

Handläggare:
Maria Hedberg

Tandhälsorapport 2008

Ärendet

I bifogade Tandhälsorapport 2008 redovisas tandhälsans utveckling bland barn och ungdomar i Stockholms län till och med år 2008.

Ärendet har beretts av programberedningen för tandvård.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga anmälan till handlingarna.

Förvaltningens synpunkter

Tandhälsorapporten för 2008 visar att tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län generellt sett är god och har under året ytterligare förbättrats.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar varje år om mål för tandhälsan avseende barn och ungdomar. Tandhälsorapport 2008 visar att samtliga mål uppfyllts, exempelvis har endast fyra procent av 3-åringarna haft karies.

Skillnaderna i tandhälsa mellan olika vårdbehovsområden är dock fortsatt stor även om den relativa tandhälsoförbättringen är störst i vårdbehovsområde 4, området med den sämsta tandhälsan.

Små skillnader finns mellan flickors och pojkars tandhälsa. I de yngre åldrarna har flickor något bättre tandhälsa än pojkar, men förhållandet tenderar att bli det omvända i de högre åldrarna.

Världshälsoorganisationen (WHO) har formulerat två tandhälsomål för 12-åringar. Det första avser medelvärdet av antalet skadade tänder för hela åldersgruppen, det andra avser medelvärdet för den tredjedel av åldersgruppen som har flest skadade tänder (SiC-index). Det första målet är

ANMÄLAN
2009-03-19

HSN 0901-0075

färre än 1,5 skadade tänder per barn år 2015, det målet är redan uppnått. Det andra målet är färre än tre skadade tänder per barn år 2020. Stockholms läns landstings resultat ligger nära WHO:s mål, men målet är ännu inte uppnått.

För att långsiktigt ytterligare förbättra tandhälsan för barn och ungdomar är det nödvändigt att nå de yngsta åldrarna. Från och med år 2010 planeras ett projekt där 1-åringar inom vårdbehovsområde 3 och 4 kallas till tandvården för förebyggande åtgärder.

Catarina Andersson Forsman

Kitty Kook-Wennberg

Tandhälsorapport 2008

Tandhälsans utveckling bland barn och ungdomar i Stockholms län

2009-03-12

Bilagor:

1. Antalet barn enligt befolkningsregistret och andelen tandhälsoregistreringar år 2008
2. Karta över vårdbehovsområden i Stockholms län
3. Tandhälsan för 3- och 19-åringar per kommun/stadsdel år 2008
4. Tandhälsouppgifter för 3-, 7-, 13- och 19-åringar i Stockholms län år 2008

Avdelningen för särskilda vårdfrågor

Tandvårdsenheten

Sammanfattning

Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län har ytterligare förbättrats även om förbättringstakten de senaste åren minskat eller planat ut. Jämfört med föregående år har andelen barn med kariesskadade tänder minskat i samtliga åldersgrupper.

En liten skillnad mellan flickors och pojkars tandhälsa finns. I de yngre åldrarna har flickor något bättre tandhälsa än pojkar, medan pojkar tenderar att ha något bättre tandhälsa än flickor i de högre åldrarna. Pojkar har fler kariesskadade sidoytor medan flickor har fler kariesskadade tänder.

Tandhälsan bland den tredjedel barn och ungdomar som har sämst tandhälsa (SiC-index) i Stockholms län avviker till det sämre från riksgenomsnittet.

Tandhälsostatistiken visar också på skillnader i tandhälsa mellan olika områden. I Stockholm sammanfaller vårdbehovsområdesindelningen i stora drag med den socioekonomiska strukturen. I vårdbehovsområde 3 och 4 har en större andel barn och ungdomar haft karies samtidigt som de även haft fler kariesade tänder jämfört med barn i vårdbehovsområde 1 och 2. 2008 års tandhälsostatistik visar, precis som tidigare år, att dessa förhållanden gäller för samtliga åldersgrupper i Stockholms län. Arbetet för att minska skillnaderna i tandhälsan bland länets barn och ungdomar görs bland annat genom kollektiva förebyggande insatser i vårdbehovsområde 3 och 4 i ett särskilt kariespreventionsprogram.

Även om tandhälsotrenden är positiv finns det skäl att överväga hur den förebyggande verksamheten kan utvidgas för att ytterligare förbättra tandhälsan bland barn och ungdomar. Ambitionen är att år 2010 starta ett projekt med att kalla 1-åringar från vårdbehovsområde 3 och 4 till tandvården.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning.....	3
Inledning.....	4
Syfte.....	4
Metod och genomförande.....	4
Kariesprocessen.....	5
Tandhälsomått och registrering av tandhälsouppgifter idag.....	5
Tidigare registrering av tandhälsouppgifter.....	6
Tandhälsans utveckling i Stockholms län.....	7
Barn med kariesskadade tänder.....	7
Medelvärden för skadade tänder.....	9
Tandhälsoutvecklingen hos barn med sämst tandhälsa.....	10
Skillnader i tandhälsa mellan vårdbehovsområden.....	11
Tandhälsan ur ett genusperspektiv.....	13
Mål för tandhälsan år 2008.....	15
Förebyggande verksamhet i Stockholms län.....	16
Referenser.....	17

Inledning

Syfte

Tandhälsorapportens syfte är att:

- redovisa tandhälsoutvecklingen hos barn och ungdomar i Stockholms län,
- redovisa skillnader avseende tandhälsa uppdelat på ålder, vårdbehovsområden och kommun/stadsdelar,
- redovisa tandhälsan för den tredjedel som har sämst tandhälsa (SiC-index),
- redovisa tandhälsan ur ett genusperspektiv samt
- redovisa hur väl barns och ungdomars tandhälsa svarar mot uppsatta mål för år 2008.

Metod och genomförande

Till grund för rapporten ligger registreringen av tandhälsouppgifter för ett stort antal barn och ungdomar från hela länet. Samtliga vårdgivare som får ersättning från landstinget för att utföra allmäntandvård åt barn och ungdomar, Folktandvården Stockholms län AB, privatpraktiserande tandläkare och Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet, lämnar årliga tandhälsouppgifter till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Av samtliga barn i åldrarna 3, 7, 13 och 19 år, enligt befolkningsregistret 94 578 barn år 2008, registrerades tandhälsouppgifter för cirka 91 procent, bilaga 1.

