

Karies hos barn och ungdomar

En lägesrapport för år 2008

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2010-3-5

Publicerad www.socialstyrelsen.se mars 2010

2011-02-21. Sid 24, tabell D, medelvärde DFS-a, kvinnor, hela riket ändrad till 1,18.

Förord

Kunskap om karies hos barn och ungdomar beskriver väl tandhälsan i populationen och är ett viktigt underlag för planering och för jämförelser av tandhälsans utveckling regionalt, nationellt och internationellt. Socialstyrelsen hade mellan åren 1985-2005 regeringens uppdrag att årligen redovisa en sammanställning över tandhälsa hos barn och ungdomar till och med 19 års ålder. Uppgifterna publicerades fram till och med år 2002 i serien Meddelandeblad från Socialstyrelsen och från och med år 2003 i serien Lägesbeskrivning. År 2006 publicerades en rapport med uppgifter sammanställda för åren 1985-2005. Tidigare rapporter har visat på en kraftig förbättring av tandhälsan mellan åren 1985-2000. Därefter tyder statistiken på att förbättringstakten av tandhälsan har mattats av. Någon försämring av tandhälsan på riksnivå föreligger dock inte.

Socialstyrelsen har med denna rapport upprepat tidigare gjorda undersökningar för att kunna presentera nationella data rörande tandhälsa hos barn och ungdomar och möjliggöra jämförelser av tandhälsoutvecklingen över tid. Socialstyrelsen har ambitionen att genomföra regelbundna undersökningar för att följa utvecklingen av karies hos barn och ungdomar.

I föreliggande rapport presenteras olika analyser avseende karies hos barn och ungdomar. Jämförelser med tidigare data redovisas. Rapporten har utarbetats av *Andreas Cederlund*, projektledare och *Thomas Malm*, Socialstyrelsen.

Håkan Ceder

Ställföreträdande Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
<i>Inledning</i>	7
<i>Syfte, metod och genomförande</i>	8
Syfte	8
Metod och genomförande	8
<i>Begrepp, definitioner och procedur</i>	9
<i>Resultat</i>	11
Uppgifter om 3- och 6-åringar	11
Andel kariesfria i det primära bettet	11
Uppgifter om 12-åringar	12
Andel kariesfria	12
Medelvärde DFT	12
Significant Caries Index	13
Uppgifter om 19-åringar	14
Andel kariesfria	14
Medelvärde DFT	14
Medelvärde DFS-a	15
Frekvensfördelning	16
Fördelning mellan flickor och pojkar	16
Regionala skillnader	17
Riskbedömning och resursfördelning	17
<i>Diskussion och kommentarer</i>	19
Allmänt	19
Tandhälsa hos barn och ungdomar	19
Slutsatser	20
<i>Tabeller</i>	21

Sammanfattning

Socialstyrelsen har sedan 1985 följt kariesutvecklingen hos barn och ungdomar genom sammanställningar av uppgifter från tandvårdshuvudmännen. Denna rapport innehåller data från år 2008 samt uppgifter från åren 1985, 1990, 1995, 2000 samt 2005.

- Tandhälsan fortsätter att förbättras hos barn och ungdomar men förbättringstakten har med några få undantag mattats av jämfört med den höga förbättringstakt som förelåg på 80- och 90-talen.
- Andelen kariesfria barn och ungdomar ökar i alla undersökta åldersgrupper med undantag av 3-åringar.
- Det föreligger endast mycket små skillnader i tandhälsa mellan flickor och pojkar.
- Tandhälsan skiljer sig åt mellan olika landsting och regioner. Störst är skillnaderna mellan landstingen när det gäller andelen kariesfria 12-åringar och andelen kariesfria 19-åringar.
- Andelen kariesfria 19-åringar har år 2008 nått upp till 30 procent. Detta är en ökning med 4,7 procentenheter jämfört med år 2005.

Inledning

Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa i Sverige utgör ett verktyg för planering av regionala och nationella insatser på tandvårdsområdet. Vidare används nationell tandhälsodata för nationella och internationella jämförelser av tandhälsa. I Sverige kan den nationella sammanställningen fungera som ett riksgenomsnitt vilket kan användas som referens vid regionala uppföljningar. Internationellt används Sveriges uppgifter om barn och ungdomars tandhälsa bl.a. i jämförelser inom Norden. Uppgifterna samlas också in och presenteras av WHO Collaborating Center i Malmö.

Socialstyrelsen hade mellan åren 1985-2005 regeringens uppdrag att årligen redovisa en sammanställning över tandhälsan hos barn och ungdomar till och med 19 års ålder. Sedan 2005 har ingen rapportering skett. Socialstyrelsen har i rapporten "Framtida statistikredovisning om barns och ungdomars tandhälsa" föreslagit att epidemiologiska data rörande barns och ungdomars tandhälsa bör ingå i tandhälsoregistret som förs vid Socialstyrelsen. Något beslut om att föra statistik rörande barns och ungdomars tandhälsa i tandhälsoregistret föreligger dock inte och Socialstyrelsen har därför beslutat att 2009 upprepa tidigare enkätundersökningar för att säkerställa kontinuitet i rapporteringen.

