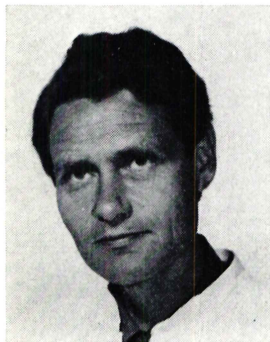


Ortodontiens placering i den danske børnetandpleje



Sven Helm

De elementære behov for tandlægehjælp kan efterhånden imødekommes de fleste steder i Skandinavien, og ønsket om ortodontisk service bliver stadig mere udbredt. I konsekvens heraf integreres ortodontien i Danmark for tiden i den kommunale børnetandpleje. Dette indebærer, at udvælgelsen af patienter med henblik på interceptive eller korrektive ortodontiske foranstaltninger kan systematiseres og baseres på faglige kriterier, snarere end på børnenes sociale status. De mest påtrængede opgaver i denne forbindelse er udvikling af metoder til vurdering af det ortodontiske behandlingsbehov og forøgelse af uddannelseskapaciteten for specialtandlæger.

Dr. odont. Sven Helm er lektor ved Institutet for Ortodonti, Københavns Tandlægehøjskole.

De første tegn på en samfundsorienteret holdning i dansk odontologi sås kort før århundredskiftet på børnetandplejeområdet. I 1896 gennemførte en gruppe tandlæger en omfattende undersøgelse af tændernes tilstand hos københavnske skolebørn,⁹ den første egentlige cariesepidemiologiske undersøgelse i landet, og i Svendborg tog en enkelt tandlæge samtidig initiativet til uden offentlig støtte at organisere tandpleje for byens skolebørn.⁸ I fortsættelse heraf oprettede Frederiksberg kommune i 1910 landets første kommunale børnetandpleje, og andre kommuner fulgte snart eksemplet. Udviklingen var foreløbig baseret alene på kommunernes eget initiativ og førte til, at omkring halvdelen af Danmarks skolebørn var under vederlagsfri kommunale tandpleje i midten af 1960'erne.¹⁰

Under den første opbygningsperiode var børnetandplejens indsats koncentreret omkring caries-terapien. Det blev imidlertid efterhånden klart, at cariesituationen ikke kunne bringes under kontrol alene ved hjælp af regelmæssig undersøgelse og behandling. I de senere år har den offentlige

børnetandpleje derfor iværksat omfattende caries-profylaktiske foranstaltninger, der især består i anvendelse af fluorforbindelser, kostvejledning og motivation og instruktion i mundhygiejne. Betydningen af den sidstnævnte foranstaltning blev yderligere åbenbar i takt med en øget erkendelse af, at en reduktion i de marginale parodontopatiers store udbredelse i den voksne befolkning ikke kan opnås uden en ihærdig profylaktisk indsats blandt børn og unge. Sideløbende med, at børnetandplejen således sattes i relation til voksen-tandplejen, øgede tendensen til at betragte udviklingen og sundhedstilstanden i det enkelte barns tænder, mundhule, kæber og omgivende strukturer under helhedens synsvinkel. Dette medførte blandt andet ortodontiens integrering i børnetandplejen, overalt hvor dette var praktisk muligt.

=====

Omkring halvdelen af Danmarks skolebørn var under vederlagsfri kommunale tandpleje i midten af 1960'erne.

=====

I overensstemmelse med socialreformens idé skal børnetandplejen desuden drive opsøgende virksomhed i samarbejde med det øvrige social- og sundhedsvæsen og skolevæsenet, således at så vidt muligt ethvert barn, der er berettiget til tandpleje, faktisk får denne.