I denna rapport används i första hand begreppet skadade tänder, ett "ohälso-/sjukdomsmått". Med skadade tänder avses *karierade tänder (hål) eller tänder som tidigare haft hål och fått fyllningar (fyllda tänder)* eller som *dragits ut* på grund av karies.

Förvaltningens mål samt måluppfyllelse redovisas dock som *frihet från karies*, ett "hälsomått". Kariesfrihet innebär att individen vid undersökningstillfället varken uppvisar nya kariesade tänder, tidigare behandlat angrepp eller tänder som sannolikt dragits ut på grund av karies.

Kariesfria respektive kariesskadade individer är spegelvända begrepp och kan härledas från varandra.

En fullständig redovisning av nyckeltalen återfinns i bilaga 4.

Kariesprocessen

Karies kan betraktas som en process där syra från munnens bakterier långsamt bryter ner tandens emalj. Det tidiga angreppet är inte synligt för blotta ögat, men om syreattacker förekommer ofta uppkommer en initial kariesskada, som syns som en vit kritaktig fläck på emaljen.

Munnens saliv har bland annat till uppgift att hålla tandytorna rena. När tänderna blir angripna arbetar saliven för att återställa ph-balansen i munhålan. En initial skada kan läka ut men kvarstår ofta som ett ogenomskinligt, ibland mörkt färgat område på tandytan. Om den initiala kariesskadan inte läker ut, utan processen fortsätter, faller emaljytan sönder och det blir ett "hål" i tanden.

Registrering av karies avser angrepp som inte stannar i emaljen utan når in till eller in i dentinet. Detta innebär att individer registreras som kariesfria även om de uppvisar kariesangrepp som är initiala, det vill säga begränsade till emaljen, även kallat initialkaries. Därför är andelen kariesfria ett oprecist mått, som egentligen anger tandläkarens bedömning om hålet i tanden behöver lagas eller inte.

Tandhälsomått och registrering av tandhälsouppgifter idag

Med de insamlade epidemiologiska uppgifter som bas beräknas index, ett för 3- och 7-åringar och ett gemensamt för 13- och 19-åringar och ytterligare ett för 19-åringar.

För 3- och 7-åringar sker registrering i det temporära (mjölktdands-) bettet. Index beräknas för def¹, det vill säga barnet har karies, behandlad sådan eller saknar tand som sannolikt varit kariesskadad.

För 13- och 19-åringar sker registrering i det permanenta bettet. Index beräknas för DFT², som en summa av individens skador under åren, nya

¹ d=decayed (karierad), e=extracted (utdragen), f=filled (fylld), t=teeth (tand)

² D=Decayed (karierad), F=Filled (fylld), T=Teeth (tand)

hål och gamla som har lagats med en fyllning. Utdragna tänder räknas inte in i DFT, eftersom tänder i den åldern kan ha dragits ut av andra orsaker än karies, till exempel i samband med tandreglering.

För 19-åringar redovisas även kariesskador på tändernas sidoytor, DFS-a³, då det framförallt är dessa som ger upphov till ett framtida vårdbehov. Sidoytorna behandlas med "hörnfyllningar" som lättare går sönder jämfört med fyllningar på tuggytor.

Sedan början av 1990-talet har reglerna för registrering av kariesskador ändrats något. En ytlig kariesskada i tandemaljen, benämnd initialkaries, registreras inte längre som kariesangrepp, enligt anvisningar från Socialstyrelsen.

I bilaga 1 redovisas antalet barn i de olika åldersgrupperna samt andelen tandhälsoregistreringar samt vilka tandhälsomått som registreras i de olika åldrarna.

Tidigare registrering av tandhälsouppgifter

Från och med slutet av 1980-talet har flera tandhälsomått, enligt Socialstyrelsens anvisningar, registrerats för olika åldersgrupper. Till och med år 1996 registrerades i Stockholms län tandhälsouppgifter för alla barn i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år.

Från och med år 1997 ändrades registreringsåldrarna i Stockholms län till 3, 7, 13 och 19 år. Denna förändring gjordes för att registreringen skulle sammanfalla med de nya så kallade obligatoriska åldrarna, då samtliga barn kallas till undersökning och eventuell behandling.

Åren 1997 till och med 1999 skedde enbart en urvalsregistrering, uppgifter rapporterades endast för barn födda den 20:e i månaden. Anledningen till detta var att äldre datasystem ersattes av nya, samtidigt som rapporteringssystemet förenklades. I en urvalsregistrering är resultatet alltid något osäkert eftersom slumpen kan medföra att ett urval inte helt korrekt representerar hela barnbefolkningen. År 2000 blev det åter möjligt att registrera tandhälsouppgifter för samtliga barn i aktuella åldersgrupper.

³ S=Surface (tandyta), a=approximal (kontaktyta i tandbågen)

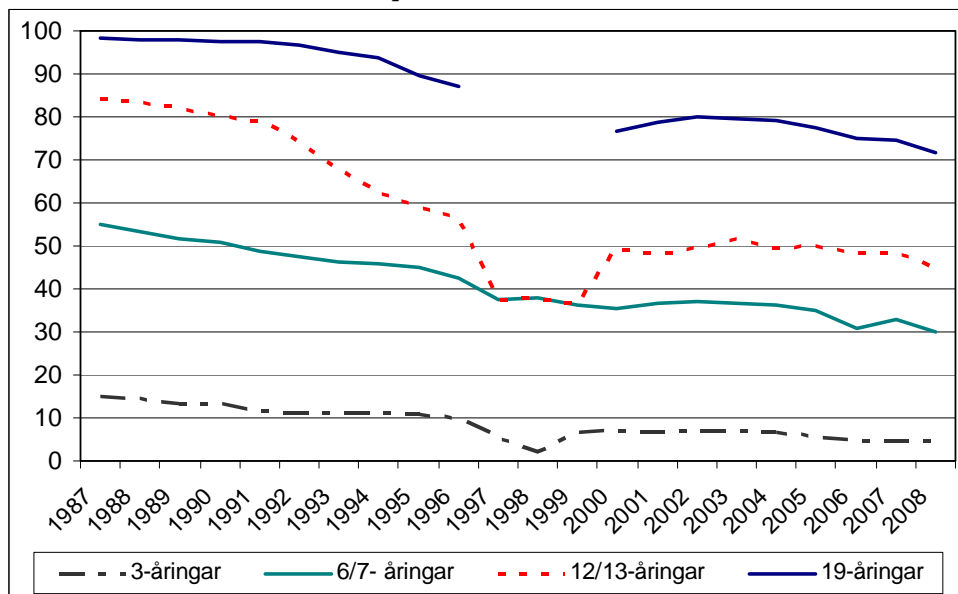
Tandhälsans utveckling i Stockholms län

Under denna rubrik redovisas tandhälsoutvecklingen bland barn och ungdomar i Stockholms län, först barn med kariesskadade tänder, sedan medelvärdet för antal skadade tänder. Därefter redovisas tandhälsan för olika grupper, den tredjedel som har sämst tandhälsa, skillnader i tandhälsa mellan olika vårdbehovsområden samt skillnader mellan könen.

