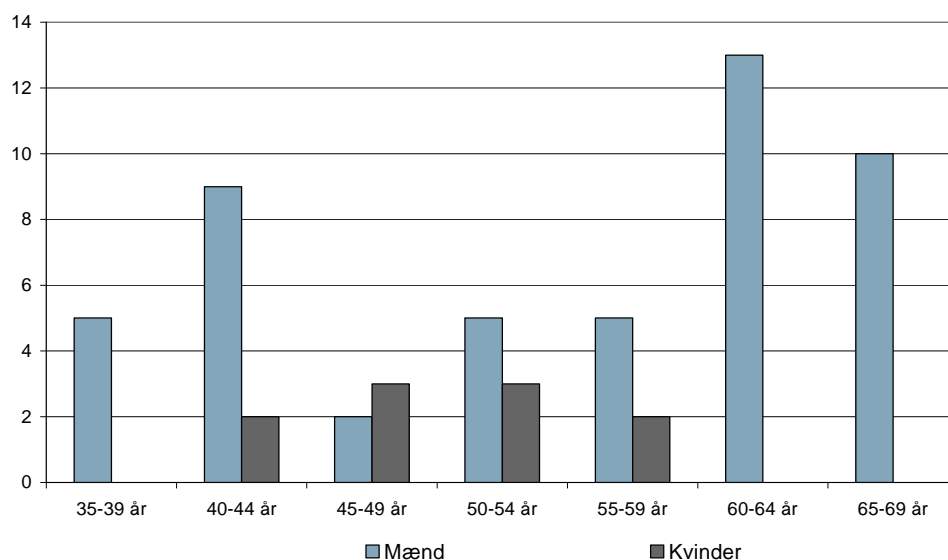
#### 4.1.6.2 Udvikling i antallet af specialtandlæger

##### **4.1.6.2.1 Specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi**

Fra 1997 til 2006 steg antallet af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi jævnt fra 50 til 59 specialtandlæger under 70 år, som står til rådighed for arbejdsmarkedet.

Det fremgår af figur 2.1.6.1. og 2.1.6.2., at hovedparten af specialtandlæger i tand-, mund og kæbekirurgi er mænd. Aldersfordelingen blandt specialtandlæger viser, at en stor andel af tand-, mund- og kæbekirurger (64 pct.) er over 50 år. Ligeledes er en betydelig andel af specialtandlægerne (39 pct.) 60 år eller derover, og de står derfor over for en snarlig pensionering.

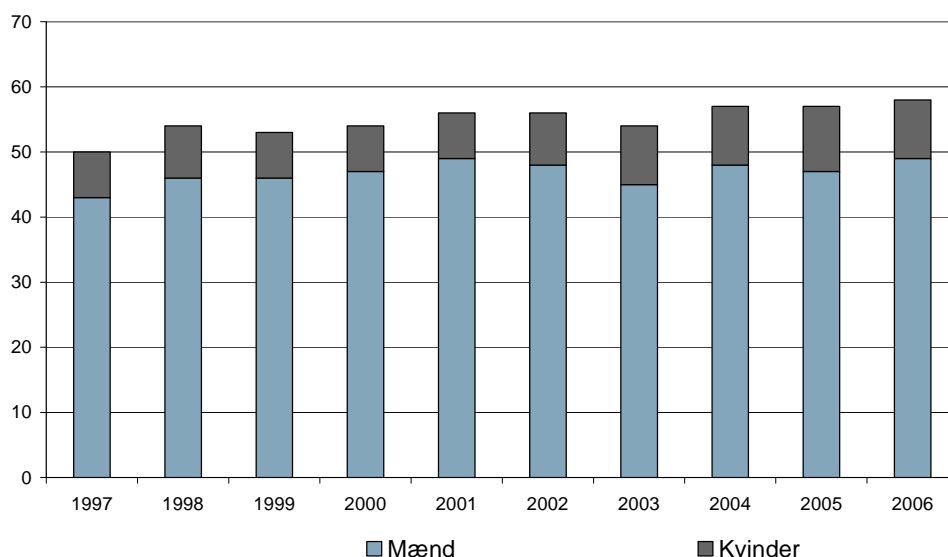
Figur 2.1.6.1. Køns- og aldersfordelingen blandt specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 2.1.6.2. viser en svag stigning i antallet af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi i perioden 1997-2006. Ud af de 59 specialtandlæger havde omkring 25 pct. deres primære ansættelse i privat praksis.

Figur 2.1.6.2. Antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi.



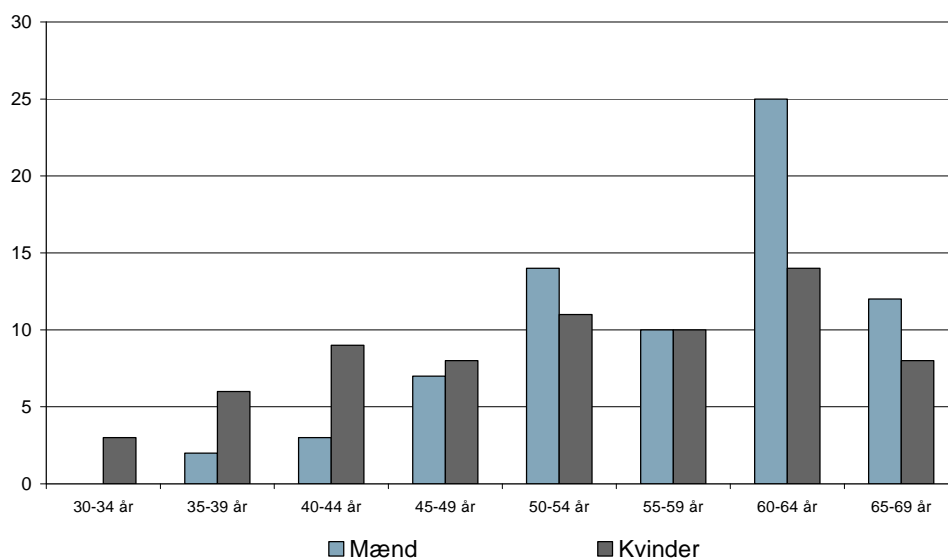
Kilde: Bevægelsesregisteret

Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi (FSTMK) gennemførte i 2008 en undersøgelse som viste, at der på landets sygehuse pr. 1. januar 2008 var en vakanceprocent på 18.

#### 4.1.6.2.2 Specialtandlæger i ortodonti

Fra 1997 til 2006 steg antallet af specialtandlæger i ortodonti en smule fra 135 til 142 specialtandlæger under 70 år, som står til rådighed for arbejdsmarkedet. Figur 2.1.6.3. viser den aldersmæssige fordeling af specialtandlægerne i ortodonti. Eftersom 42 pct. af specialtandlægerne i 2006 var over 60 år, er der en stor andel som nærmer sig pensionsalderen. For at imødegå dette problem, er optaget øget til 9 tandlæger om året siden 2006. Endvidere ses det, at der blandt specialtandlæger i ortodonti er en højere andel af kvinder blandt de 35-39 og 40-44-årige end blandt specialtandlæger over 50 år.

Figur 2.1.6.3. Køns- og aldersfordelingen blandt specialtandlæger i ortodonti i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 2.1.6.4. viser, at i modsætning til hos tand-, mund- og kæbekirurgerne er fordelingen mellem mænd og kvinder blandt specialtandlæger i ortodonti mere ligelig. Antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i ortodonti har været stabilt fra 1997 frem til 2006. Ud af de 143 specialtandlæger i 2006 havde 27 pct. deres primære ansættelse i privat praksis.

I årene op til 1997 steg antallet af specialtandlæger i ortodonti. Dette skyldes, at mange af de tandlæger, der havde gennemgået den teoretisk-kliniske uddannelse til specialtandlæge i ortodonti, i henhold til de tidligere uddannelsesregler,

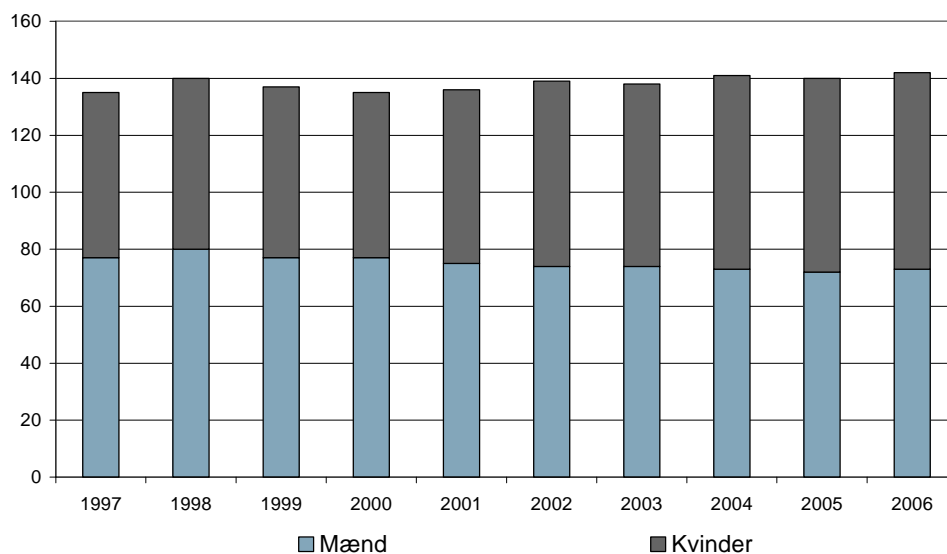


gjorde deres specialtandlægeuddannelse færdig inden den etablerede overgangsordning udløb. Foreningen af Specialtandlæger (FSO) havde således omkring 160 medlemmer i 1995, som omfattede såvel specialtandlæger som ”ortodontister”. Den omtalte stigning er derfor udtryk for, at disse ”ortodontister”, der i forvejen arbejdede som specialtandlæger, valgte at gøre deres specialuddannelse helt færdig for at opnå autorisationen, mens dette endnu var muligt.

I kapacitetsundersøgelse fra 2008 fandt Tandlægerne Nye Landsforening en vakanceprocent på 8 blandt kommunale stillinger som specialtandlæge i ortodonti.

Foreningen af specialtandlæger i ortodonti har påpeget, at omfanget af specialtandlæger i bevægelsesregisteret forekommer lavt i forhold til foreningens vurdering af omfanget af specialtandlæger. Sammenlignes der med Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister er omfanget dog stort set sammenfaldende.

Figur 2.1.6.4. Antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i ortodonti 1997-2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

## 4.2 Tandplejere

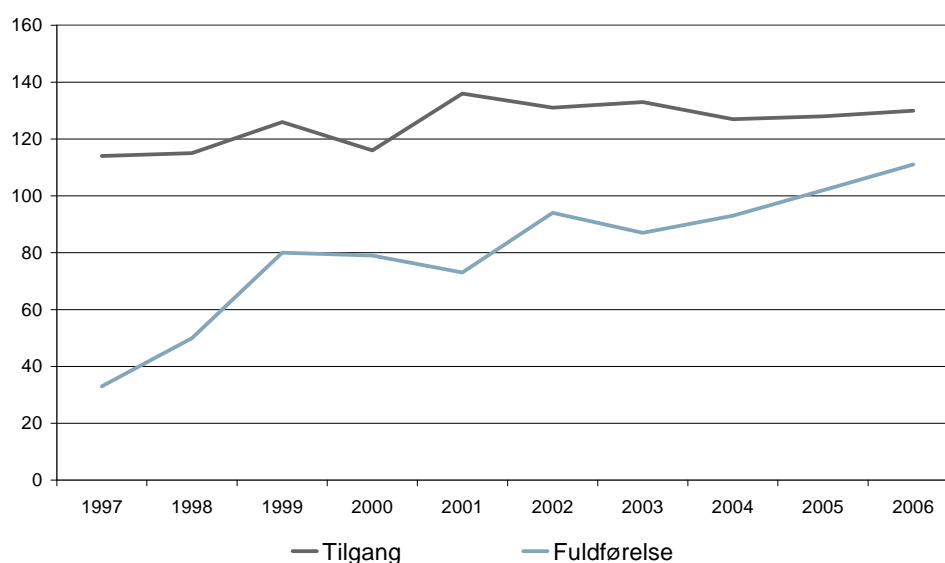
### 4.2.1 Udvikling i antallet af optagne på tandplejeruddannelsen

Tandplejeruddannelsen blev etableret i 1972 i København og i 1973 i Århus som en 2-årig uddannelse. I 1996 blev tandplejeruddannelsen udvidet med et halvt år til 2,5 år. Udvidelsen af studietiden betød, at der var færre, der fuldførte i 1997 og 1998. Gennemsnitsalderen ved påbegyndelse af studiet er 24,5 år og

27,1 år ved fuldførelse af studiet.<sup>7</sup> Gennemførelsesprocenten for tandplejere er 76<sup>8</sup>.

Af figur 2.2.1. ses udviklingen i tilgang og fuldførelse på tandplejerstudiet fra 1997 til 2006. Der har været en mindre stigning i tilgangen til studiet over perioden, dog med et mindre fald omkring år 2000. Antallet af fuldførte studier er lavest i 1997 med 33 fuldførte (grundet studieomlægningen) og højest i 2006 med 111 fuldførte. For perioden som helhed ses en mindre stigning i både antallet af tilgæede og fuldførte.

Figur 2.2.1. Optag og fuldførelse ved tandplejeruddannelsen 1997-2006.



Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

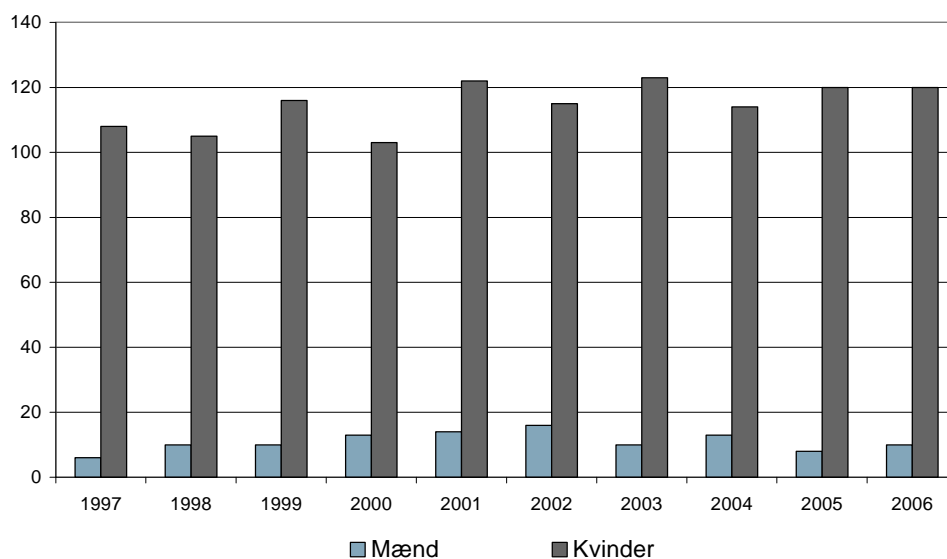
Tabel 2.2.1. Køns- og aldersfordeling af nyuddannede tandplejere i perioden 2000-2006.

Aldersgruppe, år	Kvinder (pct.)	Mænd (pct.)	Begge køn (pct.)
Under 24	22,3	1,9	24,2
24-29	56,7	2,5	59,3
30-34	9,2	0,8	10,0
40-44	4,3	0,3	4,5
Over 45	1,7	0,3	2,0
I alt	94,2	5,8	100,0

Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

Andelen af nyuddannede kvinder er langt højere end andelen af nyuddannede mænd. Af figur 2.2.2 fremgår det, at der optages væsentlig flere kvinder end mænd på studiet. Antallet af optagne mænd har over perioden vekslet mellem 6 og 16 pr. år, hvorimod antallet af kvinder er gradvist øget fra 108 til 120. Det øgede optag på studiet har tilsyneladende primært udmøntet sig ved et ekstra optag af kvinder.

Figur 2.2.2. Optag ved tandplejeruddannelsen 1997-2006.



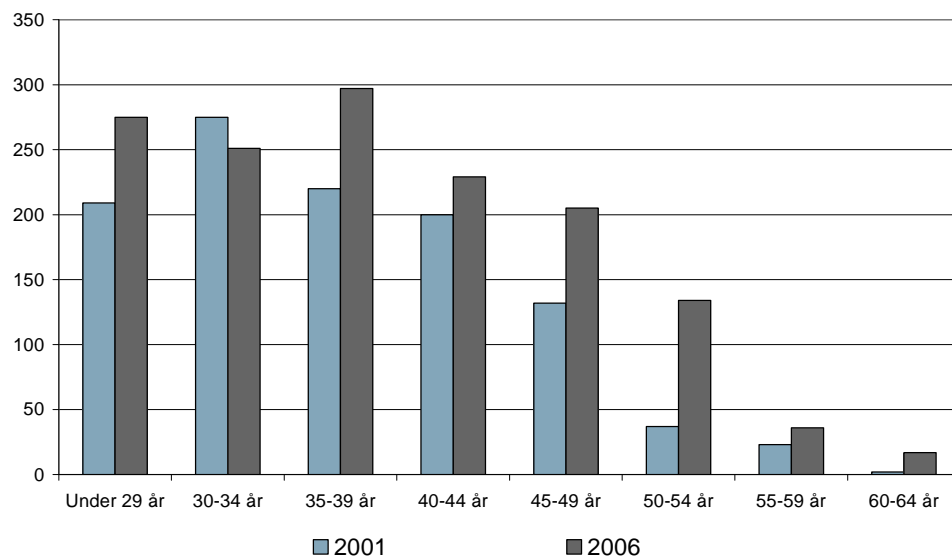
Kilde: Universitets- og Bygningsstyrelsen

#### 4.2.2 Udvikling i antallet af tandplejere

Antallet af erhvervsaktive tandplejere er steget over hele perioden fra 468 erhvervsaktive tandplejere i 1997 til 1.444 erhvervsaktive tandplejere i 2006.

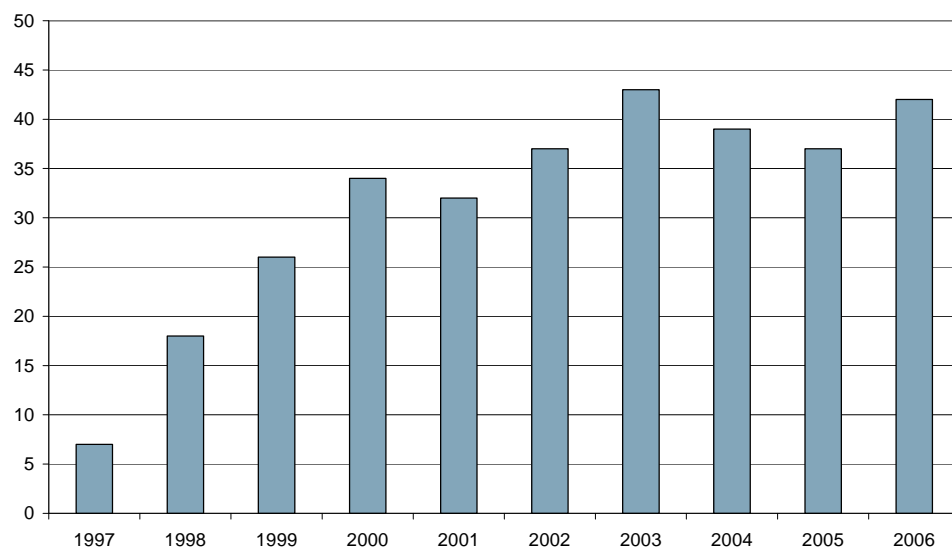
Figur 2.2.3 viser, at der er sket en stigning i antallet af tandplejere indenfor samtlige aldersgrupper med undtagelse af aldersgruppen de 30-34-årige, hvor der var flere tandplejere i 2001. Der er i 2001 og 2006 ikke registreret tandplejere over 65 år i Bevægelsesregistret. Antallet af tandplejere mellem 50-64 år er 187 i 2006, svarende til en andel på 13 pct. Da uddannelsen kun har eksisteret i en begrænset periode, er populationen af tandplejere ung, og det er derfor på nuværende tidspunkt ikke muligt at udregne pensionsaldre.

Figur 2.2.3. Tandplejere i 2001 og 2006. Fordelt på aldersgrupper.



Kilde: Bevægelsesregisteret

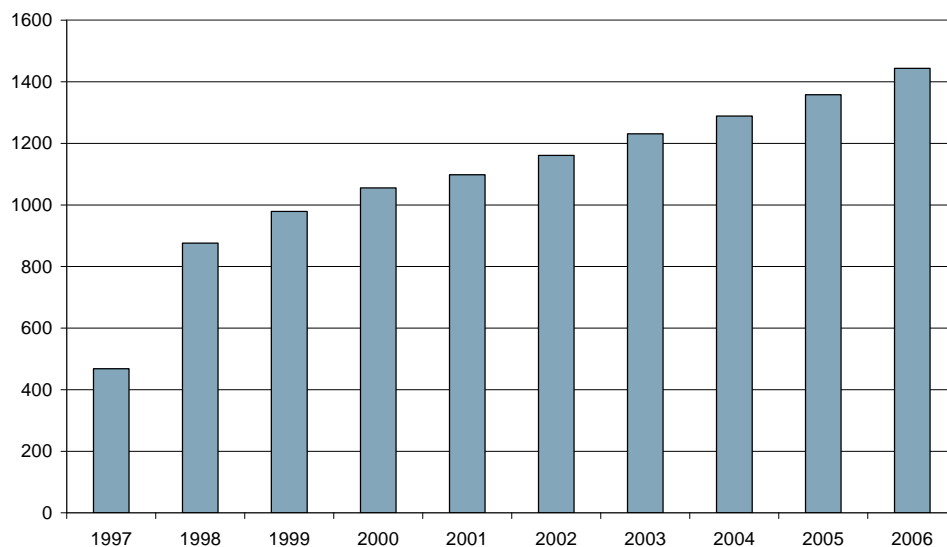
Figur 2.2.4. Antal mandlige tandplejere 1997 – 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Antallet af mandlige tandplejere er steget over perioden fra 1997 til 2003, hvorefter det har ligget stabilt på omkring 40 svarende til 3 pct. af tandplejerne.

Figur 2.2.5. Antallet af erhvervsaktive autoriserede tandplejere 1997-2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

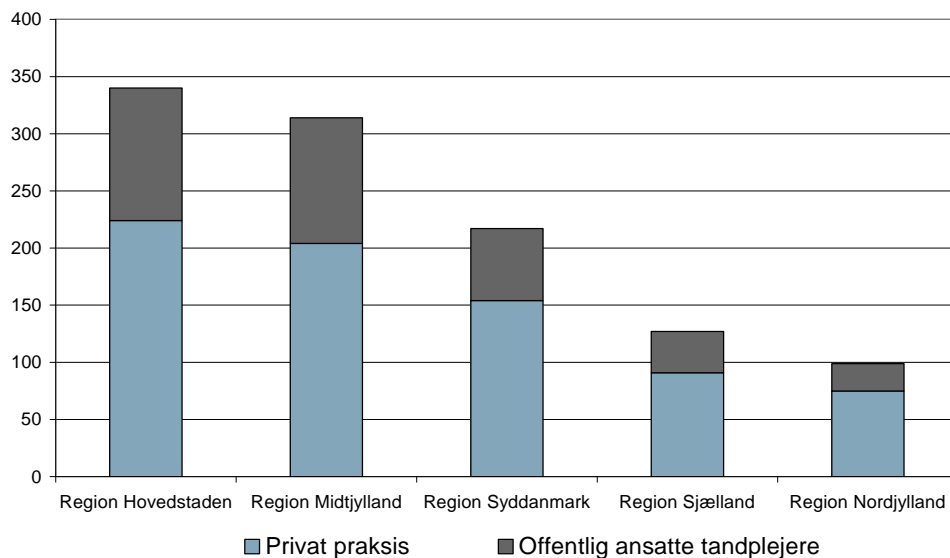
Med Lov om tandplejere fra 1996<sup>9</sup> blev det muligt for tandplejere at modtage autorisation fra Sundhedsstyrelsen. De tandplejere der kun havde en 2-årig uddannelse og dermed ikke havde mulighed for at få en såkaldt A-autorisation kunne få en B- eller en C-autorisation. Samtidig blev der etableret en særlig overgangsordning, som gav mulighed for at opgradere fra et lavere autorisationsniveau (B og C) til et højere (A) i en årrække frem. Tandplejere, som har modtaget sundhedsstyrelsens autorisation (A, B eller C) og som dermed indgår i Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister, er medtaget i figur 2.2.5.

I kapacitetsundersøgelsen gennemført af Tandlægeforeningen i 2007, blev vakanceprocenten blandt tandplejere ansat i privat praksis opgjort til 8. Den lignende undersøgelse i kommunalt regi af Tandlægenes Nye Landsforening viste en vakanceprocent på 3. Den gennemsnitlige vakanceprocent var 7.

#### 4.2.3 Tandplejernes geografiske fordeling

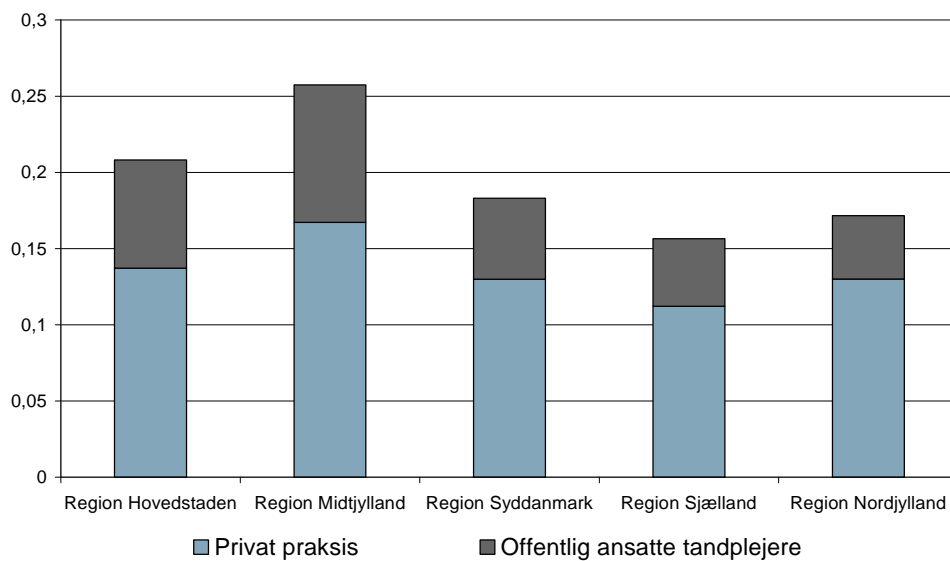
Det fremgår af figur 2.2.6 og figur 2.2.7., at der er flere tandplejere beskæftiget i Region Hovedstaden og Region Midtjylland end i landets 3 øvrige regioner, hvilket formodentligt, som ved tandlægerne, skyldes, at disse regioner er landets største samt placeringen af tandplejerskolerne i henholdsvis København og Århus.

Figur 2.2.6. Tandplejere fordelt på region i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 2.2.7. Tandplejere pr. 1.000 indbyggere i 2006.



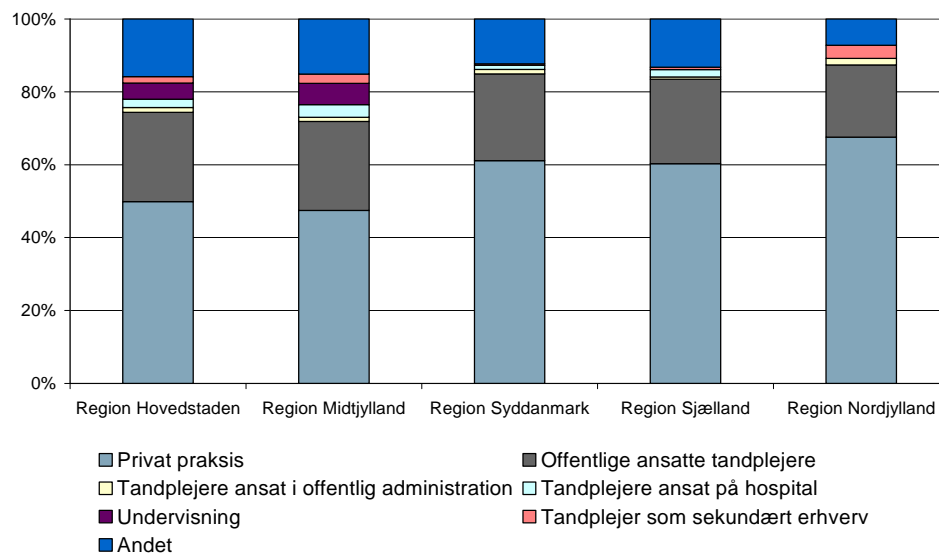
Kilde: Bevægelsesregisteret

#### 4.2.4 Tandplejernes fordeling på branche

I 2006 var der 748 tandplejere ansat i privat regi og 349 ansat i offentlig regi. 31 tandplejere var ansat på hospital, hvoraf den største andel var ansat i Region Midtjylland. 245 tandplejere var beskæftiget i andre erhverv. Andre erhverv er primært folkeskole, skoler med industri og håndværkeruddannelse, dagplejemødre og plejehjem.

