

Til: Sundhedsstyrelsen

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

17. juli 2023 / tk_dh
Sag 17-2023-00300
Dok. 625784

Høringsvar om sundhedslovens § 166 om tilskud til tandbehandling

1. Indledning

DH takker for muligheden for at afgive høringssvar. Det er positivt, at anvendelsesområdet for § 166 udvides, og at der skal ses på mulighederne for at lette den bureaukratiske ansøgnings- og visitationsproces.¹

DH har haft forslaget til høring blandt vores 35 medlemsorganisationer. Vores høringssvar bygger på og gengiver de indkomne svar fra de nævnte organisationer:

Gigtforeningen
Dansk Cølikaki Forening
Nyreforeningen
Parkinsonforeningen
Diabetesforeningen
Psoriasisforeningen
Osteoporoseforeningen

Generelt om udfordringer med § 166 – og forslag til løsninger

Målgruppen for § 166 – både den nuværende og den forventede udvidede målgruppe – er i vid udstrækningen borgere med kronisk sygdom og handicap. Vores perspektiv er borgerens. Med hovedvægt på lige adgang til sundhed – også tandsundhed.

Målgruppe: Hvis man ikke er kræftpatient eller lider af Sjøgrens eller en anden sjælden sygdom, falder man udenfor. Også selv om man har betydelige dokumenterede tandproblemer forårsaget af alvorlig sygdom eller behandlingen heraf.

¹ DH foreslog § 166 udvidet bl.a. i 2018: <https://handicap.dk/arbejder-vi-for/vidensbank/tilskud-til-behandling-medicinskader-tandplejen>

Som der står i en vejledning: "Hvis du har tandproblemer af andre grunde end kemoterapi, fx hvis du får morfin og morfinlignende medicin, medicin mod depression, sovemedicin eller anden medicin, der kan give mundtørhed, så kan du ikke få det særlige tilskud til tandbehandling."²

- Som DH's medlemsorganisationer peger på, bør målgruppen for § 166 udvides. Se nærmere herom under deres bidrag nedenfor.
- Patienters udgifter til behandling af betydelige tandproblemer som følge af nødvendig lægeordnet behandling bør helt generelt dækkes. Det betyder at alle patientgrupper der får skader fremkaldt af mundtørhed forårsaget af medicinsk behandling, bør være omfattet af § 166.

Krav om dokumentation af årsagsforhold: Man kan kun få tilskud, hvis de betydelige tandproblemer med overvejende sandsynlighed er forårsaget af sygdom eller behandling. Det skal patienten dokumentere i sin ansøgning.

Det er en bevisbyrde, patienter af mange grunde kan have svært ved at løfte. Det gælder fx patienter der ikke har været til tandlæge længe og ikke har fået taget røntgenbilleder før sygdommens indtræden eller før behandlingsforløbet indledes.

- Kravet om dokumentation for årsagsforhold skal blødes op. Det skal blot sandsynliggøres, at der er en sammenhæng. Og foreligger der god videnskabelig evidens for en generel sammenhæng mellem sygdom/behandling og betydelige tandproblemer, behøves slet ingen dokumentation.

Betaling for undersøgelser: Patienter skal selv betale for undersøgelser og røntgenbilleder til brug for den nødvendige dokumentation. Det stiller økonomisk dårligt stillede patienter ringere.

- Det bør være muligt for patienter at få tilskud til dækning af udgifter til dokumentation.

Ventetid og tilskud til akut behandling: Ansøgningsprocessen tager tid. Det samme gør sagsbehandlingen. Derfor oplever patienter ventetid. Tandproblemerne kan forværres i ventetiden. Det er muligt at få tilskud til behandling af akutte tilstande og til midlertidig afhjælpning efter aftale med regionen.

På den ene side er det godt, at der er den mulighed. På den anden side er det ikke patientvenligt at skulle acceptere en midlertidig løsning og være usikker på tilsagn om tilskud til behandlingen.

- Hvis akut behandling og midlertidig afhjælpning er nødvendig, bør det udløse garanti for tilskud til den ansøgte behandling. Og så kan man lige så godt gå i gang med det egentlige behandling med det samme.

Hjælp og støtte: Patienter oplever ansøgningsprocessen som tung og bureaukratisk. Og ansvaret for at søge ligger, som reglerne er, hos patienten. Det skaber barrierer for en målgruppe, som i forvejen er alvorligt syge og har mange andre problemer at slås med.

² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Tilskud-tandbehandling/Tilskud-til-tandbehandling-efter-kemoterapi-for-kr%C3%A6ftsygdom-mod-hoved-halskr%C3%A6ft,-Patientinformation.ashx>

Patientens tandlæge, bopælsregion og speciallæge (sidstnævnte kun til patienter med sjældne sygdomme og Sjøgrens Syndrom) kan hjælpe patienten med at ansøge og skaffe det nødvendige materiale, som skal vedlægges ansøgningsskemaet. Men skal ikke gøre det.

