



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 13-09-2018

lvi

Sagsnr. 4-1213-63/1

72228641

Tandsygd om og anden sygdom

Sundheds- og ældreministeriet har med mail af 29.06.18 anmodet Sundhedsstyrelsen om et notat vedr. sammenhængen mellem tandsygd om og anden sygdom. Baggrunden er at folketinget sundhedsordførere har efterspurgt oplysninger om samspil mellem tandsygd om og anden sygdom i relation til regeringens igangsatte modelarbejde om nye rammer for voksen-tandplejen. Disse oplysninger skal bruges til at vurdere behandlingskvalitet, ressourceudnyttelse og samarbejde mellem tandpleje og det øvrige sundhedsvæsen.

Tandsygd om

Karies (huller i tænderne), gingivitis (tandkødsbetændelse) og marginal parodontitis (paradentose) er de hyppigst forekommende tandsygdomme i voksenbefolkningen i Danmark. Størstedelen af de opgaver, der løses i voksentandplejen er relateret til diagnostik, forebyggelse og behandling af disse sygdomme og følgerne heraf (fx tandtab).

Karies

Karies opstår som følge af, at bakteriebelægninger (plak) på tænderne forbruger sukker (kulhydrater) under udskillelse af syrer, der kan opløse tandens emalje og dentin. Bakteriebelægning ved en karieslæsion på tanden medfører en lokal ubalance i samspillet mellem de naturligt forekommende bakterier og mundhulen. Forebyggelse af karies sigter primært mod forbedring af mundhygiejnen (fjernelse af bakteriebelægninger på tænderne), reduktion af indtaget af sukker og anvendelse af fluorid, der kan hæmme opløsning af tandens mineral.

Gingivitis og marginal parodontitis

Gingivitis er en betændelsesreaktion (rødme, blødning, hævelse) i tandkødet uden tab af tandens fæste. Marginal parodontitis er en betændelsestilstand omkring tandens rod hvor der foruden betændelse i tandkødet omkring tanden også er tab af tandens støttevæv, der kan medføre fordybde tandkødslommer og tab af knoglefæste omkring roden. Såvel gingivitis som marginal parodontitis opstår som følge af kroppens immunologiske reaktion på bakteriebelægninger langs tandkødsranden og i tandkødslommerne. Det er dog stadig uklart hvorfor nogle individer udvikler sværere grader af marginal parodontitis og andre ikke gør. Faktorer relateret til individets immunsystem og genetiske sammensætning er nævnt som mulige forklaringer.

Tandsygd om og det generelle helbred

Sygd om i tænder og mund bliver ofte betragtet som isolerede helbredsproblemer. Mundhulen er imidlertid en integreret del af kroppen og sygdomme i tænder og mund kan relatere til det generelle helbred. Sygdomme i tænder og mund kan desuden medføre nedsat fysisk, psykisk og socialt velbefindende hos den enkelte ved at forårsage smerter og ubehag, nedsat tyggeevne, og skæmmet udseendet. Tandsygdomme kan være invaliderende i en sådan grad at det kan få negative konsekvenser for en normal livsførelse og arbejdsliv.

Nedsat tyggeevne kan få konsekvenser for fødeindtagelse og ernæringstilstand. Tandtab og nedsat tyggeevne kan medføre fravalg af særligt hårde og seje fødevarer som rå grønsager, kød, groft brød og nødder og valg af forarbejdede bløde fødeemner med et højt indhold af kulhydrater, der er nemme at bide i eller tygge. Nedsat tyggeevne kan således vanskeliggøre en sund varieret kost, der lever op til Fødevarestyrelsens officielle kostråd med negative konsekvenser for fordøjelse og ernæringstilstand. Dette er særligt et problem for den ældre del af voksenbefolkningen, der hyppigst lider af tandtab.

Tandsygd om i relation til udvalgte medicinske sygdomme

Marginal parodontitis og hjertekarsygdomme¹

Mange epidemiologiske studier viser sammenhæng mellem forekomsten af marginal parodontitis (paradentose) og hjertekarsygdomme. Et nyligt svensk studie viser fx at forekomsten af marginal parodontose er højere hos patienter med ny blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) og at forekomsten af ny blodprop i hjertet er højere hos patienter med marginal parodontitis. Denne sammenhæng kan dog tilskrives, at de to sygdomme har fælles risikofaktorer, hvoraf de vigtigste er rygning og forekomst af diabetes. Særlig rygning er vist at være en signifikant risikofaktor for begge sygdomme. Det er derfor meget vanskeligt at afdække om marginal parodontitis, i sig selv, øger risikoen for udviklingen af hjertekarsygdomme og om der dermed er tale om en årsagssammenhæng.

