

Om et speciale i pædodonti i Danmark

Spørgsmålet om indførelse af flere odontologiske specialer i Danmark end de bestående to har fået ny aktualitet og er igen sat på dagsordenen

Sven Poulsen, Dorte Haubek, Eigil Kirkegaard, Erik Friis-Hasché, Nuno Vibe Hermann, Sven Kreiborg, Lis Almer Nielsen, Jette Daugaard-Jensen og Anna-Lena Hallonsten

I Danmark findes der for øjeblikket kun officielt anerkendte specialer i ortodonti og hospitalsodontologi (1). I de seneste år er spørgsmålet om specialer inden for andre odontologiske fagområder imidlertid blevet rejst fra forskellige side. Således har Dansk Tandlægeforening, Tandlægernes Nye Landsforening og de to odontologiske institutter i 2003 rettet henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om nedsættelse af en arbejdsgruppe der skulle »fremkomme med overvejelser om nye kliniske specialer« inden for odontologien (2). At spørgsmålet også har aktualitet internationalt fremgår af den resolution om specialisering inden for odontologi som blev vedtaget på FDI's generalforsamling i Wien i oktober 2002 (3). I Danmark har der fra fagpolitisk hold været udtrykt ønske om etablering af et speciale i pædodonti i en leder i *Tandlægernes Nye Tidsskrift* (4).

En dansk debat om odontologiske specialer er derfor efter vor opfattelse højst nødvendig, og det er vort formål med dette indlæg at præsentere en række synspunkter på specialistuddannelse i pædodonti. Grundlaget er de krav der i FN's børnekonvention stilles til nationerne mhp. at sikre børn den højeste kvalitet i behandling og pleje (5). En række af de synspunkter vi vil fremlægge i det følgende, har imidlertid relevans for andre odontologiske fagområder hvor der efter vor mening også er brug for kompetence på specialistniveau.

Definition af pædodonti

Pædodonti defineres af det Europæiske Pædodonti-akademi (EAPD) som »... the practice, and teaching of and research in comprehensive preventative and therapeutic oral health care of children from birth through adolescence« (6). Dette odontologiske fagområde er altså først og fremmest defineret ved den aldersgruppe det beskæftiger sig med, nemlig børn og unge. Det bør tilføjes at ud over forebyggelse og behandling har pædodontien en vigtig rolle inden for diagnostik og udredning af orale sygdomme og anomalier hos børn og unge.

At børn har deres eget fagområde inden for odontologien skyldes at børn adskiller sig fra voksne og ældre på en lang række områder (7):

- Børn er ikke selvstændige personer, men afhængige af deres forældre, såvel juridisk, som fysisk og psykisk.
- Børn er under stadig psykisk og somatisk udvikling.
- Børn er sjældent bevidste om deres behov på samme måde som voksne og kan i givet fald ikke udtrykke deres behov på samme direkte måde som voksne.

Der er derfor i sundhedsvæsenet en tiltagende forståelse for at man bør sikre tilstrækkelig børnekompetence hos de professionelle der skal møde barnet. I en svensk rapport defineres således begrebet børnekompetence¹ som havende såvel faglige dimensioner som kommunikative dimensioner (se Faktaboks) (9).

Inden for det odontologiske område kræver barnets biologiske, psykologiske og sociale særegenhed også specielle kompetencer. Blandt de særlige biologiske forhold kan nævnes:

- Omfattende cariesbehandlingsbehov i tidlig alder
- Tanddannelsesforstyrrelser
- Komplicerede traumatisk skader
- Slimhindelidelser og kirurgiske lidelser med særlige manifestationer i børneårene
- Okklusionsudvikling
- Juvenile parodontopati
- Orale og dentale manifestationer af generelle lidelser
- Kronisk sygdom og funktionshæmning
- Barnets oplevelse af smerte og målingen heraf.

Nogle af de ovenfor nævnte tilstande, fx høj cariesforekomst

¹ Vi har efter konsultation med Dansk Sprognavn besluttet at anvende ordet børnekompetence som betegnelse for de kompetencer de professionelle skal besidde for at lykkes i mødet med barnet (8).

og mineraliseringsforstyrrelser, er ofte forbundet med stor følsomhed og tidligere eller nuværende tandpine. Børnenes smertesystem er derfor ofte sensibiliseret med et deraf følgende behov for effektiv smertekontrol.