- Muligheder for hjælp og støtte til at udforme ansøgningen bør udvides. Tandlæger mv. bør have pligt til at bistå patienten med at ansøge og dokumentere.

2. Gigtforeningen: Leddegigt (RA), Sjøgrens og Behcets syndrom – sygdomme som medfører tandproblemer

Leddegigt (RA) og parodontitis

Parodontitis er en tilstand i tandkødet, hvor der opstår en tandkødsomme med bakterier omkring tænderne. Her opstår sår og inflammation på indersiden af tandkødet. Denne inflammation bidrager til en nedbrydning af væv og evt. knogle, hvor tænderne sidder fast og dermed tab af tænder.

Fra de mange sår i tandkødsommerne, trænger bakterier ind i blodbanen og forstærker en systemisk lavgraderet inflammation i organismen, som forstærker inflammationen ved andre inflammatoriske sygdomme ("benzin på bålet"). Parodontitis er associeret med bl.a. leddegigt, hjertekarsygdom, diabetes mv. Denne sammenhæng går begge veje, dvs. ved parodontitis øges risikoen for inflammatorisk sygdom og omvendt, inflammatorisk sygdom øger risikoen for parodontitis. Det ser ud til at der er en kausal sammenhæng, dvs. til andre inflammatoriske sygdomme og dermed komorbiditet.³ Det kliniske forløb af parodontitis hos RA-patienter synes at være mere alvorligt uafhængigt af alder, køn, etnicitet og rygning, og RA-patienter lider af øget tand- og fæstetab sammenlignet kontroller.⁴

Desuden har man en formodning om, at behandling af den ene sygdom, kan gavne den anden sygdom. Dette undersøges i CAG-forskningsnetværket i Region Hovedstaden. Et prospektivt studie PETRA, undersøger således om intensiv parodontit behandling ved RA kan mindske sygdomsaktiviteten. Formodningen er at parodontit behandlingen kan påvirke den lavgraderede inflammation og derigennem sygdomsaktiviteten ved RA.

Evidensen:

- Stærk vedr. korrelation mellem parodontitis og leddegigt (P. Holmstrup et al.)
- Patienter med RA har et mere alvorligt forløb af parodontitis og lider af øget tand- og fæstetab sammenlignet med kontrolgruppe
- Parodontitis kan delvist forebygges ved hyppig tandbørstning og tandtråd og hyppig kontrol hos tandlæge

Dette skal ses i lyset af, at patienter med svær leddegigt i hænder og/eller albuer har meget vanskeligt ved at børste deres tænder og bruge tandtråd, som er væsentlig i forebyggelsen af parodontitis.

³ P. Holmstrup et al: Comorbidity of periodontal disease: two side of the same coin? An introduction for the clinician (2017)

⁴ The interrelationship of periodontitis and rheumatoid arthritis, Bolstad et al. 2019 samt Tandlægebladet 2020

Konklusion Samlet set vurderer Gigtforeningen at en del patienter med leddegigt, har væsentlig større udgifter til kontrolbesøg og tandbehandling end andre som følge af deres gigtsygdom. Et forhold som rammer socialt skævt på grund af den store brugerbetaling til privat tandlæge. Derfor mener Gigtforeningen, at patienter med leddegigt, som samtidig har svær gigt i hænder og/eller arme, skal have tilskud til dækning af deres udgifter til forebyggende kontrolbesøg samt tandbehandling hos tandlæge.

Sjøgrens Syndrom

Sjøgrens syndrom (el. Sjøgrens) er en gigt og bindevævssygdom, der bl.a. nedsætter tåre- og spytkirtelfunktionen, så patienternes slimhinder udtørres i bl.a. øjne og mund. Den manglende spytkirtelfunktion medfører udtørring af mundens slimhinder og bidrager til huller i tænderne mv.

Sjøgrens syndrom findes som primær sygdom eller sekundært til anden gigtsygdom som fx leddegigt, hvor ca. 20% af patienterne også har Sjøgren.

Patienter med Sjøgren kan søge om særligt økonomisk tilskud til tandpleje, hvis det kan dokumenteres, at tandproblemerne er en følge af Sjøgrens syndrom (jvf. Sundhedsloven § 166). Det gøres bl.a. ved at patientens egen tandlæge udfylder et særligt ansøgningsskema til Regionstandplejen, der skal godkende ansøgningen. Såfremt der gives tilskud er egenbetalingen på maksimalt 2.130 kr. i 2023.

