

Tandhälsa

Sammanfattning

Tandhälsan bland barn är god och den fortsätter att förbättras. I dag är majoriteten av alla barn kariesfria, det vill säga de har aldrig haft några hål i sina tänder. Mellan åren 1985 och 2005 tredubblades andelen kariesfria 12-åringar från drygt 20 procent till knappt 60 procent. Bland de barn som har den sämsta tandhälsan har läget dock snarare försämrats under den senaste tioårsperioden.

Bland vuxna har framförallt de äldstas tandhälsa förbättrats påtagligt under senare år. Allt fler har egna tänder som kompletterats med kronor, broar och implantat. Tuggförmågan har blivit allt bättre. När allt fler äldre har egna tänder ökar behovet av munvård för att tandhälsan ska kunna bevaras livet ut.

Bland äldre som har flera olika sjukdomar och bor kvar hemma finns ett tandvårdsbehov som inte är tillräckligt tillgodosett. Många ungdomar som lämnat den avgiftsfria barntandvården söker inte tandvård i förebyggande syfte utan först när de har besvär. Andra som riskerar att få eller redan har sämre tandhälsa är socioekonomiskt svaga grupper, till exempel ensamstående föräldrar, långvarigt arbetslösa och förtidspensionärer. Många hemlösa och psykiskt sjuka har också mycket dålig tandhälsa och nås inte av den uppsökande tandvården.

Fortsatt god tandhälsa bland flertalet unga

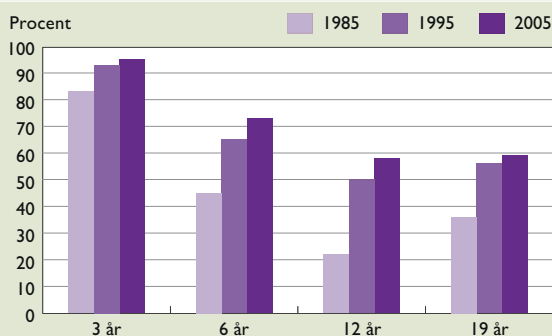
Andelen kariesfria barn har ökat kraftigt mellan åren 1985 och 2005 (figur 1). Ökningen var störst i början av perioden och har sedan successivt avtagit allt eftersom fler blivit kariesfria. År 2005 hade majoriteten av alla barn aldrig haft ett hål. Över 90 procent av 3-åringarna var kariesfria, över 70 procent av 6-åringarna och nästan 60 procent av 12- och 19-åringarna¹. Bland 12-åringarna tredubblades andelen kariesfria under perioden 1985 till 2005.

¹ Kariesförekomst mäts på ett annat sätt för ungdomar än för barn. Därför är siffrorna inte direkt jämförbara. Bland ungdomar inkluderar man även karies på tandytor mellan tänderna som endast upptäckts med röntgen.

Fluortandkrämen anses vara den främsta orsaken till att utbredningen av karies minskat kraftigt sedan slutet av 1960-talet. Fluor både förebygger uppkomsten av karies och leder till att små, initiala kariesangrepp hejdas. Tack vare fluoranvändande och bättre kunskap om kost och munhygien behöver man inte längre ”för säkerhets skull” laga tänderna med fyllningar vid mindre kariesangrepp. Tidigare gjordes fyllningar för att förhindra att små kariesangrepp blev mer omfattande. De som var barn innan fluortandkrämen fanns fick därför många fyllningar under sin skoltid och kallas därför ibland för amalgamgenerationen.

Figur 1. Kariesfria barn

Andel (procent) barn som är fria från karies vid 3, 6, 12 respektive 19 års ålder, år 1985, 1995 och 2005.



Källa: Socialstyrelsen [1]

Ett annat mått på förekomsten av karies är antalet kariesskadade tänder, så kallat DFT, där också lagade tänder räknas med. I genomsnitt hade 12-åringarna 1 skadad tand år 2005 jämfört med 3 skadade tänder år 1985. Bland 19-åringar sjönk DFT från 8 till 3 under samma period. Det är ingen större skillnad mellan flickors och pojkars tandhälsa, varken beträffande antalet kariesfria barn eller det genomsnittliga antalet kariesskadade tänder.

