

ABSTRACT

Alle, der arbejder med børn, skal kende til FN's Børnekonvention, som bl.a. slår fast, at alle børn skal have lige ret til den bedst mulige sundhed. Trods god oral sundhed i de nordiske lande viser studier, at socialt udsatte børn har en stærkt forøget risiko for dårligere oral sundhed, at de ikke får gavn af tandplejens forebyggende arbejde, og at de ikke kommer til undersøgelse og behandling i tandplejen i samme omfang som andre børn. Der er derfor behov for særligt målrettede indsatser ud over det tandplejetilbud, som alle børn er omfattet af. Det er vigtigt, at sundhedsfremmende og forebyggende indsatser allerede begynder i de tidlige barneår. Der er store huller i vores viden om effekten af forskellige forebyggelses- og behandlingsstrategier, og der mangler også sundheds-økonomiske analyser. Det er især udfordrende at foretage en systematisk dokumentering og evaluering af de tandsundheds-tiltag, der rettes mod børn i socialt udsatte miljøer med henblik på at forske i området. Der er behov for tværfaglig forskning, som også inddrager klinikere. Visionen skal være at opnå lighed på tandsundhedsområdet, og både sundhedsfremmende og forebyggende tiltag bør bidrage til udjævning af uligheder mellem sociale grupperes tandsundhed.

EMNEORD Dental health services | child | socioeconomic factors | oral health | prevention



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
GUNILLA KLINGBERG
gunilla.klingberg@mau.se

Oral sundhed blandt børn i socialt udsatte områder – en udfordring

GUNILLA KLINGBERG, professor, Odontologiska fakulteten, Malmö Universitet, Sverige

KARIN RIDELL, lektor, odont.dr., Odontologiska fakulteten, Malmö Universitet, Sverige

MARIT SLÅTTELID SKEIE, professor emerita, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge, og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMidt), Trondheim, Norge

► Accepteret til publikation den 18. maj 2020

Tandlægebladet 2021;125:134-40

TANDSUNDHEDEN BLANDT BØRN OG UNGE I DE NORDISKE LANDE er i det store og hele god sammenlignet med de fleste andre lande (1). Dette skyldes især en velfungerende gratis børne- og ungdomstandpleje samt en veludbygget velfærdsstat. Trods dette findes der dog børn, som har betydeligt dårligere tandsundhed og på grund af forskellige former for social udsathed ikke har normal kontakt med tandplejen.

Ud fra et sundhedsperspektiv er tandplejen imidlertid forpligtet til at prioritere børnenes orale sundhed. Takket være forebyggende tandplejeindsatser burde det i princippet være muligt for en stor andel af børnene helt at undgå caries. Hvis børnene kan holdes helt cariesfri op til voksenalderen, og de desuden under opvæksten får lært at opretholde en god mundhygiejne, er der sandsynligvis gode muligheder for at reducere såvel cariesforekomsten som behovet for tandbehandling for voksenbefolkningen. Et sådant arbejde vil medføre store gevinster for befolkningens sundhed og for samfundsøkonomien. Der er altså mange fordele ved at investere i børns orale sundhed.

Formålet med denne artikel er at beskrive forskellige sociale vilkår, som påvirker børns orale sundhed, samt at redegøre for FN's Børnekonvention og det ansvar, den lægger på samfundet for at give børnene lige ret til sundhed. Med dette udgangspunkt diskuteres eksempler på strategier og udfordringer, som tandplejepersonalet møder i det daglige arbejde.

BØRNEKONVENTIONEN

Det er ikke muligt at diskutere børns orale sundhed eller sociale faktorer indflydelse på sundheden uden at tage afsæt i Forenede Nationers konvention om barnets rettigheder (2). Børnekonventionen er godt 30 år gammel og er ratificeret af samtlige FN's medlemsstater undtagen USA. Konventionen er tidligere indarbejdet i den nationale lovgivning i Finland, Island og Norge, og ved årsskiftet 2020 blev konventionen også til lov i Sverige (3).

I konventionen defineres børn som personer under 18 år, og der er fire vigtige hovedprincipper (artiklerne 2, 3, 6 og 12). Disse handler om, at børn ikke må diskrimineres, at barnets tarv skal sættes i første række i sager, som vedrører børn, at børn har ret til udvikling, og at børn har ret til at blive hørt i alle spørgsmål, som vedrører dem selv. I endnu en artikel (nummer 24) stadfæstes, at børn har ret til den bedst mulige sundhed, adgang til sundheds- og sygepleje samt til rehabilitering. To andre artikler er væsentlige, når vi diskuterer børns sociale situation og i forlængelse heraf også sundhed. Det er artiklerne 26 og 27, som udtrykker, at børn har ret til social tryghed og offentlig støtte, hvis forældre eller værge mangler resurser, samt at børn har ret til en rimelig levestandard med hensyn til basale behov som bolig, mad og tøj.

