

Tandhälsorapport 2003

Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län
(3 bilagor)

Sammanfattning

Tandhälsan hos barn och ungdomar i Stockholms län har under en lång följd av år stadigt förbättrats och andelen kariesfria barn har ökat i alla åldersgrupper. Denna stadiga förbättring har dock de allra senaste åren tenderat att plana ut och för år 2003 finns en vikande tendens. Denna tendens kan även ses i riket.

Skillnaden mellan flickors och pojkars tandhälsa är inte stora. I de yngre åldrarna har flickor något bättre tandhälsa än pojkar, men förhållandet blir det motsatta i de högre åldrarna.

Tandhälsan hos 19-åringen kan tjäna som en värdemätare på hur väl barn- och ungdomstandvården lyckats, eftersom det är deras sista år inom den organiserade barn och ungdomstandvården. För 19-åringen har antalet skadade tänder minskat med drygt fem tänder mellan åren 1990 och 2003.

Allt fler rapporter, såväl Tandvårdsenhetens tidigare som andra, visar på olikheter i tandhälsan mellan områden med god respektive sämre socioekonomisk status. Föreliggande rapport bekräftar att tandhälsan för samtliga åldersgrupper i Stockholms län är sämre i socioekonomiskt svaga områden.

WHO rekommenderar ett nytt mått för tandhälsan, SiC-index, som fokuserar på den tredjedel barn och ungdomar med sämst tandhälsa. Tandhälsan bland dessa barn i Stockholms län avviker från riksgenomsnittet och tenderar att försämrans. Orsakerna återfinns sannolikt i storstadsproblematiken.

Aktiva insatser krävs för att bryta denna trend. Tydliga mål har satts upp för att minska skillnaderna i tandhälsan bland länets barn och ungdomar. Kollektiva förebyggande åtgärder kommer att sättas in med början år 2004.

Registrering av tandhälsouppgifter

Uppgifter om skolbarnens tandhälsa har registrerats i Sverige under flera decennier. Registreringen skedde länge i form av manuell, enkel ”pinnstatistik”. I takt med datoriseringen blev det möjligt att mer i detalj registrera barnens tandhälsa. Från och med slutet av 1980-talet har flera tandhälsomått, enligt Socialstyrelsens anvisningar, registrerats för olika åldersgrup-

2004-05-18

per. Fram till och med 1996 registrerades i Stockholms län tandhälsouppgifter för alla barn i åldrarna 3, 6, 12 och 19 år.

År 1997 ändrades registreringsåldrarna i Stockholms län till 3, 7, 13 och 19 år. Denna ändring gjordes för att registreringen skulle sammanfalla med de nya s.k. 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 som var födda den 20:e i månaden. Anledningen till detta var att tekniska, äldre datasystem ersattes av nya och rapporteringssystem förenklades. År 2000 blev det åter möjligt att registrera tandhälsouppgifter för samtliga barn i de aktuella åldersgrupperna.

Registrering av tandhälsouppgifter idag

Idag bygger registreringen av tandhälsouppgifter på 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, privatpraktiserande tandläkare och Odontologiska institutionen – lämnar årliga uppgifter till Beställarkontor Vård, Tandvårdsenheten. Av samtliga barn i åldrarna 3, 7, 13 och 19 år, enligt befolkningsregistret 87 217 barn år 2003, registrerades tandhälsouppgifter för cirka 89 procent.

För 3- och 7-åringar sker registrering i temporära (mjölktdands-)bettet. För 13- och 19-åringar sker registrering av permanenta bettet. Sedan början av 1990-talet har reglerna för registrering av kariesskador ändrats något. En ytlig kariesskada i tandemaljen, som kan läkas med profylaktiska insatser, registreras inte längre som kariesangrepp, enligt anvisningar från Socialstyrelsen.

I bilaga 1 beskrivs närmare vilka uppgifter som registreras i de olika åldrarna. I bilaga 1 redovisas även antalet barn i de olika åldersgrupperna samt andelen tandhälsoregistreringar.

Tandhälsans utveckling i Stockholms län

Enligt den tidiga statistiken försämrades tandhälsan hos skolbarn efter andra världskrigets slut, när sötsaker återigen blev tillgängliga för allt fler barn. Fram till början av 1970-talet utförde skoltandläkarna i Stockholm i genomsnitt fler än tre nya fyllningar per skolbarn och år. Statistiken visar även att utbyggnaden av den systematiskt förebyggande tandvården medförde en markant förbättring av barnens tandhälsa. Under 1980-talet utfördes genomsnittligt knappt en fyllning per skolbarn och år.

2004-05-18

Det faktum att ytliga kariesangrepp i tandemaljen inte längre registreras som karies, kan ha resulterat i att färre kariesangrepp rapporterats under de senaste åren jämfört med registrering enligt tidigare anvisningar.