Fakta om karies

Munnen innehåller en rad olika bakterier. De flesta fyller en viktig funktion men vissa kan ställa till skada. Kariesframkallande bakterier är framför allt streptokocker och laktobaciller. När vi äter kolhydrater producerar de skadliga munbakterierna syra som fräter på emaljen. Födointag startar således en syraattack som pågår i ungefär en halvtimme efter att man ätit. Därför bör man undvika småätandet och begränsa intaget till fem-sex gånger om dagen. Om det vi äter innehåller mycket socker blir syraattacken intensivare. Alla sockerfria produkter är inte ofarliga för tänderna. Drycker som sötats med sötningsmedel är ofta lika skadliga för emaljen som drycker som sötats med socker.

Om syran löser upp emaljen bildas ett hål, karies, och syran fräter sig in i det mjukare dentinet. Om hålet inte behandlas kan bakterierna tränga ända in i den innersta delen, pulpan, som då inflammeras, vilket i värsta fall leder till att även käkbenet inflammeras. Eftersom emaljen är mjukare hos unga personer är risken för att få karies som störst före tjugooårsåldern. Med stigande ålder minskar sedan salivproduktionen vilket gör att risken att få karies också är högre bland de äldsta.

Tandens naturliga försvar är den skyddande emaljen och den rengörande och reparerande saliven. Ju mer saliv man har i munnen desto bättre. Kalcium och fosfat är viktiga ämnen i saliven som hjälper till att reparera tidigare skador. Bikarbonat, som också finns i saliven, bidrar till att minska syrahalten i bakteriebeläggningen på tänderna. Dessutom innehåller saliven antimikrobiella ämnen som försvarar tänderna mot munhålets bakterier.

DFT – D=Decayed står för kariesskadad tand som har angrepp som når in i dentinet, F=Filled för tand med fyllning och T=Teeth för tand.

Implantat – skruvar som opereras in i käkbenet och som konstgjorda tänder kan förankras vid.

Karies – hål i tänderna.

Krona – tandkrona, den synliga emaljklädda delen av tanden. En konstgjord tandkrona är vanligen tillverkad av porslin eller porslinsöverdragen metall.

SiC – signifikant kariesindex som anger medelvärdet av antalet kariesskadade tänder (DFT) hos den tredjedel av befolkningen som har flest kariesskador.

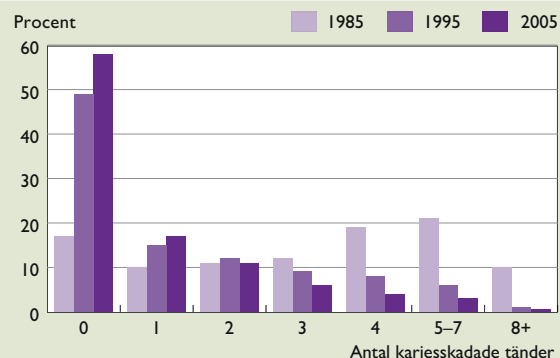
Barn med sämst tandhälsa har mer karies än tidigare

Det är mycket ovanligt att barn och ungdomar har ett stort antal kariesskadade tänder. Andelen som har minst 8 skadade tänder har sjunkit från 10 till 0,6 procent under perioden 1985 till 2005 (figur 2). För att följa utvecklingen hos den grupp som har sämst tandhälsa har ett särskilt mått skapats, signifikant kariesindex (SiC). Det anger medelvärdet av antalet kariesskadade tänder (DFT) hos den tredjedel som har flest kariesskador. Sedan år 1997 har SiC ökat något bland 12-åringar. Det betyder att den tredjedel som hade den sämsta tandhälsan har fått ytterligare försämrade tandhälsa. Tandvården har således inte lyckats minska kariesskadorna hos de barn som har mest karies. [2]

Barn från socioekonomiskt svaga grupper har rapporterats ha sämre tandhälsa än andra barn [2] och det är särskilt påtagligt bland barn med utländskt ursprung [3]. Tandhälsorapport 2006 från Stockholms läns landsting visar också att tandhälsan i samtliga åldersgrupper är sämre i socioekonomiskt svaga områden [4]. Tandhälsan hos barn i storstadsområden är också sämre än i landet i övrigt.

Figur 2. Kariesskadade tänder bland 12-åringar

Andel (procent) 12-åringar fördelade efter antalet kariesskadade tänder (DFT*) åren 1985, 1995 och 2005.