Blandt de psykologiske særtræk for børn kan nævnes:

- Den normale psykologiske udvikling
- Barnets særlige behov for skånsom tandbehandling
- Faktorer af betydning for udvikling af angst for tandbehandling
- Psykologiske diagnoser med betydning for barnets accept af tandbehandling.

I en pædagogisk specialuddannelse bør der lægges stor vægt på tilegnelse af viden om positiv holdning til og høj kompetence til at gennemføre smertefri tandbehandling af børn og unge. Det er i den forbindelse værd at notere sig at det for nylig er vist at ca. 25% af danske tandlæger der behandler børnepatienter, mener at 3-5-årige børn kun med nogen eller stor usikkerhed kan rapportere smerte ved tandbehandling, samt at det er en udbredt opfattelse at operativ cariesbehandling kan udføres smertefrit alene med brug af N₂O/O₂-sedering (10). I samme undersøgelse viste det at anlæggelse af mandibularanalgesi var en udtalt stressor for mange tandlæger.

Socialt er barnet i forhold til voksne bl.a. karakteriseret ved i legal forstand ikke at være myndig, og derfor at være i den voksnes varetægt. Det betyder at barnet på en række områder ikke selv har indflydelse eller beslutter. Det drejer sig om

- Kostvaner
- Mundhygiejnevener
- Brug af tandpleje.

Det betyder også at en vigtig del af den nødvendige børnekompetence hos de professionelle er evnen til at agere i feltet mellem barn og forældre – ofte som advokat for barnet og dets interesser.

Et vigtigt forhold er at effekten af de påvirkninger individet udsættes for såvel biologisk, psykologisk som socialt i børne- og ungdomsårene, får konsekvenser op i voksenårene. Eksemplerne er mangfoldige: operativ behandling af en carieslæsion der kunne have været behandlet non-operativt, medfører et behov for revisioner resten af patientens liv; en traumatiseret incisiv der ikke behandles optimalt i børneårene, kan medføre kompliceret og meget udgiftskrævende behandlingsbehov senere i livet; et barn der oplever smerte under tandbehandling, har en øget risiko for at udvikle tandlægeskræk og senere uregelmæssig tandplejeadfærd (11).

En kvalitativ beskrivelse af behovet for et speciale i pæodonti

I Danmark varetages den pæodontiske service for langt de fleste børn og unge af børnetandlæger ansat i kommunal tandpleje. Den kommunale tandpleje har som udgangspunkt "Betænkning om offentlig forebyggende børnetandpleje" fra 1966 (12), der blev udmøntet i lov om kommunal tandpleje i 1972. I denne beskrives den meget store cariesforekomst blandt børn og unge på det tidspunkt betænkningen blev skrevet. Sundhedsstyrelsens indberetningsystem dokumenterer imidlertid et betydeligt fald i cariesforekomsten (13). En analyse af cariesforekomsten hos danske børn i perioden 1988-2001 viser fx at DMFS for 15-årige er faldet konstant fra det ene år til det næste. Derimod er der i samme periode ikke observeret et tilsvarende fald i DMFS for femårige. Mht. caries synes der derfor at være behov for en særlig forebyggende indsats rettet mod småbørn og småbørnsforældre. Da problemet er særlig stort hos visse grupper af etniske minoriteter, vil det formentlig være hensigtsmæssigt at målrette indsatsen mod disse (14). Den forskel der er observeret over tid i cariesudviklingen imellem det primære og det permanente tandsæt, er også interessant fordi diagnostik og operativ behandling af caries i det primære tandsæt i småbørnsårene præsenterer særlige problemer (15). En mindre del af de småbørn der har behov for operativ cariesbehandling, herunder ekstraktioner, bør derfor behandles af tandlæger med særlig kompetence inden for psykologisk tilvænningsbehandling af småbørn, sedering og generel anæstesi.

På det tidspunkt hvor "Betænkning om offentlig forebyggende børnetandpleje" blev skrevet, var caries og cariesfølger det altoverskyggende odontologiske sundhedsproblem. Opgaven blev løst af tandlæger med en almen tandlægeuddannelse, ofte suppleret med en lang række efteruddannelseskurser der var specifikt rettet mod de problemer man mødte i daglig praksis. Der blev fra begyndelsen lagt vægt på forebyggelsen, og den dæmpning i den voldsomme cariesforekomst man kunne observere i de efterfølgende år, gjorde at indsatsen blev betegnet som en succes (16).

