

# Nyt årtusinde - nye orale perspektiver

Hvilke nye sygdomme vil dominere i det nye årtusinde? Hvorledes passer de orale sygdomme ind i den nye verdens (u)orden af sygdomme?

Peter Østergaard

Disse spørgsmål har den medicinske verden beskæftiget sig en del med, dog mest ved at kigge i bakspejlet. For kender man til sygdomsmønstret i dag og i går, kan man forsøge at ekstrapolere sig frem til det nye årtusindes sygdomme (1-2).

## Sygdomsmodel a la millennium

Grundlaget er at man har erkendt at sygdommene og samfundet hænger stærkt og kompliceret sammen. Alle moderne modeller til forståelse af sygdomme – og dermed også de orale – peger på at selvom fx caries er en infektionssygdom, så er caries i høj grad samfundsrelateret. Alene en snæver forståelse af Keyes triade om bakterier, tænder og kost forklarer ikke hvorfor caries angriber så individuelt. Selvfølgelig passer det stadigvæk at det er syrepåvirkningen på tænderne der giver tanddestruktion. Men den gamle Keyes triade-model kan ikke alene bruges som forklaring på hvorfor caries rammer nogle personer og andre slet ikke. Fx er en årsagsforklaring som sociale forhold en alt for simpel forklaring. I stedet skal forklaringen snarere søges i et mere komplekst net af årsagsfaktorer. Et billede på årsagerne til fx caries kan således stadig have bakterier, tænder og kost – samt tid – som de centrale faktorer til tanddestruktion. Men at det kommer så vidt som til tanddestruktion, skyldes hovedfaktorerne udenom. Fig. 1 skitserer en multifaktoriel model, hvor sundhedstilstanden og sygeligheden afhænger af hovedfaktorerne (1):

1. Den personlige livsstil og sundhedsvanerne
2. Levevilkårene (indkomst, uddannelse, arbejde, bolig, miljø mv.)
3. Personens alder/befolkningens aldersstruktur i området
4. Sundhedsvæsenets forebyggende og behandlende indsats
5. De arvelige forhold.

## Vægt på vurdering

Disse hovedfaktorer har et dynamisk samspil og kan veksle alt efter hvilken situation personen er i. Vigtige forhold kan være familiært (fx som småbørnsfamilie), sygdom (fx i blodtryksnedsættende behandling), alder (fx i puberteten), fortid

(fx som flygtning) eller landsdel (fx bosat i Grønland). Nogle af faktorerne får større indflydelse end andre. Det er således op til fx tandlægen at vurdere hvilke forhold som patienten er underkastet. Denne helhedsvurdering danner så grundlaget for hvad der er den mest hensigtsmæssige behandling lige nu og på længere sigt. Behovet for at stikke fingeren i jorden omkring sine patienter er således stærkt påkrævet for at vælge den rigtige forebyggelse og behandling.

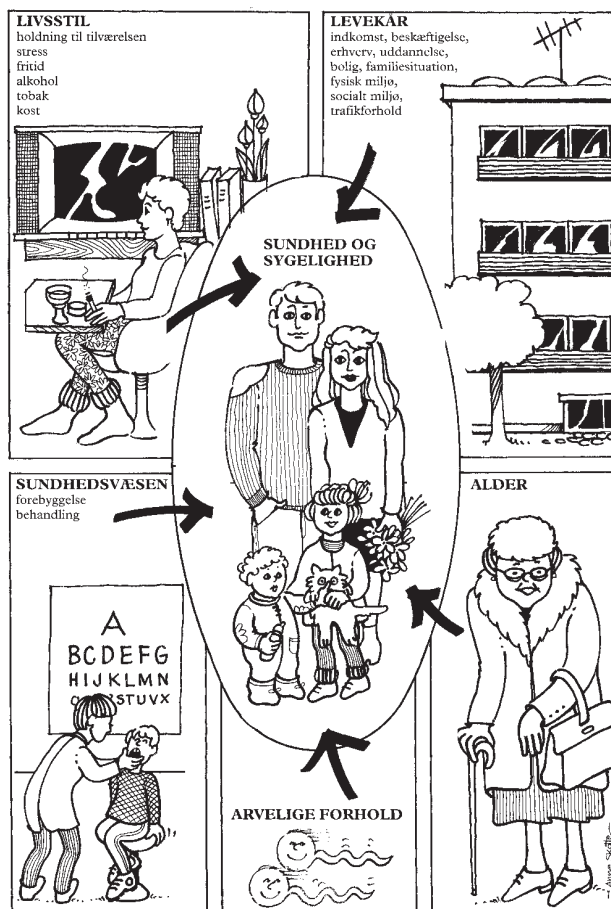


Fig. 1. Hovedfaktorer for sundhed og sygdom for familien i en multifaktoriel sundhedsmodel. Idé: Finn Kamper-Jørgensen, DIKE (1).

