

Handläggare:
Maria Hedberg

Tandhälsorapport 2010

Ärendebeskrivning

Tandhälsorapport 2010 redovisar tandhälsans utveckling bland barn och ungdomar i Stockholms län till och med år 2010.

Beslutsunderlag

Förvaltningens anmälan 2011-08-16
Tandhälsorapport 2010, bilaga

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att lägga anmälan till handlingarna.

Förvaltningens motivering till förslaget

Tandhälsorapport 2010 visar att tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län generellt sett är god och att den sedan föregående är ytterligare förbättrats.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar varje år om mål för tandhälsan avseende barn och ungdomar. Tandhälsorapport 2010 visar att samtliga mål uppfyllts, exempelvis har endast 3,3 procent av 3-åringarna haft karies. Det är en förbättring med 3,4 procentenheter sedan 2004. Bland 19-åringarna har 34 procent haft kariesskadade sidoytor. Förbättringen sedan 2004 är 13 procentenheter.

Skillnaderna i tandhälsa mellan olika vårdbehovsområden är fortsatt stor. 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. Tandhälsostatistiken för år 2010 visar, precis som tidigare år, att dessa förhållanden gäller för samtliga åldersgrupper i Stockholms län.

ANMÄLAN
2011-08-16

HSN 1104-0346

Den skillnad som tidigare funnits mellan treåriga flickors och pojkars tandhälsa har planat ut. I de högre åldrarna tenderar pojkar att ha något bättre tandhälsa än flickor. Vi 19 års ålder har pojkar fler kariesskadade sidoytor medan flickor har fler kariesskadade tänder.

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 färre än 1,5 skadade tänder per barn år 2015. Det målet är uppnått sedan länge. Det andra målet är färre än tre skadade tänder per barn år 2020. Det målet är uppnått sedan 2009.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Kitty Kook Wennberg
Avdelningschef

Tandhälsorapport 2010

Tandhälsans utveckling bland barn och ungdomar i Stockholms län

2011-05-24

Bilagor:

1. Tandhälsoregistreringar år 2010
 2. Karta över vårdbehovsområden
 3. Tandhälsan per kommun/stadsdel år 2010
 4. Tandhälsouppgifter för 3-, 7-, 13- och 19-åringar år 2010
-

Sammanfattning

Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län har ytterligare förbättrats. Jämfört med föregående år har andelen barn med kariesskadade tänder minskat i samtliga åldersgrupper.

Även tandhälsan bland den tredjedel barn och ungdomar som har sämst tandhälsa i Stockholms län har förbättrats, men är troligen något sämre än riksgenomsnittet. För andra året i rad uppnår dock länet Världshälsoorganisationens mål.

Tandhälsostatistiken visar också på skillnader i tandhälsa mellan olika områden. I Stockholm sammanfaller indelningen i vårdbehovsområden 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. Tandhälsostatistiken för år 2010 visar, precis som tidigare år, att dessa förhållanden gäller för samtliga åldersgrupper i Stockholms län.

Den skillnad som tidigare kunnat observeras mellan treåriga flickors och pojkars tandhälsa har planat ut. I de högre åldrarna tenderar pojkar att ha något bättre tandhälsa än flickor. Pojkar har fler kariesskadade sidoytor medan flickor har fler kariesskadade tänder.

Arbete 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. År 2011 startar ett särskilt projekt med 1-åringar från vårdbehovsområde 3 och 4.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Innehållsförteckning.....	3
Inledning.....	4
Syfte.....	4
Metod och genomförande.....	4
Kariesprocessen.....	5
Dagens tandhälsomått och registrering av tandhälsouppgifter.....	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 2010.....	17
Förebyggande verksamhet i Stockholms län.....	17
Diskussion.....	18
Referenser.....	20

Inledning

Syfte

Tandhälsorapportens syfte är att redovisa:

- tandhälsoutvecklingen hos barn och ungdomar i Stockholms län,
- skillnader i tandhälsa mellan vårdbehovsområden,
- tandhälsan för den tredjedel som har sämst tandhälsa (SiC-index),
- tandhälsan ur ett genusperspektiv samt
- tandhälsan i relation till uppsatta mål för år 2010.

Metod och genomförande

Till grund för rapporten ligger registreringen av tandhälsouppgifter för ett stort antal barn och ungdomar från hela länet. Vårdgivare som utför allmäntandvård åt barn och ungdomar i Stockholms län lämnar årliga tandhälsouppgifter till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Av samtliga folkbokförda barn och ungdomar i åldrarna 3, 7, 13 och 19 år, totalt 99 223 barn år 2010, registrerades tandhälsouppgifter för cirka 90 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 *uttagen* på grund av karies.

Hälso- och sjukvårdsnämndens mål samt måluppfyllelse redovisas dock som *frihet från karies*, ett "hälsomått". Kariesfrihet innebär att individen vid undersökningstillfället varken uppvisar nya karierade tänder, tidigare behandlade angrepp eller tänder som sannolikt tagits bort 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 syraattacker förekommer ofta uppkommer en initial kariesskada över tid, 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 syrabalansen i munhålan. En initial skada kan läka ut men kvarstår ofta som ett kritaktigt, ibland mörkt färgat område på tandytan. Om den initiala kariesskadan inte läker ut, utan processen fortsätter, faller emaljt看 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 det underliggande 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 tandvårdens bedömning om hålet i tanden behöver lagas eller inte.