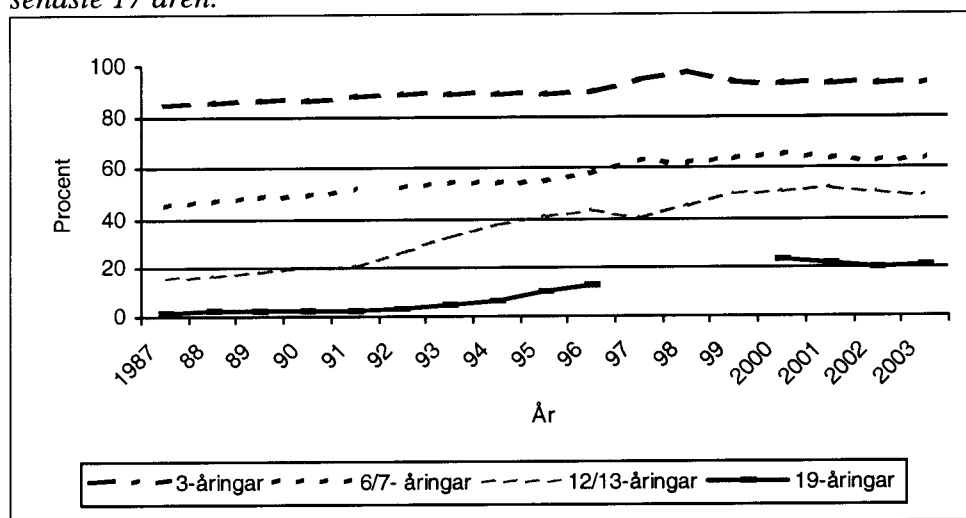
På följande sidor redovisas tandhälsoutvecklingen bland barn och ungdomar i Stockholms län. Måtten för registreringen har, som redovisats tidigare, skiftat genom åren. De registreringar som skedde mellan åren 1997 och 1999, urvalsregistreringen, är något mindre stabila än övriga mått. I en urvalsregistrering är resultatet alltid något osäkert eftersom slumpen kan medföra att ett urval inte helt korrekt representerar hela barnbefolkningen.

Kariesfrihet

Kariesfrihet innebär att barnet vid undersökningstillfället inte uppvisar karies, varken som ett nytt eller som ett tidigare behandlat angrepp (fyllning) eller saknar någon tand som sannolikt dragits ut på grund av karies.

Tandhälsoutvecklingen sett över tiden har varit positiv (figur 1). Andelen kariesfria barn under denna period 1996 – 2003 har ökat i alla åldersgrupper. För 3-åringarna är förbättringen drygt tre procentenheter. För 6/7-åringarna och 12/13-åringarna är förbättringen cirka fem procentenheter och för 19-åringarna cirka åtta procentenheter. Den lägre procentenheten för 3-åringar kan förklaras bl.a. med att ökningstakten avtar ju närmare total kariesfrihet man kommer.

Figur 1: Andel kariesfria barn och ungdomar i Stockholms län under de senaste 17 åren.



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

2004-05-18

I samtliga åldersgrupper totalt, utom för yngre flickor (tabell 1), finns en tendens att andelen kariesfria minskar. Förändringen är dock så liten att det inte går att dra någon säker slutsats att tandhälsan har försämrats. Små förändringar i registreringsrutinerna kan ge negativa utslag i tandhälsostatistiken. En minskning på ett par procentenheter kan vara en tillfällighet, men kräver uppmärksamhet.

Noterbart är dock att för 13-åringen, såväl pojkar som flickor, finns en tydligare tendens att andelen kariesfria minskar. Från 52 procent (2001) till 49 procent (2003).

Skillnaderna mellan flickors och pojkars tandhälsa är inte stora. I de yngre åldrarna har flickor något bättre tandstatus än pojkar, men förhållandet blir det motsatta i de högre åldrarna.

Tabell 1: Andel kariesfria i olika ålders- och könsgrupper under åren 2001-2003.

	2001			2002			2003		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
3-åringar	93,3	93,0	93,2	93,0	92,5	92,8	93,5	92,8	93,1
7-åringar	63,6	62,9	63,3	63,5	62,5	62,9	64,4	62,3	63,3
13-åringar	50,3	53,6	52,0	48,5	52,3	50,4	47,4	51,0	49,0
19-åringar	21,1	21,6	21,3	19,0	21,0	20,0	20,6	20,9	20,7

Jämförelse med övriga landet

Samtliga landsting rapporterar in tandhälsouppgifter till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen redovisar därefter tandhälsan hos barn som går privat respektive inom Folktandvården, var för sig. Tandvårdsenheten redovisar siffrorna tillsammans.

Jämförelsetal med landet i övrigt är 23 procent (2002) kariesfria 19-åringar som går inom Folktandvården. För Stockholms län är motsvarande siffra cirka 19 procent, d.v.s. cirka fyra procentenheter lägre än för riket.