Problemer med nuværende kriterier

Tandlægen skal kunne dokumentere, at tandproblemerne skyldes Sjøgrens Syndrom, og at problemerne er opstået *efter* at diagnosen er stillet. Da patienterne godt kan have symptomer fra bl.a. munden i flere år før diagnosen stilles, virker dette ikke som et rimeligt krav.

Der gives *ikke* tilskud til behandling af paradentose, da denne sygdom ikke anses for at skyldes Sjøgren. Men da dette kan være en følge af mangeårige tandproblemer – som en følge af Sjøgrens, er dette heller ikke et rimeligt krav.

Tilskudsordningen forudsætter, at tandlægen skal kunne dokumentere, at tandproblemerne skyldes Sjøgrens syndrom, hvilket i praksis er vanskeligt. Ifølge patienterne oplever de ofte afvisning af tilskud til behandling med den begrundelse, at skaden på tænderne er sket inden diagnosen er stillet, eller at skaden på tænderne ikke har sammenhæng med Sjøgren.

Vi har endnu ikke tal på, hvor mange ansøgninger der afvises af Regionstandtandplejen fra patienter med Sjøgren (vi forsøger at få tallet). Men på kræftområdet er det omkring halvdelen, som afvises og vi formoder, at det vil være et tilsvarende tal på Sjøgren området.

Derfor bør kriterierne for at få tilskud ændres for patienter med Sjøgren, så de i højere grad tager højde for den kliniske virkelighed hos patienterne.

Tung administrativ ordning

Desuden klager patienterne over, at det administrativt er meget vanskeligt, at skulle søge om tilskud efter §166. Der efterlyses ideer til en forenkling heraf. Såfremt det ønskes vil vi gerne undersøge dette spørgsmål nærmere gennem en lille rundspørge til Gigtforeningens diagnosenetværk for Sjøgrens Syndrom, hvor vi ved at dette problem ofte drøftes. Det har bare ikke været muligt pga. sommerferien.

Konklusion

Gigtforeningen mener at godkendelsesordningen og tilskuddet til tandpleje (Sundhedsloven §166) for patienter med Sjøgren skal revideres og afbureaukratiseres, så den tager højde for patienternes aktuelle sygdomssituation og også den nyeste viden om sammenhængen mellem parodontitis og inflammatorisk gigtsygdom (fx leddegigt). Gigtforeningen vil gerne være behjælpelig med en lille rundspørge blandt foreningens medlemmer med Sjøgrens om ideer og forslag til forenkling af ansøgningsprocessen.

Behcets Sygdom

Behcets syndrom er en sjælden bindevævssygdom, som ikke alene kan angribe leddene, men også hud, slimhinder, øjne og indre organer. Sygdommen er meget sjælden i Skandinavien – det anslås, at den rammer under fem personer pr. 1 million indbyggere.⁵ Et af de mest hyppige symptomer ved sygdommen er sår i mundhulen, der er smertefulde og meget generende for patienterne.⁶ Sårene betyder at det yderst smertefuldt og vanskeligt for patienterne at klare optimal tandbørstning mv. og dermed øges risikoen for tandsygdomme og tandkødsbetændelse.

Forskningen tyder på, at tandsygdomme og tandkødsbetændelse kan forværre sygdomsaktiviteten i Behcets sygdom, herunder sårene i mundhulen. Derfor anbefaler forskningen og de førende eksperter at være opmærksom på den orale sundhed gennem relevant behandling af tænder og tandkød, god mundhygiejne og regelmæssige tandeftersyn. Dette bør indgå som en væsentlig del af behandlingen af Behcets sygdom.⁷

I Gigtforeningens Rådgivning er der jævnligt henvendelser fra denne lille, men alvorligt syge gruppe af gigt-patienter. De har ikke råd til at betale deres ofte meget store udgifter til tandeftersyn og behandling, som betyder at de undgår de regelmæssige eftersyn, så deres tandsygdomme forværres. Dermed forværres også deres gigtsygdom og sår i munden. En ond cirkel.

Konklusion

Gigtforeningen mener, at patienter med Behcets Sygdom bør have tilskud til hyppige kontrolbesøg og tandbehandling, idet denne behandling er væsentlig i forhold til at mindske sygdomsaktiviteten ved Behcets og dermed følgerne af denne alvorlige sygdom så som store sår i munden.

Dansk Cøliaki Forening: Cøliaki og tandsundhed - bidrag i forbindelse med forenkling af tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166

Dansk Cøliaki Forening foreslår, at patienter med diagnosticeret cøliaki omfattes af muligheden for tilskud til tandpleje efter sundhedslovens § 166. Sammenhængen mellem cøliaki og sygdomme i tænder og mundhule er ganske veldokumenteret. Især er der påvist overhyppighed af emaljedefekter (børn), recidiverende aftøs stomatitis og forsinket tandfrembrud. Behandlingen af cøliaki er livslang 100 % glutenfri diæt, og der findes i dag ingen medicinsk behandling.