Syfte, metod och genomförande

Syfte

Syftet med denna rapport är att redovisa en sammanställning av epidemiologiska data över karies hos barn och ungdomar till och med 19 år. Sammanställningen ska kunna ge en bild av kariesutvecklingen genom jämförelse med tidigare tandhälsodata. Redovisningen ska också ge en bild av skillnader rörande kariesförekomst, dels mellan flickor och pojkar, dels mellan regioner.

Metod och genomförande

Epidemiologiska data rörande karies hos barn och ungdomar har samlats in genom att en enkät ställts till landstingens beställare av tandvård. Enkäten bygger på den enkät som Socialstyrelsen tog fram 2005 för insamling av epidemiologiska data rörande karies.

Samtliga 21 huvudmannaområden har redovisat data för 2008. Sju huvudmän har också redovisat data för de barn i åldersgruppen 6 år som undersökts 2007 men inte 2008. Fem landsting har redovisat data för de barn i åldersgruppen 12 år som undersökts 2007 men inte 2008.

Data innefattar både barn som undersökts i Folktandvården och i privat-tandvården.

Jämförelser med tidigare data görs med 5-årsintervall för åren 1985, 1990, 1995, 2000 och 2005.

Begrepp, definitioner och procedur

Kariesprocessen

Karies kan betraktas som en process, där utfallet beror på balansen mellan angrepps- och försvarsfaktorer. Munbakteriernas syraattacker medför att pH-värdet sjunker och de kalciumfosfatkristaller som bygger upp tanden, löses så småningom upp och frigjorda kalcium- och fosfatjoner vandrar ut ur tanden, s.k. demineralisering. När syraproduktionen avtar och pH-värdet stiger sker viss återhämtning. Tandsubstansen återuppbyggs delvis av det kalcium och fosfat som finns kvar i vätskan runt kristallerna, s.k. remineralisering. Den tidiga demineraliseringen är inte synlig för blotta ögat men om syraattackerna förekommer ofta och remineralisering inte äger rum kommer mer och mer mineral att lösas ut och en initial kariesskada uppkommer. Den initiala kariesskadan syns som en vit, kritaktig fläck på tandytan. Initiala kariesskador på tändernas sidoytor (approximalytor), som står i kontakt med varandra, är som regel diagnostiserbara enbart med hjälp av röntgen.

Avgörande för hur kariesprocessen utvecklas är som tidigare nämnts balansen mellan angrepps- och försvarsfaktorerna. Om försvarsfaktorerna överstiger angreppsfaktorerna kan en initial skada läka ut men kvarstår ofta som ett opakt, ibland mörk-färgat område på tandytan. Om den initiala kariesskadan inte läker ut, dvs. remineraliseras, utan mer och mer mineral löses ut kommer kariesskadan att fortsätta breda ut sig in genom emaljen till tandens dentin. När karieskadan underminerat emaljen faller till slut emaljytan sönder och det blir ett "hål" i tanden. Denna kavitetsbildning inträffar i ett förhållandevis sent skede av kariesprocessen.

Vem är kariesfri?

Omkring hälften av alla barn och ungdomar i Sverige har idag inga synliga tecken på karies, dvs. de har inga fyllningar eller "hål" i sina tänder. En stor del av dem kan emellertid ha initiala kariesskador, som syns på röntgenbilden, på de tandytor som står i kontakt (approximalytor).

Vid beskrivning av "kariesfrihet" utelämnas i epidemiologiska sammanhang ofta de kariesskador som enbart begränsas till emaljen, dvs. de initiala skadorna. Detta ger dock en skönmålad bild av kariessjukdomens utbredning.

Uppgifterna om "kariesfria i det primära bettet" gäller för barn 3 resp. 6 år, vilka vid undersökningstillfället registrerats som kariesfria i det primära bettet (mjölk-tandsbettet), d.v.s. inte uppvisar manifest karies (dentin-karies), behandlad sådan eller saknar tand som sannolikt varit kariesskadad.

Index för att beskriva karies

De epidemiologiska uppgifterna för individer 12 respektive 19 år avser förekomst och utbredning av dentinkaries. Uppgifterna registreras som index – dels DFT och dels DFS-a¹. DFT utgör medelvärdet för antalet karierade och fyllda tänder i en population. DFS-a beskriver medelvärdet av antalet karierade och fyllda sidoytor på tänderna, approximalytor, i en population. I dessa index har M-komponenten i DMFT-indexet (M=tand eller yta som saknas p.g.a. karies) exkluderats. Den torde för barn och ungdomar i vårt land vara statistiskt försumbar åtminstone sett på landstingsnivå.