Den groft skitserede udviklings foreløbige resultat afspejles i en betænkning af 1966 om offentlig forebyggende børnetandpleje,³ der var den direkte forudsætning for børnetandplejeloven af 1971.¹² Denne lov fastsætter, at alle børn i den undervisningspligtige alder efter en opbygningsperiode skal sikres vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje i kommunale klinikker. Bestemmelsen er baseret på den erkendelse, at en af det offentlige gennemført organisation af børnetandplejen er det nødvendige grundlag for, at alle børn — og altså også det svage miljøes samspilramte børn — sikres mulighed for deltagelse.³ Optagelse i børnetandplejen sker automatisk uden tilmelding. I overensstemmelse med socialreformens idé⁴ skal børnetandplejen desuden drive opsøgende virksomhed i samarbejde med det øvrige social- og sundhedsvæsen og skolevæsenet, således at så vidt muligt ethvert barn, der er berettiget til tandpleje, faktisk får denne.¹⁷ Deltagelse i børnetandplejen er derimod ikke tvungen, men en undersøgelse af tilslutningen til den kommunale børnetandpleje har vist, at omkring 98 % af børnene deltager.¹⁰

Ortodontiens integrering i børnetandplejen

Det fremgår af børnetandplejelovens følgebestemmelser, ^{2, 17} at tandsygdomme og tandstillingsfejl skal behandles i det omfang, bevarelsen af tandsystemet i god funktionsdygtig stand kræver det, med henblik på at fremme det enkelte barns fysiske og sociale trivsel. I overensstemmelse med WHO's definition af sundhed er målet således ikke blot frihed for sygdom. Det er derfor konsekvent, at lovgivningsmagten har bestemt at integrere ortodontien i den offentlige børnetandpleje. Bestemmelsen er ikke desto mindre bemærkelsesværdig, idet den er forud for tandplejenormer-

ne i mange egne af landet. Integreringen stiller børnetandplejen og den ortodontiske forskning overfor betydelige krav med hensyn til udviklingen af metoder til vurdering af det ortodontiske behandlingsbehov og til organiseringen af en systematisk ortodontisk service. Det er i det følgende forsøgt at formulere problemstillinger og belyse vanskeligheder vedrørende disse forhold.

Ortodontisk behandlingsbehov

Tandstillingsfejl er udbredt i mange etniske grupper, omend de forskellige afvigelser optræder med vidt forskellige hyppigheder.⁷ Dette medfører dog ikke nødvendigvis i enhver befolkning ønske om forebyggende, interceptiv og korrektiv ortodontisk service. Eksempelvis har omkring halvdelen af børnene i den australske urbefolkning en eller flere tandstillingsfejl,⁷ uden at der her foreligger et ortodontisk behandlingsbehov, så lidt som et udtalt ønske om anden tandlægehjælp. I Hong Kong's kinesiske befolkning er den totale malokklusionsfrekvens endnu højere, idet to tredjedele af børnene har tandstillingsfejl;⁷ men for det store flertal af befolkningen må selv smertestillende cariesbehandling anses for luksus. I de skandinaviske lande derimod kan de elementære behov for tandlægehjælp efterhånden imødekommes i de fleste egne, og ønsket om sunde og harmoniske dentale forhold bliver stadig mere udbredt.

I Danmark har forældrene tidligere selv i vidt omfang måttet tage initiativet til og bære omkostningerne ved at søge ortodontisk service for deres børn. Nu derimod er det børnetandplejens opgave under det enkelte barns udvikling at erkende og diagnosticere afvigelser, at tage stilling til indikationen for ortodontiske foranstaltninger og at udføre disse.¹⁷ Nogle afvigelser, som f. eks. de mest ekstreme maksillære overbid og dybe bid, udgør en så alvorlig psykisk eller funktionel belastning for patienten, at tvivl om behandlingsindikationen næppe kan opstå. Hyppigheder af sådanne afvigelser er tidligere angivet for danske skolebørn i forskellige stadier af dentitionens udvikling.⁹ Det kan imidlertid forudses, at også behovet for ortodontisk behandling af mindre graverende

Det følger heraf, at objektive kriterier til vurdering og gradering af ortodontiske behandlingsbehovs nødvendighed er påkrævede. Sådanne kriterier er dog endnu ikke formuleret.

