



Socioekonomi och tandhälsa

hos barn och unga i Östergötland 2021

Folkhälso- och statistikenheten
Tandvårdsenheten
Folktandvården
Enheten för samhällsplanering

www.regionostergotland.se

Ann Ingemansson Hultquist	Folktandvården
AnneLie Johansson	Folkhälso- och statistikenheten
Berit Mastrovito	Tandvårdsenheten
Caroline Blomma	Tandvårdsenheten
Kerstin Gustafsson	Folktandvården
Mayumi Oskarsson	Enheten för samhällsplanering
Åsa von Post	Folktandvården

Diarie nr: RÖ 2022/9645

Sammanfattning

Region Östergötland har kartlagt tandhälsoutvecklingen hos barn och unga relaterat till socioekonomiska förutsättningar sedan 1999, som en del av regionens planeringsansvar för tandvården. Kartläggningen utgör underlag vid planering och utvärdering av hälsofrämjande åtgärder i områden med större behov för att därmed minska ojämlikheter i tandhälsan.

Syftet med denna rapport var att uppdatera den socioekonomiska indelningen i Östergötland samt följa tandhälsans fördelning hos 6- och 19- åringar i relation till socioekonomi till och med år 2021.

I årets rapport har metoden behövt justeras vilket medfört att en jämförelse med tidigare rapporter inte varit möjlig. Som definition för socioekonomisk status (SES) användes måttet andelen hushåll med en disponibel inkomst lägre än 60 procent av den nationella medianårsinkomsten. De geografiska områdena (DeSO) rangordnades från högst till lägst SES och delades in i sex socioekonomiska nivåer med 20-, 20-, 20-, 20-, 10- och 10 procent av områdena i respektive grupp. Fördelningen av SES nivåer samt andelen 6-åringar med karies över Östergötland visualiserades på kartor.

Då endast 48 procent av 19-åringarna i Östergötland undersöktes år 2021 betraktades resultatet för 19-åringarna som osäkra.

Resultatet visade att skillnaderna i tandhälsa mellan områden med olika SES var stora i båda åldersgrupperna, men allra störst hos 6-åringarna. För bägge grupperna sågs en tydlig gradient i ökad karieserfarenhet med minskad SES.

I områden med högst SES var andelen kariesfria 6-åringar 88 procent att jämföra med 49 procent i områden med lägst SES, respektive 60 procent i områden med näst lägst SES. Också för 6-åringar med mycket karies (dmft>5) sågs motsvarande fördelning (1% i områden med högst SES, 20 % i områden med lägst SES).

Andelen kariesfria 19-åringar var 58 procent i områden med högst SES att jämföra med 28 procent i områden med lägst.

Kartorna visade att för de flesta områden sammanfaller låg SES med en hög kariesprevalens (<60% kariesfria 6-åringar) i området, men att det fanns områden med högre SES men med en stor andel kariessjuka barn.

Barns tandhälsa påverkas av ett komplicerat samspel av flera faktorer såsom familjens levnadsvanor, socioekonomiska situation och sociala nätverk men är genom samverkan med andra samhällsaktörer möjlig att påverka till det bättre. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård framgår att samverkan mellan tandvården och andra samhällsaktörer (hälso- och sjukvård, barnhälsovård, skola, socialtjänst med flera) är viktig för att främja en god munhälsa i befolkningen. Särskilt viktig är samverkan inom de bostadsområden där risk för ohälsa generellt sett är högre och där en större andel av barnen har karies.

Slutsatser

- Sambandet mellan socioekonomi och tandhälsa var tydligt också år 2021, framförallt för 6-åringar
- Områden med lägst och näst lägst SES hade markant lägre kariesfrihet än områden med högre SES
- Det fanns områden med högre SES men med hög andel kariessjuka barn
- Samverkan mellan samhällsaktörer kan bidra till en bättre och mer jämlik munhälsa hos barn

Innehåll

1	Inledning.....	5
2	Bakgrund	5
3	Syfte	6
4	Material och metod	7
4.1	Tandhälsvariabler	7
4.2	Underlag för rapporten.....	7
4.3	Socioekonomisk indelning	8
4.4	Indelning utifrån kariesfrihet.....	9
5	Resultat	10
5.1	Befolkningsstorlek och befolkningens sammansättning	10
5.2	Tandhälsans utveckling	10
5.3	Tandhälsan i områden med olika socioekonomisk status	11
5.4	Hur har tandhälsan i relation till socioekonomi förändrats sedan år 1999?	13
5.5	Samband mellan grad av kariesfrihet och socioekonomi i framtagna kartbilder	14
6	Diskussion	14
7	Socioekonomiska kartor och karieskartor i Östergötland 2021.....	18
8	Referenser.....	39

1 Inledning

I den svenska tandvårdslagen (1985:125) anges att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen (1).

Regeringens mål inom folkhälsoarbetet är att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor, samt att de hälsoklyftor som är möjliga att påverka ska vara slutna inom en generation. I ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige mycket god och för de allra flesta är utvecklingen positiv men skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper.

Rapporten "Socioekonomi och tandhälsa hos barn och unga i Östergötland år 2021" beskriver socioekonomiska förhållanden och tandhälsa hos barn och unga i Östergötland. Rapporten är avsedd att utgöra ett underlag vid planering och utvärdering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i områden med större behov och därmed minska ojämlikheter i tandhälsan.

2 Bakgrund

WHO har ställt upp olika mål för barns tandhälsa i Europa. Målet för 6-åringar år 2020 var att 80 procent skulle vara helt kariesfria. Detta mål är ännu inte uppnått i Sverige där resultatet år 2021 visar en 75 procentig kariesfrihet bland 6-åringar.

WHO-målet för 12-åringar i Europa är att antalet kariesade eller fyllda tänder inte ska överstiga ett medelvärde på 1,5 tänder. År 2021 var detta värde i Sverige hos 12-åringar 0,7. Vid en internationell jämförelse uppvisar svenska 12-åringar en mycket god tandhälsa (2,3).

Tandhälsan hos barn och unga i Sverige har stadigt förbättrats genom åren men är ojämnt fördelad mellan socioekonomiskt starka respektive svaga områden (4,5). Dessa skillnader i tandhälsa mellan barn och unga från olika socioekonomiska områden tenderar att kvarstå över tid och kan påverka individens tandhälsotillstånd genom hela livet (6). Förebyggande insatser till barn och unga bidrar till en god och mer jämlik tandhälsa i hela befolkningen och forskningen visar att bäst resultat fås genom att bryta ett negativt förlopp så tidigt som möjligt (7).

Majoriteten av barn och unga i Sverige har i dagsläget en mycket god tandhälsa. Tandhälsoutvecklingen visar sedan slutet av 1930-talet en positiv trend där ett klart samband ses med riksdagsbeslutet från år 1938 om införande av organiserad skoltandvård i Sverige (8). Uppbyggnaden av Folktandvården och införandet av den allmänna tandvårdsförsäkringen år 1974 är två viktiga händelser som haft stor inverkan på den positiva utvecklingen av munhälsa som ägt rum i Sverige. Munhälsan för barn och unga förbättrades avsevärt under en relativt kort tidsperiod (9,5).

I ett flertal vetenskapliga studier, både nationellt och internationellt, har tandhälsan hos barn och unga visat sig ha ett mycket starkt samband med socioekonomiska förhållanden (4,10,11,12).

År 1985 började Socialstyrelsen samla in och sammanställa uppgifter om tandhälsa hos barn och unga och har sedan dess årligen analyserat tandhälsans utveckling i Sverige (13). År 2013 publicerade Socialstyrelsen en fördjupad rapport om sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga (4) som uppdaterades år 2022. Rapporterna visar att det finns ett signifikant samband mellan barnens och deras föräldrars tandhälsa. Karies är vanligare bland barn och unga vars föräldrar själva har dålig tandhälsa. De starkaste riskindikatorerna för karies (14) bland barn och unga är enligt rapporten:

- *föräldrarna är invandrade från länder utanför Norden och Västeuropa*
- *familjen får ekonomiskt bistånd*
- *föräldrarna har låg utbildningsnivå*
- *föräldrarna besöker sällan tandvården för undersökning*
- *föräldrarna är unga*
- *föräldrarna har dålig tandhälsa*

Enligt tandvårdslagen ansvarar regionerna för planering av tandvården. Av 8§ i tandvårdslagen framgår att "Regionen ska planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Regionen ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård" (1).

Sedan år 1999 har Region Östergötland i rapportserien "Socioekonomi och tandhälsa hos barn och ungdomar i Östergötland" vart tredje år kartlagt tandhälsoutvecklingen hos barn och unga i åldrarna 6- och 19 år relaterat till socioekonomiska förutsättningar (15).

Tidigare socioekonomiska rapporter visar en försämring i tandhälsan framförallt hos yngre barn bosatta i socioekonomiskt svagare områden. Sedan flera år har Folk tandvården haft i uppdrag att minska ojämlikheter i tandhälsa hos barn och unga. Detta sker genom särskilda satsningar i de områden som uppvisar den sämsta tandhälsan, de så kallade "Gula fläckar områdena" (16). Ett flertal projekt med varierande inriktning och med avsikt att förbättra tandhälsan har genomförts.

Covid-19 har sedan år 2020 haft stor påverkan på tandvården. Restriktioner på grund av pandemin har inneburit en eftersläpning avseende undersökningar och icke-prioriterad vård (17).

I tidigare rapporter har andelen undersökta barn och unga i aktuella åldrar varierat mellan 75-95 procent. År 2021 undersöktes 93 procent av 6-åringarna och endast 48 procent av 19-åringarna vilket innebär att resultaten för 19-åringarna får betraktas som osäkra (18).

I årets rapport har ett flertal variabler i metoddelen ändrats såsom det socioekonomiska indexet och den geografiska områdesindelningen. Ändringarna har utförts i enlighet med nyare rön för att resultatet ska bli mer korrekt jämförbart med andra regionala, nationella och internationella uppföljningar. Förändringen medför att en jämförelse med tidigare års resultat inte kan genomföras.

3 Syfte

Att uppdatera den socioekonomiska indelningen i Östergötland samt följa tandhälsans fördelning hos 6- och 19- åringar i relation till socioekonomi.

4 Material och metod

4.1 Tandhälsovariabler

Studien omfattar samtliga inrapporterade tandhälsovariabler för 6- och 19-åringar i Östergötlands län år 2021 från Folk tandvården och privattandvården.

De tandhälsovariabler som använts är följande;

Tabell 1. Tandhälsovariabler

dmft=0	Andel 6-åringar med kariesfria mjölk tänder
dmft>5	Andel 6-åringar med fler än fem kariesade mjölk tänder
DFT=0	Andel 19-åringar med kariesfria permanenta tänder
DFT>5	Andel 19-åringar med fler än fem kariesade permanenta tänder
DFSa=0	Andel 19-åringar med kariesfria kontaktytor i det permanenta bettet
DFSa>5	Andel 19-åringar med fler än fem kariesade kontaktytor i det permanenta bettet
D, d	<i>Decayed.</i> Kariesad tand eller tandyta
m	<i>Missing.</i> Tand eller tandyta som saknas
F, f	<i>Filled.</i> Tand eller tandyta försedd med fyllning
T, t	<i>Tooth.</i> Tand
S	<i>Surface.</i> Tandyta
a	<i>Approximal.</i> Tandyta som gränsar till nästa tand i tandbågen, kontaktyta

Variabler som avser primära tänder skrivs med små bokstäver och variabler som avser permanenta tänder skrivs med stora bokstäver. Med kariesfria individer avses de som har tänder eller kontaktytor fria från manifest karies (karies som går igenom emaljen in i dentinet-tandbenet).

4.2 Underlag för rapporten

Underlag från allmäntandvården (Folk tandvården och privattandvården) avseende karies och kariesfrihet för barn och unga inhämtades i början av året. Uppgifterna kopplades därefter till barnens folkbokföringsadress. Socioekonomi och fastighetsbeteckning hämtades från Statistiska Centralbyrån (SCB) (19) och databasen Master där uppgifterna finns tillgängliga i slutet av våren. Kartbilderna togs fram enligt systemet GIS (geografiska informationssystem) med information från Lantmäteriet. De statistiska analyserna är utförda i SPSS.

Rapporten är ett samarbetsprojekt mellan Folkhälso- och statistikenheten, Tandvårdsenheten, Folk tandvården och Enheten för samhällsplanering inom Region Östergötland.

4.3 Socioekonomisk indelning

Det index som utgör grunden för den socioekonomiska indelningen per område baseras på disponibel inkomst per konsumtionsenhet år 2020 (19). Hushåll med en disponibel inkomst lägre än 60 procent av den nationella medianårsinkomsten definierades som hushåll med låg ekonomisk standard, vilket är ett internationellt använt mått för socioekonomisk utsatthet (20,21). För år 2020 var gränsen för låg ekonomisk standard 159 601 kronor. Data erhöles från SCB och uttaget gjordes via databasen Supercross. Indexet är därmed ändrat från tidigare rapporter där disponibel inkomst och andel höginkomsttagare inom respektive geografiskt område använts. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet ska på ett mer korrekt vis spegla de ekonomiska förutsättningar en familj har genom att ta hänsyn till hur många den disponibla inkomsten ska försörja.

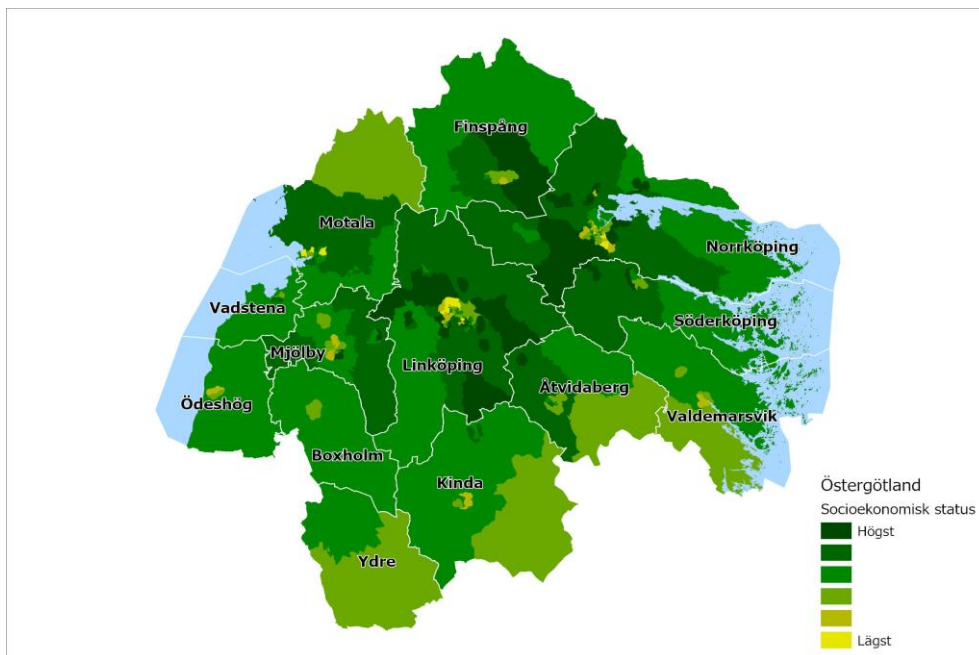
Områdesindelningen baseras på SCB:s områdesmått DeSO (demografiskt statistikområde) (22,11). I tidigare rapporter har NYKO4 (nyckelkodsområden nivå 4) använts som geografisk indelning vilket är en indelning kommunerna själva valt. Flera kommuner har frångått en geografisk indelning enligt NYKO4 modell. Indelningen i DeSO är mindre detaljerad (700 -2 700 invånare) än NYKO4 (≤ 200 invånare). Den innebär fler individer per område men också en stabilare socioekonomisk nivåindelning över tid, vilket gör den mindre känslig för extrema värden hos enstaka familjer i området. En konsekvens av detta är att områdena kommer att se "friskare" ut när det blir ett större antal barn inom varje område.

De geografiska områdena rangordnas från högst socioekonomi med lägst andel hushåll med låg ekonomisk standard, till lägst socioekonomi med högst andel hushåll med låg ekonomisk standard och delas in i sex olika socioekonomiska nivåer, SES (Socioekonomiskt status).

Fördelningen av antalet DeSO inom de sex socioekonomiska grupperna är satta till 20-, 20-, 20-, 20-, 10- och 10 procent från högsta till lägsta SES-nivå. Nivåindelningen är en förändring mot tidigare rapporter där indelningen var fem socioekonomiska nivåer satta till 10-, 20-, 40-, 20- och 10 procent från högsta till lägsta SES-nivå. Förändringen görs för att möjliggöra en mer detaljerad analys av områden med låg och mycket låg SES-nivå där tidigare studier visat en gradvis sämre hälsa vid succesivt minskat socioekonomiskt status, den så kallade gradienten i hälsa (23, 15, 11).

De sex socioekonomiska nivåerna har tilldelats varsin färg och lagts in på kartor över Östergötland. De gulfärgade områdena är de med lägst socioekonomi och de mörkgröna de med högst socioekonomi.

Figur 1. Socioekonomisk indelning i Östergötland enligt DeSO år 2021

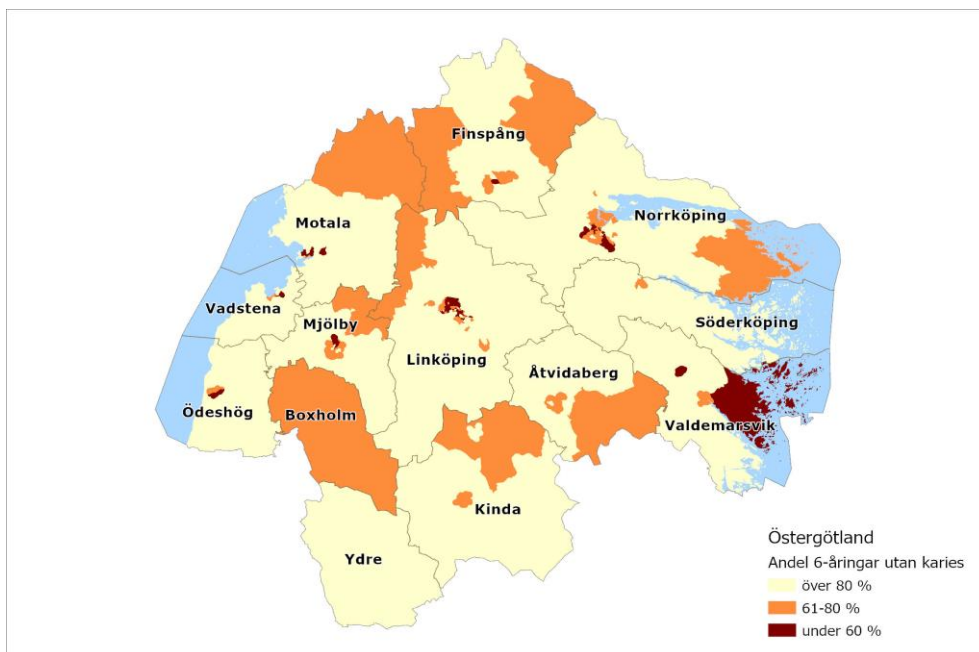


4.4 Indelning utifrån kariesfrihet

Graden av kariesfrihet hos 6-åringar definieras i tre nivåer: över 80 procent kariesfria, 61-80 procent kariesfria samt under 60 procent kariesfria.

De tre nivåerna av kariesfrihet har tilldelats varsin färg och lagts in på kartor över Östergötland. De brunfärgade områdena är de med lägst kariesfrihet och de ljusgula de med högst kariesfrihet.

Figur 2. Indelning utifrån kariesfrihet i Östergötland enligt DeSO år 2021



5 Resultat

5.1 Befolkningsstorlek och befolkningens sammansättning

Tabell 2. Beskrivning av de sex socioekonomiska nivåerna år 2021

	Högst 20%	Högre 20%	Mellerst 20%	Lägre 20%	Näst lägst 10%	Lägst 10%
Antal invånare	68 544	87 994	112 569	107 417	48 514	41 508
Medel av disponibel inkomst per konsumtionsenhet	345 762	317 363	303 912	270 296	234 201	177 273
Andel (%) högutbildade 25-64 år	37	31	28	25	27	17
Andel (%) förvärvsarbete 19-64 år	88	86	82	75	64	52
Andel (%) utrikesfödda	8	7	11	17	30	50
Andel (%) med utländsk härkomst	11	10	14	22	40	65
Andel (%) barn 0-19 år	30	25	19	19	23	30

Data gällande disponibel inkomst är från år 2020

Tabellen visar stora skillnader i disponibel inkomst, utbildningsnivå, andel förvärvsarbete och andel med utländsk härkomst mellan de olika socioekonomiska nivåerna. Den visar också hur andelen socioekonomiskt utsatta ökar gradvis för var SES nivå, med en minskande andel förvärvsarbete, högutbildade och en ökande andel utrikesfödda från högsta till lägsta SES nivån. Sammanlagt bodde cirka 23 500 barn (27 %) i områden med lägst och näst lägst SES.

5.2 Tandhälsans utveckling

I underlaget för år 2021 ingår 5 170 6-åringar (93% av populationen) och 2 589 19-åringar (48% av populationen). Resultaten för åldersgruppen 19 år bedöms som osäkra.