Komponenten D i indexen DFT och DFS-a representerar endast karies som når in i dentinet. Registreringen är i enlighet med WHO:s rekommendationer. Detta innebär att individer registreras som kariesfria även om de uppvisar kariesangrepp som är begränsade till emaljen (emalkaries, initialkaries). Dessa individer är som beskrivits ovan i egentlig mening inte utan karies-skador. Sådana skador ska dock enligt nuvarande uppfattning inte föranleda reparativ behandling utan endast sjukdomsbehandling och förebyggande åtgärder. Diagnosen karies vid registreringen bygger på en kombination av klinisk och röntgenologisk undersökning. Definitionen av begreppet karies – som når in i dentinet – är enhetlig i riket vid registrering av epidemiologiska data.

Fissurförseglad (åtgärd där fårorna på tandens tuggyta fylls med fyllningsmaterial för att förebygga karies) yta räknas som frisk yta även om upprepning skett av fissuren. Om karies påträffas vid upprepningen räknas tandytan som fylld trots att bara fissurförsegling skett.

Registreringen sker antingen vid undersökningstillfället eller efter utförd behandling. Detta genomförs på olika sätt inom de olika huvudmannaområdena. Ingen uppdelning sker av D- resp. F-komponenten, varför statistiken enbart beskriver antalet kariesskador och de fyllningar dessa har medfört.

Tandvårdshuvudmännen benämns i det följande landsting, oavsett om det handlar om landsting eller huvudmän som inte ingår i landsting

¹D=Decayed (karierad), F=Filled (fylld), T=Teeth (tand), S=Surface (tandyta), a=approximal (kontaktyta i tandbågen)

Resultat

Uppgifter om 3- och 6-åringar

Andel kariesfria i det primära bettet

Tabell 1. Procentuell andel kariesfria av undersökta barn 3 och 6 år på riksnivå 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2008.

År	Ålder	
	3 år	6 år
1985	83	45
1990	91	60
1995	93	65
2000	94	70
2005	95	73
2008	95	74
Differens		
1985/08	+12	+29
1995/08	+2	+9
2000/08	+1	+4
2005/08	±0	+1

Andel kariesfria 3-åringar år 2008 uppgår till 95 procent vilket är oförändrat jämfört med år 2005. Andelen kariesfria 6-åringar har däremot ökat med en procentenhet till 74 procent (tabell 1). Det mål på 80 procent kariesfria 6-åringar som WHO ställt upp för år 2020 har därmed ännu inte uppnåtts av Sverige.

Sju landsting har lämnat uppgifter om barn födda år 2002 vilka undersökts som 5-åringar år 2007 men inte som 6-åringar år 2008. När dessa barn vägs in ökar andelen kariesfria 6-åringar för dessa sju landsting från 72 procent till 77 procent.

Täckningsgraden för antal undersökta 3-åringar och för antalet undersökta 6-åringar år 2008 uppgår i båda fallen till 77 procent av samtliga 3- och 6-åringar i riket.

Uppgifter om 12-åringar

Andel kariesfria

Tabell 2. Procentuell andel kariesfria av undersökta 12-åringar 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2008 för de landsting som rapporterat respektive år.

År	Antal landsting	Procent kariesfria
1985	15	22
1990	22	40
1995	22	50
2000	19	61
2005	16	58
2008	21	61
Differens		
1985/08		+39
1995/08		+11
2000/08		±0
2005/08		+3

Andelen kariesfria 12-åringar uppgår år 2008 till 61 procent. Detta är en ökning med 3 procentenheter jämfört med år 2005 men oförändrat jämfört med år 2000 (tabell 2). Uppgifterna för år 2008 baseras på undersökningar av 81 procent av antalet 12-åringar i riket år 2008.

Fem landsting har lämnat uppgifter för barn undersökta som 11-åringar år 2007 men inte som 12-åringar år 2008. När dessa barn räknas in ökar andelen kariesfria 12-åringar i dessa fem landsting från 59 till 62 procent.

Medelvärde DFT

WHO har satt målet för Europa att medelvärdet för DFT hos 12-åringar inte ska överstiga 1,5 DFT år 2020. Sverige uppnådde detta mål redan år 1995. År 2008 har medelvärdet för DFT sjunkit till 0,9 vilket är en förändring med 0,1 jämfört med år 2005 (tabell 3).

Tabell 3. Medelvärde för DFT hos undersökta 12-åringar på riksnivå åren 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2008.

År	Antal landsting	Medelvärde DFT
1985	15	3,1
1990	22	2,0
1995	22	1,4
2000	19	1,0
2005	16	1,0
2008	21	0,9
Differens		
1985/08		-2,2
1995/08		-0,5
2000/08		-0,1
2005/08		-0,1

Significant Caries Index

I tabell 4 redovisas Significant caries index (SiC) för 12-åringar. SiC utgör medelvärdet för DFT för den tredjedel av populationen som har flest antal kariesskador. Efter att ha ökat något år 2005 har SiC nu minskat till 2,5 DFT. Värdet är klart under det mål som WHO ställt upp, där SiC år 2015 ska ligga under 3 DFT.

Tabell 4. Medelvärde för DFT och Significant caries index (SiC) hos undersökta 12-åringar på riksnivå åren 1997, 2001, 2002, 2005 och 2008.