I de senere år har andre tandsygdomme og orale anomalier imidlertid tiltrukket sig stigende interesse. Et illustrativt eksempel er mineraliseringsforstyrrelser, der såvel diagnostisk som behandlingsmæssigt er en vanskelig klinisk udfordring (17). Disse tilstande manifesterer sig allerede i børneårene og påfører ofte børnene betydelige gener i form af smerte og utilfredsstillende æstetik. Eksempelvis er det således vist at hypomineraliserede permanente molarer øger risikoen for at udvikle angst for tandbehandling pga. hyppig, ofte smertefuld tandbehandling (18). At behandle disse børn og unge kræver for det første en kommunikativ

kompetence der er tilstrækkelig til at medvirke til at afklare og dermed bedre forstå patientens behandlingsbehov, samt information til patienter og deres forældre om de langsigtede behandlingsperspektiver. Derudover kræves indsigt i de tekniske muligheder der findes for at imødekomme behandlingsbehovet i børne- og ungdomsårene, indtil den såkaldt endelige erstatning kan fremstilles (19). Derudover er høj kompetence inden for smertekontrol og sedering afgørende, kompetencer, der først i de seneste år for alvor har tiltrukket sig opmærksomhed inden for dansk pæodonti.

Flere af de klassiske mineraliseringsforstyrrelser som amelogenesis imperfecta og dentinogenesis imperfecta er forholdsvis sjældne. Den enkelte tandlæge vil derfor kun sjældent, eller aldrig, møde patienter med disse lidelser i klinikken. En effektiv kompetenceopbygning inden for behandling af disse patienter kræver derfor at behandlingen af dem centraliseres og varetages af nogle få højt uddannede specialister.

Andre eksempler på tilstande hos børn og unge hvor der er behov for specialistkompetence, er komplicerede traumer, børn med store vanskeligheder med at acceptere tand-

behandling, børn med kroniske sygdomme, børn med generelle medicinske tilstande, der manifesterer sig i mundhulen (Fig. 1) og børn med sjældne – ofte genetiske – sygdomme der manifesterer sig i tænder, kæber eller mundhule.

Denne beskrivelse af pæodontiske arbejdsområder svarer ganske nøje til de arbejdsopgaver der i Norge og Sverige varetages af specialtandlæger i pæodonti (20-25). Målgruppen for specialtandlæger i pæodonti er altså patienter der præsenterer relativt sjældent forekommende odontologiske tilstande, og hvis behandling kræver særlig kompetence.

Endelig vil en del af de psykisk og fysisk funktionshæmmede børn og unge som i Danmark behandles i specialtandplejen (tidligere: amtstandpleje), have behov for pæodontisk specialistkompetence.

Specialistens indplacering i det danske tandplejesystem

Den ændring af lov om tandpleje som medførte etablering af specialtandpleje, regionstandpleje og de to odontologiske landsdels- og videnscentre, har medvirket til at afdække et behandlingsbehov hos børn og unge som ikke klart kom til



Fig. 1. Syttenårig pige der blev behandlet for leukæmi med knoglemarvstransplantation, herunder helkropsbestråling i fireårsalderen. A: Panoramiaradiogram. Bemærk de korte, V-formede rødder og misdannelsen af 45 (mikrodonti). B og C: Kliniske billeder af den samme patient. Bemærk de udtalte mineraliseringsforstyrrelser på flere af de permanente tænder, mikrodonti af 45 og den høje cariesforekomst (velvilligt udlånt af centerleder, specialtandlæge Hans Gjørup, Vestdansk Odontologisk Landsdels- og Videnscenter).

udtryk inden lovens ændring. Det viser sig da også at langt den største del af det klientel der henvises til de to odontologiske landsdels- og videnscentre, er børn og unge (26). Dette klientel har et ganske tydeligt behov for pædagogisk specialkompetence. Af Sundhedsstyrelsens udkast til retningslinjer for kommunal og regional tandpleje fremgår det at der i regionstandplejen og på de odontologiske landsdels- og videnscentre skal findes et team med højt kvalificerede repræsentanter fra ortodonti, kirurgi, pæodonti og protetik (27). Af disse fagområder har kun ortodonti og kirurgi en specialistuddannelse. Oprettelse af et speciale i pæodonti ville gøre det muligt at opfylde denne målsætning og på denne måde sikre formaliseret børnekompetence i teamene. Specialtandlæger inden for pæodonti vil også med fordel indgå i teamet i regionstandplejen, bl.a. i forbindelse med initial (temporær) behandling af børn med mineraliseringsforstyrrelser i form af fremstilling af temporære kroner i plast, tilpasning af præformede stålkroner, fremstilling af guldkapper (19), kosmetisk udbedring af særligt skæmmende misfarvninger ved blegning eller fremstilling af facader.