I og med Børnekonventionen får barnet rettigheder, og samfundet får pligt til bl.a. at sikre, at alle børn får samme mulighed for en god oral sundhed uanset baggrund, socio-økonomi og eventuel funktionsnedsættelse. Ideelt set kan børn også involveres, når samfundet tager beslutninger om, hvordan tandplejen skal indrettes, hvilken slags tandpleje der er vigtig, m.m. Konventionen forudsætter, at beslutningstagere, embedsværk og sundhedspersonale m.fl. har godt kendskab til Børnekonventionen og især de fire hovedprincipper, og at man i den aktuelle situation eller sag tager hensyn til konventionen og forsøger at arbejde ud fra princippet om barnets tarv.

Selv om barnets stilling juridisk set er styrket i samtlige nordiske lande, og konventionen præciserer, at børn og børns sundhed ikke må diskrimineres i forhold til andre grupper, er der risiko for, at børnetandplejen kan blive nedprioriteret i forhold til voksontandplejen. Der kan være flere årsager hertil. Kapacitetsmangel, dvs. at manglen på tandplejepersonale eller andre resurser tvinger tandplejen til prioriteringer, kan føre til, at man prioriterer tandpleje for voksne med manifest sygdom og rehabiliteringsbehov over behandling af primære tænder eller forebyggende ydelser til børn. Fortrængningseffekter ligner kapacitetsmangel, men indebærer, at lavere prioriterede patienter behandles før patienter med højere prioritet. Dette kan forstærkes af, at betalingen for forskellige ydelser er forskellig afhængigt af patientens alder. Der er risiko for, at visse patienter eller behandlinger er mere fordelagtige for behandleren, så det bliver honoreringssystemet og ikke etisk begrundede retningslinjer, der styrer tandplejen. En anden faktor, som kan spille ind, er den status, professionen forbinder med behandling af forskellige patientgrupper – nogle patientgrupper har lav status, andre har høj status. Behandling af børn med udbredt caries er ofte stressende for tandplejepersonalet og opfattes indimellem som dårligt betalt. Hvis barnet desuden bor i so-

cialt udsatte miljøer, og der er sprogbarrierer, bliver opgaven endnu vanskeligere for tandplejen. Disse faktorer må holdes for øje, hvis tandplejen skal arbejde i overensstemmelse med Børnekonventionens intentioner.

BØRN I SOCIAL KONTEKST

Børn er ikke stærke som aktører eller patienter i plejesituationen. De er derimod næsten helt afhængige af, at enten forældrene (værgerne) eller samfundets forskellige institutioner agerer for børnenes tarv; at andre handler på børnenes vegne. Hvis dette skal fungere, skal tandplejen fx have en god indsigt i barnets situation i en bred kontekst, som også inkluderer sociale aspekter. Som vi siden skal se, er der vældig stærk sammenhæng mellem forskellige sociale faktorer og sundhed. Lidt forenklet taler man ofte om social udsathed og socio-økonomi, dvs. sociale og økonomiske faktorer, som omfatter uddannelsesniveaue, indkomst, erhverv og beskæftigelse. Når det drejer sig om børn, kan disse faktorer både findes hos barnet selv og hos forældrene, hvilket forøger kompleksiteten.

Social udsathed hos børn er normalt forbundet med fattigdom. Der findes flere definitioner på børnefattigdom, og de er ofte relative begreber, og en del af dem er ret grove. Trods dette er det vigtigt at have viden om, hvor stor en andel af en børnepopulation der lever i trange kår – både for at kunne planlægge mere populationsbaserede indsatser som sundhedsfremme og forebyggelse og for at kunne møde børn fra udsatte miljøer med en bedre forståelse for, hvad fx en vanskelig økonomisk situation kan betyde for barnet. Det kan godt vise sig, at fx tandbørster og tandpasta, som tandplejepersonalet opfatter som billige, for forældrene kan forekomme dyre, ligesom udgifter til transport frem og tilbage til tandlægen kan være uoverkommelige. Det er realiteter, som påvirker såvel tandsundheden som børnenes udnyttelse af tandplejen.