Tabell 3. Tandhälsa hos 6- och 19- åringar i Östergötland år 2006-2021 (andel i %)

		2006	2009	2012	2015	2018	2021
6 år	dmft=0	74	78	77	75	72	78
	dmft>5	5	5	6	7	8	6
19 år	DFT=0	25	27	33	35	41	49
	DFT>5	18	18	13	13	13	9
	DFSa=0	60	61	66	67	71	77
	DFSa>5	5	5	4	4	5	3

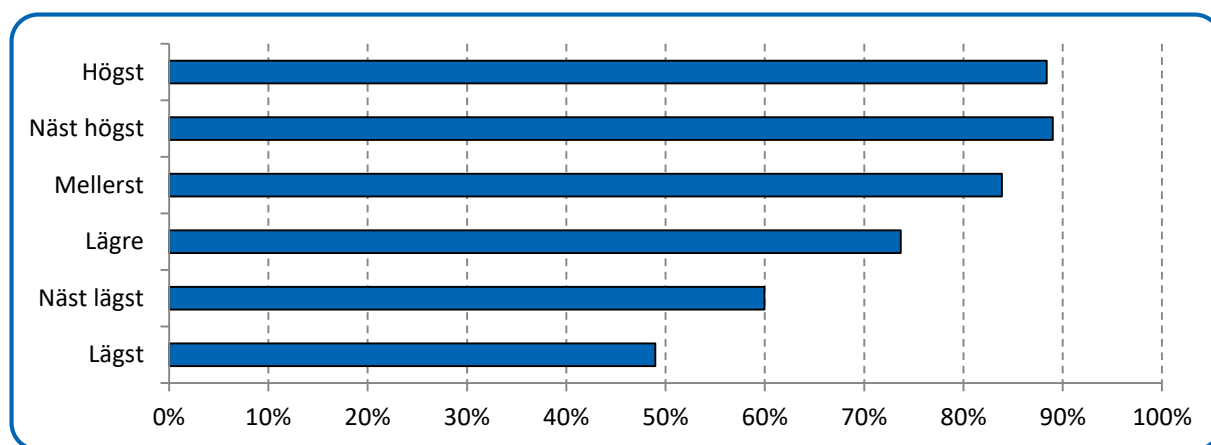
I Östergötland har andelen kariesfria 6-åringar (dmft=0) minskat under tidsperioden 2006-2018 för att sedan öka till samma nivå som år 2009. En liknande utveckling ses hos andelen 6-åringar med mycket karies (dmft>5) där andelen 6-åringar med mycket karies minskat minskat efter år 2018.

Tandhälsan för 19-åringarna har stadigt förbättrats under perioden 2006-2021. Andelen helt kariesfria 19-åringar (DFT=0) har stadigt ökat sedan år 2006 och andelen 19-åringar med mycket karies (DFT>5) har minskat med fem procentenheter. Gruppen med mycket karies mellan tänderna (DFSa>5) har minskat från fem procent till tre procent.

5.3 Tandhälsan i områden med olika socioekonomiskt status

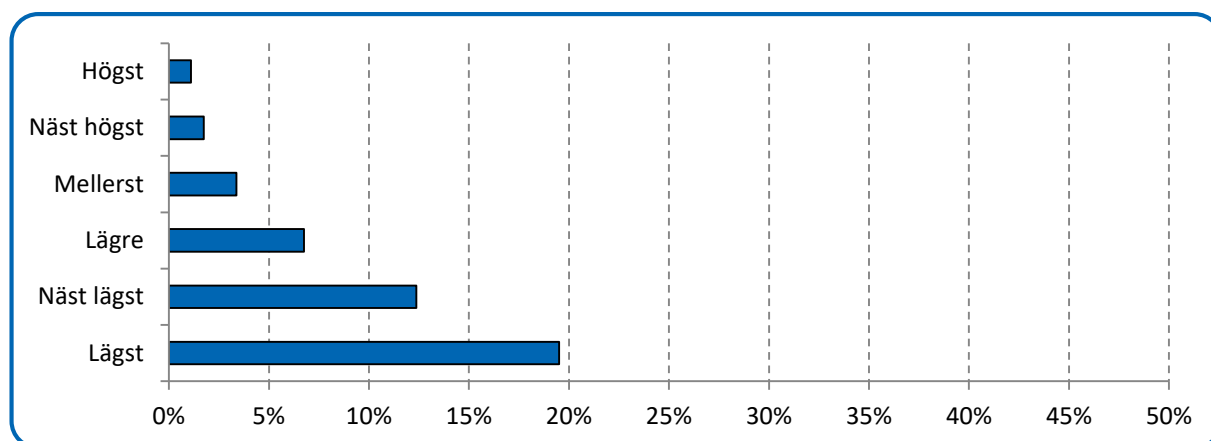
6-åringar

Figur 3. Fördelning av kariesfria (dmft=0) 6-åringar per SES, år 2021



Andel kariesfria i högsta SES: 88,4%. Andel kariesfria i lägsta SES: 48,9%

Figur 4. Fördelning av 6-åringar med mycket karies (dmft>5) per SES, år 2021



Andel med mycket karies i högsta SES: 1,1%. Andel med mycket karies i lägsta SES: 19,5%

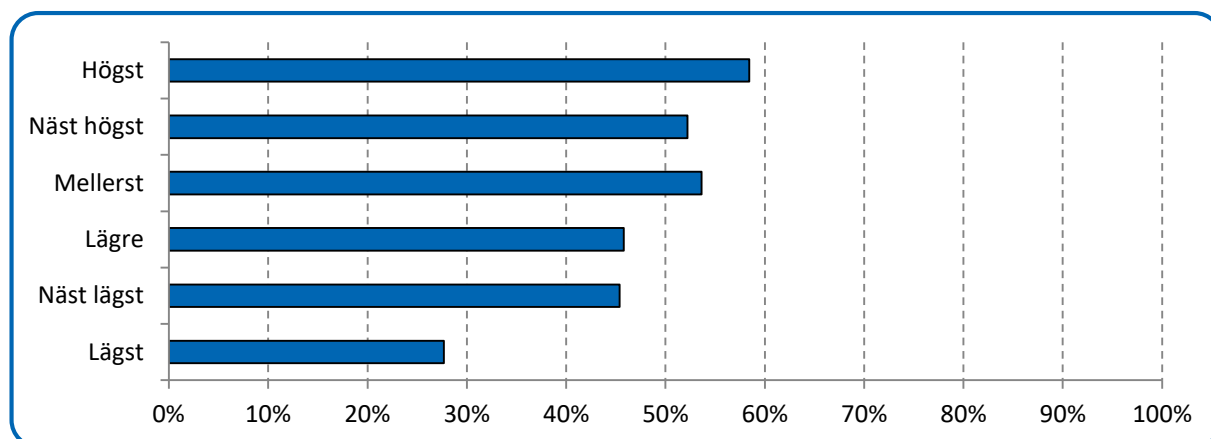
Andelen kariesfria 6-åringar är 88 procent i områden med högst SES att jämföra med 49 procent i områden med lägst SES, respektive 60 procent i områden med näst lägst SES (figur 3). 6-åringar med mycket karies (dmft>5) är en procent i områden med högst SES och 20 procent i områden med lägst SES (figur 4).

Andelen 6-åringar med mycket karies är högst i de två lägsta socioekonomiska nivåerna.

Diagrammen visar en tydlig gradient i ökad karieserfarenhet med minskad SES.

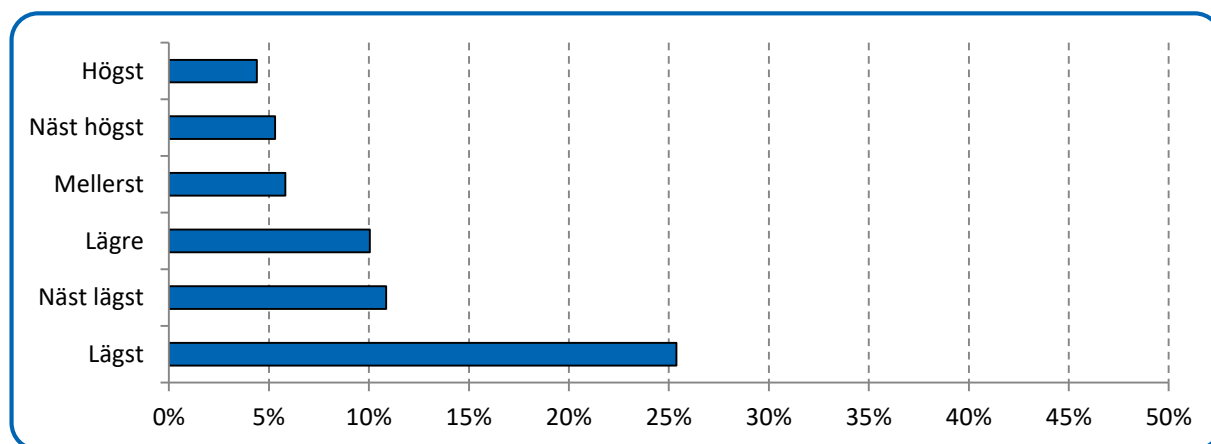
19-åringar

Figur 5. Fördelning av kariesfria (DFT=0) 19-åringar per SES, år 2021



Andel kariesfria i högsta SES: 58,4%. Andel kariesfria i lägsta SES: 27,7%. Resultatet för åldersgruppen 19 år bedöms som osäkra, (48% av populationen).

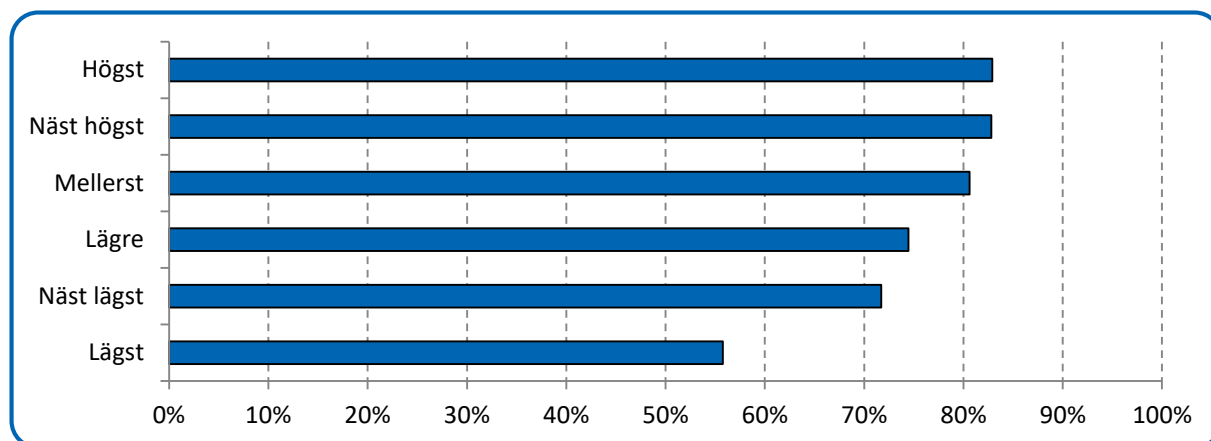
Figur 6. Fördelning av 19-åringar med mycket karies (DFT>5) per SES, år 2021



Andel med mycket karies i högsta SES: 4,4%. Andel med mycket karies i lägsta SES: 25,4%. Resultatet för åldersgruppen 19 år bedöms som osäkra, (48% av populationen).

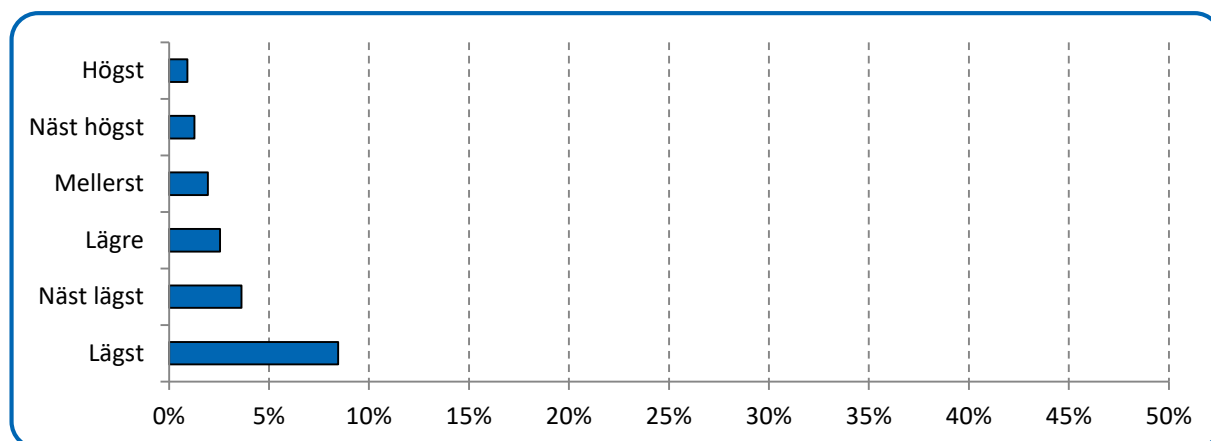
Andelen kariesfria 19-åringar är 58 procent i områden med högst SES att jämföra med 28 procent i områden med lägst SES (figur 5). Andelen 19-åringar med mycket karies (dmft>5) är fyra procent i områden med högst SES och 25 procent i områden med lägst SES (figur 6).

Figur 7. Fördelning 19-åringar med kariesfria kontaktytor (DFSa=0) per SES, år 2021



Andel kariesfria kontaktytor i högsta SES: 82,9%. Andel kariesfria kontaktytor i lägsta SES: 55,8%. Resultatet för åldersgruppen 19 år bedöms som osäkra, (48% av populationen).

Figur 8. Fördelning 19-åringar med mycket karies i kontaktytorna (DFSa>5) per SES, år 2021



Andel med mycket karies i kontaktytorna i högsta SES: 0,9%. Andel med mycket karies i kontaktytor i lägsta SES: 8,46%. Resultatet för åldersgruppen 19 år bedöms som osäkra, (48% av populationen).

Andelen 19-åringar med kariesfria kontaktytor (DFSa=0) är 83 procent i områden med högst SES och 56 procent i områden med lägst SES (figur 7).

Andelen 19-åringar med fler än fem kariesskadade kontaktytor (DFSa>5) är en procent i områden med högst SES och åtta procent i områden med lägst SES (figur 8).

5.4 Hur har tandhälsan i relation till socioekonomi förändrats sedan år 1999?

På grund av justeringar i metodiken för uppföljningen av tandhälsa och socioekonomi är det inte möjligt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen av tandhälsan i relation till socioekonomi. Ett fördjupat resonemang finns i diskussionsavsnittet.

5.5 Samband mellan grad av kariesfrihet och socioekonomi i framtagna kartbilder

Områden med låg kariesfrihet överensstämmer i stort med de områden som uppvisar de två lägsta socioekonomiska nivåerna.

Det finns dock något område som har låg grad av kariesfrihet utan att tillhöra de två lägsta socioekonomiska nivåerna.

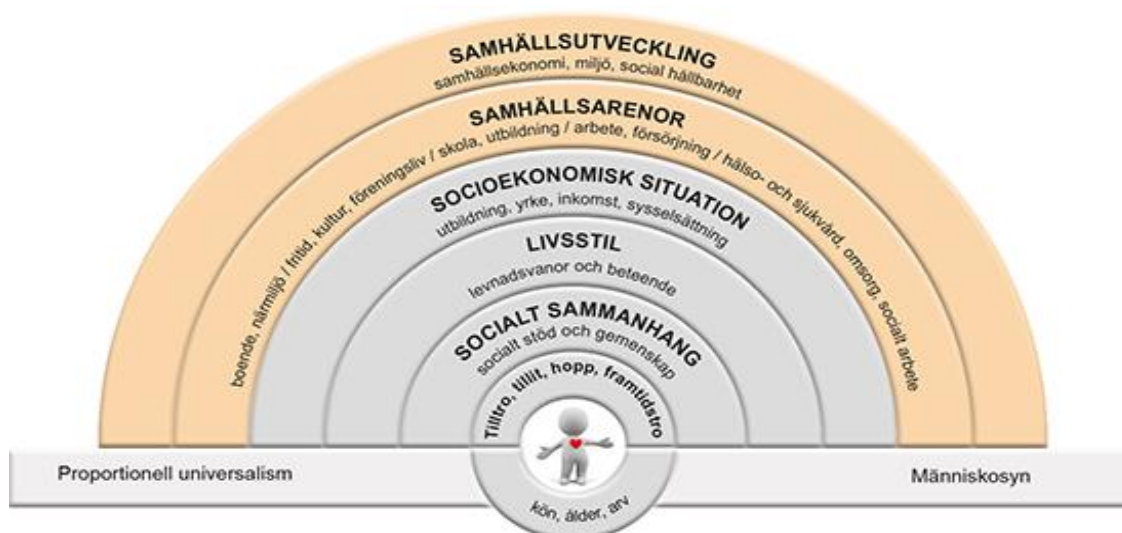
6 Diskussion

Begreppet Hälsa

Ojämlighet i hälsa uppstår utifrån de förhållanden som råder där människor föds, växer upp, lever, arbetar och åldras i ett livsloppsperspektiv. Detta innebär att hälsa och ojämlikhet i hälsa är ett resultat av processer som pågått hela livet. Världshälsoorganisationen (WHO) framhåller att tandhälsa är en integrerad del av människors generella hälsa, att en god tandhälsa utgör en viktig del av individens livskvalitet och välbefinnande och att en dålig tandhälsa utgör hinder för människors möjligheter i skolan, i arbetet och i privatlivet (23). WHO beskriver tandhälsan som "en betydelsefull komponent i den allmänna hälsan hos en individ".

En individs förutsättningar för god hälsa påverkas av ett komplicerat samspel av bestämningsfaktorer för hälsa. Dessa beskrivs i Östgötakommissionens slutrapport "Östgötamodellen för jämlik hälsa- ett samspel mellan individ, miljö och samhälle" (24). Modellen visar hur komplext arbetet för en god och jämlik hälsa och munhälsa är, men också hur det genom ett strukturerat arbete på samhällsnivå går att påverka individens förutsättningar för hälsa. I modellen synliggörs behovet av samverkan mellan olika aktörer, vilket också stöds av flertalet andra instanser (25,26).

Figur 9. Östgötamodellen för jämlik hälsa- ett samspel mellan individ, miljö och samhälle



En central fråga är vilka förhållanden som är påverkbara för att uppnå en god och jämlik hälsa och munhälsa. Insatser som leder till en mer jämlik hälsa har också visat sig gynna en mer jämlik tandhälsa (26). Genom att ändra fokus från att betrakta karies som en enskild infektionssjukdom till att se att kariessjukdomens riskfaktorer är gemensamma med riskfaktorer för andra kroniska sjukdomar och systemsjukdomar, kan gemensamma insatser göras för hela individens hälsa. En av de riktigt stora utmaningarna är att hälsan påverkas av faktorer under lång tid vilket innebär att det också tar lång tid att åstadkomma förändringar (27).

Hälsa och socioekonomi - att utjämna skillnader i hälsa

I Sverige är målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsan i Sverige har förbättrats över tid, vilket också inkluderar tandhälsan. Andelen kariesfria 6-åringar i Östergötland ökade från 72 procent år 2018 till 78 procent år 2021 (18). Andelen kariesfria 19-åringar uppvisar också förbättringar jämfört med år 2018 då 42 procent var helt kariesfria medan år 2021 kariesfriheten var 49 procent. Resultaten i rapporten visar att tandhälsan hos barn och unga boende i områden med olika socioekonomiska nivåer fortfarande är ojämnt fördelad. Sambanden mellan socioekonomi och tandhälsa finns kvar och ses tydligast hos 6-åringarna.

Kommissionen för jämlik hälsa framhöll att systematiska skillnader i hälsa mellan olika samhällsgrupper i princip är påverkbara (28). Målet är att sluta dessa inom en generation. Folkhälsomyndigheten har tagit fram kärnindikatorer för att följa upp det övergripande folkhälsopolitiska målet och syftet är att på ett samlat sätt följa upp detta mål utifrån folkhälsopolitikens åtta målområden. Detta för att sedan med ett antal generella hälsomått sammanfatta hälsotillståndet och täcka såväl fysisk som psykisk hälsa.

Figur 10. Folkhälsopolitikens åtta målområden



Att ge varje barn en bra start i livet är av stor betydelse för att minska ojämlikhet i hälsa genom livet. Att växa upp med bristande ekonomiska resurser kan påverka ett barns liv negativt genom exempelvis mindre hälsosamma levnadsvanor, sämre skolresultat och trångboddhet (27). Hälsosamma matvanor kan förebygga fetma och karies och på lång sikt också minska risken för bland annat hjärt- och kärlsjukdom samt diabetes. Skillnader mellan barn från olika socioekonomiska grupper tenderar att finnas kvar och påverka individens tandhälsotillstånd genom hela livet (6). Tidiga förebyggande insatser som fokuserar på barn och unga bidrar därför på sikt till en god och mer jämlik tandhälsa i hela befolkningen. Insatser visar sig också få bättre effekt genom samverkan mellan olika vårdutövare vilket visas i Socialstyrelsens uppdaterade nationella riktlinjer för tandvård år 2021, men också internationella studier visar på samarbete som en vinst och en fördel (29).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård framgår att samverkan mellan tandvården och andra samhällsaktörer (hälso- och sjukvård, barnhälsovård, skola, socialtjänst med flera) är viktig för att främja en god munhälsa i befolkningen. Särskilt viktig är samverkan inom de bostadsområden där risk för ohälsa generellt sett är högre och där en större andel av barnen har karies (25). Folktandvården i Östergötland har utökat sitt samarbete med barnhälsovården i socioekonomiskt utsatta områden och bland annat startat upp fluoridsköljning i grundskolans samtliga årskurser.

Inom "Plattformen för jämlik hälso- och sjukvård" i Region Östergötland samlas regionens folkhälsoarbete under ett gemensamt paraply. I samverkan med Östergötlands kommuner, Länsstyrelsen Östergötland och representanter för civilsamhället togs Folkhälsostrategin för Östergötland fram under åren 2021-22 på uppdrag av Region Östergötland. Strategins syfte är att stimulera till ett långsiktigt systematiskt folkhälsoarbete för att nå det nationella folkhälsopolitiska målet att "Skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation". Strategin fokuserar på de åtta målområdena i den nationella folkhälsopolitiken. Insatser inom områdena "Levnadsvanor" och "En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård" kommer att påverka tandvårdens arbete med att förbättra munhälsan i områden med låg socioekonomi. Stort fokus läggs på samverkan med de aktörer som deltagit i utformningen av strategin, för att kunna förbättra kvaliteten i samarbetet.

