



Del av den nordiska artikelserien Ojämlighet i oral hälsa.  
Godkänd för publicering den 6 april 2020. Artikeln är översatt  
från engelska av Cecilia Hallström, Köpenhamn, Danmark.

# Oral hälsa i samhällets utkant

**Trots en markant förbättrad munhälsa i Norden dokumenteras försämrade munhälsa hos utsatta och socialt marginaliserade grupper såsom hemlösa, drogberoende, intagna på fängelser samt individer med allvarliga och kroniska psykiatriska störningar. Man kan också notera en minskad användning av den konventionella tandvården hos dessa personer. Detta kräver särskilt riktade program för främjande av munhälsa hos dessa patientgrupper och understryker dessutom behovet av ytterligare forskning inom området tandhälsovård och oral epidemiologi.**

Trots betydande förbättringar av den orala hälsan i de nordiska länderna [1], tycks ett flertal minoritetsgrupper inte ha dragit fördel av denna utveckling i samma utsträckning som befolkningen i allmänhet. Ett liv i samhällets marginaler kan inte bara leda till allvarliga och multipla munhälsoproblem; det påverkar även nyttjandet av konventionell tandvård. Därför är orala hälsoproblem bland personer som lever i samhällets utkant mer påfallande än någonsin samtidigt som frågan om hur man ska förse den här gruppen med tandvård blir alltmer aktuell.

De här grupperna utgörs av hemlösa, drogberoende, intagna på fängelser och medborgare med allvarliga och kroniska psykiatriska störningar. Att tillhöra de mest socialt utsatta och missgynnade karakteriseras ofta av ett flertal parallella sociala problem, såsom hemlöshet/instabil boendesituation, behov av komplext socialt stöd, drogmissbruk, psykisk sjukdom, tidigare eller pågående fängelsestraff men också av långvarig arbetslöshet, låg utbildningsnivå, låg socioekonomisk status samt immigrantstatus.

Grupper som består av de mest sårbara och so-



## Författare

**Børge Hede** (bild), PhD, affiliated associated professor, Dep of Odontology, Fac of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Danmark.

E-post: bhe@sund.ku.dk

**Patricia De Palma**, tandvårdschef, ötdl, med dr, Universitetstandvården, Karolinska Institutet, Huddinge, Sverige.

**Karin Persson**, studierektor/universitetslektor, RN, PhD, inst för vårdvetenskap, fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Universitet, Malmö, Sverige.

**Satu Lahti**, PhD, Professor of Community Dentistry, Dep of Community Dentistry, University of Turku, Finland.

cialt missgynnade individerna är mycket svåra att begränsa vid en bestämd tidpunkt och bildar en sammanhängande del med den övriga befolkningen. Dessutom kan de vara svåra att nå (undantaget de som sitter i fängelse) för att inkludera i vetenskapliga projekt. Därmed är det kanske inte möjligt eller relevant att genomföra traditionell epidemiologisk forskning med representativa urval. Detta understryker behovet av alternativa metoder, såsom kvantitativa angreppssätt eller kvalitativa metoder för beskrivning och utvärdering av interventioner.

Termer som "de hemlösa", "de intagna" eller "de drogberoende" är kanske grovt förenklade beskrivningar av individer med komplexa sociala problem. Men trots dessa begränsningar förefaller det som om en beskrivning av individen baserad på deras primära svårighet eller institutionella tillhörighet är det enda möjliga sättet att närma sig dessa individer och deras munhälsoproblem.

Det finns mycket få nordiska studier av munhälsan hos socialt marginaliserade individer. Den här artikeln kommer att förse läsaren med en översikt av vår nuvarande kunskap gällande de munhälso-relaterade frågeställningarna i dessa utsatta grupper. Eftersom kontexten och det sociala system inom vilket individen kan agera skulle kunna ha ett djupgående inflytande [2] har författarna valt att i huvudsak inkludera studier från de nordiska länderna och i en mindre utsträckning studier från andra västeuropeiska länder.

## PERSONER MED ALLVARLIGA OCH KRONISKA PSYKIATRISKA STÖRNINGAR

Sedan avinstitutionaliseringen av mentalvården under 1990-talet bor de flesta människor med svåra mentala sjukdomar nu självständigt, antingen



Figur 1. Man i 20-årsåldern med svår mental sjukdom och karakteristiska hyposaliveringsrelaterade karieslesioner cervikalt.

med stöd från öppenvården eller i särskilda stödboenden. Det finns praktiskt taget ingen forskning gällande munhälsan hos psykiatriska öppenvårdspatienter och forskning gällande individer med allvarlig mental sjukdom i samhällsorganiserad omsorg är sällsynt [3].

Allvarlig mental sjukdom (SMI; Severe Mental Illness) är inte en enskild diagnos utan inkluderar ett flertal diagnoser såsom schizofreni, andra psykotiska tillstånd, bipolära diagnoser och svår depression och är upptagna i DSM-5 och/eller ICD-10. SMI orsakar ofta en funktionell nedsättning som signifikant stör eller begränsar en eller flera betydande aktiviteter i dessa individers liv.

Det finns ett flertal faktorer som kan bidra till dålig oral hälsa hos individer med allvarlig mental sjukdom; minskad förmåga att upprätthålla munhygien, oregelbundna – oftast akuta – tandvårdsbesök och omfattande bruk av receptbelagda läkemedel som orsakar muntorrhet [4].