Ønsker man at danne sig et indtryk af hvilke opgaver specialtandlæger i pæodonti varetager, er det nyttigt at studere de rapporter der over en 20-årig periode er publiceret fra Sverige (20-22,24,25) da det svenske tandplejesystem på mange punkter er sammenligneligt med det danske. Her viser det sig at ca. 1/3 af de henviste patienter var mellem tre og seks år og ca. 1/3 mellem 7 og 12 år. Knap halvdelen af patienterne var henvist pga. stort cariesbehandlingsbehov kombineret med behandlingsvanskeligheder, medicinske problemer (*medically compromised*) eller høj cariesforekomst. Det er interessant at andelen af patienter med medicinske problemer er øget fra 6% i 1983 til 22% i 2003, hvilket afspejlede sig i et stigende antal henvisninger fra læger og hospitaler. Andelen af patienter der henvises pga. udviklingsforstyrrelser eller eruptionsforstyrrelser, udgør knap 15%. Behovet for generel anæstesi og sedering var udtalt.

Som det fremgik af EAPD's definition af pæodonti, vil specialtandlæger i pæodonti også have funktioner inden for undervisning, forskning og udvikling. De svenske specialtandlæger i pæodonti anvender således godt 1/5 af deres tid til rådgivning og undervisning af kolleger samt til forskning. Specialtandlæger er dermed medvirkende til at sikre fagets stadige udvikling. Denne positive effekt af etablering af specialer inden for odontologi ville naturligvis også kunne opnås inden for andre odontologiske fagområder.

Som anført er målgruppen for specialister i pæodonti børn med sjældnere sygdomme og krævende behandlingsbehov. De svenske erfaringer viser at ca. 1% af alle børn og unge har behov for pædagogisk specialkompetence (24).

Faktaboks

Definition af begrebet børnekompetence modificeret efter den svenske socialstyrelse (9). Børnekompetence inden for sundhedsvæsenet (og hermed tandplejen) omfatter:

- Den nødvendige specifikke faglige kompetence (i dette tilfælde odontologiske kompetencer i relation til børn og unge), således som de erhverves ved præ- og postgraduat uddannelse.
- Indsigt opnået gennem erfaring i arbejdet med børn og unge inden for sundhedsvæsenet.
- Evne til at kommunikere med børn og unge, deres forældre og eventuelle værge.

På de svenske pæodontiklinikker hvor man mente bemandingen var tilstrækkelig til at imødekomme behovet, havde man én specialist per 20.000 børn (28). Anvendes disse tal på den danske population af børn og unge fra 0 til 17 år, som 1. januar 2005 var ca. 1,2 mio. (29), finder man at behovet for specialister i pæodonti ligger på ca. 60.

En hurtig etablering af en specialistuddannelse i pæodonti der kunne give et sådant antal specialister, er naturligvis urealistisk. Derfor må man satse på opbygning af specialistbehandling centralt, dvs. på de odontologiske institutter, i regionstandplejen og på landsdels- og videnscentrene. Derudover resulterer den strukturreform som nu er vedtaget i Danmark, og som skal træde i kraft 1. januar 2007, i kommuner af en størrelse der vil kunne danne grundlag for ansættelse af specialister i pæodonti.

Specialistuddannelsen i pæodonti

På Island og i Finland, Norge og Sverige eksisterer der specialistuddannelse i pæodonti. Det fremgår af Tabel 1 at pæodonti er et officielt anerkendt speciale i alle disse fire lande. Island indtager i denne sammenhæng en særstilling idet landet ikke har egen specialistuddannelse, men anerkender specialistuddannelse fra andre lande efter en nærmere beskrevet procedure

I Finland og Norge er specialistuddannelsen placeret i universitetsregi hvor den teoretiske undervisning og den forskningsopgave de specialister studerende skal udføre, foregår. Dele af den kliniske træning foregår decentralt i et samspil med offentlige klinikker, hvor der findes fuldt uddannede specialister i pæodonti der kan fungere som vejledere for de specialister studerende. I Sverige er specialistuddannelsen

Tabel 1. Udvalgte parametre til beskrivelse af pædagogispecialistuddannelsen i Finland, Island, Norge og Sverige.