I EU anvender man den andel af børn under 18 år, som lever i familier med indkomst under 60 eller 50 % af medianindkomsten i landet som et udtryk for børnefattigdom (4). I 2013 var der 13 % af alle børnefamilier i EU, som havde indkomst under 60 % af medianindkomsten i to ud af de tre foregående år. For de nordiske landes vedkommende ligger de tilsvarende tal på 3-5 %. Blandt de nordiske lande er det Sverige, som har den højeste andel af børn i fattige familier, uanset hvilken definition man lagde til grund, og andelen af børn i fattigdom er også steget i Sverige i løbet af 2010'erne.

I Sverige definerer Red Barnet børnefattigdom ved hjælp af et sammensat indeks, der inkluderer både lav indkomst og socialhjælp. Ifølge denne definition steg børnefattigdommen i 2016 til 9,3 % af alle børn, altså næsten hvert tiende barn (5). Den økonomiske udsathed og dermed børnefattigdommen er betydeligt højere i familier med eneforsørgere (10,9 % børnefattigdom) eller forældre født i udlandet (19,6 % børnefattigdom), og man regner med, at hele 42 % af børnene i familier med eneforsørger, der er født i udlandet, lever i økonomisk udsathed. I denne sammenhæng er det vigtigt at pointere, at de vigtigste faktorer i forbindelse med fattigdom er koblet til arbejds- og boligmarkedet, fx arbejdsløshed og sygdom, og ikke til det at være født i udlandet i sig selv. Udfordringerne er ▶

også større i storbyerne og især i segregerede områder. Hvis vi fortsætter med det svenske eksempel, er børnefattigdommen på 25 % i Malmö, men med en spredning fra 8,7 % i Limhamn-Bunkeflo til 51,8 % i Rosengård. To områder med meget forskellig befolkningssammensætning med hensyn til indkomst, boligforhold, uddannelsesniveau og beskæftigelsesniveau (5). Cariesforekomsten er også markant forskellig i de to bydele, bl.a. påviste Malmökommissionen, at der trods målrettede forebyggende indsatser er seks gange så mange seksårige med caries i Rosengård som i Bunkeflo.

Adskillige andre faktorer kan påvirke en families eller værges evne til at støtte, opdrage og gå i brechen for et barn. Det handler om at give gode opvækstbetingelser med hensyn til både fysisk og psykisk omsorg. Sådanne faktorer kan være psykisk sygdom eller misbrug hos forældre/væрге, men også andre stressfaktorer i hverdagen. Fx rammes forældre til børn med funktionsnedsættelse hyppigere end andre af langvarig sygdom. Det medfører, at børnene kan blive dobbelt udsatte. Ud over den sociale udsathed i form af økonomiske forskelle kan helbredsproblemer hos forældrene forøge kompleksiteten, eller barnets funktionsnedsættelse eller forældrenes langvarige sygdom lægges oven i en økonomisk udsathed hos familien. Heraf følger, at tandplejen nødvendigvis må have øje på såvel strukturelle aspekter på social udsathed (fx ud fra viden om levevilkår og børnefattigdom i et afgrænset geografisk område) som individuelle faktorer vedrørende det enkelte barn (fx omsorgssvigt, sygdom eller funktionsnedsættelse). Dette kræver et godt kendskab til Børnekonventionen og forudsætter, at tandplejen organiseres således, at den i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde samarbejder med andre aktører (fx sundhedsplejersker, skole, sundhedssektoren i øvrigt og sociale myndigheder) samtidig med, at der er en parathed til at agere på vegne af det enkelte barn, hvis man finder anledning til bekymring for, om barnet mistrives eller mishandles.

SOCIO-ØKONOMI OG TANDSUNDHED

Flere nordiske studier har påvist en sammenhæng mellem socio-økonomiske faktorer og carieserfaring blandt børn og unge. I Sverige har man for nylig fundet en stærk sammenhæng mellem socio-økonomisk indeks og carieserfaring blandt børn og unge i alderen 3-19 år. Jo lavere socio-økonomisk indeks desto større risiko for at få forøget carieserfaring. Forskellene var større, jo yngre børnene var. Det geografiske område spillede en større rolle end de enkelte tandklinikker (6). Tilsvarende resultater er vist i andre studier fra de nordiske lande (7-10). Faktorer som etnicitet, forældres uddannelsesniveau, indkomst, ansættelse/arbejdsløshed, psykisk sygdom i familien og forældrenes svækkede omsorgsevne påvirker risikoen for, at barnet eller den unge får caries.

