



Tandhälsorapport

Uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland 1994-2010



Folkhälsocentrum
Linköping mars 2011

Kerstin Aronsson
Elin Mako



Inledning

Tandhälsodata för barn och ungdomar har sammanställts varje år sedan 1994. Materialet presenteras i två rapportserier: "Tandhälsan hos barn och ungdomar, 3-19 år i Östergötlands kommuner" och "Uppföljning av tandhälsan hos barn och ungdomar i Östergötland år 1994-2010". Syftet med rapporterna är att ge underlag för planering, uppföljning och utvärdering av barn- och ungdomstandvård i Östergötland. Barn- och ungdomstandvård utförs såväl inom Folktandvården som inom privattandvården. Uppföljningen av tandhälsan omfattar barn och ungdomar i åldrarna 3, 6, 9, 12, 16 och 19 år från alla vårdgivare i länet.

Uppföljningen beskriver:

- Andel barn och ungdomar som har friska tänder
- Andel barn och ungdomar som har omfattande kariesskador
- Andel sexton- respektive nittonåringar som inte använder tobak

Tandhälsa mäts med variabler som definierats av världshälsoorganisationen WHO:

D	Decayed	Karierad tand eller tandyta
M	Missing	Tand eller tandyta som saknas på grund av karies
F	Filled	Tand eller tandyta som har fyllning, utförd på grund av karies
T	Tooth	Tand
S	Surface	Tandyta
a	approximal	Tandyta som gränsar till nästa tand i tandbågen, kontaktyta

Variabler som avser mjölkttänder skrivs med gemener och variabler som avser permanenta tänder skrivs med versaler.

I denna sammanställning används:

- dmft (decayed missing filled teeth) hos 3- respektive 6-åringar, vilket innebär antal mjölkttänder per individ, som skadats på grund av karies. Som hälsomått används andel individer med helt friska mjölkttänder, dmft=0. Som sjukdomsmått används andel individer med fler än fem kariesskadade mjölkttänder, dmft>5.
- DFSa (Decayed Filled approximal Surfaces) hos 9-, 12-, 16- och 19-åringar, vilket innebär antal permanenta tänder med kariesskador i kontaktytorna. Som hälsomått används andelen individer med friska kontaktytor, DFSa=0. Som sjukdomsmått används andelen individer med fler än fem kariesskadade kontaktytor, DFSa>5.
- Range i diagrammen beskriver kariesfria 6-åringar respektive 19-åringar och illustrerar spännvidden mellan de tandvårdskliniker som rapporterat högst respektive lägst värde för tandhälsan i den aktuella åldersgruppen.
- För uppföljning av tobaksvanor används hälsomåttet Tobak=0, vilket är andelen ungdomar som avstår helt från tobaksbruk.

Resultat

Karies

Andelen kariesfria treåringar ligger stabilt på en hög nivå, 92-95 procent under perioden 1994-2010, med reservation för att andelen är något överskattad. Det är inte helt enkelt att göra en fullständig undersökning på en treåring som besöker tandvården för första gången. Mjölktandsbettet är inte helt utvecklat förrän barnet är runt två och ett halvt år och tidiga kariesskador i kindtänderna är svåra att upptäcka.

Andelen kariesfria sexåringar har ökat stadigt från 64 procent till 78 procent under perioden 1994-2010. Spridningen mellan högsta och lägsta medelvärde per klinik är dock stor. Högsta värdet var 97 procent år 1995 i Skänninge och lägsta värdet var 42 procent år 1997 i Lambohov. Det mål på 80 procent kariesfria sexåringar som WHO ställt upp för år 2020 är ännu inte uppnått, varken i Östergötland 78 procent 2010, eller i Sverige 74 procent 2008. Andelen sexåringar med mycket karies, dmft>5, uppvisar mycket små variationer och låg mellan 4 och 6 procent under perioden 1994-2010.

Nioåringar infördes i tandhälsoregistreringen först år 2005. Andelen nioåringar med kariesfria kontaktytor ökade från 90 procent år 2005 till 96 procent år 2008, för att sedan sjunka till 94 procent 2010.

Andelen tolvåringar med kariesfria kontaktytor har visat en svagt negativ trend från 89 procent år 1994 till 86 procent år 2010. Högsta värdet var 91 procent år 1999, 2001, 2002 och 2003, lägsta värdet var 83 procent år 2006. För att kunna analysera orsaker till den negativa trenden behöver man studera i vilka åldrar förlängda undersökningsintervall varit mest frekventa. Förlängda undersökningsintervall innebär att friska barn och ungdomar kommer till undersökning mer sällan, och tandhälsodata för de undersökta kan därför ge ett missvisande lågt värde. Om detta är fallet för tolvåringar är ännu inte kontrollerat.

Andelen sextonåringar med kariesfria kontaktytor visar i huvudsak en svagt positiv trend från 70 procent år 1994 till 73 procent år 2010. Högsta värdet var 76 procent år 2002 och 2003, lägsta värdet var 70 procent år 1994 och 1997. Andelen sextonåringar med mycket karies i kontaktytorna, DFSa>5 ligger stabilt på en låg nivå, 3 procent år 1994 och 2 procent 2010.

Andelen nittonåringar med kariesfria kontaktytor visar en positiv trend från 56 procent år 1994 och 1997, till 63 procent år 2010. Spridningen mellan högsta och lägsta medelvärde per klinik värde är stor. Högsta värdet var 100 procent år 1994 och lägsta värdet var 25 procent år 1994. Sedan 1994 har differensen mellan klinikerna med högsta respektive lägsta värde minskat från 75 procent år 1994 till cirka 30 procent år 2010. Andelen nittonåringar med mycket karies i kontaktytorna, DFSa>5, visar tendens att sjunka, från 8 procent 1994 till 5 procent 2010.