År	DFT	SiC
1997	1,0	2,8
2001	0,9	2,7
2002	1,1	2,8
2005	1,0	2,9
2008	0,9	2,5

Uppgifter om 19-åringar

Andel kariesfria

Andelen kariesfria 19-åringar år 2008 är 30 procent. Detta är en ökning med 4,7 procentenheter jämfört med år 2005 (tabell 5).

Tabell 5. Procentuell andel kariesfria av undersökta 19-åringar på riksnivå åren 2000, 2005 och 2008.

År	Antal landsting	Andel kariesfria
2000	20	17,4
2005	16	25,3
2008	21	30,0
Differens		
2000/08		+12,6
2005/08		+4,7

Andelen 19-åringar som är kariesfria approximant uppgick år 2008 till 62,7 procent. Det är en ökning med 3,7 procentenheter sedan år 2005 och 26,6 procentenheter jämfört med år 1985 (tabell 6).

Tabell 6. Procentuell andel kariesfria approximant av undersökta 19-åringar på riksnivå åren 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2008.

År	Antal landsting	Kariesfria approximant
1985	23	36,1
1990	25	50,1
1995	25	55,7
2000	20	58,3
2005	16	59,0
2008	21	62,7
Differens		
1985/08		+26,6
1995/08		+7,0
2000/08		+4,4
2005/08		+3,7

Medelvärde DFT

Medelvärdet för DFT för 19-åringar har mellan åren 1985-2008 minskat med i snitt 5,7 DFT och uppgår år 2008 till 2,8 (tabell 7). En liten minskning på 0,3 DFT ses också jämfört med år 2005.

Uppgifterna för år 2008 baseras på 84 procent av rikets samtliga 19-åringar.

Tabell 7. Medelvärde för DFT hos undersökta 19-åringar på riksnivå åren 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2008.

År	Antal landsting	Medelvärde DFT
1985	23	8,5
1990	25	6,3
1995	25	5,1
2000	20	3,6
2005	16	3,1
2008	21	2,8
Differens		
1985/08		-5,7
1995/08		-2,3
2000/08		-0,8
2005/08		-0,3

Medelvärde DFS-a

I tabell 8 finns uppgifter om medelvärdet för DFS-a och DFS-a exklusive kariesfria approximant. Resultatet visar en obetydlig minskning av dessa värden sedan år 2000.

Tabell 8. Medelvärde DFS-a och DFS-a exklusive kariesfria approximant för undersökta 19-åringar på riksnivå åren 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 och 2008.

År	Antal landsting	DFS-a	DFS-a exkl. kariesfria approximant
1985	23	3,3	5,3
1990	25	2,0	3,9
1995	25	1,6	3,2
2000	20	1,4	3,4
2005	16	1,3	3,2
2008	21	1,2	3,1
Differens			
1985/08		-2,1	-2,2
1995/08		-0,4	-0,1
2000/08		-0,2	-0,3
2005/08		-0,1	-0,1

Frekvensfördelning

I tabell 9 redovisas den procentuella frekvensfördelningen av 12-åringar på riksnivå efter antalet DFT för år 2008. Som redovisats i tabell 2 har andelen 12-åringar med DFT=0 ökat med 3 procentenheter jämfört med år 2005. I övrigt ses endast marginella förändringar i frekvensfördelningen.

Tabell 9. Frekvensfördelning i procent av antalet 12-åringar i förhållande till värdet på DFT. Uppgifter på riksnivå för åren 2005 och 2008.

År	Värde på DFT						
	0	1	2	3	4	5-7	≥8
2005	58	16	10	6	4	2	0,6
2008	61	16	10	5	4	3	0,5

Den procentuella fördelningen av 19-åringar på riksnivå fördelade efter antalet DFS-a för åren 2005 och 2008 redovisas i tabell 10. En liten men fortsatt minskning ses av andelen 19-åringar som har tio eller fler kariesskadade tänder, från 2,2 till 1,8 procentenheter. Gruppen som har tio eller fler karies-skadade tänder motsvarar 1905 ungdomar i den undersökta populationen. Andel kariesfria approximant har under perioden 2005 till 2008 ökat med knappt 4 procentenheter medan övriga värden minskar med ca 1 procentenhet vardera.

Tabell 10. Frekvensfördelning i procent av antalet 19-åringar i förhållande till värdet på DFS-a. Uppgifter på riksnivå för åren 2005 och 2008.

År	Värde på DFS-a						
	0	1	2	3	4-6	7-9	≥10
2005	59	15	9	5	7	3	2,2
2008	63	14	8	4	6	2	1,8

Fördelning mellan flickor och pojkar

Medelvärden för de redovisade tandhälsomått skiljer sig, på nationell nivå, endast obetydligt åt mellan flickor och pojkar (tabell 11). Både flickor och pojkar har bidragit till de förbättrade värden som ses mellan 2005-2008. Med undantag av något enstaka landsting ses inte heller någon större skillnad mellan flickor och pojkar inom landstingen (se tabeller B-D i slutet av denna rapport).