⁵ Klinisk Reumatologi, FADL

⁶ The close association between dental and periodontal treatment and oral ulcer course in Behcet`s disease: a prospective clinical study (Karacayli et al. 2009)

⁷ Oral Health and its Aetiological Role in Behcet`s Disease (Muncu et al. 2021)

Cøliaki er en kronisk, autoimmun sygdom udløst af indtag af gluten (hvede, rug, byg og almindelig havre). Gluten ødelægger tyndtarmens slimhinde, så optagelsen af næringsstoffer som vitaminer og mineraler forringes (malabsorption). Ubehandlet cøliaki kan medføre såkaldt klassiske mave-tarm-symptomer og/eller ekstraintestinale (herunder orale) manifestationer.⁸ Symptomer er også knogleskørhed, manglende tilvækst hos børn og forsinket pubertet.

Omkring 1 % af befolkningen har cøliaki, men sygdommen er kraftigt underdiagnosticeret. Én årsag hertil er manglende opmærksomhed hos praktiserende læger og andet sundhedspersonale. Således viser en undersøgelse, at der er et diagnostisk delay i udredning for cøliaki på knap 6 år – heraf går der i gennemsnit 4 år fra første henvendelse (med symptomer) til praktiserende læge til diagnosen endeligt stilles.⁹ Den forsinkede diagnose og behandling øger risikoen for, at de negative konsekvenser af ubehandlet cøliaki forværrer.

Cøliaki associeres med emaljedefekter og recidiverende aftøs stomatitis (tilbagevendende blister) især hos børn. Forskningsartikler peger på, at risikoen for emaljedefekter er 5 gange højere hos børn med cøliaki end hos raske børn, samt at forekomsten af recidiverende aftøs stomatitis er 4 gange højere hos børn med cøliaki end hos raske børn. Studier peger også på forsinket tand-frembrud hos børn med cøliaki, formentlig som en konsekvens af manglende tilvækst, der kan være en følge af uopdaget og dermed ubehandlet cøliaki hos nogle børn.

Overhyppighed af emaljedefekter, recidiverende aftøs dermatitis samt forsinket tandfrembrud er dokumenteret i flere studier af orale manifestationer af cøliaki.^{10 11 12}

Mundtørhed nævnes i flere studier, f.eks. havde 65 % af patienterne med cøliaki mundtørhed i et nyere dansk studie.¹³ Mundtørhed øger risikoen for sygdomme i tænder og tandkød.

Det diagnostiske delay betyder, at mange cøliakipatienter lever med en uopdaget cøliaki i unødigt lang tid med risiko for, at symptomer forværrer, og for at nye symptomer udvikles.

Vedr. forenkling af tilskud til tandpleje

Dansk Cøliaki Forening opfordrer til, at man overvejer et administrativt enkelt system for tilskud til tandpleje, hvor patienter med cøliaki og f.eks. tydelige emaljedefekter, kan opnå et tilskud på samme måde som tilskud ydes medicintilskud, så patienten får dækket sine udgifter til en række konkrete tandbehandlinger udover en nærmere fastsat egenbetaling.

⁸ *Cøliaki: diagnostik, behandling og kontrol*, 01.11.2020, Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi.

⁹ *Diagnostic Delay in Coeliac Disease: A Survey among Danish Patients*, Line Lund Kårhus, Susanne Hansen, Jüri J. Rumessen, and Allan Linneberg, Hindawi Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, Volume 2022, 5997624, 12.2022.

¹⁰ *Enamel defects and aphthous stomatitis in celiac and healthy subjects: Systematic review and meta-analysis of controlled studies*, Michele Nieri, Elena Tofani, Efsio Defraia et al., Journal of Dentistry 65 (2017) 1-10.

¹¹ *Beyond the Gut: A Systematic Review of Oral Manifestations in Celiac Disease*, Alberta Lucchese, Dario Di Sta-sio, Simona De Stefano et al., Journal of Clinical Medicine 2023, 12, 3874.

¹² *Oral and dental manifestations of celiac disease in children: a case-control study*, Farah A. Alsadat, Najlaa M. Alamoudi, Azza A. El-Housseiny et al., BMC Oral Health (2021) 21:669

¹³ *Salivary gland involvement and oral health in patients with coeliac disease*, Jason Liu, Ann-Kristine Juncker Lundemann, Jesper Reibel, Anne Marie Lynge Pedersen, European Journal of Oral Sciences, 2022: 12861.