Nedenstående figur 2.2.8 viser fordelingen af tandplejere på branche i forhold til region. Andelen af privatansatte tandplejere er størst i Region Nordjylland og mindst i Region Midtjylland. Andelen af offentlige ansatte tandplejere er nogenlunde ensartet for alle regionerne, hvorimod andelen af tandplejere beskæftiget med undervisning er størst i Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Figur 2.2.8. Tandplejere fordelt på branche i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

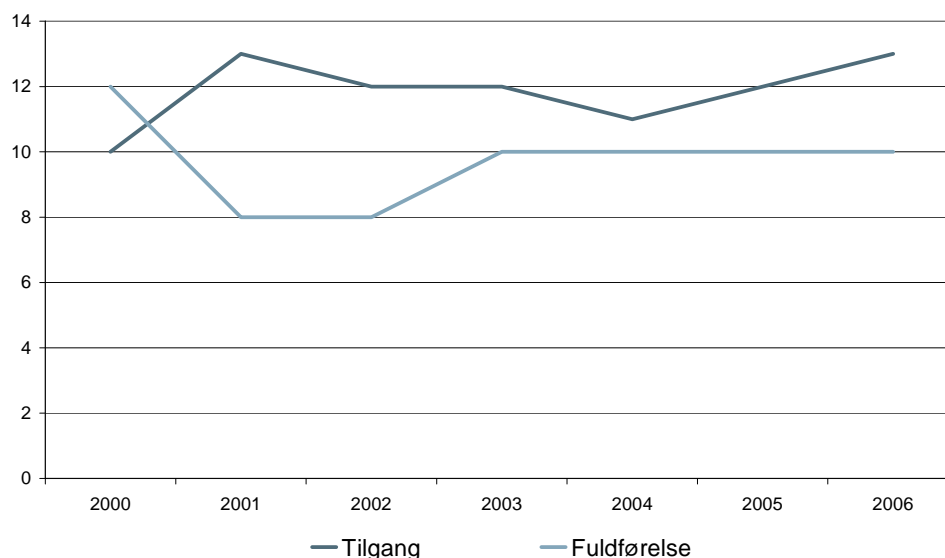
## 4.3 Kliniske tandteknikere

### 4.3.1 Udvikling i antallet af optagne på klinisk tandtekniker-studiet

Udviklingen i antallet af kliniske tandteknikere afhænger af antallet af optagne og fuldførte fra Skolen for klinikassistenter, tandplejere og kliniske tandteknikere. Gennemsnitsalderen for en klinisk tandteknikerstuderende ved påbegyndelse af studiet er 26,4 år og den gennemsnitlige alder ved fuldførelse er 28,3 år.<sup>10</sup>

Af figur 2.3.1. ses udviklingen i tilgang og fuldførelse på den kliniske tandtekniker-uddannelse fra 1997 til 2006. Tilgangen i perioden varierer meget med et minimum på 10 i år 2000 og et maksimum på 13 i år 2006. Antallet af fuldførte varierer ligeledes i perioden fra et minimum i 2002 på 8 til et maksimum i 2000 på 12 fuldførte.

Figur 2.3.1: Tilgang og fuldførelse ved klinisk tandtekniker studiet i perioden 2000-2006

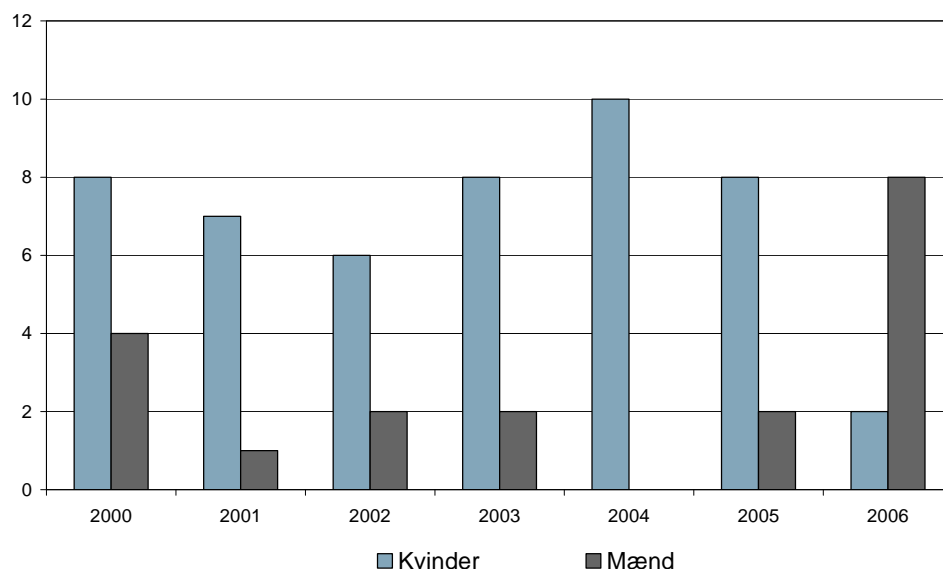


Kilde: Skolen for klinikassistenter, tandplejere og kliniske tandteknikere

Af figur 2.3.2. fremgår det at, der er væsentligt flere kvinder end mænd, som fuldfører studiet. I 2006 var der dog langt flere mænd end kvinder, der fuldførte. Gennemførelsesprocenten ved den kliniske tandteknikeruddannelse er 79<sup>11</sup>.



Figur 2.3.2. Kønsfordelingen blandt fuldførte på klinisk tandtekniker-studiet 2000 - 2006.



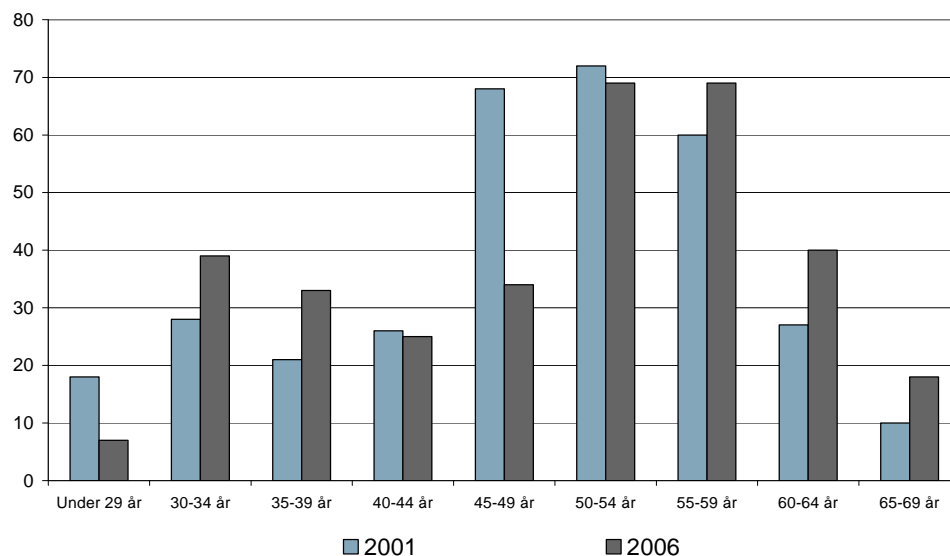
Kilde: Skolen for klinikassistenter, tandplejere og kliniske tandteknikere

#### 4.3.2 Udviklingen i antallet af kliniske tandteknikere

Antallet af kliniske tandteknikere har, bortset fra enkelte udsving, været nogenlunde stabilt mellem 1997 til 2006. Således var der i 1997 339 kliniske tandteknikere og i 2006 334 kliniske tandteknikere.

Figur 2.3.3 viser udviklingen i alderssammensætningen blandt kliniske tandteknikere. Fra 2001 til 2006 ses en stigning i antal i alle aldersgrupper over 55 år samt en stigning i antal i aldersgruppen 30-39 år. I 2006 var 38 pct. over 55 år hvilket formentlig betyder, at det inden for de næste år vil være en del kliniske tandteknikere, der lader sig pensionere og udtræder af arbejdsmarkedet.

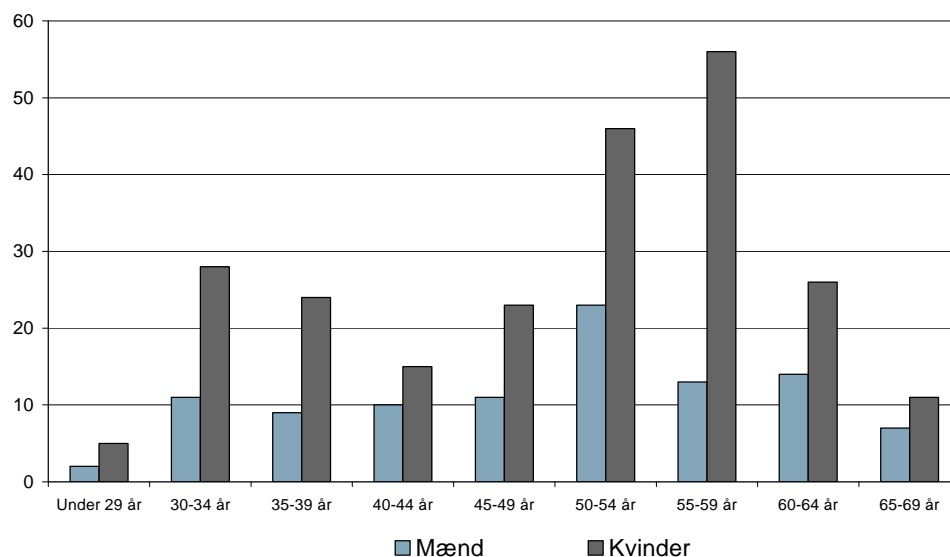
Figur 2.3.3. Kliniske tandteknikere i 2001 og 2006. Fordelt på aldersgrupper.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Der optages væsentlig flere kvinder end mænd på studiet til klinisk tandtekniker, hvilket afspejles i figur 2.3.4, hvor kønsfordelingen blandt de kliniske tandteknikere er angivet. For alle aldersgrupper gælder det, at der er flere kvinder end mænd.

Figur 2.3.4. Kønsfordeling blandt kliniske tandteknikere i 2006. Fordelt på aldersgrupper.

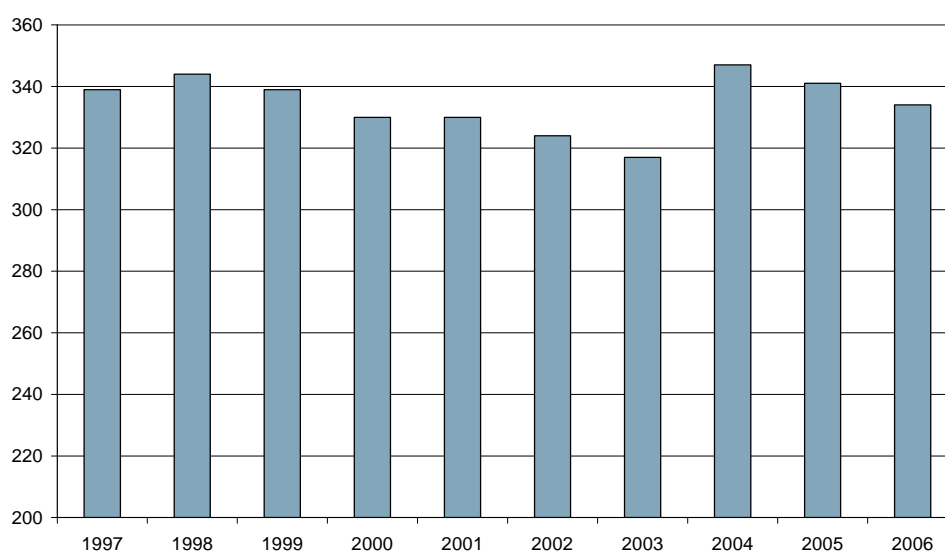


Kilde: Bevægelsesregisteret

I figur 2.3.5 vises antallet af erhvervsaktive kliniske tandteknikere. I 2004 ses en stigning i antallet af erhvervsaktive kliniske tandteknikere, der ikke kan forklares ud fra den almindelige tilgang fra uddannelsesinstitutionerne til populationen. Danmarks Statistik har oplyst, at man tidligere ikke har haft mulighed for at finde beskæftigelsesoplysninger på alle personer, som var beskæftiget i ikke-momspligtige erhverv, men at dette blev muligt i 2004. Stigningen i 2004 skyldes derfor overvejende forbedringer i datagrundlaget, således at personer, som tidligere var registreret som værende udenfor arbejdsstyrken, nu er registreret som værende i beskæftigelse.

Foreningen af Kliniske Tandteknikere har vurderet, at der pr. 1. januar er en vakanceprocent på 2 pct.

Figur 2.3.5. Antallet af erhvervsaktive kliniske tandteknikere 1997-2006

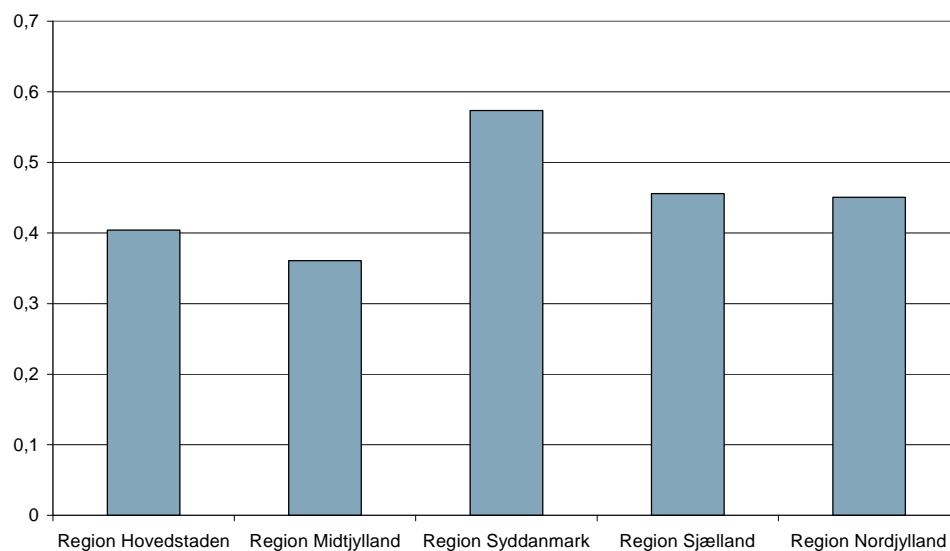


Kilde: Bevægelsesregisteret

#### 4.3.3 Kliniske tandteknikers geografiske fordeling

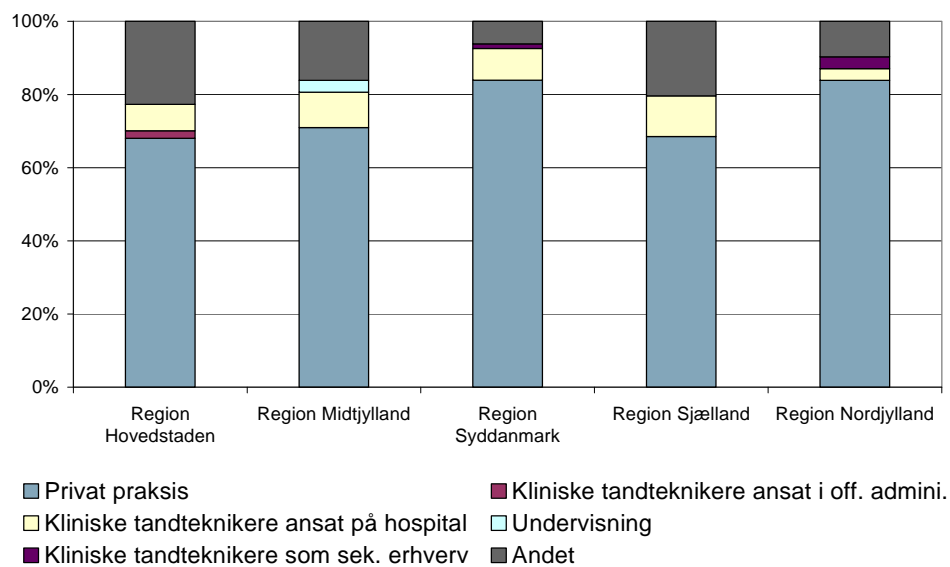
Der er forholdsmæssigt flere kliniske tandteknikere i Region Syddanmark (figur 2.3.6.), end i de øvrige regioner. Af figur 2.3.7 fremgår, at størstedelen af de kliniske tandteknikere er beskæftiget i privat praksis. I 2006 var 241 ansat i privat regi, og 27 af de kliniske tandteknikere var ansat på hospital. 51 kliniske tandteknikere var beskæftiget i andre erhverv, og endelig var 2 kliniske tandteknikere ansat til at undervise – begge i Region Midtjylland.

Figur 2.3.6.: Kliniske tandteknikere i privat praksis pr. 10.000 indbyggere i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 2.3.7. Kliniske tandteknikere fordelt på branche i 2006



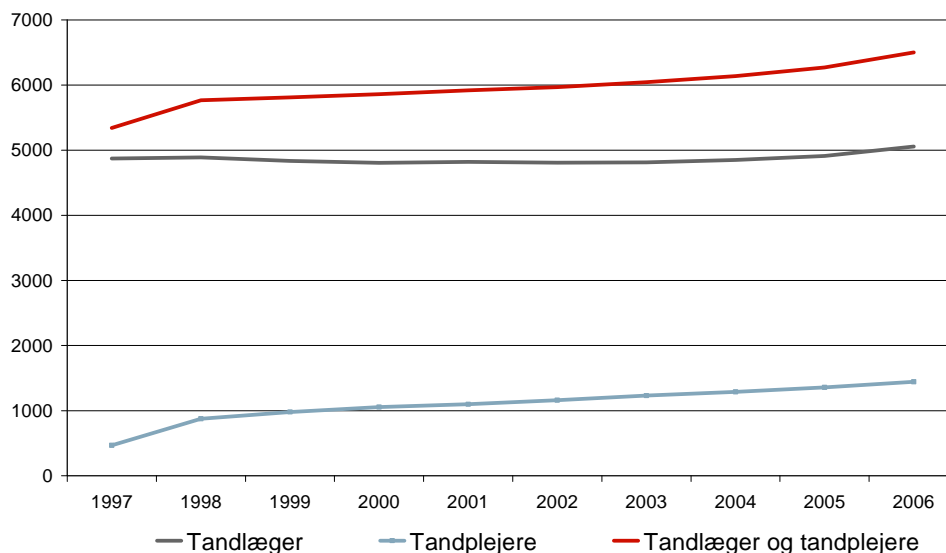
Kilde: Bevægelsesregisteret

#### 4.4 Udvikling i antal tandlæger og tandplejere

I figur 2.4.1 sammenlignes antallet af tandlæger og tandplejere. Det fremgår, at det samlede antal af tandlæger og tandplejere er steget fra 5.340 i 1997 til 6.501 i 2006. I samme periode er ratioen mellem tandlæger og tandplejere bevæget

sig fra 10:1 til 3,5:1. Det observerede fald i ratioen skyldes således primært en stigning i antallet af tandplejere. I offentlig regi var ratioen mellem tandlæger og tandplejere i 2006 omkring 3:1, hvor samme ratio i privat regi var 4:1.

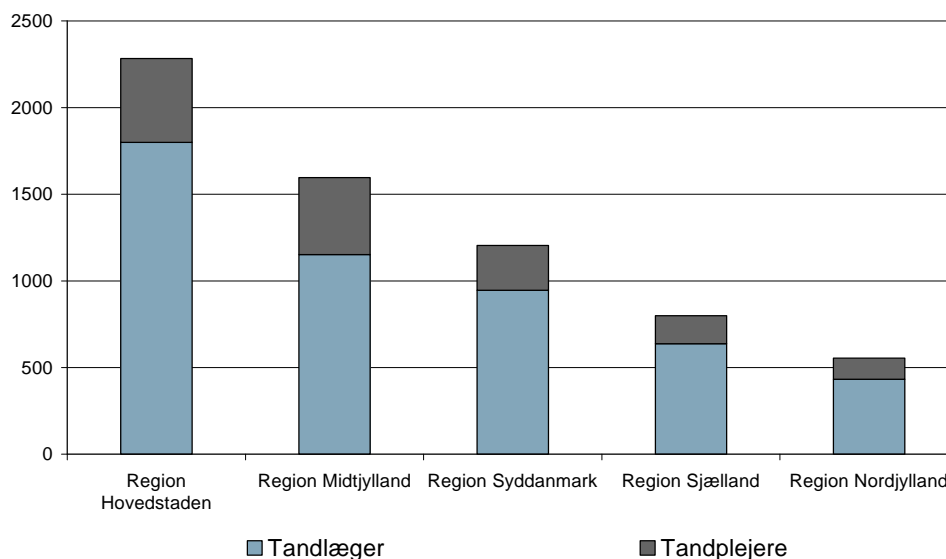
Figur 2.4.1. Tandlæger og tandplejere 1997-2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Fordelingen mellem tandlæger og tandplejere i regionerne er vist i figur 2.4.2. I alle andre regioner end Region Midtjylland er der 20-22 pct. tandplejere ud af den samlede gruppe. I Region Midtjylland derimod er der 28 pct. tandplejere.

Figur 2.4.2. Tandlæger og tandplejere fordelt på regioner i 2006.



Kilde: Bevægelsesregisteret

## 5 Modellens forudsætning

### 5.1 Udgangspopulation

Ved fremskrivning af antallet af tandlæger tages udgangspunkt i det senest opdaterede år (2006) i Bevægelsesregistret, og udgangspopulationen inkluderer således autoriserede, erhvervsaktive, herboende tandlæger under 70 år. Erhvervsaktive omfatter i denne sammenhæng beskæftigede såvel som arbejdsløse.

De tandlæger som er registreret under følgende kategorier regnes ikke for erhvervsaktive: Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, aktivering udenfor arbejdsstyrken, kontanthjælp og revalidering, pensionister, øvrige udenfor arbejdsstyrken. Dette vedrører 624 personer i Bevægelsesregisteret i 2006. Udgangspopulationen for tandlægeprognosen består derfor af 5.057 tandlæger hvoraf 174 er på orlov. Udgangspopulationen for prognose for tandplejere består af 1.444 tandplejere, hvoraf 145 er på orlov - og ud af en population på 334 kliniske tandteknikere er 14 på orlov.

53 tandlæger i udgangspopulationen forventes at fuldføre en specialtandlægeuddannelse i ortodonti eller tand-, mund- og kæbekirurgi. Disse bliver fremskrevet som færdiguddannede jævnt hen over årene frem til 2013.

Tabel 3.1 Autoriseret tandplejepersonale 2006 (under 70 år med bopæl i Danmark)

Gruppe	Definition	Tandlæger		
		Tandlæger	Tandplejere	Kliniske tandteknikere
Erhvervsaktiv	Beskæftigede og arbejdsløse	4.883	1.299	320
Orlov	Beskæftigede på arbejdsmarkedsorlov, beskæftigede på barselsorlov, beskæftigede på sygedagpenge, orlov fra ledighed, uddannelsessøgende	174	145	14
Ikke erhvervsaktiv	Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, aktivering udenfor arbejdsstyrken, kontanthjælp og revalidering, pensionister, øvrige udenfor arbejdsstyrken	624	60	64

## 5.2 Nye kandidater

### 5.2.1 Tandlæger

Universitets- og Bygningsstyrelsen har oplyst, at der forventes uddannet 120 tandlæger årligt i perioden 2007-2025. Ved fremskrivning af tandlægepopulationen tilføres således 120 tandlæger pr. år, som antages at følge køns- og aldersfordelingen for nyuddannede i Bevægelsesregistret 2005-2006. Denne kønsfordeling svarer til den oplyst af Universitets- og Bygningsstyrelsen, som er omkring 30 pct. mænd og 70 pct. kvinder.

Sundhedsstyrelsen har dimensioneret optaget ved de to tandlægelige specialer til henholdsvis 2 tandlæger om året ved videreuddannelse i tand-, mund- og kæbekirurgi, og 9 tandlæger om året ved videreuddannelsen i ortodonti. Således fordeles 11 af de 120 tandlæger på en specialtandlægeuddannelse. De 11 tandlæger forventes ligeledes at følge den generelle køns- og aldersfordeling for nyuddannede. Det antages, at specialtandlægeuddannelserne gennemføres på normeret tid. Dvs. 3 år for ortodonti og 5 år for tand-, mund- og kæbekirurgi. Dertil lægges 2 års obligatorisk erhvervs erfaring, da dette er en forudsætning for optagelse på specialtandlægeuddannelsen.

### 5.2.2 Tandplejere

Undervisningsministeriet anslår, at der fremover forventes at blive uddannet 110 tandplejere årligt. Der tilføjes derfor hvert år 110 tandplejere ved fremskrivning af udgangspopulationen, som antages at følge køns- og aldersfordelingen for nyuddannede tandplejere i Bevægelsesregistret 2005-2006.

### 5.2.3 Kliniske Tandteknikere

Undervisningsministeriet vurderer, at der fremover forventes at blive uddannet 10 kliniske tandteknikere årligt. Der tilføjes derfor hvert år 10 kliniske tandteknikere ved fremskrivning af udgangspopulationen, som forventes af følge køns- og aldersfordelingen for nyuddannede kliniske tandteknikere i Bevægelsesregistret 2003-2006

## 5.3 Pension og dødelighed

Nogle få personer i Bevægelsesregistret går på pension for derefter - et eller flere år senere - at vende tilbage til arbejdsstyrken. I fremskrivningen er der ikke taget højde for disse få personers tilbagevenden til arbejdsstyrken, og første gang arbejdsmarkedet forlades, regnes for pensionstidspunktet.

### 5.3.1 Tandlæger

Tandlægers pension er beregnet på baggrund af data fra Bevægelsesregistret. Overgange fra arbejdsstyrke til pension (køns- og aldersspecifikke pensionsrater) er udregnet for perioden 1995 til 2005 for alderssegmentet 24-70 år. Pensionsintensiteterne giver en forventet pensionsalder for en 25-årig tandlæge på 63,6 år for mænd og 61 år for kvinder.

Tandlægenes dødelighed er estimeret for perioden 1990-2006 og er beregnet på baggrund af data fra Sundhedsstyrelsens Autorisationsregister.

### 5.3.2 Tandplejere

Der er 1.444 tandplejere i udgangspopulationen for tandplejeprognosen. Heraf er kun 17 over 60 år. Det er derfor ikke umiddelbart muligt at estimere pension for tandplejerne. I stedet anvendes estimerede pensionsintensiteter for sygeplejersker. Valget af sygeplejersker er foretaget relativt arbitrært mellem de forskellige autoriserede sundhedsfaglige grupper, dog med skelen til at sygeplejefaget er kvindedomineret, og at uddannelsen har nogenlunde samme varighed som tandplejeuddannelsen. Desuden udgør sygeplejerskerne en stor faggruppe, hvilket sikrer signifikante estimater. Pensionsintensiteterne giver en forventet pensionsalder for en 25-årig sygeplejerske på 61,6 år for mænd og 57,5 år for kvinder

Sygeplejerskernes dødelighed er ligeledes anvendt i fremskrivningen, da det heller ikke er muligt at estimere tandplejernes dødelighed.

### 5.3.3 Kliniske Tandteknikere

Da antallet af kliniske tandteknikere er meget lille - 334 i udgangspopulationen - er det meget svært at få signifikante estimater for pension og dødelighed. Overgange fra arbejdsstyrke til pension (køns- og aldersspecifikke pensionsrater) er udregnet for perioden 1995 til 2005 for alderssegmentet 40-70 år. Pensionsintensiteterne giver en forventet pensionsalder for en 40-årig klinisk tandtekniker på 56,9 år for mænd og 59,8 år for kvinder. Det er bemærkelsesværdigt, at de mandlige kliniske tandteknikere går på pension før de kvindelige. Dette kan muligvis tilskrives den lille population.

Tandlægenes dødelighed er anvendt i fremskrivningen i stedet for dødeligheden for de kliniske tandteknikere, som ikke har været mulig at beregne.

## 5.4 Orlov fra arbejdsmarkedet

Orlovsandelene, der anvendes i fremskrivningerne, er beregnet på baggrund af data fra Bevægelsesregistret 2002-2006. Afgrænsning af data ved orlovsberegningerne er identisk med afgrænsning af udgangspopulationerne for fremskrivningerne.

### 5.4.1 Tandlæger

Omkring 4 pct. af de kvindelige tandlæger er på orlov mod 1 pct. af de mandlige tandlæger. Den gennemsnitlige orlovsandel (2002-2006) er 2,6 pct. I 2006 er der 174 på orlov ud af populationen på i alt 5.057 tandlæger (se tabel 3.1). Følgende personer er inkluderet i orlov: Beskæftigede på arbejdsmarkedsorlov, beskæftigede på barselorlov, beskæftigede på sygedagpenge, orlov fra ledighed, uddannelsessøgende (se tabel 3.1). Den gennemsnitlige andel af tandlæger på orlov forventes at stige fremover, da kvindelige tandlæger vil udgøre en stadig stigende del af populationen.



#### 5.4.2 Tandplejere

Omkring 8 pct. af tandplejerne er på orlov i løbet af et år. 3 pct. af tandplejerne er mænd og deres orlovsandele er mindre end kvindernes, da den gennemsnitlige orlovsandel er omkring 5 pct. for mænd og omkring 8 pct. for kvinder.