Tobak

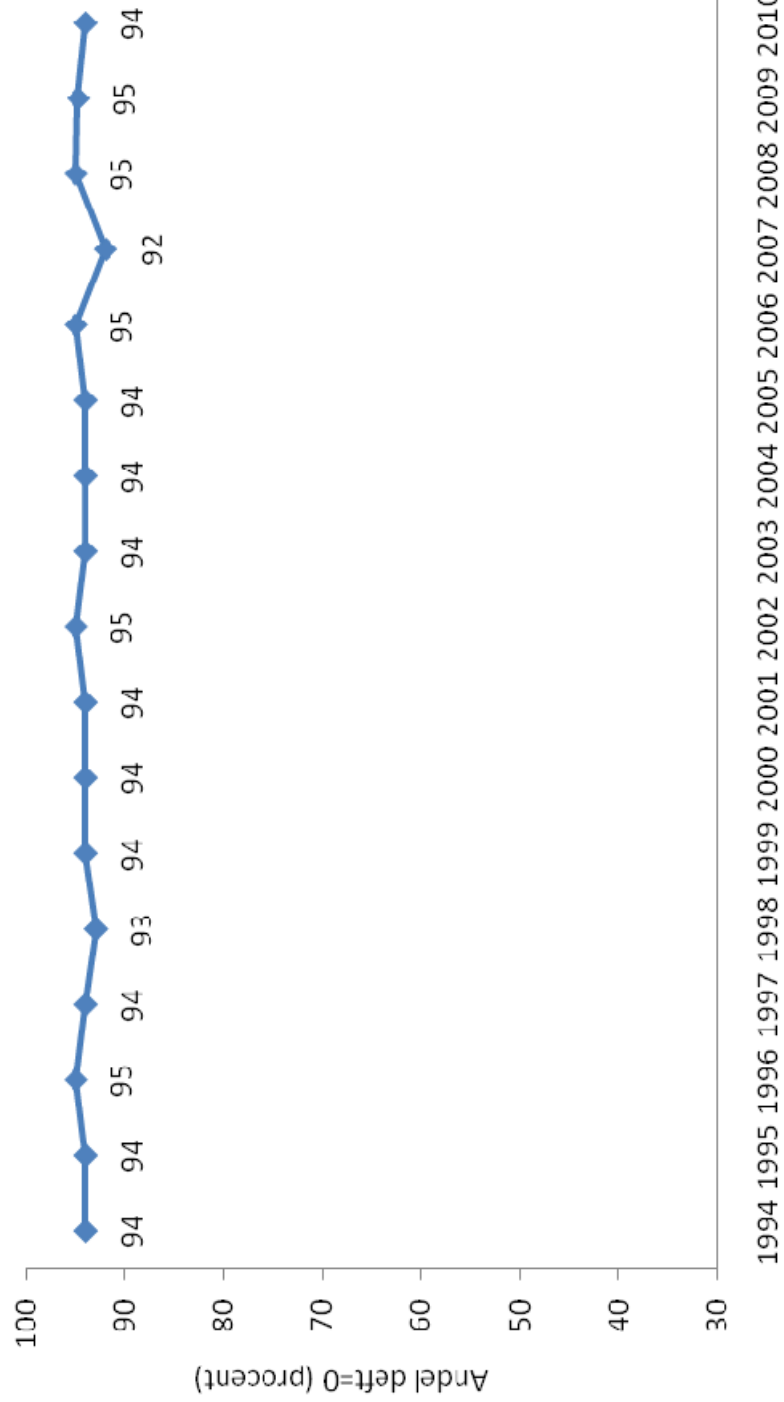
Andelen tobaksfria sextonåringar visar en positiv utveckling från 88 procent 1994 till 93 procent 2010. Hos flickorna dominerar rökningen, hos dem som använder tobak. Hos pojkarna är grupperna rökare och snusare ungefär lika stora och ett fåtal både röker och snusar.

Andelen tobaksfria nittonåringar har sjunkit något från 80 till 78 procent under perioden 1994-2010 men var lägst 2004 med endast 70 procent tobaksfria. Andelen snusande flickor var fortfarande låg jämfört med rökande flickor, medan snusning är dubbelt så vanlig som rökning hos de nittonåriga pojkarna. Fler pojkar än flickor använder tobak.