Förändring av tandhälsan relaterad till socioekonomi över tid

I de två första regionala undersökningarna av sambandet mellan socioekonomi och tandhälsa (1999 och 2002) framkom att det fanns ett samband mellan tandhälsa (karies) och bostadsområdets socioekonomiska förutsättningar. Framförallt skilde sig områdena med sämst och näst sämst socioekonomi från övriga områden och uppvisade en markant sämre tandhälsa. Den metod som då användes för att undersöka sambandet var en klusteranalys, där bostadsområdena (NYKO4) delades in i kluster utifrån flertalet socioekonomiska variabler. Områden med likartade socioekonomiska förutsättningar grupperades i fem nivåer. De socioekonomiska variabler (SCB) som användes ändrades mellan undersökningarna, vartefter SCB justerade sina variabler. År 2006 gjordes en omfattande förändring, där metoden för att ta fram områdenas socioekonomiska förutsättningar utgick från andelen höginkomsttagare i respektive bostadsområde. Inför den nu framtagna rapporten justerades, som beskrivet i metoddelen, metodiken igen på grund av samhällsutvecklingen och kommer sannolikt att förändras fler gånger. Metodförändringarna omöjliggör därför en korrekt beskrivning av förändringar i sambandet mellan socioekonomi och tandhälsa över tid. Sedan starten av rapportserien år 1999 ses ett samband där andelen barn med kariessjukdom gradvis ökat relaterat till sämre socioekonomiska förutsättningar inom respektive bostadsområde och att denna skillnad kvarstår. I en nationell undersökning av Socialstyrelsen framgår att olika socioekonomiska faktorer påverkan på tandhälsan har ändrats mot tidigare analyser. Det allra tydligaste är att grannskap och familjetyp (gifta, sammanboende eller ensamstående) inte tycks påverka risken för karies negativt. Oförändrat är att barn som är utlandsfödda och barn till utlandsfödda, barn boende i hem med låg inkomst och utbildningsgrad, barn till föräldrar med sämre munhälsa och färre tandvårdskontakter har ökad risk för karies (32).

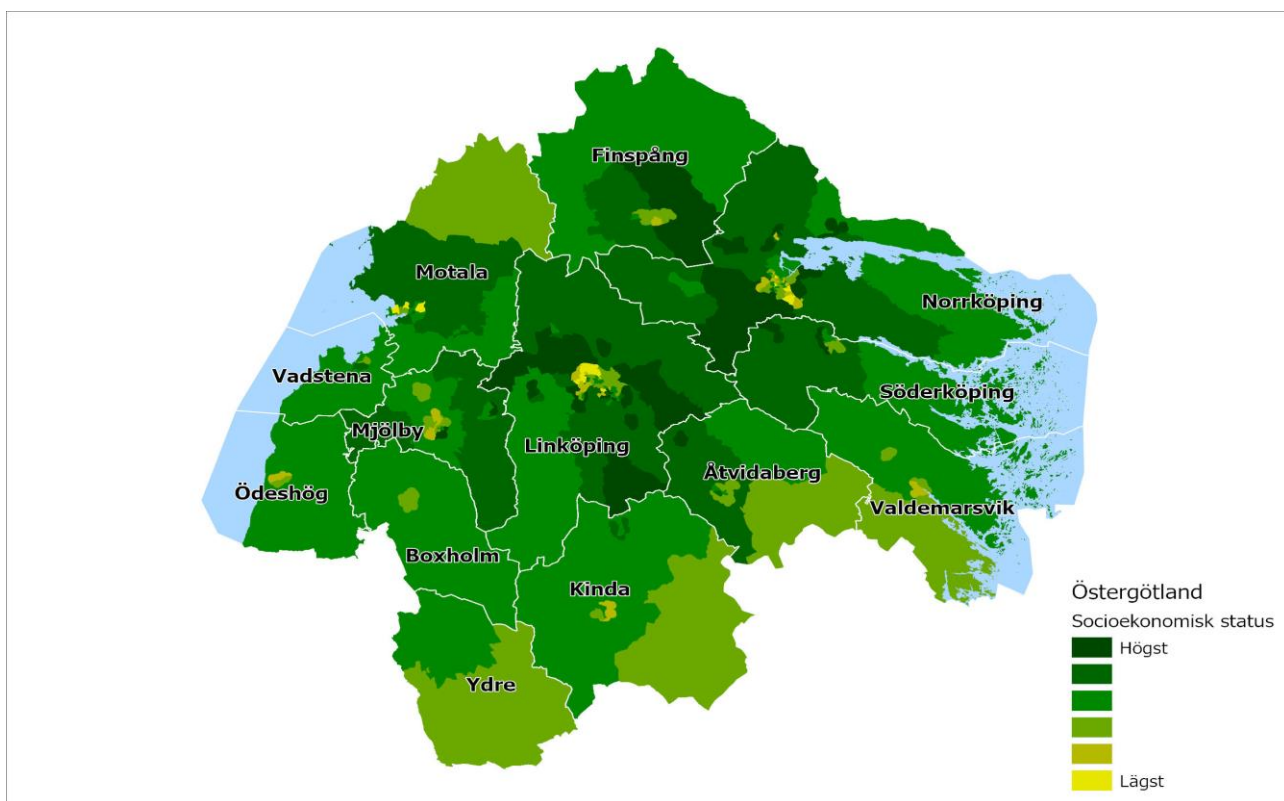
Pandemins påverkan på tandhälsan

Covid-19 pandemin har haft en direkt effekt på människors hälsa genom sjukdom och dödlighet, men också en indirekt påverkan på folkhälsan genom de åtgärder som införts som medfört förändrande livsvillkor och levnadsvanor. Folkhälsomyndigheten beskriver att människor i socioekonomiskt utsatt position drabbats hårdare än andra grupper i befolkningen då konsekvenserna av pandemin och smittskyddsåtgärderna samverkar med sociala och ekonomiska förhållanden (30). Att skolorna varit stängda och att färre barn varit

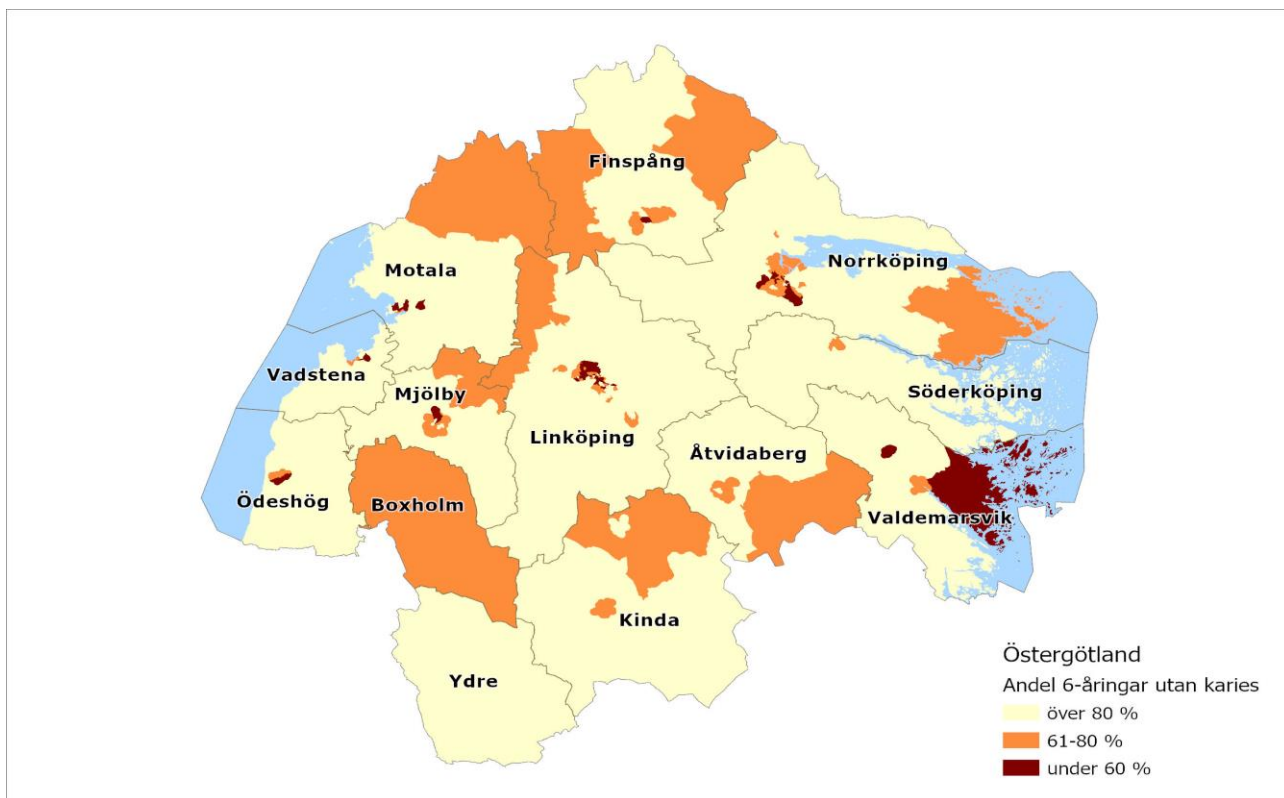
inskrivna på förskola är exempel på omständigheter som påverkat barn och unga olika beroende på vilka sociala och ekonomiska omständigheter de lever under. Vidare har pandemin påverkat utbudet av folkhälsoarbete med inställda, uppskjutna eller förändrade insatser. Nationellt ses ett minskat deltagande i mödravårdens föräldrastödsgrupper vilket tros kunna påverka föräldrars delaktighet i hälsofrämjande aktiviteter för sina barn också i framtiden. I Region Östergötland har Folk tandvården under pandemitiden (april 2020-dec 2021) haft problem med att utföra delar av befolkningsansvaret på grund av restriktionerna men också på grund av en kraftigt begränsad tillgång till samverkansarenor för uppdraget, såsom skola och BVC. Antalet barn och unga i Sverige som besökte tandvården var lägre under pandemin, men något högre år 2021 jämfört med år 2020 (13).

Det är ännu för tidigt att säga hur covid-19 pandemin påverkat tandhälsan hos barn och unga. Folkhälsomyndigheten bedömer att pandemin ytterligare kan komma att förstärka ojämlikheter i hälsa i framtiden. Myndigheten förutser också att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver stärkas för att minska ojämlikheter i hälsa och att det behövs ett bredare samarbete inom välfärdssamhällets olika områden.