Den nuværende struktur i § 166-ordningen er overordentligt kompliceret og administrativt tung og må formodes at være relativt dyr at administrere. Samtidig kræver det en del af den enkelte borger at ansøge om tilskud, så man kan frygte, at visse grupper af borgere opgiver overhovedet at starte ansøgningsprocessen.

4. Nyreforeningen: Kronisk nyresygdom bør være omfattet

Forenkling af tilskud til tandpleje

Nyreforeningen finder, at det er vigtigt og rimeligt, at en forenkling af tilskudsordningen til tandpleje indeholder objektive kriterier for, hvorvidt der kan søges tilskud og ikke specifikke sygdomme. Det er vigtigt, at sikre lige adgang for patienter med kroniske sygdomme, som har samme svære risikofaktorer for at udvikle alvorlige tand- og mundhuleinfektioner.

Nyreforeningen mener, at en forenkling af Servicelovens § 166 bør indeholde objektive tandlægefaglige kriterier for at være omfattet:

- Kronisk syge som på grund af mundtørhed har mere vækst i plak med bakterie flora.
- Kroniske syge som på grund af nødvendig medicinsk behandling får flere mundinfektioner
- Kronisk syge hvor mundinfektioner kan true eller forværre deres nuværende helbredssituation.

Nyreforeningen finder, at også kronisk nyresyge med betydelige dokumenterede tandproblemer skal have ret til at blive omfattet af Sundhedslovens § 166 om tilskud til tandpleje.

Behovet for særlig tandpleje skal dokumenteres overfor regionen via journaloptegnelser, samt erklæring fra egen tandlæge.

Nyreforeningen foreslår for at forenkle ansøgningsproceduren, at patienten kan rekvirere et ansøgnings-skema i sin bopælskommune, der medbringes til egen tandlæge. Tandlægen udfylder erklæring, hvor patienten har givet tilladelse til at der kan indhentes journaloptegnelser fra det hospital, hvor patienten er i behandling. Ansøgningskemaet sendes til videre behandling i regionen.

Hvorfor kronisk nyresyge også bør omfattes af tandplejeordningen:

I Nyreforeningens rådgivning får vi mange henvendelser fra nyrepatienter, som står med meget høje tandlægeregninger, og har viden om, at mange nyresyge ikke har råd til at passe sine tænder. Det er naturligvis belastende både fysisk, psykisk og socialt at skulle leve med meget dårlig tandstatus.

Det er vigtigt at understrege, at det øgede behov for tandbehandling ikke er fordi, at den nyresyge undlader at passe sine tænder, men alene skyldes nyresygdommen.

Der er flere årsager til at dialysepatienter og nyretransplanterede har tandproblemer. De primære årsager er:

Mundtørhed: Nyrepatienter, er ofte generet af mundtørhed. Mundtørhed skyldes ofte sygdom, medicin og dehydrering. Dialysepatienter, der er på væskerestriktion, oplever en knastør mund. Det samme gælder nyretransplanterede, som blandt andet er i immundæmpende behandling.

Spyttet er vigtigt: Når vi taler om mundtørhed, er det vigtigt at nævne, at der findes to typer spyttproduktion. Der er den ustimulerede og den stimulerede. Den første er det lille konstante spytflow, vi alle har, når vi sidder, går, arbejder, sover osv. Den spyttproduktion er typisk lavere om natten end om dagen. Den stimulerede spyttproduktion er den, der sætter ind, når vi spiser, eller allerede når vi tænker på eller taler om mad, som, vi syntes, er særligt lækkert. Vores spyt er kroppens vigtigste forsvar i mundhulen. Spyttet beskytter både slimhinder og tænder. Slimhinder, der ikke er fugtet, revner nemmere, og sår er længere om at hele. Spyttet indeholder bl.a. kalk og enzymer, der modvirker huller i tænderne. Der findes også enzymer, der er den første del af vores fordøjelses system. Er munden tør, kan det være svært at tygge sin mad ordentligt, så der synkes for store bider, som maven skal arbejde mere for at nedbryde.

Medicinens påvirkning: Mange typer af medicin giver nedsat spyttproduktion. Det gælder alle former for psykofarmaka, alle de smertestillende i morfingruppen både de oprindelige og de syntetiske, men også vanddrivende og blodtryksænkende medicin vil ofte give nedsat spytflow, ligeledes immundæmpende medicin. Mængden af medicin kan ligeledes være årsagen. Selv om det enkelte præparat ikke giver problemer, kan det alligevel opstå, simpelthen fordi der tages meget forskellig medicin. Mange med kroniske sygdomme tager over fire forskellige typer medicin dagligt. Man kan have så lidt som 20% af normal ustimulerede spytflow, uden selv at bemærke det. Det vil typisk være den ustimulerede spyttproduktion, der bliver ramt. Det er derfor utrolig vigtigt med hyppig forebyggende tandbehandling, så tandskader undgås.