Den svenske Socialstyrelse (svarer til Sundhedsstyrelsen i Danmark) påviste i 2013 en sammenhæng mellem børns og forældres tandsundhed og besøgsfrekvensen i tandplejen. Jo dårligere tænder forældrene har, desto større risiko for, at børnene får caries. Forældrenes sociale forhold (unge eller enlige, lavtuddannede, på overførselsindkomst, oprindelse i lande uden for Norden og Vesteuropa) og deres tilbøjelighed

til at opsøge tandplejen påvirker både børnenes risiko for at få caries, og hvor hyppigt de kommer til tandlæge. Børn, som bor i resurssvage områder med en stor andel af synlige indvandrergrupper, har en forøget risiko for caries og udeblivelse end børn, der bor i resurss stærke områder (11). Dybtgående interviews med forældre til børn, som er udeblevet fra tandlægetider, viser, at disse familier ofte er meget stressbelastede i hverdagen, og at de ikke evner at prioritere børnenes tandpleje (12).

ANBRAGTE BØRN OG TANDSUNDHED

Børn, som ikke bor sammen med begge forældre, er ligesom børn i familiepleje overrepræsenteret blandt dem, der henvises til specialtandplejen på grund af stort tandplejebehov og behandlingsproblematik (13). I Sverige bliver ca. 4 % af alle børn på et tidspunkt mellem fødslen og 18-årsalderen af samfundet anbragt uden for hjemmet, fx i familiepleje, på behandlingshjem eller institution. Studier fra flere lande har vist, at disse børn har dårligere fysisk og psykisk sundhedstilstand og dårligere tandsundhed, og at de oftere end andre børn udebliver fra tandplejen (11,14-17). En aktuel systematisk litteraturgennemgang viser, at der mangler organisatoriske modeller, som sikrer sundhedspleje og tandpleje for børn, som er anbragt uden for hjemmet. Tandplejen får ikke fat i dem – de får ikke undersøgelser eller behandlinger som andre børn – hverken før, under eller efter anbringelsen (18).

HJEMLØSE BØRN OG TANDSUNDHED

Hjemløshed er en faktor, som stærkt påvirker børns fysiske og psykiske sundhedstilstand. Studier har vist sammenhæng mellem usikre eller trange boligforhold og dårligt helbred, lav kropsvægt og risiko for udviklingsproblemer blandt små børn (19). Børn, som er ramt af hjemløshed, er også eksponeret for andre risikofaktorer, fx fattigdom, migration, misbrug og vold. Ifølge Børneombudsmanden (20) stiger antallet af hjemløse børn i Sverige; men der er ingen national statistik på området.

Det fører til utryghed, når man ikke har en egen bolig og er tvunget til at flytte rundt. Mange skoleskift eller lang vej til skole og kammerater skaber stress og isolation. Familierne fortæller også i interviews, at de har svært ved at etablere kontakt til tandplejen, og at tandplejepersonalet til tider mangler viden om, hvilke paragraffer der gælder (21). Der er åbenlys risiko for, at hjemløse børn får dårlige tænder. Rapporter fra USA har påvist høj cariesfrekvens blandt hjemløse børn; men der mangler data fra de nordiske lande (22).

FLYGTNINGE OG TANDSUNDHED

Blandt personer på flugt er børnene særligt udsatte. Adgangen til tandplejetilbud afhænger af, hvor de er i asylprocessen. Det er først, når opholdstilladelsen er på plads, at de bliver indkaldt til regelmæssige undersøgelser, og først på det tidspunkt kommer deres tandsundhed med i statistikken. Imidlertid er der indhøstet mange kliniske erfaringer, ikke mindst i forbindelse med flygtningebølgen i 2015, som siger, at en stor del af flygtningebørnene har omfattende problemer fra

mund og tænder. Ifølge Børnekonventionen må man ikke behandle disse børns tandplejebehov anderledes end andre børns. Børneombudsmanden i Sverige gennemførte i 2017 en enqueteundersøgelse blandt skolesygeplejersker. Rapporten (23) påviser udbredte psykiske problemer blandt nyankomne skolebørn og påpeger desuden manglende sundhedstjek trods lang tids ophold i landet.

TILTAG

Det har igennem årtier været et arbejdsområde for forskere at få bugt med sociale uligheder i tandsundhed; men til trods for det viser studier blandt børn fra Skandinavien og den øvrige verden fortsat en tydelig social gradient i oral sundhed. Dette er af flere grunde en svær nød at knække. Ulighederne i oral sundhed udjævnes ikke ved blot at målrette tandplejetiltag mod de mest vanskeligt stillede (6). Der vil blot fremkomme nye grupper med tilsvarende opvækstvilkår og samme bagvedliggende ulighedsskabende forhold: individuelle og familiære resurser, livsstil, nærmiljø, normer, værdier etc. Disse forhold uden for individet kan klinikerne ikke gøre meget ved, selv om de tager hånd om den enkelte patient på bedst mulig vis. I arbejdet med at udjævne sociale forskelle er det vigtigt, at klinisk arbejde samkøres med de øvrige tiltag, der iværksættes.