Der er opstillet biologiske forklaringsmodeller om mulige årsagssammenhænge mellem marginal parodontitis og hjertekarsygdom. De mest fremtrædende tager udgangspunkt i udviklingen af åreforkalkning (arteriosklerose), som er en dominerende årsag til udvikling af hjertekarsygdomme. De sygdomsprocesser, der fører til åreforkalkning med forsnævring eller afslukning af en blodåre (arterie) indeholder en komponent af betændelsesreaktion (inflammation). Det antages at marginal parodontitis kan influere på åreforkalkningen ved 1) at bakterier fra mundhulen føres via blodbanen til åreforkalkningsområdet og her medfører forværring af åreforkalkningen eller 2) ved at immunforsvarets signalstoffer i blodet (cytokiner), som følge af marginal parodontitis, fremmer en betændelsesreaktion i åreforkalkningsområdet. Det vurderes, at der på nuværende tidspunkt ikke er tilstrækkelig viden til at konkludere, om der er en direkte årsagssammenhæng mellem marginal parodontitis og hjertekarsygdom.

Det er på nuværende tidspunkt ikke klarlagt om behandling af marginal parodontitis har en effekt på forekomsten af blodprop i hjertet eller hjerneblødning. Såfremt det dokumenteres, at behandling af marginal parodontitis har effekt på hjertekarsygdomme, må den antages at være størst hos patienter med kendt aterosklerotisk hjertekarsygdom. En vigtig indsats, vil fortsat være ophør med tobaksrygning, eftersom tobaksrygning er den hyppigste risikofaktor for både marginal parodontitis og hjertekarsygdom.

¹ **Holmstrup P**, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg, Nielsen CH, Hansen PR. Komorbiditet ved marginal parodontitis: To sider af samme sag? Tandlægebladet, 2017, 121, side 52-61. **Holmstrup P**, Klinge B, Sigurd B. Sammenhængen mellem marginal parodontitis og hjerte-kar-sygdom. Tandlægebladet, 2012, 116, side 92-95.

Marginal parodontitis, karies og diabetes²

En lang række epidemiologiske studier peger på sammenhæng mellem forekomsten af diabetes (type 1 & 2) og gingivitis. Studier viser videre at diabetes påvirker udviklingen af marginal parodontitis, hvilket resulterer i forøget dybde af tandkødsломmer (pochedybde) og øget knoglesvind omkring tandrødderne i forhold til ikke-diabetikere. Udviklingen af marginal parodontitis afhænger imidlertid af hvor velreguleret blodsukkeret er hos diabetespatienten. Velregulerede diabetespatienter viser således ikke en øget risiko for at udvikle marginal parodontitis end ikke-diabetikere.

I forhold til kariesforekomsten hos diabetikere, er litteraturen ikke entydig hvilket kan skyldes at kariessygdomme påvirkes af mange andre faktorer som fx patientens mundhygiejne, sukkerindtag og brugen af fluorid. Patienter med diabetes har oftere mundtørhed (xerostomi/hyposalivation), der medfører øget risiko for udvikling af karies. Mundtørhed kan være et symptom på at blodsukkerniveauet er dårligt reguleret. Som ved marginal parodontitis kan risiko for udvikling af karies hos diabetespatienter således afhænge af, hvor velreguleret patienten er.

Omvendt peger studier på, at ikke kirurgisk behandling (tandrensning) af marginal parodontitis kan have en positiv effekt på regulering af blodsukkerniveauet hos dårligt regulerede diabetespatienter (type 2), andre studier bekræfter ikke denne sammenhæng. Der efterlyses her flere og bedre studier og den kliniske betydning af denne effekt er ikke beskrevet.

Det er vist, at patienter med diabetes mister flere tænder og oftere bliver tandløse.