Dagens tandhälsomått och registrering av tandhälsouppgifter

Med de insamlade epidemiologiska uppgifterna som bas beräknas index, för 3-, 7-, 13- och 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 hål och gamla som har lagats med en fyllning. Uttagna tänder räknas inte in i DFT, eftersom tänder i den åldern kan ha tagits 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 de som ger upphov till ett framtida vårdbehov.

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

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

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

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, 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.

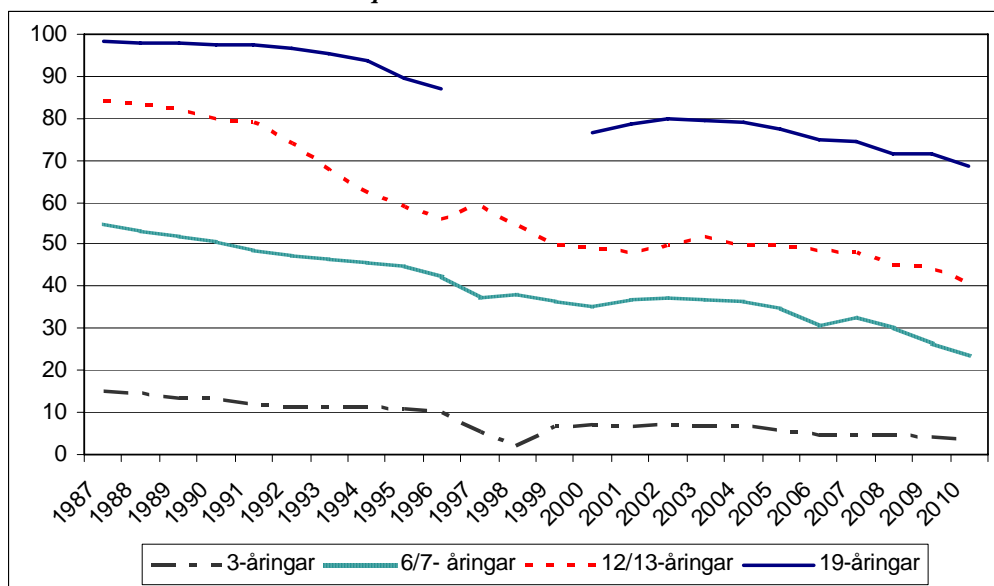
Tandhälsans utveckling i Stockholms län

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 den tredjedel som har sämst tandhälsa, skillnader i tandhälsa mellan olika vårdbehovsområden samt tandhälsan ur ett genusperspektiv.

Barn med kariesskadade tänder

Tandhälsoutvecklingen sett över drygt 20 år har varit positiv (figur 1). Andelen barn med kariesskadade tänder har sedan 1987 minskat i alla åldersgrupper (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 1987-2010⁴, 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 under den senaste 7-årsperioden är att tandhälsan i samtliga åldersgrupper förbättrats.

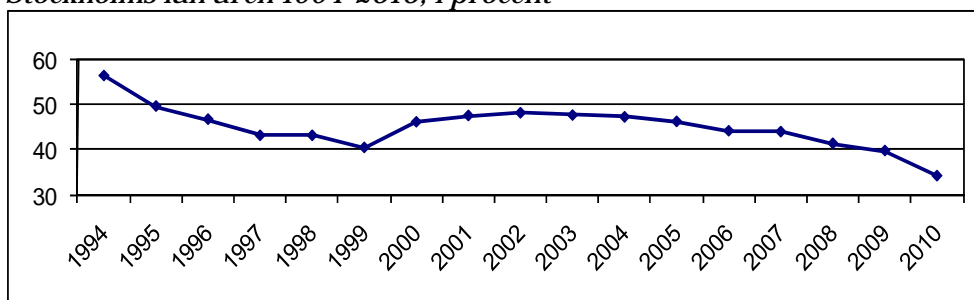
Tabell 1: Andel barn och ungdomar med kariesskadade tänder (deft, DFT) i olika åldersgrupper i Stockholms län åren 2004-2010, i procent

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3 år	6,7	6,0	4,7	4,7	4,5	4,1	3,3
7 år	36,2	34,9	30,7	32,8	30,0	26,3	23,4
13 år	49,6	49,9	48,4	48,2	45,1	44,2	41,2
19 år	79,1	77,3	75,0	74,4	71,5	71,7	68,8

Världshälsoorganisationens (WHO) mål för år 2020 är att minst 80 procent av 6-åringarna ska vara kariessfria, det vill säga högst 20 procent av 6-åringarna 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 22 procentenheter till 34 procent år 2010 (figur 2).