7 Socioekonomiska kartor och karieskartor i Östergötland 2021



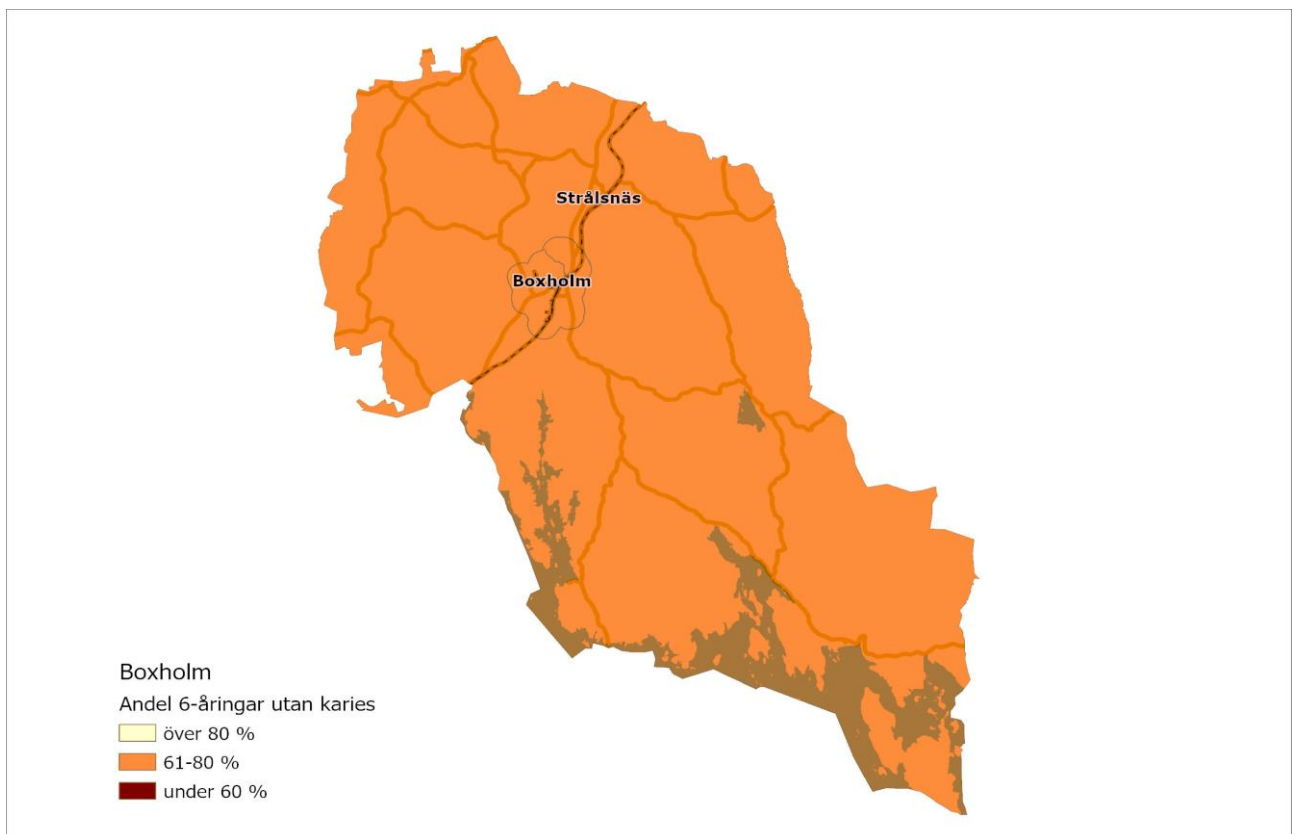
Antal undersökta 6-åringar n=5 170



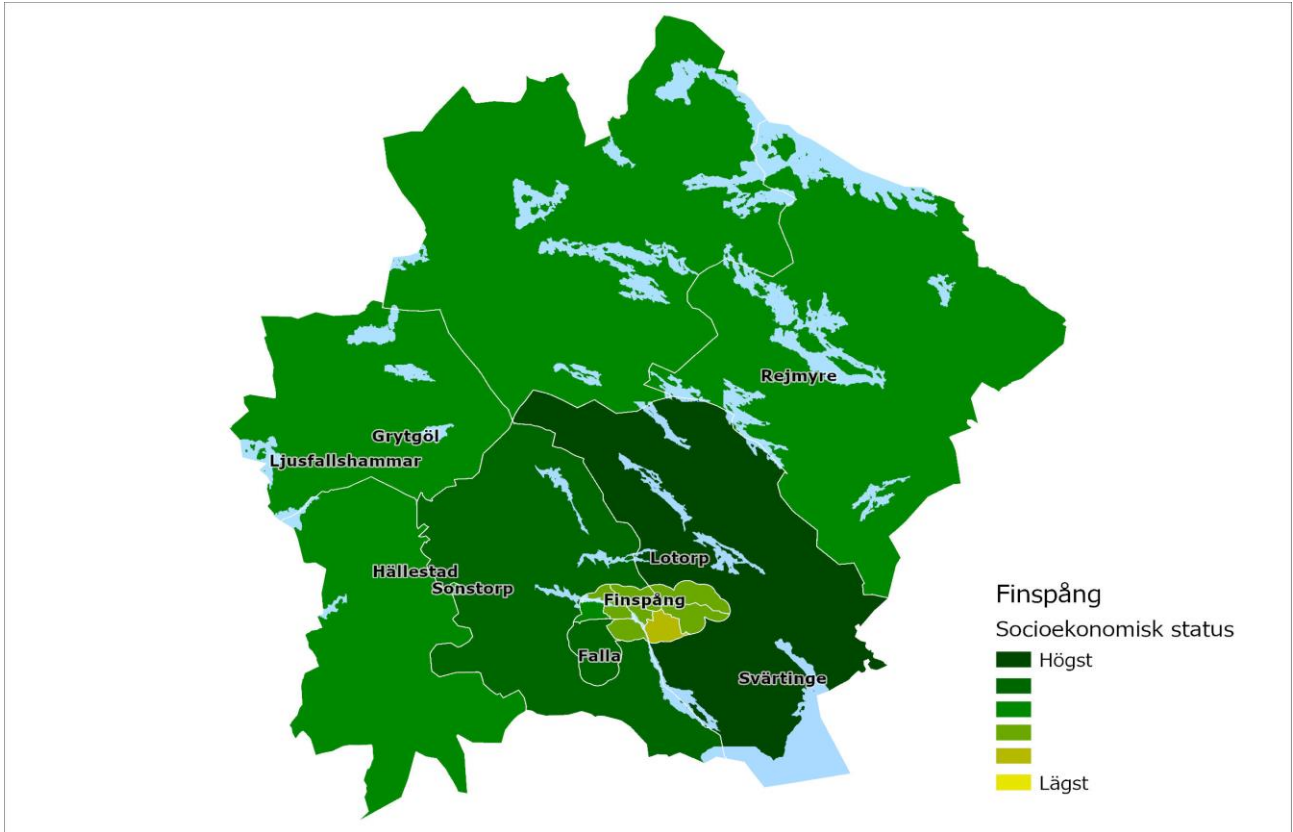
Boxholm



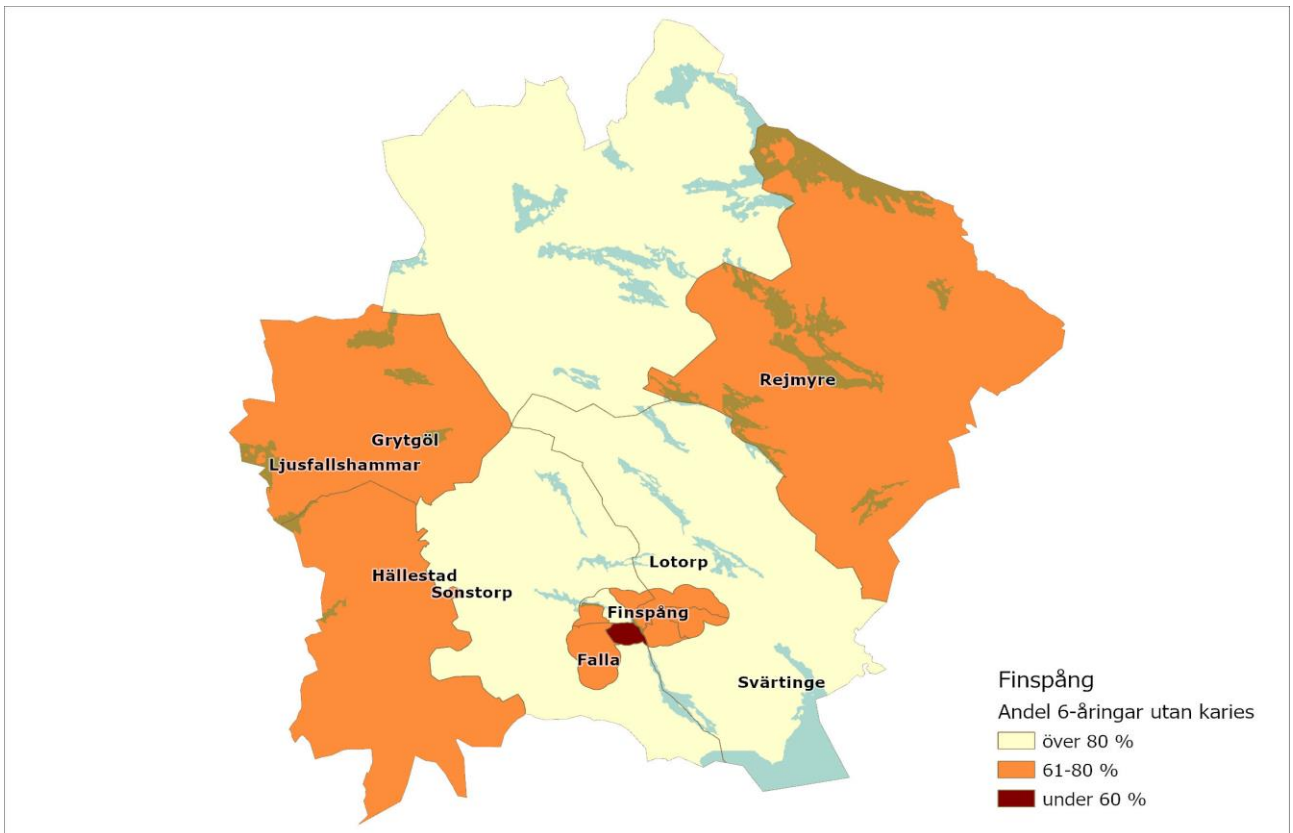
Antal undersökta 6-åringar n=60

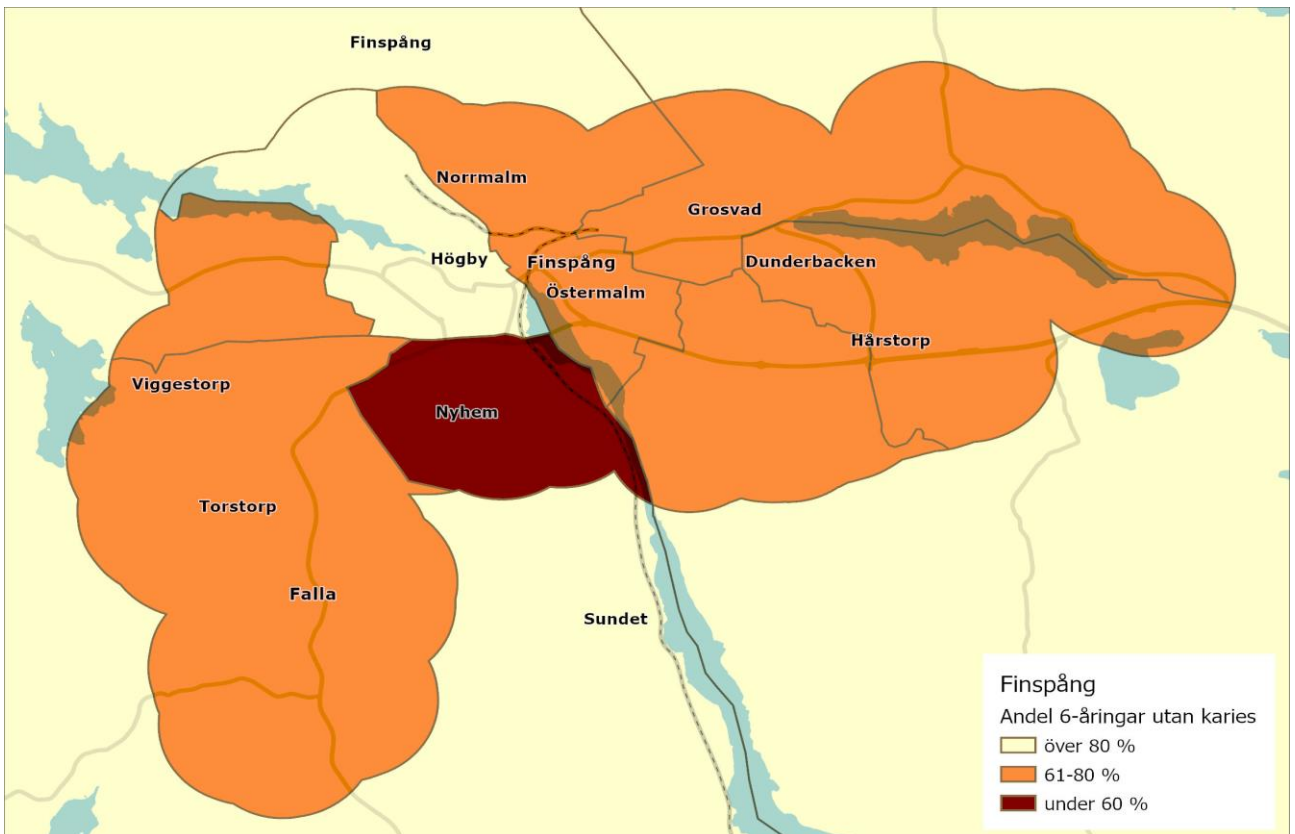
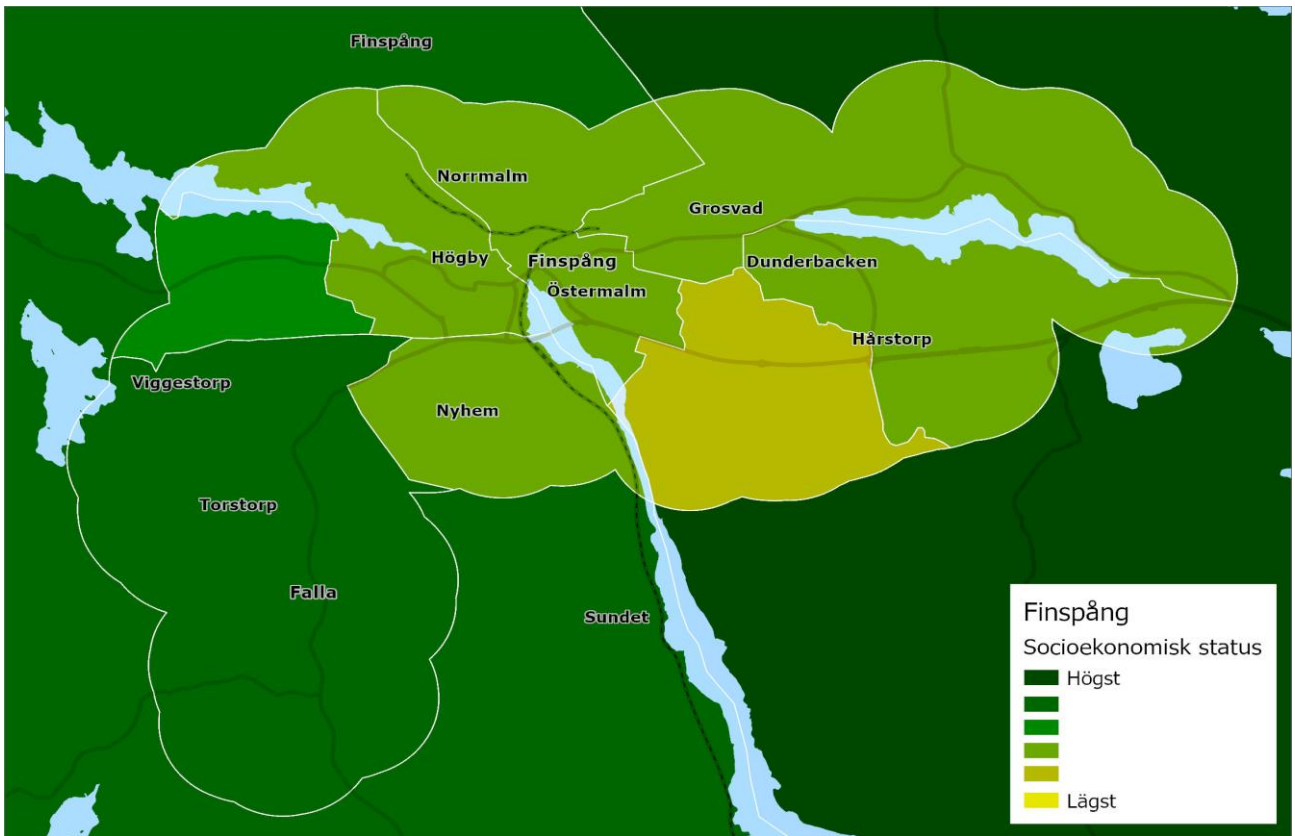


Finspång

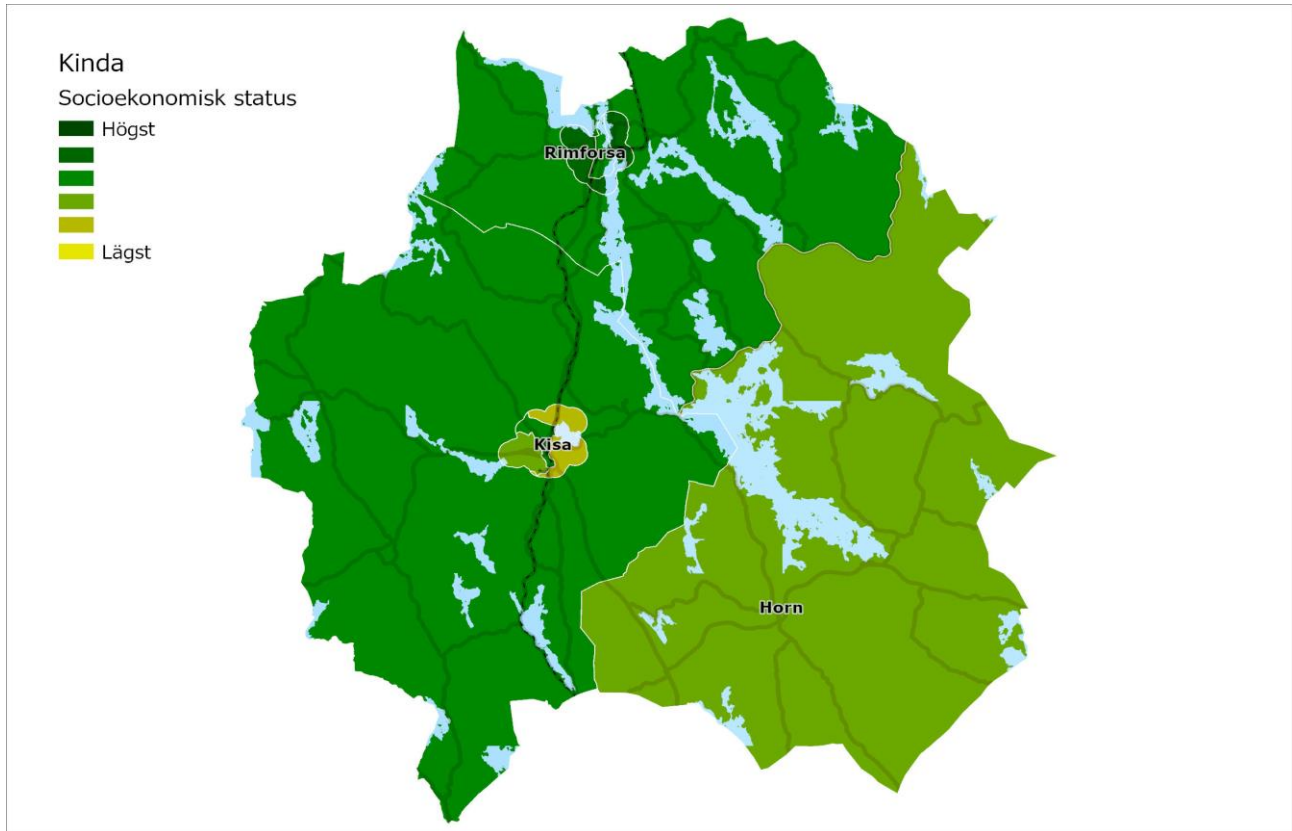


Antal undersökta 6-åringar n=251

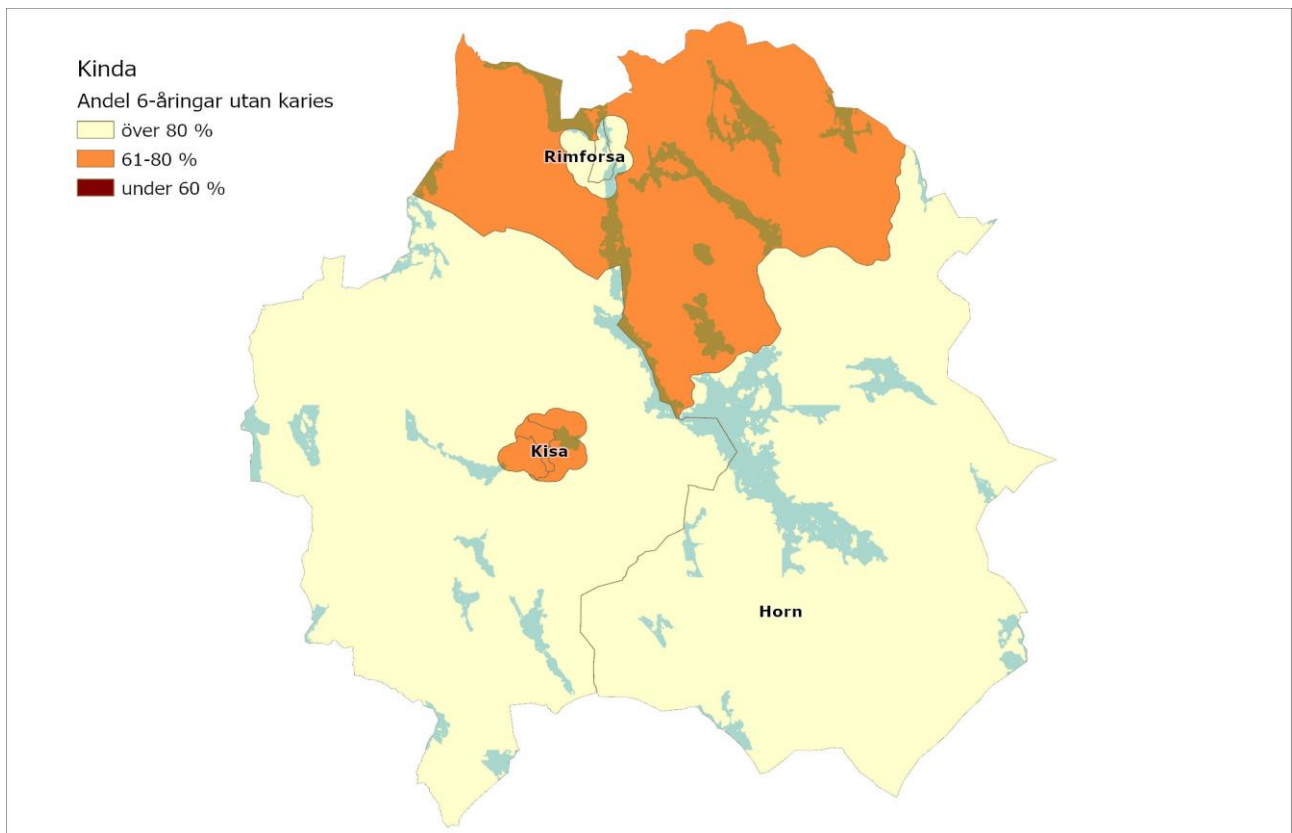




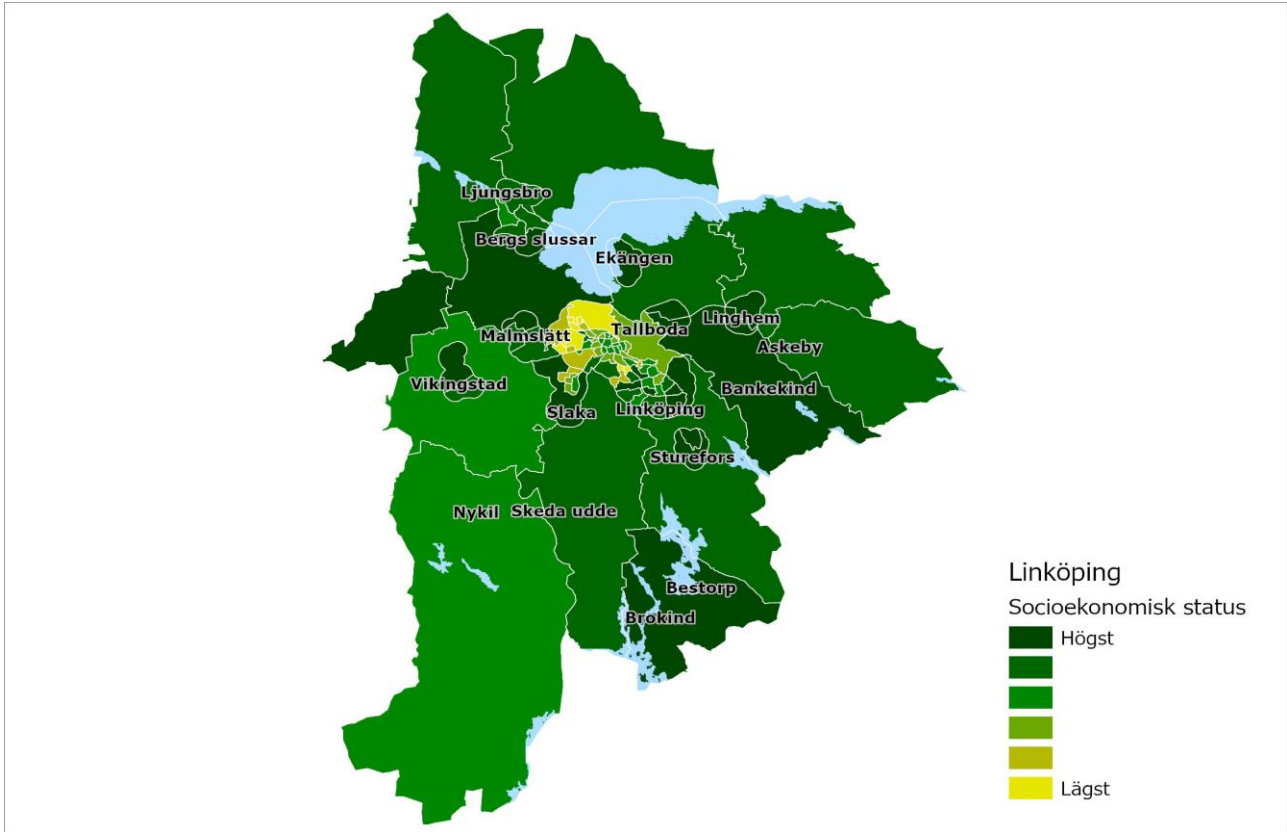
Kinda



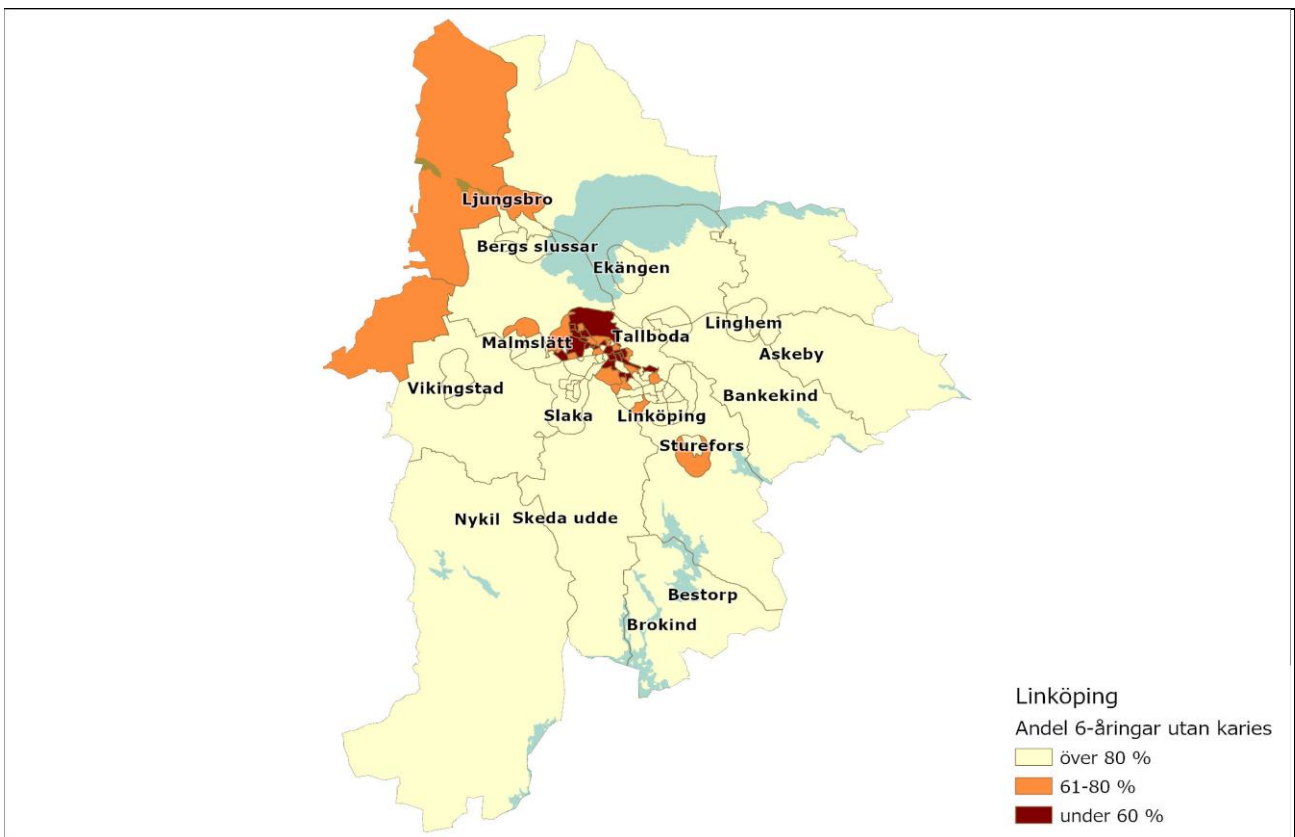
Antal undersökta 6-åringar n=95

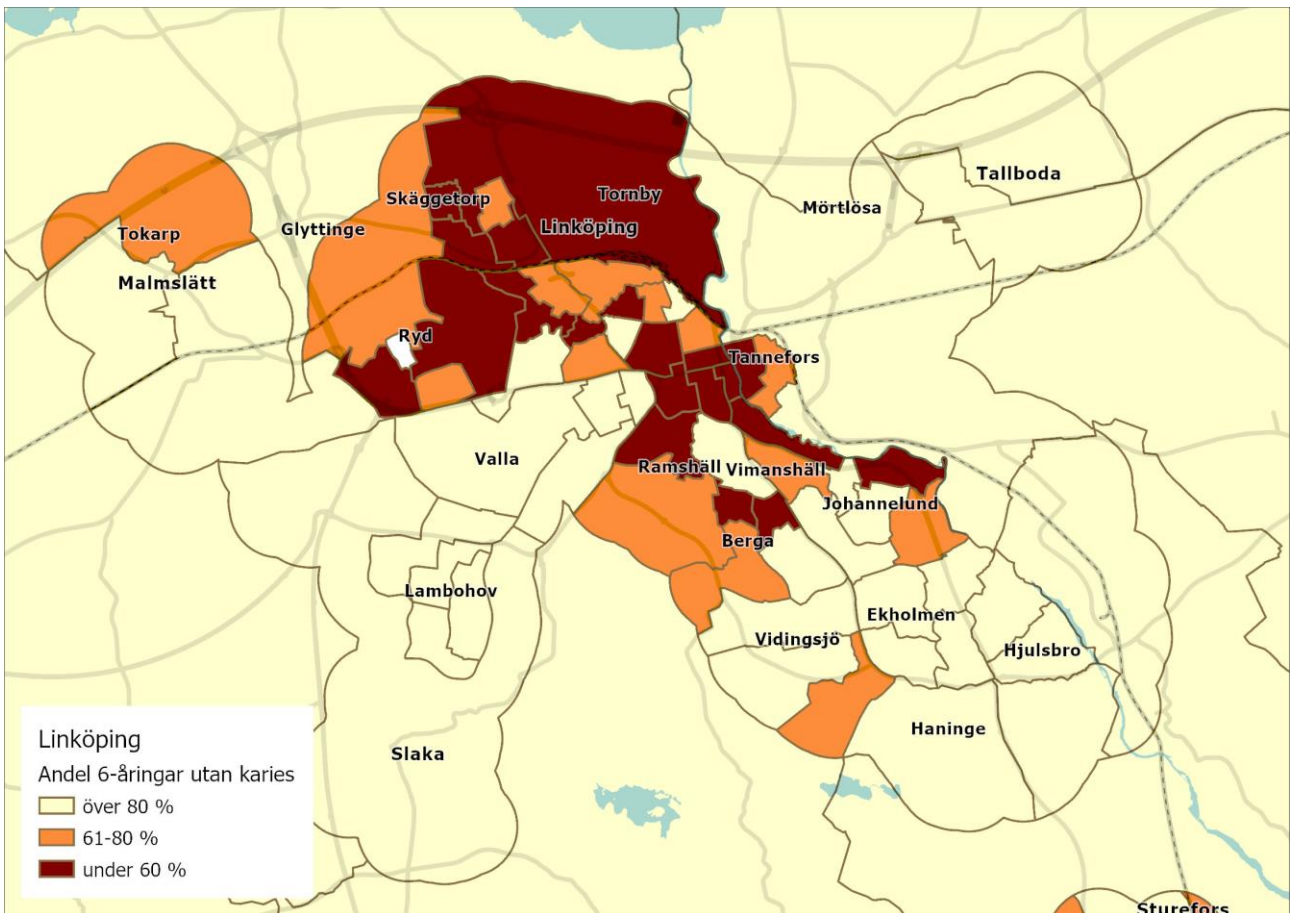
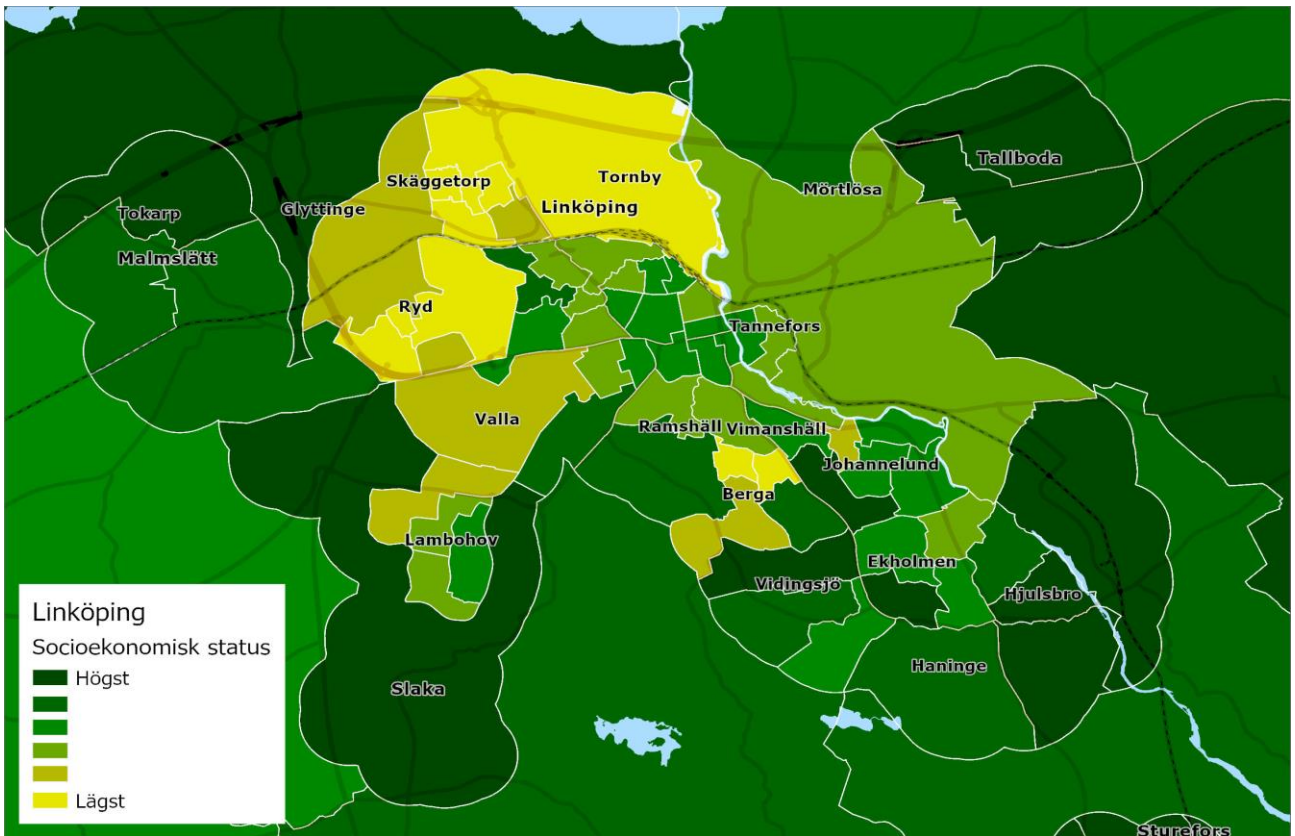