Barn med kariesskadade tänder

Tandhälsoutvecklingen sett över 20 års tid har varit positiv (figur 1). Andelen barn med kariesskadade tänder har sedan 1987 minskat i alla åldersgrupper. Bara jämfört med föregående år har andelen barn med kariesskadade tänder sjunkit med 0-3 procentenheter, olika mycket beroende på åldersgrupp (figur 1). Den lägre förbättringstakten för 3-åringar kan förklaras bland annat med att förbättringstakten avtar ju närmare total kariesfrihet man kommer.

Figur 1: Andel barn och ungdomar med kariesskadade tänder (deft, DFT) i Stockholms län 1987-2008⁴, i procent



⁴ Under åren 1996 till 1999 skedde ingen beräkning av 19-åringar med kariesskador. 1997 ändrades registreringsåldrarna från 6 till 7 år samt från 12 till 13 år.

Små skillnader i registreringsrutinerna kan emellertid få stort genomslag i statistiken varför slutsatser inte bör basera sig på ett års uppgifter.

Tabell 1 visar att tendensen över 6-årsperioden är att tandhälsan i samtliga åldersgrupper förbättrats.

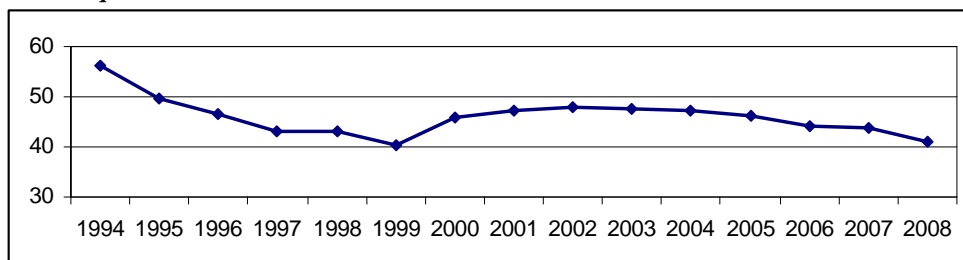
Tabell 1: Andel barn och ungdomar med kariesskadade tänder (deft, DFT) i olika åldersgrupper under åren 2003-2008, i procent

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
3 år	6,9	6,7	6,0	4,7	4,7	4,5
7 år	36,7	36,2	34,9	30,7	32,8	30,0
13 år	51,0	49,6	49,9	48,4	48,2	45,1
19 år	79,3	79,1	77,3	75,0	74,4	71,5

Världshälsoorganisationens (WHO) mål för år 2020 är att minst 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria, det vill säga att högst 20 procent av alla 6-åringar ska ha kariesskadade tänder. 7-åringarna i Stockholms län når ännu inte upp till WHO:s mål. Det faktum att WHO:s mål avser 6-åringar och Stockholms län redovisar 7-åringar innebär att tandhälsoredovisningen "per automatik" blir något sämre för Stockholm vid jämförelse. Stockholmsuppgifterna blir även något missvisande i förhållande till landet i övrigt i och med att de flesta län redovisar tandhälsouppgifter för 6-åringar.

Andelen 19-åringar med kariesskadade sidoytor har sedan 1994 minskat med 15 procentenheter till 41 procent år 2008 (figur 2).

Figur 2: Andel 19-åringar med kariesskadade sidoytor (DFS-a) åren 1994-2008, i procent

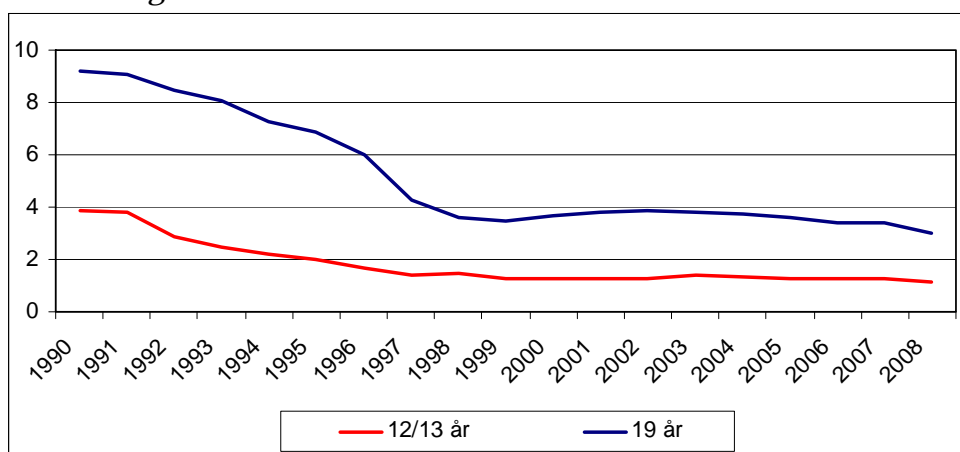


År 2008 redovisar Stockholms län 41,2 procent 19-åringar med kariesskadade sidoytor. Senaste motsvarande siffra för riket är från år 2005, 41 procent.

Medelvärden för skadade tänder

Det genomsnittliga antalet skadade tänder per barn har sedan början av 1990-talet minskat, framförallt bland 19-åringarna (figur 3). Under de senaste åren tenderar dock genomsnittet för antal skadade tänder att plana ut.