I 2006 er der 145 på orlov ud af en population på i alt 1.444 tandplejere (se tabel 3.1). Det vil sige, at cirka 10 pct. er på orlov i 2006. Orlovsandelene skal tolkes med varsomhed, da tandplejepopulationen er relativt lille og små udsving kan betyde meget for de enkelte aldersgrupper.

#### 5.4.3 Kliniske Tandteknikere

Omkring 4 pct. af de kliniske tandteknikere er på orlov – baseret på orlovserfaringerne i perioden 2002 til 2006. I 2006 alene er der 14 på orlov ud af en population på i alt 334 kliniske tandteknikere (se tabel 3.1), dette svarer til godt 4 pct. Beregningerne skal tolkes under hensyntagen til den usikkerhed som små populationer giver anledning til.

### 5.5 Ind- og udvandring

I følge Bevægelsesregistret udvandrede der gennemsnitligt 34 tandlæger årligt i perioden 1995-2005, heraf genindvandrede gennemsnitligt 26 årligt. Det er ikke muligt at opgøre al indvandring til Danmark ved hjælp af Bevægelsesregisteret, og en nøjagtig nettovandring kan ikke beregnes. Nettovandring vurderes dog at være så beskeden, at den ikke påvirker det fremtidige udbud af tandlæger i afgørende grad. Således er der ikke inkluderet migration i fremskrivningsmodellen. Samme forudsætning er anvendt ved tandplejere og kliniske tandteknikere.

### 5.6 Beskæftigelsesgrad

Det har ikke været muligt at angive graden af beskæftigelse i Bevægelsesregistret hvilket medfører, at en ukendt andel af udgangspopulationerne samt populationer i fremskrivningerne for samtlige personalegrupper vil være deltidstidsbeskæftiget. I henholdsvis udgangspopulationer og fremskrivningspopulationer kan antal personer således ikke sidestilles med et tilsvarende antal årsværk.

### 5.7 Datakvalitet

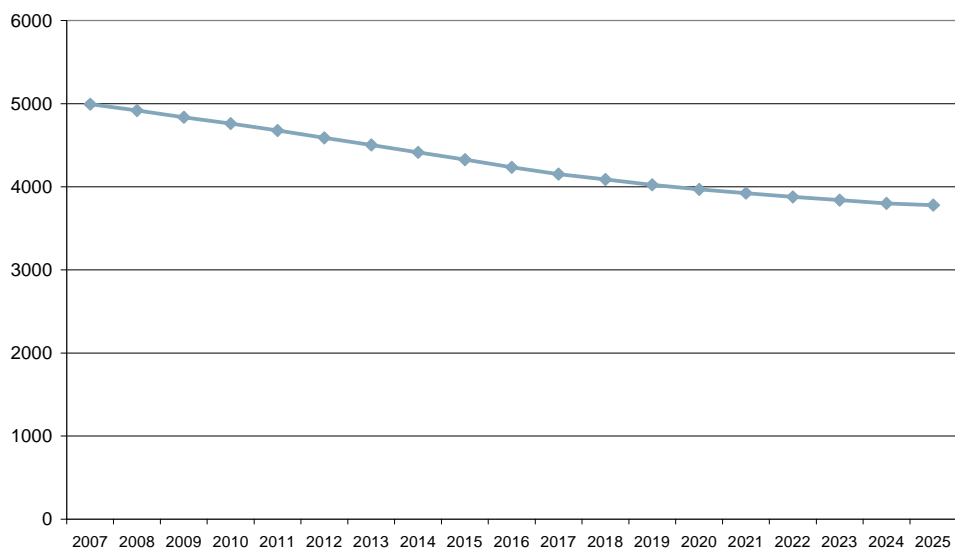
For alle personalegrupper gælder, at usikkerheden i estimatet af fremskrivningspopulationerne stiger, jo længere frem i tiden man bevæger sig. Endvidere er usikkerheden størst for de mindre personalegrupper så som specialtandlæger og kliniske tandteknikere.

## 6 Fremskrivning

### 6.1 Tandlæger

Figur 4.1.1 viser, at det samlede antal tandlæger forventes at falde jævnt i perioden frem til 2025. Samlet set sker der et fald på 1.215 tandlæger fra 2007 til 2025. I 2025 er det forventede antal tandlæger 3.778. Faldet skyldes primært den store gruppe tandlæger, der i perioden forventes at gå på pension.

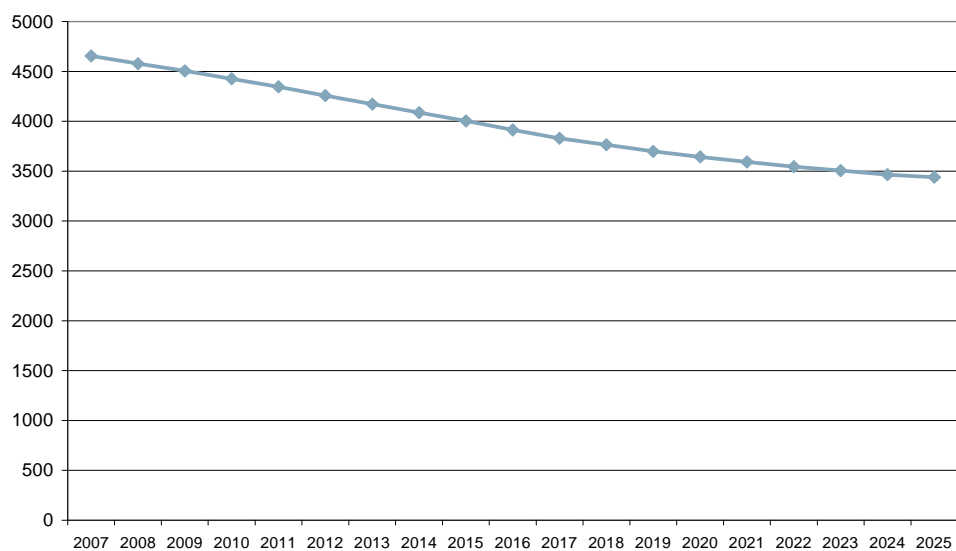
Figur 4.1.1. Antal tandlæger i perioden 2007-2025.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 4.1.2. viser fremskrivning af antallet af tandlæger eksklusiv tandlæger med specialtandlægeanerkendelse og tandlæger på orlov. Antallet af tandlæger falder fra 4.655 i 2007 til 3.440 i 2025.

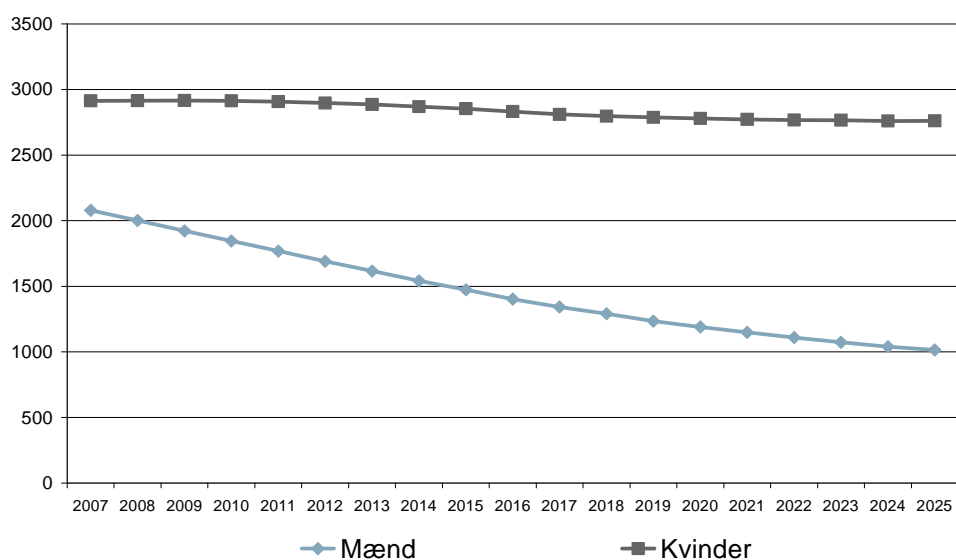
Figur 4.1.2. Antal tandlæger i perioden 2007-2025 eksklusive specialtandlæger samt tandlæger på orlov.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Som tidligere beskrevet i kapitel 2, optages der væsentlig flere kvinder end mænd på tandlægestudiet, og kvinder udgør derfor en stigende andel af tandlægerne. Faldet i antallet af tandlæger frem mod 2025 vil primært ses blandt mandlige tandlæger, som det fremgår af figur 4.1.3.

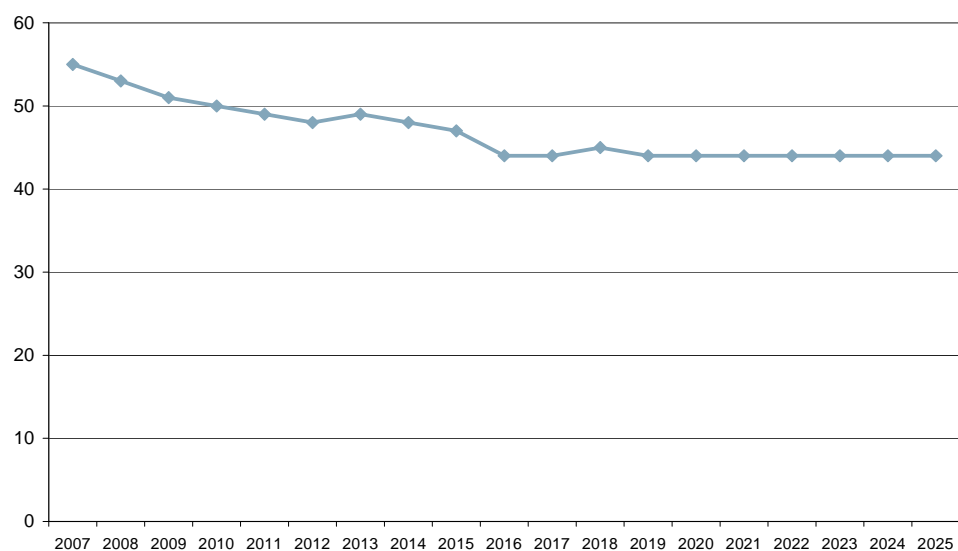
Figur 4.1.3. Antal mandlige og kvindelige tandlæger i perioden 2007-2025.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Optaget i tand-, mund- og kæbekirurgi er i fremskrivningen fastsat til 2 tandlæger årligt. Her ud over er der siden 2000 bevilget to midlertidige uddannelsesstillinger ved Ålborg Sygehus, og det reelle antal specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi vil derfor være en anelse højere end det fremgår af figur 4.1.4. Af denne figur ses det, at antallet af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi vil falde væsentligt frem mod 2025. I 2007 var der ifølge fremskrivningen 55 specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi, og i 2025 forventes det, at udbuddet falder til 44. Medregnes den andel af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi der er på orlov, er antallet i 2007 ligeledes 55 og falder til 45 i 2025. I begge fremskrivninger er årsagen til faldet deres stigende alder og dermed øget pensionering.

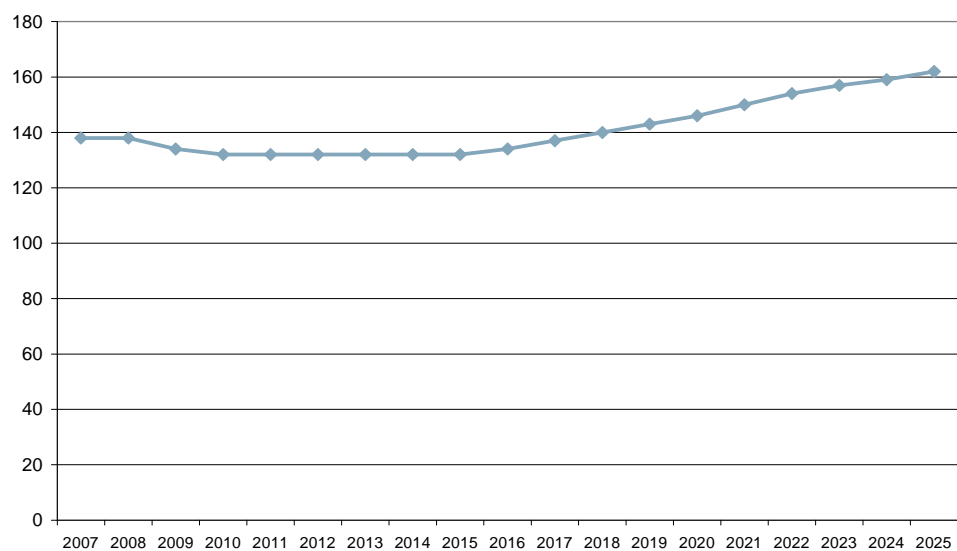
Figur 4.1.4. Antal specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi perioden 2007-2025 (eksklusive specialtandlæger på orlov).



Kilde: Bevægelsesregisteret

Optaget i ortodonti er i fremskrivningen fastsat til 9 tandlæger årligt. Af figur 4.1.5 ses det, at antallet af specialtandlæger i ortodonti vil falde svagt frem mod år 2017 for derefter af stige frem til år 2025. I 2007 var der ifølge fremskrivningen 138 specialtandlæger i ortodonti, og i 2025 forventes det, at udbuddet stiger til 162. Medregnes den andel af specialtandlæger i ortodonti der er på orlov, er antallet i 2007 140 og stiger i 2025 til 168. Stigningen i den sidste del af perioden skyldes, at det øgede optag på videreuddannelsen i ortodonti slår igennem.

Figur 4.1.5. Antal specialtandlæger i ortodonti i perioden 2007-2025 (eksklusive specialtandlæger på orlov).

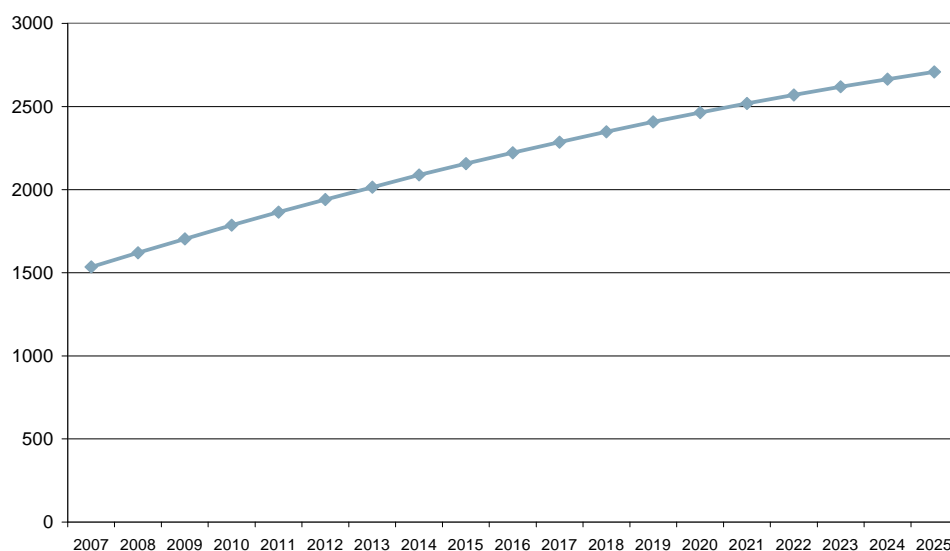


Kilde: Bevægelsesregisteret

## 6.2 Tandplejere

Figur 4.2.1 viser, at antallet af tandplejere kan forventes at stige stabilt i perioden 2007 til 2025. Samlet set sker der en stigning på 1.173 tandplejere fra 2007 til 2025, og i 2025 er det forventede antal tandplejere således 2.708. Stigningen skyldes primært at tandplejerne er en ung population, hvor pension ikke har den store indflydelse de næste 20 år. I løbet af perioden halveres stigningstaksten efterhånden som populationen bliver mere pensionsmoden.

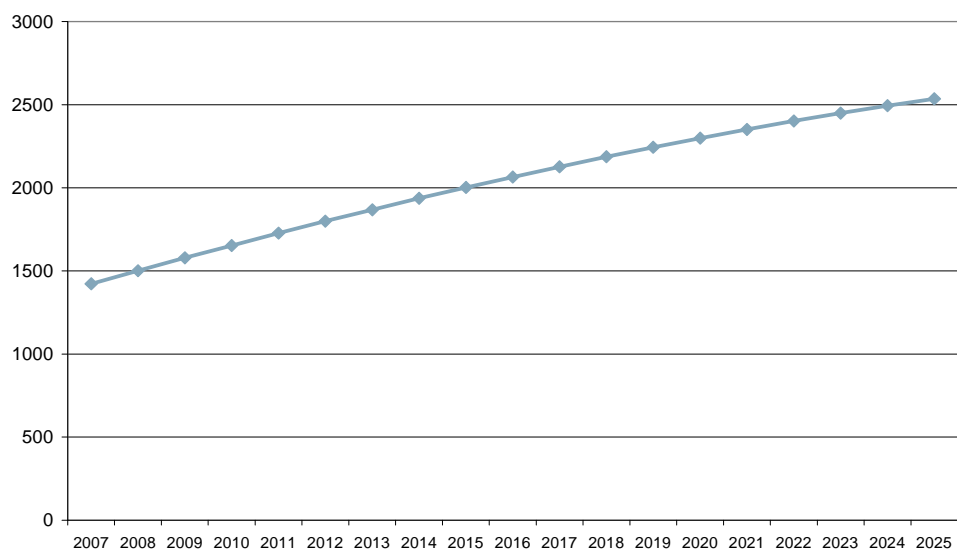
Figur 4.2.1. Antal tandplejere i perioden 2007-2025.



Kilde: Bevægelsesregisteret

Figur 4.2.2. viser fremskrivningen eksklusiv tandplejere på orlov. Det vil sige, at antallet af tandplejere i 2025 estimeres til 2.536, når tandplejere på orlov fratrækkes.

Figur 4.2.2. Antal tandplejere i perioden 2007-2025 eksklusive tandplejere på orlov.

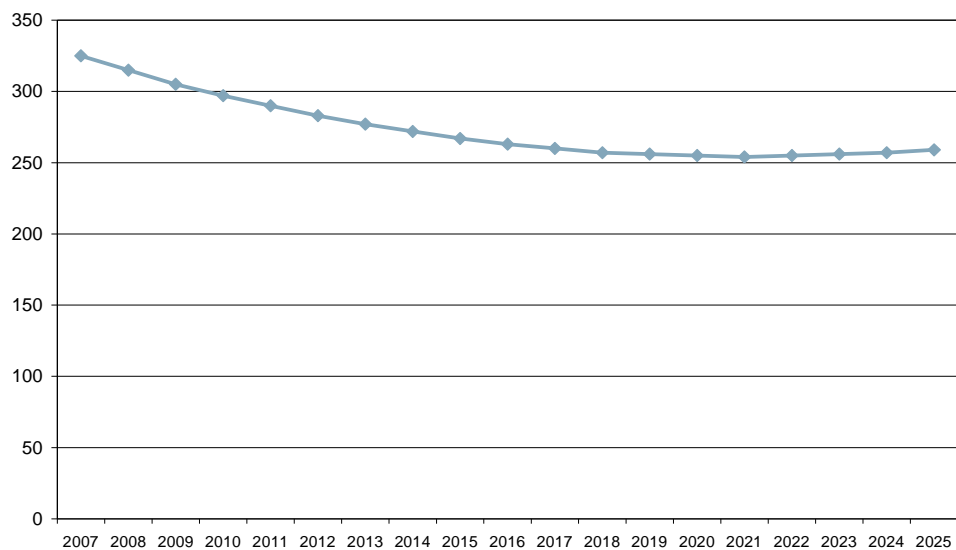


Kilde: Bevægelsesregisteret

### 6.3 Kliniske tandteknikere

Figur 4.3.1 viser, at antallet af kliniske tandteknikere kan forventes at falde i perioden 2007 til 2025. Samlet set forventes et fald på 66 kliniske tandteknikere fra 2007 til 2025, og i 2025 er det forventede antal kliniske tandteknikere således 259. Faldet skyldes primært den gruppe kliniske tandteknikere, der i perioden forventes at gå på pension.

Figur 4.3.1. Antal kliniske tandteknikere i perioden 2007-2025.

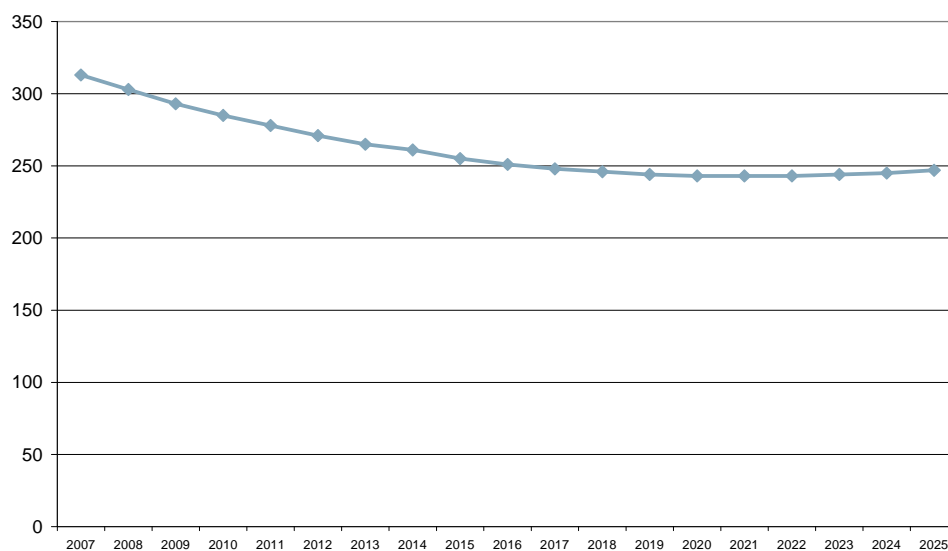


Kilde: Bevægelsesregisteret

I Figur 4.3.2. vises fremskrivningen eksklusiv kliniske tandteknikere på orlov. Det vil sige, at antallet af kliniske tandteknikere i 2025 estimeres til 247, når orlov fratrækkes.



Figur 4.3.2. Antal kliniske tandteknikere i perioden 2007-2025 eksklusive kliniske tandteknikere på orlov.

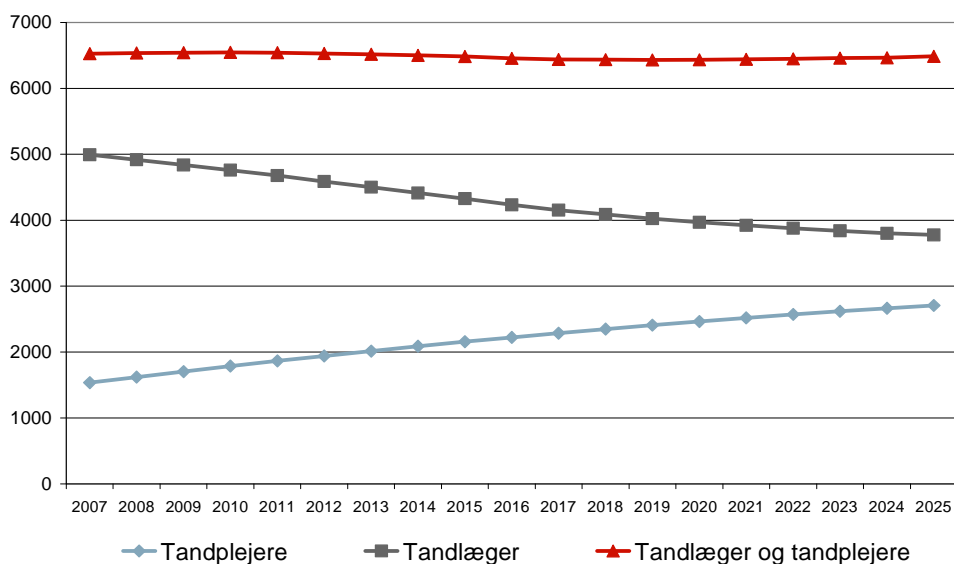


Kilde: Bevægelsesregisteret

#### 6.4 Tandlæger og tandplejere

I figur 4.4.1 vises det forventede udbud af tandlæger og tandplejere, og det fremgår, at det samlede udbud i perioden vil være uændret og ligge i omegnen af 6.500 personer.

Figur 4.4.1. Antal af tandlæger og tandplejere i perioden 2007-2025.



Kilde: Bevægelsesregisteret

## 7 Behov og efterspørgsel for tandplejepersonale

I dette afsnit gennemgås de offentlige og private tandplejetilbud i Danmark. Yderligere redegøres for udviklingen i tandsundheden i relation til forskellige aldersgrupper.

Herefter beskrives kort forskellige fremtidsscenerier for udviklingen i tandsundheden og behandlingsbehovet, samt ændringer i opgaveprofilen i relation til tandplejepersonale og tandplejens organisation.

### 7.1 Offentlige og private tandplejetilbud i Danmark

Den overordnede målsætning for sundhedsvæsenet er givet ved Sundhedsloven, hvor det er formuleret, at ”Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte”.<sup>12</sup>

Tandplejens målsætning er, ”at befolkningen ved en god hjemmetandpleje og et sammenhængende tilbud om forebyggelse og behandling, kan udvikle hensigtsmæssige tandplejevaner samt sunde tænder, mund og kæber og bevare disse i funktionsdygtig stand gennem hele livet”.<sup>13</sup>

Tandplejen i Danmark er organiseret ved en række kommunale og regionale tandplejetilbud for børn og unge samt særligt udsatte befolkningsgrupper, der er vederlagsfri eller har reguleret egenbetaling. Tandpleje for voksne tilbydes ved praktiserende tandlæger og tandplejere med offentligt tilskud ved udvalgte ydelser. I sygehusvæsenet foretages specialiserede behandlinger indenfor specialiet i tand-, mund- og kæbekirurg. Herudover tilbydes vederlagsfri tandpleje for indsatte i fængsler el. lign. samt værnepligtige i forsvaret. Odontologisk undervisning, forskning og ekspertkompetence findes primært ved tandlægeskolerne i Århus og København samt skolerne for klinikassistenter og tandplejere og tandteknikerskolen.

#### 7.1.1 Kommunal tandpleje til børn og unge<sup>14</sup>

##### 7.1.1.1 Tandplejetilbudets personkreds, organisation og indhold

Tilbuddet i den kommunale børne- og ungdomstandpleje er vederlagsfrit og omfatter alle børn og unge under 18 år, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen.

Børne- og ungdomstandpleje tilbydes på offentlige klinikker (klinikkommuner) eller hos privatpraktiserende tandlæger, der har indgået aftale med kommunen (praksiskommuner) eller en kombination heraf. Reglerne for omfanget af og kravene til børne- og ungdomstandpleje er de samme, uanset om tilbuddet gives på kommunal klinik eller hos privatpraktiserende tandlæge. For unge på 16 og 17 år findes særlige regler, der gør det muligt for den unge at modtage den vederlagsfrie tandpleje i privat praksis efter eget valg. Børn under 16 år, der øn-

sker andet tandplejetilbud end det, kommunalbestyrelsen vederlagsfrit stiller til rådighed, kan vælge at modtage børne- og ungdomstandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg med en egenbetaling på 35 pct., eller ved en anden kommunes tandklinik. For børn og unge med odontologiske lidelser, der hvis ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, eller med behov for højt specialiseret behandling, udføres tandpleje i samarbejde med henholdsvis regi-onstandplejen og de odontologiske landsdels- og videnscentre.

Børne- og ungdomstandplejen søger gennem opsøgende og behovsorienteret tandpleje at medvirke til at tand-, mund- og kæberegionen udvikles og bevares i sund og funktionsdygtig tilstand for herigennem at fremme det enkelte barns fysiske, psykiske og sociale trivsel. Børne- og ungdomstandpleje omfatter såvel almen som individuel forebyggelse herunder vejledning af børn og forældre samt instruktion i hjemmetandpleje. Der udføres regelmæssige undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionens udvikling samt sundhedstilstand foretaget med intervaller, der er fastsat ud fra individuelle sundhedsfaglige behov. Endvidere foretages behandling af anomalier, læsioner og sygdomme i tand-, mund- og kæberegionen samt tandregulering i henhold til angivne regler for ortodontivisi-tationer og ortodontiindikationer. Målet for børne- og ungdomstandplejens tandreguleringsbehandling er at forebygge og behandle de tandstillingsfejl, der indebærer forudsigelige eller eksisterende risici for fysiske skader og / eller psykosociale belastninger.

Den kommunale børne- og ungdomstandpleje varetages af tandplejepersonale bestående af tandlæger, specialtandlæger i ortodonti, tandplejere og klinikassistenten. Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende Tandplejens Struktur og Organisation fra 2004 indeholder anbefalinger vedrørende etablering af organisatoriske tandplejeenheder, teamsammensætning og opgavefordeling mellem tandplejepersonale i børne- og ungdomstandplejen.

Strukturrapporten anbefaler etablering af større organisatoriske tandplejeenheder med større patientgrundlag med henblik på forbedret kompetence og ressourceudnyttelse af tandplejepersonale. Videre indeholder strukturrapporten anbefalinger vedrørende sammensætning af tandplejeteam. Anbefalinger om teamsammensætning er baseret på skøn og skal ses som en model, der kan danne grundlag for den bedst mulige ressourceudnyttelse inden for tandplejen i en 20-årig tidsperiode. Det skal bemærkes, at de foreslåede teamsammensætninger ikke er afprøvet i en større population over tid.