Utvecklingen hos 19-åringarna är särskilt viktig att följa då de för sista året omfattas av den organiserade barn- och ungdomstandvården. De kan sägas visa hur väl den organiserade barn- och ungdomstandvården lyckats.

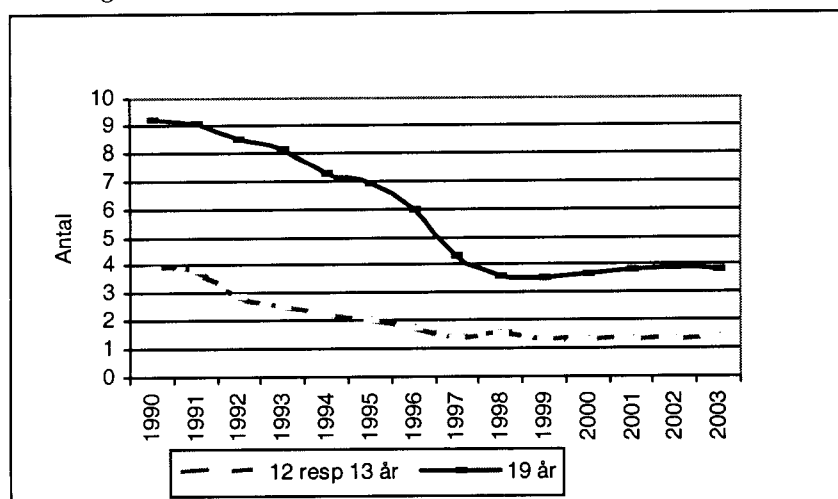
Antal skadade tänder

Tandhälsan kan också beskrivas med hjälp av antalet tänder som är karierade (har hål) eller som tidigare haft hål och fått fyllningar (fyllda tänder), tillsammans "skadade tänder".

2004-05-18

Det genomsnittliga antalet skadade tänder per barn har sedan början av 1990-talet minskat, framförallt bland 19-åringarna (se figur 2). Under de senaste åren tenderar dock andelen barn med skadade tänder att öka något.

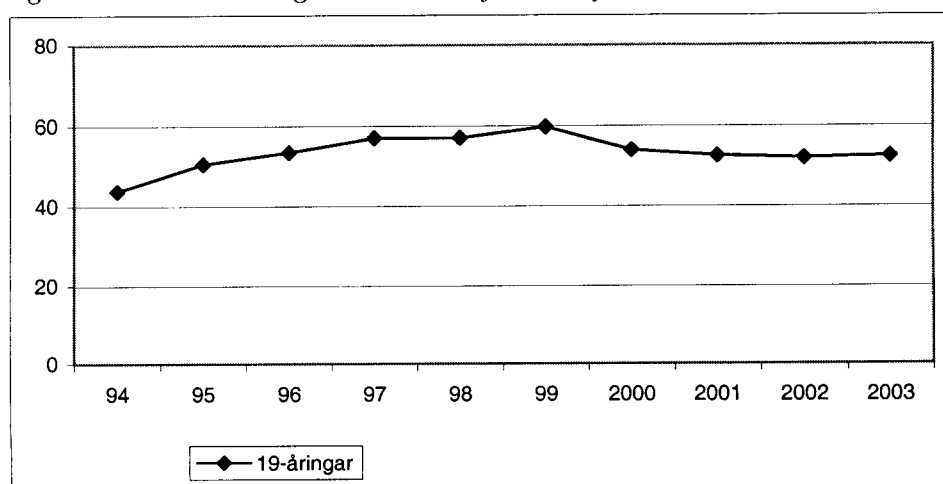
Figur 2: Genomsnittligt antal skadade tänder för 12/13-åringar och 19-åringar.



Kariesskador på sidoytor är av särskilt intresse då dessa i större utsträckning riskerar att ge upphov till framtida vårdbehov. Kariesskador på sidoytor behandlas oftast med "hörnfyllningar", dessa fyllningar går lättare sönder jämfört med fyllningar på tuggytor. Det uppstår också lätt nya kariesangrepp vid fyllningskanten eftersom det är svårt att hålla rent mellan två tänder.

Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor har sedan 1994 ökat med 10 procentenheter, men efter 1999 tenderar andelen att minska (figur 3). Siffran tycks dock stabiliserad på för närvarande 52,5 procent. Motsvarande siffra för riket år 2002 var 59 procent (endast Folktandvårdsbarn enl. nationell redovisning).