Figur 3: Medelvärde för antal skadade tänder (DFT) för 12/13-åringar och 19-åringar 1990-2008



År 2008 var medelvärdet för antal kariesskadade tänder för 13-åringar 1,2 skadade tänder. WHO:s mål för Europa avseende medelvärdet för antalet kariesskadade tänder hos samtliga 12-åringar är att antalet inte ska överstiga 1,5 skadade tänder år 2020. Det betyder att Stockholms län redan nått upp till WHO:s mål.

Som tidigare nämnts är 19-åringarna och antalet skadade sidoytor av särskilt intresse att följa. Uppgifterna visar ett avsevärt bättre resultat för år 2008 jämfört med föregående år, tabell 2.

Tabell 2: Genomsnittligt antal skadade sidoytor (DFS-a) hos 19-åringar 2001-2008

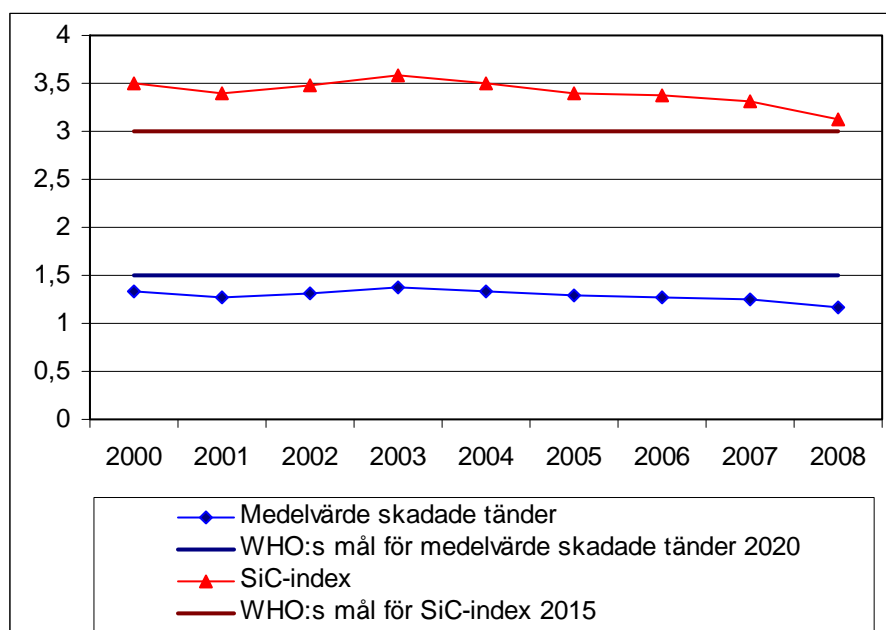
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Medelvärde	1,75	1,83	1,81	1,80	1,71	1,66	1,67	1,42

Tandhälsoutvecklingen hos barn med sämst tandhälsa

Generellt sett minskar förekomsten av karies samtidigt som en allt mindre del av befolkningen uppvisar ett större antal skadade tänder. Medelvärden ger därmed en skev bild av tandhälsoläget. För 13-åringar används Signifikant kariesindex (SiC-index), ett kariesindex som Världshälsoorganisationen (WHO) rekommenderar. SiC-index avser *medelvärdet av skadade tänder för den tredjedel barn och ungdomar som har flest skadade tänder*. WHO:s mål är att SiC-index för 12-åringar ska vara färre än tre skadade tänder år 2015.

Medelvärdet för SiC-index år 2008 ligger nära WHO:s mål, men är ännu inte uppnått (figur 4).

Figur 4: Medelvärde för antal skadade tänder för 13-åringar i Stockholms län och WHO:s mål (12-åringar) samt SiC-index (sämsta tredjedelen) för 13-åringar i Stockholms län och WHO:s mål (12-åringar), åren 2000-2008



Medelvärdet för samtliga 13-åringar är 1,16 skadade tänder, medan medelvärdet för den sämsta tredjedelen uppgår till 3,13 skadade tänder. På riksnivå är medelvärdet för antal skadade tänder 0,98 medan SiC-index är 2,87 skadade tänder. Uppgifterna för riket är från 2005. Det är uppenbart att Stockholms län avviker från riket. Andra storstadsregioner uppvisar motsvarande situation.

Som tidigare nämnts avser uppgifterna för riket och WHO:s mål 12-åringar, vilket innebär att tandhälsan i Stockholm län, där registreringen sker först vid 13 års ålder, framstår som något sämre vid jämförelser. En registerundersökning utförd under 2007 (1) visar att 12-åringarnas tandhälsa i Stockholms län befinner sig närmare riksgenomsnittet än vad som tidigare rapporterats till Socialstyrelsen och som används i jämförelser på riksnivå.

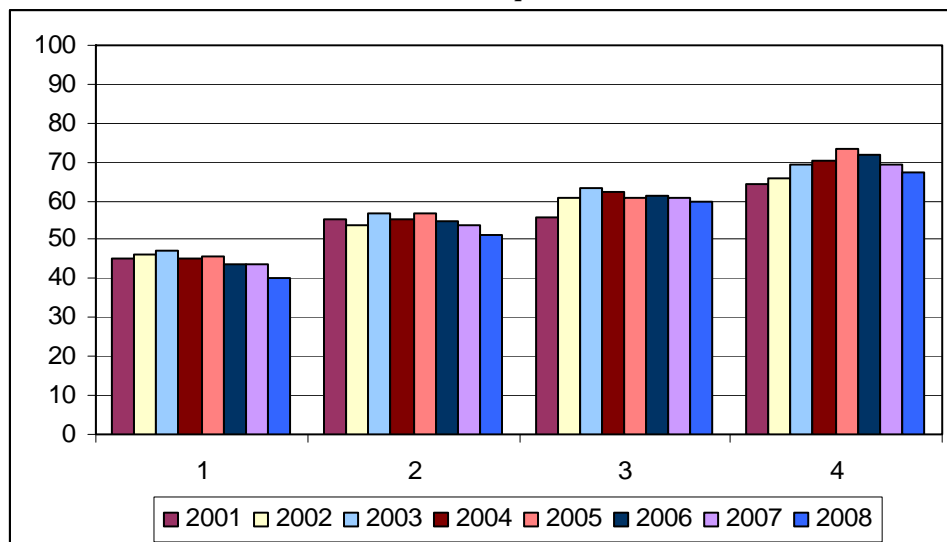
Skillnader i tandhälsa mellan vårdbehovsområden

Att social skiktning återspeglas i barns hälsa är känt. Kopplingen mellan tandhälsa och socioekonomi är dock inte enbart ett orsakssamband mellan en individs inkomst och tandhälsa, utan ett mer komplicerat samspel mellan hela livssituationen, med vardagliga vanor avseende kost och hygien, med familjens hälsotraditioner, utbildningsnivå och inkomst. Den sociala faktorn har betydelse för skillnaderna i tandhälsan i alla åldersgrupper, men mest uttalad är den i de lägre åldrarna. En annan viktig faktor i de lägre åldrarna är mikrobiologiska faktorer, med ett ännu inte helt utvecklat immunförsvar.