I børne- og ungdomstandplejen skønnes det hensigtsmæssigt med en teamsammensætning (minimumsteam) for almen tandpleje på 1 tandlæge: 1/2 tandplejer: 2 1/2 klinikassistent med et befolkningsgrundlag på 10.000 pr. minimumsteam. Rapporten anbefaler 5-10 minimumsteams pr. organisatorisk enhed som således vil kunne dække et befolkningsgrundlag på 55.000-100.000.

For tandregulering vurderes det, at en teamsammensætning (minimumsteam) på 1 specialtandlæge: 1 tandplejer: 3 klinikassistenter vil være hensigtsmæssig med et befolkningsgrundlag på 45.000-55.000. Med henblik på at sikre den fornødne enhedsstørrelse på tandreguleringsområdet vurderes det, at der bør være 1,2 gerne 2 minimumsteams pr. organisatorisk enhed. Under optimale forhold vil dette være ensbetydende med, at en organisatorisk enhed på tandre-

guleringsområdet skal dække tandreguleringsbehovet for et befolkningsunderlag på 55.000 - 100.000 personer.

Tandreguleringsområdet er i dag en integreret del af børne- og ungdomstandplejen. Såfremt denne hensigtsmæssige strukturelle tilknytning ønskes bevaret, bør den organisatoriske enhed inden for børne- og ungdomstandplejen tilpasses størrelsen af den organisatoriske enhed inden for tandreguleringsområdet. Dette er ensbetydende med, at der til en integreret børne- og ungdomstandpleje/tandreguleringsenhed for 55.000 -100.000 borgere skal tilknyttes 5-10 alment børne- og ungdomstandplejeteams.

#### 7.1.1.2 Udnyttelse af kommunalt tilbud om børne- og ungdomstandpleje

Det vurderes, at stort set alle børn og unge mellem 0-17 år (cirka 1,2 mio.) deltager i det kommunale tilbud om børne- og ungdomstandpleje. En undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen i 2005<sup>15</sup> fandt, at på landsplan i 2004-2005 har kun 0,4 pct. af børn under 16 år benyttet sig af muligheden for at vælge at modtage børne- og ungdomstandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg (fritvalgsordningen). Tal fra den sociale ressourceopgørelse viser, at i 2007 modtog 88 pct. af de indskrevne 0-17-årige det kommunale børne- og ungdomstandplejetilbud ved kommunale klinikker, mens 12 pct. modtog tandplejetilbuddet ved praktiserende tandlæger (både praktiserende tandlæger som del af det kommunale tandplejetilbud og praktiserende tandlæger ved fritvalgsordningen). Af de 16-17-årige modtager 78 pct. tandpleje ved kommunale klinikker og 22 pct. ved praktiserende tandlæger.

Behandling af tandstillingsfejl i kommunal tandpleje har siden 1990 været fastlagt i "Regler for ortodontivisitation og ortodontiindikation"<sup>16</sup>. Ved disse regler ikrafttræden blev det fra Sundhedsstyrelsen skønnet, at cirka 25 pct. af alle børn og unge i en fødselsårgang havde et behov for en tandreguleringsbehandling. Data fra den sociale ressourceopgørelse viser, at der i 2007 var 26,5 pct. af de indskrevne børn på 15 år, der modtog eller havde modtaget en tandreguleringsbehandling i den kommunale tandpleje. Data fra de enkelte kommuner viser, at tandreguleringsprocenten for de 15-årige i størstedelen af kommunerne (n=80) ligger mellem 20-35 pct.. I 2007 blev de anvendte visitationskriterier præciseret, og det forventes at reducere variationen i behandlingstilbuddet på landsplan<sup>17</sup>.

#### 7.1.2 Kommunal omsorgstandpleje<sup>18</sup>

##### 7.1.2.1 Tandplejetilbuddets personkreds, organisation og indhold

Omsorgstandpleje omfatter personer over 18 år, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen og på grund af kronisk nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan udnytte det almindelige tandplejetilbud. Personkredsen for omsorgstandplejetilbuddet er karakteriseret ved personer, hvis egenomsorg er så begrænset, at de har behov for hjælp i almindelige daglige funktioner eller for egentlig pleje. Størstedelen af omsorgstandplejens personkreds bor i ældrebolig / plejehjem og modtager alderspension, mens en mindre del udgøres af udviklingshæmmede og sindslidende personer.

Kommunen kan tilbyde omsorgstandpleje ved offentlige klinikker og i privat tandlægepraksis eller klinisk tandteknikerpraksis. Personer, der får tilbudt omsorgstandpleje ved offentlig klinik, kan i stedet vælge at modtage tandplejetilbuddet hos privat tandlæge/ klinisk tandtekniker, med hvilken kommunen har indgået en aftale. Kommunen foretager visitationen af personer til tilbud om omsorgstandpleje. Kommunen kan opkræve en egenbetaling<sup>19</sup> for at deltage i omsorgstandpleje.

Omsorgstandplejen søger gennem opsøgende og behovsorienteret tandpleje at medvirke til at tand-, mund- og kæberegionen bevares i sund og funktionsdygtig tilstand for herigennem at fremme den enkeltes fysiske, psykiske og sociale trivsel. Omsorgstandplejen omfatter såvel almen som individuel forebyggelse herunder vejledning af den enkelte patient og relevant omsorgspersonale samt instruktion i hjemmetandpleje. Der udføres regelmæssige undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionens sundhedstilstand foretaget med intervaller, der er fastsat ud fra individuelle sundhedsfaglige behov. Videre foretages behandling af symptomer, funktionsforstyrrelser og sygdomme i tand-, mund- og kæberegionen under hensyntagen til den enkeltes behov og almentilstand.

Den kommunale omsorgstandpleje varetages af tandplejepersonale bestående af tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og klinikassistenter. Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende Tandplejens Struktur og Organisation fra 2004 indeholder anbefalinger vedrørende etablering af organisatoriske tandplejeeenheder, teamsammensætning og opgavefordeling mellem tandplejepersonale i omsorgstandplejen. For omsorgstandplejen skønnes det, at et team på 1 tandlæge:1 tandplejer: 3 klinikassistenter at være dækkende. Dette forudsætter, at såvel tandplejer som klinikassistenter er involveret i det forebyggende arbejde, der er centralt i omsorgstandplejen, hvor målgruppen har en meget lav eller ingen egenomsorg. Hertil kommer inddragelse af klinisk tandtekniker i teamet i et vist omfang. Det skal bemærkes, at den foreslåede teamsammensætning ikke er afprøvet i en større population over tid.

#### 7.1.2.2 Udnyttelse af kommunalt tilbud om omsorgstandpleje

Sundhedsstyrelsen anslog i 1994, at den samlede personkreds, der var omfattet af omsorgstandplejetilbuddet, var 100.000 personer på landsplan, og det var forventet, at cirka 60.000 mennesker ville tilslutte sig ordningen. Hertil kommer gruppen af udviklingshæmmede og sindslidende patienter på cirka 3.500 personer. I 2007 viser tal fra den sociale ressourceopgørelse imidlertid, at kun 30.502 borgere modtog tilbuddet om omsorgstandpleje, heraf 27.660 på offentlig klinik og 2842 i privat praksis.

#### 7.1.3 Kommunal specialtandpleje<sup>20</sup>

##### 7.1.3.1 Tandplejetilbuddets personkreds, organisation og indhold

Specialtandpleje omfatter personer, der er tilmeldt folkeregistret i kommunen, og som er sindslidende, udviklingshæmmede samt andre med betydelig og varig funktionsnedsættelse, der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksantandplejen og omsorgstandplejen. Personkredsen for specialtandplejen er karakteriseret ved personer med behov for omfattende sygepleje og pædagogisk bistand, hvor en del vil være indlagt på

psykiatriske hospitaler tilknyttet distriktpspsykiatriske ordninger og boformer mm.

Kommunen kan tilbyde specialtandpleje ved egne offentlige klinikker, i privat tandlægepraksis, private tandteknikere eller ved at indgå aftale med anden kommune eller region om varetagelse af tilbuddet. Kommunen foretager visitationen af personer til tilbud om specialtandpleje. Dog kan personer tilknyttet visse institutioner henvises direkte. Kommunen kan for personer over 17 år opkræve en egenbetaling<sup>21</sup> for at deltage i specialtandplejen.

Specialtandplejen søger gennem opsøgende og behovsorienteret tandpleje, at medvirke til at tand-, mund- og kæberegionen bevares i sund og funktionsdygtig tilstand for herigennem at fremme den enkeltes fysiske, psykiske og sociale trivsel. Specialtandplejen omfatter såvel almen som individuel forebyggelse, herunder vejledning af den enkelte patient og relevante omsorgspersonale/ nøglepersoner samt instruktion i hjemmetandpleje. Der udføres regelmæssige undersøgelser af tand-, mund- og kæberegionens sundhedstilstand foretaget med intervaller, der er fastsat ud fra individuelle sundhedsfaglige behov. Videre foretages behandling af symptomer, funktionsforstyrrelser og sygdomme i tand-, mund- og kæberegionen under hensyntagen til den enkeltes behov og samlede tilstand.

Den kommunale specialtandpleje varetages af tandplejepersonale bestående af tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og klinikassistenter. Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende Tandplejens Struktur og Organisation fra 2004 indeholder anbefalinger vedrørende etablering af organisatoriske tandplejeenheder, teamsammensætning og opgavefordeling mellem tandplejepersonale i specialtandplejen. I specialtandplejen normeres ét minimumsteam til 1 tandlæge: 1 tandplejer: 1,5 klinikassistenter dækkende et befolkningsunderlag på 100.000. Der anbefales 1,5 -2 minimumsteams pr. organisatorisk enhed. Dette er ensbetydende med, at en organisatorisk specialtandplejeenhed bør dække behandlingsbehovet for et befolkningsunderlag på 150.000 - 200.000 personer. Det skal bemærkes, at den foreslåede teamsammensætning ikke er afprøvet i en større population over tid.

#### 7.1.3.2 Udnyttelse af kommunalt tilbud om specialtandpleje

Sundhedsstyrelsen anslog i 2000, at cirka 31.000 personer vil have behov for et særligt specialtandplejetilbud. Denne gruppe skønnes at bestå af cirka 19.000 voksne personer med udviklingshæmning, cirka 7500 voksne personer med sindslidelser, cirka 1500 særforsorgsklienter m.fl. samt cirka 3000 børn. Herudaf skønnes cirka 8.000 at kunne modtage behandling i omsorgstandplejen eller hos praktiserende tandlæge. Der findes ikke på landsplan en opgørelse af hvor mange personer, der er tilknyttet specialtandplejen.

#### 7.1.4 Regionstandpleje<sup>22</sup>

##### 7.1.4.1 Tandplejetilbudets personkreds, organisation og indhold

Regionstandpleje er et vederlagsfrit specialiseret tandplejetilbud, der omfatter børn og unge under 18 år i bopælsregionen, med odontologiske lidelser der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse. Til disse børn og unge skal

regionen tilbyde vederlagsfri specialbehandling efter det fyldte 18 år, indtil fysisk modenhed muliggør, at den pågældende behandling kan færdiggøres.

Målgruppen for regionstandpleje er hovedsagelig børn og unge med manglende anlæg af tænder (agenesi), ulykkesbetinget tandtab, mineraliseringsforstyrrelser eller andre tanddannelsesforstyrrelser, hvor manglende behandling vil medføre varig funktionsnedsættelse.

Regionstandplejen udføres i tæt samarbejde med børne- og ungdomstandplejen og kan lade ikke-specialiserede behandlinger udføres her eller hos barnet/ den unges egen private tandlæge. Regionstandpleje varetages af et specialiseret team bestående af specialtandlæger i ortodonti, specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi samt tandlæger med udvidet kompetencer indenfor protetik og pædodonti. Herudover er tilknyttet tandplejere og klinikassistenter.

Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende Tandplejens Struktur og Organisation fra 2004 indeholder anbefalinger vedrørende etablering af, teamsammensætning og opgavefordeling mellem tandplejepersonale i regionstandplejen. For Regionstandplejen (tidligere amtsspecialtandpleje) blev det foreslået at normere ét minimumsteam på 1/3 specialtandlæge: 1/3 tandlæge: 1/4 tandplejer, 1 klinikassistent til et befolkningsunderlag på 500.000. I regionstandplejen findes det hensigtsmæssigt, at der kan være et, helst to minimumsteams pr. organisatorisk enhed. Dette er ensbetydende med, at en organisatorisk regionstandplejeenhed bør dække behandlingsbehovet for et befolkningsunderlag på 500.000 - 1.000.000 personer. Det skal bemærkes, at den foreslåede teamsammensætning ikke er afprøvet i en større population over tid. Efter prognoseudvalgets vurdering er en overordnet anbefaling vedrørende sammensætningen af tandplejeteamet i regionstandplejen dog ikke meningsfuld, da regionstandplejens organisatoriske struktur er varierende.

#### 7.1.4.2 Udnyttelse af regionalt tilbud om regionstandpleje

Sundhedsstyrelsen anslog i 2000, at cirka 1.200 børn pr. årgang vil have behov for regionstandpleje i form af visitation, behandlingsplanlægning og behandling. En opgørelse foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2009 viser, at der på landsplan er cirka 2150 nyhenviste patienter til regionstandplejen årligt.

#### 7.1.5 Odontologiske landsdels- og videnscenter <sup>23</sup>

##### 7.1.5.1 Tandplejetilbuddets personkreds, organisation og indhold

Odontologisk landsdels- og videnscenters funktion omfatter højt specialiseret rådgivning og/ eller behandling af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæber, samt børn og unge under 18 år med odontologiske lidelser der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, og for hvem tilbuddet i regionstandplejen ikke er tilstrækkeligt specialiseret.

Opgaven varetages af 2 odontologiske landsdels- og videnscentre ved henholdsvis Rigshospitalet og Århus Universitetshospital og løses i tæt samarbejde med tandlægeskolerne i København og Århus for at sikre bedst anvendelse af den samlede ekspertise. Centerteamet er et multidisciplinært team med repræ-

sentanter fra de relevante fagdiscipliner (primært ortodonti, kirurgi, protetik, pæodonti). Indvisitering til behandling beror på faglig vurdering foretaget i de odontologiske landsdels- og videnscentre. Bopælsregionen betaler for rådgivning og udredning af henviste patienter samt for højt specialiseret behandling i regi af videnscentret.

#### 7.1.5.2 Udnyttelse af regionalt tilbud om odontologisk landsdels og videnscenter funktion

Ved etablering af de odontologiske landsdels- og videnscentre blev det skønnet, at den samlede gruppe af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæber udgør cirka 5.000 personer, hvoraf hovedparten dog kun har behov for rådgivning, behandlingsplan mv. De odontologiske landsdels- og videnscentre har siden 2003 modtaget henvisning på cirka 800 personer, der tilhører denne gruppe. Blandt disse har cirka 125 haft behov for højt-specialiseret behandling i regi af videnscentrene. Videre blev det vurderet, at børn og unge under 18 år med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse og for hvem tilbuddet i regionstandplejen ikke er tilstrækkeligt specialiseret, skønnet at udgøre cirka 30 patienter årligt. Videnscentrene har siden 2002 modtaget henvisning på cirka 400 patienter, der tilhører denne gruppe, hvilket svarer til cirka 57 henviste patienter pr. år. Af de 400 henviste patienter har cirka 175 haft behov for højt specialiseret behandling i videnscentrene, hvilket udgør cirka 25 patienter pr. år.

#### 7.1.6 Sygehus, specialiseret behandling tand-, mund- og kæbekirurgi

##### 7.1.6.1 Tandplejetilbuddets funktion, organisation og indhold.

Tand-, mund- og kæbekirurgi er et tandlægeligt speciale, der omfatter diagnostik og behandling af medfødte og erhvervede anomalier, traumatisk betingede læsioner, infektioner og benigne sygdomstilstande i tand-, mund- og kæberegionen. Endvidere medvirker specialet i et lægeligt samarbejde om behandling af maligne sygdomme i mund- og kæberegion, samt i behandlingen af mere vidtgående ansigts- / kranieafvigelse. De opgaver, som tand-, mund- og kæbekirurgi varetager i sygehusregi, fremgår af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning<sup>24</sup>.

Specialet er på linje med andre sygehuspecialer inddraget i undervisning af kommende specialtandlæger i videreuddannelsen. Sundhedsstyrelsen har siden 2007 været i gang med en omfattende specialeplanlægning, der vil medføre en opdeling af de tand-, mund- og kæbekirurgiske funktioner i regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. Kommunalreformen og Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning forventes samlet at medføre en centralisering af de tand-, mund- og kæbekirurgiske funktioner med større og færre sygehusafdelinger. I 2008 fandtes tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger på Aalborg Sygehus, Århus Universitets Hospital, Viborg Sygehus, Sydvestjysk Sygehus (Esbjerg), Vejle Sygehus, Sønderborg Sygehus, Odense Universitetshospital, Storstrømmens Sygehus (Næstved), Slagelse Sygehus, Rigshospitalet, Glostrup Hospital, Hillerød Sygehus. Uddannelsen til specialtandlæge i tand-, mund-, og kæbekirurgi foregår på udvalgte afdelinger for tand-, mund- og kæbekirurgi ved Aal-



borg Sygehus, Århus Universitetshospital, Odense Universitetshospital samt Rigshospitalet.

#### 7.1.7 Praksistandpleje for voksne

##### 7.1.7.1 Tandplejetilbudets personkreds, organisation og indhold.

Alle voksne borgere, der er bosat i landet, har fra de er fyldt 18 år adgang til forebyggende og behandlende tandpleje hos praktiserende tandlæge eller tandplejer efter eget valg<sup>25</sup>.

Hvilke former for tandbehandling, der ydes offentligt tilskud til samt tilskudene størrelse, fremgår af Bekendtgørelse om tilskud til behandling hos tandlæge eller tandplejer i praksissektoren<sup>26</sup>. Den nærmere specifikation af ydelserne, krav til praksis m.v. fremgår af overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og henholdsvis Tandlægeforeningen og Dansk Tandplejerforening.

Herudover findes der via Sundhedslovens §166 og §135 særlige tilskudsordninger for personer med Sjøgrens Syndrom og kræftpatienter, der har modtaget strålebehandling i hoved- og halsregionen eller kemoterapi<sup>27</sup> samt støtte til tandproteser ved funktionelt eller vansirende skader som følge af ulykkesbetingede skader på tænder mv.<sup>28</sup>. Endelig er der en række muligheder for støtte til tandpleje for pensionister, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere gennem den sociale lovgivning efter transgbestemte kriterier.

Tilskudssystemet indenfor voksentandpleje er indrettet, så der er lagt vægt på at anvende de ressourcer, der er til rådighed, til at fremme tandsundheden mest muligt. Derfor er de forebyggende ydelser og visse behandlingsydelser prioriteret højt. Der er taget udgangspunkt i, at det ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt er hensigtsmæssigt at foretage regelmæssige diagnostiske undersøgelser, forebyggelse og behandling, der er tilpasset den enkeltes behov. Hermed sigtes på at fremme og sikre gode tandplejevaner hos den enkelte borger, således at de gode resultater, der opnås i den vederlagsfrie kommunale børne- og ungdomstandpleje, kan blive videreført. Tilskudssystemet skal derved tilskynde den enkelte til gennem regelmæssige tandplejevaner at bevare tænder, mund og kæbe i funktionsdygtig tilstand gennem hele livet.

Praksistandplejen varetages af tandplejepersonale bestående af tandlæger, specialtandlæger, tandplejere og klinikassistenter. Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende Tandplejens Struktur og Organisation fra 2004 indeholder anbefalinger vedrørende etablering af organisatoriske tandplejeenheder, teamsammensætning og opgavefordeling mellem tandplejepersonale i praksistandplejen. I praksistandplejen skønnes en teamsammensætning på 1 tandlæge: 1 tandplejer: 3 klinikassistenter at kunne dække et befolkningsunderlag på 1.800 – 2.000. Der anbefales mindst 4 minimumsteams pr. organisatorisk enhed, hvilket er ensbetydende med, at en organisatorisk enhed inden for almen voksentandpleje bør dække behandlingsbehovet for et befolkningsunderlag på 7.200 – 8.000 personer. Det skal bemærkes, at den foreslåede teamsammensætning ikke er afprøvet i en større population over tid.

## 7.2 Udvikling i tandsundheden

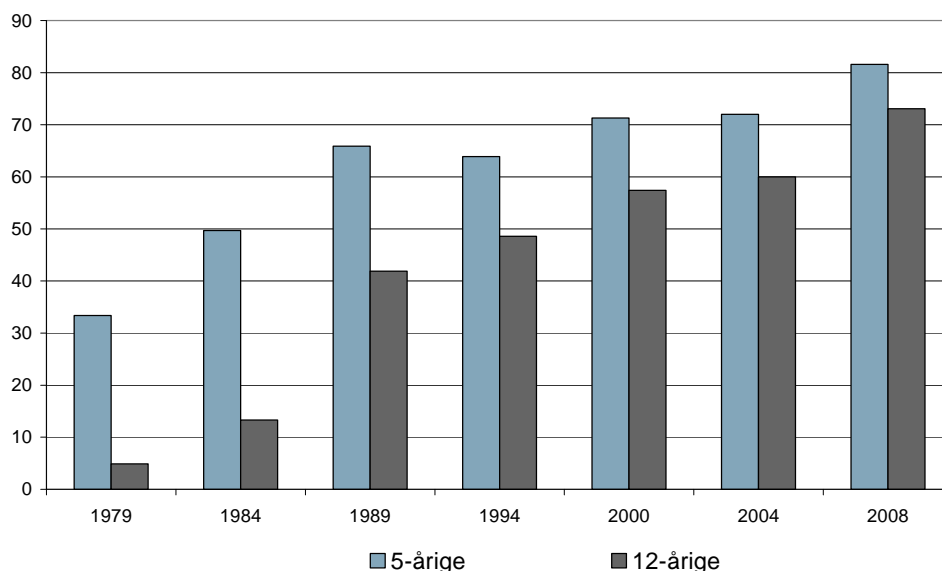
### 7.2.1 Tandsygdomme hos børn og unge

Med henblik på at kunne evaluere effekten af den kommunale tandplejes indsats, er der etableret et landsdækkede systematisk indberetningssystem af tandsundheden for børn og unge<sup>29</sup>. Dette årlige indberetningssystem, Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR), har siden 1972 gjort det muligt ganske nøje at følge udviklingen i børn og unges tandsundhed på kommunalt, regionalt og nationalt niveau.

#### 7.2.1.1 Caries

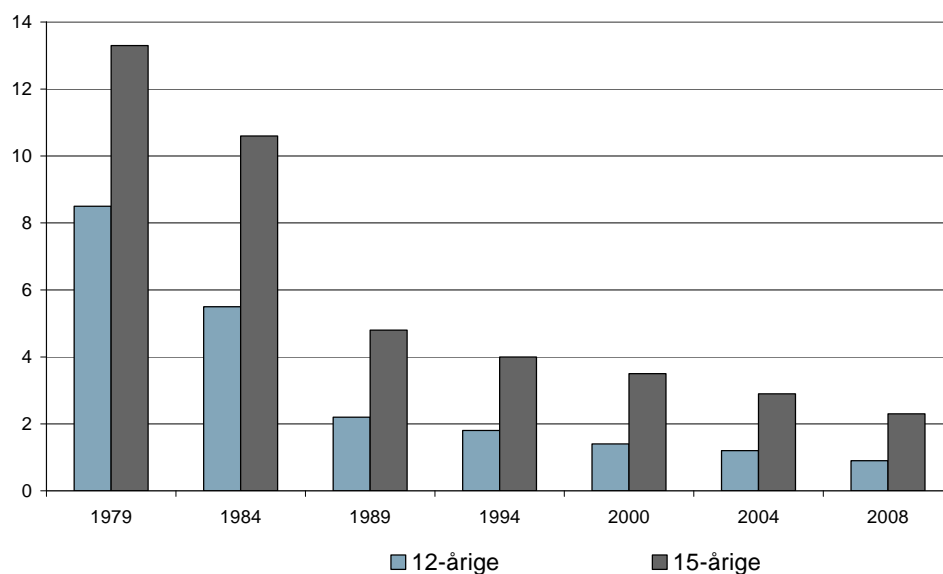
Der er siden etableringen af børne- og ungdomstandplejen i 1972 sket markant forbedringer i tandsundheden blandt børn og unge<sup>30</sup>. Dette ses ved en stigning i andelen af børn og unge, der er helt cariesfrie (figur 5.2.1.). Det gennemsnitlige antal tænder og tandflader ramt af caries har været systematisk faldende, mængden af ubehandlet caries er faldet, og behovet for behandling af caries er imødekommet gennem fyldningsterapi (figur 5.2.2.).

Figur 5.2.1. Procentandelen af cariesfrie 5-årige (primære tænder) og 12-årige (permanente tænder) børn i Danmark.



Kilde: SCOR- registret

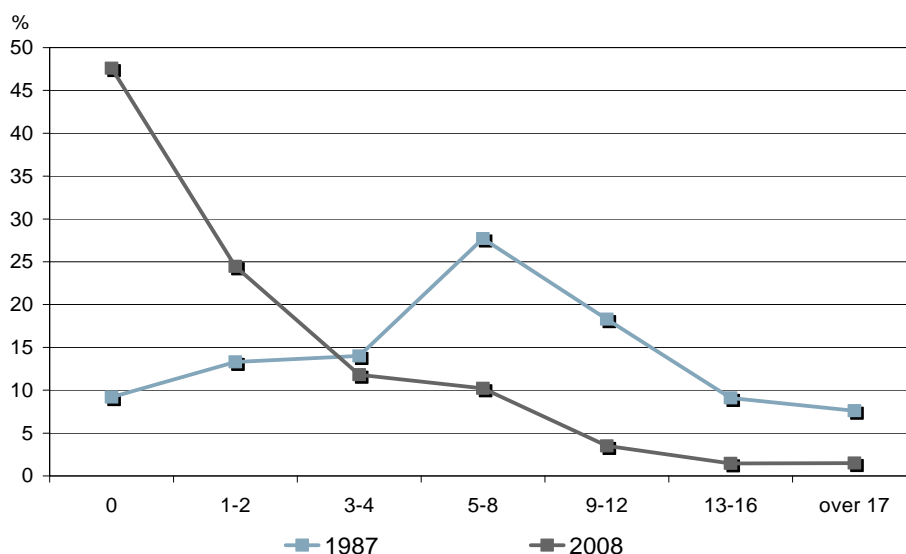
Figur 5.2.2. Gennemsnitlig carieserfaring hos 12- og 15-årige i Danmark (DMFS = antal tandflader (S) med ubehandlet caries (D), antal tandflader mistet som følge af caries (M) og fyldte tandflader (F) i det blivende tandsæt).



Kilde: SCOR-registret

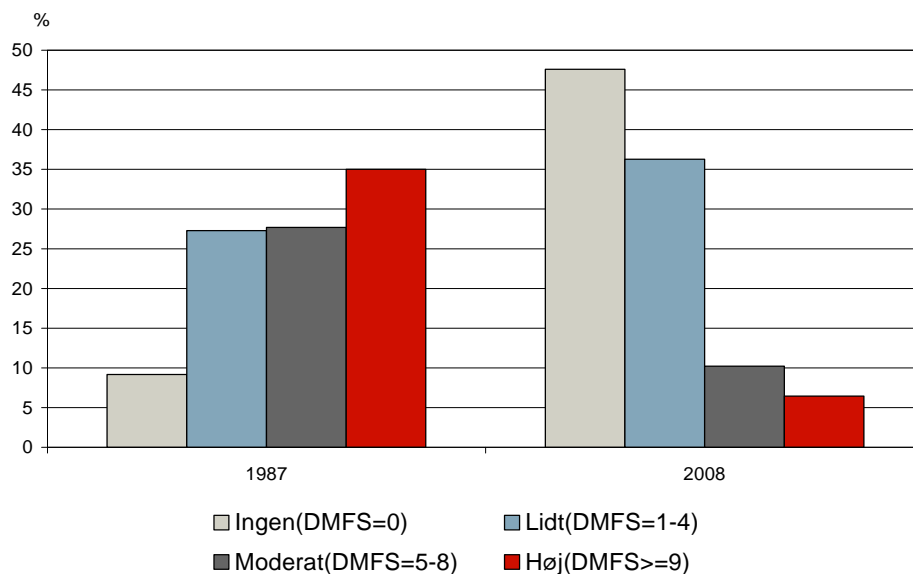
Som vist i figur 5.2.3. og 5.2.4. er der fra 1987 til 2008 sket en forskydning i fordelingen af børn i forhold til graden af carieserfaring. Denne markerer sig ved en markant stigning i andelen af børn med ingen eller lidt caries samt en reduktion i andelen af børn, der har moderat eller høj carieserfaring. Cariessygdommen fordeler sig således nu over en mindre andel af børn end tidligere, og hovedparten af børn med carieserfaring har kun lidt caries, mens en forholdsvis lille gruppe har stor sygdomserfaring. Videnskabelige undersøgelser viser en relativ højere forekomst af caries hos børn af anden etnisk oprindelse og hos børn med ringe sociale og økonomiske levekår<sup>31 32</sup>.