SUNDHEDSFREMMENDE TILTAG

Generelle sundhedsfremmende tiltag for hele befolkningen, også kaldet "Upstream public health approach" (24), kan gøre det noget lettere for børn/forældre at vælge at gøre noget for tandsundheden. Et eksempel kan være, at tandplejen sikrer systematisk og forpligtende samarbejde med andre personer, der arbejder med børn, fx i sundhedsklinikker og børnehaver, og der opfordres til forpligtende aftaler om tandbørstning og sund ernæring. Det er også et sundhedsfremmende tiltag at sprede opdateret videnskabeligt underbygget viden om cariesbehandling, bl.a. at caries behandles som en sygdom og fortrinsvis på emaljeniveau (non-operativ behandling), så behovet for fyldningsterapi (operativ behandling) reduceres (25). Forældres lovfæstede ret til information om barnets sundhedstilstand og medvirken ved valg af tilgængelige og forsvarlige ydelser (26) indebærer, at forældre også skal have nødvendig information om, at barnet har emaljecariesangreb, hvor de er lokaliseret, og hvornår non-operativ behandling iværksættes. Uden information kan de ikke bidrage til at holde emaljelæsionerne plakfri. Endvidere bør forældre informeres om, at god oral sundhed fra tidlig alder er gavnlig for både den generelle sundhed og den fremtidige tandsundhed. Ideelt burde en sådan "moderne kundskabspakke", som eventuelt kan udvikles i samarbejde med kommunikationsrådgivere, publiceres i sociale medier med passende mellemrum, så forældrene er forberedt, når de møder med barnet til første tandplejebesøg.

UNIVERSELLE FOREBYGGENDE TILTAG

Et nationalt forebyggende tiltag, som er rettet mod hele befolkningen ("Population approach") med evidens om god effekt, er tandbørstning med fluorid tandpasta to gange dagligt fra den første tands frembrud (27). Et andet eksempel på et

klinisk relevans

På trods af at FN's Børnekonvention stadfæster, at børn har ret til den bedst mulige sundhed, og at de ikke må diskrimineres, har vi i mange år vidst, at socialt udsatte børn har ringere oral sundhed end andre børn. I klinikken er det vigtigt at identificere de socialt udsatte børn ud fra kendskab til sociale forhold og viden om, hvilke børn der er hjemløse eller anbragt i familiepleje eller på døgninstitution. Desværre mangler vi videnskabelige vurderinger af metoder til udjævning af ulighederne på sundhedsområdet. Populationsbaserede sundhedsfremmende og forebyggende strategier er sammen med individualiserede tiltag de indsatser, vi aktuelt har størst behov for at få vurderet videnskabeligt.

omfattende tiltag i samme kategori er "Childsmile intervention programme" fra Skotland, som sigter mod cariesreduktion i alle socio-økonomiske lag (28).

SELEKTIVE FOREBYGGENDE TILTAG

For risikogrupper er der imidlertid ofte brug for samtidige selektive forebyggende tiltag ("High-risk approach") (29), som tandplejesektoren ikke nødvendigvis behøver være alene om. Forebyggende tiltag, hvor "The Common Risk Factor Approach" (30) indgår med tværfagligt samarbejde inden for hele sundhedssektoren, har vist sig at have god effekt på fælles sundhedsrisikofaktorer (29). Eftersom de sociale cariesforskelle er størst i de tidlige børneår (Early Childhood Caries, ECC) (31), er den aktuelle videnskabelige anbefaling, at selektive tiltag starter så tidligt som muligt, ifølge litteraturen gerne før fødslen ved at gravide tilbydes undervisning i mundhygiejne (32). ▶

Tiltag

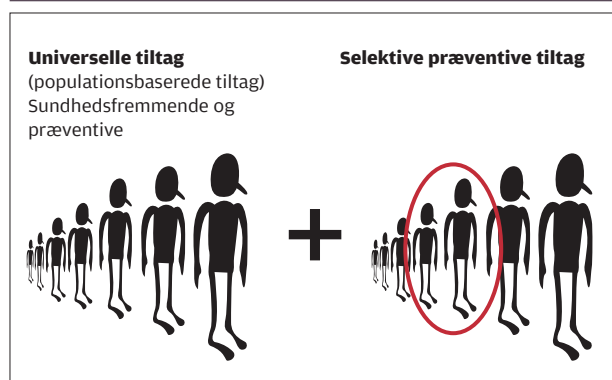


Fig. 1. Risikogruppen socialt udsatte børn har på samme tid behov for populationsbaserede og selektive præventive tiltag (baggrundsbilleder hentet fra Google).