Linköping

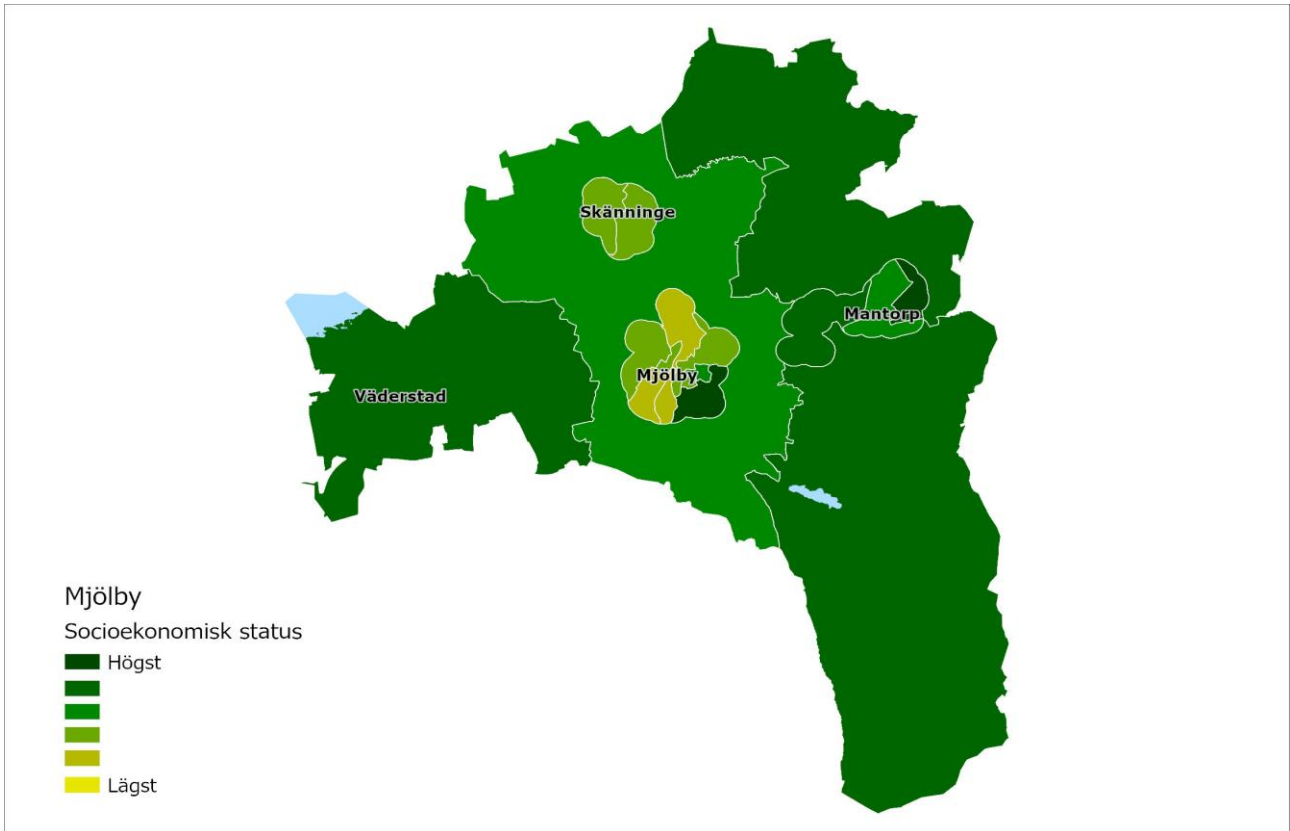


Antal undersökta 6-åringar n=1 752

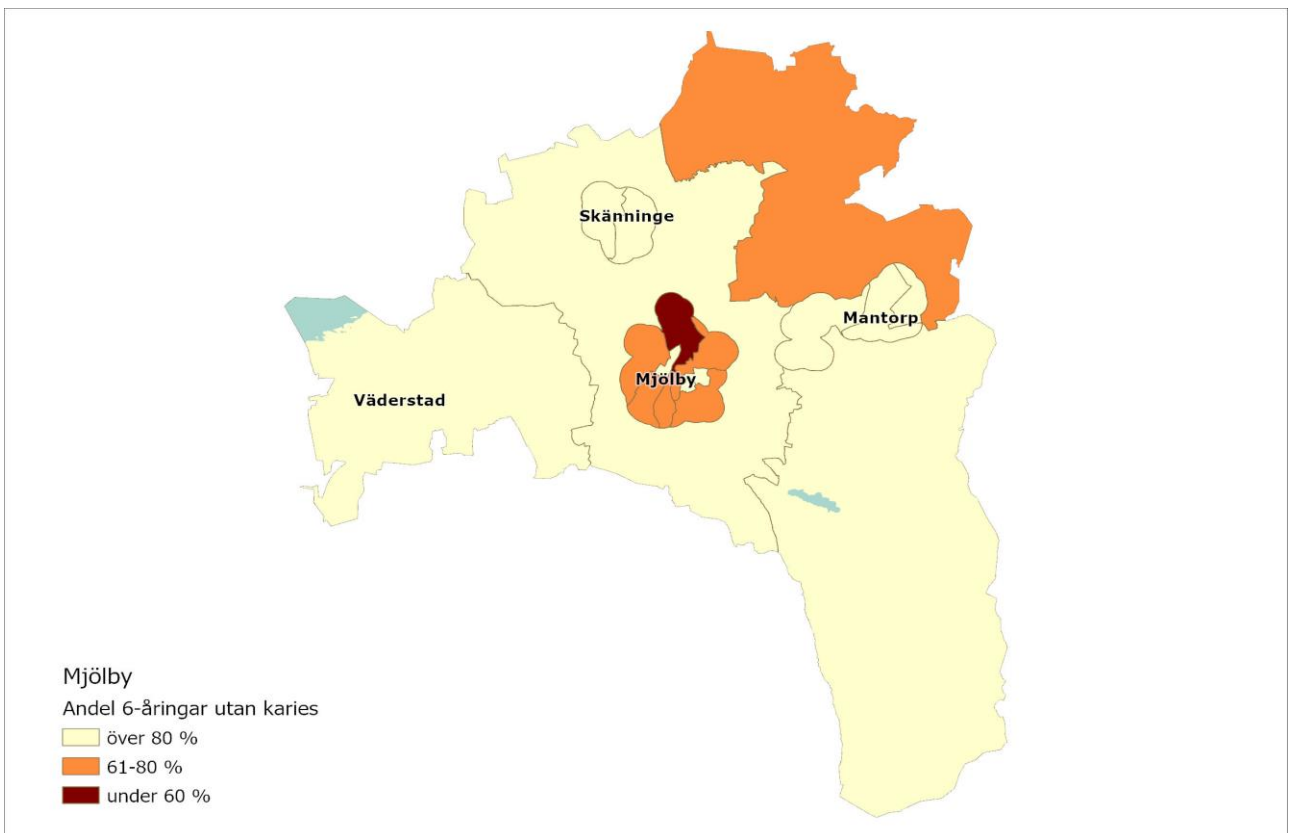


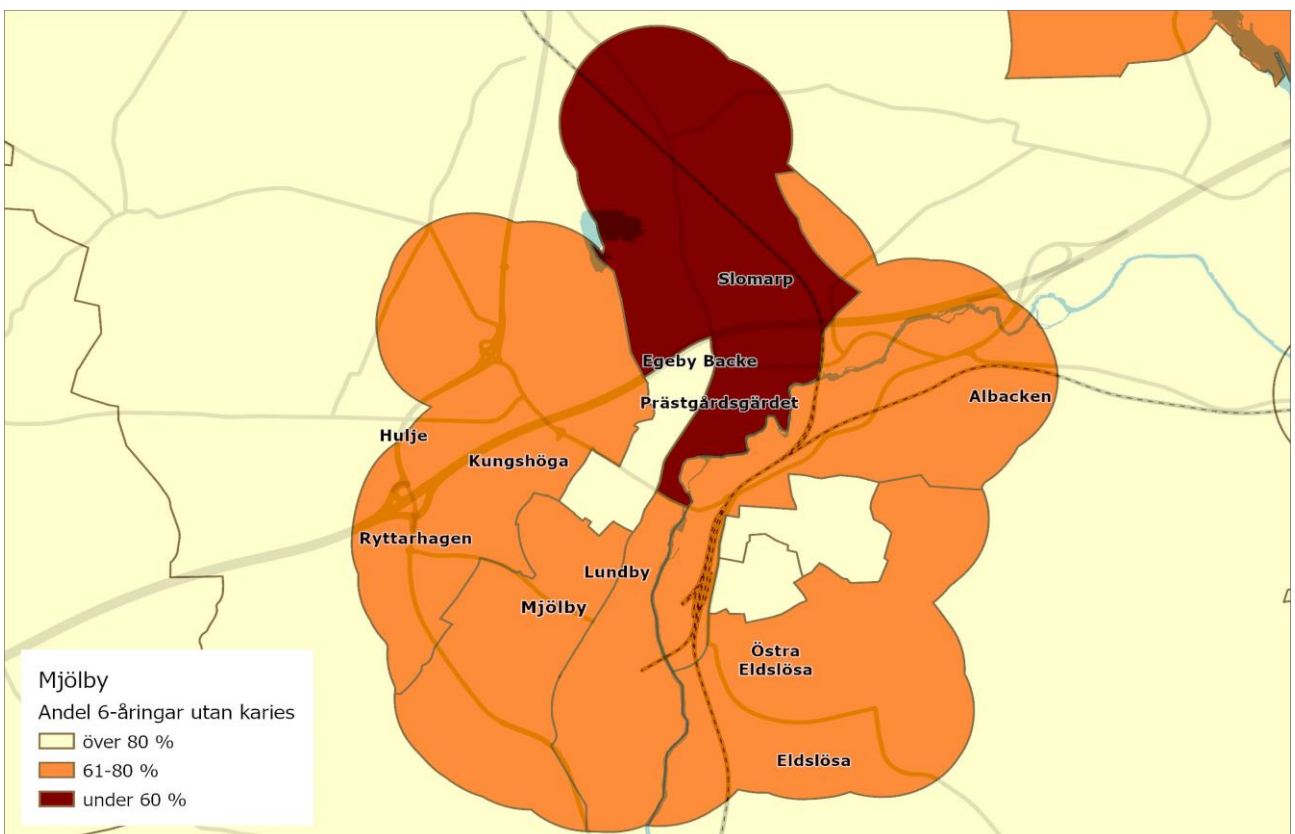
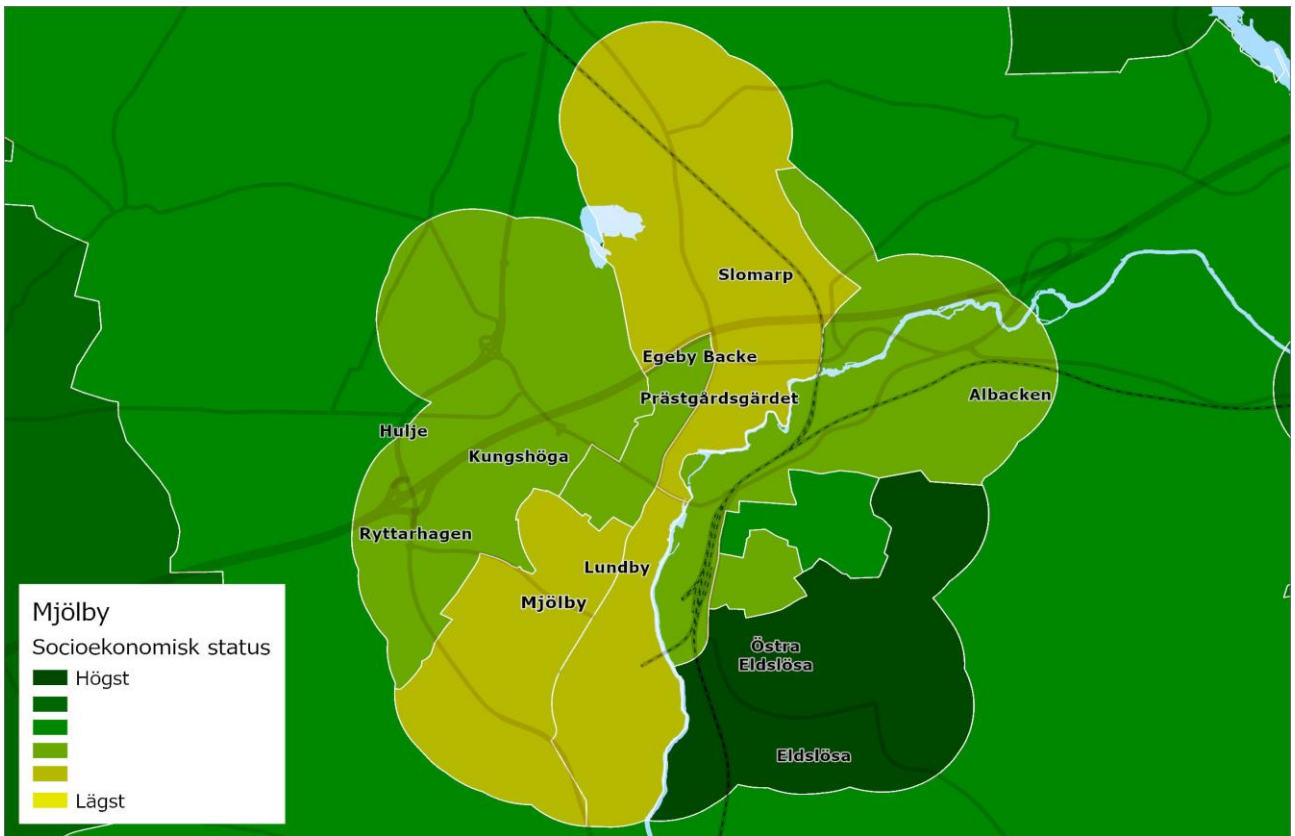


