

Orientering fra SCOR-følgegruppen: Beskrivelse af caries hos danske børn og unge år 2000

SCOR-følgegruppen har udarbejdet sin tredje rapport, som bl.a. viser at cariesforekomsten hos danske børn og unge i 2000 synes at være uændret i forhold til de seneste år

Sven Poulsen

Denne rapport er den tredje i serien af rapporter fra SCOR-følgegruppen under Sundhedsstyrelsen (1,2). SCOR-følgegruppen blev oprindeligt nedsat i 1997 og havde bl.a. til opgave at vurdere de hidtidige erfaringer med SCOR samt at foreslå en revision af systemet. Gruppens forslag er senere udmøntet i reviderede regler for indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet, der er trådt i kraft 1. januar 2001 (3).

Formålet med nærværende rapport er dels at ajourføre de tidligere rapporters beskrivelser af cariesforekomsten hos danske børn og unge med data fra de seneste år på såvel nationalt (klinikkommuner og praksiskommuner under ét) som amtsligt plan, dels at belyse anvendelsen af nogle af de oplysninger som de nye SCOR-tabeller indeholder.

Indberetningsgrundlaget

Indberetningspligten har fra 1. januar 1993 omfattet alle 5-, 7-, 12- og 15-årige børn og unge (4). Da mange kommunale tandplejer arbejder med indkaldelsesintervaller der er større end 12 mdr. (5), og da en del kommuner har valgt alene at indberette de indberetningspligtige årgange (6), kunne man frygte mindre systematik i indberetningerne og dermed færre indberetninger. Det blev på den baggrund fundet væsentligt at prøve at vurdere indberetningsgrundlaget for på den måde

at få et indtryk af i hvilket omfang de indberettede data ville kunne være påvirket af selektionsbias. De børn og unge der er omfattet af indberetningspligten, er de 5-, 7-, 12- og 15-årige der har haft bopæl i en given kommune i det pågældende kalenderår. Oplysninger herom findes imidlertid ikke i andre offentlige registre. Det blev derfor besluttet at anvende befolkningstallet per 1. januar i de fire aldersgrupper, således som det er beregnet af Danmarks Statistik (7), som sammenligningsgrundlag.

Analysen er gennemført for landet som helhed (Tabel 1) for årene 1988, 1994 og 2000. Det ses at bortset fra femårige i 1988 ligger ratioen mellem antal indberettede børn og befolkningstallet for disse aldersgrupper på mellem 0,82 og 0,96. Dette tal stemmer godt overens med det af Hansen (8) beregnede. Der ses i øvrigt ikke noget fald i den beregnede ratio fra 1988, hvor indberetningspligten omfattede alle børn og unge, til 1994 og 2000, hvor indberetningspligten kun omfattede de fire årgange.

Cariesforekomsten hos danske børn og unge

Cariesforekomsten i det primære tandsæt hos femårige er stort set uændret i forhold til de seneste 3-4 år, hvad angår såvel gennemsnitligt defts (Fig. 1) som fordeling efter defts (Fig. 2).

For det permanente tandsæt finder man et tilsvarende stabilt billede. Fig. 3 viser således at gennemsnitligt DMFS for syv-

Tabel 1. Antal børn indberettet til SCOR, befolkningstallet for disse aldersklasser per 1. januar 2000 (7) samt ratioen mellem de to tal.

Alder	Antal børn indberettet til SCOR (a)			Befolkningstallet per 1. januar 2000 (b)			a : b		
	1988	1994	2000	1988	1994	2000	1988	1994	2000
5 år	33.110	53.895	63.061	53.407	59.752	71.262	0,62	0,90	0,88
7 år	52.830	50.942	62.197	57.805	56.632	69.492	0,91	0,90	0,90
12 år	64.934	44.871	55.295	72.356	54.565	58.680	0,90	0,82	0,94
15 år	66.655	51.890	49.241	75.463	63.449	54.857	0,88	0,82	0,90

årige har ligget konstant siden begyndelsen af 1990'erne. Samtidig viser Fig. 3 at forløbskurverne, således som de kan tegnes på grundlag af data for de seneste kohorter af 7- og 12-årige, er parallelle. DMFS for 12-årige har således været så godt som uændret fra 1999 til 2000 (henh. 1,38 og 1,36). Af Fig. 4, der viser gennemsnitligt DMFS og dets komponenter for 12-årige, ser man endvidere at antallet af flader med initial caries (kode 0) er så godt som konstant i perioden fra 1988 til 2000 med et gennemsnit på godt 1. Også DS og MS har i denne periode været konstant, hvorimod F-komponenten er faldet fra 2,5 til ca. 1.