tandstillingsfejl vil øge i takt med udbygningen af børnetandplejens vejledning og behandlingstilbud. Det følger heraf, at objektive kriterier til vurdering og gradering af ortodontiske behandlingsbehovs nødvendighed er påkrævede af hensyn til en fagligt tilfredsstillende og socialt retfærdig funktion af børnetandplejen på dette område såvel som af samfundsøkonomiske hensyn. Sådanne kriterier er dog endnu ikke formuleret, og hidtidige angivelser af behandlingsindikationens omfang i befolkningen beror derfor på empiriske skøn.

Behandlingsindikationen for tandstillingsfejl har været sat i relation til mange faktorer, herunder caries, parodontopatii, kæbeledssymptomer, tygge- og talefunktion samt psykologiske og sociale reaktioner på afvigelserne.¹³ Antallet af sikkert påviste sammenhænge er dog beskedent. Dette kan imidlertid bero på, at de fleste undersøgelser har været baseret på Angle's klassifikation af tandstillingsfejlene, og denne er ikke tilstrækkelig differentieret til epidemiologiske formål.⁹ En inddeling af tandstillingsfejlene, baseret på de enkelte morfologiske symptomer, må anses at være bedre egnet som grundlag for sådanne undersøgelser.^{6, 16} Dette bekræftes af, at sammenhænge har kunnet påvises mellem trangstilling og parodontopatii,¹ samt mellem visse enkeltsymptomers indvirkning på børns udseende og tilfældigt udvalgte personers reaktion herpå.¹¹ Yderligere undersøgelser af denne art er påkrævede.

En relevant vurdering af det ortodontiske behandlingsbehov vanskeliggøres specielt af, at patologiske tilstande eller psykiske gener som følge af tandstillingsfejl kan manifestere sig sent, eventuelt først i voksen alder. Det er derfor en væsentlig opgave for den social-ortodontiske forskning at undersøge, i hvilket omfang risikoen for sådanne sene følger af tandstillingsfejl kan forudses så

tidligt under barnets udvikling, at effekten af eventuelle interceptive eller korrektive ortodontiske foranstaltninger kan blive optimal.

Ortodontiens organisation

En effektiv organisation af ortodontien på populationsbasis, som sikrer ensartet behandlingstilbud for alle socialgrupper, fordrer tilrettelæggelse af en systematisk visitationsordning. Denne bør omfatte dels børnetandlægens regelmæssige undersøgelser, indbefattende systematisk røntgenkontrol af tanddannelsesanomalier og eruptionsforstyrrelser,^{5, 14} dels undersøgelse af samtlige børn på et eller flere tidspunkter af udviklingen med specielt henblik på diagnostikken af tandstillingsfejl. Vurderingen af den ortodontiske diagnose i relation til indikationen og prognosen for interceptive eller korrektive indgreb baseres blandt andet på det enkelte barns vækstmønster og fysiske modenhed og kræver omfattende ortodontisk erfaring. Det er derfor konsekvent og mest hensigtsmæssigt, at denne del af den systematiske visitation varetages af en specialtandlæge i ortodonti. Det er endvidere specialtandlægens opgave at bestemme en eventuel observationsperiodes varighed, at lægge behandlingsplanerne og at tage stilling til, hvem der bør udføre behandlingerne.

Der er størst sandsynlighed for, at ortodontiske behandlinger, der udføres af specialtandlæger, gennemføres effektivt og hurtigt og med stadig mulighed for korrekt ændring af behandlingsplan. Imidlertid fandtes den 1. april 1972 kun 65 aktive specialtandlæger i ortodonti i Danmark, og af disse var 56 beskæftiget i eller omkring København og Århus. Det fremgår heraf, at en øget uddannelseskapacitet for specialtandlæger og en spredning af disse til provinsens børnetandplejer er nødvendig for en reel integrering af ortodon-

En relevant vurdering af det ortodontiske behandlingsbehov vanskeliggøres specielt af, at patologiske tilstande eller psykiske gener som følge af tandstillingsfejl kan manifestere sig sent, eventuelt først i voksen alder.

tien i børnetandplejen på landsplan.