Figur 2: Andel 19-åringar med kariesskadade sidoytor (DFS-a) i Stockholms län åren 1994-2010, i procent

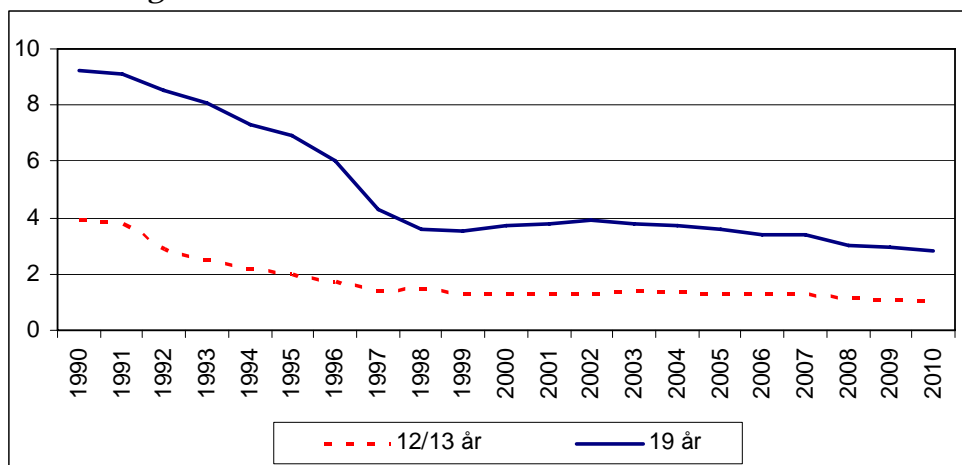


År 2010 redovisar Stockholms län 34 procent 19-åringar med kariesskadade sidoytor. Senaste motsvarande siffra för riket är från år 2008, 37 procent.

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 har dock genomsnittet för antal skadade tänder planat ut.

Figur 3: Medelvärde för antal skadade tänder (DFT) för 12/13-åringar och 19-åringar i Stockholms län åren 1990-2010



År 2010 var medelvärdet för antal kariesskadade tänder för 13-åringar 1,0 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 2010 jämfört med föregående år, tabell 2.

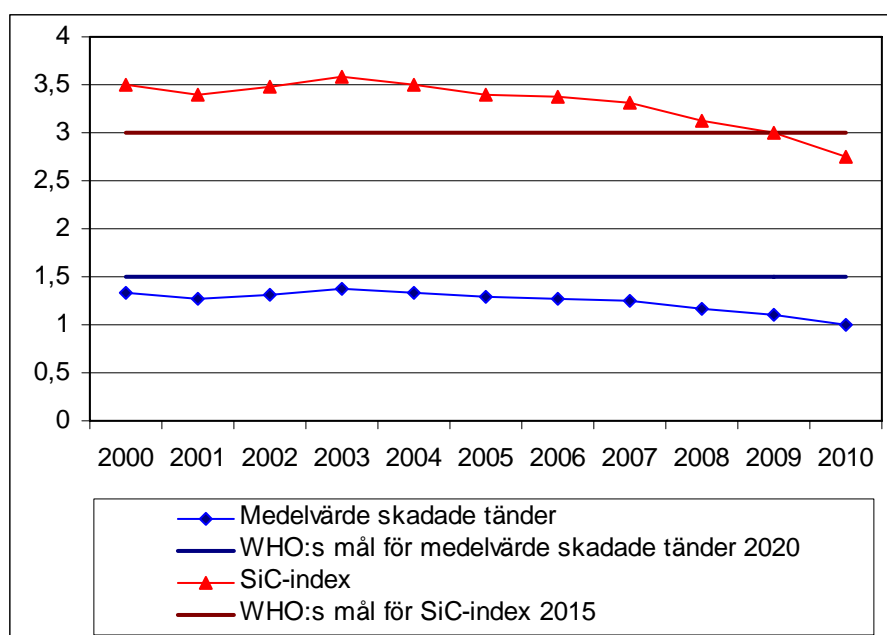
Tabell 2: Genomsnittligt antal skadade sidoytor (DFS-a) hos 19-åringar i Stockholms län åren 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Medelvärde	1,75	1,75	1,83	1,81	1,80	1,71	1,66	1,67	1,42	1,34	1,05

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. Stockholms län har sedan två år tillbaka nått upp till WHO:s mål (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 2000-2010



Medelvärdet för samtliga 13-åringar är 0,99 skadade tänder, medan medelvärdet för den sämsta tredjedelen (SiC-index) uppgår till 2,74 skadade tänder.

På riksnivå är medelvärdet för antal skadade tänder 0,88 medan SiC-index är 2,5 skadade tänder⁵. Uppgifterna för riket är från 2008. Stockholms län avviker något från riket med en något sämre tandhälsa. 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 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 riksnivå⁶.

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 sämre sociala förutsättningar är det framförallt tandborstningen som skiljer sig åt, medan det bland 7-åringar är kostvanorna som utgör den största skillnaden⁷. 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 andra sociala faktorer⁸.