Figur 5.2.3. Procentvis fordeling af 15-årige børn i relation til antal tandflader med carieserfaring (DMFS-index) i det blivende tandsæt i 1987 og 2008.



Kilde: SCOR-registret

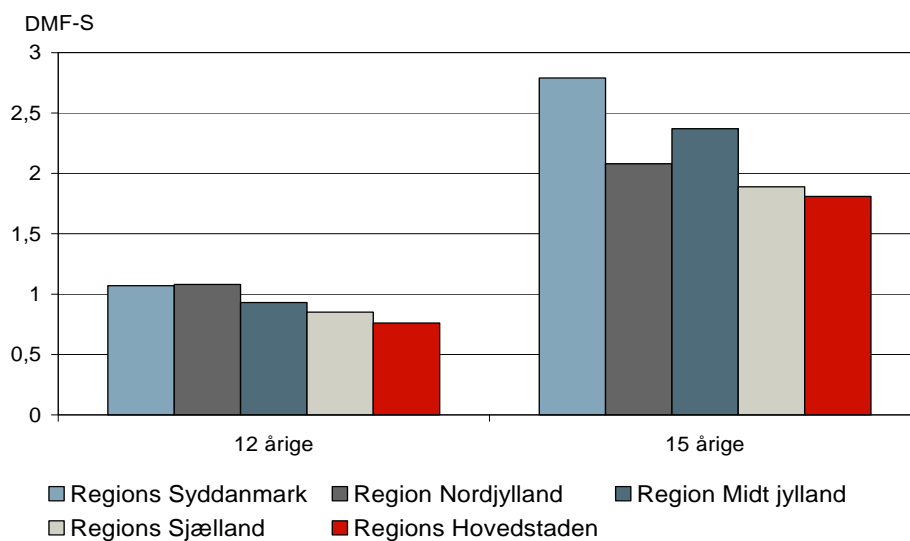
Figur 5.2.4. Procentvis fordeling af 15-årige børn i relation til omfanget af carieserfaring (DMFS-index) i det blivende tandsæt i 1987 og 2008.



Kilde: SCOR-registret

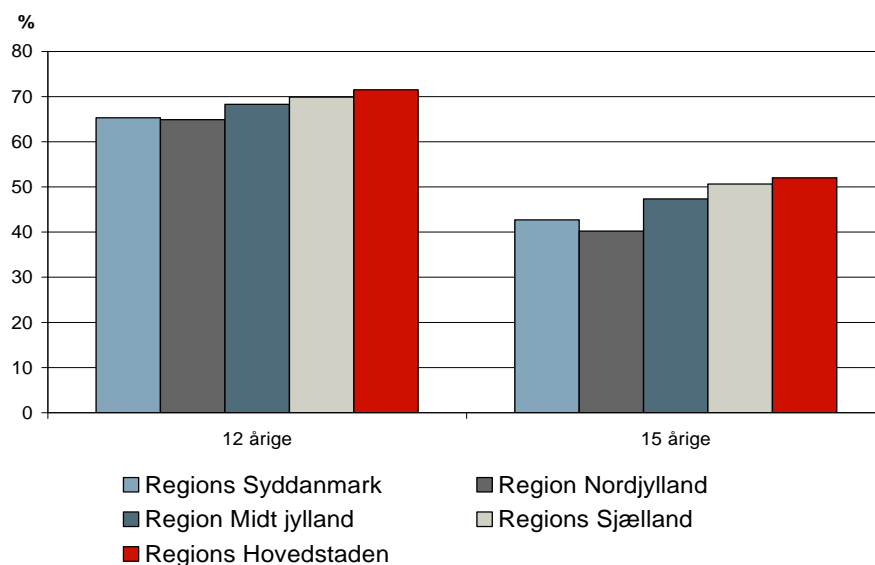
Der ses mindre regionale forskelle i tandsundheden blandt børn og unge. Opgørelse fra SCOR registret viser, at børn og unges tandsundhed er lidt bedre i de østlige end i de vestlige regioner af landet (figur 5.2.5. og 5.2.6.).

Figur 5.2.5. Det gennemsnitlige antal tandflader med carieserfaring (DMFS-index) i det blivende tandsæt for børn og unge i alderen 12 og 15 år i relation til region i 2008.



Kilde: SCOR-registret

Figur 5.2.6. Den relative andel børn og unge der er cariesfrie i det blivende tandsæt i alderen 12 og 15 år i relation til region i 2008.



Kilde: SCOR-registret

#### 7.2.1.2 Tandtraumer

Forekomsten af tandtraumer – tandskader - hos børn er relativt hyppige og oftest relateret til udøvelse af sport eller leg. Undersøgelser af danske børn i 5-års-alderen har vist, at en tredjedel af drenge og en fjerdedel af piger havde erfaret skader på mælketænder, mens omfanget i det blivende tandsæt for 12-årige er oplyst til 26 pct. hos drenge og 16 pct. hos piger<sup>33</sup>. Oplysninger fra SCOR-registret i 2008 viser, at 0,11 pct. af 12-årige børn har en eller flere tænder, der er behandlet (fyldning, indlæg, krone eller rodbehandling) efter et akut traume. I tillæg til den akutte skade kan traumer give anledning til senkomplikationer med mulig tab af tænder.

#### 7.2.1.3 Erosioner

Erosioner af de blivende tænder hos børn og unge har gennem de senere år fået en stigende opmærksomhed. Erosioner opstår ved kemisk opløsning af tandsubstans forårsaget af syre fra f.eks. sure læskedrikke. Omfanget af tanderosioner blandt danske børn er ikke klarlagt, idet en entydig og valid opgørelse er vanskelig at gennemføre. Et studie gennemført i Århus kommunale<sup>34</sup> tandpleje har dog vist, at erosioner i de blivende tænder forekom hos 0,3 pct. - 2,6 pct. af de 6-11-årige, og at der fra 12 års alderen ses en gradvist stigning i omfanget fra 4 pct. til cirka 11 pct. af de 16-17-årige. Størstedelen af erosionerne forekom i mild sværhedsgrad.

#### 7.2.1.4 Manglende tandanlæg og tanddannelsesforstyrrelser

En nyligt publiceret undersøgelse fandt, at 7,4 pct. af 8.138 danske børn i alderen 9-12 år havde agenesi – manglende tandanlæg - af en eller flere blivende tænder. Blandt børn med manglende tandanlæg havde 52 pct. agenesi af 1 bli-

vende tand, 33 pct. manglede 2 blivende tænder, 7 pct. manglede 3 blivende tænder, 7 pct. manglede 4-5 blivende tænder, mens 2 pct. manglede 6-9 tænder (oligodonti). Hovedparten (80 pct.) af de manglende blivende tænder var små kindtænder i over- og underkæbe og fortænder i overkæben.<sup>35</sup>

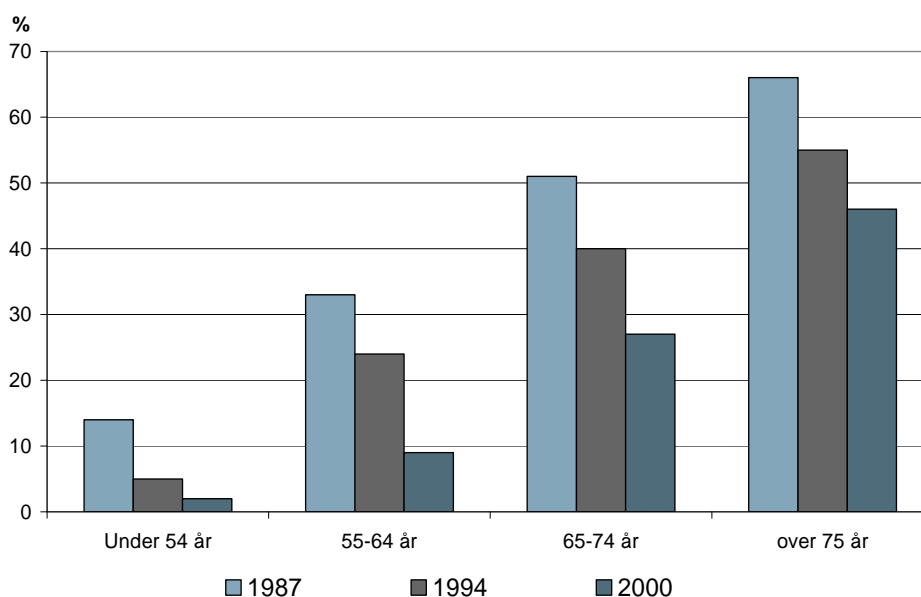
Tal fra svenske undersøgelser viser, at 1 ud af 4.000 børn og unge mellem 3-19 år har en arvelig tanddannelsesforstyrrelse af emaljen<sup>36</sup>. Der findes ingen valide tal, som beskriver omfanget af arvelige tanddannelsesforstyrrelser i dentinen, men de optræder formentlig langt mere sjældent end forstyrrelser i emaljen.

## 7.2.2 Tand og mundsygdomme hos voksenbefolkningen

### 7.2.2.1 Tandløshed

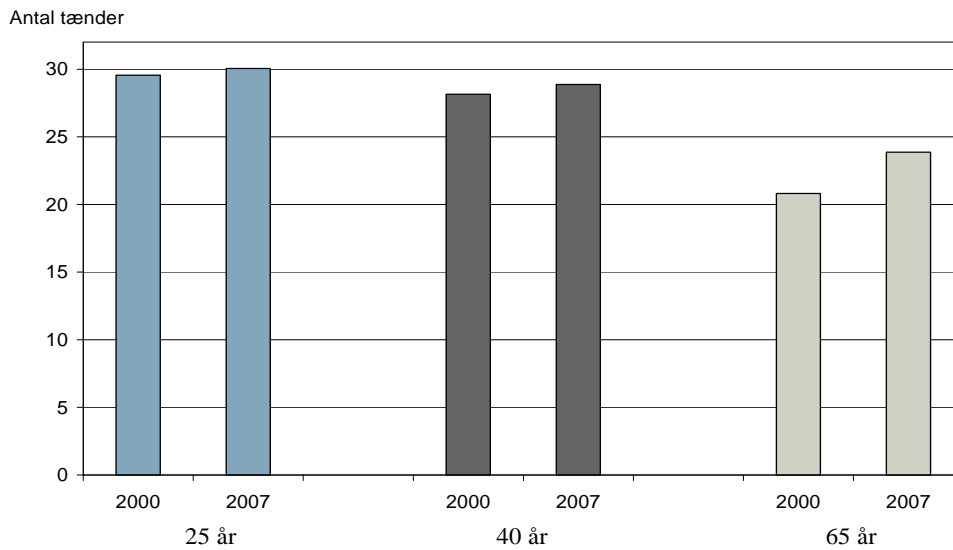
Som det fremgår af figur 5.2.7., viser repræsentative tværsnitsundersøgelser<sup>37</sup>, at forekomsten af tandløshed blandt voksne er markant reduceret gennem de seneste 20 år, og langt flere ældre bevarer egne naturlige tænder. Antallet af tænder i voksenbefolkningen er derfor stigende, og tandtab ses nu sjældent hos yngre og midaldrende voksne. Lignende undersøgelser i 2005 viser, at kun 6,5 pct. af voksenpopulationen er tandløse, 11 pct. har 1-19 tænder tilbage, mens cirka 82 pct. har 20 eller flere naturlige tænder.<sup>38</sup>

Figur 5.2.7. Den relative forekomst af tandløshed i relation til alder i 1987, 1994, og 2000.



Kilde: SUSY (Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne)

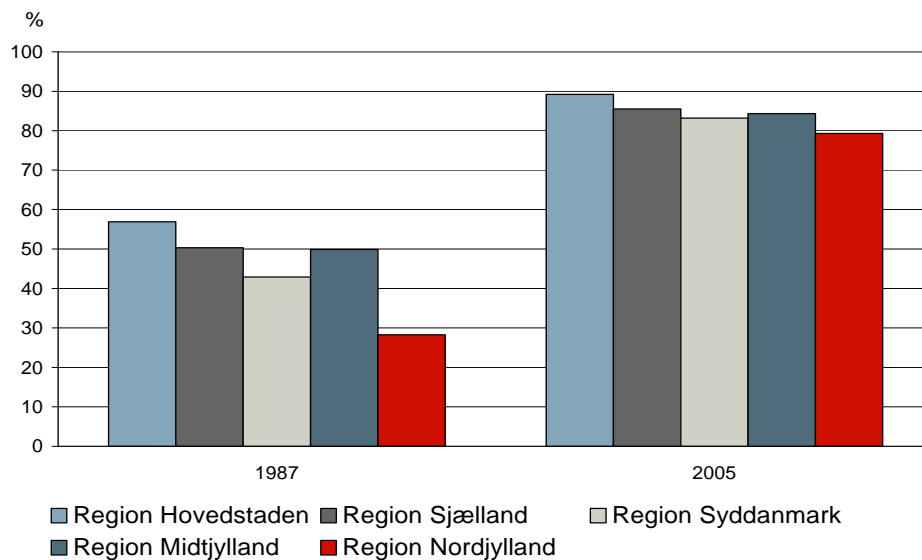
Figur 5.2.8. Det gennemsnitlige antal tænder hos betandede voksne i relation til alder i 2000 og 2007.



Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

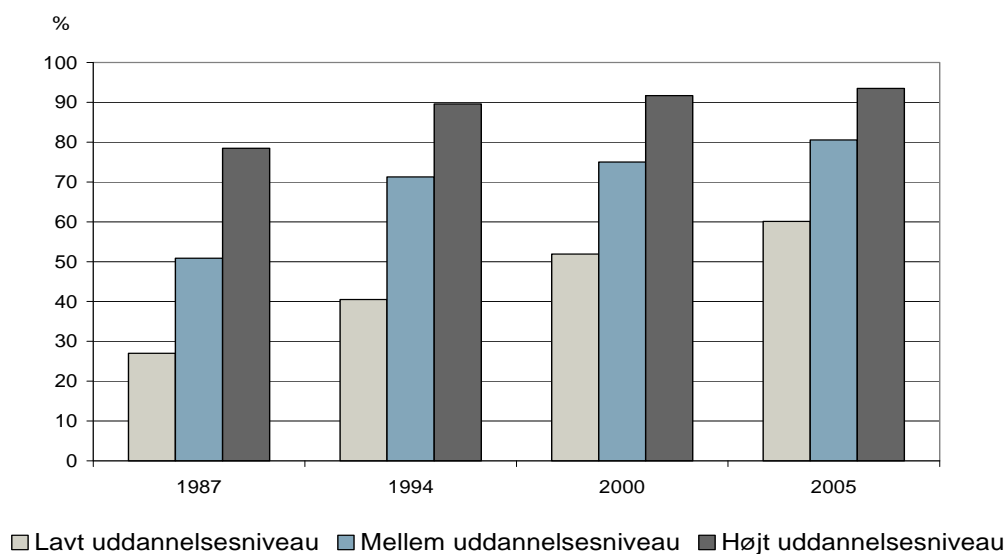
Som det fremgår af figur 5.2.9., er den geografiske ulighed i tandsundhed blandt voksne i Danmark reduceret betydeligt i perioden 1987 til 2005. Den relative andel af 45-66-årige, der har 20 eller flere naturlige tænder, varierede fra 79 pct. til 89 pct. i de 5 regioner i 2005, hvor de tilsvarende tal i 1987 lå mellem 28 pct. og 56 pct.. I perioden fra 1987 til 2005 har regioner med den ringeste tandsundhed opnået den relativt største forbedring i tandsundheden.<sup>39</sup>

Figur. 5.2.9. Andel af 45-66-årige der har 20 eller flere naturlige tænder i relation til region i 1987 og 2005.



Kilde: SUSY (Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne)

Figur. 5.2.10. Andel af 45-66-årige der har 20 eller flere naturlige tænder i relation til uddannelsesnivea i 1987, 1994, 2000 og 2005.



Kilde: SUSY (Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne)

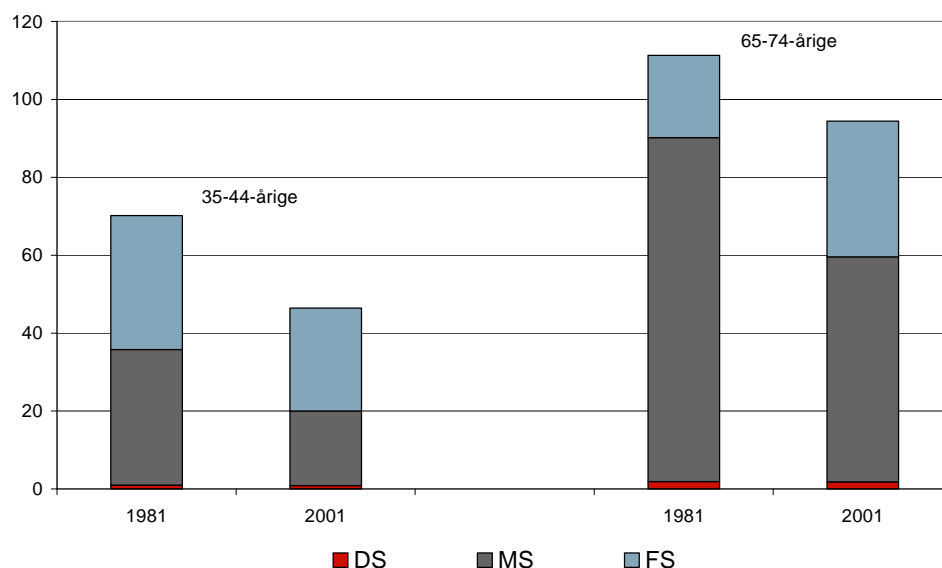
Systematiske befolkningsundersøgelser viser, at den sociale ulighed i tand-sundhed er gradvist reduceret blandt de yngre og midaldrende voksne. Hos voksne i alderen 25-44 år ses, at 97,4 pct. af de med lavt uddannelsesniveau har 20 eller flere tænder, hvor det tilsvarende tal for de med mellem og højt uddannelsesniveau er hhv. 97,8 pct. og 99,3 pct.. Som illustreret i figur 5.2.10. er andelen af 45-66-årige med 20 eller flere tænder markant stigende fra 1987 til 2005 indenfor alle uddannelsesniveauer. Yderligere ses, at forskelle i tandstatus mellem kort-, mellem og højt uddannelsesniveau gradvist reduceres i perioden.

#### 7.2.2.2 Caries

Repræsentative befolkningsundersøgelser blandt voksne foretaget i 1981<sup>40</sup> og 2001<sup>41</sup> viser et tydeligt fald i forekomsten af caries blandt midaldrende voksne og ældre i den 20-årige periode.



Figur 5.2.11. Carieserfaringen udtrykt ved gennemsnitligt antal tandflader med ubehandlet caries (DS), mistede tandflader (MS) og fyldte tandflader (FS) hos yngre og ældre voksne danskere i 1981 og 2001.

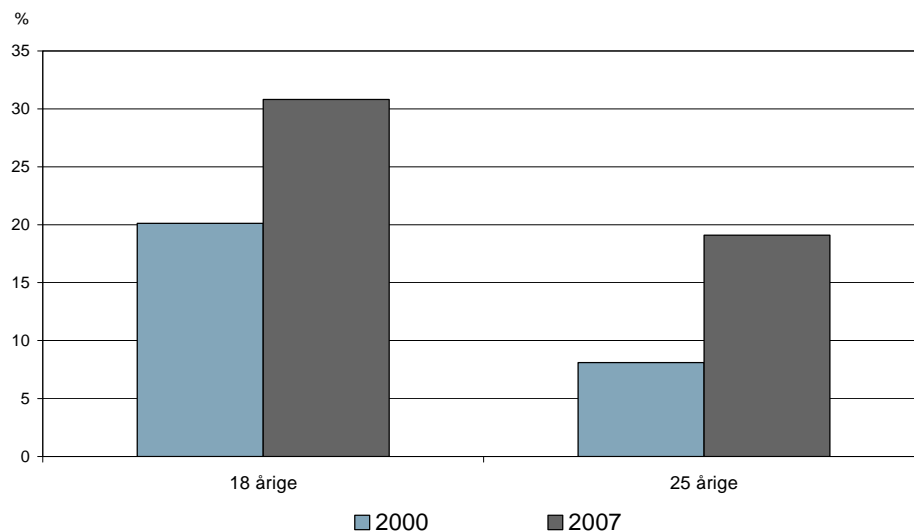


Kilde: E. Kirkegaard 1987 og U. Krstrup 2004

Landsdækkende undersøgelser af tandforhold hos voksne viser, at omkring 80 pct. af alle voksne kan betragtes som regelmæssige brugere af voksentandplejen<sup>42</sup>. For aldersgrupperne 16-24 år og op til 55-64 år går 8-9 ud af 10 personer regelmæssigt til tandlæge (1 gang om året i de seneste 5 år), og dette gælder for to tredjedele af 65-74-årige og næsten halvdelen af ældre på 75 år og derover. Den mindre forekomst af regelmæssige tandlægebesøg hos de ældre kan til dels tilskrives tandløshed. Uanset alder er der imidlertid flere regelmæssige brugere af tandplejesystemet blandt voksne med gode socioøkonomiske levekår i forhold til voksne med ringe sociale og økonomiske levekår.

Der er siden 2000 indsamlet oplysninger om voksenbefolkningens tandsundhed via de praktiserende tandlæger og sygesikringssystemet. Data giver mulighed for at overvåge udviklingen i cariesforekomsten samt antallet af tænder for den del af voksenbefolkningen, der anvender praksistandpleje på kommunalt, regionalt og nationalt niveau.

Figur 5.2.12. Procentvis fordeling af cariesfrie 18-årige og 25-årige i 2000 og 2007 (de 18-årige er ikke obligatorisk indberetningspligtige dog indberettes frivilligt cirka halvdelen af en fødselsårgang).

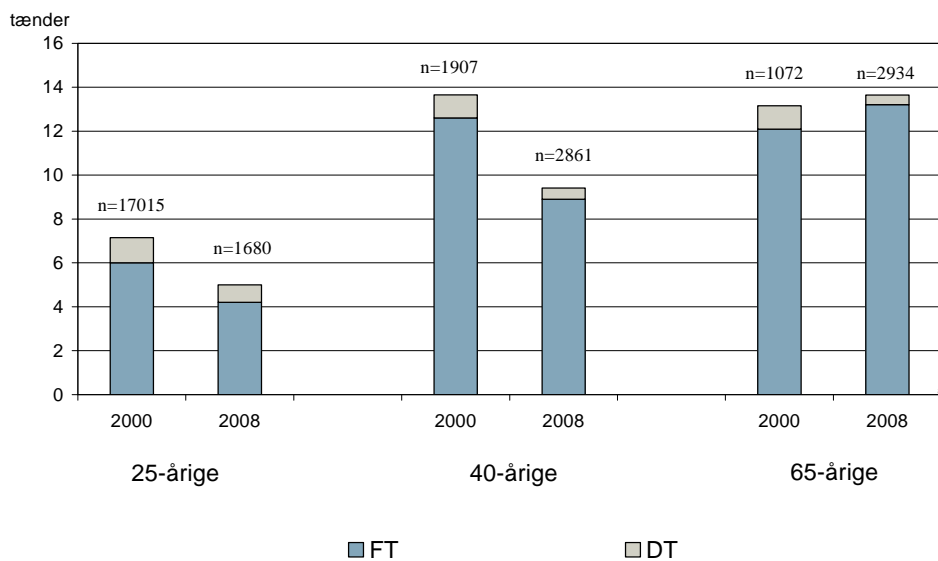


Kilde: SCOR-registret og CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

Som det fremgår af figur 5.2.12., er det sket en markant stigning i det relative antal cariesfrie 18-årige og 25-årige i perioden fra 2000 til 2007.

Den samlede carieserfaring, beskrevet som det gennemsnitlige antal tænder med fyldning FT og tænder med ubehandlet caries DT, er i de seneste årti forbedret (figur 5.2.13.). Antallet af tænder med fyldninger er reduceret for de yngre og midaldrende voksne. Hos de ældre ses dog en mindre stigning i antallet af fyldninger, hvilket skal ses i sammenhæng med stigning i antallet af tænder. Mængden af ubehandlet caries er lav for alle aldersgrupper, men den største reduktion i ubehandlet caries ses hos de midaldrende og ældre voksne.

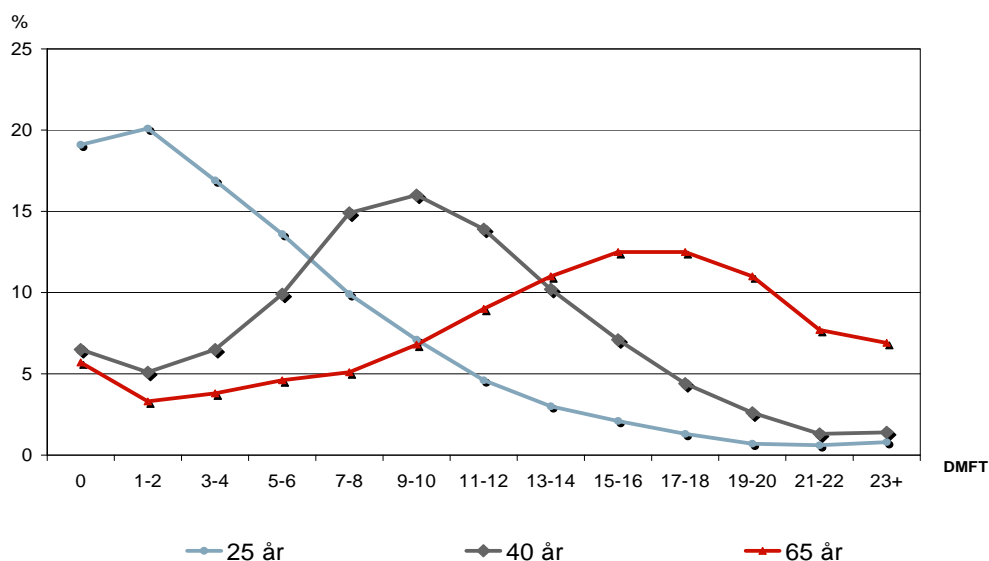
Figur 5.2.13. Carieserfaringen udtrykt ved gennemsnitligt antal tænder med ubehandlet caries (DT) og fyldte tænder (FT) hos yngre og ældre betandede voksne danskere i 2000 og 2007.



Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

For de yngre voksne ses i 2007, at hovedparten har ingen eller lav cariesforekomst, mens en mindre gruppe har moderat eller høj cariesforekomst. De fleste midaldrende har moderat cariesforekomst, og få har ingen eller lidt caries eller mange tænder med carieserfaring. Langt størstedelen af de ældre har moderat til høj carieserfaring, og meget få ældre har lav carieserfaring (figur 5.2.14).

Figur 5.2.14. Procentvis fordeling af voksne i relation til antal tænder med caries (DMFT-index) i 2007.



Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregisteret)

Den kommunale tandpleje har bidraget til at nedbringe omfanget af tandsygdommene hos børn og unge, og den positive udvikling kan nu også noteres blandt de voksne. Store dele af voksenbefolkningen har nydt godt af regelmæssig tandpleje i barneårene; tre fjerdedele af voksne i alderen 35-44 år har deltaget i det kommunale tilbud om børnetandpleje, mens en fjerdedel har fulgt tandpleje hos privat tandlæge<sup>43</sup>. Også halvdelen af 65-74-årige danskere har deltaget i regelmæssig tandpleje i barneårene. Langtidseffekten af deltagelse i regelmæssig tandpleje i barneårene viser sig ved, at der er bevaret flere naturlige tænder, og andelen af tandløse og protesebærere er lavere sammenlignet med personer, der ikke fik tilbud om tandpleje i barneårene. Klinisk-epidemiologiske undersøgelser bekræfter ligeledes den forebyggende effekt af børnetandplejen målt ved reduceret cariesindeks<sup>44</sup>.

### 7.2.2.3 Paradentose

En national undersøgelse<sup>45</sup> har i 2000 vist, at let fordybede tandkødsломmer (4-5 mm) forekommer hos 36 pct. af de 34-44-årige, og tilsvarende ses hos 66 pct. af de 65-74-årige. De let fordybede tandkødsломmer rammer gennemsnitligt 7 pct. af tænderne hos de 34-44-årige og 21 pct. af tænderne for de 65-74-årige. Dybe tandkødsломmer (over 6 mm) forekommer hos 6 pct. af de 35-44-årige og 20 pct. af de 65-74-årige. De dybe tandkødsломmer rammer gennemsnitligt 1 pct. af tænderne hos de 34-44-årige og gennemsnitligt 5 pct. af tænderne hos de 65-74-årige. Et maksimalt tab af tandfæste (største tab målt i tandsættet) på 4-5 mm fandtes hos 19 pct. af de 35-44 årige og hos 49 pct. af de 65-74 årige. Et maksimalt tab af tandfæste på 6 mm eller mere fandtes hos 0,7 pct. af de 35-44-årige og hos 16 pct. af de 65-74-årige. En nyere dansk undersøgelse<sup>46</sup> har vist, at 12 pct. af voksne danskere i alderen 21-63 år har manifest tegn på paradentose. Videre fandt undersøgelsen at 12 pct. af de voksne befandt sig i en gråzone, med mindre sikre tegn på paradentose, mens de resterende 76 pct. ikke havde paradentose. I lighed med andre internationale undersøgelser viser danske undersøgelser således, at paradentose forekommer hos en begrænset del af voksenbefolkningen, og at udbredelsen samt sværhedsgraden af paradentose stiger med alderen.