Land	Specialets status	Hvor foregår undervisningen?	Årligt optag	Finansiering
Finland (32)	Officielt godkendt subspecialer under specialet "klinisk odontologi"	Den teoretiske undervisning foregår i universitetsregi, den kliniske træning foregår på klinikker i <i>health centres</i> eller i hospitalsregi	1	Offentlig
Island (30)	Officielt godkendt af myndighederne	Uddannelsen foregår i udlandet med efterfølgende evaluering og akkreditering i Island	Ikke fastsat	Privat
Norge (33)	Officielt godkendt af myndighederne	Undervisningen foregår i universitetsregi, en del af den kliniske undervisning foregår på offentlige klinikker	Ikke fastsat; i 2005 og 2006 forventes et optag på to	Delvist offentlig
Sverige (34)	Officielt godkendt af myndighederne	Undervisningen foregår dels i universitetsregi, dels på anerkendte postgraduate uddannelsesinstitutioner; en del af den kliniske undervisning foregår på offentlige klinikker	8-10	Offentlig

placeret dels i universitetsregi, dels på anerkendte postgraduate uddannelsescentre med personale med formaliserede akademiske kvalifikationer.

På europæisk plan har EAPD udarbejdet retningslinjer for specialistuddannelsen i pædagogispecialist som vil være dem en dansk specialistuddannelse i pædagogispecialist skal leve op til (6). Af disse retningslinjer fremgår bl.a. flg.:

- Uddannelsen skal forankres på et universitet eller på et anerkendt postgraduate uddannelsescenter.
- Uddannelsen skal være treårig (sv.t. i alt 4.800 timer).
- Tiden skal fordeles således: mindst 50% klinisk tjeneste, 10% teoretisk undervisning og et mindre forskningsprojekt sv.t. 10% af tiden. Resten af tiden udfyldes med andre aktiviteter med pædagogisk relevans.
- Det kliniske arbejde skal ske under supervision af allerede uddannede speciallæger i pædagogispecialist.
- Uddannelsen afsluttes med en eksamen med ekstern censor.

Den teoretiske del af uddannelsen omfatter bl.a.

- Basalbiologiske fag
- Børnepsykologi

- Diagnostik og behandlingsplanlægning
- Psykologisk tilvænningsbehandling, sedering og generel anæstesi
- Forebyggelse
- Cariesbehandling, inkl. endodonti
- Tanddannelsesforstyrrelser
- Ortodonti
- Traumatologi
- Oral kirurgi, medicin og patologi
- Kronisk syge og medicinsk kompromitterede børn
- Kommunikation og etik.

For hvert enkelt af disse emner er der angivet mere præcise mål opdelt på områder specialisten skal kunne udføre, have viden om eller have kendskab til. Den harmonisering af uddannelsesområdet der i disse år finder sted i Europa, betyder at det vil blive EAPD der fremover definerer standarden for specialistuddannelse i pædagogispecialist. EAPD har derfor også etableret et akkrediteringsprogram der vurderer om de specialistprogrammer der findes i Europa, lever op til disse retningslinjer. Akkrediteringen er frivillig, men det vil næppe være en god idé ikke at benytte sig af tilbuddet. For øjeblik-

ket findes der akkrediterede specialistuddannelsesprogrammer i Belgien (Gent), England (Leeds og London), Holland (Amsterdam), Sverige (Jönköping) og Grækenland (Athen).

En af de muligheder der nøje skal overvejes i Danmark, er samspillet mellem det decentrale tandplejesystem og pæodontiafdelingerne på de odontologiske institutter. Denne mulighed er ikke omtalt i EAPD's retningslinjer, hvilket uden tvivl skyldes at det kun er de færreste europæiske lande der har et så velfungerende tandplejesystem for børn og unge som vi har i Skandinavien. Både i Norge og Sverige har man da også gjort brug af denne mulighed, men for disse to landes vedkommende har man også allerede fuldt uddannede specialtandlæger i pæodonti placeret i den offentlige tandpleje, og i Sverige skal de klinikker hvor den praktisk-kliniske del af specialistuddannelsen foregår, godkendes af myndighederne (31). Det betyder bl.a. at der på klinikken skal være ansat en specialist i pæodonti der kan supervisere den specialiststuderende.