Denne vurdering har tandlægen tidligere gjort mere eller mindre ubevidst. Det nye er at denne ubevidste vurdering i højere grad fremover skal gøres bevidst. For det drejer sig om at træffe de helt rigtige individuelle valg for patienten.

I privat praksis ved man hvor stor forskel der er på en klinik »på strøget«, i et industrikvarter og på landet, men samtidig er der stor individuel sygdomsforskel og behov i patientgruppen. Samme forskelle afspejles hos børnene på de kommunale klinikker. Det nye bliver at fremover skal anamnesen justeres til reel vurdering af patienten i stolen.

### Tre sygdomsbølger indtil år 2000

Tiden kan forstås som den ramme som den multifaktorielle sygdomsmodel befinder sig i. På samfundsniveau kan man stærkt forenklet forklare hvorledes sygdomsmønstrene i perioder indtil år 2000 fordeler sig i tre store sygdomsbølger, nemlig infektionssygdomme, »civilisationssygdomme« og »samproblemer« (Fig. 2) (1). Disse bølger er stærkt påvirket af samfundsudviklingen, dvs. velfærds- og velstandsudviklingen i de nordiske lande i sidste århundrede. Sygdomsbølgerne afspejler at når samfundet forandrer sig, så forandres sygdomsmønstret også. I konsekvens af dette må både den forebyggende indsats og behandlingerne også forandres. Eller udtrykt omvendt, så må vi forvente at når nu informations-samfundet med dets muligheder og problemer er blevet virkelighed, så er tandplejen nødt til at kæmpe sig til rette i denne virkelighed. Ligesom tandplejen tilpassede og udviklede sig i fortiden.

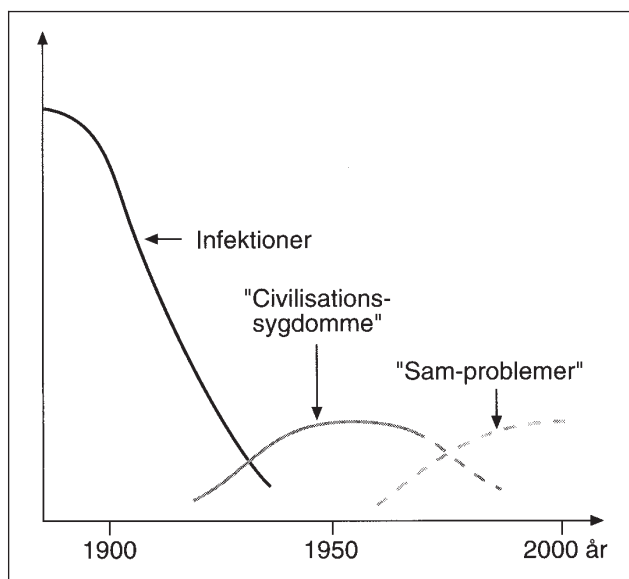


Fig. 2. De tre store sygdomsbølger i det 20. århundrede – infektionssygdomme, »civilisationssygdomme« og »sam-problemer« (1).

### Infektionerne mister magten

Frem til 1930'erne slår industrialiseringen igennem og ændrer levevilkårene for danskerne. Herved ændres også livsstil og personlige vaner, som er de afgørende faktorer bag ændringen i sygdomsmønstret. Samtidig sikrede en fordelingspolitik at langt flere danskere fik del i velstandsgoderne, mens der skete en forbedring af skoler og hospitaler. Fattigdom, svineri og uvidenhed blev gradvist udryddet, og dette fik bugt med de store smitsomme sygdomme, såsom kopper, pest, kolera, polio og tuberkulose. Bedre tøj, boliger, mere hygiejne og alsidig kost, samt en mere effektiv lægevidenskab – og tandlægevidenskab – dæmmede op for sygdommene. Sygekasserne gjorde at det var overkommeligt at klare tandlægerengingene til ekstraktion og fyldninger, men større tandlægearbejde var mest for de bedrestillede.