Slutsatser

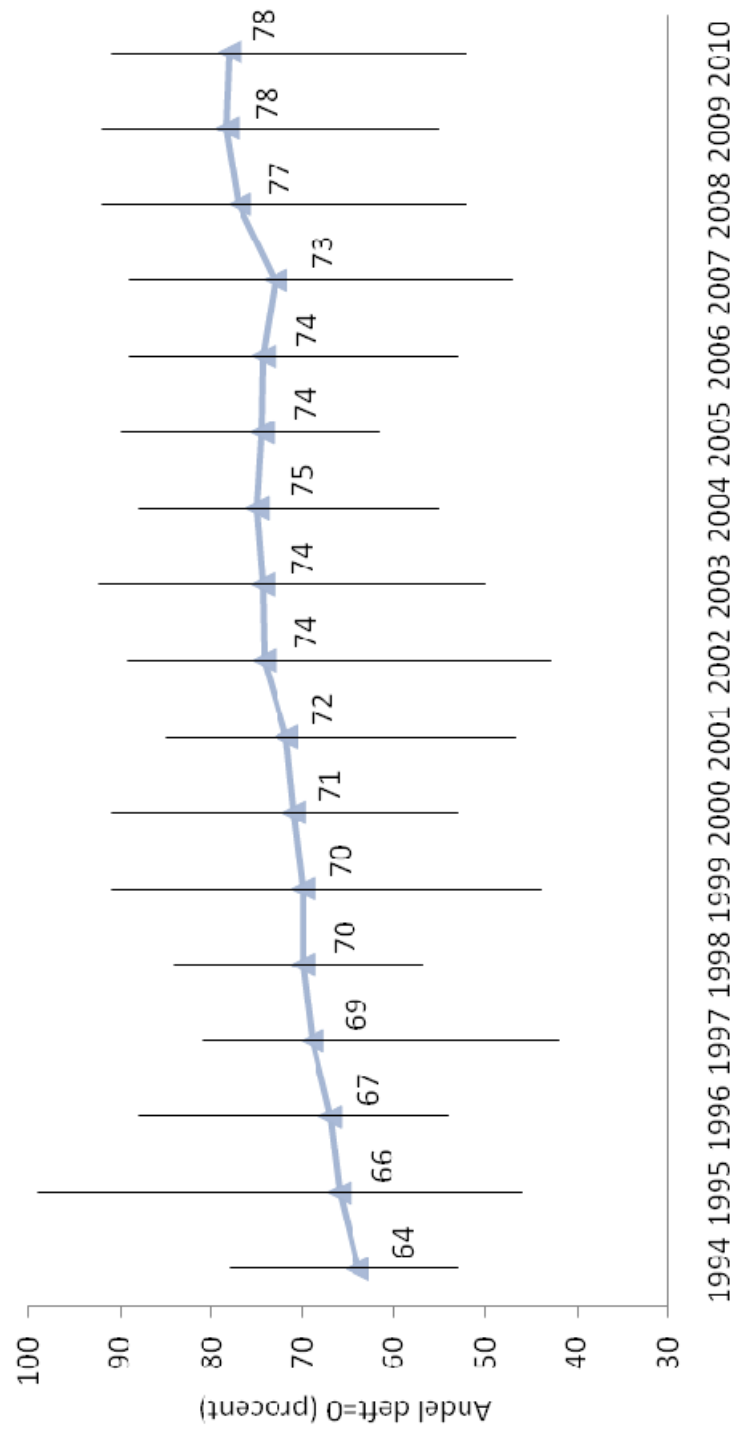
Tandhälsoutvecklingen i Östergötland följer i stort samma utveckling som Socialstyrelsen redovisat för Sverige 2008. Samtliga åldersgrupper utom tolvåringar i Östergötland, visar en svagt positiv tandhälsoutveckling under perioden 1994-2010. Karies- och fyllningsförekomsten ökar dock med cirka 20 procent mellan åldersgrupperna 3 och 6 år och med cirka 10 procent mellan varje åldersgrupp 9, 12, 16 och 19 år. I det kliniska arbetet är det viktigt att de epidemiologiska registreringarna kompletteras med individuell riskbedömning som grund för behandlingsplanen för den enskilde individen. Tobaksbruket ökade hos nittonåringarna i början av 2000-talet men avtog något igen under senare delen av 2000-talet. Snusning har till stor del ersatt rökning hos pojkarna.