Afslutning

Det har været vort formål med denne artikel at orientere om hvorledes et speciale i pæodonti kunne medvirke til at øge kvaliteten i det tandplejetilbud danske børn og unge modtager, bl.a. i regionstandplejen og på de odontologiske landsdels- og videnscentre. Som det fremgår, ville en specialistuddannelse i pæodonti også være et godt udgangspunkt for at fungere i specialtandplejen (tidligere: amtstandpleje).

Det er vort håb at ansvarlige myndigheder vil se oprettelse af et speciale i pæodonti som en mulighed for at videreudvikle og tilpasse det odontologiske team til de nye opgaver det står overfor.

Dansk odontologi har i det seneste tiår oplevet en række faglige og fagpolitiske konflikter og splittelser. Det er vort håb at ansvarlige fagpolitikere vil se oprettelsen af kliniske specialer inden for odontologi som en mulighed for at give vort fagområde en tiltrængt saltvandsindsprøjtning. Her tænker vi ikke kun på et speciale i pæodonti, som naturligvis ligger vort hjerte nærmest, men også på specialer inden for andre kliniske fag.

Litteratur

1. Bekendtgørelse om specialtandlæger. <http://147.29.40.90/DELFIN/HTML/B1998/0069305.htm>. 1998.
2. Odontologisk Institut, Københavns Universitet, Odontologisk Institut, Aarhus Universitet, Dansk Tandlægeforening, Tandlægernes Nye Landsforening. Postgraduat uddannelse af tandlæger. Forslag til formalisering af jusuddannelsen og indførelse af nye kliniske specialer. Brev til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2003.
3. FDI. Specialisation in Dentistry. http://tashtego.developing-dentistry.org/federation/assets/statements/ENGLISH/Specialisation/Specialisation_in_dentistry.pdf. 2002. 1-10-2002.
4. Hovenhoff L. Udviklingen kræver et pæodontisk speciale. *Tandlægernes Tidsskr* 2002; 1: 3.
5. UN. Convention of the rights of the child. <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>. 2005.
6. European Academy of Paediatric Dentistry: Curriculum guidelines for education and training in Paediatric Dentistry. *Int J Paediatr Dent* 1997; 7: 273-81.
7. Mortensen KV. Klinisk børnepsykologi – psykologiens forsømte børn. <http://www.kommunikation.aau.dk/publikationer/kvm.html>. 24-7-2005.
8. Dansk Sprognævn. Personlig meddelelse; 2006.
9. Socialstyrelsen. Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C0E2AAEE-037F-445A-8CF1-7FAC46565499/1771/bilaga.pdf> (accessed 23/1 2006). 2001. Stockholm.
10. Rasmussen JK, Frederiksen JA, Hallonsten A-L, Poulsen S. Danish dentists' knowledge, attitudes and management of procedural dental pain in children: association with demographic characteristics, structural factors, perceived stress during the administration of local analgesia and their own tolerance towards pain. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 159-68.
11. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci* 1999; 107: 422-8.
12. Indenrigsministeriet. Betænkning om offentlig forebyggende børnetandpleje. Betænkning nr. 427. 1966. København.
13. Poulsen S, Pedersen MM. Dental caries in Danish children: 1988-2001. *Eur J Paediatr Dent* 2002; 3: 195-8.
14. Sundby A, Petersen PE. Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 150-7.
15. Nielsen LA, Poulsen S. Caries i det primære tandsæt og blandingstandsættet – forekomst, udvikling og behandling. *Tandlægebladet* 2005; 109: 556-60.
16. Child oral health care in Denmark – a great success in health promotion. København: Copenhagen University Press, 1994.
17. Daugaard-Jensen J, Haubek D. Mineraliseringsforstyrrelser – diagnostik og behandlingsplanlægning. *Tandlægebladet* 2005; 109: 464-76.
18. Jälevik B, Klingberg G. Dental treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 24-32.
19. Gaardmand E, Haubek D. Diagnostik og behandling af hypomineraliserede molarer. I: Holmstrup P, red. *Odontologi 2006*. København: Munksgaard Danmark, 2005: 177-89.
20. Crossner C-G, Mejäre I, Koch G. Barntandvård som specialitet. Erfarenheter av tio års verksamhet och bedömning av framtidens behov. *Tandläkartidningen* 1985; 77: 607-11.
21. Dahllöf G, Schelin B. Pediatric dentistry as a speciality in Sweden. Responsibilities, changes during the past decade and future perspectives. *Int J Paediatr Dent* 1990; 20: 46-9.
22. Dahllöf G, Schelin B. Barntandvård som specialitet. Verksamhet och framtidsvisioner. *Tandläkartidningen* 1990; 82: 1053-63.