Figur 3: Andel 19-åringar med kariesfria sidoytor

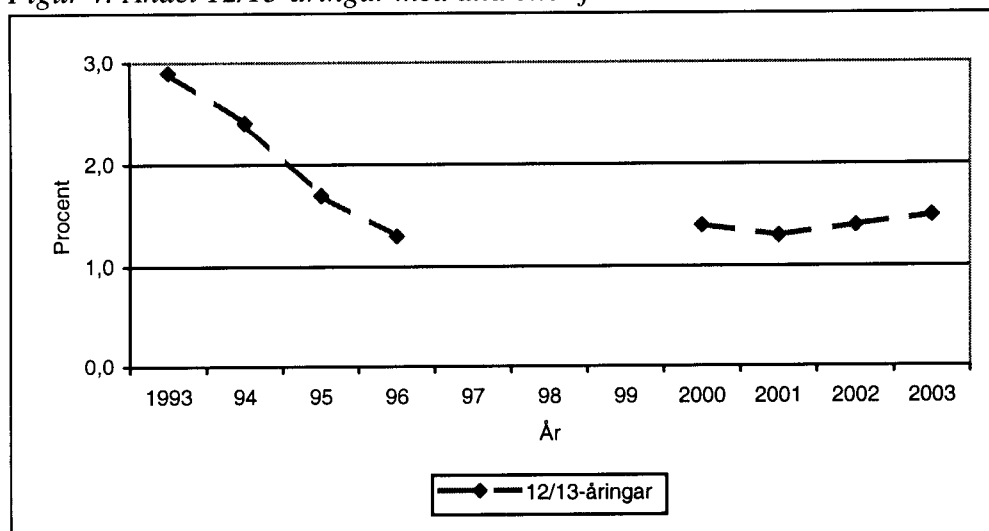


2004-05-18

Tandhälsoutvecklingen hos barn med sämst tandhälsa

Förutom att följa genomsnittsvärden hos alla barn och ungdomar, bör man följa utvecklingen hos dem som har sämst tandhälsa. I början av 1990-talet var trenden positiv, andelen barn och ungdomar med åtta eller fler skadade tänder minskade, denna minskning förefaller ha avstannat något (figur 4).

Figur 4: Andel 12/13-åringar med åtta eller fler skadade tänder



Uppgifter saknas mellan 1996-1999. Den urvalsstatistiken som då samlades tillät inte detaljerade analyser av mindre grupper av barn och ungdomar.

När det gäller tandhälsan hos 19-åringarna är det svårt att göra en entydig utvärdering. Det finns tecken som tyder på att ungdomar med ett mycket stort antal kariesskador ökat (tabell 2). I Stockholms län hade 3,8 procent av 19-åringar tio eller fler skadade sidoytor år 2003. I övriga landsting var andelen cirka 2,3 procent år 2002. Ökningen kräver uppmärksamhet.

Andelen 19-åriga pojkar som har många kariesangrepp är något högre än andelen flickor. För 13-åringarna är förhållandet flickor/pojkar det omvända, andelen 13-åriga flickor med många skadade tänder är något högre än andelen pojkar.

Tabell 2: Andel 13-åringar med åtta eller fler skadade tänder samt andel 19-åringar med tio eller fler skadade sidoytor.

	2001			2002			2003		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt
13-åringar	1,5	1,0	1,3	1,6	1,2	1,4	1,8	1,2	1,5
19-åringar	3,4	3,7	3,6	3,5	4,5	3,9	3,5	4,1	3,8

Significant Caries Index (SiC-index)

För att uppmärksamma de barn och ungdomar som har sämst tandhälsa, rekommenderar WHO ett nytt mått, Significant Caries Index (SiC-index).

2004-05-18

SiC-index avser medelvärdet av skadade tänder för den tredjedel barn och ungdomar som har flest skadade tänder. WHO föreslår att målet för SiC-index för 12-åringar år 2015 ska vara färre än tre skadade tänder.

Utvecklingen av SiC-index under åren 2000 till 2003 för 13-åringar i Stockholms län är högre än WHO's mål (tabell 3). Medelvärdet för samtliga barn i åldersgruppen är knappt 1,4 skadade tänder, medan det för den sämsta tredjedelen uppgår till drygt tre skadade tänder.

För hela riket var medelvärdet år 2002 totalt för 12-åringen 1,07 skadade tänder. SiC-index låg på 2,76. Sverige som helhet har således redan uppnått WHO's mål för år 2015.

Bland 13-åringarna har flickor fler skadade tänder än pojkar både i den sämsta tredjedelen och totalt (tabell 4).

Tabell 3: 13-åringar i Stockholms län

	2000	2001	2002	2003
Medelvärde totalt (alla 13-åringar)	1,33	1,28	1,32	1,38
SiC-index	3,50	3,39	3,48	3,58

Tabell 4: 13-åringar fördelat på kön

	2003	
	Flickor	Pojkar
Medelvärde totalt	1,46	1,29
SiC-index	3,74	3,40

Det är uppenbart att Stockholms län avviker från riksgenomsnittet vad avser tandhälsan för 12/13-åringar såväl genomsnittligt som för den tredjedel som uppvisar den sämsta tandhälsan. Orsakerna till dessa skillnader finns med sannolikhet att finna i "storstadsproblematiken" med bestämningsfaktorer vars konsekvenser även slår igenom i tandohälsa. Andra storstadsregioner uppvisar motsvarande situation.