Der findes ikke danske undersøgelser, der med sikkerhed kan vise, hvordan forekomsten af paradentose har forandret sig over tid, men der findes data fra svenske tværsnitsundersøgelser foretaget med 10 års opfølgning<sup>47</sup>. Resultater fra disse undersøgelser viser, at andelen af voksne med sundt tandkød blev markant forøget fra 8 pct. i 1973 til 44 pct. i 2003. Andelen af voksne med tandkødsbetændelse blev reduceret fra 41 pct. til 18 pct., og andelen med mild paradentose blev reduceret fra 47 pct. til 28 pct.. Særligt for de ældre aldersgrupper blev der observeret en reduktion i forekomsten af paradentose. Bemærkelsesværdigt er dog, at andelen af personer med svær paradentose derimod var uforandret på omkring 11 pct..

### 7.2.2.4 Særligt udsatte befolkningsgrupper

Personer, der er socialt, økonomisk eller helbredsmæssigt dårligt stillede, har i højere grad end andre et stort tandplejebehov. Særligt vanskeligt stillede personer omfatter samfundets marginaliserede grupper. Der tænkes i denne forbindelse på arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere<sup>48</sup>, narkomaner, hjemløse, alko-

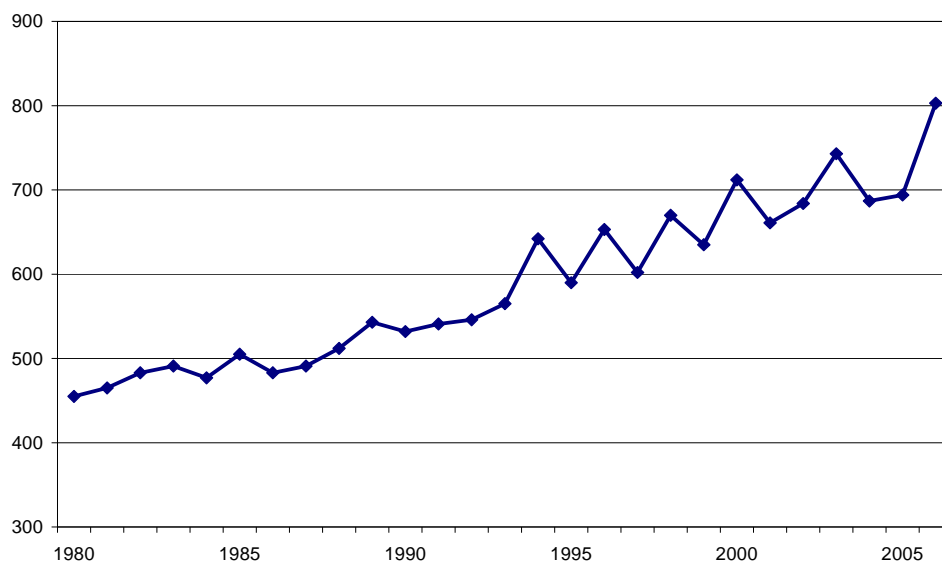
holikere, psykisk syge<sup>49</sup> samt ældre mennesker med nedsat motorisk og kognitiv funktion<sup>50</sup> og institutionaliserede grupper. I henhold til en national undersøgelse<sup>51</sup> forekommer et stort objektivi behov for tandpleje relativt hyppigere blandt personer, der er dårligt stillede socialt, økonomisk og helbredsmæssigt, ligesom disse personer i mindre grad udnytter det eksisterende tilbud om tandpleje hos privatpraktiserende tandlæge<sup>52</sup>. De dårligt stillede personer viser i mindre grad egenomsorg for tandsundhed (inkl. regelmæssige tandplejevaner) og har ofte usunde kostvaner og højt tobaksforbrug<sup>53</sup>. Danske undersøgelser af alderspensionister har vist, at ældre, der lever et inaktivt liv, har højere risiko for symptomer fra tænder og tandkød, og de søger i mindre grad tandlæge regelmæssigt. Ældre mennesker med svag kontakt til deres børn, eller som lever alene eller isoleret, har alt andet lige dårligere tandstatus og tandplejevaner end ældre med høj kontakt. Co-morbiditet (samtidig forekomst af sygdom) er udbredt hos de ældre, og dårligt tandhelbred er signifikant hyppigt forekommende hos ældre, der lider af kroniske lidelser og almene sygdomme<sup>54</sup>

#### 7.2.2.5 Livsstilsrelaterede sygdomme i mundhulen

Tobaksforbrug er risikofaktor for især parodontose, og mundhulekræft (oral cancer). Undersøgelser af yngre voksne danskere har afdækket, at tandstatus er dårligere hos rygere, og desuden er regelmæssige tandplejevaner mindre hyppige blandt storrygere<sup>55</sup>. Kombinationen af højt tobaksforbrug og ekstremt alkoholforbrug øger risikoen for mundhulekræft betragteligt. Ifølge Sundhedsstyrelsens Cancerregister<sup>56</sup> lå prævalensen af oral cancer (mund og svælg) i Danmark i 1999 på 4.665 registrerede tilfælde, og dette svarer til 2,3 pct. af alle cancertilfælde. Oral cancer optræder hyppigst i relation til læbe, tunge og spytkirtler. Figur 5.2.15. viser, at antallet af nydiagnosticerede cancertilfælde i mund og svælg har været stigende gennem de sidste 20 år.

Ifølge det Nationale Diabetes Register (Sundhedsstyrelsen) er der i perioden fra 1997 til 2005 konstateret omkring 20.000 nye tilfælde af diabetes årligt. I samme periode er det samlede antal personer med diabetes steget fra 117.581 til 206.083. Der opleves altså i de senere år en markant stigning i forekomsten af diabetes. Stigningen i antallet af diabetespatienter forventes at have indflydelse på forekomsten af patienter med paradentose samt andre behandlingskrævende odontogene infektioner.

Figur 5.2.15. Antallet af nydiagnosticerede cancertilfælde i mund og svælg i perioden 1980-2005<sup>57</sup>.



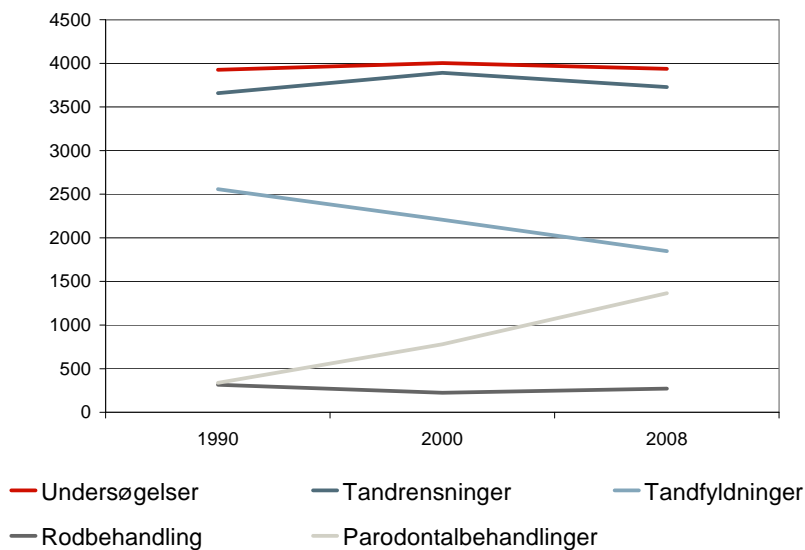
Kilde: Sundhedsstyrelsen

#### 7.2.2.6 Forbrug af sygesikringsydelser

I dette afsnit præsenteres en oversigt over de ydelser, der er omfattet af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og henholdsvis Tandlægeforeningen og Dansk Tandplejerforening i 1990, 2000 og i 2008. Ydelserne er grupperet i kategorier indenfor de enkelte undersøgelses- og behandlingsområder.

Det samlede antal undersøgelser og tandrensninger er overvejende uændret fra 1990 til 2008, dog med en meget svag stigning i 2000 (figur 16). Der ses et markant fald i antallet af fyldninger, hvorimod der ses en kraftig stigning i antallet af paradentosebehandling i samme periode. Omfanget af ydelser med fyldningsterapi er dog stadig højere end omfanget af paradentosebehandling. Antallet af ydelser anvendt i forbindelse med rodbehandlinger er uændret fra 1990 til 2008.

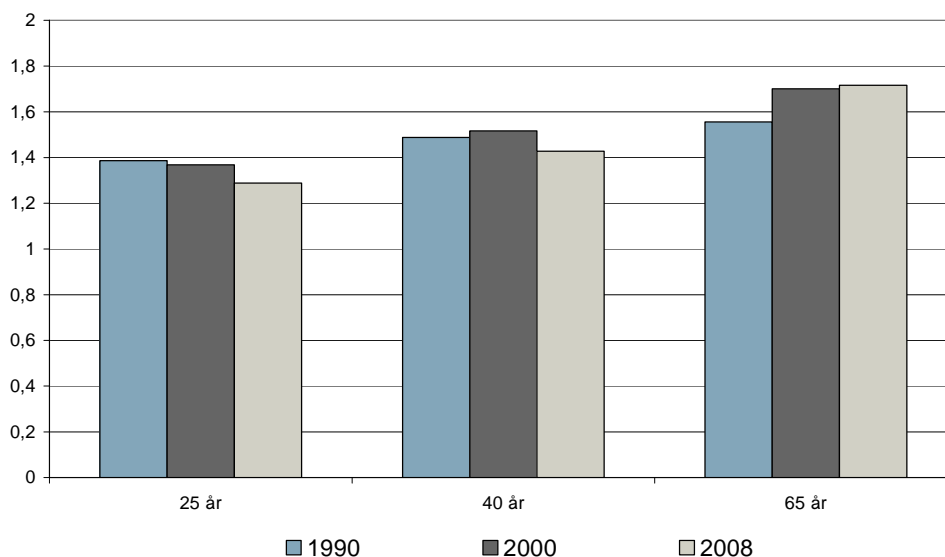
Figur 5.2.16. Samlede sygesikringsydelser i 1990, 2000 og 2008. Opgjort i 1.000.



Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

I figur 5.2.17. ses et mindre fald i antallet af undersøgelser pr. borger for de 25-årige og de 40-årige fra 1990 til 2008. Derimod ses der en stigning i antallet af undersøgelser pr. borger blandt de 65-årige, der således modtog flest undersøgelser ud af de tre aldersgrupper i 2008.

Figur 5.2.17. antallet af undersøgelser pr. borger blandt 25-, 40- og 65-årige.

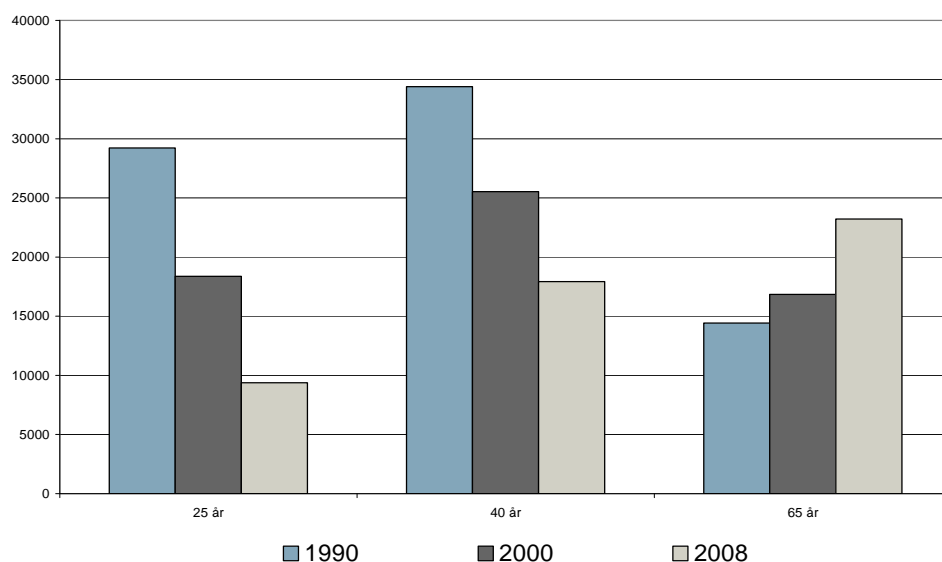


Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

Af figur 5.2.18 ses, at antallet af personer, der har modtaget ydelser med fyldningsterapi for de 25- og 40-årige, er reduceret kraftigt fra 1990 til 2008. For de

65-årige ses dog en stigning i antallet af personer, som har modtaget ydelser med fyldningsterapi i samme periode. Hvor antallet af personer, som har modtaget ydelser med fyldningsterapi, tidligere var højest blandt de 40-årige i 1990 og 2000, er antallet af personer, som har modtaget ydelser med fyldningsterapi, højest blandt de 65-årige i 2008.

Figur 5.2.18. Antallet af personer, som har modtaget ydelser med fyldningsterapi blandt 25-, 40- og 65-årige.

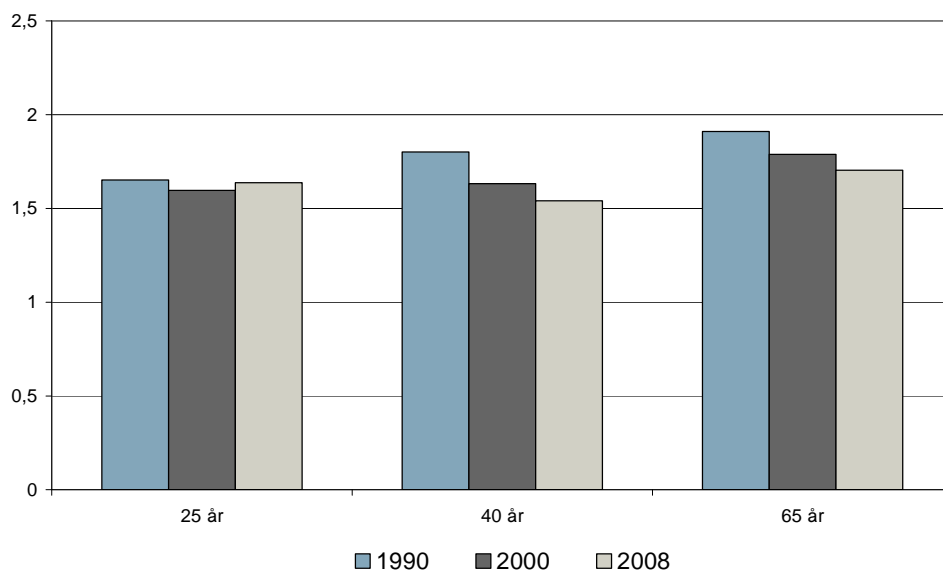


Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsstatistik)

Af figur 5.2.19 ses, at mens antal ydelser med fyldningsterapi pr. borger, som har modtaget ydelser med fyldningsterapi er uændret blandt de 25-årige, er antallet svagt faldende blandt de 40-årige og 60-årige fra 1990 til 2008.



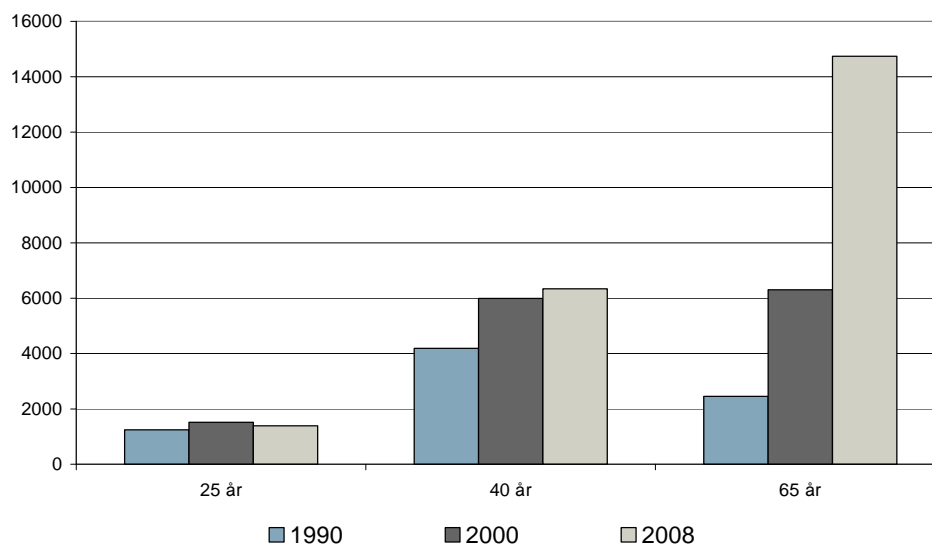
Figur 5.2.19. Antal ydelser med fyldningsterapi pr. borger, der har modtaget ydelser med fyldningsterapi blandt 25-, 40- og 65-årige.



Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

For alle tre aldersgrupper stiger paradentosebehandlingerne fra 1990 til 2000 og til 2008. I 2008 er det langt overvejende de 65-årige, som modtager disse ydelser (figur 5.2.19).

Figur 5.2.20. Antallet af personer, der har modtaget paradentosebehandling blandt 25-, 40- og 65-årige.

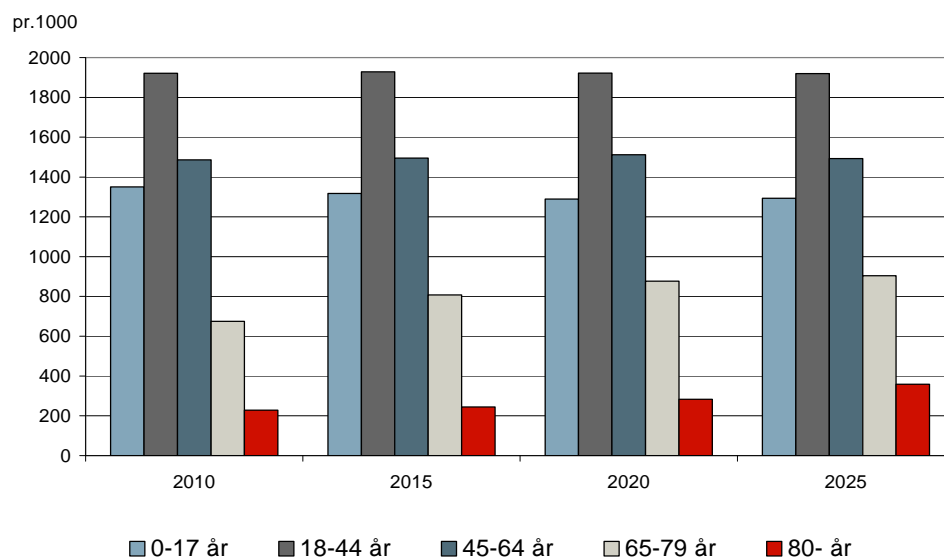


Kilde: CSC Scandihealth (tidligere sygesikringsregistret)

### 7.2.3 Demografisk udvikling i befolkningen

Ifølge tal fra Danmarks Statistik vil den samlede befolkning i perioden fra 2010 til 2025 øges fra cirka 5,5 mio. til 5,6. Som vist i figur 5.2.20., forventes det, at antallet af børn og unge vil falde svagt fra 2010 frem mod år 2025. Antallet af yngre og midaldrende voksne vil overvejende være uændret i perioden, hvorimod antallet af ældre og især de ældste ældre vil stige markant.

Figur 5.2.21. Demografiske udvikling i Danmark for aldersgrupper. Opgjort i 1.000.



Kilde: Danmark Statistik, Statistikbanken 2009

## 7.3 Forventninger til udviklingen i tandsundheden og behandlingsbehovet

I dette afsnit gennemgås forventninger til den fremtidige udvikling i tandsundheden i befolkningen samt behandlingsbehovet i tandplejen. Afsnittet er baseret på oplysninger om den tidligere udvikling i tandsundheden, demografiske forhold samt bidrag fra medlemmerne af tandplejens prognoseudvalg.

### 7.3.1 Børn og unge

Hos børn og unge må det forventes, at forbedringer i tandsundheden vil fortsætte, og der forventes en langsom men gradvis reduktion i cariesforekomsten, hvor flere børn forbliver cariesfrie, og færre børn vil have en høj forekomst af caries.

Det forventes, at der stadig vil være ulighed i tandsundhed blandt børn i relation til sociale, kulturelle og økonomiske forhold.

Der forventes et vedvarende behov for en særlig forebyggende og sundhedsfremmende indsats for de dårligt stillede børn og unge.

Eksisterende geografiske forskelle i tandsundheden blandt børn og unge forventes langsomt gradvist reduceret.

Tanderosioner blandt børn og unge forventes at være et stigende tandsundhedsproblem og forventes at øge behovet for forebyggelse og sundhedsfremme. Det er usikkert i hvor høj grad erosioner vil medføre behov for tandrestaureringer. Omfanget af tanderosioner er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt beskrevet.

Behov for operativ cariesbehandling må forventes gradvist reduceret. En stor del af cariesforekomsten blandt børn og unge forventes fortsat at skulle behandles non-operativt, hvilket medfører opgaver med forebyggelse og sundhedsfremme.

Omfanget af ortodontiske behandlinger for børn og unge forventes uændret i kommunal tandpleje.

Efterspørgslen for kosmetiske ortodontiske behandlinger forventes øget i privat praksis, idet børn og unge og deres forældre påvirkes af sociale normer og ”beauty culture”.

### 7.3.2 Voksne

Der forventes en gradvis reduktion af cariesforekomsten blandt yngre og midaldrende voksne.

Behov for operativ cariesbehandling og følger heraf, inkluderende fyldningsterapi, endodontiske behandlinger samt indlæg og kroner blandt yngre og midaldrende voksne, må forventes langsomt gradvist reduceret.

Tanderosioner forventes at være et stigende sundhedsproblem hos yngre voksne og forventes at øge behovet for sundhedsfremme og forebyggelse. Det er usikkert, i hvor høj grad erosioner vil medføre behov for tandrestaureringer. Omfanget af tanderosioner er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt beskrevet.

Blandt ældre voksne over 65 år forventes en svag stigning i cariesforekomsten, idet de ældre i højere grad forventes at bevare egne tænder, levealderen forventes at stige og ældre vil leve længere med almen-medicinske sygdomme samt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, der øger risikoen for udvikling af tand-sygdomme.

Antallet af ældre med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, der har brug for omsorgstandpleje, forventes at stige gradvist.

Opgaver med forebyggelse og sundhedsfremme, særligt for svagelige ældre med almen-medicinske sygdomme samt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, forventes øget betragteligt.

Stigningen i antallet af ældre forventes at øge omfanget af komplekse sygdomsbilleder på grund af sammenhængen mellem orale sygdomme og almen-medicinske sygdomme og deres behandling (medicin).

Blandt ældre voksne over 65 år forventes en stigning i operativ carierterapi og følger heraf, inkluderende fyldningsterapi, endodontiske behandlinger samt indlæg og kroner.

Ældre voksne over 65 år har stor tidligere carieserfaring med mange fyldninger og faste protetiske erstatninger, der kræver vedvarende vedligeholdelsesbehandling

En del af cariesforekomsten blandt ældre voksne over 65 år forventes at kunne behandles non-operativt, hvilket medfører, at opgaver med forebyggelse og sundhedsfremme vil øges.

Udfasningen af amalgam forventes at øge behandlingstiden, og behovet for udskiftning af tandfyldninger forventes at stige som følge af plastfyldningers kortere funktionstid.

Der findes kun en begrænset viden, der kan kvalificere forventninger om udviklingen i den parodontale status i Danmark. Bevarelsen af flere tænder hos voksne og en øget levealder kan dog forventes at medføre en stigning i forekomsten af parodontal sygdom.

Forekomsten af svær paradentose i voksenbefolkningen forventes uændret efter svenske erfaringer.

Der forventes en reduktion i omfanget af rygning, hvilket kan medføre en reduktion i forekomsten af parodontal sygdom.

Fremtidens voksne forventes i stigende grad at efterspørge mere komplekse tandbehandlinger, hvor manglende tænder ønskes erstattet med fast protetik understøttet af implantater. Det forventes, at der i løbet af de næste 20 år vil være et betydeligt behov for enkelttands-implantater.

Tandimplantater kræver forebyggelse og vedligeholdelsesbehandling i lige så høj grad som naturlige tænder.

Den øgede behandling med tandimplantater vil kunne medføre flere kæbekirurgiske behandlinger, eftersom implantatbehandlinger før indsættelse kræver større rekonstruktioner i forbindelse med tab af knogle / blødtvæv eller medfører komplikationer.

Omfanget af kosmetiske tandbehandlinger hos voksne forventes at udgøre en betydelig del af de samlede tandbehandlinger, idet der generelt er en stigende efterspørgsel efter kosmetiske behandling i sundhedsvæsenet.

Det forventes, at der stadig vil være ulighed i tandsundhed blandt voksne i relation til sociale, kulturelle, økonomiske og helbredsmæssige forhold. Denne ulighed forventes dog langsomt reduceret.

Der forventes et vedvarende behov for en særlig forebyggende og sundhedsfremmende indsats for de dårligt stillede grupper af voksne.

Eksisterende geografiske forskelle i tandsundheden blandt voksne forventes langsomt gradvist reduceret.

Tandtab hos voksne, især blandt de ældre, forventes gradvist reduceret, og kun få procent af voksenbefolkningen vil være tandløse om 15 år. Parallelt hermed vil antallet af tilstedeværende tænder øges, og det forventes at, om cirka 15 år vil størstedelen af voksenbefolkningen have et funktionelt tandsæt (20 tænder eller mere).

Den reducerede forekomst af tandløshed i voksenbefolkningen vil medføre en reduktion i behandlinger med helproteser, hvilket i begrænset omfang forventes at øge efterspørgsel efter behandling med partielle proteser i perioden indtil 2025.

Der forventes en forøgelse af ortodontisk behandling blandt voksne, dels af præprotetiske årsager og dels som følge af sent udviklede forandringer i tandsættet.

Omfanget af kosmetiske ortodontiske behandlinger hos voksne forventes øget, idet der generelt er en stigende efterspørgsel efter kosmetiske behandling i sundhedsvæsenet.

Der forventes et øget antal cancerpatienter med behov for udredning, diagnostik og fokussanering samt efterbehandlinger af komplikationer til strålebehandling.

Ændrede medicinske behandlinger, (eksempelvis behandling med bisfosfonat), og pakkeforløb, forventes at øge mængden af patienter der skal fokussaneres. Bl.a. anbefales myelomatosepatienter forud for bisfosfonatbehandlingen at blive fokusundersøgt i en tand-, mund- og kæbekirurgisk afdeling, og disse patienter vil blive en ny patientgruppe.

## 7.4 Forventninger til det fremtidige behov for tandplejepersonale

I dette afsnit beskrives forventninger til behovet for tandplejens autoriserede fagpersoner på baggrund af tidligere betragtninger vedrørende fremtidige ændringer i tandsundheden og behandlingsbehovet.

### 7.4.1 Tandlæger

Den forbedrede tandsundhed blandt børn og unge forventes gradvist at reducere de tandlægelige opgaver med operativ cariesbehandling og fyldningsterapi. Der forventes at være et uændret behov for opgaver med avanceret diagnostik og behandling.

Den faldende forekomst af caries blandt yngre og midaldrende voksne forventes at medføre et faldende behov for operativ cariesbehandling og følger heraf, inklusiv fyldningsterapi, endodontisk behandling samt indlæg og kroner. Disse behandlinger forventes dog at være svagt stigende blandt ældre voksne over 65 år særligt som følge af øget antal tænder og levealder. Bevarelse af flere tænder

hos voksne og en øget levealder kan ligeledes forventes at medføre en stigning i omfanget af paradentosebehandlinger. Stigningen i antallet af ældre forventes at øge omfanget af kompleks diagnostik og behandlinger som følge af sammenhæng mellem oral sygdom og almenmedicinsk sygdom. Behovet for mere komplekse tandbehandlinger som avanceret protetik og behandling med implantater forventes at øges som følge af en stigende efterspørgsel.

Der forventes forsat at være store opgaver med generel og individuel forebyggelse og sundhedsfremme for såvel børn, unge, voksne og ældre. Disse opgaver kan varetages af andre personalegrupper end tandlæger.

Samlet vurderes, at forudsat at opgaver der kan varetages af andre end tandlæger uddelegeres, vil der, i særlig grad i slutningen af perioden frem mod år 2025, være et faldende behov for tandlæger.

#### 7.4.2 Tandplejere

Den stigende tandsundhed hos børn, unge og yngre og midaldrende voksne vil fremover medføre, at opgaverne i stigende grad for denne gruppe vil bestå af individuel og generel forebyggelse, undersøgelse og ukompliceret diagnostik. For særlige risikogrupper herunder de svagelige ældre vil der forsat være behov for en målrettet forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Bevarelse af flere tænder hos voksne og en øget levealder kan forventes overordnet at medføre en stigning i omfanget af lettere paradentosebehandlinger.