Der er flere biologiske forklaringsmodeller på hvordan type-2 diabetes påvirker marginal parodontitis. En forklaring er, at diabetes påvirker udviklingen af marginal parodontitis via en ændring af bakteriesammensætning i tandkødsломmen. En anden forklaring for den øgede tilbøjelighed til udvikling af marginal parodontitis blandt diabetikere er dannelsen af de såkaldte *advanced glycation end products (AGE)*, da de medvirker til øget vævsnedbrydning, herunder nedbrydning af knogle. Desuden forslås at diabetes kan påvirke cellefunktionen af de såkaldte neutrofile granulocytter, som bekæmper bakterier og dermed spiller en væsentlig rolle i udviklingen af marginal parodontitis. De opstillede forklaringsmodeller er dog ikke tilstrækkeligt dokumenteret til, at kunne fastslå de biologiske mekanismer, der ligger bag sammenhænge mellem diabetes og marginal parodontitis.

Tidlig diagnostik af diabetes hos egen læge er vigtig, hvis senkomplikationer til diabetes skal undgås. Tandlæger har regelmæssig kontakt med deres patienter og kan derfor spille en rolle i tidlig opsporing og den sundhedsfremmende indsats omkring diabetespatienter.

² **Holmstrup P**, Damgaard C, Olsen I, Klinge B, Flyvbjerg, Nielsen CH, Hansen PR. Komorbiditet ved marginal parodontitis: To sider af samme sag?. Tandlægebladet, 2017, 121, side 52-61. **Grauballe M**, Rydnert J, Clausen LG, Holmstrup P, Flyvbjerg A, Schou S. Metabolisk syndrom, diabetes mellitus og disse tilstandes betydning for mundhulen. Tandlægebladet 2012, 116, side 96-104. **Holmstrup P**, Flyvbjerg A. Linkage between periodontal disease and diabetes mellitus. Pedersen AML ed. Oral infections and general health: From molecule to chairside. Switzerland. Springer International Publishing 2016; side 35-44.

Marginal Parodontitis og lungesygdomme³

Bakterier kan overføres fra mundhulen/svælget til luftvejene ved aspiration eller fejlsynkning og potentielt medvirke til udvikling af luftvejsinfektioner herunder lungebetændelse. Der er dog ikke fundet årsagssammenhænge mellem marginal parodontitis og lungesygdomme, selv om der er fundet epidemiologiske sammenhænge mellem sygdommene. Det er dog påvist, at forbedret mundhygiejne for svækkede patienter på intensivafdelinger og plejehjem kan reducere risikoen for lungebetændelse. En systematisk indsats i forhold til at forbedre mundhygiejnen for svækkede risikopatienter vil således være vigtig.

Potentiale for nye samarbejdsrelationer i sundhedsvæsn.

Som ovenfor beskrevet kan marginal parodontitis relateres til medicinske sygdomme som hjertekar sygdomme, diabetes og luftvejsinfektion. Årsagssammenhænge er uklare, men sammenhænge kan relateres til fælles risikofaktorer som fx tobaksrygning. Behandling af den parodontale infektion ved forbedring af mundhygiejne og professionel tandrensning kan mindske kroppens betændelsesreaktion og spredning af bakterier fra mundhulen via blodbanen til resten af kroppen. Diagnostik og behandling af marginal parodontitis er gavnligt for såvel tandsundheden som den generelle sundhed. Anbefalinger vedr. tandlæger og tandplejeres behandling af marginal parodontose kan findes i Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for behandling af sygdomme i væv omkring tænder og tandimplantater, 2013.

På den baggrund bør forebyggelsesindsatsen i praksistandplejen ændres fra at være en separat individuel forebyggelsesindsats til at blive mere sammenhængende med den samlede generelle forebyggelsesindsats i fx kommunerne. Forebyggelse kan hermed foregå tværfagligt mod underliggende psykosociale og adfærdsmæssige determinanter og i højere grad bidrage til at reducere social ulighed i sundhed for voksne. Praksistandplejen bør have et partnerskab med andre fagdiscipliner og blive bedre integreret i det borgernære sundhedstilbud til voksne for at sikre sammenhæng i den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. De praktiserende tandlæger kan være en vigtig samarbejdspartner i forhold til fx rekruttering af rygere til rygestop. Patienter, der er interesserede i rygestop kan henvises direkte til ”Stoplinien” for rådgivning eller videre henvisning til et kommunalt tilbud. Alternativt kan henvisning ske ved, at de praktiserende tandlæger og tandplejere sikres en direkte elektronisk henvisningsmulighed til kommunernes forebyggelsestilbud. Der kan henvises til anbefalinger i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for tobak, 2018.

I bilag 1 angives eksempler på generelle publikationer hvor Sundhedsstyrelsen har indarbejdet anbefalinger mm. vedr. tandsundhed, tandpleje og generel sundhed.