Geografiska olikheter i tandhälsan

De tandhälsouppgifter som alla landsting årligen skickar in till Socialstyrelsen avser hela landstingsområden. Numera kommenterar dock vissa landsting även skillnaderna i tandhälsan mellan olika socioekonomiska områden. I landsting med storstadsproblematik, t.ex. Stockholm, Göteborg och Malmö, har barnen sämre tandhälsa än landet i övrigt.

Att storstadsproblematiken återspeglas i tandhälsostatistiken är väntat. Det beror på ett samband mellan tandhälsan och socioekonomiska förhållanden. Denna koppling är inte enbart ett orsakssamband mellan en individs inkomst och tandhälsa, utan ett mer komplicerat samspel mellan hela livssituationen,

2004-05-18

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 (3-, 7-, 13- och 19 år), men mest uttalad är den i de lägre åldrarna¹. Andra viktiga faktorer i de lägre åldrarna är mikrobiologiska faktorer och kostvanor. Bland 3-åringar i området med lägre social status är det framförallt skillnad när det gäller tandborstningen, medan det bland 7-åringar är kostvanorna som utgör den största skillnaden. Bland äldre barn, 13- och 19-åringarna, äter man "lika dåligt" oavsett social status medan tandborstningsvanorna skiljer sig åt bland de med lägre social status. Vid 19-år finns också andra faktorer som kan förklara skillnaderna i tandhälsan, t.ex. självkänsla, uppfattning om orsaker till karies och social anpassning.

Mycket forskning har gjorts kring samband mellan social bakgrund och tandhälsa. De för tandhälsan ogynnsamma levnadsvanorna skadar tänderna genom att skapa obalans i den biologiska miljön i munnen². Det är ett komplicerat samspel mellan styrkan i det biologiska försvarssystemet och angreppsfaktorer. Det finns inget test som med säkerhet kan visa hur en enskild individs tandhälsa utvecklas. Däremot är sambanden starka på gruppnivå medan det på individnivå inom gruppen finns många undantag. Ett barn med en bakgrund som generellt sett borde medföra dålig tandhälsa kan ha utomordentligt god tandhälsa.

De tandhälsouppgifter som vårdgivarna i Stockholms län rapporterar till Tandvårdsenheten visar att tandhälsolivån varierar efter områdenas socioekonomiska nivå. Barn i socioekonomiskt svagare områden har sämre tandhälsa än andra. Storstadsproblematiken är, som nämnts, tydlig i Stockholms län.

Den geografiska fördelningen av tandhälsan

Utifrån den kunskap som finns om hur tandhälsan varierar även mellan små närliggande områden bör den geografiska indelningen göras på en nivå som säkerställer att dessa skillnader framgår.

Länet kan delas in på ett flertal olika sätt, kommuner och stadsdelar, basområden³, olika typer av upptagningsområden etc. Basområdesindelningen lämpar sig, av integritets- och sekretesskäl, inte för analyser av sociala data eftersom indelningen i många fall är allt för fin, medan en indelning i kommuner/stadsdelar är en allt för grov indelning där skillnader i tandhälsa suddas ut.

Tandvårdsenheten har därför valt att slå samman cirka 1 200 basområden till 266 s.k. vårdbehovsområden. Ambitionen är att varje vårdbehovsområde