⁵ Socialstyrelsen. Karies hos barn och ungdomar – En lägesrapport för år 2008, Stockholm; 2010

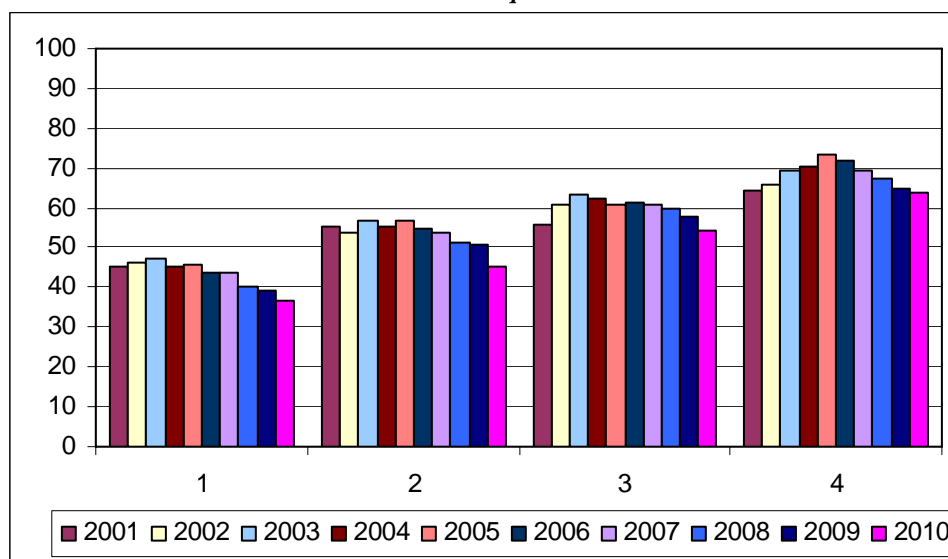
⁶ Folk tandvården Stockholms län AB. Tandhälsan hos 12-åriga barn i Folk tandvården SL AB, Stockholm; 2007

⁷ Grindefjord M, Telne E. Tandhälsan hos 3- och 7-åriga barn i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting, Tandvårdsstaben, Stockholm; 1999

⁸ Barr Agholme M, Grindefjord M. Munhälsan hos tonåringar 13- och 19-åringar. Stockholms läns landsting, Tandvårdsstaben, Stockholm; 2002

Utifrån den kunskap som finns om hur tandhälsan varierar även mellan små närliggande områden gör förvaltningen 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 vårdbehovsområde åren 2001- 2010, i procent

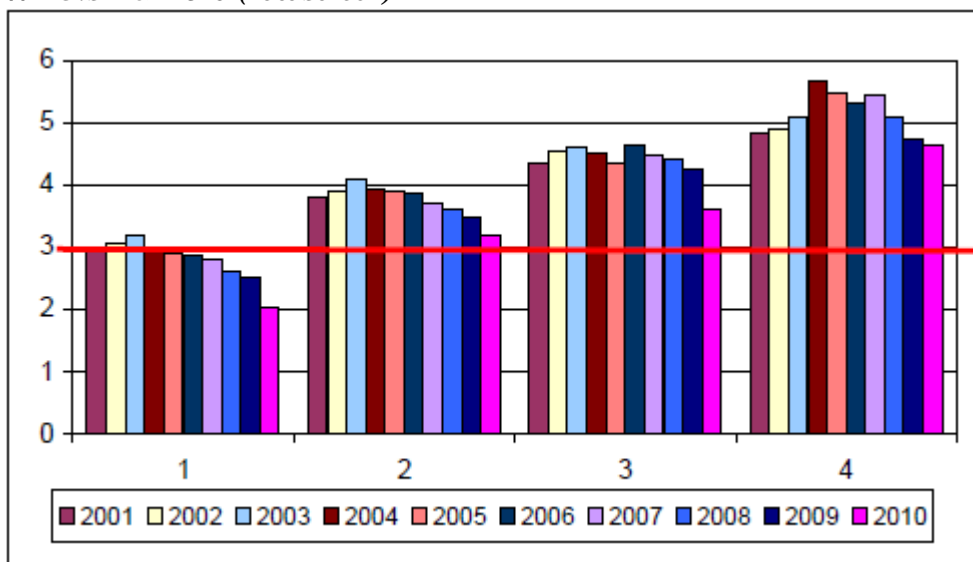


En större andel barn och ungdomar i vårdbehovsområde 3 och 4 har kariesskadade tänder jämfört med barn i vårdbehovsområde 1 och 2. Dessutom har barn och ungdomar i vårdbehovsområde 3 och 4 även fler kariesskadade tänder.

Medelvärde för den sämsta tredjedelen (SiC-index) uppgår, som tidigare visats, till 2,74 skadade tänder, men skillnaderna mellan vårdbehovsområdena är stora. Värdet för SiC-index i vårdbehovsområde 1 är 2,02 medan värdet i vårdbehovsområde 4 är 4,64 skadade tänder. Det betyder att den sämsta tredjedelen i vårdbehovsområde 4 har drygt dubbelt så många skadade tänder jämfört med den sämsta tredjedelen i vårdbehovsområde 1.

I figur 6 visas SiC-index per vårdbehovsområde för 13-åringar åren 2001-2010. Det röda strecket markerar WHO:s mål.