Mundhuleinfektioner: Nyrepatienter, både dialysepatienter og transplanteret, har signifikant oftere forekommende mundhuleinfektioner, som er dannet på baggrund af væsentlig mere bakteriel plak og caries på tandoverfladen. Dette er undersøgt i et Guldmedaljespeciale på Københavns Universitet.¹⁴

Rapporten peger også på at det kan være en økonomisk og samfundsmæssig fordel at sikre en fokuseret indsats for tand- og mundhygiejne over en periode. Det kan nedbringe antallet af indlæggelser og dermed aflaste sundhedsvæsenet og forøge patienternes livskvalitet, jf. side 31 i samme rapport.

Rapporten vedlægges som bilag.

5. Parkinsonforeningen. Patienter med Parkinson sygdom og tandproblemer

Parkinsonforeningen gør opmærksom på gruppen af mennesker med Parkinson sygdom i forbindelse med udvidelse af patientgrupper under §166.

Parkinson er en progredierende sygdom, som degenererer de celler i hjernen, som danner dopamin og andre neurotransmittere, og dermed påvirker motoriske centre i hjernen. Det forårsager bl.a. rysten, stive muskler og langsomme bevægelser samt demenslidelser. Præparatet Levodopa er den mest effektive medicin til at lindre symptomerne på Parkinson, men bivirkninger er blandt andet mundtørhed og abnorme ufrivillige bevægelser (dyskinesi).

¹⁴ Camilla Juhl: Interventionsstudie rettet mod mundhuleinfektioner hos patienter med kronisk nyresygdom, side 10-14 samt side 30.

Ovennævnte symptomer har stor indflydelse på parkinsonpatientens mulighed for vedligeholdelse af tandsættet. Finmotorikken forsvinder som noget af det første, hvilket indebærer at almindelig profylakse som tandbørstning, brug af tandtråd eller små mellemrumsbørster m.m. bliver yderst vanskeligt. Evnen til at bruge tungen til at føle eller fjerne madrester fra tænder og mellemrum er ikke muligt på grund af den stivhed, der opstår i tungemusklen.

Spytsekretionen nedsættes hos mange parkinsonpatienter og da spytflowet har stor indflydelse på biologiens egen renhold af tænderne er det et uerstatteligt redskab, der forsvinder. Parkinsonpatienters muskelstivhed har negativ betydning for både gabeevnen og tyggefunktionen.

Eftersom Parkinson forebyggende også kan medføre kognitive problemer som demens, stress og/eller depression, påvirker det patientens egenomsorg, herunder den daglige nødvendige mundhygiejne som tandbørstning og regelmæssige tandlægebesøg. Parkinson er en progredierende sygdom, så selv med den største motivation er det vanskeligt at opretholde en optimal mundhygiejne.

Alle ovenstående udfordringer gør at parkinsonpatienter har mere tandkødsbetændelse, parodontitis, caries og tandslid, ligesom de oftere mister tænder end den almene befolkning.

Størstedelen af parkinsonpatienter er ældre mennesker uden overskud til at sætte sig ind i sociale tilskudsmuligheder eller omfattende ansøgningsprocedurer.

Derfor er det helt centralt at visitationen bliver så enkelt som mulig. Et forslag er, at egen læge, neurolog eller tandlæge indsamler alle relevante oplysninger og indsender henvisning til videre forløb hos tandlægekonsulenten.

Patienten skal ikke selv sørge for ansøgning, fremsendelse af regninger til region osv., men kun modtage en opkrævning på egenbetaling.

Tandlæge og ph.d-studerende på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet, Sara Baram, er tilknyttet den faglige rådgivning i Parkinsonforeningen og har udgivet flere artikler som viser en forringet tandstatus og kæbefunktion samt større behov for tandbehandling hos denne patientgruppe i Danmark. En af dem kan læses i artiklen "Mennesker med Parkinson får lavet flere huller i tænderne og får trukket flere tænder ud". (vedlagt som bilag).

Det er derfor vigtigt at denne patientgruppe, som kan have store udfordringer hvad angår mundhygiejne samt merudgifter ifm. tandbehandling, kommer i betragtning som en del af udvidelsen af patientgrupper under §166.

6. Diabetesforeningen: Diabetes og tandsundhed

Mennesker med diabetes bør inkluderes under §166. Det gælder i særlig grad patienter med lav indkomst og dem som er hårdest ramt af tandproblemer grundet deres sygdom.

Diabetes og tandsundhed

Diabetes er en kronisk sygdom, der ofte medfører højere blodsukre end i den generelle befolkning. Og det øger risikoen for at få tandsygdomme som fx paradentose.