¹ Källa

² Källa

2004-05-18

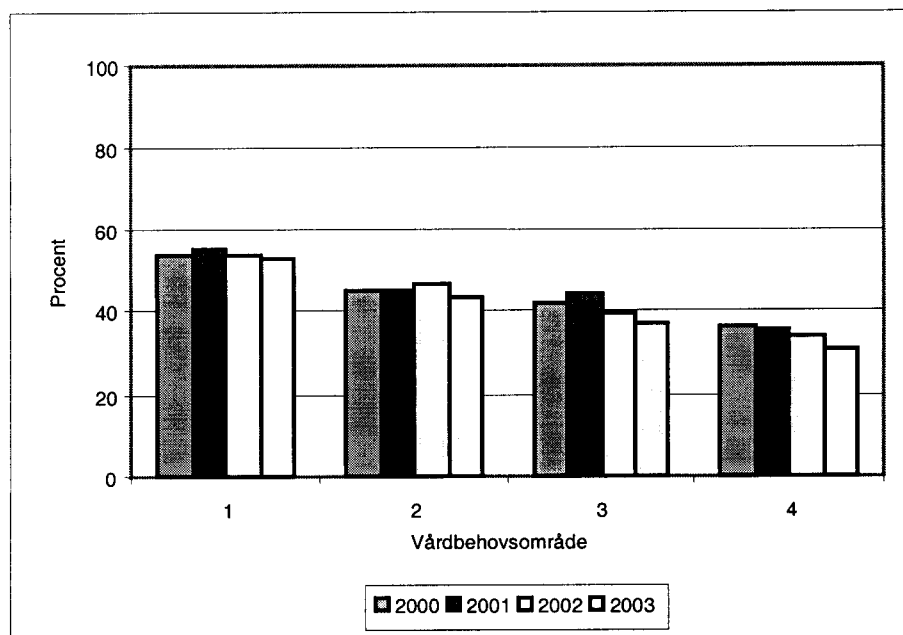
skall vara så homogent som möjligt utifrån ett socioekonomiskt perspektiv och att fysiska barriärer, såsom genomfartsvägar och skogsområden, inom området skall undvikas. Vårdbehovsområdena är indelade i fyra grupper där vårdbehovsområde 1 utgör områden med den bästa tandhälsan och vårdbehovsområde 4 den sämsta tandhälsan. Var i länet dessa olika områden fördelar sig framgår av bilaga 2.

Av tandhälsostatistiken framgår att en större andel av barnen i vårdbehovsområde 3 och 4 har karies samtidigt som de generellt sett även har fler karierade tänder som behöver lagas.

För 3- och 7-åringar framgår det tydligt att tandhälsan varierar mellan olika områden i länet (bilaga 3). Andelen kariesfria 3-åringar ligger på en hög och stabil nivå i vårdbehovsområde 1 för att successivt sjunka. Det skiljer cirka 12 procentenheter (13 procent) mellan de områden som har bäst tandhälsa och de områden där tandhälsan är sämst. Motsvarande siffra för 7-åringarna är 40 procentenheter (58 procent). 7-åringarna ligger på en stabil nivå i vårdbehovsområde 1 och 2 samtidigt som en minskning av andelen kariesfria i behovsområde 3 och 4 kan skönjas. Det föreligger således en tendens till att skillnaderna ökar.

Även för 13-åringar märks skillnaden i kariesfrihet mellan de olika vårdbehovsområdena (figur 5). För 13-åringarna skiljer det 22 procentenheter (42 procent) mellan de områden som har bäst tandhälsa och de områden där tandhälsan är sämst. Tendensen är att andelen kariesfria minskar i samtliga vårdbehovsområden.

Figur 5: Förändringen av andel kariesfria 13-åringar år 2000 till 2003.



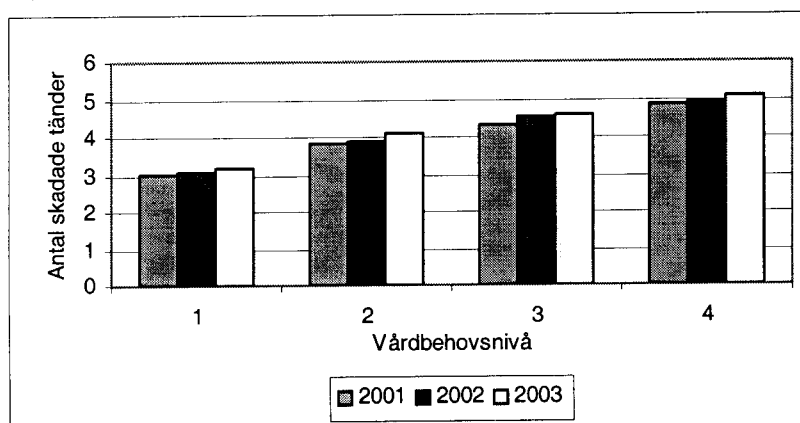
2004-05-18

För 19-åringar skiljer det elva procentenheter (48 procent) mellan de områden som har bäst tandhälsa och de områden där tandhälsan är sämst (bilaga 3). I vårdbehovsområde 4 har andelen kariesfria 19-åringar minskat med nästan fyra procentenheter mellan 2002 och 2003, andelen kariesfria i vårdbehovsområde 1 har ökat med drygt en procentenhet.

Tandhälsan för den tredjedel med sämst tandhälsa

Som tidigare nämns har inte bara fler barn och ungdomar kariesade tänder i behovsområden 3 och 4, de har även fler skadade tänder. Detta framgår av tandhälsan för den tredjedel i varje vårdbehovsområde som har den sämsta tandhälsan. Medelvärdet för antalet skadade tänder för alla barn i 13-årsåldern är 1,38 medan motsvarande tal för den sämsta tredjedelen i behovsområde 4 är 5,1 skadade tänder. I figur 6 visas SiC-index per vårdbehovsområde för 13-åringen år 2001-2003.

Figur 6: SiC-index för 13-åringar per vårdbehovsområde.