Fig. 1. The risk group of socially vulnerable children needs at the same time population-based and selective preventive measures (wallpapers taken from Google).

FAKTABOKS 1

Befolkningsbaserede tiltag

- *Sundhedsfremmende tiltag*
Forsøger at tackle diverse bagvedliggende årsager til dårlig oral sundhed, så det kan blive lettere at vælge tandsundhedsfremmende adfærd
- *Præventive tiltag*
Tiltag, hvor formålet er at nedbringe risikoen

Tiltag, som er målrettet mod risikogruppen

- *Selektive præventive tiltag*
Fokus er rettet mod risikogrupper. Epidemiologiske og/eller sociodemografiske data kan anvendes til at identificere grupperne.

SOCIALT UDSATTE BØRN HAR BEHOV FOR ALLE DISSE TILTAG, HVIS MAN SKAL GØRE SIG HÅB OM AT UDJÆVNE ULIGHEDERNE

Set i et livslangt perspektiv betyder sunde tænder fra tidlig alder, at man også har sundere tænder som voksen (33). Fig. 1 illustrerer sådanne tiltag.

UDFORDRINGER

De nordiske lande nyder en særstilling med organiseret tandpleje og adgang til epidemiologiske cariesdata for børn og unge; men der eksisterer et misforhold i indsamlingsrutinerne, ved hvilke alderstrin data registreres og i valget af indikatorer på oral sundhed (1). Visionen for effekten af tiltagene er, at sunde nyrupterede tænder forbliver sunde, og hvis der alligevel udvikles caries, at videre cariesudvikling forebygges, før læsionen inddrager dentinen. Traditionel indsamling af cariesdata baseret på cariesforekomst inde i dentinen, altså når moderne cariesbehandling ikke er lykkedes (1), harmonerer dermed ikke med moderne cariesforebyggelse (32). De aldersgrupper, som de såkaldte nøgledata i Norge er indsamlet fra (5-, 12-, 18-årige), er helt uegnede i planlægningen af selektive tiltag for Early Childhood Caries (ECC).

Hvis et selektivt cariesforebyggende tiltag skal lykkes, må udvælgelsen af risikogrupperne være adækvat. Når det drejer sig om identifikation af individer med lav socio-økonomisk baggrund eller med minoritetsbaggrund, har forskere samkørt tandplejeregistre med indhentede socio-kulturelle og socio-økonomiske data fra officielle statistikker (7,28). Identifikation af risikoområder baseret på relativ cariesrisiko er også udført i det sydvestlige Sverige (34) ved hjælp af "Geo-map" (35).

Den voksende mængde epidemiologiske data medfører imidlertid et behov for professionel datalogisk og statistisk bistand i forbindelse med håndtering og tolkning af data.

EKSEMPLER PÅ SELEKTIVE TILTAG RETTET MOD ECC

Ætiologien for ECC er som bekendt multifaktoriel (36), hvor nøgledeterminanter er socio-økonomiske og socio-kulturelle faktorer. Det er erkendt, at ECC er et komplekst problem, som kræver en kompleks intervention, hvor det ikke er nok at have én indfaldsvinkel (37). Elektroniske forældredudfyldte spørgeskemaer, hvor svarene overføres til databaser, giver små ekstraudgifter og er egnede til at fremskaffe baggrundsinformation på et tidligt tidspunkt. Ideelt burde spørgsmål med relation til oral sundhed indgå i den samlede information, som indhentes. Det kan fx være spørgsmål vedrørende viden og holdninger i relation til tandpleje, hvor stor vægt forældrene lægger på tandsundhed, deres egne og børnenes ernærings- og tandbørstevaner, brug af fluorid tandpasta og længden på mødre-nes ammeperiode. Tips om tandpleje bør også indgå som en naturlig del af de generelle sundhedstips, der gives til gravide, en gruppe, som er meget modtagelig for alle former for sundhedsinformation (38). Endvidere er det vigtigt at vide, hvilket land indvandrerforældre kommer fra (7), da visse kulturelle baggrunde udgør en høj risiko for den orale sundhed.

FAKTABOKS 2

Børn i socialt udsatte miljøer udgør en stor gruppe, som har risiko for ringere tandsundhed allerede tidligt i livet. Børn i denne gruppe har også i mindre omfang kontakt til tandplejen, hvilket medfører risiko for ringere tandsundhed resten af livet. Individuelt tilpassede tilbud er ikke tilstrækkeligt til at udjævne ulighederne i sundhed for disse børn. Uligheder i tandsundhed mellem forskellige grupper kræver også sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på gruppeniveau. For at opnå dette må tandplejen samarbejde med andre samfundsinstitutioner om identifikation af grupperne og det sundhedsfremmende arbejde i det hele taget.