Bland 3-åringar i områden med lägre social status är det framförallt tandborstningen som skiljer sig åt, medan det bland 7-åringar är kostvanorna som utgör den största skillnaden (2). Bland äldre barn, 13- och 19-åringarna, äter man "lika dåligt" oavsett social status medan tandborstvanorna skiljer sig åt till det sämre bland dem med lägre social status. Vid 19 års ålder finns också andra faktorer som kan förklara skillnaderna i tandhälsan, till exempel självkänsla, uppfattning om orsaker till karies och social anpassning (3).

Utifrån den kunskap som finns om hur tandhälsan varierar även mellan små närliggande områden gör Tandvårdsenheten en geografisk indelning på en nivå som säkerställer att dessa skillnader framgår. 295 så kallade närområden är indelade i fyra grupper där vårdbehovsområde 1 utgör områden med bäst tandhälsa och vårdbehovsområde 4 områden med sämst tandhälsa, bilaga 2.

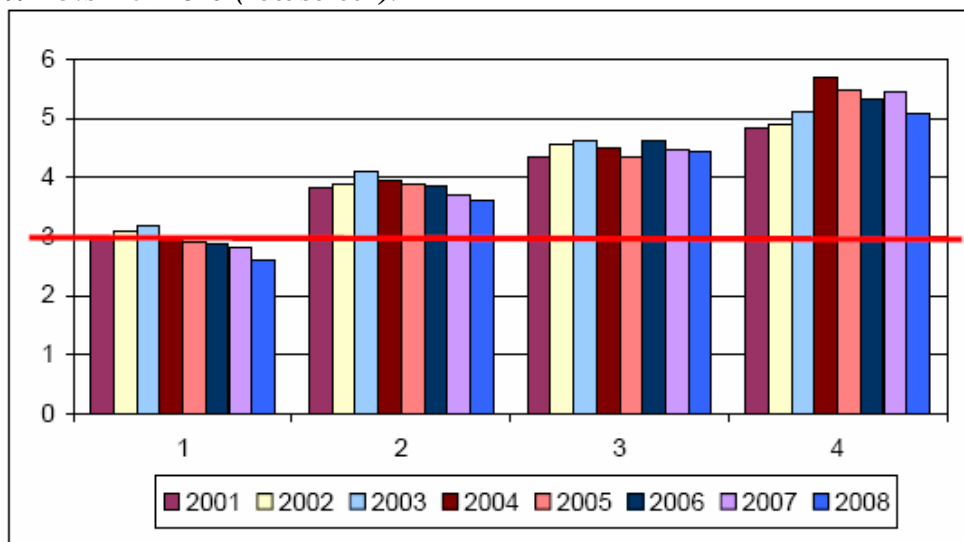
Figur 5: Andelen 13-åringar med kariesskadade tänder per vårdbehovs område åren 2001- 2008, i procent.



En större andel barn och ungdomar i vårdbehovs område 3 och 4 har kariesskadade tänder jämfört med barn i vårdbehovs område 1 och 2. Dessutom har barn och ungdomar i vårdbehovs område 3 och 4 även fler kariesskadade tänder.

Medelvärde för den sämsta tredjedelen (SiC-index) uppgår, som tidigare visats, till 3,13 skadade tänder, men skillnaderna mellan vårdbehovsområdena är stora. Värdet för SiC-index i vårdbehovs område 1 är 2,60 medan värdet i vårdbehovs område 4 är 5,09 skadade tänder. Det betyder att den sämsta tredjedelen i vårdbehovs område 4 har 2,5 fler skadade tänder jämfört med den sämsta tredjedelen i vårdbehovs område 1. I figur 6 visas SiC-index per vårdbehovs område för 13-åringar åren 2001-2008. Det röda strecket markerar WHO:s mål.

Figur 6: SiC-index för 13-åringar per vårdbehovsområde 2001-2008 samt WHO:s mål 2015 (rött streck).



Tandhälsan ur ett genusperspektiv

Skillnaderna mellan flickors och pojkars tandhälsa är generellt sett små. I de yngre åldrarna har flickor något bättre tandhälsa än pojkar, men förhållandet är det omvända i de högre åldrarna, tabell 3.

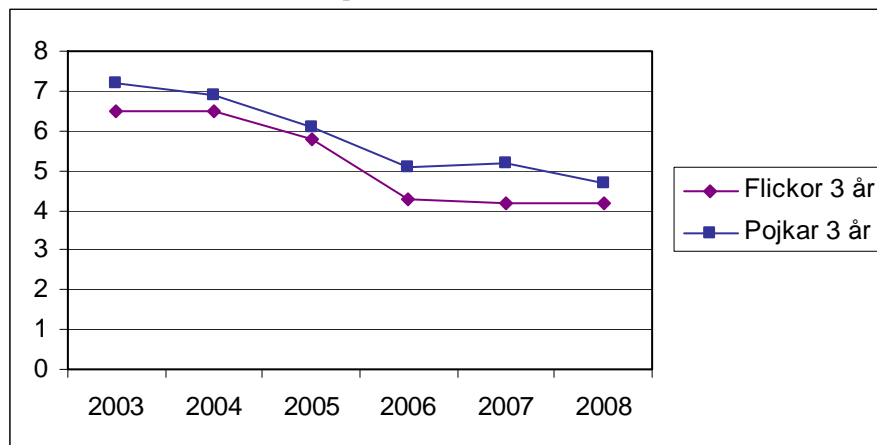
Tabell 3: Andelen flickor respektive pojkar med kariesskadade tänder år 2008, i procent

	Flickor	Pojkar
3 år	4,2	4,7
7 år	29,1	30,9
13 år	47,3	43,0
19 år	72,0	71,1

Skillnaden mellan könen är störst vid 13 års ålder, möjligen på grund av att flickor är tidigare än pojkar med att anamma vuxenvanor. I de högre åldrarna uteblir pojkar oftare från undersökning när de kallas. Detta påverkar troligen tandhälsoreultatet så att statistiken för 19-åriga pojkar blir något bättre än verkligheten.