Med diabetes er der øget risiko for tandkødsbetændelse (paradentose), karies (huller i tænderne) og orale infektioner ses i øget grad hos diabetikere. Det skyldes, at høje blodsukre kan beskadige blodkarrene, hvilket reducerer blodforsyningen til tandkødet og tænderne, hvilket gør dem mere sårbare over for infektioner.

Der er tale om en gensidig påvirkning, for når personer med diabetes udvikler paradentose kan det igen forværre deres diabetes, fordi en dårlig reguleret paradentose øger blodsukkeret og forværrer diabetes.

Det kan føre til mere alvorlige følgesygdomme, som hjertekarsygdom, nyresygdom, amputationer og tidlig død. Det har enorme konsekvenser for den enkelte, men også for samfundet i form af øgede udgifter til følgesygdomme, pleje og behandling.

Diabetes, tandsundhed og ulighed

Type 2-diabetes er langt mere udbredt blandt mennesker med kort uddannelse end blandt mennesker med lang uddannelse og høj indkomst.

Fra Sundhedsprofilen 2021 ved vi, at 13,8 % af danskere med grundskole har diabetes, mens kun 2,6% af danskere med lang uddannelse har diabetes. Personer med lav indkomst diagnosticeres ca. 10 år senere sammenlignet med personer med høj indkomst, hvilket medvirker til flere følgesygdomme på diagnostetidspunktet, som kunne være forbygget.

Samtidig viser et studie fra Steno Aarhus, at mennesker med type 2-diabetes og lav uddannelser har større risiko for dårlig oral sundhed.

Vi ved fra Diabetesforeningens rådgivning, at tandlægeregninger for personer med diabetes kan koste op mod 100.000 kr. Nogle har mulighed for at søge tilskud til nogle af udgifterne, men de efterlades stadig med alt for dyre regninger, de ikke kan betale, og de bliver derfor væk fra tandlægen.

Tal fra Danmark Statistik viser, at kun knap 30 procent af de borgere, der stod uden for arbejdsmarkedet, i 2021 havde kontakt til en tandlæge eller tandplejere.

Diabetesforeningen lavede en inflationsundersøgelse tilbage i november 2022. Den viste at inflationen har betydet, at 25% af alle personer med diabetes har fravalgt behandlinger hos fx tandlæge. Blandt ledige, fleksjobbere eller førtidspensionister med diabetes har halvdelen fravalgt behandlinger.

Hvis mennesker med diabetes med lav indkomst ikke får den nødvendige hjælp til tandbehandling, kan det have fatale konsekvenser for deres sundhedstilstand og dermed øge risikoen for alvorlige følgesygdomme i det lange løb og for tidlig død.

Diabetesforeningen ser derfor især et behov for at personer med diabetes i lavindkomstgrupper får mulighed for at søge tilskud til tandbehandling.

7. Psoriasisforeningen: Patienter med psoriasis

Psoriasisforeningen anfører, at det er kendt, at patienter med psoriasis der anvender methotrexat kan opleve tandkødsproblemer og nedbrydning af tænder. Som det fremgår af bivirkningslisten, kan det forekomme¹⁵. <https://min.medicin.dk/Medicin/Praeparater/9155>

Derfor kan det være relevant at inkludere denne patientgruppe i § 166.

Et skøn er at der er 10.000 danskere i behandling mod psoriasis med methotrexat. Ud fra bivirkningsoversigten skulle betyde at i størrelsesordenen 10 danskere oplever denne bivirkning.

Lægemidlet anvendes også i stor udstrækning indenfor gigtområdet, så det samlede antal methotrexat-brugere er stort.

8. Osteoporoseforeningen: patienter i lavdosis antiresorptiv behandling bør omfattes af tilskudsordningen

Osteoporoseforeningen påpeger, at der er behov for, at patienter i lavdosis antiresorptiv behandling også bliver omfattet af tilskudsordningen. Lavdosis antiresorptiv behandling gives til mange patienter med osteoporose samt til nogle patienter med prostatakræft. Patienterne er i øget risiko for at udvikle osteonekrose i kæberne, og der er derfor særlige forholdsregler omkring deres tandbehandling. Men patienterne har ingen muligheder for at søge tilskud til deres tandbehandling, når de henvises til privatpraktiserende specialtandlæge.