Diplomuddannelse af tandplejere indenfor ortodonti samt nyudvikling af ortodontiske apparatur forventes fremover at føre til en øget uddelegering af opgaver i forbindelse med ortodontisk behandling til tandplejere.

Samlet vurderes, at opgaver der kan varetages af tandplejere fremover vil være stigende, og der vil således være et stigende behov for tandplejere.

#### 7.4.3 Kliniske tandteknikere

Det formindskede tandtab i voksenbefolkningen forventes at medføre en reduktion i behandlinger med aftagelige proteser og forventes at reducere behovet for kliniske tandteknikere.

#### 7.4.4 Specialtandlæger i ortodonti

Antallet af børn og unge forventes meget svagt faldende i perioden frem mod 2025, og behovet for ortodontisk behandling af denne gruppe forventes stort set uændret eller evt. svagt stigende pga. en øget efterspørgsel af kosmetiske årsager. Hos voksne formodes ligeledes en svagt stigende efterspørgsel pga. såvel funktionelle som kosmetiske årsager. Dog kan det forventes, at strukturelle forandringer i kommunal tandpleje og udvikling i behandlingsmuligheder vil øge uddelegeringen af opgaver til andre personalegrupper, hvilket vil resultere i en reduktion af opgavemængden for specialtandlægen.

Behovet for specialtandlæger i ortodonti forventes ud fra de kendte normeringsforhold samlet at være uændret i årene frem mod 2025.

#### 7.4.5 Specialtandlæger i tand-, mund og kæbekirurgi

Det forventes, at stigning i incidensen af hoved- halscancer sammenholdt med et heraf stigende behov for focussaneringer samt efterbehandlinger i form af rekonstruktioner vil føre til, at opgaver indenfor specialet i tand- mund og kæbekirurgi vil stige svagt. Stigning i andre livsstilsrelaterede sygdomme forventes ligeledes at medføre en svag stigning i opgaverne i tand-, mund og kæbekirurgi.

Indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter, med faste forløbstider for påbegyndelse af behandling siden 2008, har resulteret i et øget vagtberedskab på de tand-, mund og kæbekirurgiske afdelinger.

Behovet for specialtandlæger i tand-, mund og kæbekirurgi forventes samlet at være svagt stigende i årene frem mod 2025.

## 8 Diskussion og anbefalinger

I dette afsnit sammenfattes de væsentligste resultater i tandplejeprognozen vedrørende udbud af tandplejens autoriserede personalegrupper samt fremtidige scenarier for efterspørgslen efter tandplejens personalegrupper. Yderligere præsenteres prognoseudvalgets anbefalinger vedrørende den fremtidige sikring af udbuddet af tandlæger, tandplejere, kliniske tandteknikere og specialtandlæger til varetagelse af opgaver i den offentlige og private tandpleje.

### 8.1 Tandlæger

#### 8.1.1 Udvikling i antallet af tandlæger

Udviklingen i det tandlægelige arbejdsmarked viser, at der fra 1997 til 2006 var et overvejende uændret udbud af erhvervsaktive tandlæger. Der er dog observeret en ændring i aldersfordelingen således, at der i 2006 var flere tandlæger over 60 samt flere yngre tandlæger under 35 år. I 2006 var 18 pct. af alle tandlæger mellem 60-69 år, hvilket medfører en forventning om, at en stor del af tandlægerne går på efterløn og pension i de kommende år. Fremskrivningen viser, at det samlede antal tandlæger forventes at falde frem mod 2025, hvor det største fald på cirka 1.000 tandlæger findes i perioden 2007-2019. Faldet i antallet af tandlæger tilskrives primært efterløn og pensionering.

Ændringer af pensionsalderen vil have betydelig indflydelse på det fremtidige udbud af tandlæger. Tal fra Bevægelsesregisteret viser, at kvinder går tidligere på pension end mænd. Da antallet af kvinder blandt de ældre årgange af tandlæger ikke er særlig stort, er det vanskeligt at forudsige udviklingen i pensionsalderen for kvinder. Hvorvidt det øgede antal kvinder blandt de yngre årgange på langt sigt vil resultere i et fald i den gennemsnitlige pensionsalder for tandlæger er usikkert. Det er videre vanskeligt at vurdere den fremtidige udvikling i omfanget af deltidsansættelser. Derimod må det forventes, at andelen af tandlæger på barselsorlov fremover vil stige som følge af det øgede antal kvindelige tandlæger.

Optaget til specialtandlægeuddannelsen er siden 1997 næsten fordoblet fra omkring 6 tandlæger til omkring 11 tandlæger årligt. Dette vil i et meget begrænset omfang sænke udbuddet af tandlæger uden specialtandlægeuddannelse. Såfremt optaget ved specialtandlægeuddannelserne fremover øges, vil udbuddet af tandlæger uden special-tandlægeuddannelse reduceres yderligere.

#### 8.1.2 Ændring i de tandlægelige opgaver

Som beskrevet i kapitel 5 forventes det, at den positive udvikling med forbedring af tandsundheden i befolkningen gradvist vil fortsætte, hvilket vil medføre et fald i omfanget af tandlægelige opgaver med kurativ og reparativ behandling. Samtidig vil et øget antal ældre med naturlige tænder og nye forbedrede behandlingsmetoder forventes at øge behovet for avanceret tandlægelig diagnostik og behandling. Det forventes, at den største behandlingsbyrde i de næste 10-20 år vil ligge hos de ældre og midaldrende voksne.



Denne prognose har i belysningen af tandsundheden og det fremtidige behandlingsbehov for voksne primært fokuseret på de to store tandsygdomme, caries og paradentose, samt følgetilstande heraf. Der vil herudover være behov for behandling af andre lidelser i mund og tænder som bidfunktionelle lidelser og oral medicinske sygdomme, tandtraumer mv. Overordnet set kan det således forventes, at den samlede omgavemængde for tandlæger vil være større end skildret i nærværende prognose.

Tandlæger er, i kraft af deres uddannelse, i stand til at varetage alle områder inden for de odontologiske behandlinger. Som tidligere anført i Tandplejens Strukturrapport fra 2004, indgår det lavteknologiske arbejdsområde (forebyggelse, undersøgelse og diagnostik) som en integreret del af det tandlægefaglige arbejdsområde, til trods for at det kan varetages af andre personalegrupper. For så vidt angår moderat teknologi (reparativ behandling) må dette betragtes som tandlægens faglige kerneområde, som – med undtagelse af aftagelig protetik – ikke kan varetages af andre personalegrupper inden for tandplejen. Høj teknologi (avanceret diagnostik, restorativ behandling, specialbehandlinger) er ligeledes et område, der kun kan varetages af tandlæger eller specialtandlæger.

I den tidligere Tandplejeprognose fra 2001 blev det vurderet, at såfremt den daværende fordeling af arbejdsopgaver indenfor tandplejen blev opretholdt, ville udviklingen formentlig resultere i en mangel på tandlæger. En af måderne, hvorpå det skønnes hensigtsmæssigt at imødekomme tandlægemanglen, var en ændring i opgavefordelingen mellem tandlæger og tandplejere. Nogle af de arbejdsopgaver, der kan varetages af andet tandplejepersonale end tandlæger, kan således med fordel uddelegeres eller videregives. I forhold til at sikre den nødvendige kapacitet vurderes det således at være hensigtsmæssigt, at tandlæger fremover yder en mindre del af de lavteknologiske og forebyggende behandlingsydelser. Derimod vurderes det, at for at kunne imødekomme fremtidens krav til behandling og under hensynstagen til den øgede specialisering, bør der ske en styrkelse af tandlægerens indsats i forhold til højteknologiske behandlingsmuligheder. Tandlægerens fremtidige rolle i tandplejen kan således forventes at blive tiltagende specialiseret, hvilket stiller ændrede krav til den fremtidige videreuddannelse, herunder optjening til selvstændigt virke som tandlæge (tidligere jus practicandi).

Tandplejens Strukturrapport fra 2004 har udarbejdet forskellige løsningsmodeller til bl.a. ændring af opgavefordelingen mellem tandlæger og tandplejere. Flere af Strukturrapportens anbefalinger har i kombination med kommunalreformen medført strukturelle forandringer indenfor såvel den kommunale som den private tandpleje i form af større organisatoriske enheder og ændret teamsammensætning. Det vurderes dog, at der fortsat er behov for strukturforandringer, og at teamsammensætningerne i tandplejen endnu kan ændres hen imod anbefalingerne fra strukturrapporten. Det forventes derfor, at større strukturforandring af tandplejen med fortsat ændring i teamsammensætning og opgaveglidning vil finde sted, men at denne udvikling vil kræve den fornødne tid.

Som tidligere angivet viser fremskrivningen af udbuddet af tandlæger, at der med den nuværende uddannelseskapacitet vil ske et markant fald i antallet af erhvervsaktive tandlæger frem til 2025. Det er således usikkert, om forbedringer i befolkningens tandsundhed, ændring af behandlingsopgaver samt struktur-

forandringer med ændring i teamsammensætning og opgaveglidning vil foregå med samme hastighed som nedgangen i udbuddet af tandlæger. Kapacitetsundersøgelser vedrørende ledige tandlægestillinger i kommunalt og privat regi fandt en vakanceprocent på henholdsvis 5 og 3. Der er således en efterspørgsel efter tandlæger, og herudover melder A-kasser i 2009 en lav ledighed blandt tandlæger.

## 8.2 Tandplejere

### 8.2.1 Udvikling i antallet af tandplejere

Udviklingen blandt tandplejere viser, at der fra 1997 til 2006 er sket en voldsom stigning i antallet af erhvervsaktive tandplejere. Tandplejerne er en ung population. I 2006 var kun cirka 1 pct. 60 år eller mere og der kan i de kommende år ikke forventes en betydelig afgang på grund af efterløn eller pensionering. Andelen af mandlige tandplejere er fortsat begrænset, og det forventes ikke, at den andel vil stige væsentligt.

Da erfaringer med pensionshyppigheden for tandplejere er begrænset, er der i fremskrivningen anvendt en beregnet pensionshyppighed for sygeplejersker, som beskrevet i kapitel 3. Såfremt pensionshyppigheden for tandplejere i fremtiden viser sig at afvige fra sygeplejerskers pensionsalder, vil fremskrivningen ikke være valid.

### 8.2.2 Ændring i tandplejerens opgaver

Som beskrevet i kapitel 5 forventes det, at den positive udvikling med forbedring af tandsundheden i befolkningen gradvist vil fortsætte hvilket vil medføre, at der vil være en større andel af patienter, der kun har brug for lavteknologiske ydelser som undersøgelse, simpel diagnostik og forebyggelse som kan varetages af tandplejere. Et stigende antal ældre med naturlige tænder som har svigtende fysisk og psykisk funktionsevne, vil øge behovet for forebyggende opgaver. Samlet forventes tandplejernes opgaver at stige, og dette bekræfter og underbygger tidligere vurderinger i Tandplejeprognosen fra 2001 og Tandplejens Strukturrapport fra 2004.

Tandplejerne som faggruppe har de seneste 10 år oplevet en stigende anvendelse i tandplejen i såvel den private som den offentlige sektor, og denne udvikling forventes at fortsætte. Tandplejerne indgår i det odontologiske teamsamarbejde og forventes gradvist at foretage en betydelig del af de lavteknologiske opgaver. Tandplejere kan nu, i egen praksis, undersøge og behandle patienter inden for eget virksomhedsområde med tilskud fra sygesikringen. Dette har været muligt siden Dansk Tandplejerforening i 2007 indgik overenskomst for tandplejere med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Det er et mindre antal tandplejere, der arbejder i egen klinik, og erfaringer med tandplejernes beskæftigelse fra dette regi er derfor begrænset. Der opleves efterspørgsel efter tandplejere, og således var der i 2008 for tandplejerne beskrevet en vakanceprocent på 7 primært i privat regi. Et stigende antal tandplejere med høj grad af beskæftigelse bekræfter tandplejernes fulde integration i tandplejen. Det stigende udbud af

tandplejere forventes fremover at kunne dække den øgede mængde opgaver og efterspørgselen efter tandplejere.

## 8.3 Tandlæger og tandplejere

### 8.3.1 Udvikling i det samlede antal tandlæger og tandplejere

Udviklingen i tandplejens arbejdsmarked viser, at der fra 1997 til 2006 var en stigning fra 5.340 til 6.501 i det samlede antal tandlæger og tandplejere hvilket skyldes en stigning i antal tandplejere. Fremskrivningen mod 2025 viser videre, at det samlede udbud af tandlæger og tandplejere konstant vil ligge på omkring 6.500 personer. På nuværende tidspunkt er såvel tandlæger som tandplejere som personalegrupper efterspurgt og fuldt beskæftigede. Fremskrivningerne viser de næste 15 år et fald i antallet af tandlæger, mens antallet af tandplejere stiger tilsvarende. Opgaveglidning fra tandlæge til tandplejer vil kunne afhjælpe en del af nedgangen i antallet af tandlæger. Det er dog vigtigt, at der sikres et tilstrækkeligt antal tandlæger til at løfte de behandlingsopgaver, der de næste 10-20 år vurderes at ligge hos særligt den ældre del af voksenbefolkningen.

## 8.4 Kliniske tandteknikere

### 8.4.1 Udvikling i antallet af kliniske tandteknikere

Prognosen viser, at der fra 1997 til 2006 var et nogenlunde konstant antal af erhvervsaktive kliniske tandteknikere. Da 38 pct. af de kliniske tandteknikere var over 55 år i 2006, forventes det, at en del af de kliniske tandteknikere går på efterløn og pension i de kommende 10 år. Selv om gruppen indeholder mange kvinder, har dette ikke givet sig udslag i tidligere afgang fra arbejdsmarkedet, idet kvindelige tandteknikere går på pension senere end deres mandlige kollegaer.

### 8.4.2 Ændring i de kliniske tandteknikerens opgaver

Som beskrevet i kapitel 5, er der en klar forventning om, at tandtab blandt voksenbefolkningen er kraftigt aftagende, hvilket fremover vil mindske behovet for aftagelig protetik betydeligt.

Behovet for kliniske tandteknikere vurderes således fremover at være aftagende. Foreningen af Kliniske Tandteknikere har vurderet, at der pr. 1. januar 2009 var en vakanseprocent på 2. Det skal her løbende vurderes om den forventede naturlige afgang fra arbejdsmarkedet vil balancere med den reducerede efterspørgsel efter kliniske tandteknikere.

## 8.5 Specialtandlæger

### 8.5.1 Udvikling i antallet af specialtandlæger

Prognosen viser, at der fra 1997 til 2006 er sket en svag stigning i antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi, mens antallet af erhvervsaktive specialtandlæger i ortodonti i perioden er konstant. I 2006 var cirka 39 pct. af specialtandlægerne i tand-, mund- og kæbekirurgi over 60 år mens det tilsvarende tal for specialtandlæger i ortodonti i 2006 var 42 pct. Dette medfører en forventning om, at en betydelig andel af specialtandlægerne går på efterløn og pension i de kommende år. Fremskrivningen viser, at antallet af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi vil falde frem mod 2025, hvor antallet af specialtandlæger i ortodonti vil falde svagt indtil 2017, hvorefter der ses en stigning indtil 2025 som følge af et øget optag på specialtandlægeuddannelsen. Det svage fald i antallet af specialtandlæger kan primært tilskrives efterløn og pensionering.

For specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi er der i en kapacitetsundersøgelse fra 2008 beskrevet en vakanceprocent på landets sygehuse på 18, mens Tandlægernes Nye Landsforenings spørgeskemaundersøgelse ligeledes fra 2008 viser, at der for specialtandlæger i ortodonti er en vakanceprocent 8 i den kommunale tandpleje. Dette underbygger, at der på nuværende tidspunkt opleves at være en øget efterspørgsel efter specialtandlæger.

Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti har oplyst, at tal fra den fælleskommunale løndata viser, at omfanget af ansatte specialtandlæger i ortodonti er steget siden 2007. Foreningen vurderer derfor, at omfanget af vakante stillinger for specialtandlæger i ortodonti kan være faldet siden vakanceundersøgelsen blev gennemført.

I tandplejeprognosen er den beregnede pensionsalder for tandlæger anvendt ved fremskrivningen af populationen af specialtandlæger, idet tandlæger er en langt større gruppe end specialtandlægerne og derfor giver mere valide beregninger. Det har dog været fremført, at pensionsalderen kan være højere for specialtandlæger, hvilket vil betyde, at det fremtidige udbud af specialtandlæger vil være højere end prognosen beskriver.

### 8.5.2 Ændring i opgaver for specialtandlæger i ortodonti

Tandregulering for børn og unge foretages i henhold til gældende visitationskriterier og forventes uændrede. Dog meldes der om en øget efterspørgsel efter tandregulering for voksne i privat regi, hvilket kan medvirke til en svag øgning af den samlede opgavemængde. Samtidig kan strukturelle forandringer i kommunal tandpleje og udvikling i behandlingsmuligheder øge uddelegeringen af opgaver til andre personalegrupper, så som tandlæger og tandplejere, hvilket vil resultere i en reduktion af den samlede opgavemængde for specialtandlægen.

For at kompensere for afgang af specialtandlæger i ortodonti som følge af pensionering i de kommende 10 år, er optaget til videreuddannelsen i ortodonti i 2006 øget til 9 tandlæger om året. Tandplejens prognoseudvalg vurderer, at optaget ved videreuddannelsen i ortodonti ikke kan øges yderligere på grund af begrænset uddannelseskapacitet ved Tandlægeskolerne. Effekten af det øgede

optag følges nøje, idet behovet for specialtandlæger i ortodonti forventes at være konstant i årene frem mod 2025.

#### 8.5.3 Ændring i opgaver for specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi

Der forventes en svag stigning i den samlede opgavemængde for specialtandlægerne i tand-, mund- og kæbekirurgi i hospitalsregi.

Som tidligere nævnt oplever de tand-, mund- og kæbekirurgiske afdelinger på landets sygehuse betydelige rekrutteringsproblemer af specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi. Dette skal holdes op imod, at tal fra Bevægelsesregisteret viser, at 25 pct. af specialtandlægerne har deres primære ansættelse i privat praksis. Det er usikkert om dette tal vil være stabilt i fremskrivningsperioden. Såfremt flere specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi vælger at søge ansættelse i privat regi, vil dette kunne øge omfanget af vakante stillinger på landets sygehuse.

### 8.6 Tandplejeprognosen 2001

Tandplejeprognosen fra 2001 beskriver et større udbud af tandplejens personalegrupper frem mod år 2020, end der forekommer i nærværende prognose. I den tidligere prognose blev det skønnet, at pensionsalderen for alle grupper var 67 år bortset for tandplejerne, hvor pensionsalderen blev bestemt til at ligge mellem 61 og 63 år. I nærværende prognose er pensionsalderen beregnet ud fra personalegruppernes pensionstendenser i perioden 1995-2005. Disse beregninger giver anledning til lavere pensionsalder end dem, der er anvendt i Tandplejeprognosen i 2001. Således er tandlægerens pensionsalder, for en 25-årig tandlæge, beregnet til at være 64 år for mænd og 61 år for kvinder. Årsagerne til forskellene i de to udbudsprognoser skal derfor findes i et forbedret datagrundlag, der mere præcist belyser forhold som efterløn, pensionsalder, omfanget af orlov mv.

### 8.7 anbefalinger og overvejelser

#### 8.7.1 Prognoseudvalgets anbefalinger vedrørende fremtidig dimensionering af specialtandlæger

Optaget ved specialtandlægeuddannelsen i ortodonti ændres ikke, men bevares på 9 tandlæger årligt. Optaget bør løbende evalueres af Sundhedsstyrelsen og justeres, så omfanget af specialtandlæger i ortodonti tilpasses befolkningens behov.

Optaget ved specialtandlægeuddannelse i tand-, mund og kæbekirurgi øges til 4 tandlæger årligt. Optaget bør løbende evalueres af Sundhedsstyrelsen og justeres i tide, så omfanget af specialtandlæger i tand-, mund og kæbekirurgi tilpasses befolkningens behov.

### 8.7.2 Prognoseudvalgets overvejelser vedrørende udbuddet af tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere

Det bør i højest mulige omfang tilstræbes, at arbejdsopgaver, der kan varetages af andet tandplejepersonale end tandlæger, uddelegeres eller videregives. I forhold til at sikre den nødvendige personalekapacitet, vil det således være hensigtsmæssigt, at tandlæger fremover yder en mindre del af de lavteknologiske og forebyggende behandlingsydelser.

Strukturrapportens anbefalinger vedrørende teamsammensætninger i tandplejen bør yderligere belyses. Det anbefales derfor, at de anførte teamsammensætninger valideres i undersøgelser gennemført i relevante tandplejeregi.

Optaget ved tandlægestudiet bør øges svarende til det årlige øgede optag ved specialtandlægeuddannelserne. Herudover bør der i moderat omfang kompenseres for nedgangen i antallet af tandlæger frem mod 2020 med henblik på at afvente strukturændringer i tandplejen. Udbuddet bør løbende vurderes, således at omfanget af tandlæger tilpasses befolkningens behov.

Optaget ved tandplejeruddannelsen bør ikke ændres. Udbuddet bør løbende vurderes, således at omfanget af tandplejere tilpasses befolkningens behov.

Optaget ved uddannelsen til klinisk tandtekniker bør ikke ændres. Udbuddet bør løbende vurderes, således at omfanget af kliniske tandteknikere tilpasses befolkningens behov.

### 8.7.3 Opdatering af tandplejeprognozen

Udbuddet af autoriseret tandplejepersonale inden for de forskellige personalegrupper vil løbende blive evalueret i form af jævnlige opdateringer af tandplejeprognozen. Tandplejens prognoseudvalg vil ved prognosens afslutning fungere som en følgegruppe for det fremtidige arbejde med tandplejeprognozen i Sundhedsstyrelsen. Følgegruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen omkring udarbejdelsen af opdateringer. Dermed bliver det muligt at iværksætte initiativer, der kan sikre at udbuddet af personalegrupperne stemmer overens med efterspørgslen.

## 9 Dissenser

Følgende har afgivet dissenser:

Direktør Lars Holsaae, Tandlægerne Nye Landsforening:

Sundhedsstyrelsen har med brev af 18. januar 2010 fremsendt udkast til prognoserapport til organisationerne med henblik på, at organisationerne kan afgive dissens, der så vil blive optrykt i den endelige rapport.

Tandlægerne Nye Landsforening skal i den forbindelse afgive følgende dissens til prognoserapporten vedrører anbefalingen vedr. optaget ved tandlægestudiet:

Anbefalingen i rapporten er, at der i moderat omfang kompenseres for nedgangen i antallet af tandlæger frem mod 2020.

Anbefalingen er uklar, fordi der ikke er sat antal på det øgede optag. Under udvalgsarbejdet har Erik Sørensen, som repræsentant for TNL, foreslået et øget optag, der udløser 30 flere tandlæger pr. år. Med kompensation for de tandlæger, der vælger specialistuddannelse er det effektivt 45 flere tandlæger svarende til et øget optag på 60, når der tages højde for gennemførselsprocenten ved tandlægestudiet.

Et øget optag vil først kunne få effekt fra 2015,- og det er vigtigt at det sker. Det vil derfor kun kunne tage toppen af det fald på 1000 erhvervsaktive tandlæger, der ellers vil være en kendsgerning frem til 2019. Den løbende opfølgning på denne rapport er afgørende i denne sammenhæng. TNL har i udvalgsarbejdet advokeret for, at den løbende opfølgning finder sted årligt, så løbende justeringer i optagelsestallet ved tandlægeskolerne kan effektueres.

Rapportens udsagn om, at ”det er usikkert om forbedringer i befolkningens tandsundhed, ændringer i teamsammensætning og opgaveglidning til følge, vil foregå med samme hastighed som nedgangen i udbuddet af tandlæger” er et kardinalpunkt. TNL ønsker her at gøre opmærksom på:

At TNL ikke ser en nedgang i befolkningens behov for ydelser på tandplejeområdet, men en ændring. Et fortsat fald i cariesforekomsten hos børn - og det deraf følgende mindre behov for tandlæger - vil blive kompenseret af en øget efterspørgsel hos midaldrende og ældre. Antallet med egne tænder i denne gruppe vil vokse og dermed også behovet for tandpleje. Parodontose vil blive et voksende problem. Syreskader er et voksende problem blandt børn og unge. Erosionerne af tandemaljen fører til en lang række behandlingskrævende senskader hos voksenbefolkningen, hvis omfang endnu ikke kan kvantificeres, men som i værste fald bliver af samme omfang som cariessituationen før indførelse af den opsøgende, forebyggende og behandlende børne- og ungdomstandpleje.

De af Sundhedsstyrelsen i rapport fra 2004 om tandplejens struktur og organisation skitserede bemandingsmodeller for teamtandpleje er lagt

til grund for prognoseudvalgets skøn for tandlægebehovet i fremtiden. Modellerne, der ikke er evidensbaserede, må nødvendigvis undersøges nærmere og relateres til den aktuelle populations tandsundhed for at afgøre om modellerne er brugbare i planlægningen af tandplejens bemanding. Selv med brugbare og evidensbaserede bemandingsmodeller vil gennemførelse af disse forudsætte, at der kan ske en målrettet styring, og at denne styring skal sikre, at både den offentlige og den private sektor lever op til realistiske krav til teamsammensætningen. Den kommunale sektor er meget langt i processen med at have gennemført teamtandpleje, medens udviklingen i den private sektor med overvejende små virksomheder, slet ikke sker i det tempo, som forudsættes for at kunne afbøde den store afgang af tandlæger. TNL finder det urealistisk at forestille sig, at der er politisk vilje til at styre strukturudviklingen og bemandingen i et liberalt erhverv som privat tandlægepraksis.

Til belysning af den kommunale og den private sektors behov for rekruttering af tandlæger har TNL i udvalgsarbejdet støttet KLs ønske om en sektoropdelte oversigt over de erhvervsaktive tandlægers aldersfordelingen. TNL beklager, at en sådan opdeling ikke er indarbejdet i rapporten.

Afslutningsvist er det afgørende for TNL at påpege, at grundlaget for optag til tandlægestudiet ikke blot indsnævres til uddannelse af ”den avancerede behandler”, der kan løse opgaver indenfor det traditionelle behandlingsbehov, men også er uddannelse af tandlæger, der kan løse opgaven som sundhedsleder, diagnostiker på højt niveau og behandler indenfor børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen og til dels specialtandplejen.

Peter Kjærsgaard Nielsen, Kommunernes Landsforening:

Sundhedsstyrelsen har i brev af 18. Januar 2010 fremsendt rapporten, ”Tandplejeprognose 2010 – Personale i tandplejen i Danmark 2007 -2025”, til høring. Rapporten omhandler bl.a. behovet for uddannelse af autoriserede personalegrupper i tandplejen.

KL kan overordnet set tilslutte sig rapportens anbefalinger, herunder at der ned sættes en prognosefølgegruppe.

KL er ikke enig i vurderingen af det fremtidige behov for uddannelse af tandlæger, og har følgende bemærkninger:

Prognoserapporten lægger op til en meget lille forøgelse af uddannelsespladser på tandlægeskolerne. KL anbefaler, at der sker et optag på 20-25 pladser årligt, for at kunne dække afgangens af tandlæger de kommende år. Det fremgår af prognoserapporten, at det er usikkert, om forbedringer i befolkningens tandsundhed, ændring af behandlingsopgaver samt strukturforandringer vil foregå med samme hastighed som nedgangen i udbuddet af tandlæger. Dette skaber risiko for tandlægemangel, især i udkantsområderne.



Opgaverne i den kommunale tandpleje bør, som nævnt i rapporten, løses efter LEON princippet. Mange kommuner har i dag fokus på opkvalificering af klinikassistenter samt øget inddragelse af tandplejere i opgaveløsningen. Dette erstatter efter KL's opfattelse, ikke behovet for øget optag på tandlægeskolerne.

Rapporten anbefaler, at optaget ved specialtandlægeuddannelsen i ortodonti ikke ændres, med fastholdes på 9 tandlæger årligt. KL er ikke enig i dette forslag og anbefaler, at der sker en forøgelse af dette antal i de nærmeste år. Der er de seneste år blevet uddannet færre specialtandlæger end Sundhedsministeriet aftalte med KL for nogle år tilbage. Kommunerne oplever, at mangel på specialtandlæger har betydet stigning i udgifterne til området.

KL's Social- og sundhedsudvalg har drøftet anbefalingerne i prognoserapporten, men bestyrelsen kan ikke nå at drøfte sagen inden høringsfristens udløb. Der tages derfor forbehold for, eventuelle supplerende bemærkninger.

Elisabeth Gregersen, Dansk Tandplejerforening:

Af Kommissoriet for Tandplejens Prognoseudvalg 2007 fremgår, at ”prognosen vil understøtte arbejdet i relation til at sikre en effektiv og relevant ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet”.

På trods af denne udtrykkelige vægtning, savner Dansk Tandplejerforening en diskussion af en effektiv og relevant ressourceudnyttelse i tandplejen i konklusionsafsnit kapitel 8.