Figur 6: SiC-index för 13-åringar per vårdbehovsområde 2001-2010 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 tidigare haft något bättre tandhälsa än pojkar, medan förhållandet varit det omvända i de högre åldrarna. Tabell 3 visar att förhållandet fortfarande gäller i de högre åldrarna, men inte i de lägre.

Tabell 3: Andelen flickor respektive pojkar med kariesskadade tänder år 2010, i procent

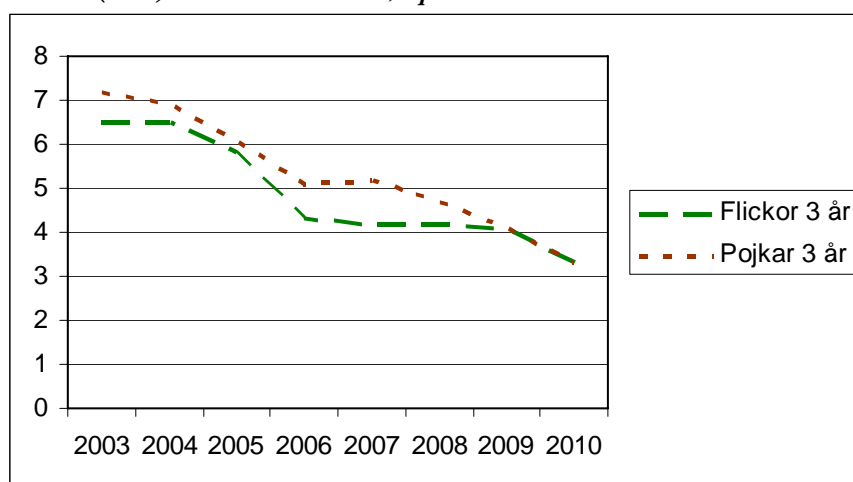
	Flickor	Pojkar
3 år	3,3	3,3
7 år	23,2	23,5
13 år	42,4	40,0
19 år	69,5	68,2

Skillnaden mellan könen är störst vid 13 års ålder, möjligen på grund av att flickor, tidigare än pojkar, anammar 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 2003-2010.

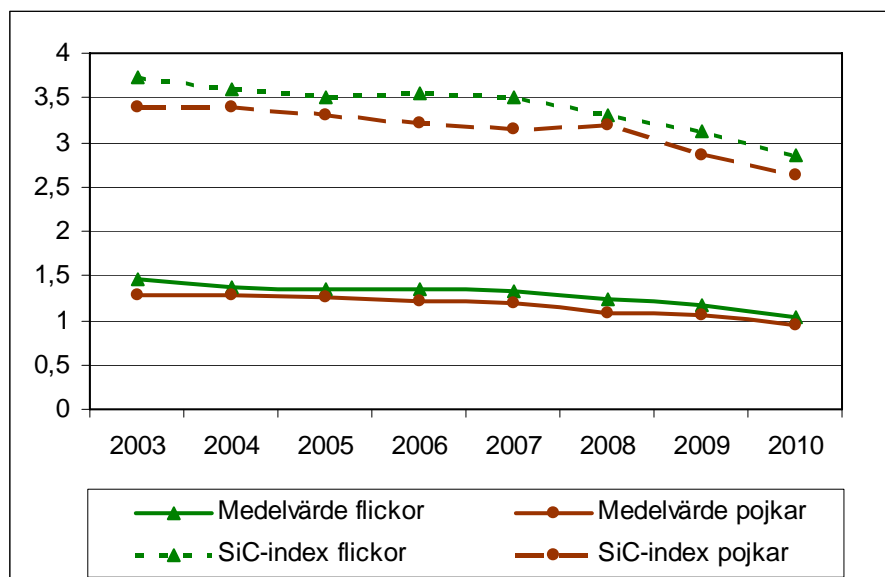
Figur 7: Andelen 3-åriga flickor respektive pojkar med kariesskadade tänder (deft) åren 2003-2010, i procent



Åren 2003-2008 har de 3-åriga flickorna haft något bättre tandhälsa än de 3-åriga pojkarna, men de två senaste åren visar flickor och pojkar samma resultat (figur 7).