- I maj 2021 udsendte Styrelsen for Patientsikkerhed et direktiv, som formidler, at tandlæger, tandplejere eller kliniske tandteknikere i privat og kommunal praksis ikke bør foretage implantatindsættelse, tandekstraktion eller anden oral kirurgi på patienter i lavdosis antiresorptiv behandling i mere end fire år.
- Ifølge direktivet "bør der foretages en individuel sundhedsfaglig vurdering af, om behandlingen kan foretages af en specialtandlæge i primærsektoren, eller om patienten skal henvises til en tandmund- og kæbekirurgisk afdeling på et sygehus."¹⁶
- Patienterne bliver typisk henvist til en privatpraktiserende specialtandlæge for at modtage en behandling, de tidligere ville have fået foretaget hos egen tandlæge. For eksempel udtrækning af en tand. Det medfører en større udgift til tandbehandlingen. Derudover er der længere ventetid og længere køreafstande.
- Patienter, der har fået lavdosis antiresorptiv behandling i mere end fire år, er ikke omfattet af Sundhedslovens § 166. Tilskudssystemet er således ikke reguleret som en konsekvens af direktivet fra

¹⁵ Se mere her: <https://min.medicin.dk/Medicin/Praeparater/9155>

¹⁶ Se mere her: <https://stps.dk/da/laering/risikoomraader/osteonekrose-i-kaeberne/~media/35DE3DEE311647C2A0724E5901EB2C86.pdf>

Styrelsen for Patientsikkerhed. Det afstedkommer ulighed i tandsundhed blandt andet for mennesker med osteoporose, som vi repræsenterer.

Vi har desværre ikke input til, hvordan tilskudsordningen kan forenkles, så det bliver nemmere, ud fra et patientperspektiv, at opnå tilskud. Vi ser imidlertid behov for en forenkling, da vi ellers risikerer, at de mindst ressourcestærke ikke har overskud til at søge tilskud.

9. Psykiske lidelser, medicin og tandsundhed

Nogle slags medicin resulterer i mundtørhed, der kan give en hel række bivirkninger, herunder at tænderne er meget udsatte for caries. Det er også anerkendt i de gældende beskrivelser af muligheden for tilskud efter § 166.

En undersøgelse fra Tandlægeforeningen for nogle år siden viste, at 63 procent af tandlægerne oplevede en stigning eller en stor stigning i antallet af patienter, der har tandsygdomme som følge af mundtørhed, der skyldes medicinforbrug.

98 procent af tandlægerne svarede, at de har patienter, der har tandsygdomme som følge af mundtørhed, der skyldes medicinforbrug.

Det er videnskabeligt dokumenteret, hvilke lægemidler der forårsager mundtørhed. Tandlægebladet har fx lavet en liste over dem.¹⁷

Især præparater der tages mod fx psykiske lidelser, nerve- og hjertekarsygdomme, luftvejslidelser og lidelse i fordøjelsessystemet har udtalt mundtørhed som bivirkning. Det er nogle af de lægemidler, der bliver ordineret flest af.

Polyfarmaci – dvs. når man bruger mange slags medicin på én gang – kan også skabe mundtørhed. Det betyder, at mange ældre og multisyge, der bruger meget medicin, rammes i særlig grad.

Borgere med psykiske lidelser er en særlig udsat gruppe. Nogle magter ikke at opsøge tandlæge. Eller har behov for støtte til den ekstra egenomsorg, der er nødvendig for at undgå medicinskader.¹⁸

Nogle patienter undlader at forebygge – fx gå til hyppige fluorskyllninger hos tandlægen – eller lade sig behandle, fordi de ikke har råd til det.

Der er beretninger om, at personer med årelang historik med indlæggelse på psykiatriske afdelinger aldrig er blevet præsenteret for en tandbørste under indlæggelserne.

Nogle patienter oplyser, at de ikke er blevet informeret godt nok om risici og om forebyggelse.

¹⁷ <https://www.tandlaegebladet.dk/laegemidler-der-giver-spytkirteldysfunktion>

¹⁸ Om borgere med psykisk sygdom, medicin og tandsundhed se SIND bladet 5, oktober 2015 http://www.sind.dk/6stora-ge/113/3039/sindbladet_2015_05.pdf

Der gives ikke særligt tilskud til behandling af tandskader, der skyldes brugen af nødvendig medicin. Derfor har nogle patientgrupper store udgifter til forebyggelse og behandling af de tandproblemer, som deres handicap eller sygdom medfører. Ofte må flere, måske alle, tænder trækkes ud, og dermed bliver regningen for genopretning meget stor.

Andre undlader at få behandlet og genoprettet deres tandsæt. Det medfører ringere livskvalitet og har en række afledte, negative sundhedsmæssige og sociale virkninger.

Samlet set er det uhensigtsmæssigt og urimeligt, at skader opstået som følge af nødvendig lægeordineret behandling ikke dækkes af det offentlige i langt højere grad end i dag. Derfor bør omfattende tandproblemer som følge af medicinsk behandling dækkes af § 166. Det bør omfatte patienter i behandling for psykiske lidelser – men ideelt set alle patientgrupper med medicinbetingede skader på tænderne.