Fig. 5 viser at der er sket en betydelig venstreforskydning af fordelingen af 15-årige efter DMFS fra skoleåret 1981/82 (som var det første skoleår hvor de 15-årige var omfattet af indberetningspligten) til 2000. Andelen af 15-årige med DFMS = 0 (koderne 1, 2, 4, 5 og 6) er således steget fra knap 9% i 1981/82 til godt 35% i 2000.

I det nye tabelsæt udskrives også medianer, 1. kvartiler og 3. kvartiler, som er velegnede til at beskrive skæve fordelinger, som dem der er vist i Fig. 5. En beskrivelse af disse statistiske mål kan findes i statistiske lærebøger (se bl.a. (9)). På grundlag af tabel 5 i de tidligere SCOR-tabeller kan median, 1. og 3.

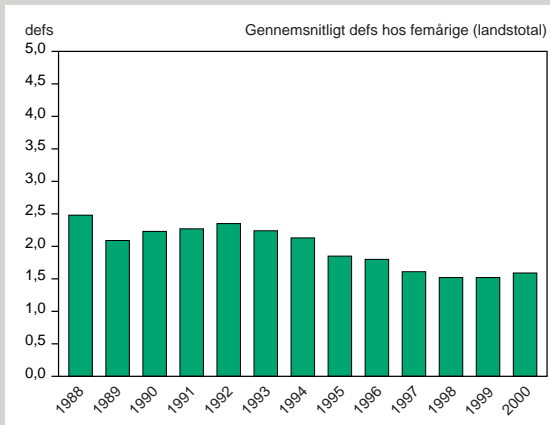


Fig. 1. Gennemsnitligt def's (koderne 1, 2, 4, 5 og 6) for femårige børn (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 1 i standardtabelsettet).

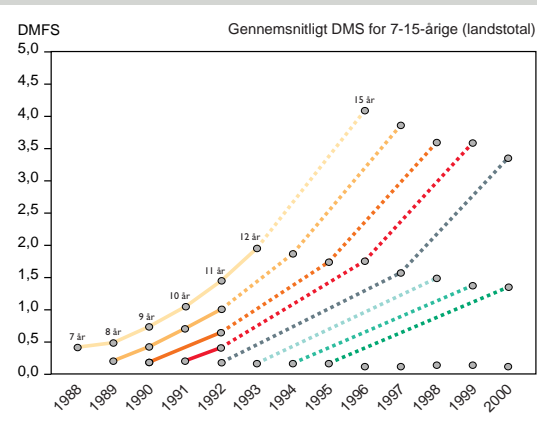


Fig. 3. Gennemsnitligt DMFS (koderne 1, 2, 4, 5, og 6) for 7-15-årige børn og unge. (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 2 i standardtabelsettet).

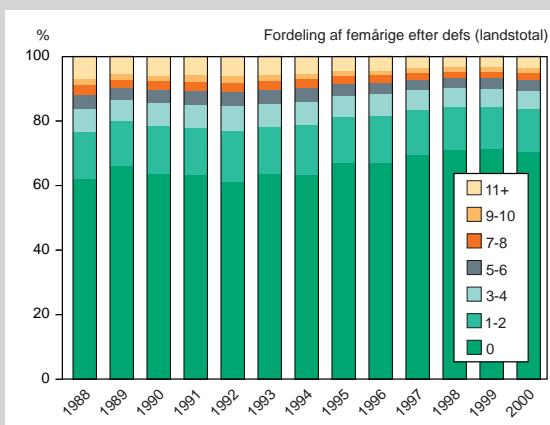


Fig. 2. Fordelingen af femårige børn efter def's (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 2 i standardtabelsettet).