For at kunne skræddersy de selektive præventive tiltag bør vi skaffe os relevante baggrundsdata. Forskning er i dag multidisciplinær, og samarbejde mellem forskellige fagdiscipliner i håndtering og tolkning af datamaterialet vil forbedre kvaliteten på forskningen og forhåbentlig også på tandplejesystemerne. Tilladelse til samkøring med andre officielle statistikker af socio-kulturel og socio-økonomisk art bør også tilstræbes.

Familier med denne baggrund har behov for skræddersyede kultursensitive selektive tiltag, gerne i samarbejde med ledere fra minoritetsgrupper eller med tandplejersatte med indvandrerbaggrund. Børn, som ifølge forældreinformationer klassificeres med høj cariesrisiko, burde allerede ved etårsalderen tilbydes en undersøgelse, hvor kalibrerede undersøgere bl.a. registrerer emaljecaries og plakmængde. Senere, når flere tænder er eruperet, kan statistiske beregninger på gruppeniveau fremstille den gennemsnitlige fordeling af emaljecaries i munden, så man ved, hvilke tænder og tandflader der kan have gavn af tiltag som fx applikation af fluorlak, før carieslæsionen når dentinen.

Der er evidens for, at selektive tiltag for risikogrupper også har effekt i ældre aldersgrupper; men litteraturen for alle aldersgrupper er sparsom på dette område (39). Uanset hvilken aldersgruppe man vælger som målgruppe blandt socialt udsatte børn, er det vigtigt at være klar over, at de risikodeterminanter, som dominerer i en risikogruppe, ikke nødvendigvis er de samme i en anden, selv om alderen er ens. Således bør risikoprofilen for tiltagets målgruppe altid analyseres, før tiltaget iværksættes. Det er også vigtigt at overbevise beslutningstagere om, at sådanne tiltag bør baseres på videnskabelig evidens (32).

KONKLUSION

Trods Børnekonventionen lever mange børn også i Norden under socialt vanskelige forhold med den konsekvens, at de har dårlig oral sundhed. Socialt belastede børn har behov for både de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som gælder for hele befolkningen, og desuden forebyggende tiltag, hvor de er målgruppen. Oral sundhed omfatter flere forskellige områder og diagnoser; men da caries forårsager flest problemer hos børnene, har en stor del af forskningen fokuseret på denne sygdom. Der findes dog også store sociale forskelle for andre odontologiske diagnoser, og vores viden om, hvilke behandlingsstrategier der er bedst egnede til at skabe større lighed på tandsundhedsområdet, er utilstrækkelig. Men vi ved med sikkerhed, at arbejdet med at forbedre den orale sundhed for børn i socialt udsatte miljøer skal ske i samarbejde med andre aktører inden for sundheds-, undervisnings- og socialektorerne.

DEKLARATION AF EVENTUELLE INTERESSEKONFLIKTER

Forfatterne erklærer, at de ikke har nogen interessekonflikter i forbindelse med manuskriptet. Forfatterne har heller ikke fået økonomisk støtte til udarbejdelse af artiklen. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

ORAL HEALTH CHALLENGES IN CHILDREN FROM SOCIALLY DEPRIVED AREAS

Everyone who works with children should know about the UN Convention on the Rights of the Child, which states that all children should have the same right to highest attainable standard of health. Despite good oral health in the Nordic countries, studies show that children living in socially deprived environments have a greatly increased risk of poor oral health. These children are not reached by preventive measures, they more frequently do not show up for dental appointments and they receive less dental care than others. Therefore, in addition to a more general population based prevention approach, a special high-risk approach

is needed to reach children in socially deprived areas. It is also important that the promotion and prevention efforts start from an early age. There are large knowledge gaps regarding the effects of different prevention and treatment strategies, and health economic analyses are rare. It is a particular challenge to systematically document and evaluate oral health promotion and prevention directed at children in socially vulnerable environments to enable research. There is a need for interdisciplinary research also including clinicians. The vision must be health equity and that both health promotion and preventive measures contribute to closing the oral health gap between different social groups.