Andel kariesfria 3-åringar, dmft=0, 1994-2010

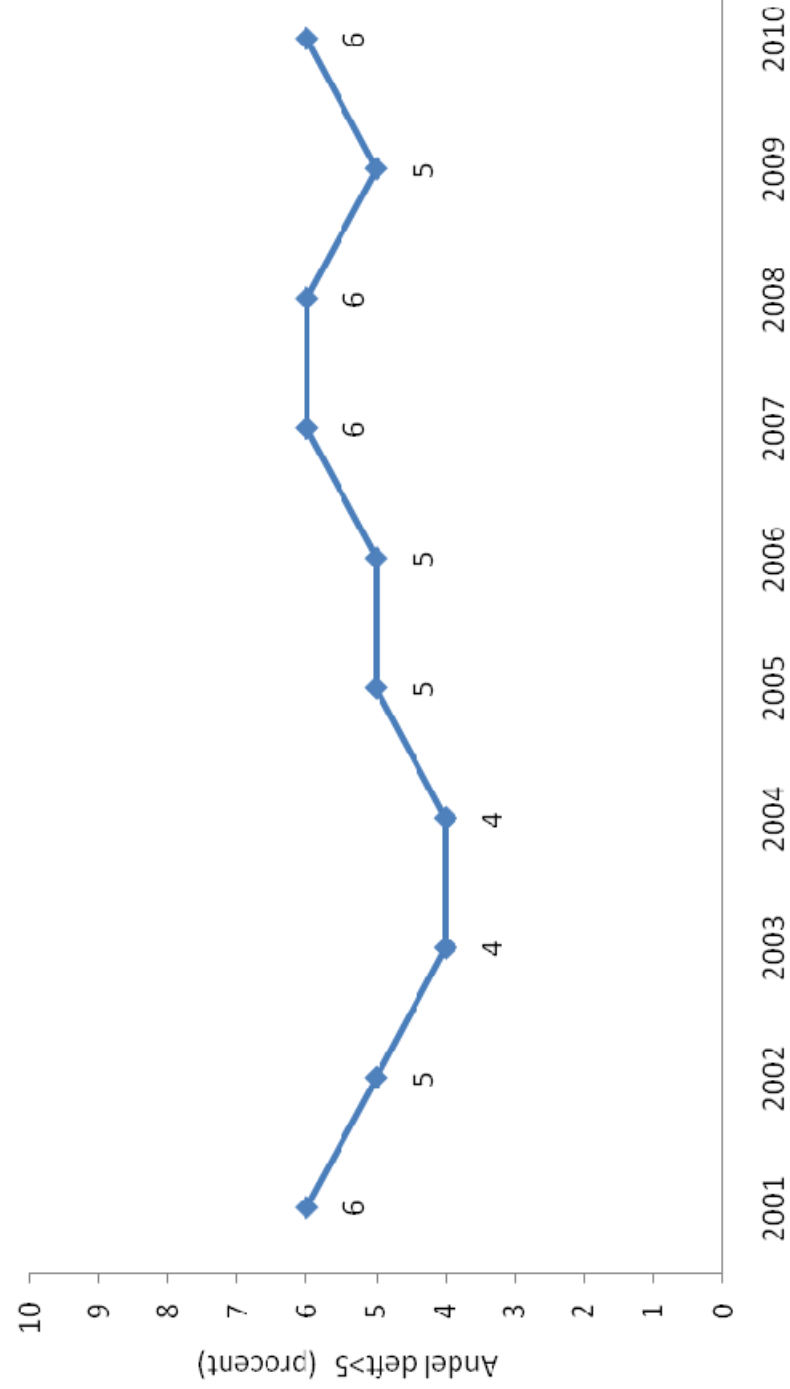


Andel kariesfria 6-åringar, dmft=0, 1994-2010

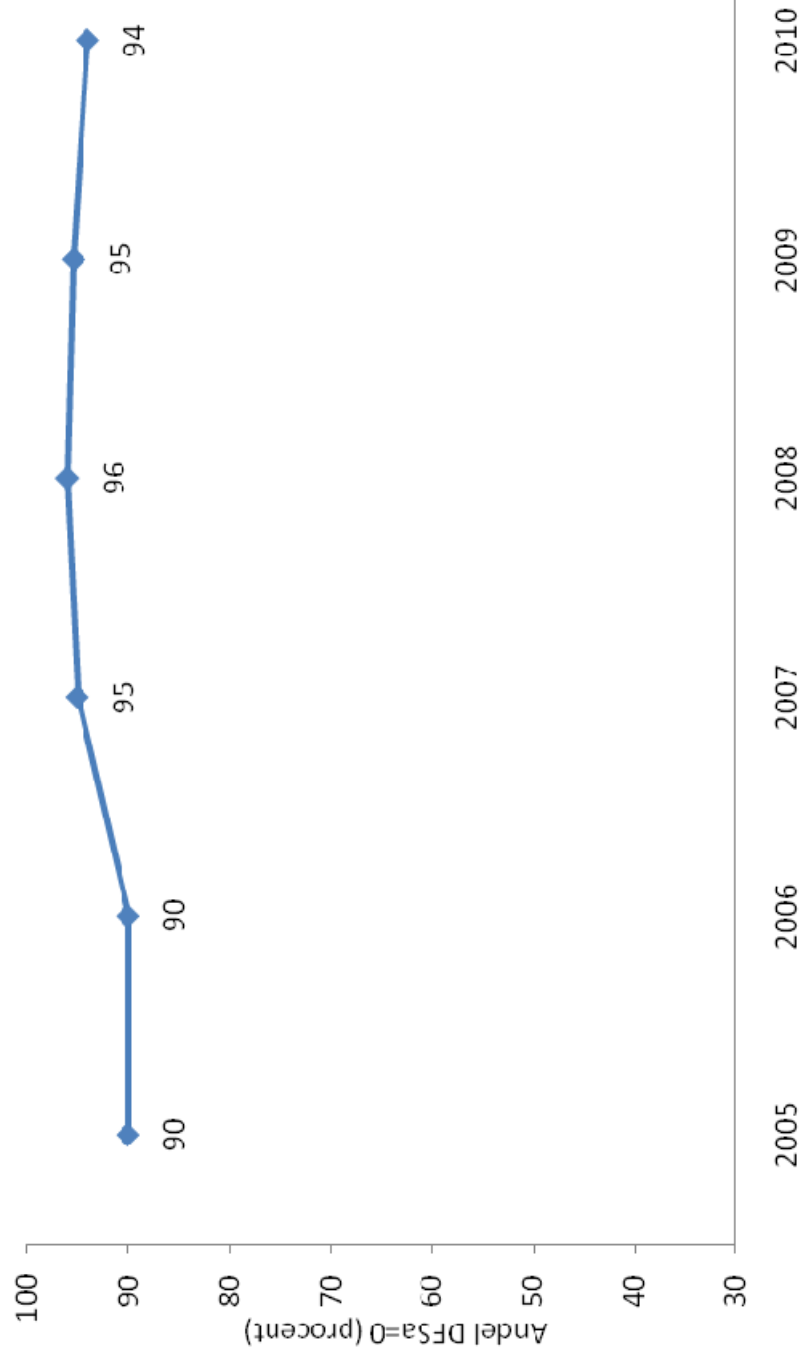
Range=vertikala linjer



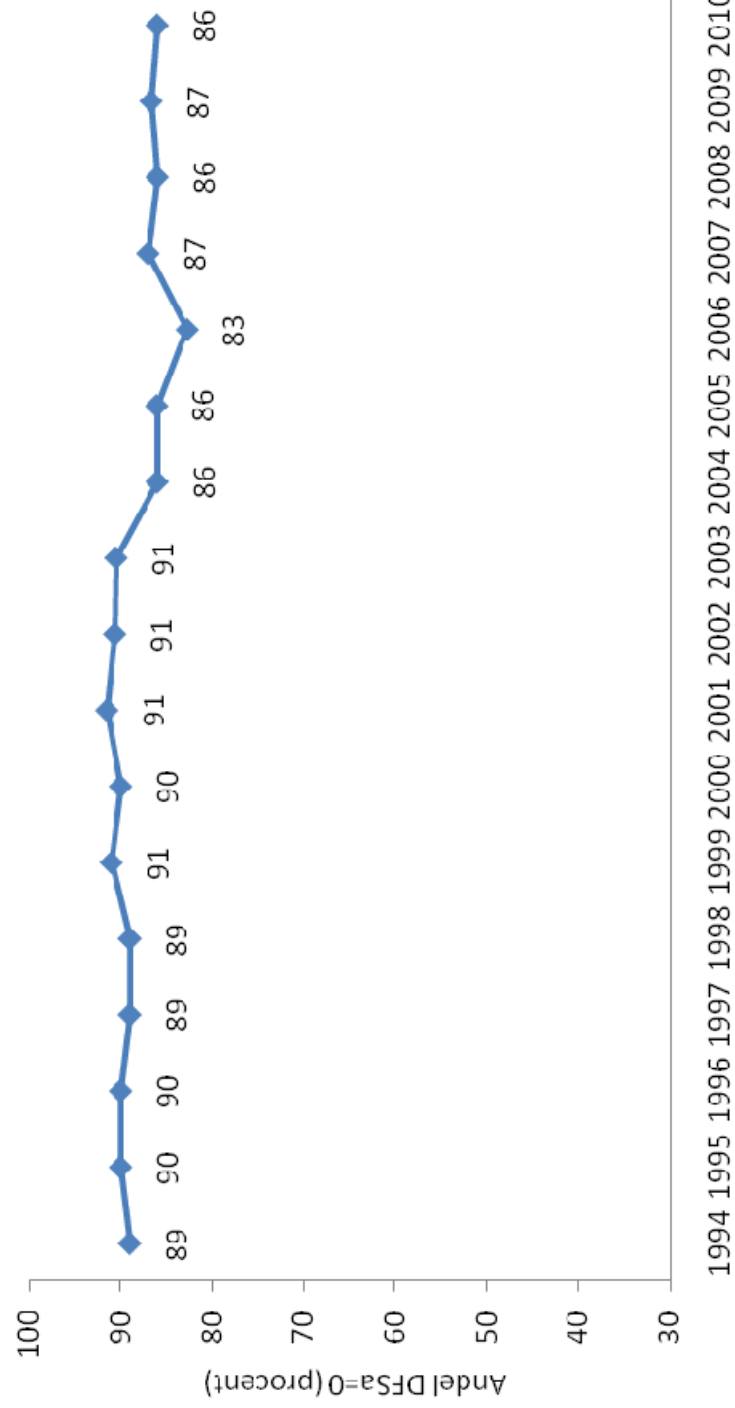
Andel kariesaktiva 6-åringar, dmft>5, 1994-2010