³ Larsen T, Holmstrup P, Fiehn NE, Dahlen G. Orale bakterier og sygdomme udenfor mundhulen. Tandlægebladet, 2016, 120, side 436-441.

Bilag 1 Eksempler på generelle publikationer fra Sundhedsstyrelsen med tværfaglige anbefalinger mm. vedr. tandsundhed, tandpleje og generel sundhed.

Ældre patienter med ernæringsproblemer

Kilde: Ernæringsvurderingsskema for ældre, Socialstyrelsen 2012, & Vejledning til ernæringsvurdering af ældre, Socialstyrelsen 2012. (Udredning af årsagen til dårlig ernæringstilstand. Tygge- og synkebesvær, Problemer. Tandstatus. Har den ældre dårlige tænder, kan det være svært at tygge. Tandlægen eller tandplejen kan hjælpe med tandstatus og tandprotesen. Tygge-/synkebesvær. Omfatter problemer med tandsættet eller evnen til at tygge og synke, fx som følge af sygdom. Det kan give sig til udtryk ved, at den ældre fravælger bestemte fødevarer som fx kød, det kan være svært at tygge, eller ved, at den ældre hoster under måltidet eller har madrester i munden efter et måltid. Uddybning af Indsats. Drøft med dine kollegaer, om der er behov for tilsyn fra læge, tandlæge eller tandplejer. Kontakt køkkenet og snak med dem om at få en kost, der er lettere at tygge og synke.)

Kilde: Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2017. (Tværasektorielle forløb og tværfagligt samarbejde. Tværfagligt og tværasektorielt samarbejde er således centralt i arbejdet med at skabe sammenhængende ernæringsindsatser for den ældre. Ernæringsindsatsen kan med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, tandlæge, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske, klinisk diætist, professionsbachelor i ernæring og sundhed mv samt leverandører af madservice(6). Dermed sikres det, at der er fokus på alle dele af ernæringsindsatsen fra sammensætning af kost og diæter målrettet den enkelte ældre patient og borger til den konkrete måltidssituation og indtagelse af maden. En række risikofaktorer kan have negativ indflydelse på ældres ernæringstilstand. Blandt de vigtigste faktorer er: Tygge- og synkebesvær, Dårlig tandstatus, Reduceret/nedsat spyttproduktion. Faggrupper der arbejder med forebyggende indsatser. Grundet den store variation i risikofaktorer og individuelle behov kan forskellige faggrupper med fordel inddrages i større eller mindre grad i den forebyggende indsats. Faggrupper i kontakt med den ældre i forbindelse med fx de forebyggende hjemmebesøg, ved visitation til forskellige former for hjælp eller i forbindelse med fysioterapi, ergoterapi, diætetisk behandling eller omsorgstandpleje, skal have opmærksomhed på den ældres vægt og madvaner samt kompetencer og viden, der gør det muligt at oplyse om konsekvenser ved et eventuelt uplanlagt vægttab og underernæring. En væsentlig del af forebyggelsesindsatsen ift. den ældres ernæringstilstand er at oplyse ældre om betydningen af et sundt og funktionsdygtigt tandsæt. Hvis der blandt faggrupper i jævnlig kontakt med ældre ifm. forebyggelse, pleje og behandling observeres et problem ift. tandstatus hos ældre, bør der henvises til fx omsorgstandplejen, hvis den ældre er tilmeldt ordningen).

Kilde: Forebyggelsespakke, Mad og måltider. Sundhedsstyrelsen, 2018. (Sunde mad- og måltidsvaner har – i samspil med bl.a. fysisk aktivitet – stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge overvægt, underernæring og livsstilsrelaterede sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme samt tab af funktionsevne. Sunde mad- og måltidsvaner spiller derudover en central rolle i forhold til tandsundheden. Flere studier peger på, at tværfagligt og -sektorielt samarbejde omkring ernæringsindsatser, fx mellem læger, sygeplejersker, kliniske diætister, fysioterapeuter, ergoterapeuter og tandplejere, har positiv effekt på ernæringstilstand, funktionsevne og livskvalitet.).

Patienter med hjertesygdom.

Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, Sundhedsstyrelsen, 2018.

(Patienter med hjerteklapprotese og tidligere betændelsestilstand ved hjerteklappen skal vejledes i antibiotikaprofylakse ved fx tandlægeindgreb.)