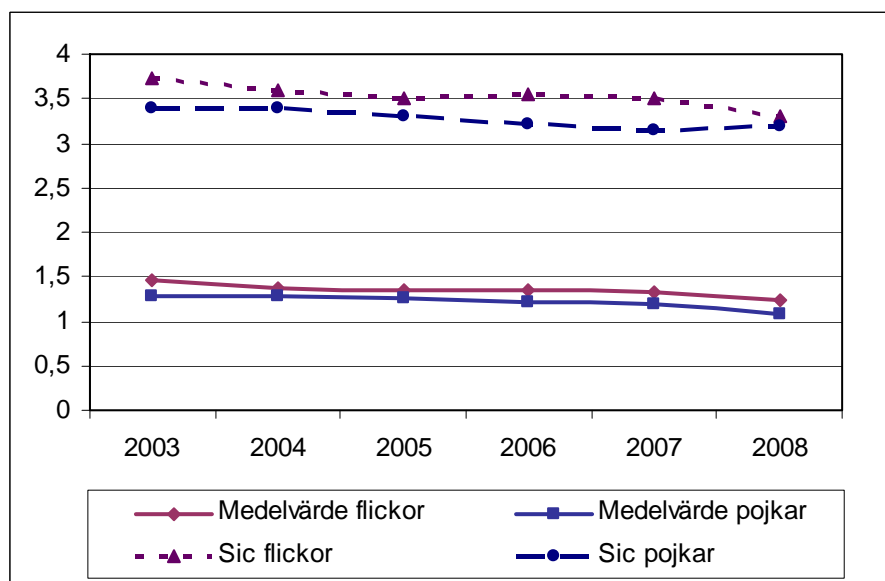
I figur 7 redovisas utvecklingen för 3-åriga flickor och pojkar åren 2003-2008.

Figur 7: Andelen 3-åriga flickor respektive pojkar med kariesskadade tänder åren 2003-2008, i procent.



I figur 8 redovisas antalet skadade tänder för 13-åringar fördelade på kön.

Figur 8: Antalet skadade tänder för 13-åringar fördelat på kön i Stockholms län år 2008



Av figuren framgår att skillnaden i antalet skadade tänder är avsevärd mellan den tredjedel av barnen, oavsett kön, som har flest skadade tänder och genomsnittet samt att flickorna genomgående har något fler skadade tänder jämfört med pojkarna.

Mål för tandhälsan år 2008

Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer varje år upp mål för tandvården i Stockholms län. Målen presenteras i budgeten och utfallet rapporteras i samband med årsbokslutet. Målen uttrycks som kariesfrihet.

Tandhälsostatistiken för år 2008 visar att Stockholms län uppfyller samtliga mål som ställts i budget för år 2008.

Tabell 5: Verksamhetstal för årsbokslut 2008, mål och utfall, i procent

	Utfall	Mål	Utfall
	2007	2008	2008
Andelen kariesfria 3-åringar	95	96	96
Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden, vårdbehovsområde 3+4	87	89	89
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor	56	56	59

Andelen kariesfria 3-åringar generellt, närmar sig nu en nivå där det är tveksamt om ytterligare förbättringar är möjliga utan mycket stora insatser och därmed kraftigt ökade kostnader.

Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden har ökat från 84,5 procent år 2004 till 89 procent år 2008, vilket får bedömas som mycket framgångsrikt. En förbättringspotential finns, men förbättringstakten har planat ut. Ökad tandhälsa i denna grupp slår i viss mån igenom i statistiken för 3-åringar totalt sett.

Även andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor har ökat avsevärt, men en förbättringspotential finns.

Ytterligare förbättrad tandhälsa bland barn och ungdomar kommer att bland annat vara beroende av om vi kan nå föräldrarna med förebyggande verksamhet såsom "motiverande samtal" med flera åtgärder för de allra yngsta barnen.

Förebyggande verksamhet i Stockholms län

Enligt tandvårdslagen (1985:125) 2, 3 §§ är målet för tandvården *en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen* samt att *särskild vikt läggs vid förebyggande åtgärder*.

I Stockholms läns landsting är såväl förebyggande insatser som ersättningssystem utformade med tanke på dessa mål.

Tandhälsofrämjande verksamhet får med sannolikhet bäst resultat med kollektiva insatser riktade till områden med uttalad ohälsa. Förvaltningen har därför definierat ett antal geografiska områden med hög kariesrisk, vårdbehovsområde 3 och 4. Förutom till dessa riskområden riktas särskilda åtgärder mot de äldre som karakteriseras av hög risk för karies.

Det förebyggande arbetet sker sedan 2004 genom ett kariespreventionsprogram enligt evidensbaserade metoder. Delar av arbetet genomförs i skolmiljö i samverkan med kommuner. Från och med 2008 deltar samtliga aktuella kommuner i programmet.

Forskningen har tydligt visat att ju tidigare barnen kallas till tandvården för förebyggande åtgärder, desto större är möjligheten till god tandhälsa. Från och med år 2010 är ambitionen att starta ett projekt att kalla 1-åringar inom vårdbehovsområde 3 och 4 för förebyggande åtgärder.