Tabell 11. Tandhälsodata med uppdelning på flickor och pojkar för år 2008.

	Flickor	Pojkar	Totalt
Kariesfria 3-åringar	96	95	95
Kariesfria 6-åringar	74	73	74
DFT 12-åringar	0,93	0,84	0,88
DFT 19-åringar	2,72	2,85	2,78
DFS-a 19-åringar	1,20	1,19	1,18
19-åringar, kariesfria approximant	63	62	63

Regionala skillnader

Vid en granskning av uppgifterna från de olika landstingen (se tabeller A-D) framgår det att det finns skillnader i tandhälsa mellan landstingen. Andelen kariesfria 3-åringar är högst på Gotland, i Örebro och i Gävleborg. I dessa landsting är andelen kariesfria 98 procent vilket är 3 procentenheter över riksgenomsnittet. Örebro har det enskilt högsta värdet, där andelen kariesfria 3-åriga flickor är så högt som 99 procent.

Tre landsting Uppsala, Örebro och Gävleborg når 2008 upp till WHO:s mål på 80 procent kariesfria 6-åringar år 2020. Genomsnittet i riket är 74 procent.

Andelen kariesfria 12-åringar varierar relativt kraftigt mellan landstingen, 52-74 procent, där Jönköping har högst andel kariesfria. Jönköping har också det lägsta medeltalet av DFT för 12-åringar, 0,56. Snittet för riket var 0,88. Samtliga landsting uppfyller WHO:s mål på DFT mindre än 1,5 år 2020. Stockholms läns landsting ligger generellt något högre, vilket delvis förklaras av att man registrerar data för 13-åringar i stället för 12-åringar. Om Stockholms värden räknas bort ökar andel kariesfria 12-åringar från 61 till 63 procent och medelvärde av DFT sjunker från 0,88 till 0,78.

Andelen kariesfria 19-åringar varierar också stort mellan landstingen, 15-39 procent. Högst andel kariesfria ses i Värmland. Värmland uppvisar också det lägsta medelvärdet för DFT för 19-åringar, 1,94, vilket är nära hälften jämfört med det landsting som rapporterar högst medelvärde för DFT.

Orsakerna till skillnaderna i tandhälsa mellan landstingen är inte studerade i denna rapport.

Riskbedömning och resursfördelning

I enkäten som ligger till grund för denna rapport har landstingen tillfrågats om huruvida man utför s.k. riskgruppering av barn och ungdomar i syfte att identifiera individer som har förhöjd risk att utveckla karies eller andra sjukdomar i munnen t.ex. sjukdomar i tandköttet. Landstingen tillfrågades också om en fördelning av resurser sker till kliniker eller områden i förhållande till socioekonomi och/eller utbildningsnivå hos befolkningen.

Samtliga landsting uppger att man utför riskgruppering av barn och ungdomar för att kunna sätta in förebyggande åtgärder till de barn och ungdomar som löper ökad risk att utveckla karies eller andra munsjukdomar.

Riskgrupperingen ska också kunna ligga till grund för ett individuellt anpassat revisionsintervall. Således är det också önskvärt att kunna identifiera individer som löper låg risk för karies. De underlag för riskgruppering och kariesprevention som landstingen bifogat till enkäten visar på likartade syften och mål med riskgrupperingen men att metoderna skiljer sig något åt mellan landstingen.

På frågan om resursfördelning svarar sju landsting att man fördelar resurser till kliniker eller områden i förhållande till socioekonomi och/eller utbildningsnivå hos befolkningen. Metoderna för differentiering av resurser mellan områden skiljer sig åt mellan landstingen. Något landsting fördelar resurserna efter upprepade analyser av tandhälsans fördelning. Ett annat landsting väger även in antalet öppet arbetslösa, andel biståndsfamiljer och akutbelastning i ett område när resursfördelningen görs.

De landsting som inte tillämpar en differentierad resursfördelning motiverar detta med att man inte har så stora skillnader mellan olika områden. Vidare anger ett landsting att man saknar nyckeltal som kan stödja en differentiering av resurser.

Två landsting har valt att lägga extra resurser på Folktandvården för att utföra riktade insatser i utvalda kommuner/stadsdelar. Detta motiveras med att en differentierad ersättning bygger på ett genomsnittligt sjukdomstal i ett område. Tandhälsan kan dock variera mycket inom detta område. Detta kan då ge upphov till en snedfördelning av resurserna om barnen inom ett område inte endast besöker en enskild klinik utan besöker olika kliniker.

Diskussion och kommentarer

Allmänt

Till denna rapport har samtliga 21 landsting och regioner bidragit genom att lämna uppgifter rörande kariessituationen hos barn och ungdomar. Dessa data baseras på förekomsten av dentinkaries, närmast den dentinkaries som kräver åtgärd med fyllningsterapi. Någon insamling av uppgifter om förekomsten av emaljkaries har inte gjorts. Landstingen kan i många fall presentera uppgifter rörande initialkaries och rapporterar detta i sina egna uppföljningar.