I en opbygningsperiode med utilstrækkelig specialtandlægedækning vil kun en del af de behandlinger, der anses indicerede, kunne udføres. Den nødvendige kvantitative begrænsning af den ortodontiske service, ikke at forveksle med en forringelse af de udførte behandlings kvalitet, må som nævnt søges foretaget på grundlag af en faglig gradering af de forskellige behandlings påkrævhed. Begrænsningens omfang vil variere med hensyn til tid og sted. Under alle omstændigheder bør komplicerede behandlinger så vidt muligt udføres af specialtandlæger eller tandlæger under videreuddannelse, enklere behandlinger af interesserede, efteruddannede børnetandlæger med konsulentbistand af specialtandlæge.

I hvilket omfang det også efter den nævnte opbygningsperiode vil være rationelt og ønskeligt at uddelegere behandlingsopgaver til børnetandlæger, vil antagelig afhænge af disses uddannelsesniveau og individuelle interesse på området. Disse overvejelser må suppleres med vurderinger af, i hvilket omfang specialtandlægens rutinefunktioner kan overtages af veluddannede hjælpekræfter. Disse er under alle omstændigheder af væsentlig betydning for en rationel arbejdsgang indenfor den kliniske ortodonti — ligesom indenfor andre grene af klinisk odontologi. Særligt interesserede klinikassistenter og især også tandplejere bør derfor udover de respektive grunduddannelser have adgang til supplerende uddannelser, der sigter mod det ortodontiske arbejdsområde.

Konklusion

Det er blevet anfægtet, at ortodontisk service skulle være den offentlige tandplejes anliggende. Socialortodonti er endog blevet betegnet som en faglig trusel, idet den skulle indebære "government direction and supervision as to acceptance of patients, diagnosis, and limitations of treatment", hvorved "the orthodontist is told, in one way or another, when and what he may or may not do for his patient".¹⁵ Denne opfattelse er væsensforskellig fra den skitserede placering af ortodontien i den kommunale børnetandpleje i Danmark. Placeringen indebærer tværtimod den faglige fordel, at

Ortodontiens integrering i den kommunale børnetandpleje er imidlertid i god overensstemmelse med velfærdssamfundets principper for det sociale og sundhedsmæssige område, "the philosophy that essential services shall be available to all who need them, independent of ability to pay".

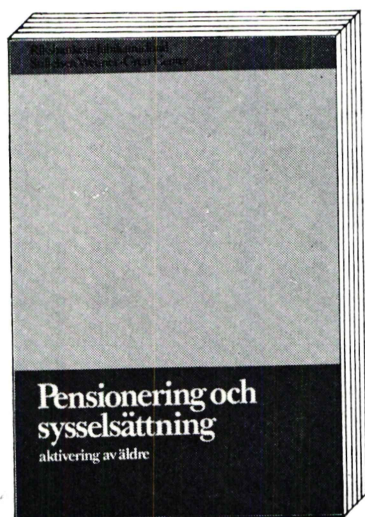
udvælgelsen af patienter med henblik på interceptive eller korrektive indgreb systematiseres og baseres på faglige kriterier, nemlig dels den enkelte patients individuelle vækst og modenhedsstadium og dels graden af patientens anomali. Denne organisationsform har intet at gøre med en forringelse af de udførte behandlings kvalitet.