23. Espelid I. Specialistens plass i fremtidens barnetannpleie. *Nor Tannlaegeforen Tid* 2003; 113: 552-4.
24. Klingberg G, Dahllöf G, Erlandsson A-L, Grindefjord M, Hallström U, Koch G, et al. A survey of specialist paediatric dental services in Sweden during 2003 and trends since 1983. *Int J Paediatr Dent* 2006; 16: 89-94.
25. Twetman S, Dahllöf G. Utvärdering av enkät angående specialistverksamheten i pedodonti under verksamhetsåret 1996. *Barntandläkarbladet* 1997; 9: 12-4.
26. Gjørup H, Daugaard-Jensen J. De Odontologiske Landsdels- og Videnscentre. Nye elementer i dansk tandpleje. *Tandlægebladet* 2004; 108: 576-85.
27. Sundhedsstyrelsen. Retningslinier for kommunal og regional tandpleje (udkast). 2005.
28. Dahllöf G, Schelin B. Barntandvård som specialitet. Verksamhet och framtidsvisioner. *Tandläkartidningen* 1973; 82: 1053-63.
29. Danmarks Statistik. <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1024>, 568-576. 2005.
30. Holbrook P. Pediatric dentistry specialist training in Iceland. *Personlig meddelelse*; 2005
31. Socialstyrelsen. Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. *Socialstyrelsens Författningssamling*; 1993.
32. Alaluusua S. Pediatric dentistry specialist training in Finland. *Personlig meddelelse*; 2005.
33. Espelid I. Pediatric dentistry specialist training in Norway. *Personlig meddelelse*; 2005.
34. Dahllöf G. Pediatric dentistry specialist training in Sweden. *Personlig meddelelse*; 2005.

Forfattere

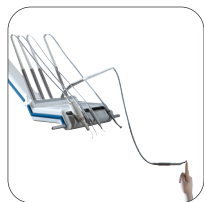
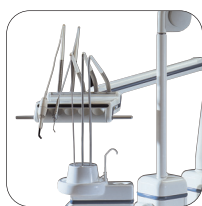
Sven Poulsen, professor, lic. et dr.odont., *Dorte Haubek*, lektor, ph.d., og *Egil Kirkegaard*, lektor, ph.d.
Afdeling for Samfundsodontologi og Pædodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet

Sven Kreiborg, professor, lic. et. dr.odont., *Nuno Vibe Hermann*, lektor, ph.d., *Lis Almer Nielsen*, lektor, ph.d., og *Erik Friis-Hasché*, lektor, dr.odont. et cand.art.psych.
Afdeling for Pædodonti og Klinisk Genetik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Jette Daugaard-Jensen, centerleder, specialtandlæge i pædodonti. Østdansk Odontologisk Landsdels- og Videnscenter, Rigshospitalet

Anna-Lena Hallonsten, viceovertandlæge, specialtandlæge i pædodonti, med.dr.sci.
Københavns Kommunes Børne- og Ungdomstandpleje

DIN LOKALE DENTALSERVICE- LEVERANDØR HAR DE INDIVIDUELLE LØSNINGER...



hekadental®

Baldershøj 38 · 2635 Ishøj
Telefon 43 32 09 90 · Fax 43 32 09 80
mail@heka-dental.dk · www.heka-dental.dk

FORHANDLERE:

SJÆLLAND

D34
Fiskers Dental Service
JTA Dental
Skandinavisk Dental
Vestsjællands Dental
Wessels Dental

FYN

Dent Support
Fyns Dental

JYLLAND

AB Dental
Dental 2000
Dentalværkstedet
Dentronic
Jydsk Dental Service
Kirring Dental
Vestjydsk Dental
Østjydsk Dental-Teknik

UnicLine®
- FEEL THE DIFFERENCE