Kilde: Diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom i Danmark, KAG, PCI, by-pass- og klapkirurgi, Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Hjertefølgegruppen, Sundhedsstyrelsen, 2005. (Endocarditisprofylakse: Alle patienter med klapsygdomme og klapprotoser (fraset pulmonalstenose i barnealderen, let aortainsufficiens uden mislyd og funktionel AV-klapinsufficiens) gives endocarditisprofylakse ved alle elektive kirurgiske behandlinger, inkl. tandrensninger.)

Patienter med diabetes

Kilde: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes, Sundhedsstyrelsen 2017. (Den primære udredning. Vurdering af andre helbredsrelaterede problemer ved diabetes: Patienter med type 2-diabetes har højere risiko for udvikling af paradentose. Behandlingen af paradentose kan medføre en forbedring af blodglukoseniveauet og dermed nedsætte patientens behov for insulin. Dertil kan patienter have en øget forekomst af mundtørhed, caries og svamp i munden. Den praktiserende læge bør derfor opfordre patienten til at gå regelmæssigt til undersøgelse hos tandlæge og/eller tandplejer. Diagnostiske undersøgelser hos tandlæge eller tandplejer foretages individuelt efter behov på baggrund af patientens aktuelle orale sygdomsniveau og risikofaktorer. Særlig fokus rettes på marginal parodontitis, svamp i munden og følger af mundtørhed. Sygdomsmestring: Patienter med type 2-diabetes bør tilbydes sygdomsmestring. Sygdomsmestring skal understøtte patientens kendskab og færdigheder i forhold til: rygningens skadelige virkning på sygdommen samt fordele ved rygestop, og betydningen af god mundhygiejne og sunde tilstande i tænder, tandkød og mundslimhinde). Kompetencekrav. Ernæringsindsatsen bør understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske mv. Arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører. Det aftales lokalt i de regionale forløbsprogrammer, hvem der varetager de forskellige dele af behandlingen og rehabiliteringen. Udgangspunktet er: Praksissektor i øvrigt: Forebyggelse og behandling ved privatpraktiserende tandlæge.)

Kilde: Opsamling på Sundhedsstyrelsens to workshops om diabetes, Sundhedsstyrelsen 28-06-2017

(Det nære sundhedsvæsen kan medvirke til at nedbringe antallet af mennesker med type 2-diabetes gennem den generelle borgerrettede indsats omkring forebyggelse af overvægt. Forebyggelse af overvægt kan ske gennem strukturelle tiltag, men der kan fx også gennemføres målrettede tværfaglige og dokumenterede indsatser for børn med overvægt, børn af forældre med overvægt og børn af forældre med type 2-diabetes. Opsporing af de relevante målgrupper kan ske gennem etablerede ordninger, hvor der allerede er kontakt til børnene. Det gælder fx almen praksis, som ser børnene i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser, tandpleje, daginstitution og skole.)

Borgere der ryger tobak

Kilde: Forebyggelsespakke, Tobak. Sundhedsstyrelsen, 2018. (Udbygning af samarbejde internt om henvisning til rygestoptilbud. Kommunen udbygger samarbejdet internt med relevante afdelinger (jobcenter, børn- og ungeforvaltning, ældreplejen, den kommunale tandpleje mv.) så borgere systematisk spørges til deres rygevaner og tilbydes henvisning til rygestoptilbud i kommunen. Samarbejde med privatpraktiserende tandlæger og tandplejere. Kommunen samarbejder med privatpraktiserende tand-

læger og tandplejere om 1) systematisk identifikation af borgere, der ønsker at holde op med at ryge og 2) elektronisk henvisning til kommunalt rygestop. Der bør være særligt fokus på henvisning af gravide, der ryger. Hvis praksispersonalet er uddannede rygestoprådgivere, kan kommunen etablere et samarbejde om afholdelse af rygestopforløb. Tilbuddet bør leve op til anbefalingerne for rygestoptilbud i kommunen. Inspiration til handling: VBA-e-læringsprogram til tandlæger, "Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom". Opsporing og henvisning hos den kommunale tandpleje. Den kommunale tandpleje spørger systematisk til rygevaner hos både unge og voksne og henviser interesserede til rygestoptilbud i kommunen eller til et af de nationale rygestoptilbud. Inspiration til handling: VBA-e-læringsprogram til tandlæger.)

Patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom

Kilde: **Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL**, Sundhedsstyrelsen, 2017.