Mjölby

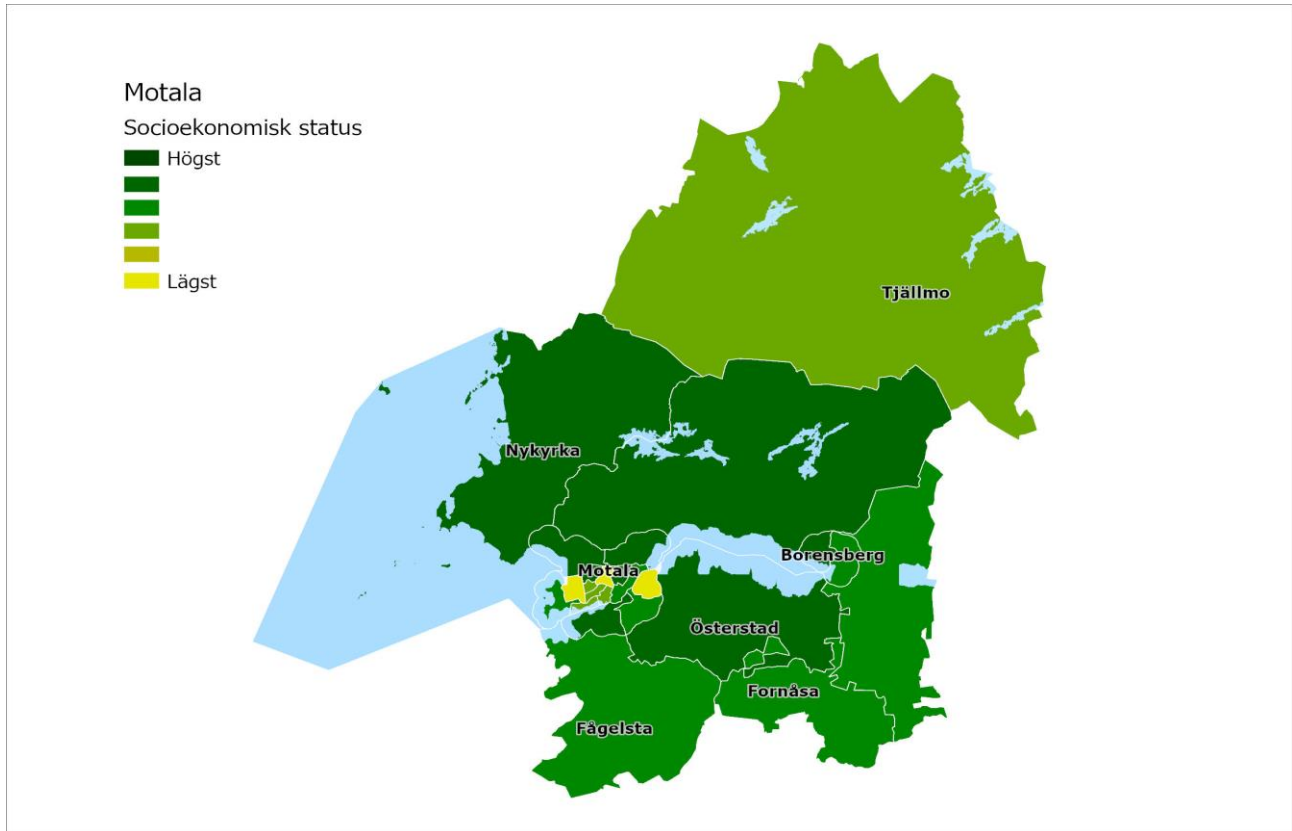


Antal undersökta 6-åringar n=354



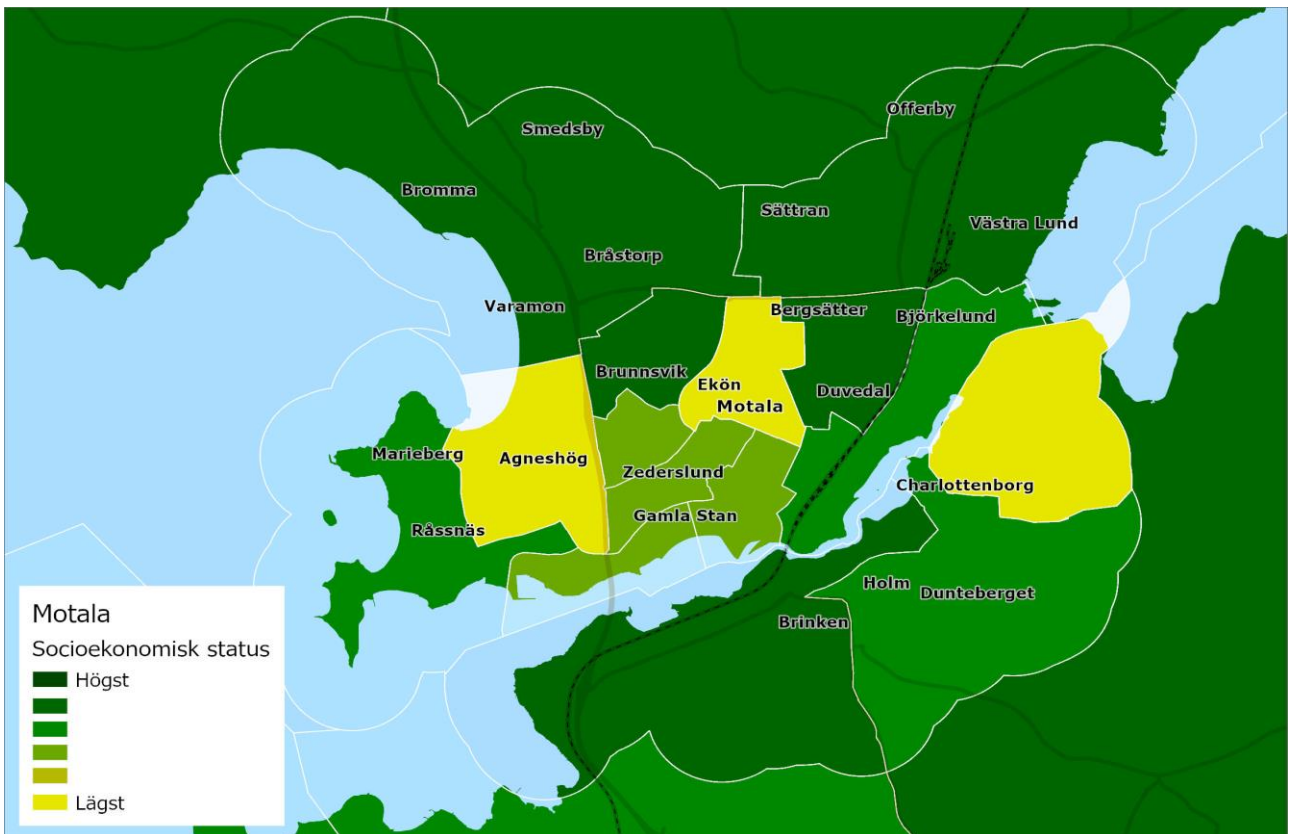
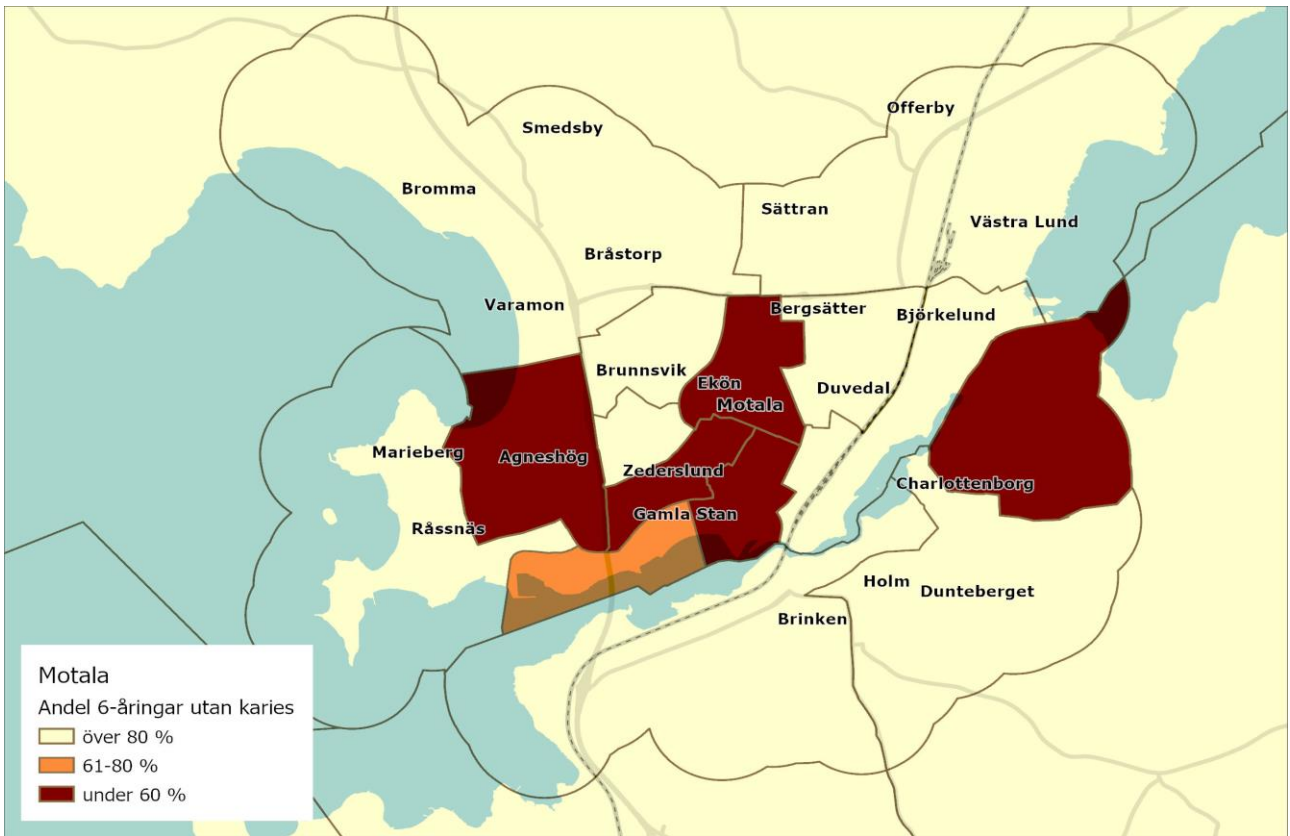


Motala

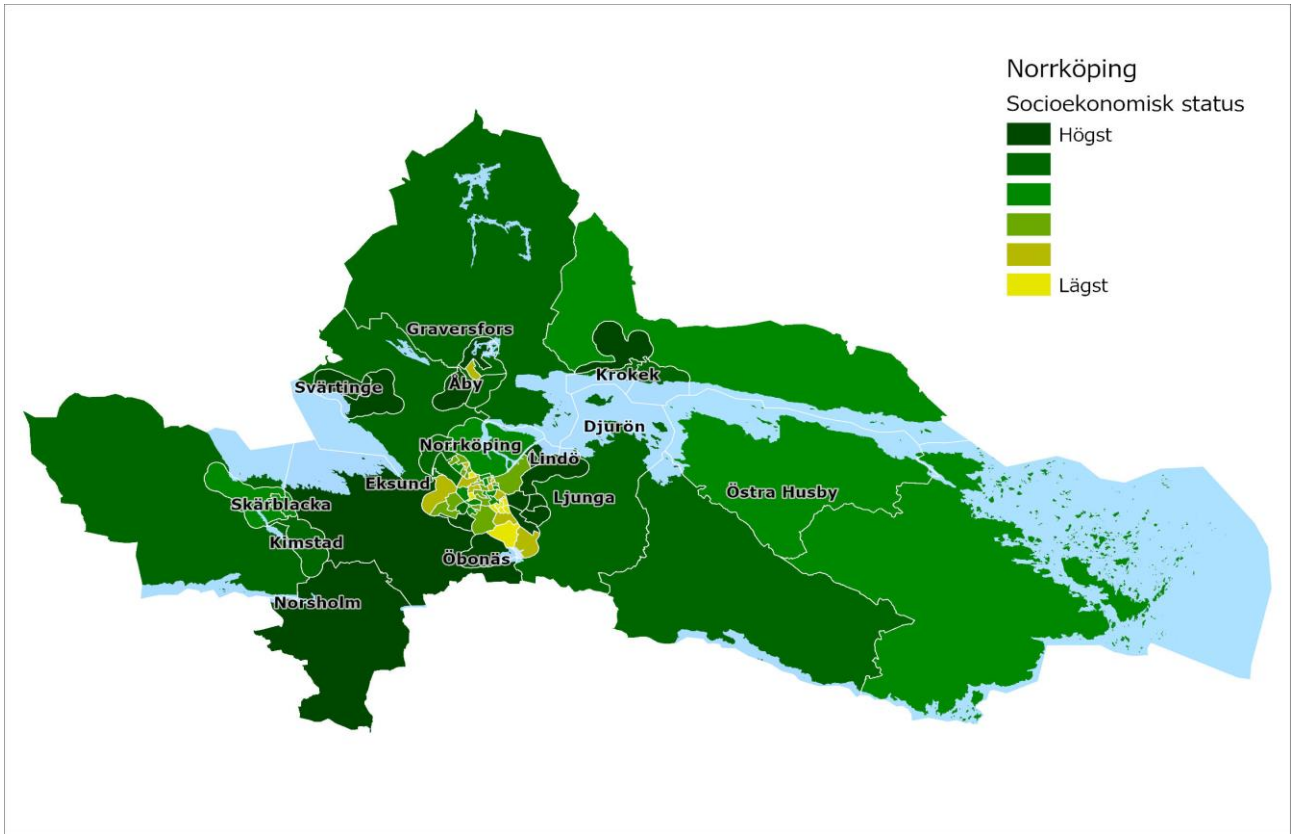


Antal undersökta 6-åringar n=471

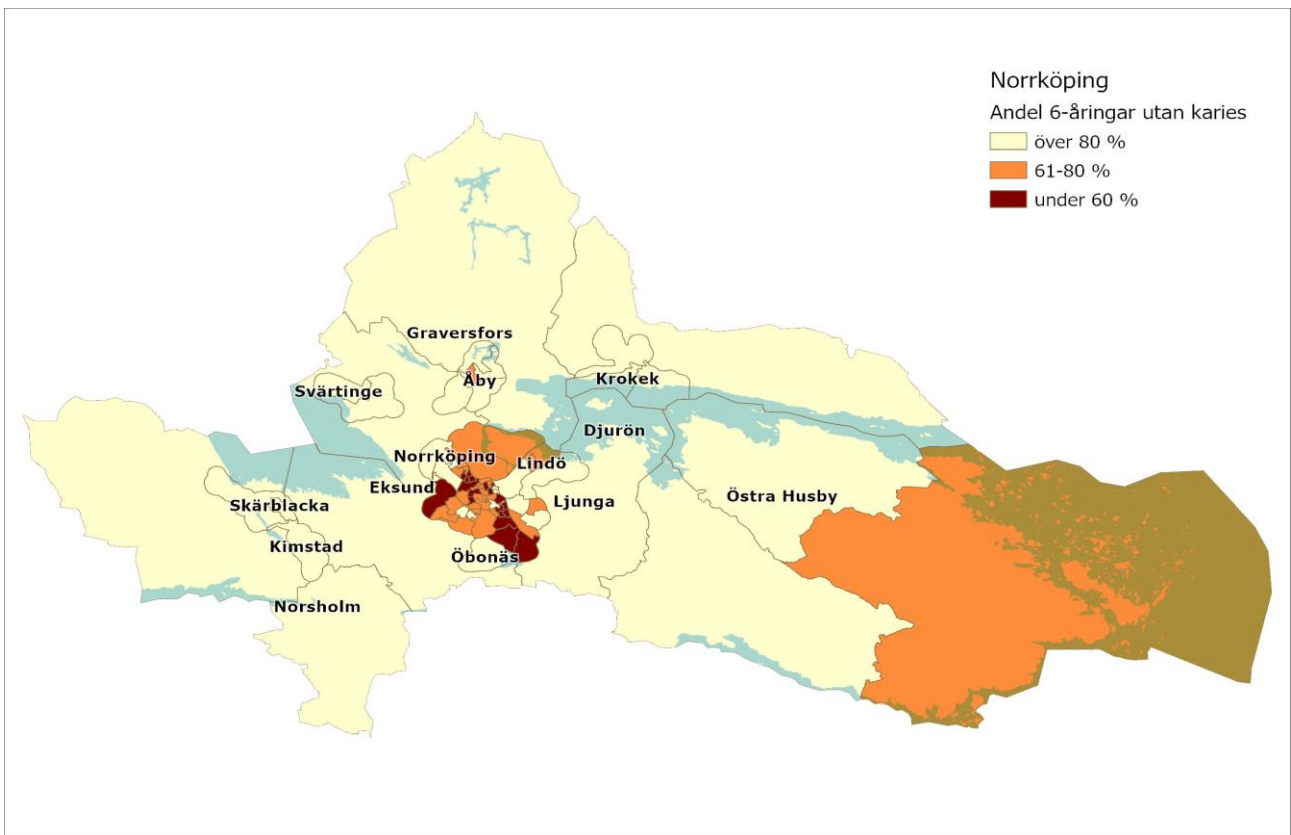


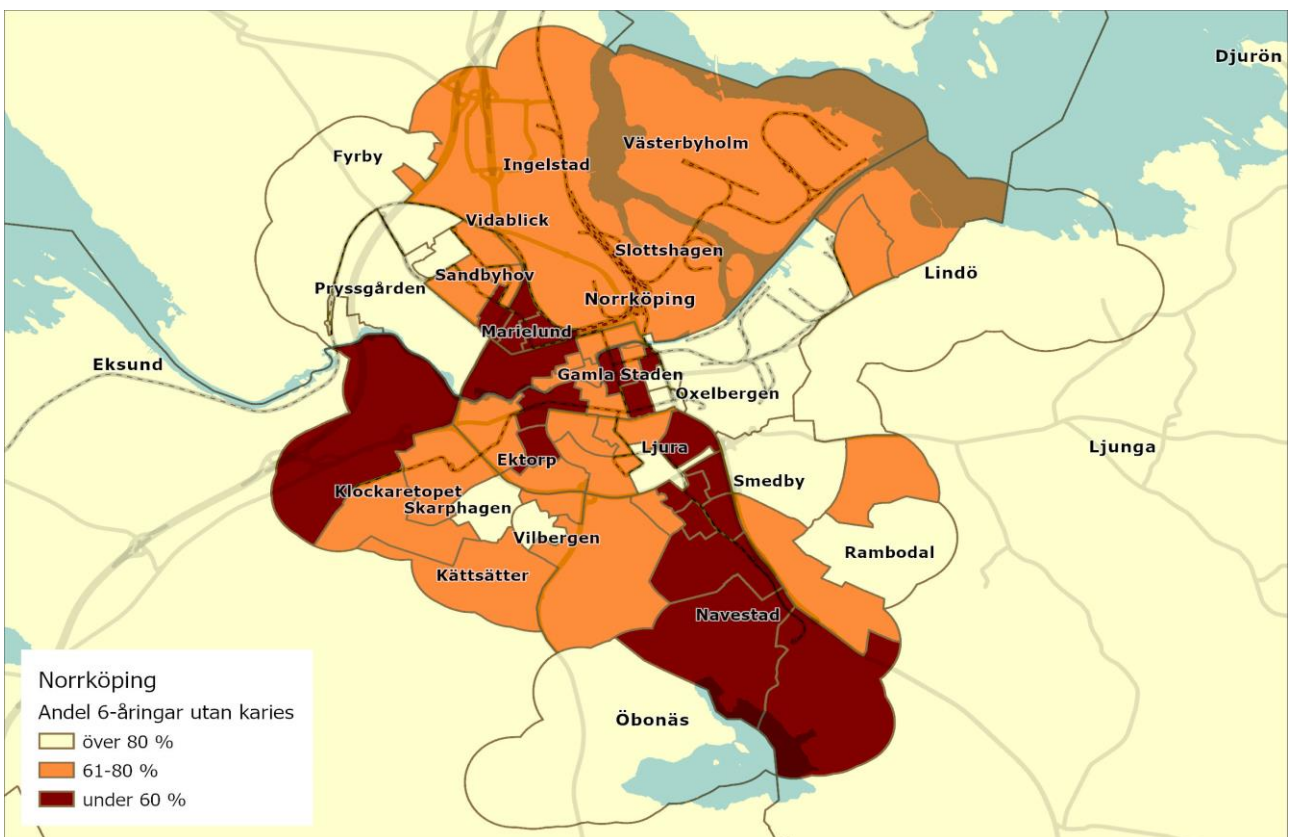
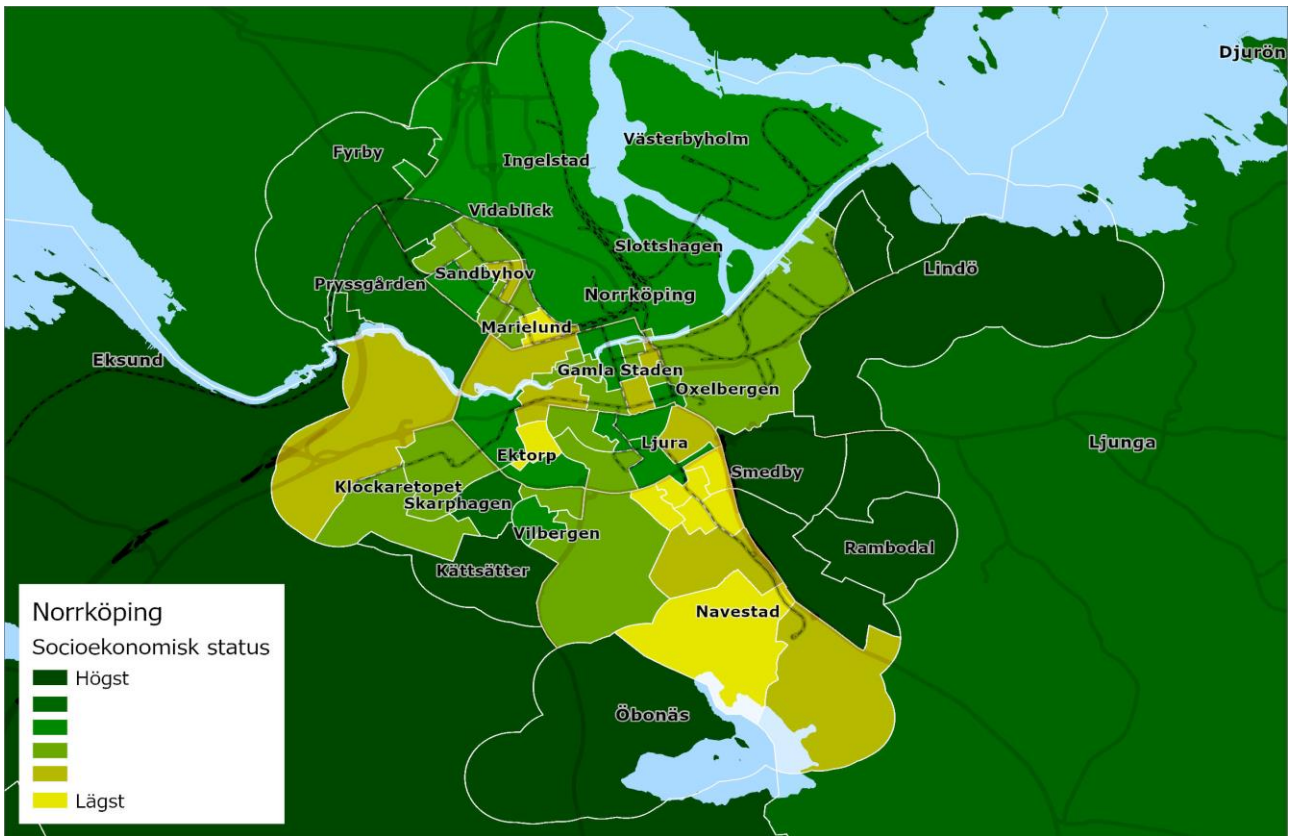