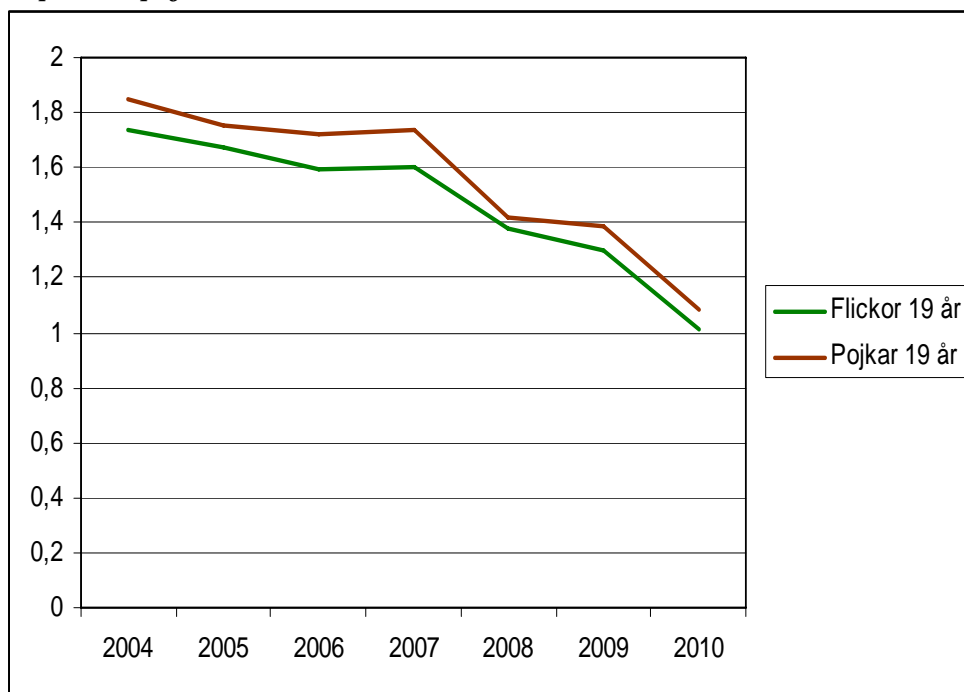
I figur 8 redovisas medelvärdet för antal skadade tänder för 13-åriga flickor respektive pojkar.

Figur 8: Medelvärde för antal skadade tänder för 13-åriga flickor respektive pojkar i Stockholms län samt SiC-index för samma grupp, åren 2003- 2010



Av figur 8 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 de 13-åriga flickorna genomgående har något fler skadade tänder jämfört med pojkarna.

Figur 9: Medelvärde för antal skadade sidoytor för 19-åriga flickor respektive pojkar i Stockholms län åren 2004-2010



19-åriga pojkar har åren 2004-2010 haft något fler skadade sidoytor än flickor (figur 9), vilket betyder att det omvända förhållandet råder jämfört med skadade tänder generellt sett.

Mål för tandhälsan år 2010

Hälso- och sjukvårdsnämnden ställer varje år upp mål för tandvården i Stockholms län. Målen presenteras i budgeten och utfallet i årsredovisningen, se tabell 5. Målen uttrycks som kariesfrihet.

Tabell 5: Verksamhetstal redovisade i hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning 2010, mål och utfall, procent

	Utfall	Mål	Utfall
	2009	2010	2010
Andelen kariesfria 3-åringar	96	96	97
Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden, vårdbehovsområde 3+4	90	89	91
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor	60	56	66

Tandhälsostatistiken för år 2010 visar att Stockholms län uppfyller samtliga av hälso- och sjukvårdsnämndens mål.

Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden (vårdbehovsområde 3 och 4) har ökat från 84,5 procent år 2004 till 91,4 procent år 2010. Även andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor har ökat avsevärt.

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 ersättnings-system utformade med tanke på dessa mål.

Det förebyggande arbetet sker sedan 2004 genom ett kariespreventions-program enligt evidensbaserade metoder. Delar av arbetet genomförs i skolmiljö i samverkan med berörda kommuner. Programmet består av

- kollektiv tandhälsoinformation till föräldrar med små barn (BVC)
- individuell kallelse av 2-åringar i vårdbehovsområde 3 och 4, för undersökning, tandborstinstruktion och eventuell behandling,

- tandhälsainformation i förskoleklass och klass 5 och i vårdbehovsområde 3 och 4 kompletterat med fluorsköljning
- fluorlackning av 6- och 12-årständerna i vårdbehovsområde 3 och 4,
- fissurförsegling av riskindivider i åldersgruppen 6-8 år.

Den mest kostnadseffektiva metoden att förebygga karies är att borsta tänderna två gånger om dagen med fluortandkräm, även för små barn. Forskning har dock visat att det är tveksamt om denna metod är tillräcklig för att förebygga karies hos barn med hög kariesrisk. För att ytterligare förbättra tandhälsan i länet startas år 2011 ett projekt med att kalla hälften av 1-åringarna från vårdbehovsområde 3 och 4 till tandvården i stället för till BVC för tandhälsoåtgärder. Projektet innehåller bland annat tandborstinstruktion till föräldrarna, inspektion av barnets tänder och frekvent fluorlackning. En utvärdering ska också innehålla en hälsoekonomisk analys. Resultatet ska redovisas i en delrapport 2014 samt i en slutrapport 2018.

Diskussion

Tandhälsan, såsom den officiellt redovisats under lång tid för barn och ungdomar, fortsätter att förbättras inom samtliga vårdbehovsområden. Förbättringen gäller även för gruppen 3-åringar trots att förvaltningen bedömt sannolikheten till ytterligare förbättringar som liten. Trots särskilda och uppenbarligen framgångsrika förebyggande insatser i vårdbehovsområdena 3 och 4, finns en tendens till att tandhälsförbättringen inom vårdbehovsområde 1 och 2 går snabbare. Detta utfall bör analyseras.