*DFT – kariesskadad tand som har angrepp som når in i dentinet
Källa: Socialstyrelsen [1]

De barn och ungdomar som inte kommer till tandvården för undersökning utgör ett särskilt problem. En studie från Stockholms läns landsting visar att problemet är större i områden där man bedömer att tandvårdsbehovet är stort [5]. Bland samtliga barn och ungdomar var det 8 procent som inte kom till undersökning under år 2006. Den högsta andelen fanns bland 19-åringarna, 11 procent, och det var fler pojkar än flickor som inte undersöktes. I en intervjuundersökning som genomfördes bland 19-åringar i Stockholms län år 2005 svarade en stor andel att man ”inte kommer att gå till tandläkaren förrän man har ont eller känner av andra besvär”. Det finns därför en uppenbar risk att initiala kariesskador utvecklas till att bli så omfattande att de ger symtom. Det leder i sin tur till en mer omfattande och kostsam behandling.

Tandvård bland vuxna

Regelbunden tandvård avtar för yngre och ökar för äldre

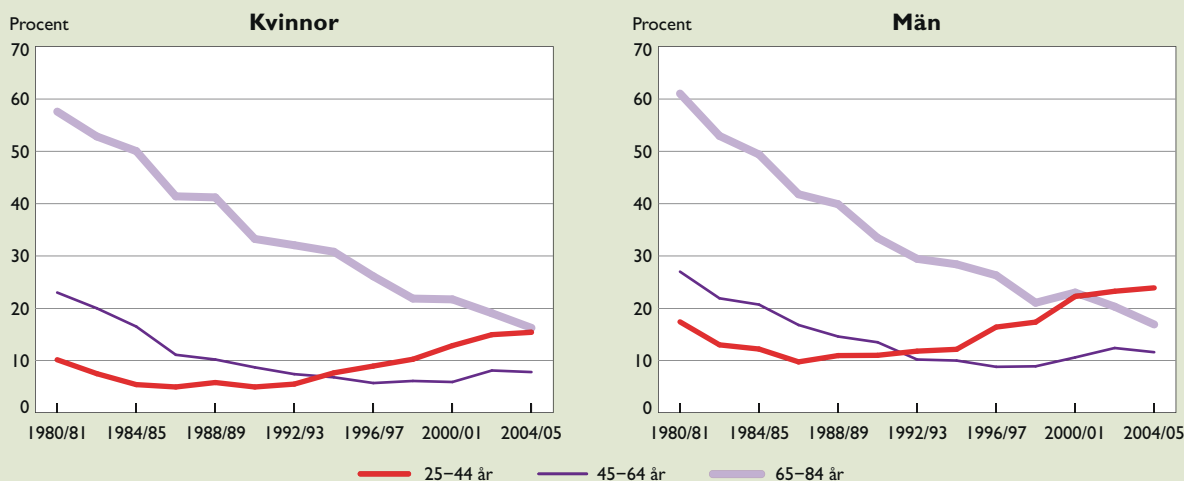
Kvinnor går oftare till tandläkaren än män. Bland yngre kvinnor och män (25–44 år) har sedan början av 1990-talet allt fler *inte* besökt tandläkare de senaste två åren medan utvecklingen varit den motsatta för de äldre (figur 3). En möjlig förklaring till att tandläkarbesöken bland yngre har minskat under de senaste tio åren kan vara att egenavgifterna i den allmänna tandvårdsförsäkringen successivt har ökat. Eventuellt kan det också bero på att tandhälsan förbättrats och att befolkningen därför inte har samma behov av tandvård.

Att tandläkarbesöken ökat bland äldre beror framför allt på att fler äldre har kvar sina egna tänder. År 1974 infördes tandvårdsförsäkringen som subventionerade alla typer av åtgärder, även dyra-

re och mer omfattande behandlingar, vilket gjort att dagens äldre har bättre tandstatus än tidigare generationer. Istället för att som tidigare ersätta förlorade tänder med avtagbara proteser kunde patienterna välja kronor, broar och under senare år även implantat. Tandvårdsförsäkringen som infördes 2002, ”Bättre tandvårdsstöd för äldre”, innebar att fasta tandproteser subventionerades för personer över 65 år genom ett särskilt högkostnadsskydd [6]. Försäkringskassan uppskattar att sedan dess har cirka 150 000 personer, 65 år och äldre, fått implantat av varierande omfattning [7]. År 2008 infördes ett nytt statligt tandvårdsstöd. Det består till ena delen av ett tandvårdsbidrag på 150 kronor per år för personer mellan 30 och 74 år, och på 300 kronor för personer mellan 19 och 30 år samt personer äldre än 74 år. Den andra delen av det nya tandvårdsstödet innebär att ersättning ges för 85 procent av kostnaderna över

Figur 3. Inga tandläkarbesök

Andel (procent) som inte har varit hos tandläkaren under de senaste två åren. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 25 till 84 år, perioden 1980–2005.