Norrköping

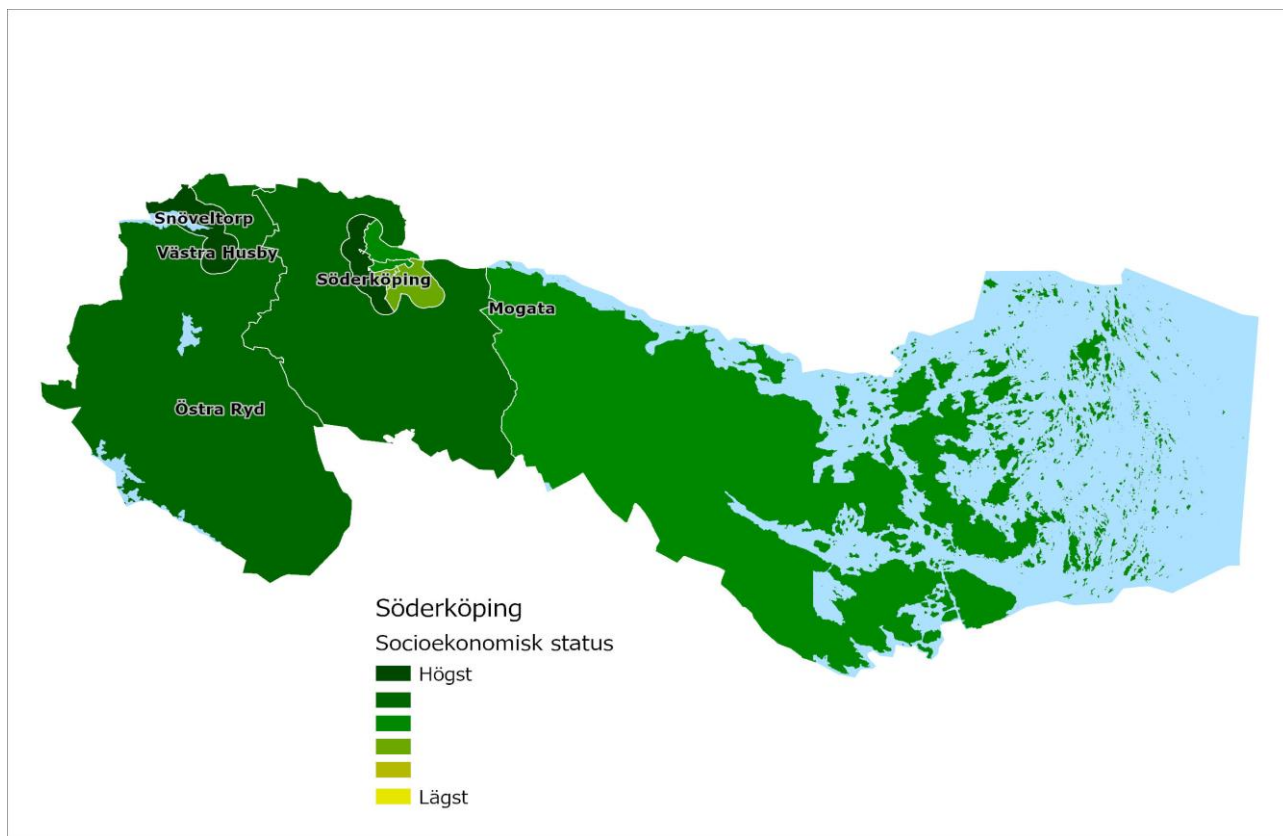


Antal undersökta 6-åringar n=1 690

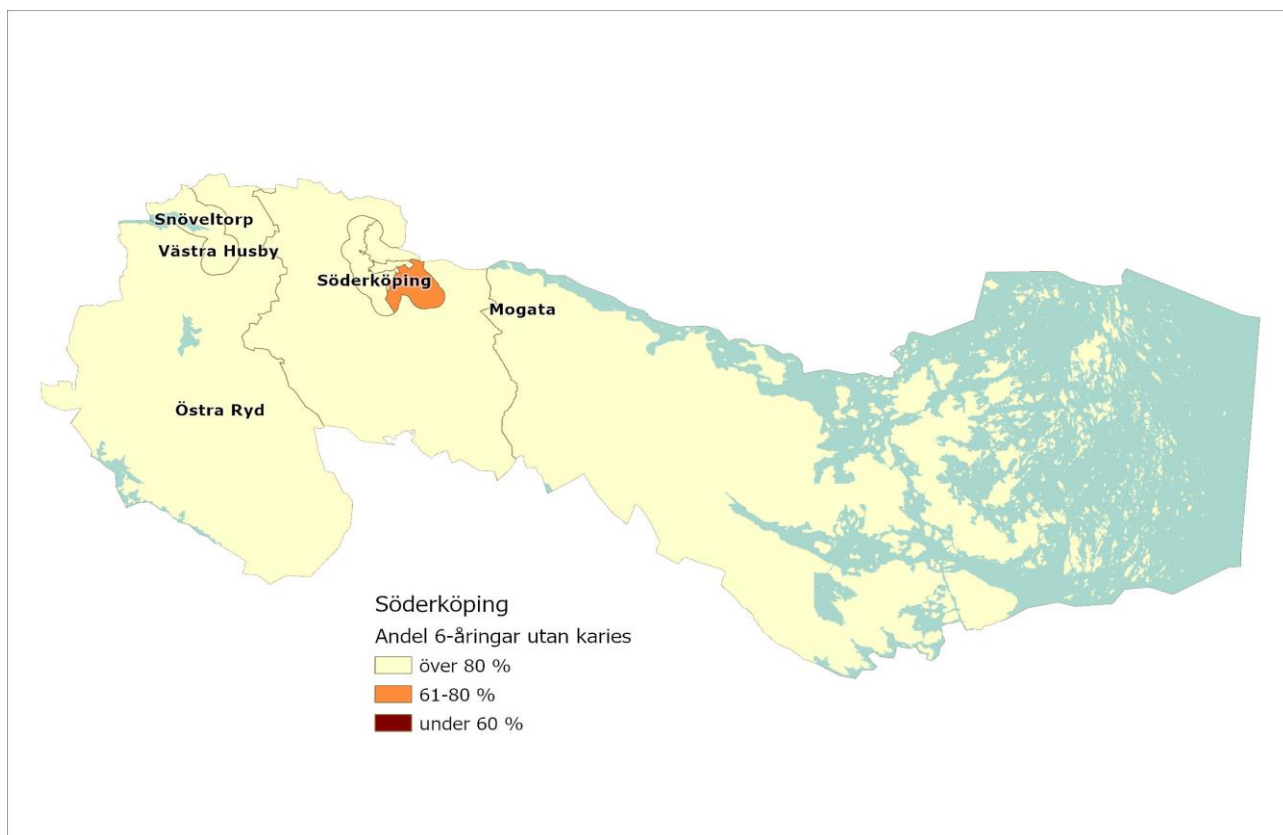


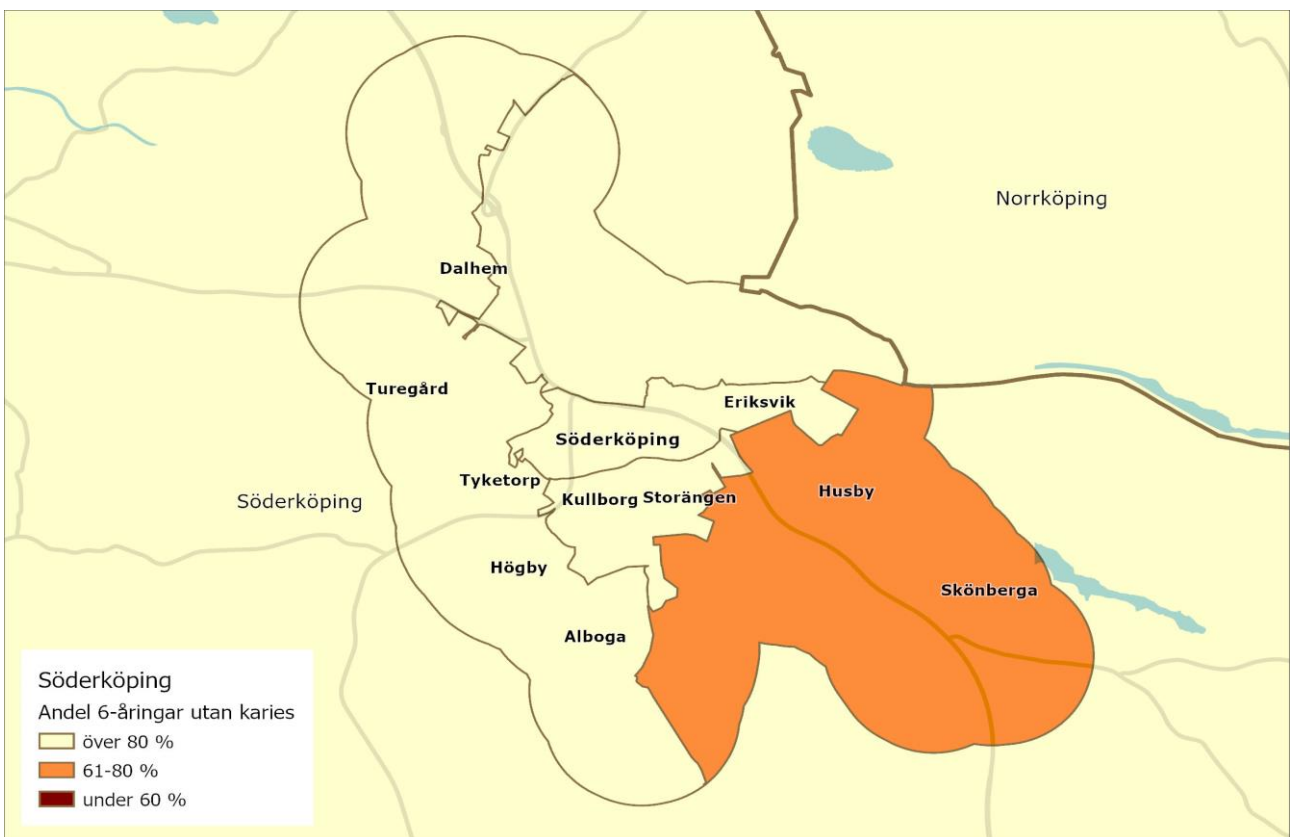
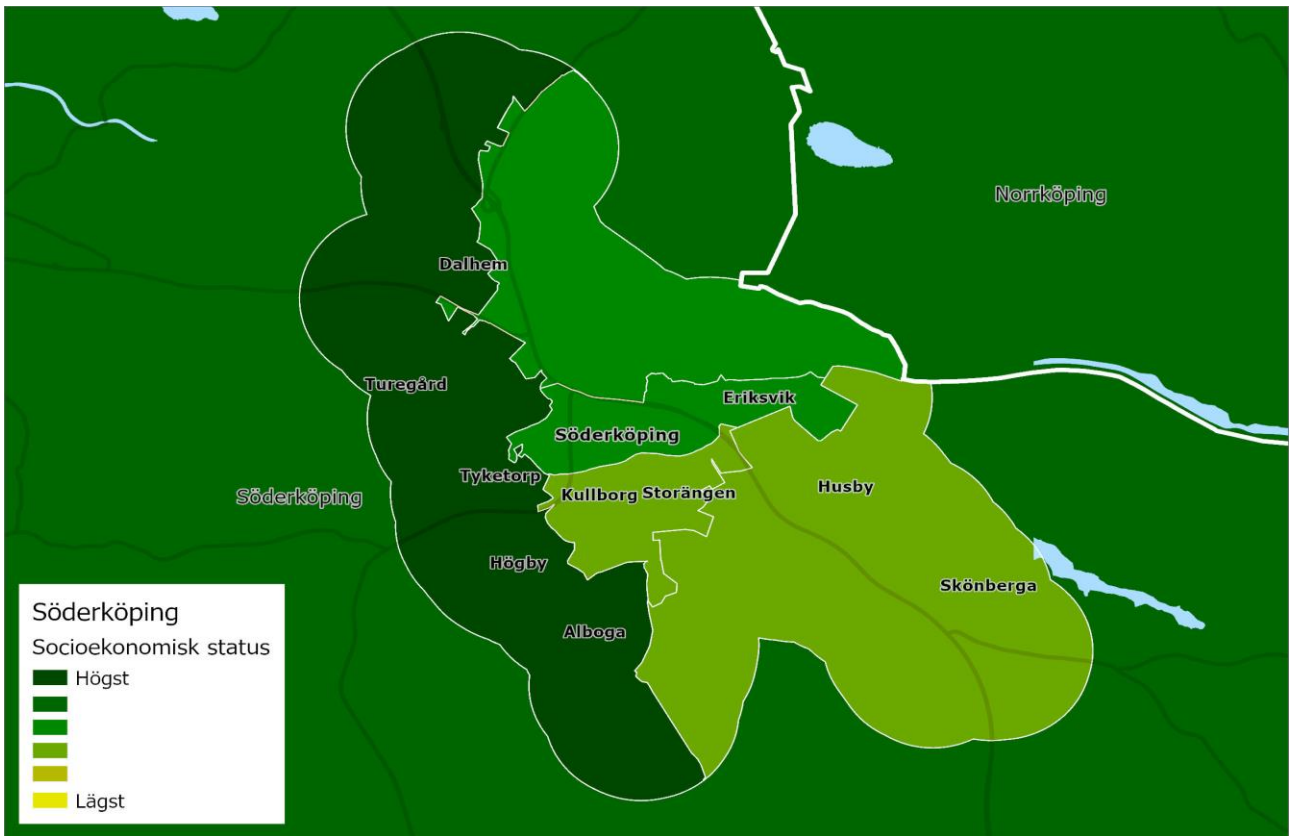