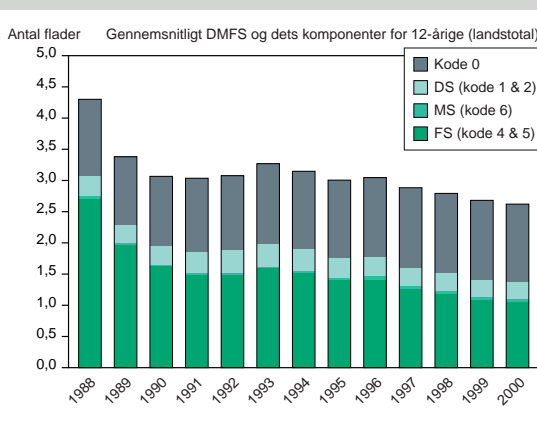


Fig. 4. Gennemsnitligt DS (kode 1 og 2), MS (kode 6) og FS (kode 4 og 5) samt gennemsnitligt antal flader med initial caries (kode 0) for 12-årige børn (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 4 i standardtabelsettet).

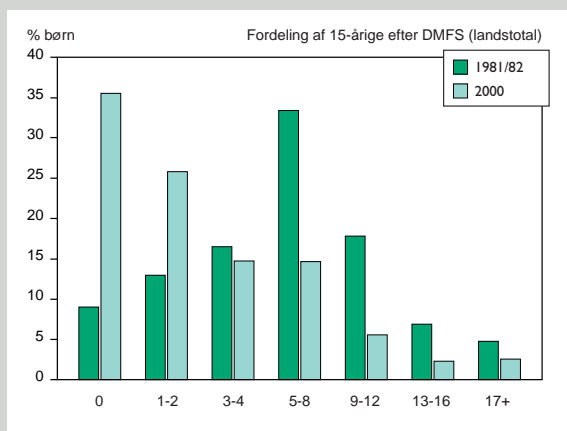


Fig. 5. Fordelingen af 15-årige efter DMFS i 1981/82 og 2000 (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 5 i standardtabelsettet).

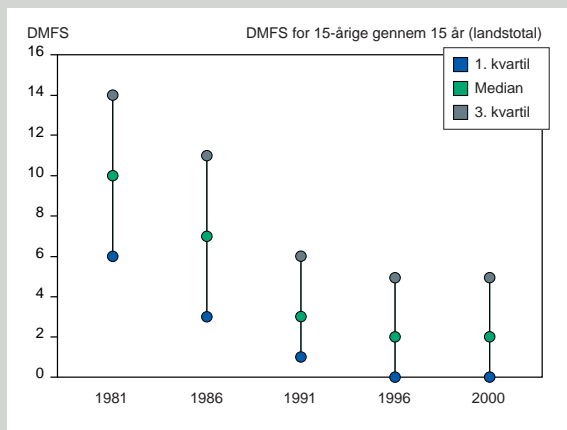


Fig. 6. 1. kvartil, median, og 3. kvartil for 15-årige i 1981, 1986, 1991, 1996 og 2000. (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 5 i standardtabelsettet).

kvartil beregnes. Fig. 6 viser således median, 1. kvartil og 3. kvartil for danske 15-årige over en næsten 20-årig periode. I det aktuelle tilfælde skal medianen forstås som den DMFS-værdi som deler de 15-årige i to lige store grupper. I 1981 var denne DMFS værdi 10, mens den i 2000 var faldet til 2. Første kvartil er den DMFS-værdi som afskærer de 25% af børnene som har den laveste DMFS-værdi. Af Fig. 6 kan man således se at i 1981 havde 25% af børnene seks eller færre DMFS. Dette tal var i 2000 faldet til 0. På samme måde definerer 3. kvartil den værdi som afskærer de 25% af børnene der har den højeste DMFS-værdi. I 1981 havde 25% af børnene altså 14 eller flere