15 000 kronor och hälften av kostnaderna över 3 000 kronor upp till 15 000 kronor.

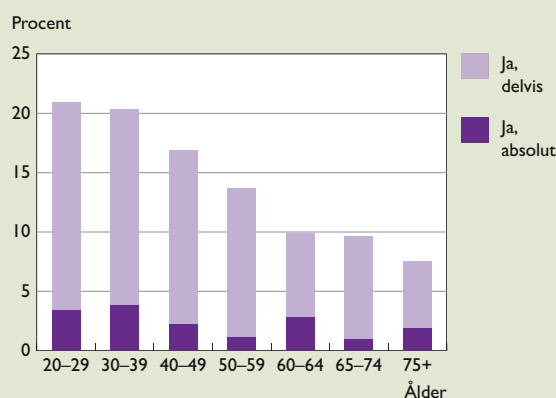
Alla anser sig inte ha råd med tandvård trots upplevt behov

I ULF-undersökningen år 2004/05 uppgav 14 procent i åldrarna 16–84 år att de under det senaste året varit i behov av tandvård, men inte sökt sådan vård. Särskilt gällde detta åldersgruppen 25–34 år där 20 procent inte hade sökt vård. Lägst andel, 7 procent, som inte sökt vård trots upplevda behov fanns i åldersgruppen 65–74 år. Den vanligaste orsaken till att inte söka vård är att man inte anser sig ha råd med det, särskilt i åldersgruppen 25–44 år. Andra grupper som i jämförelsevis hög omfattning avstår från tandvård trots att de upplever ett behov är ensamstående med barn, utlandsfödda, arbetare och personer med låg disponibel inkomst. Vanligen är det fler kvinnor än män som avstår från tandvård, utom i grupperna utlandsfödda och personer med låg inkomst, där det är fler män än kvinnor. Även den nationella folkhälsoenkäten visar att ekonomiskt utsatta personer går till tandläkaren mer sällan och har sämre tandhälsa än övriga grupper [8].

Det är inte ovanligt att tandvårdsrädsla hindrar personer från att söka tandvård. I en undersökning som genomfördes av Försäkringskassan och Socialstyrelsen år 2005 uppgav var tionde person att tandvårdsrädsla begränsade deras vårdutnyttjande, och kvinnor uppgav detta i högre grad än män [9]. Tandvårdsrädsla är vanligare bland yngre än bland äldre. Var femte person mellan 20 och 39 år uppgav att rädsla åtminstone delvis hindrade dem från att söka vård (figur 4).

Figur 4. Tandvårdsrädsla

Andel (procent) som anser tandläkarbesök så obehagliga att det absolut eller delvis hindrar dem från att söka vård. Personer 20 år eller äldre i olika åldersklasser, år 2005.



Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen [9]

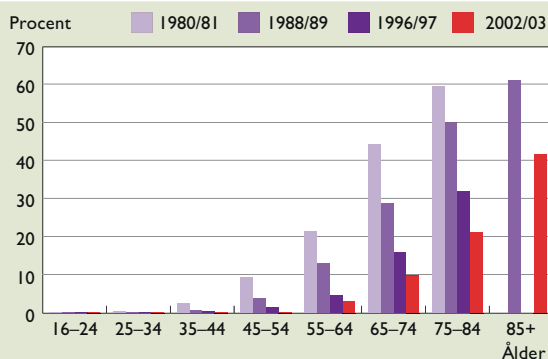
Missnöjet med de egna tänderna är också mest utbrett i åldrarna 20–39 år, där var fjärde person inte är nöjd med sina tänder, enligt ULF-undersökningen 2004/05. Undersökningen visar att tillfredsställelsen med tänderna ökar med åldern, trots att den självskattade tandhälsan var något sämre i åldrarna 45 år och däröver. De yngre pensionärsgруппerna, som i dag har god tandhälsa, vill inte bara ha en god tuggförmåga utan har också mera estetiska krav på sina tänder än tidigare generationers äldre. Också i övriga Europa tycks förväntningarna på god tandhälsa ha ökat. I en studie från år 2007 bland äldre i Europa var exempelvis yngre födelsekohorter mindre nöjda med den egna tuggförmågan än vad äldre födelsekohorter var, oavsett egen tandhälsa [10].