Ortodontiens integrering i den kommunale børnetandpleje øger næppe i sig selv kapaciteten af den ortodontiske service. Dette er uanset organisationsformen primært et spørgsmål om økonomiske og personalemæssige ressourcer — i første række antallet af specialtandlæger. Integreringen er imidlertid i god overensstemmelse med velfærdssamfundets principper for det sociale og sundhedsmæssige område, der er blevet udtrykt som "the philosophy that essential services shall be available to all who need them, independent of ability to pay".¹⁸

LITTERATURFORTEGNELSE

1. Ainamo, J.: Relationship between malalignment of the teeth and periodontal disease. Scand. J. dent. Res. 1972; 80: 104—110.
2. Bekendtgørelse af 8. juli 1971 om børnetandpleje.
3. Betænkning nr. 427 om offentlig forebyggende børnetandpleje. 1966.
4. Betænkning nr. 543 om det sociale tryghedssystem. Struktur og dagpenge. Socialreformkommissionens 1. betænkning. 1969.
5. Björk, A.: Ortodontisk terapi. Dens sapiens 1960; 20: 29—32, 49—54.
6. Björk, A., Krebs, A. & Solow, B.: A method for epidemiological registration of malocclusion. Acta odont. scand. 1964; 22: 27—41.

7. Björk, A. & Helm, S.: Need for orthodontic treatment as reflected in the prevalence of malocclusion in various ethnic groups. Acta socio-med. scand. 1969: suppl. 1: 209—214.
8. Friis-Hasché, E.: Omkring oprettelsen af landets første skoletandklinik. Tandlægebladet 1972: 76: 804—825.
9. Helm, S.: Prevalence of malocclusion in relation to development of the dentition. Acta odont. scand. 1970: 28: suppl. 58.
10. Helm, S.: Den kommunale børnetandplejes omfang og struktur den 1. november 1971. Tandlægebladet 1972: 76: 331—340.
11. Horowitz, H. S., Cohen, L. K. & Doyle, J.: Occlusal relations in children in an optimally fluoridated community. IV. Clinical and social psychological findings. Angle Orthodont. 1971: 41: 189—201.
12. Lov nr. 217 af 19. maj 1971 om børnetandpleje.
13. Lundström, A.: Behandlingsbehov och behandlingsindikationer. I. A. Lundström (ed.): Nordisk lärobok i ortodonti. Uppl. 3. Sveriges Tandläkarförbunds Förlagsförening, Stockholm 1971.
14. Ravn, J. J. & Nielsen, L. A.: En ortopantomografisk undersøgelse af overtal og aplasier hos 1.530 københavnske skolebørn. Tandlægebladet 1973: 77: 12—22.
15. Salzmann, J. A.: The threat of "social orthodontics" in prepayment programs. Amer. J. Orthodont. 1969: 55: 302—303.
16. Solow, B.: Computer analysis of malocclusion prevalence. Int. dent. J. 1970: 20: 633—642.
17. Sundhedsstyrelsens vejledning af 28. januar 1972 om omfanget af og kravene til børnetandplejen.
18. Walker, R. O.: The socialisation of dentistry. Brit. dent. J. 1967: 122: 195—201.
19. Westergaard, H.: Statistische Beobachtungen über den Zustand der Zähne bei Volksschulkindern Kopenhagens. Correspondenzblatt für Zahnärzte 1900: 29: 161—180.



Pensionering och sysselsättning
Redaktör: Yngve Zotterman
Cirkapris 40:- inkl moms

En bok om de äldres problem

Många nyblivna pensionärer förlorar de sociala kontakter som hängt samman med arbetslivet. De känner sig mer eller mindre utstötta och isolerade och saknar möjligheter att fylla sin tid med meningsfull sysselsättning.

Boken *Pensionering och sysselsättning* innehåller samtliga föredrag från en tvärvetenskaplig konferens med medicinska forskare, psykologer, sociologer och administratörer verksamma inom åldringsvården och pensionsanstalterna. Syftet med konferensen var att närmare analysera de problem som den äldre möter vid avskedet från sitt förvärvsarbete.



Allmänna Förlaget

-förlaget för statlig publicering

Rekvissionsadress: Fack, 162 10 Vällingby