Uppgifterna i denna rapport baserar sig på de svar som landstingen lämnat i den enkät som Socialstyrelsen sände ut till landstingen under hösten 2009 och avser data för år 2008. Socialstyrelsen har sedan sammanställt de insamlade uppgifterna och presenterar i denna rapport nationella data för tandhälsa hos barn och ungdomar med jämförelse med tidigare år.

Socialstyrelsen har i rapporten "Framtida statistikredovisning om barns och ungdomars tandhälsa" föreslagit att epidemiologiska data rörande barns och ungdomars tandhälsa i framtiden bör ingå i tandhälsoregistret som förs vid Socialstyrelsen.

Tandhälsa hos barn och ungdomar

Andelen kariesfria 3-åringar ligger fortsatt på en hög nivå, 95 procent. Den höga andelen kariesfria barn gör att utrymmet för förbättringar är relativt litet. Sedan 1995 har andelen kariesfria 3-åringar ökat från 93 till 95 procent. Det bör noteras att antalet 3-åringar som år 2008 har dentinkaries, i faktiska tal uppgår till drygt 5000 barn.

WHO har satt upp ett mål att andelen kariesfria 6-åringar år 2020 bör vara uppe i 80 procent. År 2008 är andelen kariesfria 6-åringar i Sverige 74 procent. Därmed har Sverige ännu inte uppnått detta av WHO uppsatta mål. Andelen kariesfria 12-åringar har återigen ökat något år 2008 efter en tillbakagång år 2005. Därmed är andelen kariesfria oförändrad sedan år 1999.

År 1997 hade medelvärdet för DFT för 12-åringar för första gången sjunkit till 1 och 1999 till 0,9. Sedan dess har medelvärdet med små förändringar legat kring 1. År 2008 är DFT åter nere på 0,9 vilket är glädjande men det betyder samtidigt att medelvärdet för DFT inte förbättrats jämfört med 1999.

SiC år 2008 är 2,5. Detta är en liten minskning jämfört med tidigare år. Viktigt att notera är dock att denna minskning utgör ett trendbrott då SiC i tidigare undersökningar visat på en liten ökning mellan åren 2001 och 2005.

Socialstyrelsen har i enkäten frågat landstingen om de kan lämna uppgifter om de barn födda år 2002 som undersöktes som 5-åringar år 2007 men som inte undersöktes som 6-åringar år 2008. Detta i avsikt att studera betydelsen av förlängda revisionsintervall, dvs. tiden mellan två undersökningar,

och koncentration till riskgrupper i fråga om kariesfria 6-åringar. Hypotesen är att ett barn som undersöks som 5-åring och bedöms ha låg kariesrisk inte blir kallad som 6-åring. Data insamlad för 6-åringar skulle i så fall underskatta andelen kariesfria barn. Sju landsting har kunnat lämna sådana uppgifter och resultatet visar att andelen kariesfria 6-åringar ökar från 72 till 77 procent om gruppen som undersökts som 5-åringar räknas med. Samma beräkning har också gjort för fem landsting som kunde lämna samma typ av detaljerade uppgifter rörande barn födda 1996 som undersökts som 11-åringar år 2007 men som inte undersöktes som 12-åringar år 2008. I detta fall ökade andelen kariesfria 12-åringar från 59 till 62 procent. Dessa båda resultat ger stöd för hypotesen om en trolig underskattning av andelen kariesfria i åldersgrupperna 6 och 12 år. Resultaten visar också att den metod som används för insamling och analys av data bör utvecklas för att ge en mera korrekt bild av läget.

Andelen 19-åringar som är kariesfria och som är kariesfria approximativt har ökat med 4,7 procentenheter respektive 3,7 procentenheter jämfört med 2005.

Orsakerna till skillnader i förekomst av karies mellan landstingen har inte studerats i denna rapport. Denna fråga och frågan om socioekonomins betydelse för de barn och ungdomar bör studeras i fördjupade analyser.

Slutsatser

Sammantaget visar uppgifterna för år 2008 rörande tandhälsa hos barn och ungdomar på en fortsatt förbättring av tandhälsan. Förbättringstakten har dock minskat jämfört med den höga förbättringstakten som förelåg på 80- och 90-talen. En av orsakerna till detta är att tandhälsan nått en så hög nivå att utrymmet för förbättringar är begränsat. Ett sådant exempel är andelen kariesfria 3-åringar där andelen kariesfria nått upp till 95 procent. Granskning av data på landstingsnivå visar dock att det föreligger variationer mellan landstingen. Några landsting rapporterar en mycket hög andelen kariesfria och låga medelvärden för DFT vilket gör att det fortsatt borde finnas ett utrymme för förbättringar även på nationell nivå inom samtliga åldersgrupper.

Tabeller

Tabell A. Antal undersökta 3- och 6-åringar år 2008.