Antalet skadade tänder ökar inom samtliga vårdbehovsområden för den tredjedel av barnen med den sämsta tandhälsan.

Det finns idag inget som tyder på att den ökade polariseringen av tandhälsa i länet kan brytas enbart med nuvarande inriktning på de förebyggande insatserna, ytterligare aktiva insatser krävs.

Mål för tandvården i Stockholms län

Tandvårdsenheten har fastställt mål som syftar till att förbättra barnens tandhälsa inom framförallt vårdbehovsområde 3 och 4, utöver den förbättring man vill nå för landstinget i stort. Följande mål har fastställts av Tandvårdsenheten,

Inriktningsmål:

- Kariesfria 3-åringar.

2004-05-18

- Antalet kariesade och fyllda sidoytor hos 19-åringar skall minska.
- Tandhälsan skall förbättras särskilt inom i den tredjedel av barnen som har den sämsta tandhälsan.

Effektmål:

- Andelen kariesfria 3-åringar i vårdbehovsområde 3 och 4 ska öka med en respektive två procentenheter per år.
- Andelen kariesfria 3-åringar i övriga vårdområden ska inte minska.
- Andelen 19-åringar med kariesade sidoytor ska minska med en procentenheter per år.
- SiC Index år 2010 ska vara 3,0.

Åtgärder

Etta antal åtgärder är vidtagna, bland annat pågår sedan år 2002 en förebyggande försöksverksamhet riktad till 2-åringar inom företrädesvis vårdbehovsområde 4. En förbättrad tandhälsa bland 3-åringar har kunnat noteras hos dem som hör sammat kallelsen.

Tandvårdsenheten avser att under våren år 2004 teckna avtal om förbättrat basprogram för individuella hälsofrämjande åtgärder riktade till länets samtliga barn och ungdomar i riskåldrar samt förstärkt basprogram för kollektiva hälsofrämjande åtgärder i motsvarande riskåldrar riktade till vårdbehovsområde 3 och 4.

Exempelvis omfattar nämnt förstärkt basprogram tandvårdsbesök på BVC för samtliga barn 12-månader gamla, för två-åringar med information och instruktion om tandhygien, regelbunden fluorsköljning i 6-årsverksamhet, för sjätteklassare och fluorlackning för 7-åringar och 13-åringar samt viss fissurförsegling.

Verksamheten avses således starta successivt och år 2004 omfatta två kommuner och då cirka 16 000 barn och ungdomar, eller cirka 25 procent av barnen i det fullt utbyggda verksamheten.

BILAGA 1

Antalet barn enligt befolkningsregistret och andelen tandhälsoregistreringar

Ålder	Antal barn	Antal registreringar	Andel registreringar
3	21 495	18 527	86 %
7	21 165	19 307	91 %
13	25 070	23 079	92 %
19	19 487	16 519	85 %
Totalt	87 217	77 432	89 %

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)