Större tandvårdsbehov till följd av bättre tandhälsa bland äldre

Tuggförmågan har blivit allt bättre bland de äldre. Figur 5 visar att det sker en fortsatt kraftig minskning av andelen tandlösa. I åldersgruppen 75–84 år uppgår omkring 20 procent att de har nedsatt tuggförmåga. Det finns ingen större skillnad mellan män och kvinnor när det gäller tuggförmåga eller tandlöshet.

Figur 5. Tandlösa

Andel (procent) tandlösa i olika åldersgrupper 16 år och äldre, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2002/03.



Personer 85 år och äldre ingick inte i ULF-undersökningarna 1980/81 och 1996/97

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Sverige har den högsta andelen utförda implantatbehandlingar i världen enligt en beräkning år 1998. Implantat är svårare att hålla rena jämfört med egna tänder, och får man inte bort bakterierna ökar risken för inflammation runt implantatskruven (periimplantit) [11]. Komplikationer med implantat är nu relativt vanliga [12]. År 2001 hade cirka 5 procent av personer födda år 1930 tandimplantat, och drygt 3 procent fyra eller fler implantat [13].

Ur folkhälsosynpunkt påverkar dåliga tänder, dålig tuggförmåga, kroniska orala infektioner

och tandvärk både allmäntillstånd, näringsintag, välbefinnande och livskvalitet. Extra belastande blir det för personer som redan har en skör eller sviktande allmänhälsa. Studier pågår på flera håll i världen för att klarlägga om det dessutom finns ett direkt samband mellan kronisk tandlossnings sjukdom och hjärtkärlls sjukdomar och diabetes. För personer med kronisk sjukdom eller handikapp ökar också riskerna för försämrad tandhälsa, bland annat på grund av muntorrhet, vilket är en vanlig biverkning av läkemedel [14].

Risken att drabbas av tandlossningssjukdom är förhöjd bland rökare. Nikotinets sammandragande effekt på blodkärlen medför att rökare kan ha inflammation i tandens fäste utan att märka det. Inflammationen kan leda till tandlossning. Snus innehåller lut som är frätande och kan leda till inflammation av munslemhinnan.

Äldre med omvårdnadsbehov en ökande grupp

Socialstyrelsen genomförde en studie av landstingens uppsökande tandvård i januari 2006. Studien visade att 40 procent av dem som var berättigade till särskilt tandvårdsstöd inte hade blivit erbjudna någon munhalsbedömning. Verksamheten fungerade sämst för dem som bodde i sitt hem [15], vilket också bekräftas av en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) från 2007 [16]. SKL skickade ut ett cirkulär i september 2007 till berörda beslutsfattare inom kommuner och landsting om att munvård för äldre och funktionshindrade är ett gemensamt ansvar, och att samarbetet mellan landstingen, kommunerna, primärvården och psykiatrin behöver förbättras [17]. Enligt tandvårdsförordningen om särskilt tandvårdsstöd [18] ska man genom uppsökande verksamhet hitta dem som har ett

varaktigt behov av omfattande kommunala vård- och omsorgsinsatser².

En rapport från Stockholms läns äldrecentrum 2007 visade att många multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet har ett stort tandvårdsbehov – både de som är berättigade till uppsökande och nödvändig tandvård och de som inte helt uppfyller kraven för att vara berättigad [19]. Rättigheten till det särskilda tandvårdsstödet påverkas av hur omfattande hjälp (bistånd) den äldre bedömts vara berättigad till i övrigt. Kraven för att få bistånd har successivt ökat med åren, och det betyder också att kraven för att få det särskilda tandvårdsstödet har ökat. Det kan göra att personen inte är berättigad till särskilt tandvårdsstöd trots att det finns ett stort faktiskt omvårdnadsbehov. Det finns en risk att problemet ökar eftersom allt fler bor kvar i det egna hemmet i enlighet med den så kallade kvarboendepincipen inom äldreomsorgen. Vårdarna som ansvarar för den dagliga munhygien har en nyckelroll för att bevara de vårdades munhälsa. Men flera studier har visat att vårdpersonal har bristande kunskaper i hur man ska sköta den dagliga munhygien åtgärder [14, 20].