En vægtning af en mere effektiv ressourceudnyttelse ville have sat fokus på behovet for flere tandplejere i den forebyggende indsats, så meget desto mere som prognosen klart forudsiger en stigning i tandplejernes opgaver, idet en større andel af patienter kun vil få brug for tandplejernes lavteknologiske ydelser (side 82 nederst). Den logiske følgeslutning burde således være et stigende behov for flere tandplejere, og derfor undrer det Dansk Tandplejerforening at Prognoseudvalget i stedet konkluderer, at løsningen er et øget optag på tandlægeuddannelsen. I det omfang Prognoseudvalget fastholder denne betragtning skylder udvalget således at motivere denne konklusion.

Dansk Tandplejerforening efterlyser derudover konkrete anbefalinger med henblik på den fremtidige forebyggelsesindsats på tandplejeområdet (side 81-82). Der er således ingen visioner for indsatsen frem mod år 2025, herunder stillingtagen til indsatsen for at forbedre tandsundheden for de sidste 20 % af befolkningen. I den forbindelse skal vi endnu en gang understrege, at vi ikke kan behandle os ud af cariesproblemerne. Kun en større forebyggende indsats vil kunne skabe resultater.

Tandplejeren er eneste faggruppe i det odontologiske team, som har en sundhedspædagogisk uddannelse. Dette burde være fremhævet, når det påstås, at tandlæger i ”kraft er deres uddannelse, er i stand til at varetage alle områder inden for de odontologiske behandlinger” (s. 82). Netop den forebyggende ind-

sats forudsætter en pædagogisk tilgang, hvilket tandlægenes naturvidenskabelige uddannelse ikke vægter.

I lyset af den ønskede fokus på det forebyggende arbejde i den kommunale tandpleje, anbefaler Dansk Tandplejerforening, at der i prognoserapporten anbefales en ratio på 1 tdl:2 tp, dette må være det optimale i indsatsen for at forbedre tandsundheden blandt børn og unge. Som minimum bør rapporten fastholde SST's indstilling fra august-mødet, hvor der blev foreslået en ratio på

1 tdl:1 tp . Det er med stor undren, at Sundhedsstyrelsen modsat ønsket fra Sundhedsministeriets repræsentant ændrer dette til 1 tdl:½ tp (side 51.) i det nuværende udkast. Såfremt denne ændring fastholdes, vil Dansk Tandplejerforening gerne have den motiveret.

Endelig overser prognoserapporten i afsnit 8.6 Tandplejerprognosen (side 86), at der i dag er 38 tandplejere, som har taget diplommoduler i ortodonti som en del af diplomuddannelsen "Oral Helse". En ikke uvæsentlig faktor i relation til at imødekomme kompetencebehovet på specialtandplejeområdet indenfor ortodonti.

# 10 Bilag

## 10.1 Lovgrundlag

### 10.1.1 Tandlæger

Ressortministeriet for universitetsuddannelserne er Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling (VTU), der dermed har ansvaret for tandlægeuddannelsen ved universiteterne, herunder ansvaret for at fastsætte antallet af optagne på tandlægestudiet.

Det er universitetsloven (lovbekendtgørelse nr. 1369 af 7/12/2007), uddannelsesbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 338 af 6/5/2004) og adgangsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 52 af 28/1/2009), der sætter rammerne for universiteternes opgaver, indhold, adgang og optag.

Af § 13 i adgangsbekendtgørelsen og § 10 i uddannelsesbekendtgørelsen fremgår det, at universitetet selv bestemmer efter reglerne om frit optag, hvor mange studerende der optages på den enkelte bachelor- og kandidatuddannelse (dog under forudsætning af at en bestået bacheloruddannelse ved et universitet giver ret til optagelse på en kandidatuddannelse), medmindre ministeriet fastsætter et årligt maksimumstal for optagelseskapaciteten, jf. universitetsloven.

Af § 4, stk. 4 i universitetsloven fremgår det, at videnskabsministeren kan fastlægge maksimumsrammer for tilgangen til uddannelserne (dimensioneringen).

Muligheden for at fastlægge maksimumsrammer benyttes kun på enkelte uddannelser, herunder læge- og tandlægeuddannelsen. Fastlæggelsen af maksimumsrammer for tilgangen til uddannelserne sker hvert år på finansloven eller som led i en aftale mellem VTU og det pågældende universitet. Udgangspunktet er, at dimensioneringen tages op med jævne mellemrum til nærmere overvejelse baseret på eksempelvis henvendelser fra universiteterne, regionerne eller andre instanser. Når det sker, gennemfører Universitets- og Bygningsstyrelsen normalt et analysearbejde med henblik på at afdække om det er korrekt, at dimensioneringen bør hæves eller sænkes. Her trækker de - for så vidt angår læge og tandlæge - i særlig grad på Sundhedsstyrelsen og de to prognose- og dimensioneringsudvalg.

De centrale sundhedsmyndigheder, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen, har det overordnede faglige ansvar for den tandlægelige videreuddannelse i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi og Ortodonti. De centrale sundhedsmyndigheder fastsætter endvidere de overordnede krav til indhold i samt dimensioneringen og tilrettelæggelsen af specialtandlægeuddannelserne. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse rådgives i spørgsmål vedr. specialtandlægeuddannelsen af Sundhedsstyrelsen og Det Nationale Råd for Tandlægers videreuddannelse.

Den tandlægelige videreuddannelse er beskrevet i bekendtgørelsen om specialtandlæger (bekendtgørelse nr. 1246 af 24/10/2007), bekendtgørelsen om ud-

dannelse af specialtandlæger (bekendtgørelse nr. 1254 af 25/10/2007) og cirkulæret om uddannelse til specialtandlæge i ortodonti og hospitalsodontologi (cirkulære nr. 203 af 09/12/1991).

#### 10.1.2 Tandplejere og kliniske tandteknikere

Undervisningsministeriet har ansvaret for tandplejeruddannelsen og uddannelse til klinisk tandtekniker, samt optaget på de to uddannelser. Den generelle procedure for dimensioneringen af tandplejeruddannelsen og uddannelsen til klinisk tandtekniker, gennemføres i henhold til Lov om adgangsregulering af videregående uddannelser § 1 (lov nr. 319 af 16/05/1990).

Undervisningsministeriet melder i starten af kalenderåret dimensioneringen ud for det kommende studieår. Dimensioneringen fastlægges af Undervisningsministeriet på baggrund af sidste års dimensionering samt ud fra ansøgninger fra de enkelte institutioner om ændringer.

At Undervisningsministeriet vælger at dimensionere eller regulere optaget på nogle uddannelser skyldes flere forskellige hensyn. Særligt fire væsentlige hensyn gør sig gældende: 1) forsøg på at matche arbejdsmarkedets behov, 2) geografisk fordeling af studiepladser/tilbud, 3) praktikpladser til alle optagede studerende og 4) ønske om udgiftsstyring.

#### 10.1.3 Autorisation

Retsgrundlaget for så vidt angår virkeområdet for tandlæger, specialtandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere er loven om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17/12/2008) og bekendtgørelsen om tilladelse til selvstændigt virke som tandlæge (bekendtgørelse nr. 892 af 09/07/2007).

#### 10.1.4 Tandplejen

De generelle rammer for tandplejen er beskrevet i bekendtgørelser om tandpleje (bekendtgørelse nr. 727 af 5. juni 2007), som er udstedt i medfør af sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 07/02/2008). Endvidere har Sundhedsstyrelsen udstedt en vejledning om omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje (vejledning nr. 10128 af 30/06/2006) og en vejledning om anvendelse af tandfyldningsmaterialer (vejledning nr. 9670 af 30/09/2008).

Tandplejeområdet er organiseret således, at regionerne har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende tandlæger, som regionerne også yder tilskud til, jf. bekendtgørelsen om tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren (bekendtgørelse nr. 956 af 23/09/2008). Endvidere yder regionerne tilskud til behandling hos praktiserende tandplejere, jf. bekendtgørelsen om tilskud til privat praktiserende tandplejer i praksissektoren (bekendtgørelse nr. 461 af 22/05/2007). Regionerne er yderligere ansvarlige for tandpleje ved de odontologiske landsdels- og videnscentre og ved regionstandplejen. Endelig yder regionerne særlige tilskud til visse patientgrupper.

Kommunerne har ansvaret for det samlede tilbud i børne- og ungdomstandplejen, omsorgstandplejen, specialtandplejen og for støtte til tandproteser til ulykkesbetingede tandskader.

## 10.2 Kommissorium for tandplejens prognoseudvalg

### 10.2.1 Baggrund

I Tandplejeprognosen fra 2001<sup>1</sup> blev det konkluderet, at der i årene fremover samlet set må antages at være tilstrækkeligt med tandplejepersonale til at dække efterspørgslen i den kommunale og den private voksentandpleje. Siden 2001 er der imidlertid blevet skabt tvivl om, hvorvidt denne konklusion stadig er retvisende. Det er derfor relevant at opdatere prognosen med de nyeste data om udbuddet af tandplejepersonale.

På denne baggrund har indenrigs- og sundhedsministeren i juni 2006 bedt Sundhedsstyrelsen om at foretage en opdatering af Tandplejeprognosen. Opdateringen viste sig dog at indeholde en række problemstillinger, der medførte, at det var vanskeligt at genskabe tabellerne. Samtidig er det siden 2001 blevet muligt at anvende registrer, der på mere uddybende vis beskriver erhvervsaktiviteten af personalegrupperne inden for tandplejen. Sundhedsstyrelsen vurderede således i samråd med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at det vil være hensigtsmæssigt, at uarbejde en ny model for Tandplejeprognosen, der så vidt muligt bliver tilrettelagt efter samme model som den nuværende Lægeprognose<sup>2</sup>.

En retvisende tandplejeprognose udgør et veldokumenteret grundlag for tilrettelæggelsen af indsatsen på tandplejeområdet, særligt med hensyn til dimensioneringen, optaget og tilrettelæggelsen af uddannelserne til specialtandlæge, tandlæge, tandplejer og klinisk tandtekniker. Prognosen vil understøtte arbejdet i relation til at sikre en effektiv og relevant ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet, da den vil hjælpe til med at forudsige eventuel fremtidig personalemangel tids nok til, at der kan iværksættes initiativer til at modvirke dette. På baggrund af prognosen vil det således være muligt at planlægge tiltag til at påvirke udbud og efterspørgsel efter tandplejens personalegrupper.

Den nye model for Tandplejeprognosen beskriver alene udbuddet af tandplejens autoriserede personalegrupper og indeholder ikke en egentlig prognose for efterspørgslen. I den nye Tandplejeprognose vil der derimod indgå en beskrivelse af forskellige scenarier for den fremtidige efterspørgsel efter tandplejens personalegrupper.

### 10.2.2 Opgaver for Tandplejens Prognoseudvalg

Udvalget skal belyse udbuddet af tandplejepersonale for perioden 2005-2025. Ved tandplejepersonale forstås i denne sammenhæng:

---

<sup>1</sup> Tandplejeprognose, Sundhedsstyrelsen, 2001.

<sup>2</sup> Lægeprognose, Sundhedsstyrelsen, 2003.

- Tandlæger
- Specialtandlæger (ortodonti og tand-, mund- og kæbekirurgi)
- Tandplejere
- Kliniske tandteknikere

Disse udgør de autoriserede personalegrupper i tandplejen. Klinikassistenter, som arbejder hos tandlæger og tandplejere, indgår ikke i Tandplejeprognosen.

Udvalget skal med udgangspunkt i personalegruppernes uddannelse bidrage til at:

- Tilvejebringe relevante data for udbudsprognose
- Udarbejde udbudsprognose
- Vurdere relevante scenarier for efterspørgslen efter tandplejens personalegrupper
- Komme med forslag til mulige tiltag i relation til at påvirke udbud af og efterspørgsel efter tandplejepersonale
- Opstille forslag til fremtidige opdateringer af prognosen.

### 10.2.3 Arbejdsproces

Det forventes, at der afholdes 4-5 møder i Tandplejens Prognoseudvalg. Prognosesekretariatet udarbejder prognosen. Prognosesekretariatet afleverer, efter indstilling fra Tandplejens Prognoseudvalg, den endelige prognose til Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

#### 10.2.4 Sammensætningen af medlemmer i Tandplejens Prognoseudvalg

Formand for Tandplejens Prognoseudvalg, chef for Enhed for Uddannelse og Autorisation	1 person
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	1 person
Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling	1 person
Undervisningsministeriet	1 person
Danske Regioner	1 person
Kommunernes Landsforening	1 person
Tandlægeforeningen	1 person
Tandlægenes Nye Landsforening	1 person
Dansk Tandplejerforening	1 person
Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere	1 person
Foreningen af Specialtandlæger i Ortodonti (FSO)	1 person
Foreningen af Specialtandlæger i Tand-, Mund- og Kæbekirurgi (FSTMK)	1 person
Odontologisk Institut, Københavns Universitet	1 person
Odontologisk Institut, Aarhus Universitet	1 person
Skolerne for Klinikassistenter og Tandplejere, Århus (samt kliniske tandteknikere)	1 person
Skolerne for Klinikassistenter og Tandplejere, København	1 person
Sundhedsstyrelsens Prognosesekretariat	4 personer

### 10.3 Tabelsamling

Tabel 1. Tandlægestuderende

	Tilgang mænd	Tilgang kvinder	Tilgang i alt	Fuldførte i alt
1997	55	105	160	80
1998	44	118	162	99
1999	44	116	160	99
2000	48	112	160	97
2001	45	111	156	121
2002	44	105	149	112
2003	54	105	159	115
2004	45	116	161	123
2005	43	121	164	113
2006	44	141	185	123

Tabel 2. Tandlægers ph.d. forløb

	Antal påbegyndte ph.d. forløb	Antal afsluttede ph.d. forløb
1997	7	2
1998	4	6
1999	7	1
2000	3	4
2001	4	5
2002	7	5
2003	9	1
2004	15	4
2005	5	5
2006	6	1

Tabel 3. Tandlæger 2001 og 2006

Alder	2001	2006
Under 29 år	121	279
30-34 år	264	479
35-39 år	514	363
40-44 år	727	555
45-49 år	862	749
50-54 år	908	844
55-59 år	841	865
60-64 år	434	664
65-69 år	150	259
I alt	4821	5057



Tabel 4. Tandlæger 2006

Alder	Mænd	Kvinder	I alt
Under 29 år	72	207	279
30-34 år	135	344	479
35-39 år	100	263	363
40-44 år	163	392	555
45-49 år	303	446	749
50-54 år	369	475	844
55-59 år	413	452	865
60-64 år	402	262	664
65-69 år	198	61	259
I alt	2155	2902	5057

Tabel 5. Erhvervsaktive tandlæger

År	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Antal	4872	4890	4834	4806	4821	4809	4813	4850	4913	5057

Tabel 6. Regional fordeling af tandlæger<sup>3</sup>

	Privat praksis	Offentlige ansatte tandlæger	Tandlæger ansat i offentlig administration	Tandlæger ansat på hospital	Undervisning	Tandlæge som sekundært erhverv	Andet	Uoplyst	I alt
Region Hovedstaden	1181	393	15	20	69	37	84	16	1815
Region Midtjylland	765	246	8	25	43	28	37	9	1161
Region Syddanmark	670	208	9	13	1	9	36	4	950
Region Sjælland	461	124	10	15	1	8	19	4	642
Region Nordjylland	315	98	2	6	0	3	9	2	435
I alt	3392	1069	44	79	114	85	185	35	5003

<sup>3</sup> For 54 tandlæger var region ukendt

Tabel 8. Specialtandlæger 2006

Ortodonti	Mænd	Kvinder	I alt	Tand-, mund- og kæbekirurgi	Mænd	Kvinder	I alt
30-34 år	0	3	3	30-34 år	0	0	0
35-39 år	2	6	8	35-39 år	5	0	5
40-44 år	3	9	12	40-44 år	9	2	11
45-49 år	7	8	15	45-49 år	2	3	5
50-54 år	14	11	25	50-54 år	5	3	8
55-59 år	10	10	20	55-59 år	5	2	7
60-64 år	25	14	39	60-64 år	13	0	13
65-69 år	12	8	20	65-69 år	10	0	10
I alt	73	69	142	I alt	49	10	59

Tabel 8. Erhvervsaktive specialtandlæger

Ortodonti	Mænd	Kvinder	I alt	Tand-, mund- og kæbekirurgi	Mænd	Kvinder	I alt
1997	77	58	135	1997	43	7	50
1998	80	60	140	1998	46	8	54
1999	77	60	137	1999	46	7	53
2000	77	58	135	2000	47	7	54
2001	75	61	136	2001	49	7	56
2002	74	65	139	2002	48	8	56
2003	74	64	138	2003	45	9	54
2004	73	68	141	2004	48	9	57
2005	72	68	140	2005	47	10	57
2006	73	69	142	2006	49	9	59

Tabel 8. Tandplejestuderende

	Tilgang mænd	Tilgang kvinder	Tilgang i alt	Fuldførte i alt
1997	6	108	114	33
1998	10	105	115	50
1999	10	116	126	80
2000	13	103	116	79
2001	14	122	136	73
2002	16	115	131	94
2003	10	123	133	87
2004	13	114	127	93
2005	8	120	128	102
2006	10	120	130	111

Tabel 9. Tandplejere 2001 og 2006

Tandplejere	2001	2006
Under 29 år	209	275
30-34 år	275	251
35-39 år	220	297
40-44 år	200	229
45-49 år	132	205
50-54 år	37	134
55-59 år	23	36
60-64 år	2	17
I alt	1098	1444

Tabel 10. Tandplejere 2006

Tandplejere	Tandplejere i alt	Mandlige tandplejere
1997	468	7
1998	876	18
1999	979	26
2000	1055	34
2001	1098	32
2002	1161	37
2003	1231	43
2004	1289	39
2005	1358	37
2006	1444	42

Tabel 11. Regional fordeling af tandplejere<sup>4</sup>

	Privat praksis	Offentlige ansatte tandplejere	Tandplejere ansat i offentlig administration	Tandplejere ansat på hospital	Undervisning	Tandplejere som sekundært erhverv	Andet	I alt
Region Hovedstaden	224	110	6	10	20	8	71	449
Region Midtjylland	204	105	5	15	25	11	65	430
Region Syddanmark	154	60	3	3	0	1	31	252
Region Sjælland	91	35	1	3	0	1	20	151
Region Nordjylland	75	22	2	0	0	4	8	111
I alt	748	332	17	31	45	25	195	1393

<sup>4</sup> For 51 tandplejere var region ukendt

Tabel 12. Studerende til klinisk tandtekniker

	Tilgang	Fuldførelse	Fuldførelse kvinder	Fuldførelse mænd
2000	10	12	8	4
2001	13	8	7	1
2002	12	8	6	2
2003	12	10	8	2
2004	11	10	10	0
2005	12	10	8	2
2006	13	13	6	7

Tabel 13. Kliniske tandteknikere 2001 og 2006

	2001	2006
Under 29 år	18	7
30-34 år	28	39
35-39 år	21	33
40-44 år	26	25
45-49 år	68	34
50-54 år	72	69
55-59 år	60	69
60-64 år	27	40
65-69 år	10	18
I alt	330	334

Tabel 14. Kliniske tandteknikere 2006

	Mænd	Kvinder	I alt
Under 29 år	2	5	7
30-34 år	11	28	39
35-39 år	9	24	33
40-44 år	10	15	25
45-49 år	11	23	34
50-54 år	23	46	69
55-59 år	13	56	69
60-64 år	14	26	40
65-69 år	7	11	18
I alt	100	234	334

Tabel 15. Erhvervsaktive kliniske tandteknikere

1997	339
1998	344
1999	339
2000	330
2001	330
2002	324
2003	317
2004	347
2005	341
2006	334

Tabel 16. Regional fordeling af kliniske tandteknikere<sup>5</sup>

	Privat praksis	Kliniske tand- teknikere an- sat i offentlig administration	Kliniske tand- teknikere an- sat på hospital	Under- visning	Kliniske tand- teknikere som sekun- dært erhverv	Andet	I alt
Region Ho- vedstaden	66	2	7	0	0	22	97
Region Midt- jylland	44	0	6	2	0	10	62
Region Syd- danmark	68	0	7	0	1	5	81
Region Sjæl- land	37	0	6	0	0	11	54
Region Nordjylland	26	0	1	0	1	3	31
I alt	241	2	27	2	2	51	325

---

<sup>5</sup> For 9 kliniske tandteknikere var region ukendt

Tabel 17 Fremskrivning af tandlæger

	Antal tandlæger	Antal tandlæger eksklusiv specialtandlæger og tandlæger på orlov	Antal mandlige tandlæger	Antal kvindelige tandlæger	Specialtandlæger i tand-, mund- og kæbekirurgi	Specialtandlæger i ortodonti
2007	4993	4655	2079	2914	55	138
2008	4917	4578	2002	2915	53	138
2009	4837	4505	1922	2916	51	134
2010	4760	4427	1846	2914	50	132
2011	4677	4346	1769	2908	49	132
2012	4588	4257	1691	2897	48	132
2013	4502	4172	1616	2886	49	132
2014	4413	4087	1542	2870	48	132
2015	4327	4004	1473	2854	47	132
2016	4234	3914	1402	2832	44	134
2017	4153	3830	1342	2811	44	137
2018	4088	3765	1291	2797	45	140
2019	4023	3698	1234	2788	44	143
2020	3969	3643	1190	2779	44	146
2021	3922	3593	1149	2772	44	150
2022	3877	3546	1110	2768	44	154
2023	3840	3506	1073	2766	44	157
2024	3800	3465	1040	2760	44	159
2025	3778	3440	1015	2762	44	162

Tabel 18. Fremskrivning af tandplejere og kliniske tandteknikere

	Antal tandplejere	Antal tandplejere eksklusiv tandplejere på orlov	Antal kliniske tandteknikere	Antal kliniske tandteknikere eksklusiv kliniske tandteknikere på orlov
2007	1535	1422	325	313
2008	1620	1501	315	303
2009	1704	1579	305	293
2010	1786	1653	297	285
2011	1865	1727	290	278
2012	1941	1799	283	271
2013	2015	1868	277	265
2014	2088	1937	272	261
2015	2157	2002	267	255
2016	2222	2065	263	251
2017	2286	2126	260	248
2018	2348	2187	257	246
2019	2408	2244	256	244
2020	2464	2299	255	243
2021	2519	2351	254	243
2022	2570	2402	255	243
2023	2619	2449	256	244
2024	2665	2494	257	245
2025	2708	2536	259	247

# 11 Referenceliste

---

1. Lægeprognose 2003, Sundhedsstyrelsen
2. Oplysninger om Finland er fra den norske rapport ”Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig opgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor”, 2003
3. Beregnet ud fra opgørelser fra 1997-2006, Universitets- og Bygningsstyrelsen
4. Oplyst af Universitets- og Bygningsstyrelsen
5. Oplyst af Universitets- og Bygningsstyrelsen
6. Bevægelsesregisteret 1995-2005 for alderssegmentet 24-70 år
7. Beregnet ud fra opgørelser fra 1997-2006, Universitets- og Bygningsstyrelsen
8. Beregnet ud fra opgørelser fra 1999-2004, Skolen for Klinikassistenter og Tandplejere
9. Lov om tandplejere nr. 498 af 12. juni 1996
10. Beregnet ud fra opgørelser fra 1997-2006, Universitets- og Bygningsstyrelsen
11. Beregnet ud fra opgørelser fra 1999-2000, Skolen for Klinikassistenter, Tandplejere og kliniske tandplejere
12. Bekendtgørelse af Sundhedsloven af 7. februar 2007
13. Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen 2006
14. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 127-130, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje 2006
15. Større valgfrihed og fleksibilitet i børne- og ungdomstandplejen, - implementering af lov om tandpleje. Sundhedsstyrelsen. 2006.
16. Bilag 1 til Bekendtgørelse om tandpleje, BEK nr. 727 af 15/06/2007
17. Tandplejens Struktur og Organisation, Sundhedsstyrelsen 2004
18. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 131-132, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen, 2006



- 
19. Cirkulæreskrivelse nr. 55 af 20. oktober 2008 om regulering for 2009 af egenbetalingen i omsorgstandplejen og specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven.
  20. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 133-134, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen, 2006
  21. Cirkulæreskrivelse nr. 55 af 20. oktober 2008 om regulering for 2009 af egenbetalingen i omsorgstandplejen og specialtandplejen m.v. efter sundhedsloven.
  22. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 162, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen, 2006
  23. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 163, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen, 2006
  24. Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landdelsfunktioner i sygehusvæsenet, 2001
  25. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 65 og § 71, § 72
  26. Bekendtgørelse nr. 956 af 23. september 2008 om tilskud til behandling hos tandlæge i praksissektoren, Bekendtgørelse nr. 461 af 22. maj 2007 om tilskud til behandling hos praktiserende tandplejer i praksissektoren
  27. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 166, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen, 2006
  28. Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr. 95 af 7. februar 2008, § 135, Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje, Sundhedsstyrelsen, 2006
  29. Helm S. Recording System for the Danish Child Dental Health Services. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1973;1:3-8
  30. Skak-Iversen L, Vigild M, Schwarz E. Tandsundhedsstatus hos danske børn i et 20-års perspektiv. Tandlægernes Nye Tidsskrift 1992;24:282-5
  31. Christensen LB, Petersen PE, Hede B. Oral health in children in Denmark under different public dental health care schemes. Community Dent Health 2010 IN PRESS.

- 
32. Christensen LB, Twetman S, Sundbye A. Oral Health in children and adolescents with different socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand.* 2010 jan; 68(1):34-42. IN PRESS
  33. Andreasen JO, Andreasen FM. Dental trauma. In: Pine C (ed.). *Community oral health.* London: Butterworth & Heinemann; 1996.
  34. Ingelise Hansen. Registrering af erosioner i Århus kommunaletandpleje indsamlet via SCOR-systemet 2004-2007. Larsen MJ, Poulsen S, Hansen I: Erosioner. Forekomst og klinik hos en gruppe danske unge. *Tandlægebaldet* 2003;107:240-6.
  35. Rølling S, Poulsen S. Agenesis of permanent teeth in 8138 Danish schoolchildren: prevalence and intraoral distribution according to gender. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009; 19:172-175.
  36. Sundell S, *Swedish Dental Journal suppl*, 1986;31:1-38
  37. Petersen PE et al. Tandstatus og egenomsorg hos voksne danskere år 2000 i relation til udnyttelsen af tandplejesystemet og livsvilkårene. *Tandlægerne Nye Tidsskrift* 2003;
  38. Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. 2007
  39. Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og Sygeligheds Undersøgelserne. [.http://susy2.sifolkesundhed.dk](http://susy2.sifolkesundhed.dk)
  40. Kirkegaard E, Borgnakke WS, Grønbæk L. Tandsygdomme, behandlingsbehov og tandplejevaner hos et præsentativt udsnit af den voksne danske befolkning (Licentiatafh.). Århus og Københavns Tandlægehøjskoler; 1987.
  41. Krstrup U, Clinical-epidemiological study of oral health among adults in Denmark 200/2001. Phdafhandling, Københavns Universitet, 2004.
  42. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krstrup U. Voksenbefolkningens tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet i Danmark 2000. Sociale- og adfærdsmæssige determinanter for udvikling. *Tandlægebladet* 2003; 107: 672-84. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krstrup U. 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.
43. Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krstrup U. Voksenbefolkningens tandstatus og udnyttelse af tandplejetilbuddet i Danmark 2000. Sociale- og adfærdsmæssige determinanter for udvikling. *Tandlægebladet* 2003; 107: 672-84., Petersen PE, Kjølner M, Christensen LB, Krstrup U. 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.
44. Krstrup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001: Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798-812.
45. Krstrup U, Clinical-epidemiological study of oral health among adults in Denmark 200/2001. Ph.dafhandling, Københavns Universitet, 2004.
46. Bahrami, G., Isidor, F., Kirkevang, L.-L., Vaeth, M. & Wenzel, A. Marginalt knogleniveau i en voksen dansk population. *Tandlægebladet* 2007; 111: 428-437.
47. Hugoson A, Sjödin B, Norderyd O.) Trends over 30 years, 1973–2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 405–414
48. Petersen PE, Antoft A. Oral sundhed og tandplejevaner hos bistandsklienter og pensionister i Herlev kommune. *Tandlægernes Nye Tidsskr* 1994;9:332-8.
49. Hede B, Petersen PE. Self-assessment og dental health among Danish mental patients. *Spec Care Dent* 1992; 12:33-6.
50. Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontol.* 2007;24:3-13.
51. Krstrup U, Petersen PE. Voksenundersøgelsen i Danmark 2000/2001: Carieserfaring og parodontal status hos voksne i relation til social status og udnyttelse af tandplejen. *Tandlægebladet* 2005; 109: 798-812.

- 
52. Christensen LB, Petersen PE, Krstrup U, Kjølner M. Selfreported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003; 20:229-35.
  53. Christensen LB, Petersen PE, Krstrup U, Kjølner M. Selfreported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003; 20:229-35. og Petersen PE. Smoking, alcohol consumption, and dental behaviour among 25-44 year-old Danes. *Scand J Dent Res* 1989; 97: 422-31.
  54. Petersen PE, Nörtov B. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67-year-old Danes. *Scand J Prim Health* 1989; 7: 225-30.
  55. Petersen PE. Smoking, alcohol consumption and dental health behavior among 25-44-year-old Danes. *Scand J Dent Res* 1989; 97: 422-31.
  56. Sundhedsstyrelsen. Cancerincidens i Danmark 1999. København: Sundhedsstatistik; 2003.
  57. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsdata.sst.dk