Söderköping

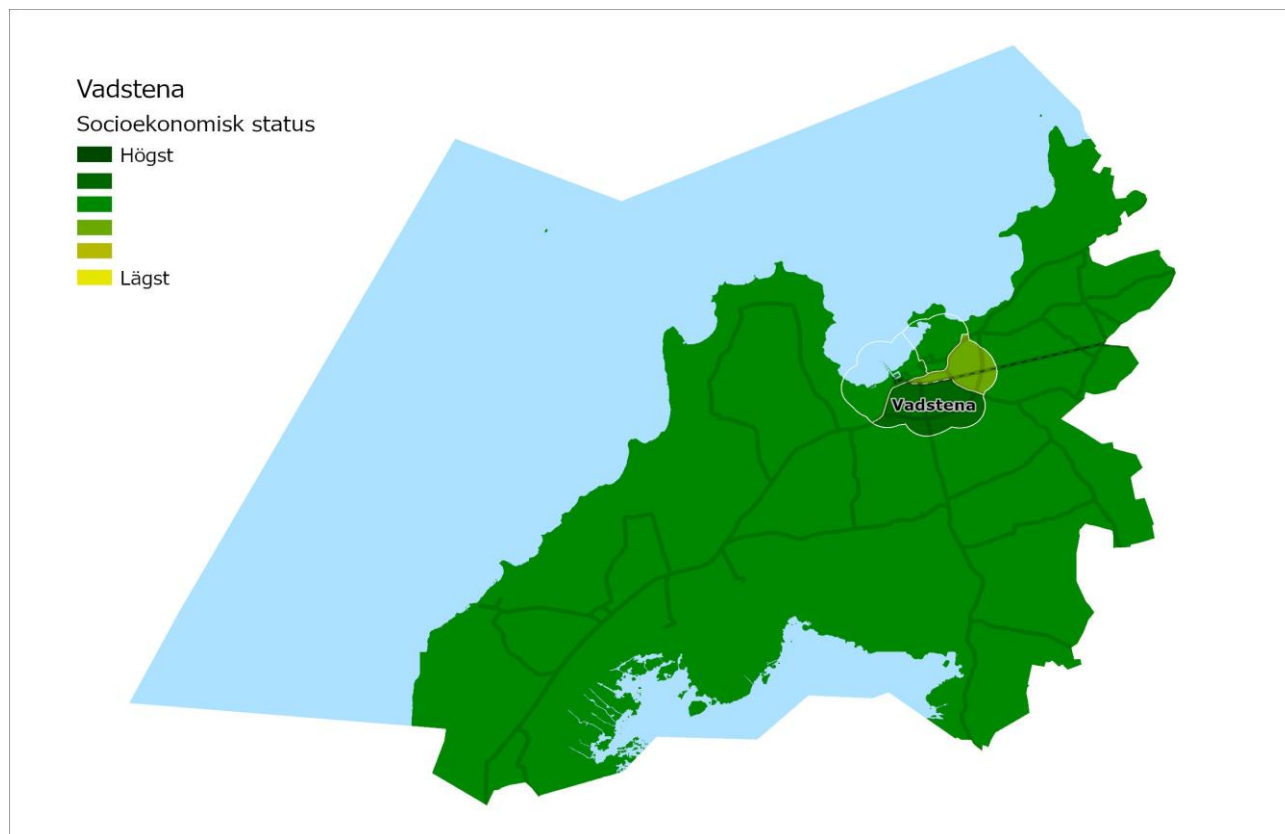


Antal undersökta 6-åringar n=177

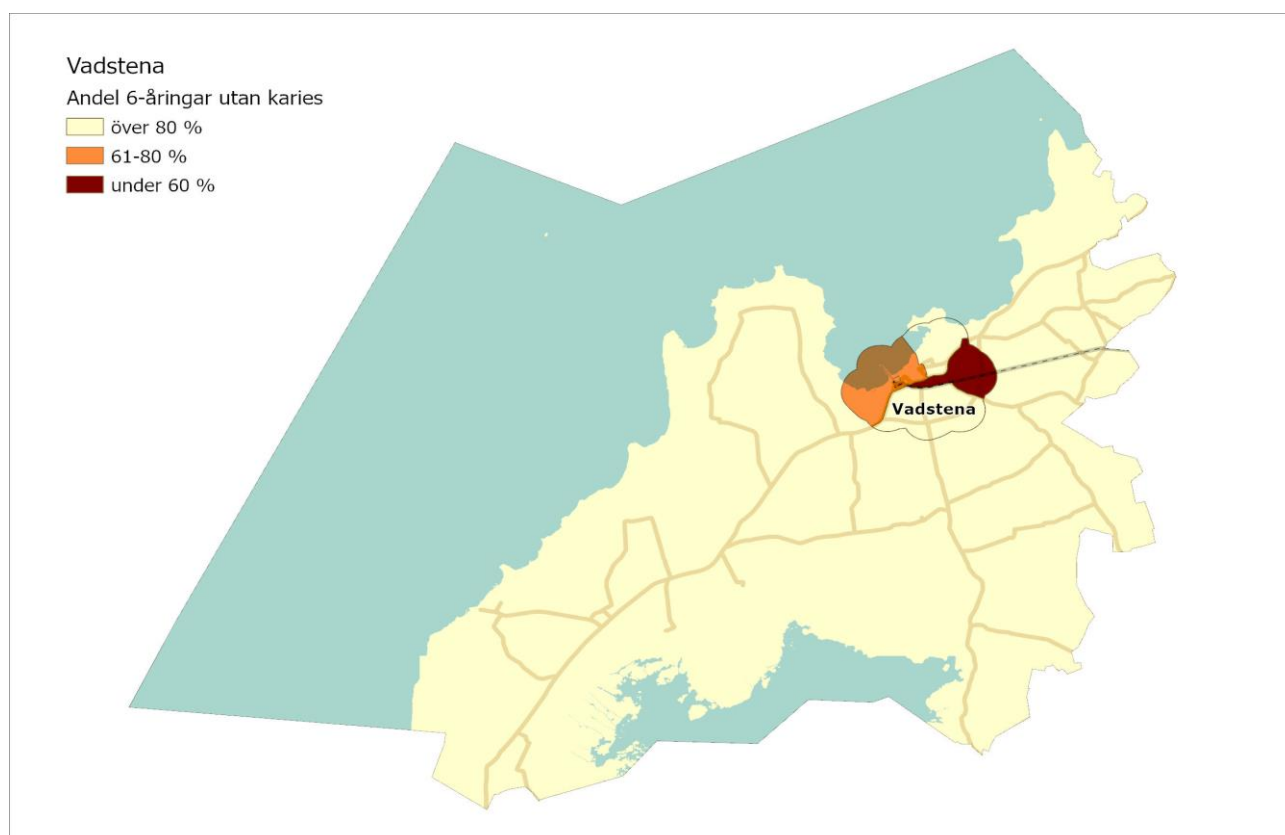




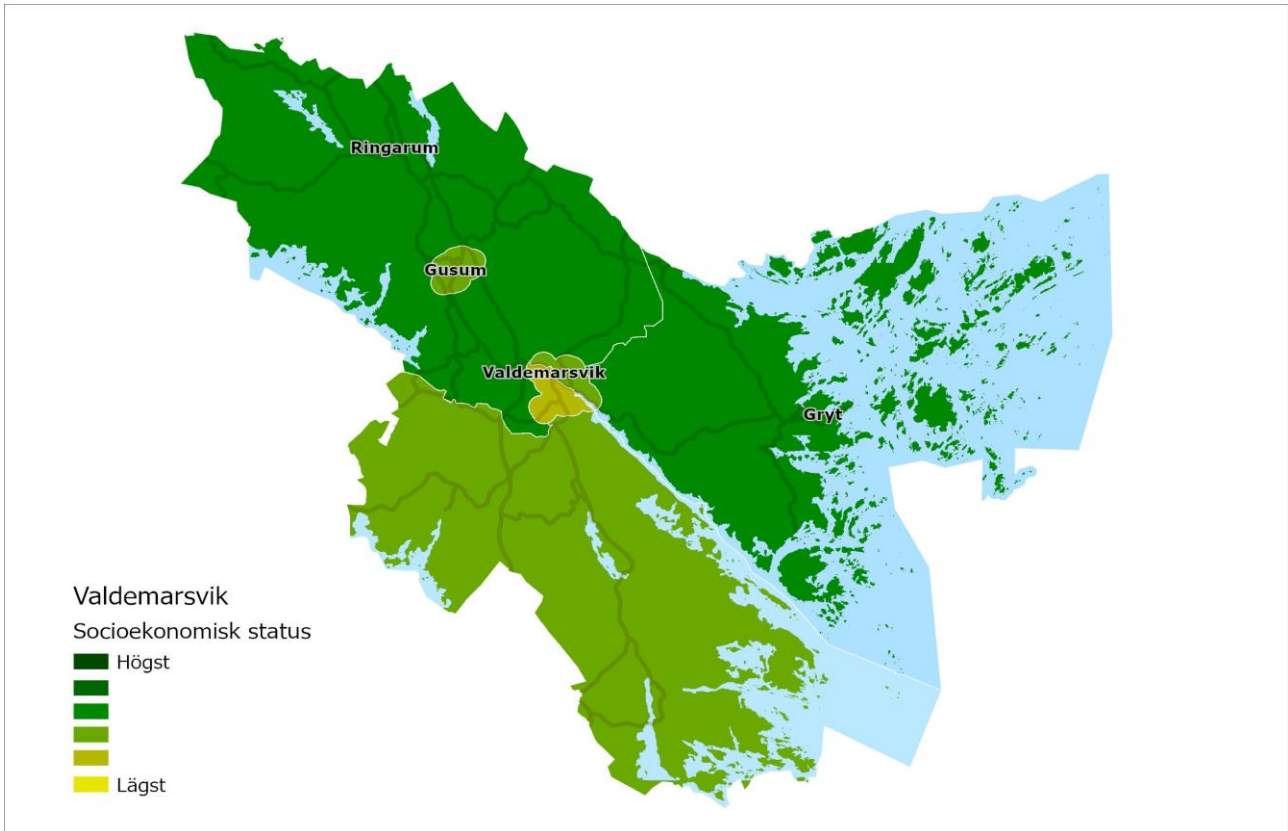
Vadstena



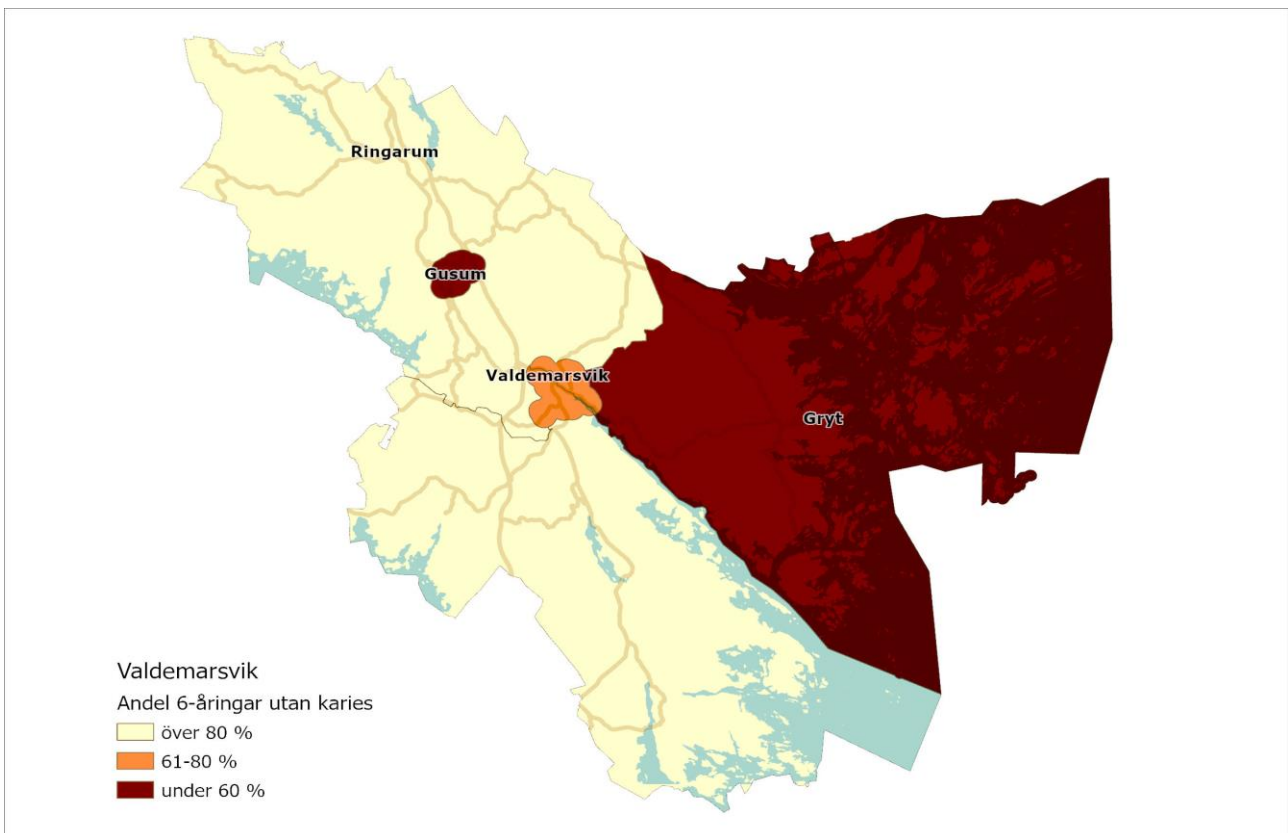
Antal undersökta 6-åringar n=52



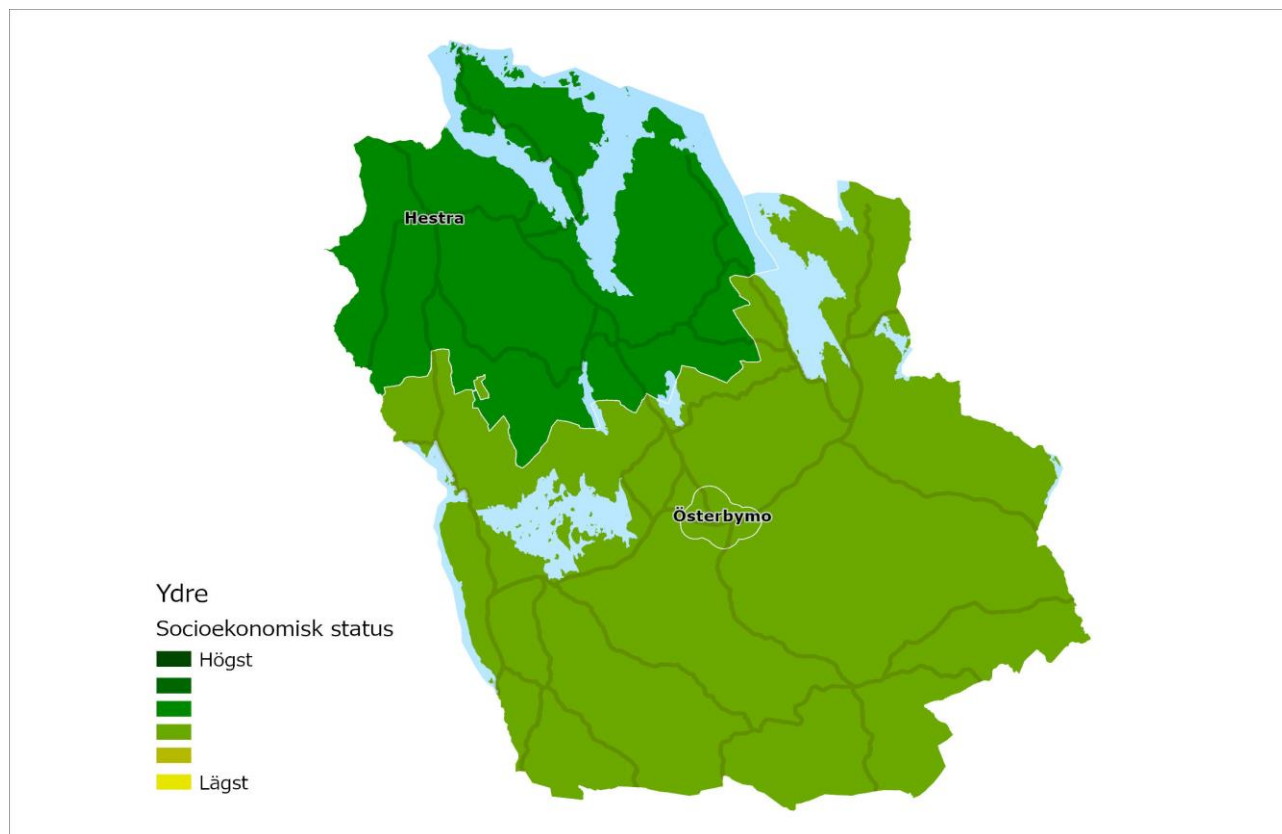
Valdemarsvik



Antal undersökta 6-åringar n=70



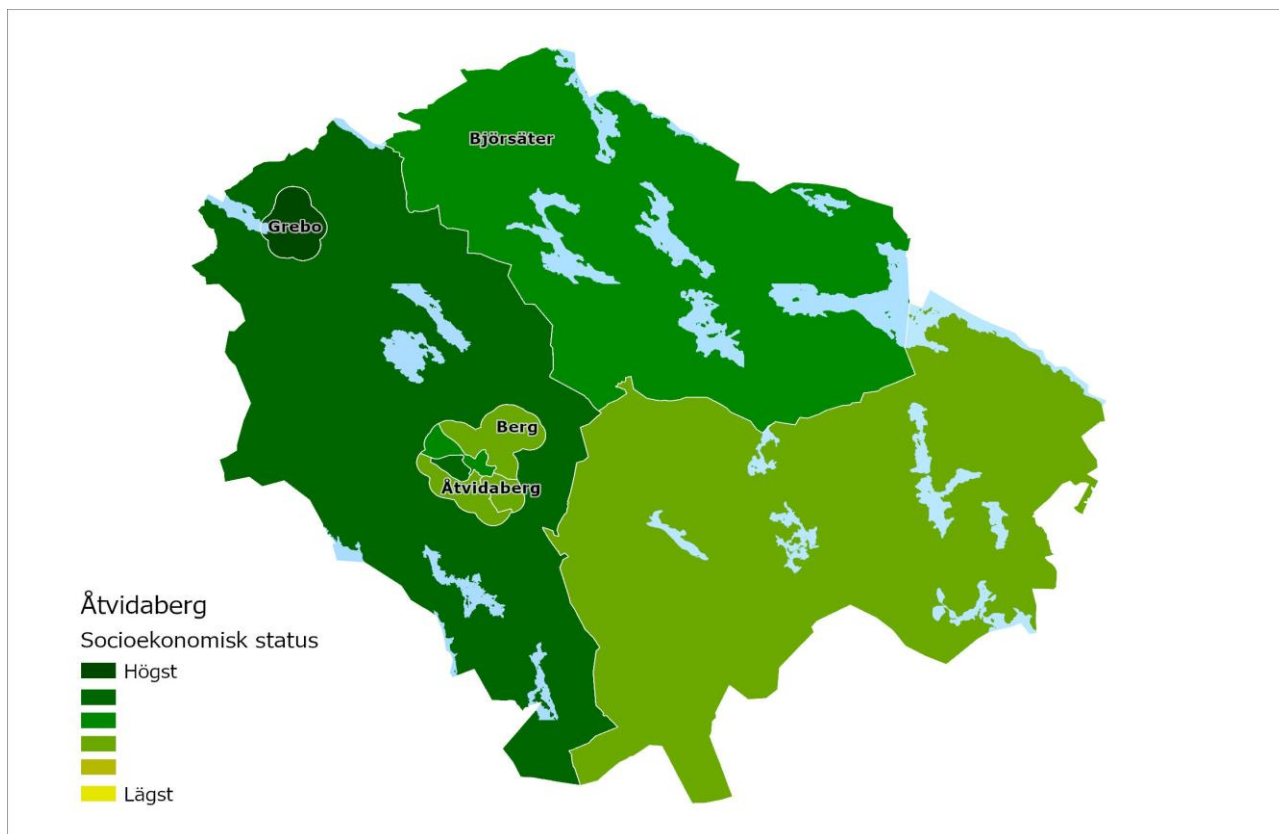
Ydre



Antal undersökta 6-åringar n=38

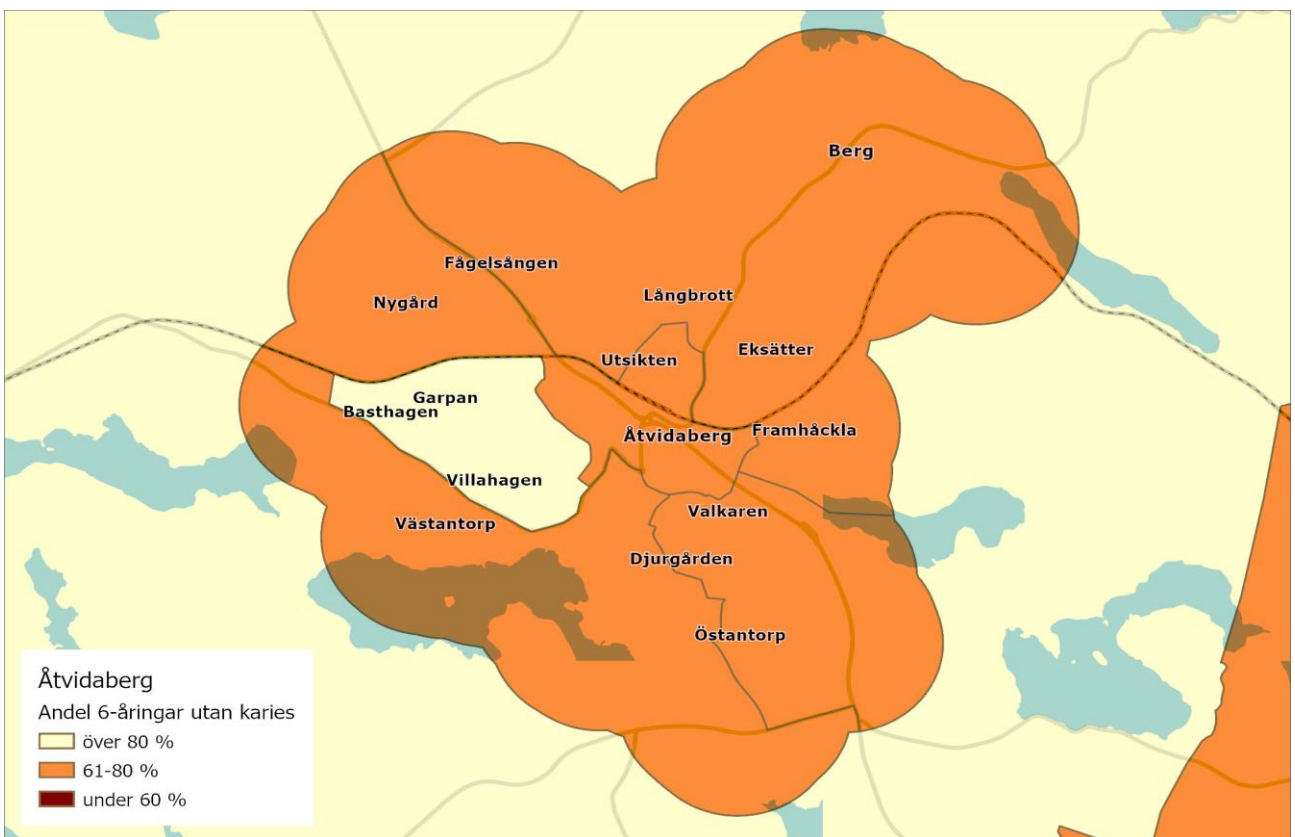


Åtvidaberg

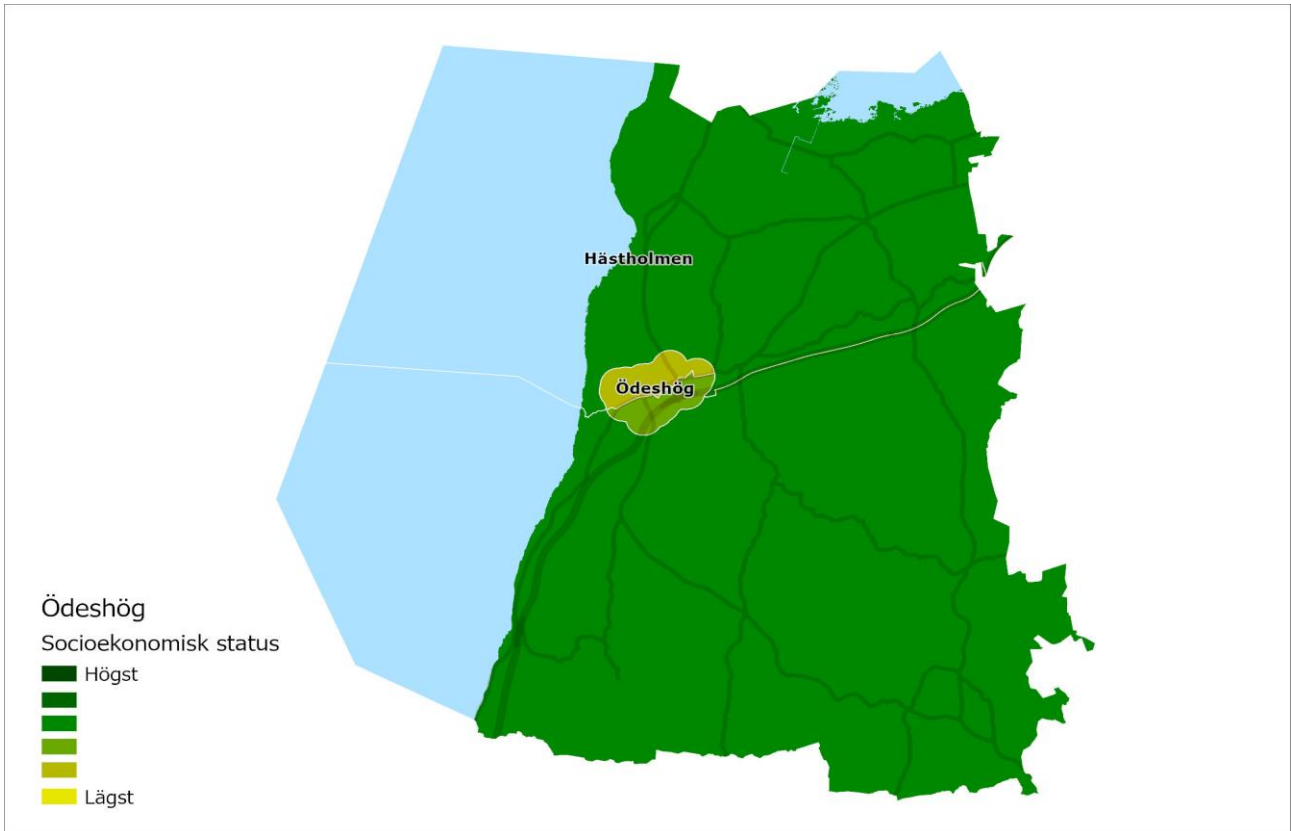


Antal undersökta 6-åringar n=114

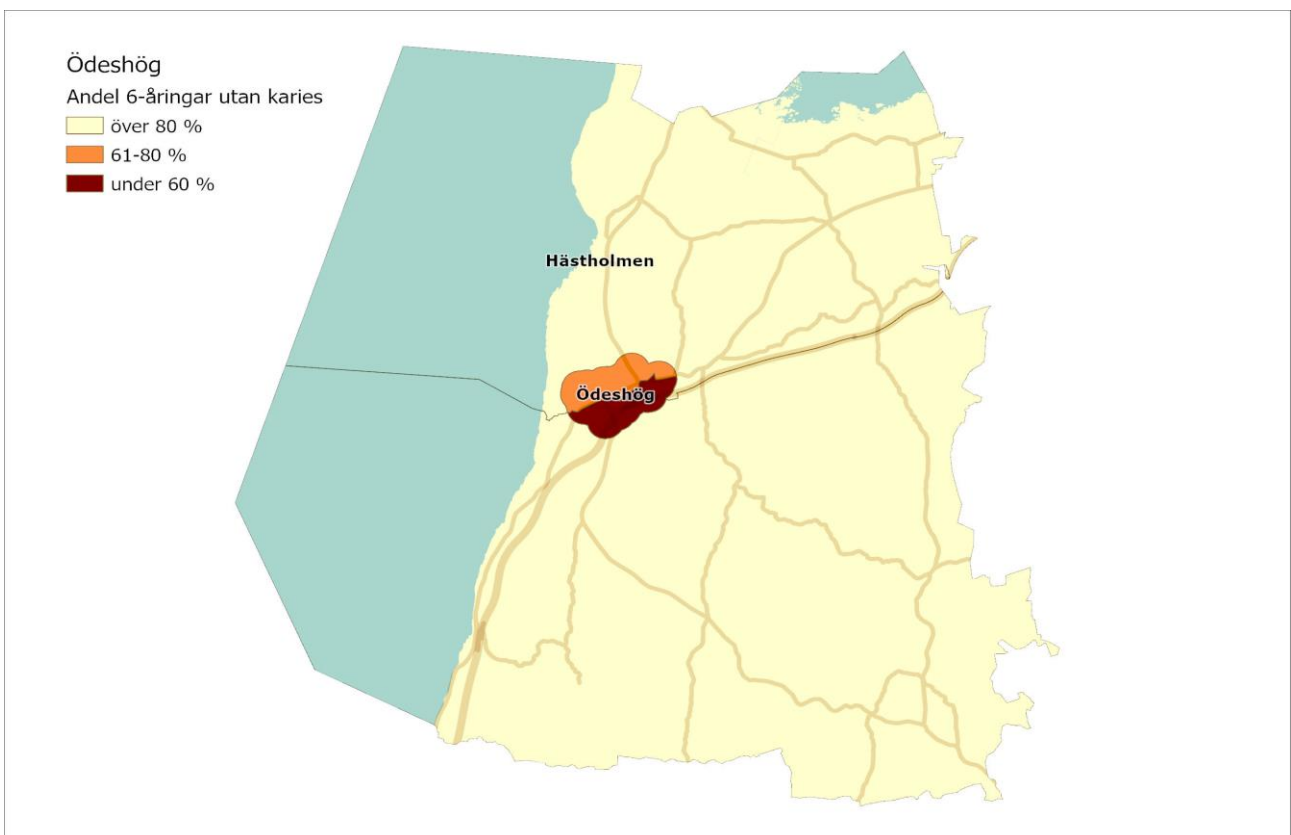




Ödeshög



Antal undersökta 6-åringar n=46



8 Referenser

1. Tandvårdslag (1985:125). SFS 2019:860. Sveriges riksdag. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125
2. World Health Organisation. Oral Health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. WHO Collaborating Center Malmö <https://capp.mau.se/>
4. Socialstyrelsen. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Artikelnummer 2013-5-34. <https://www.socialstyrelsen.se/>
5. Koch G, Helkimo A.N, Ullbro C. Caries prevalence and distribution in individuals aged 3-20 years I Jönköping, Sweden: trends over 40 years. Eur Arch Paediatr Dent. 2017;18:363-370.
6. B Saethre-Sundli, N J Wang, T I Wiggen. Do enamel and dentine caries at 5 years of age predict caries development in newly erupted teeth? Acta Odontol Scand. 2020 Oct;78:509-514. doi: 10.1080/00016357.2020.1739330.
7. Folkhälsomyndigheten. Jämlik tandhälsa. En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning. Folkhälsomyndigheten 2019. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>
8. Aronsson K, Ordell S, Aldin C. Tandhälsans utveckling i Sverige och Östergötland under 1900-talet. Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2009, Rapport 2009:4. <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/>
9. Stecksén–Blicks C, Kieri C, Nyman JE, et al. Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children – a 40-year perspective. Int J Paediatr Dent. 2008;18:317–324.
10. Schwendicke et al. "Socioeconomic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis". Journal of Dental Research 2015. DOI: 10.1177/0022034514557546
11. André Kramer A-C, Pivodic A, Hakeberg M. "Multilevel Analysis of Dental Caries in Swedish Children and Adolescents in Relation to Socioeconomic Status". Caries Research 2019;53:96-109. DOI 10.1159/000489570.
12. Anderson M, Dahllöf G, Warnqvist A, Grindefjord M. Develoepment of dental caries and risk factors between 1 and 7 years of age in areas of high risk for dental caries i Stockholm, Sweden. Eur Arch Paediatr Dent. 2021;22:947-957. Doi.org/10.1007 H.
13. Socialstyrelsen. Karies bland barn och ungdomar. Epidemiologiska uppgifter för år 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/>
14. Burt B. Concepts of risk in dental public health. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33;240-247. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00231>.
15. Mastrovito B, Johansson A, Borgstedt Risberg M. Socioekonomi och tandhälsa hos barn och unga i Östergötland 2018. Centrum för verksamhetsstöd och utveckling. <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/>
16. Tandvårdsenheten. Region Östergötland. Anvisning för samverkansprojekt i områden med lägre socioekonomisk struktur, så kallade "Gula fläckar" områden. <https://lisa.lio.se/>
17. Folkhälsomyndigheten. Covid-19-hos-barn-och-unga-en-kunskapssammanställning. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>
18. Mastrovito B, Johansson A. Folkhälso och statistikenheten. Region Östergötland. Uppföljning av tandhälsan hos barn och unga i Östergötland år 1994-2021. Tandhälsorapport 2021. <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/>
19. Statistikmyndigheten SCB. <https://www.scb.se/>

20. Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/inkomster-och-forsorjningsmojligheter/lag-ekonomisk-standard-barn/>
21. Statistikmyndigheten SCB. <https://scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Att-mata-fattigdom/>
22. Statistikmyndigheten SCB. <https://www.scb.se/hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/regionala-indelningar/deso---demografiska-statistikomraden/>
23. WHO. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-en.pdf
24. Region Östergötland. <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/>
25. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-9-7549.pdf>
26. Pitts N, Twetman , Fisher J, Marsh. Understanding dental caries as a non-communicable disease. Br Dent J. 2021 Dec;231:749-753. doi: 10.1038/s41415-021-3775-4. Epub 2021 Dec 17. PMID: 34921271 PMCID: PMC8683371 DOI: 10.1038/s41415-021-3775-4.
27. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2022. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>
28. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa- Förslag på ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. SOU 2017:47. <http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/sou-201747-nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-forslag-for-ett-langsiktigt-arbete-for-en-god-och-jamlik-halsa/>
29. Schroth RJ, Rothney J, Sturym M, Dabiri D et al. A systematic review to inform the development of a Canadian caries risk assessment tool for use by primary healthcare providers. Int J Paediatr Dent. 2021 Nov;31:767-791. doi: 10.1111/ipd.12776. Epub 2021 Feb 17.
30. Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hur-har-folkhalsan-paverkats-av-covid-19-pandemin/>
31. Region Östergötland. Om mig. <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/>
32. Socialstyrelsen. Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7991.pdf>