Huvudmannaområde	Antal 3-åringar flickor	Antal 3-åringar pojkar	Antal 3-åringar totalt	Antal 6-åringar flickor	Antal 6-åringar pojkar	Antal 6-åringar totalt
Stockholms läns landsting	11421	11801	23222	10089	10460	20549
Landstinget i Uppsala län	1473	1546	3019	1106	1160	2266
Landstinget i Sörmland	1170	1198	2368	858	922	1780
Landstinget i Östergötland	1889	1889	3778	1920	2013	3933
Landstinget i Jönköpings län	1566	1756	3322	1643	1741	3384
Landstinget i Kronoberg	876	839	1715	870	921	1791
Landstinget i Kalmar län	661	691	1352	969	1034	2003
Gotlands kommun	205	238	443	211	251	462
Landstinget i Blekinge	579	619	1198	602	602	1204
Region Skåne	3970	4325	8295	4207	4435	8642
Landstinget i Halland	1427	1538	2965	1386	1470	2856
Västra Götalandsregionen	5735	6076	11811	6190	6248	12438
Landstinget i Värmland	1090	1072	2162	1192	1202	2394
Örebro läns landsting	1263	1295	2558	614	645	1259
Landstinget Västmanland	777	873	1650	797	794	1591
Landstinget Dalarna	1215	1216	2431	1169	1293	2462
Landstinget Gävleborg	1013	1086	2099	1006	1008	2014
Jämtlands läns landsting	327	331	658	327	294	621
Landstinget Västernorrland	1200	1231	2431	1151	1202	2353
Västerbottens läns landsting	444	475	919	421	444	865
Norrbottens läns landsting	962	1038	2000	970	1059	2029
Hela riket	39263	41133	80396	37698	39198	76896

Tabell B. Andel (%) kariesfria av undersökta 3- och 6-åringar samt andel (%) undersökta av befintliga 3- och 6-åringar i riket 2008.

Huvudmannaområde	Andel kariesfria (%)			Andel undersökta (%)			Andel kariesfria (%)			Andel undersökta (%)		
	3-åringar			3-åringar			6-åringar			6-åringar		
	flickor	pojkar	totalt	flickor	pojkar	totalt	flickor	pojkar	totalt	flickor	pojkar	totalt
Stockholms läns landsting*	96	95	96	90	90	90	71	70	70	93	92	93
Landstinget i Uppsala län	97	97	97	82	81	81	81	80	80	63	62	62
Landstinget i Sörmland	97	97	97	82	81	81	78	77	77	61	60	60
Landstinget i Östergötland	95	95	95	82	81	81	77	77	77	88	87	88
Landstinget i Jönköpings län	96	96	96	88	90	88	79	79	79	89	89	89
Landstinget i Kronoberg	93	95	94	90	87	88	75	73	74	91	90	91
Landstinget i Kalmar län	96	96	96	60	61	61	76	77	77	86	87	87
Gotlands kommun	98	97	98	78	81	79	80	77	78	78	83	81
Landstinget i Blekinge	93	93	93	73	73	73	71	64	67	76	74	75
Region Skåne	96	95	96	59	60	60	76	76	76	66	66	66
Landstinget i Halland	96	96	96	85	86	85	80	79	79	84	83	83
Västra Götalandsregionen	93	93	93	68	68	68	69	69	69	76	76	76
Landstinget i Värmland	94	93	94	82	79	80	78	76	77	93	91	92
Örebro läns landsting	99	98	98	89	89	89	83	82	83	43	43	43
Landstinget Västmanland	97	96	97	61	63	62	76	77	76	62	60	61
Landstinget Dalarna	97	96	97	86	84	85	72	80	81	89	90	90
Landstinget Gävleborg	98	98	98	79	76	74	84	81	82	73	73	73
Jämtlands läns landsting	97	96	96	48	50	49	76	72	74	52	46	49
Landstinget Västernorrland	97	95	96	99	97	98	75	73	74	94	91	92
Västerbottens läns landsting	97	96	97	34	34	34	75	77	76	33	34	33
Norrbottnens läns landsting	95	97	96	83	85	84	75	73	74	83	85	84
Hela riket	96	95	95	76	76	76	74	73	74	75	74	75

*Stockholms läns landsting registrerar data för 7-åringar istället för 6-åringar

Tabell C. Antal undersökta 12-åringa, andel (%) kariesfria samt medelvärde för DFT år 2008.