Referenser

1. Tandhälsan hos 12-åriga barn i Folktandvården SL AB, 2007
2. Grindfjord M, Telne E. Tandhälsan hos 3- och 7-åriga barn i Stockholms läns landsting. Tandvårdsstaben, rapport 1999
3. Barr Agholme M, Grindfjord M. Munhälsan hos tonåringar 13- och 19-åringar. Tandvårdsstaben, Stockholms läns landsting, rapport 2002

Avdelningen för särskilda vårdfrågor
Tandvårdsenheten

HSN 0901-0075
Bilaga 1

Antalet barn enligt befolkningsregistret och andelen tandhälsoregistreringar år 2008

Ålder	Antal barn	Antal registreringar	Andel registreringar
3	25 868	23 222	90 %
7	22 082	20 549	93 %
13	22 444	20 996	94 %
19	24 184	21 509	89 %
Totalt	94 578	86 276	91 %

Tandhälsomått

Följande mått registreras för respektive åldersgrupp:

3- och 7-åringar

- Karierad tand i temporära bettet (dt)
- Fylld tand i temporära bettet (df)
- Tand som tagits ut på grund av karies (e)

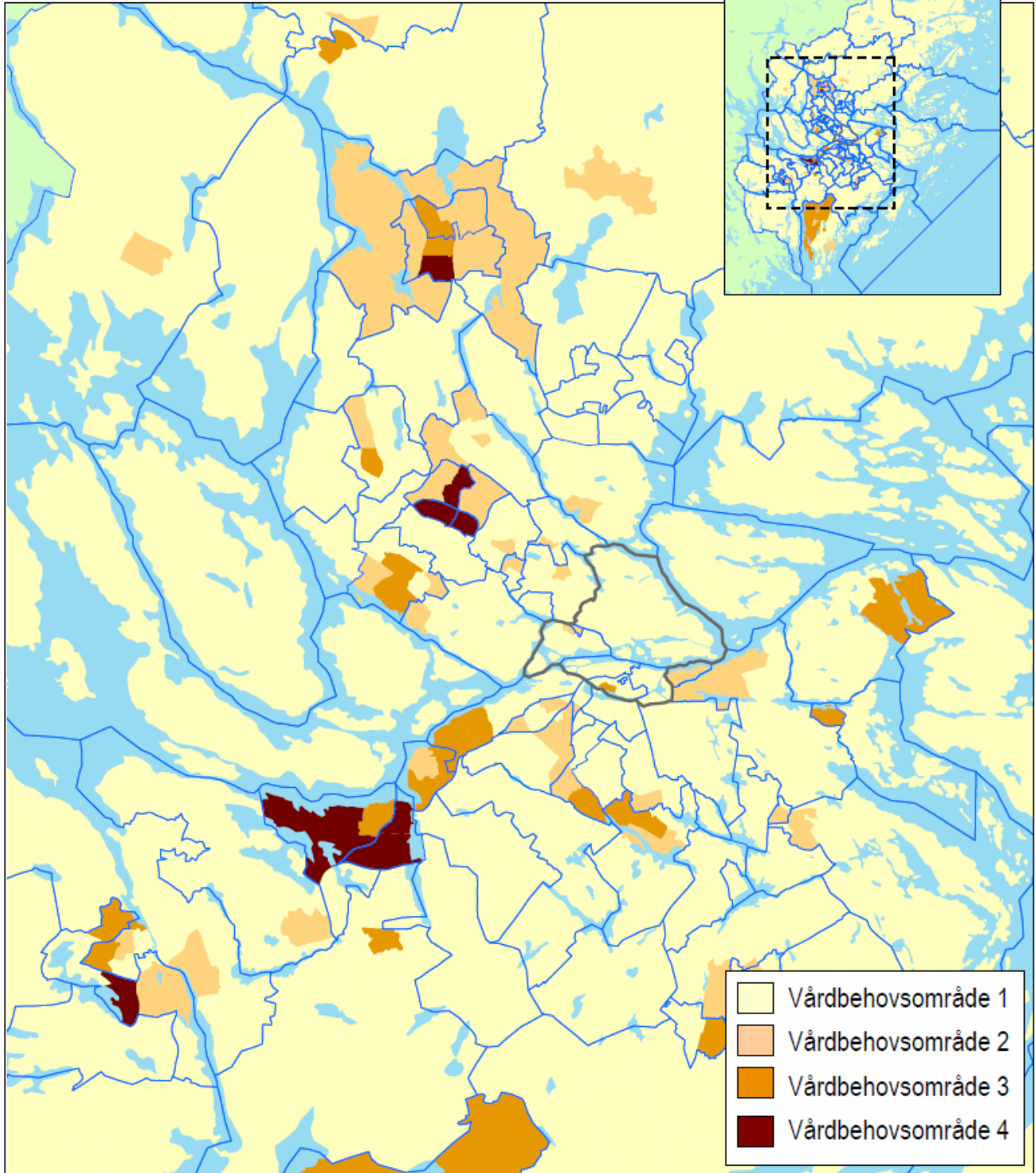
13-åringar

- Karierad tand i permanenta bettet (DT)
- Fylld tand i permanenta bettet (DF)