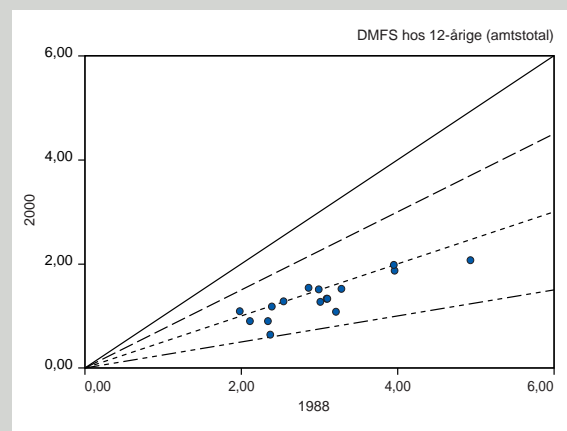


Fig. 7. Scatterplot visende amternes fordeling efter DMFS for 12-årige i 1988 og 2000 (Kilde: Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register; tabel 5 i standardtabelsettet). I diagrammet svarer den fuldt optrukne linie til at der ikke er sket nogen ændring i DMFS fra 1988 til 2000, mens de stiplede linier svarer til henholdsvis 25%, 50% og 75% fald i DMFS fra 1988 til 2000.

DMFS, mens dette tal i 2000 var faldet til 5. Analyse af medianer, 1. og 3. kvartiler giver således et bedre indblik i data end de almindeligt anvendte gennemsnit og formodentlig dermed et bedre grundlag for at tilrettelægge indsatsen.

I den tidligere rapport fra SCOR-følgegruppen (1) er der endelig foretaget en analyse af de amtskommunale variationer i cariesforekomsten. Mhp. at beskrive ændringerne i cariesforekomsten viser Fig. 7 et scatterplot over amternes fordeling efter DMFS hos 12-årige i 1988 og 2000. I figuren svarer hvert punkt til et amt, og punkternes placering i forhold til de indtegnede linier viser ændringerne i DMFS for hvert enkelt amt. Hvis der i et amt var sket et fald på 25% i gennemsnitligt DMFS for 12-årige fra 1988 til 2000, ville det punkt der repræsenterer dette amt, befinde sig på linien sv.t. et 25% fald. Figuren viser at der i alle amter er sket et fald, og at faldet for langt de fleste amter ligger på omkring 50%.

Afslutning

Denne rapportering om cariesforekomsten hos danske børn og unge viser at cariesforekomsten på landsplan synes at være uændret i forhold til de seneste år. Det vises samtidig at der er sket en betydelig venstreforskydning af fordelingen af børn efter cariesforekomst, og det demonstreres hvorledes de nye statistiske oplysninger der fremgår af output fra det reviderede SCOR-system, kan anvendes til at give et bedre overblik over fordelingerne.

Litteratur

1. Poulsen S. Beskrivelse af caries hos danske børn og unge i 1997 og orientering om SCOR-følgegruppen. Tandlægebladet 1998; 102: 740-3 og Tandlægenes Tidsskr 1998; 11: 1-7.
2. Poulsen S. Orientering om revision af Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR). Tandlægebladet 1999; 103: 730-2 og Tandlægenes Tidsskr 1999; 14: 10-2.
3. Sundhedsstyrelsen. Indberetning på børne- og ungdomstandplejeområdet. København: Sundhedsstyrelsen; 1999.
4. Sundhedsstyrelsen. Cirkulæreskrivelse af 15. december 1992 til den kommunale tandplejeordning angående reduktion pr. 1. januar 1993 af indberetningspligtige årgange til SCOR-systemet.
5. Antoft P. Undersøgelsesintervaller i dansk kommunal børne- og ungdomstandpleje. Tandlægenes Tidsskr 2000; 15: 8-13.
6. Hansen I, Foldspang A, Poulsen S. Use of a national data base for strategic management of municipal oral health services for Danish children and adolescents. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 92-8.
7. <http://www.statistikbanken.dk/>
8. Hansen I. Evaluering af SCOR-systemets anvendelse (MPH-afhandling). MPH-uddannelsen, Aarhus Universitet; 1998.
9. Swinscow TDV. Statistics at square. 9th ed. Revised by Campbell MJ, University of Southampton. BMJ Publishing Group; 1997. p. 4-5.

Forfatter

Sven Poulsen, professor, lic. et dr. odont.

Afdeling for Samfundsodontologi og Pædodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Sundhedsstyrelsens SCOR-følgegruppe består af *Per Antoft, Lea Grønbæk, Gregor Gurevitsch, Ingelise Hansen, Maria Malling Pedersen, Poul Erik Petersen, Svend Poulsen* og *Marianne Riis*