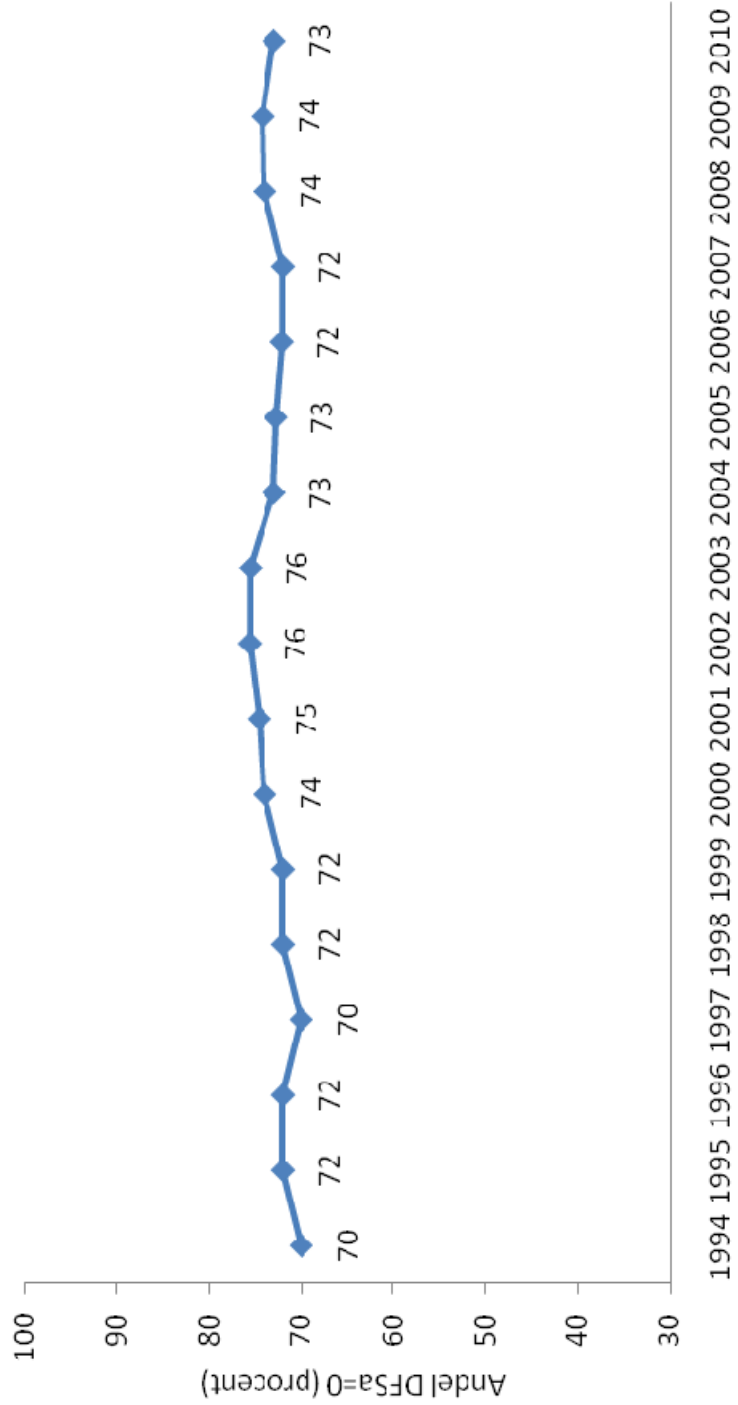
Andel 9-åringar med kariesfria kontaktytor, DFSa=0, 2005-2010