Efterhånden var der tandlæger til de voksne i alle store byer og de fleste større byer, men sjældent ude på landet. Kun børnene i de store byer fik ordnet deres tænder på skoletandklinikker, mens resten måtte gå til deres forældres tandlæge, alt efter familiens indtægtsforhold og prioriteringer. Gennem skoletandklinikkerne så de første »Slikke-Hans«-kampagner dagens lys for at motivere børnene og deres forældre til at passe på deres tænder.

### »Civilisationssygdomme« uden disciplin

VelfærdsDanmarks store krav om tandpleje efter 2. Verdenskrig blev derfor også gratis og ens forhold i børnetandplejen, hvilket dog først blev gennemført ved lov i 1972. For de voksne var kravet at alle skulle have ens støtte til de dyre (læge- og) tandlægeudgifter. Med dette som mål blev de mange sygekasser overtaget af staten, som fra 1972 bestyrer Den offentlige Sygesikring. Men da havde samfundet allerede ændret sig. Økonomien havde boomet, og familieøkonomien var blevet meget bedre end nogensinde tidligere. Man talte om et overflodssamfund. Der var mere alkohol, flere cigaretter og slik i rigelige mængder. Mere automatisk arbejde, flere biler, mindre motion. Flere samlebåndprocesser, mere ensidigt arbejde, større effektivitet og flere risici i arbejdsmiljøet. Der var mere stress og ensidigt slid, færre børn og flere ældre. Kvinderne kom på arbejdsmarkedet og begyndte at få mændenes vaner og derfor også deres »civilisationssygdomme« med hjertekredsløbet, slidgigt, dårlig ryg, mavesår, fedme, visse kræftformer, psykiske lidelser og selvmord, samt trafikulykker.

### »Sam-problemer« bruser op

Mens den første bølge af »infektionssygdomme« var stor og ødelagde livet for mange i en tidlig alder, ramte »civilisationssygdomme« ofte midaldrende og ældre mennesker eller velafgrænsede grupper ved ulykker og selvmord.

Den tredje sygdomsbølge, nemlig »sam-problemerne« har igen en helt ny karakter. Dette fænomen står for problemer ved samliv, samvirke, samarbejde og samfundsskabte forhold. »Sam-problemerne« viser sig som trivselsproblemer, psykosociale problemer og nervøse lidelser, fx anoreksi, ensomhed og depressioner. Problemerne for børnene kan være et resultat af mobning i skolen, splittede familier eller dårlig opdragelse. For de voksne kan det skyldes arbejdsløshed, misbrug, skilsmisse eller dårlig uddannelse i et stadig mere teknologisk og komplekst samfund. Problemerne vil ofte opstå i særlige risikomiljøer eller risikogrupper. De orale sygdomme vil derefter blive en del af symptom billedet for »sam-problemer«. Tandplejens forebyggelse og behandling vil være et af de redskaber der skal hjælpe personen på rette køl og ind i samfundet igen.

### WHO pejler problemerne

Med analyser af de tre sygdomsbølger og vha. den multifaktorielle sundhedsmodel har WHO formuleret fire overordnede mål (1,2).

1. Et længere liv
2. Et sundere liv

3. Et rigere liv

4. Lighed i sundhed.

Mens de tre første slogans næsten siger sig selv, så er den fjerde om »lighed i sundhed« opstået fordi den sociale ulighed i sundhed desværre er steget i takt med velstanden.

Det 21. århundrede med både »civilisations-« og »sam-problemer« har således en optimisme i at befolkningen som helhed bevæger sig mod et rigere liv. Desværre viser analysen samtidig at alt for mange dør alt for tidligt, og at samfundet bliver mere og mere delt mellem de raske og de syge. For tandplejen betyder det fremover en polarisering i både forebyggelse for tandplejere og behandlingsmuligheder for tandlæger.

### Litteratur

1. Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard; 1998.
2. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet; 1999.

### Forfatter

*Peter Østergaard*, tandlæge, fagjournalist, MPH  
amtstandlæge for Psykiatrien i Københavns Amt