LITTERATUR

1. Skeie MS, Klock KS. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management. *BMC Oral Health* 2014;14:43.
2. SVERIGES REGERING. Barnkonventionen. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.regeringen.se/49b764/contentassets/8caaeabf49834f16aa52df2108837b2d/fns-konvention-om-barnets-rattigheter-so-199020>
3. NORDIC COUNCILS OF MINISTERS. Do rights! Nordic perspectives on child and youth participation. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:930511/FULLTEXT01.pdf>
4. NORDENS VÄLFÄRDSCENTER. Fokus på barnfattigdom. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/BarnfattigdomSLUT.pdf>
5. RÅDDA BARNEN. Barnfattigdom i Sverige. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb-rapport_2018_final.pdf
6. Kramer ACA, Pivodic A, Hakeberg M et al. Multilevel analysis of dental caries in Swedish children and adolescents in relation to

- socioeconomic status. *Caries Res* 2019;53:96-106.
7. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010;68:34-42.
 8. Julihn A, Ekbohm A, Modéer T. Migration background: a risk factor for caries development during adolescence. *Eur J Oral Sci* 2010;118:618-25.
 9. Wigen TI, Espelid I, Skaare AB et al. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:311-7.
 10. Östberg AL, Kjellström AN, Petzold M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017;45:233-41.
 11. SOCIALSTYRELSEN. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-5-34.pdf>
 12. Hallberg U, Camling E, Zickert I et al. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent* 2008;18:27-34.
 13. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG et al. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent* 2007;17:449-59.
 14. Köhler M, Emmelin M, Hjern A et al. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatr* 2015;104:508-13.
 15. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr* 2016;105:416-20.
 16. Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr* 2018;107:301-6.
 17. MODELS OF CHILD HEALTH APPRAISED. Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU-Kommissionen från MOCHA – Models of child health appraised. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.childhealth-servicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
 18. Mensah T, Hjern A, Håkanson K et al. Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: health technology assessment. *Acta Paediatr* 2020;109:250-7.
 19. Cutts DB, Meyers AF, Black MM et al. US Housing insecurity and the health of very young children. *Am J Public Health* 2011;101:1508-14.
 20. BARNOMBUDSMANNEN. Inget rum för trygghet – barn och unga om vräkning och hemlöshet. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget_rum_for_trygghet_2016_final.pdf
 21. MALMO UNIVERSITET. Hemlösa barns vardagsliv i Malmö. Utifrån ett barnrättsperspektiv. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: [http://muep.mau.se/bitstream/hale/2043/30701/978-91-7877-047-2_Turesson_epub%20\(1\).pdf?sequence=2](http://muep.mau.se/bitstream/hale/2043/30701/978-91-7877-047-2_Turesson_epub%20(1).pdf?sequence=2)
 22. Chiu SH, Dimarco MA, Prokop JL. Childhood obesity and dental caries in homeless children. *J Pediatr Health Care* 2013;27:278-83.
 23. BARNOMBUDSMANNEN. Nyanlända barns hälsa. Delrapport I Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
 24. Watt RG. Introduction. In: Sheiham A, Bönecker M, eds. Promoting Children's Oral Health: Theory & Practice. 1st ed. Sao Paulo: Quintessence Editora Ltd, 2006;1-12.
 25. Raadal M, Espelid I, Crossner C. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. Er det tid for å endre strategi? *Nor Tannlegefor Tid* 2011;121:10-7.
 26. STORTINGET. Lovvedtak 109 (2016-2017). Vedtak til lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.). §3-1 og §3-3: Rett til medvirkning. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende 2017.
 27. STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Att förebygga karies. En systematisk litteraturoversikt. (Set 2020 januar). Tilgængelig fra: URL: https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel_3_fluor.pdf
 28. McMahon AD, Blair Y, McCall DR et al. Reductions in dental decay in 3-year-old children in Greater Glasgow and Clyde: repeated population inspection studies over four years. *BMC Oral Health* 2011;11:29.
 29. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005;83:711-8.
 30. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:399-406.
 31. Wennhall I, Matsson L, Schröder U et al. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socioeconomic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J* 2002;26:167-72.
 32. Pitts N, Amaechi B, Niederman R et al. Global oral health inequalities: dental caries task group-research agenda. *Adv Dent Res* 2011;23:211-20.
 33. Isaksson H, Alm A, Koch G et al. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res* 2013;47:234-42.
 34. Strömberg U, Magnusson K, Holmén A et al. Geo-mapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care. *BMC Oral Health* 2011;11:26.
 35. Elliot PJW, Best NG, Briggs DJ. Spatial epidemiology: Methods and applications. Oxford: Oxford University Press, 2000.
 36. Harris R, Nicoll AD, Adair PM et al. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004;21 (Supp 1):71-85.
 37. O'Mullane D, Parnell C. Early childhood caries: a complex problem requiring a complex intervention. *Community Dent Health* 2011;28:254.
 38. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler MDL. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:215-23.
 39. Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant – or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. *BMC Oral Health* 2018;18:20.