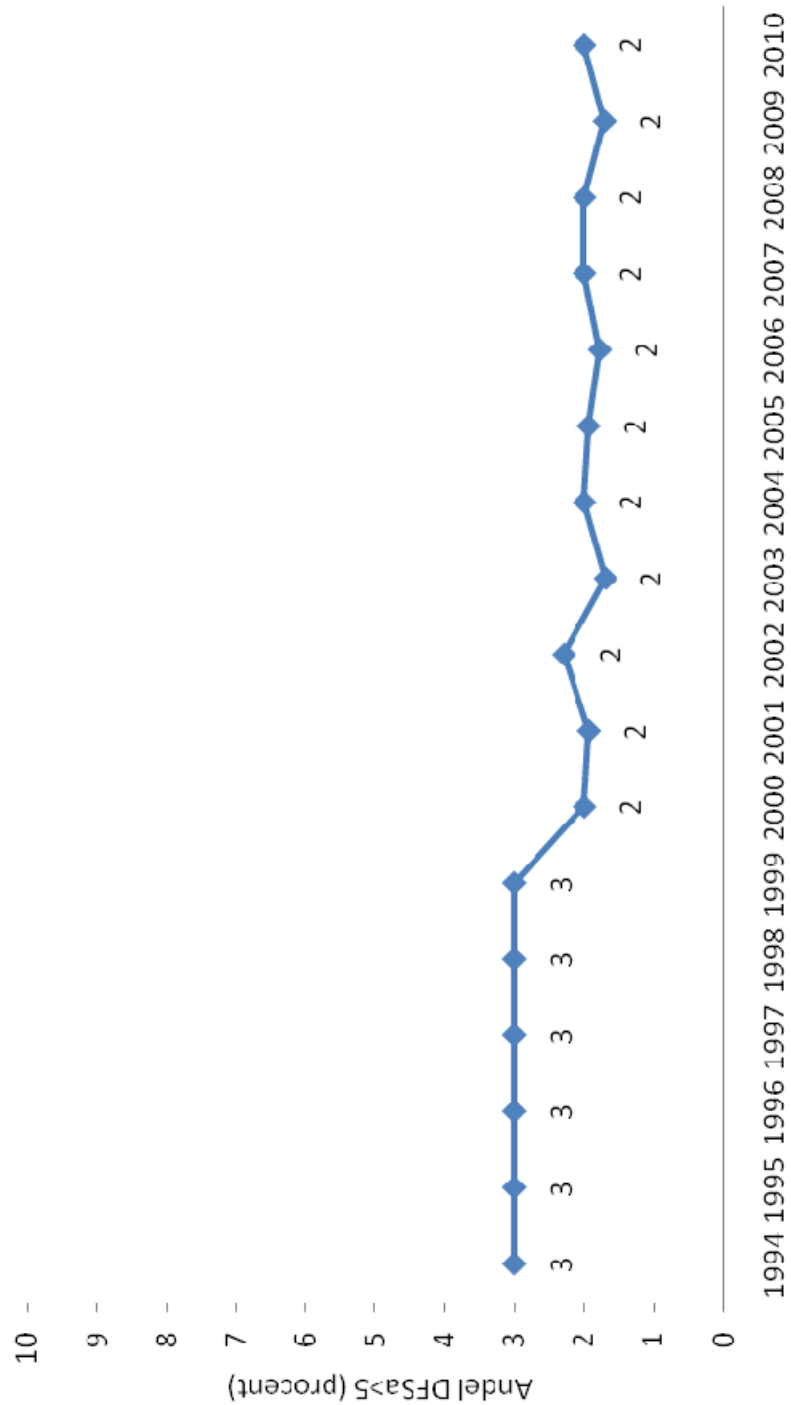
Andel kariesfria 12-åringar med kariesfria kontaktytor, DFSa=0, 1994-2010