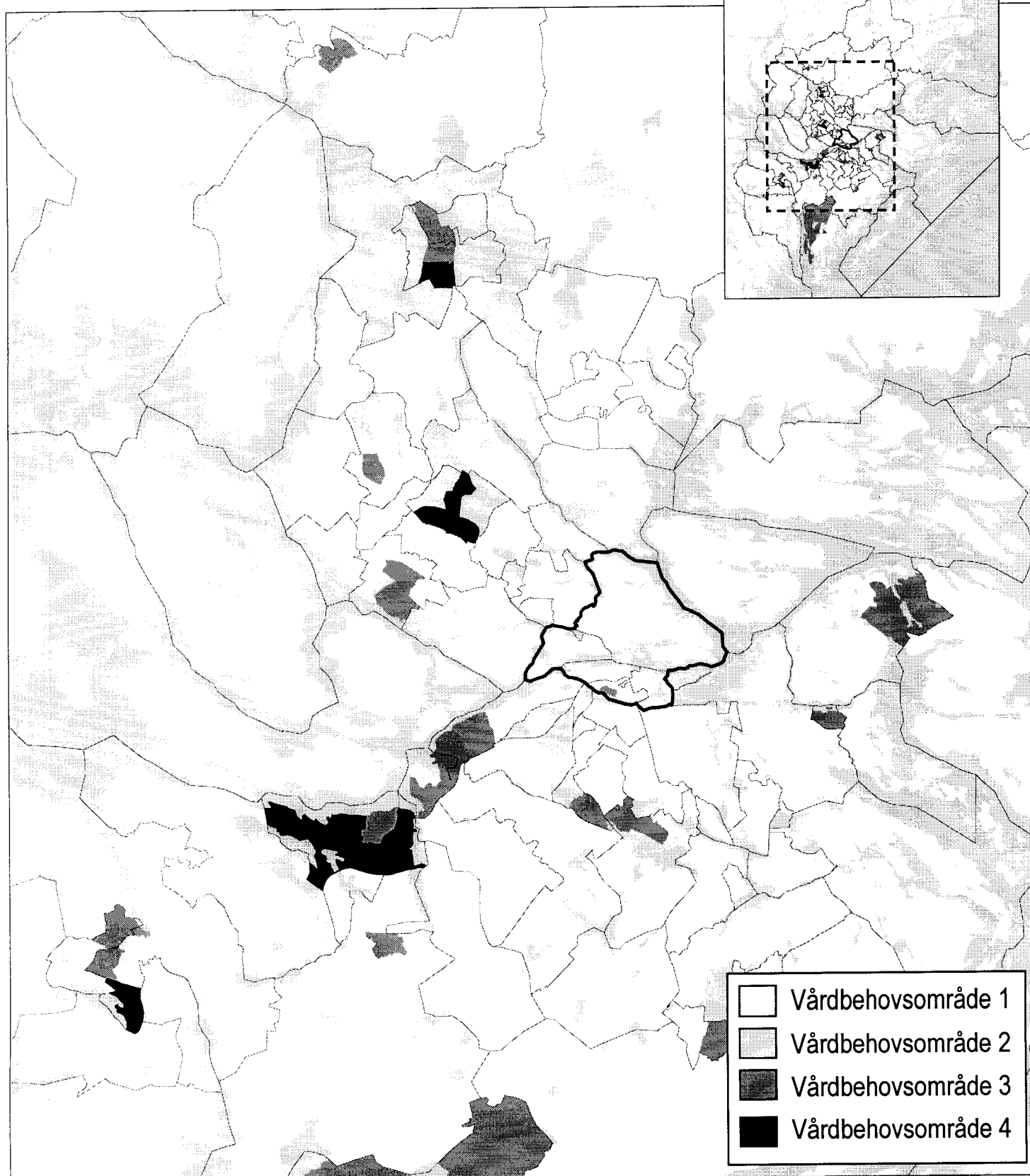
13-åringar

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

19-åringar

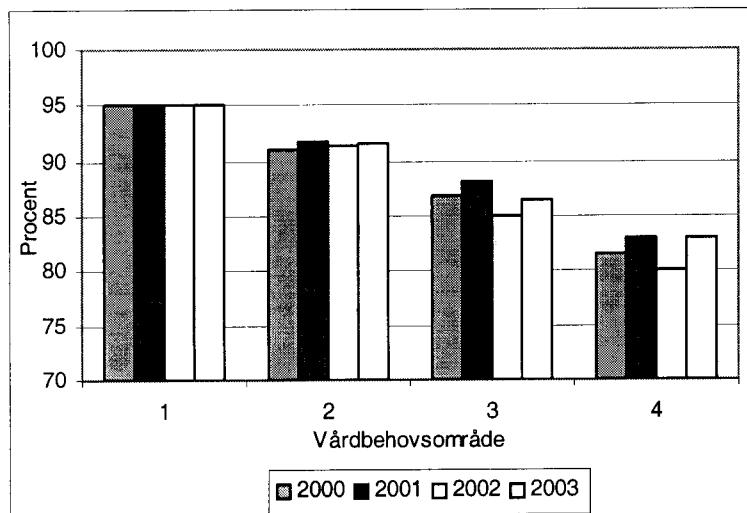
- Karierad tand i permanenta bettet (DT)
- Fylld tand i permanenta bettet (DF)
- Karierad sidoyta samt (Dsa)
- Fylld sidoyta (Fsa)

Vårdbehovsområden

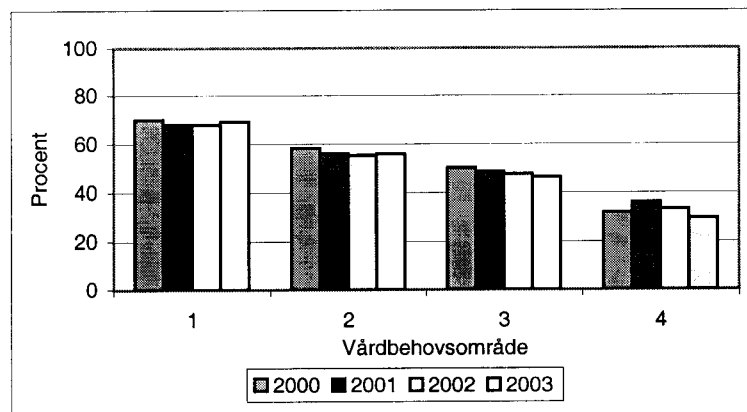


Den geografiska fördelningen av tandhälsan

Figur 1: Förändringen av andel kariesfria 3-åringar år 2000-2003.



Figur 2: Förändringen av andel kariesfria 7-åringar år 2000-2003.



Figur 3: Förändringen av andel kariesfria 19-åringar år 2000-2003.