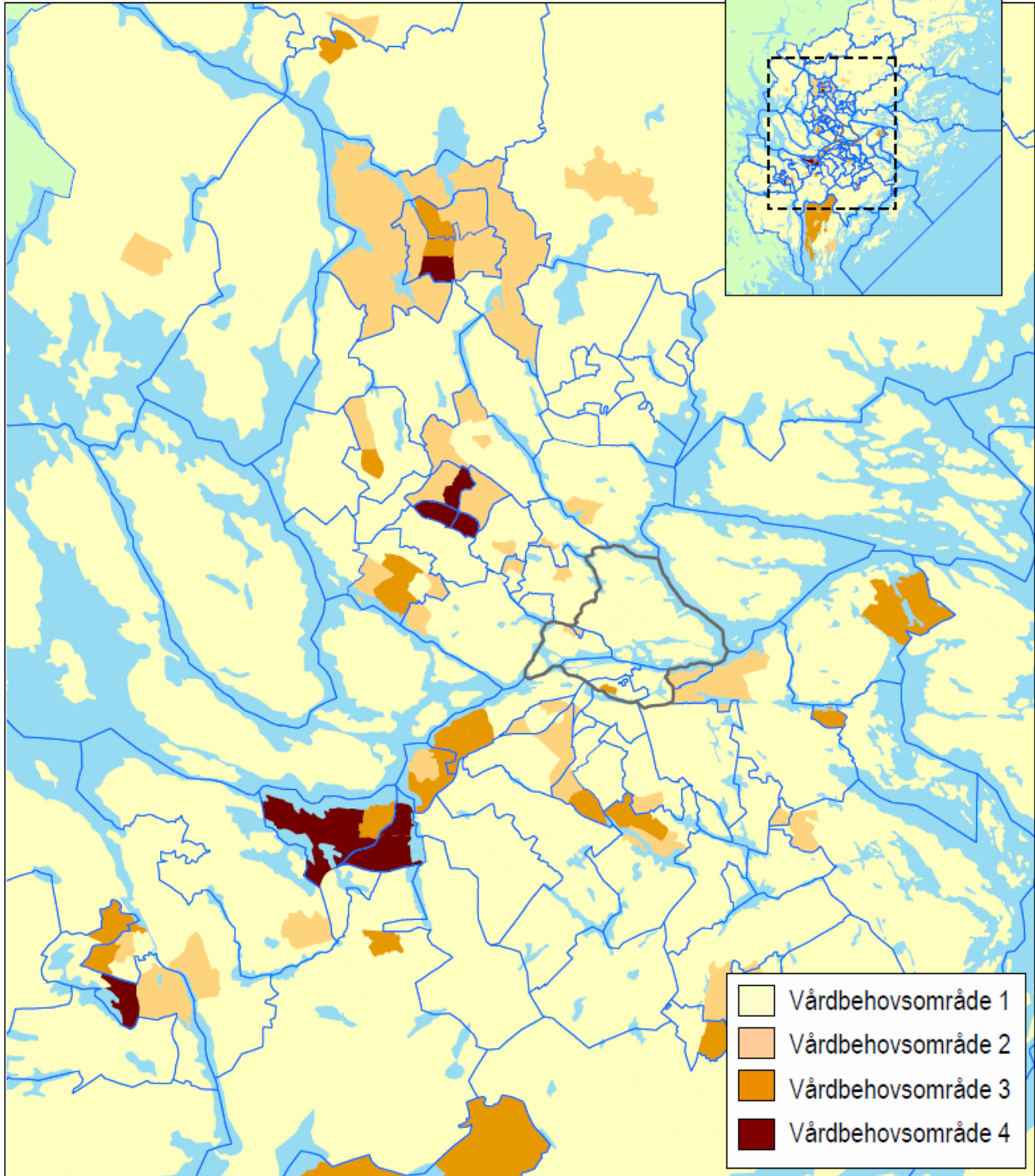
19-åringar

- Karierad tand i permanenta bettet (DT)
- Fylld tand i permanenta bettet (DF)
- Karierad sidoyta samt (Dsa)
- Fylld sidoyta (Fsa)

Vårdbehovsområden



Vårdbehovsområden



Länsdel	Kariesskadade 3 år, %	Kariesskadade sidoytor 19 år, %
Hela länet	4,5	42,3

Sjukvårdsstyrelse Stockholm och Ekerö

Rinkeby - Kista	12,5	58,0
Spånga - Tensta	8,6	50,2
Hässelby - Vällingby	6,4	45,3
Bromma	2,2	34,6
Kungsholmen	1,6	36,5
Norrmalm	1,4	31,4
Östermalm	3,2	28,9
Södermalm	2,8	32,2
Enskede - Årsta - Vantör	5,2	44,9
Skarpnäck	3,5	41,8
Farsta	3,8	45,0
Älvsjö	2,4	33,1
Hägersten - Liljeholmen	2,9	33,6
Skärholmen	13,9	53,1
Ekerö	3,1	33,0
Totalt	4,7	43,1

Sjukvårdsstyrelse Norr

Danderyd	1,2	24,7
Järfälla	4,9	43,2
Lidingö	3,0	28,2
Sigtuna	5,3	42,0
Sollentuna	3,0	41,7
Solna	3,8	38,9
Sundbyberg	6,0	44,7
Täby	1,6	38,4
Upplands-Bro	3,3	38,8
Upplands-Väsby	7,7	44,2
Vallentuna	2,0	42,8
Vaxholm	7,1	31,0
Österåker	2,8	37,5
Totalt	3,7	39,1

Sjukvårdsstyrelse Söder

Botkyrka	7,5	49,2
Haninge	4,6	44,4
Huddinge	7,4	43,7
Nacka	3,5	40,0
Tyresö	1,2	42,0
Värmdö	3,2	35,8
Salem	3,1	41,5
Norrtälje	4,2	37,9
Nynäshamn	4,1	52,3
Södertälje	5,5	48,6
Nykvarn	0,7	43,1
Totalt	4,8	44,0

Tandhälsouppgifter för 3-, 7-, 13- och 19-åringar i Stockholms län år 2008

3- och 7-åringar

Tabell 1: Antal undersökta samt andel (%) kariesfria 3- och 7-åringar år 2008

	3-åringar			7-åringar		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
Antal undersökta	11 421	11 801	23 222	10 089	10 460	20 549
Kariesfria i %	95,8	95,3	95,5	70,9	69,1	70,0

13-åringar

Tabell 2: Antal undersökta 13-åringar, andel (%) kariesfria, medelvärde för skadade tänder samt medelvärde för Signifikant kariesindex (SiC) år 2008

	13-åringar		
	Flickor	Pojkar	Totalt
Antal undersökta	10 155	10 841	20 996
Kariesfria i %	52,7	57,0	54,9
Medelvärde skadade tänder	1,24	1,08	1,16
Medelvärde SiC	3,30	3,19	3,13

19-åringar

Tabell 3: Antal undersökta 19-åringar, andel (%) kariesfria och andel (%) kariesfria sidoytor samt medelvärde för antal skadade tänder och antal skadade sidoytor år 2008

	19-åringar		
	Flickor	Pojkar	Totalt
Antal undersökta	10 705	10 804	21 509
Kariesfria i %	28,0	28,9	28,5
Kariesfria sidoytor, %	59,5	58,2	58,8
Medelvärde skadade tänder	2,99	2,99	2,99
Medelvärde skadade sidoytor	1,38	1,46	1,42

Kariesfria per vårdbehovsområde

Tabell 4: Andel (%) kariesfria i åldrarna 3, 7, 13 och 19 år per vårdbehovsområde år 2008

	Vårdbehovsområde			
	1	2	3	4
3 år	97,2	94,5	89,4	87,4
7 år	76,1	63,1	47,8	42,2
13 år	59,9	48,8	40,2	32,5
19 år	31,8	22,3	20,5	15,3

SiC-index för 13-åringar per vårdbehovsområde

Tabell 5: Medelvärde för Signifikant kariesindex (SiC) hos 13-åringar per vårdbehovsområde år 2008

	Vårdbehovsområde			
	1	2	3	4
Medelvärde SiC	2,60	3,62	4,43	5,09