Andel kariesfria 16-åringar med kariesfria kontaktytor, DFSa=0, 1994-2010

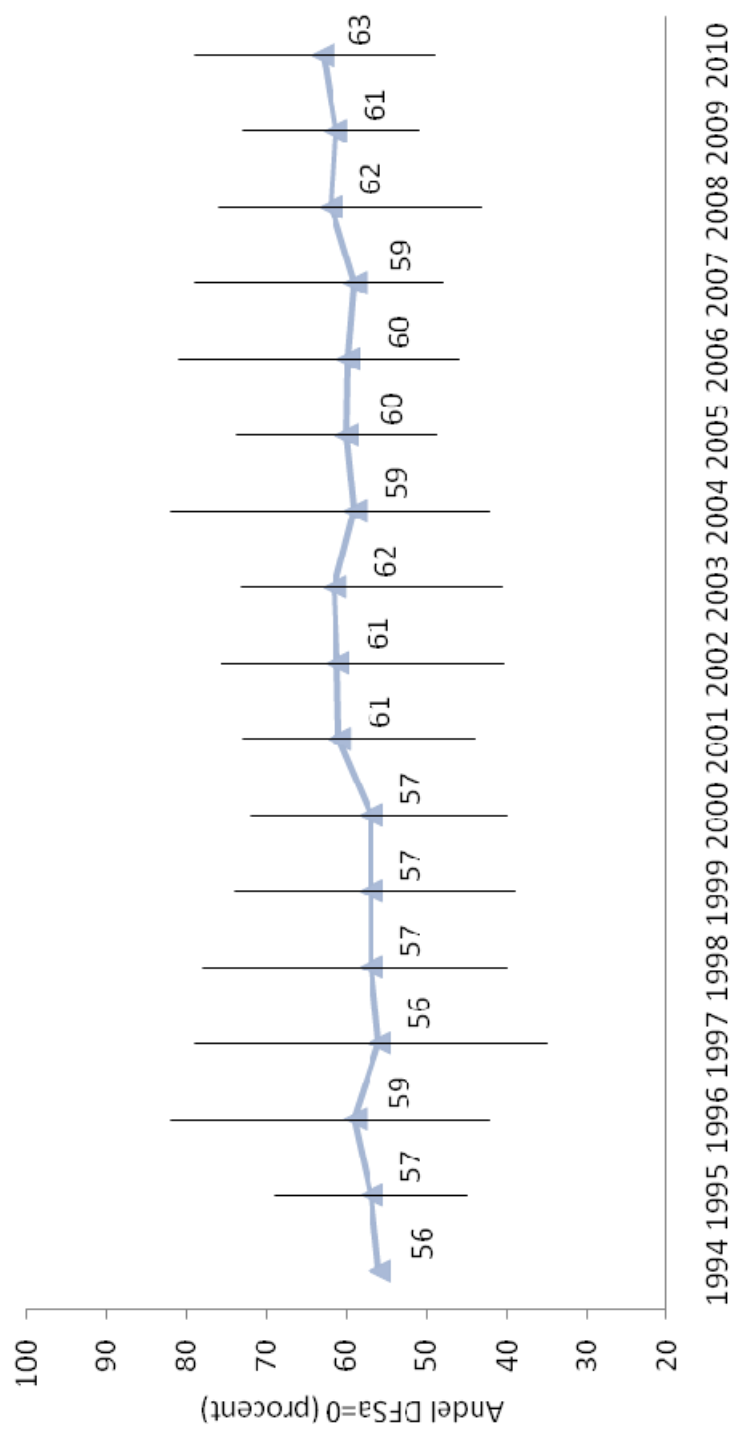


Andel kariesaktiva 16-åringar, DFSa>5, 1994-2010

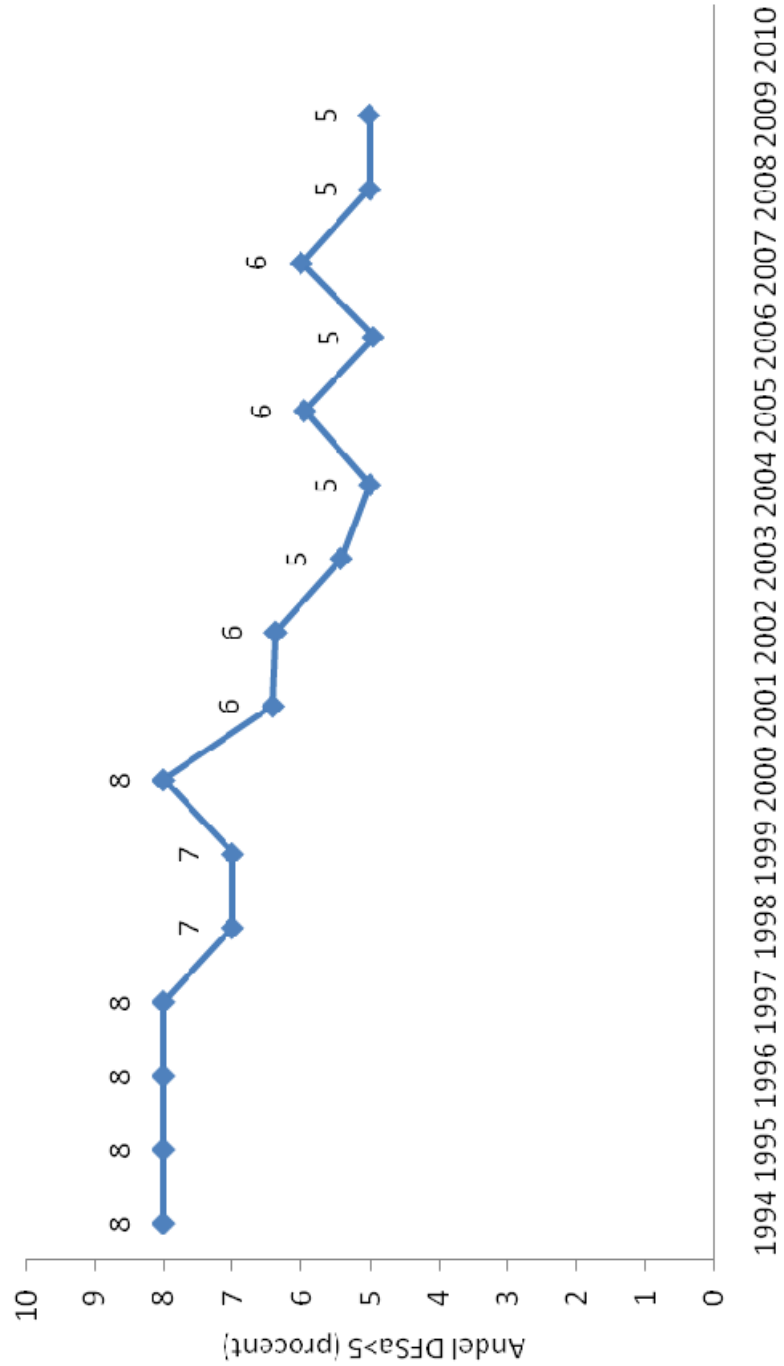


Andel 19-åringar med kariesfria kontaktytor, DFSa=0, 1994-2010

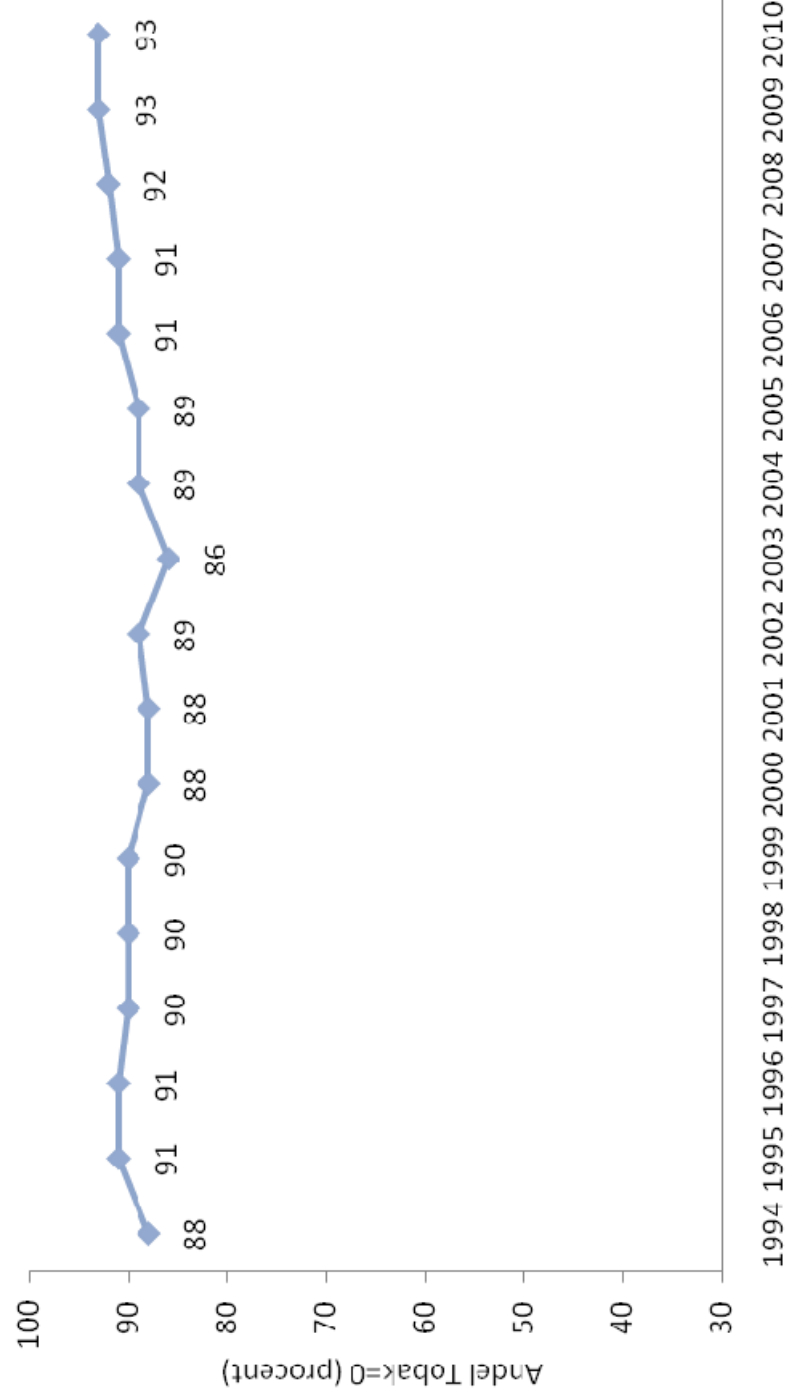
Range=vertikala linjer