I rapporten redovisas, som nämnts, inte så kallade initiala kariesskador, förstadiet till karies, "hål i tänderna" Detta innebär en delvis sned redovisning som i någon mån döljer ett problem vars uppgift i stor utsträckning den förebyggande verksamheten syftar till att motverka. Ännu finns dock inga beslut från Socialstyrelsen om att mått på initialkaries ska ingå i den officiella redovisningen. 19-åringar som lämnar den organiserade barn- och ungdomstandvården kan lämna den med en "skev bild" av sin munstatus om man inte tydligt upplyses om eventuell initial karies. Förvaltningen ser en tendens till att ungdomar som lämnat den organiserade barntandvården, av flera skäl väljer att skjuta upp nästa tandvårdsbesök.

Nationellt tandhälsostatistik finns för 2008 och dessförinnan för år 2005, vilket gör det svårare att jämföra aktuella Stockholmssiffror med motsvarande nationell statistik.

Redovisad tandhälsostatistik avser en av de två "folksjukdomar" som kan drabba munhålan, karies. Den andra, parodontala sjukdomar (tandköttsinflammation/tandlossning), drabbar barn endast i begränsad omfattning, men bör likväl redovisas. Förvaltningen har ambitionen att redovisa även dessa från och med år 2015.

Referenser

Barr Agholme M, Grindfjord M. Munhälsan hos tonåringar 13- och 19-åringar. Stockholms läns landsting, Tandvårdsstaben, Stockholm; 2002

Folktandvården Stockholms län AB. Tandhälsan hos 12-åriga barn i Folktandvården SL AB, Stockholm; 2007

Grindfjord M, Telne E. Tandhälsan hos 3- och 7-åriga barn i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting, Tandvårdsstaben, Stockholm; 1999

Socialstyrelsen. Karies hos barn och ungdomar – En lägesrapport för år 2008, Stockholm; 2010

Tandhälsoregistreringar 2010

Tabell 1: Antal barn och ungdomar folkbokförda i Stockholms län och andel tandhälsoregistreringar år 2010

Ålder	Antal barn	Antal registreringar	Andel registreringar
3	27 698	24 733	89%
7	24 816	22 857	92%
13	20 865	19 071	91%
19	25 844	22 328	86%
Totalt	99 223	88 989	90%

Tandhälsomått

Följande mått registreras för respektive åldersgrupp:

3- och 7-åringar i temporära bettet

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

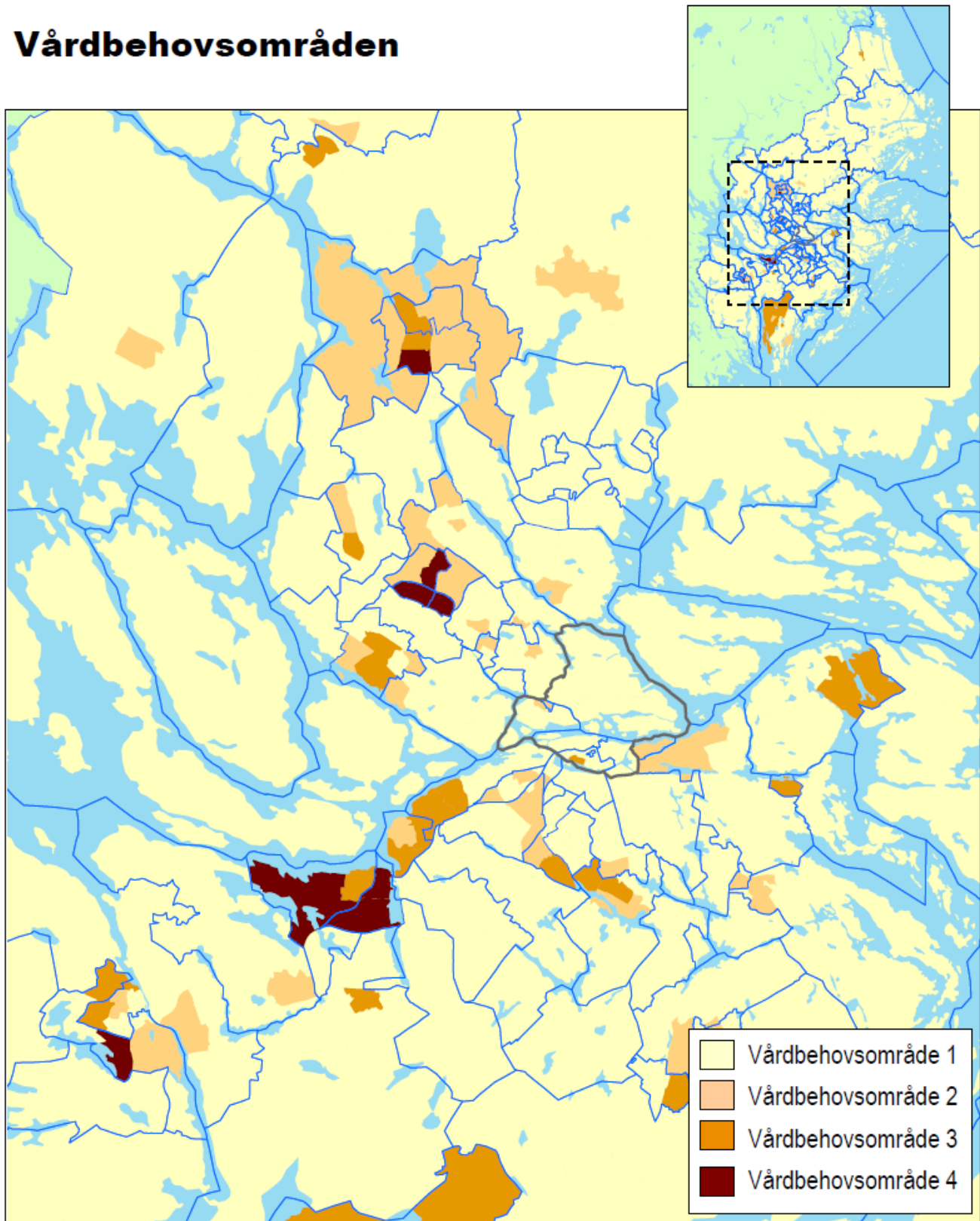
13-åringar i permanenta bettet

- Karierad tand (DT)
- Fylld tand (DF)

19-åringar i permanenta bettet

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

Vårdbehovsområden



Länsdel	Kariesskadade 3 år, %	Kariesskadade sidoytor 19 år, %
Hela länet	3,3	34,0

Sjukvårdsstyrelse Norr

Danderyd	1,5	21,3
Järfälla	4,4	34,0
Lidingö	3,3	25,5
Sigtuna	4,3	41,5
Sollentuna	3,4	32,8
Solna	2,1	32,8
Sundbyberg	4,0	38,3
Täby	1,5	29,2
Upplands-Bro	3,3	27,5
Upplands-Väsby	3,0	37,2
Vallentuna	2,2	28,4
Vaxholm	2,7	28,2
Österåker	1,2	31,9
Totalt	2,9	32,0

Sjukvårdsstyrelse City

Bromma	2,2	25,3
Ekerö	2,1	22,4
Enskede-Årsta-Vantör	2,9	38,0
Farsta	6,0	33,0
Hägersten-Liljeholmen	1,6	26,1
Hässelby-Vällingby	6,4	37,1
Kungsholmen	2,2	28,6
Norrmalm	2,6	27,2
Rinkeby-Kista	9,8	52,1
Skarpnäck	3,2	28,8
Skärholmen	9,2	49,2
Spånga-Tensta	5,9	39,6
Södermalm	2,0	28,7
Älvsjö	1,7	29,0
Östermalm	0,4	27,9
Totalt	3,6	33,1

Sjukvårdsstyrelse Söder

Botkyrka	4,9	44,8
Haninge	2,9	36,2
Huddinge	2,2	38,0
Nacka	2,6	28,9
Norrtälje	3,2	33,0
Nykvarn	3,1	27,8
Nynäshamn	1,6	40,8
Salem	1,6	32,9
Södertälje	4,7	43,2
Tyresö	5,1	32,4
Värmdö	1,6	30,2
Totalt	3,3	36,7

Tandhälsouppgifter för 3-, 7-, 13- och 19-åringar i Stockholms län år 2010

3- och 7-åringar

Tabell 1: Antal undersökta samt andel (%) kariesfria 3- och 7-åringar år 2010

	3-åringar			7-åringar		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
Antal undersökta	11 944	12 789	24 733	11 123	11 734	22 857
Kariesfria i %	96,7	96,7	96,7	76,8	76,5	76,6

13-åringar

Tabell 2: Antal undersökta 13-åringar, andel (%) kariesfria, medelvärde för skadade tänder samt medelvärde för Signifikant kariesindex (SiC) år 2010

	13-åringar		
	Flickor	Pojkar	Totalt
Antal undersökta	9 374	9 697	19 071
Kariesfria i %	57,6	60,0	58,8
Medelvärde skadade tänder	1,04	0,94	0,99
Medelvärde SiC	2,86	2,63	2,74

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 2010

	19-åringar		
	Flickor	Pojkar	Totalt
Antal undersökta	11 084	11 244	22 328
Kariesfria i %	30,5	31,8	31,2
Kariesfria sidoytor, %	66,4	65,6	66,0
Medelvärde skadade tänder	2,75	2,79	2,77
Medelvärde skadade sidoytor	1,01	1,08	1,05

Kariesfria per vårdbehovsområde

Tabell 4: Andel (%) kariesfria i åldrarna 3, 7, 13 och 19 år per vårdbehovsområde år 2010

	Vårdbehovsområde			
	1	2	3	4
3 år	98,0	95,8	91,8	90,8
7 år	82,3	69,6	58,6	43,7
13 år	63,3	54,8	45,6	36,2
19 år	34,2	27,3	22,3	17,0

SiC-index för 13-åringar per vårdbehovsområde

Tabell 5: Medelvärde för Signifikant kariesindex (SiC) hos 13-åringar per vårdbehovsområde år 2010

	Vårdbehovsområde			
	1	2	3	4
Medelvärde SiC	2,02	3,20	3,60	4,64