² Uppsökande verksamhet ska erbjudas dem som omfattas av lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. Det ska också erbjudas dem som har varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, som får hälso- och sjukvård i hemmet eller som är bosatta i egen bostad, men har motsvarande behov som grupperna ovan. Till kretsen räknas även personer som har en psykossjukdom eller annan psykisk störning som varat längre än ett år och medfört att de inte förmår uppsöka tandvården av egen kraft eller inte inser sitt behov. Den uppsökande verksamheten betalas av landstinget.

Stort tandvårdsbehov hos hemlösa

Många hemlösa har problem med sina tänder men efterfrågar bara sporadiskt akut tandvård vid svårare besvär, visar en avhandling från 2007 [21]. Uppskattningsvis 0,2 procent av befolkningen i Sverige, ungefär 18 000 personer, är hemlösa [22]. Merparten av de hemlösa i avhandlingsstudierna var drogmissbrukare och deras dåliga tandhälsa var både ett hälsoproblem och ett socialt problem.

Hemlösa har stora svårigheter att klara av en regelbunden tandvård. De behöver individanpassade rutiner och kunnig tandvårdspersonal. Deras ekonomi är också ett stort hinder för att uppsöka tandvården. Stockholms läns landsting har inrättat en särskild tandvårdsmottagning i Stockholm för hemlösa personer, i anslutning till läkarmottagningen på Hållpunkt Maria. Liknande tandvårdsprojekt för hemlösa har startats i ytterligare några städer på senare tid. När de hemlösa får hjälp med sina tänder kan det för vissa också bli ett steg på vägen till ett ordnat liv med arbete och bostad.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2005*. Stockholm: 2006.
2. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosen M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2001 Jun;29(3):167–74.
3. Hjern A, Grindefjord M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethnicity & health*. 2000 Feb;5(1):23–32.
4. Stockholms läns landsting. *Tandhälsorapport 2006. Tandhälsans utveckling hos barn och ungdomar i Stockholms län*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, 2007.

5. Stockholms läns landsting. *Uppföljning av vårdbehovstillägget och bortfallsanalys år 2006*. Stockholm: 2007.
6. Socialdepartementet. *Bättre tandvårdsstöd för äldre mm*. Stockholm: 2002. Prop 2001/02:517.
7. Håkansson J. Personligt meddelande 2007.
8. Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006 Dec;60(12):1027–33.
9. Försäkringskassan; Socialstyrelsen. *Befolkningens tandhälsa. Regeringsuppdrag om tandvårdsstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring*. Stockholm: 2006. Delrapport 2 av 3.
10. Müller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*. 2007 June;18(Supplement 3):2–14.
11. Berglundh T, Gislason O, Lekholm U, Sennerby L, Lindhe J. Histopathological observations of human periimplantitis lesions. *Journal of Clinical Periodontology*. 2004 May;31(5):341–7.
12. Roos-Jansåker AM. Long time follow up of implant therapy and treatment of peri-implantitis. *Swedish dental journal*. 2007;Supplement(188):7–66.
13. Österberg T, Carlsson GE. Dental state, prosthodontic treatment and chewing ability – a study of five cohorts of 70-year-old subjects. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2007 Aug;34(8):553–9.
14. Fastbom J. Ökat läkemedelsintag bland äldre innebär ökad risk för problem. *Läkartidningen*. 2001 Apr 4;98(14):1674–9.
15. Socialstyrelsen. *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård 2006*. Uppföljningar och utvärderingar.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2006 års verksamhet 2007*. Uppföljning av tandvårdsstödet 2006.
17. Sveriges Kommuner och Landsting. *Munvård för äldre och funktionshindrade – gemensamt ansvar för kommuner och landsting*. 2007. Cirkulär 07:39.
18. Socialdepartementet. *Tandvårdsförordning*. Stockholm: 1998. SFS 1998:1338.
19. Juslin M, Nordenram G. *Uppsökande tandvård: många berättigade är okända*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 2007.
20. Jonsson M, Wårdh I. *Effekterna av en reform. Vårdpersonalens inställning till och kunskap om munvård vid särskilda boenden i Jönköpings län – fem år efter införandet av tandvårdsreformen 1999*. Folktandvården, Landstinget i Jönköpings län, 2007.
21. De Palma P. *Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective* [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet, Odontologiska Institutionen; 2007.
22. Socialstyrelsen. *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär*. Stockholm: 2006.