(Ernæringsindsatsen kan ofte med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, hjemmesygeplejen mv.)

Patienter med kræft

Kilde: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen 2018.

(Indsats målrettet sociale forhold. Endvidere kan der være behov for vejledning om støttemuligheder, legatansøgning, støtte til tandlægebehandling, forsikringer, erstatning, orlov, plejeverdier mv.)

Kilde: Opfølgingsprogram for hoved- og halskræft, Sundhedsstyrelsen, 2015. *(Rehabiliteringsforslag. Patienten tilrådes at gå til tandlæge hver 2. til 3. måned efter afsluttet strålebehandling. Patienten tilrådes endvidere daglig god mundhygiejne.)*

Kilde: Styrket indsats på kræftområdet, Fagligt oplæg til Kræftplan IV, Sundhedsstyrelsen 2016. (Bedre og mere systematiske rehabilitering og palliation. *(Erfaringer på området peger på, at der er behov for særligt fokus på udvikling af rehabiliteringsindsatser rettet mod patienter med betydelig morbiditet, komplekse problemstillinger og senfølger til kræftsygdom. Eksempler på sådanne områder er: Omfattende tandproblemer hos patienter med hals- og mundhulekræft. Bedre rehabilitering og palliation. Patienter med hals- og mundhulekræft får ofte omfattende tandproblemer, og mange har allerede før, de skal i behandling for deres kræftsygdom, en dårlig tandstatus. Strålebehandling kan nedsætte spytksekretion, hvilket kan give risiko for sygdom i tand og mundhule. Mange af patienterne får desuden dysfagi, infektioner i slimhinderne, skrøbelige kæbeknogler og smuldrende tænder. Patientgruppen har et særligt behov for tidligt indsættende systematisk forebyggende tandpleje. Tilbuddet under sundhedslovens § 166 er ofte ikke tilstrækkeligt til denne målgruppe, der kan have vanskeligt ved at finde ressourcer til at ansøge om tilskud og søge behandling hos tandlæge med specialiserede kompetencer. Dertil kommer, at nogle kræftpatienter kan have komplekse odontologiske problemstillinger og senfølger som fx nedsat evne til at åbne munden, hvilket medfører, at tandbehandling mest hensigtsmæssigt foretages af tandlæger med særlig kompetence på området.)*

Kilde: Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne, Sundhedsstyrelsen 2017.

(Muskel, led og skeletproblemer. Osteoradionekrose. Behandling med kortikosteroider, bisfosfonater og stråleterapi kan påvirke karrene i knoglerne resulterende i nekrose (osteonekrose). Dette sker typisk 3 til 5 år efter behandling, selvom det kan udvikle sig hurtigere. Hof-

ter, ribben og kæbe er hyppigt berørte, ofte bilateralt. Risikoen er øget hos kvinder og blandt overlevere der behandles med steroider, herunder patienter der har undergået stamcelletransplantation og har udviklet graft-vs-host sygdom.)

Patienter med spiseforstyrrelser

Kilde: Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen, 2017. (Opmærksomhedspunkter ved bulimia nervosa: syreskader på tænder (obs. ved tandlægesøg))

Patienter med demens

Kilde: Livet med demens - styrket kvalitet i indsatsen. Fagligt oplæg til den nationale demenshandlingsplan 2025. Sundhedsstyrelsen 2016. (Vidensbaserede anbefalinger om god praksis inden for udvalgte områder af pleje og omsorg. Viden om god praksis inden for fysisk pleje og omsorg til mennesker med demens Demensområdet skiller sig ud fra andre områder ved, at mennesker med demens gradvist mister evnen til selv at tage vare på egen sundhed og har svært ved at give udtryk for fx fysiske symptomer. I forhold til at sikre god praksis inden for fysisk pleje og omsorg til mennesker med demens er det væsentligt, at der opsamles og formidles viden om virksomme interventionsmetoder målrettet denne målgruppe inden for fx, vurdering af smerter, måltider og ernæring, mund- og tandpleje. Kompetenceudvikling på demensområdet.

Sundhedsfaglige kompetencer Denne viden skal på tværs af sektorer basere sig på de nyeste sundhedsfaglige tilgange og den nyeste viden i forhold til arbejdet med mennesker med demens, herunder bl.a. temaer som forebyggelse, ernæring, tandsundhed, forebyggelse og opsporing af komorbiditet, delir, smerter mm. Det vurderes, at der generelt er behov for et sundhedsfagligt løft.)