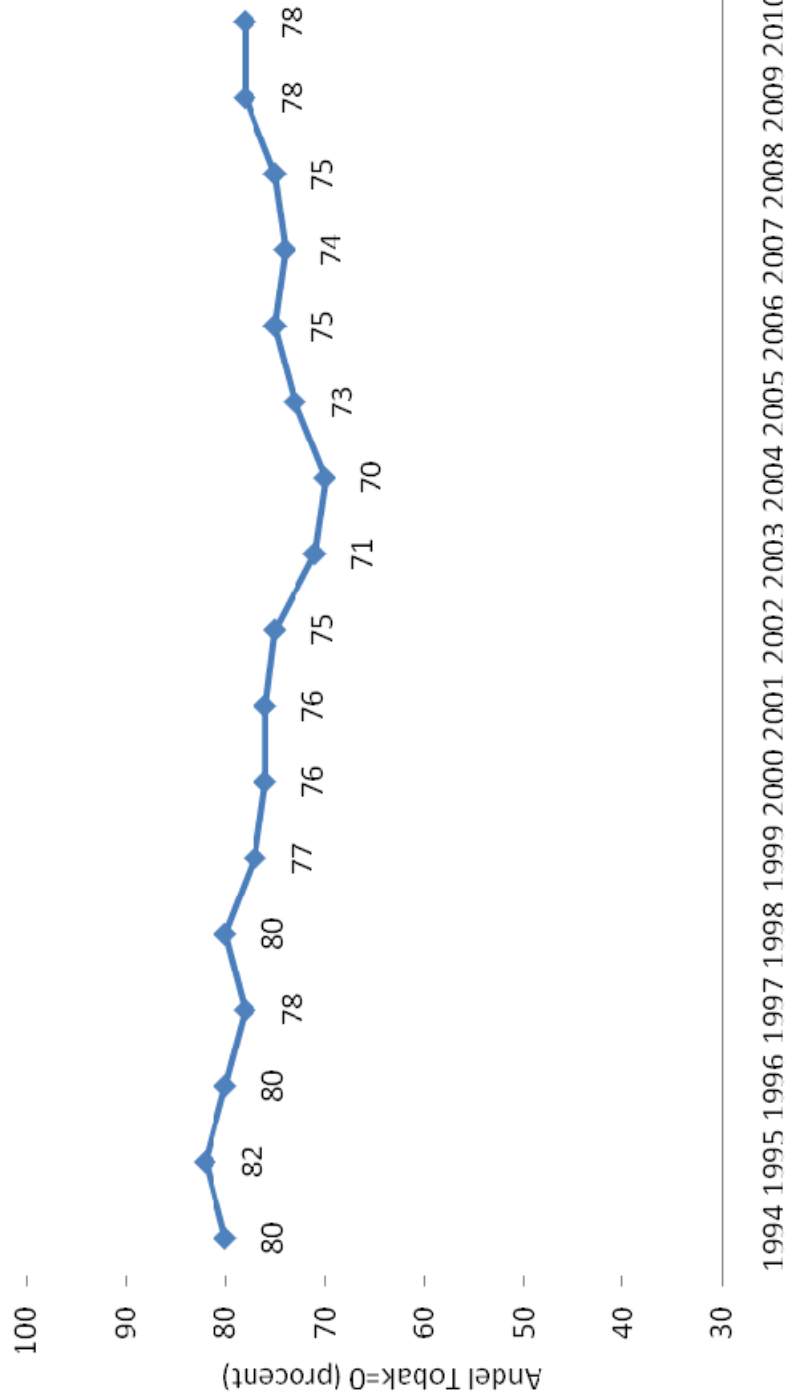
Andel kariesaktiva 19-åringar, DFSa>5, 1994-2010



Andel tobaksfria 16-åringar, Tobak=0, 1994-2010



Andel tobaksfria 19-åringar, Tobak=0, 1994-2010



Folkhälsocentrum

**Landstinget i Östergötland
S:t Larsgatan 49 B
581 91 Linköping**

Telefon: 010 103 14 34

E-post: fhc@lio.se

www.lio.se/fhc