Huvudmannaområde	Antal			Andel kariesfria (%)			Medelvärde DFT		
	flickor	pojkar	totalt	flickor	pojkar	totalt	flickor	pojkar	totalt
Stockholms läns landsting*	10155	10841	20996	53	57	55	1,24	1,08	1,16
Landstinget i Uppsala län	1117	1196	2313	65	67	66	0,78	0,66	0,72
Landstinget i Sörmland	1050	1076	2126	56	59	57	0,90	0,86	0,88
Landstinget i Östergötland	2048	2104	4152	59	60	60	0,83	0,82	0,83
Landstinget i Jönköpings län	1640	1584	3224	71	77	74	0,60	0,51	0,56
Landstinget i Kronoberg	792	780	1572	66	66	66	0,70	0,72	0,71
Landstinget i Kalmar län	1099	1225	2324	56	63	60	0,97	0,86	0,91
Gotlands kommun	224	259	483	68	64	66	0,62	0,76	0,69
Landstinget i Blekinge	562	569	1131	53	57	55	1,10	0,95	1,02
Region Skåne	4386	4985	9371	67	67	67	0,77	0,71	0,74
Landstinget i Halland	1334	1442	2776	60	66	63	0,90	0,72	0,81
Västra Götalandsregionen	6096	6642	12538	61	62	63	0,85	0,75	0,81
Landstinget i Värmland	1446	1357	2803	69	71	70	0,58	0,55	0,57
Örebro läns landsting	890	920	1810	57	58	58	1,06	0,97	1,11
Landstinget Västmanland	890	881	1771	64	63	64	0,76	0,76	0,76
Landstinget Dalarna	1226	1352	2578	67	70	69	0,63	0,56	0,58
Landstinget Gävleborg	952	995	1947	62	64	63	0,81	0,75	0,78
Jämtlands läns landsting	266	302	568	46	58	52	1,21	0,93	1,06
Landstinget Västernorrland	1253	1356	2609	54	56	55	1,13	0,99	1,06
Västerbottens läns landsting	865	834	1699	60	64	62	0,89	0,76	0,83
Norrbottens läns landsting	1106	1259	2365	59	62	60	0,85	0,76	0,80
Hela riket	39397	41959	81156	61	63	61	0,93	0,84	0,88

*Stockholms läns landsting registrerar data för 13-åringa istället för 12-åringar

Tabell D. Antal undersökta 19-åringar, andel (%) kariesfria och andel (%) kariesfria approximant samt medelvärde för DFT och DFS-a år 2008.

Huvudmannaområde	Antal 19-åringar			Andel kariesfria (%)			Medelvärde DFT			Medelvärde DFS-a			Andel kariesfria approximant (%)		
	kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt	kvinnor	män	totalt
Stockholms läns landsting	10705	10804	21509	28	29	28	2,99	2,99	2,99	1,38	1,46	1,42	59	58	59
Landstinget i Uppsala län	1821	1828	3649	31	32	32	2,58	2,43	2,50	0,70	0,67	0,68	74	72	73
Landstinget i Sörmland	1674	1681	3355	26	25	26	2,87	2,78	2,83	0,92	0,95	0,93	64	65	64
Landstinget i Östergötland	2381	2493	4874	28	28	28	2,80	2,89	2,85	1,12	1,16	1,14	62	62	62
Landstinget i Jönköpings län	2105	2135	4240	38	38	38	2,14	2,19	2,17	1,06	1,20	1,14	65	64	64
Landstinget i Kronoberg	1007	1086	2093	31	34	33	2,65	2,43	2,54	0,83	0,79	0,81	69	67	68
Landstinget i Kalmar län	1557	1599	3156	22	23	23	3,20	3,26	3,23	1,20	1,20	1,20	60	61	60
Gotlands kommun	376	372	748	29	28	28	2,48	2,55	2,52	0,82	1,09	0,96	65	62	64
Landstinget i Blekinge	699	856	1555	23	21	22	3,20	3,50	3,37	1,24	1,57	1,42	55	52	54
Region Skåne	6422	6662	13084	33	33	33	2,78	2,79	2,79	1,01	1,10	1,06	66	65	66
Landstinget i Halland	1754	1891	3645	25	27	26	2,99	3,01	3,00	1,16	1,23	1,20	61	61	61
Västra Götalandsregionen	7747	7999	15746	32	30	31	2,62	2,70	2,66	1,09	1,19	1,14	63	61	62
Landstinget i Värmland	1656	1712	3368	38	40	39	1,95	1,93	1,94	1,20	1,17	1,18	67	68	67
Örebro läns landsting	1753	1766	3519	30	27	28	2,79	2,91	2,85	1,16	1,36	1,26	62	59	60
Landstinget Västmanland	1519	1514	3033	31	32	32	2,66	2,72	2,69	1,02	1,21	1,11	67	66	66
Landstinget Dalarna	1755	1794	3549	31	33	32	2,41	2,23	2,32	0,88	0,82	0,85	67	69	68
Landstinget Gävleborg	1712	1704	3416	29	31	30	2,63	2,50	2,56	0,96	0,92	0,94	69	68	68
Jämtlands läns landsting	302	340	642	15	21	18	3,87	3,80	3,83	1,14	1,38	1,26	28	58	59
Landstinget Västernorrland	1968	2038	4006	20	21	21	3,46	3,44	3,45	1,09	1,20	1,14	62	61	62
Västerbottens läns landsting	1530	1720	3250	28	26	26	2,70	2,95	2,83	1,08	1,31	1,20	62	59	61
Norrbottnens läns landsting	1711	1716	3427	24	24	24	3,12	3,24	3,18	1,21	1,45	1,33	60	56	58
Hela riket	52154	53710	105864	30	30	30	2,72	2,84	2,78	1,18	1,19	1,18	63	62	63