Forskning beträffande hur individer med allvarliga mentala sjukdomar upplever sin munhälsa visar att de erfar en känsla av skam över att inte kunna sköta den [5]. Även om en individ vill ta hand om sin munhälsa, kan den ha låg prioritet i den större kontexten av mental ohälsa. Symtomen kan leda till att en uppgift som för andra kan verka enkel, exempelvis tandborstning, blir besvärlig att genomföra. Trots att detta är en daglig aktivitet som individen vill prioritera kan det finnas ett glapp mellan intentionen att göra det och att faktiskt göra det [6].

I den här gruppen är det känt att långtidsmedicinering orsakar muntorrhet och xerostomi (figur 1). Dessa biverkningar beror inte bara på det faktiska läkemedlet, utan också på antalet utskrivna läkemedel. I en svensk studie av patienter inom psykiatriska öppenvården hade nästan en tredjedel av patienterna två eller flera receptbelagda neuroleptikapreparat [7].

Muntorrhet är en välkänd riskfaktor för karies. Karies och efterföljande tandförluster förefaller vara det främsta munhälsoproblemet bland personer med allvarliga och kroniska psykiatriska störningar

[4]. Någon ökad prevalens av parodontal sjukdom har inte verifierats.

Individer med allvarlig mental sjukdom har ett ökat behov av tandvårdsbehandling och de flesta uppsöker tandläkare på grund av akuta behov. En systematisk översikt fann att individer med allvarlig mental sjukdom hade en oddskvot på 3,4 relativt den generella befolkningen att bli tandlösa [4]. En multivariatanalys i en äldre dansk studie indikerade att mental sjukdom bidrog med en yta per år, alla andra variabler lika, till DMFS-index hos medborgare med allvarlig mental sjukdom [8].

Dessa resultat understryker behovet av ett mer nyanserat stöd gällande munhälsa, speciellt i gruppen under 35 års ålder där tandförluster kan förhindras med mer anpassat stöd. Detta stöd kan gagnas av ett samarbete mellan socialtjänsten, primärvården, psykiatrivården och tandvården.

Då dålig munhälsa förknippas med en känsla av skam och brist på stöd [4] är det väsentligt att kunna sätta upp mål som är anpassade efter individens prioritet och förmåga, och ge personen en chans att kunna uppnå målen. Därför behöver både tandvårdspersonal och annan personal som kommer i kontakt med dessa individer i olika situationer träning i detta. Ett program som adresserar hur man skräddarsyr sådant stöd skulle kunna ge yngre individer som är socialt utsatta och/eller lider av svåra mentala sjukdomar en bättre möjlighet att uppnå god munhälsa.

#### MUNHÄLSA BLAND HEMLÖSA

Hemlöshet är ett globalt fenomen med flera bidragande och sammanflätade orsaker och konsekvenser, både på samhällsnivå och på individnivå. Mental ohälsa kan vara både en anledning till och konsekvens av hemlöshet. I Sverige har påverkan av nedmonteringen av institutioner för de mentalt sjuka diskuterats som en förklaring till den höga prevalensen av mental sjukdom bland de hemlösa.

Globaliseringen har lett till omfattande förändringar på arbetsmarknaden och i familjestrukturen,

**”Karies och efterföljande tandförluster förefaller vara det främsta munhälsoproblemet bland personer med allvarliga och kroniska psykiatriska störningar.”**

### ”... missbrukare har en ökad sannolikhet för att ha karies, gingivit och parodontala sjukdomar.”

precis som de sociala nätverken är svagare än vad de var tidigare [9]. Den kumulativa effekten av dessa och andra sociala förändringar blir ett horisontellt samhälle där individer antingen inkluderas eller exkluderas, vilket kan leda till hemlöshet.

I allmänhet beskrivs problemet med hemlöshet i andra termer än relaterat till arbetslöshet, bostadsbrist, segregation och ojämlikhet. I stället är det politiska budskapet att hemlöshet är ett litet och, framför allt, begränsat problem. De hemlösa beskrivs som en separat grupp i ett i övrigt välfungerande samhälle. De sociopolitiska och strukturella orsakerna till marginalisering förnekas eller tystas ner och fokus läggs i stället på avvikande individer och deras beteende. Bostadsområden blir segregerade och mellan dem blir barriärerna mycket distinkta. Debatten borde handla om de hemlösas rätt till ett anständigt liv med jobb, bostad och sjukvård, inklusive god munhälsa. Att nå ut till dessa patienter är en stor utmaning [10].

Hemlösas munhälsoproblem har historiskt inte studerats särskilt mycket och det finns endast ett fåtal publicerade vetenskapliga studier angående hemlösas munhälsa i Norden [11]. Dock har antalet studier avseende tandvårdspatienter med särskilda behov, såsom hemlösa, ökat snabbt under de senaste tre decennierna, men det är fortfarande otillräckligt för att vi ska förstå den här gruppen, deras situation och deras upplevelser av munhälsa.

De Palma et al [12, 13] rapporterade att den orala hälsan bland hemlösa i Stockholm var sämre än vad som setts i tidigare studier i andra länder. Medelantalet tänder var 18,0 och detta var lägre jämfört med liknande studier i den övriga befolkningen [14]. DMFT bland hemlösa var hög, 27,0, och sju av de åtta tandlösa patienterna hade inga proteser. Munslemhinnan var allvarligt skadad med diagnoser som hyperkeratos och munslemhinneförändringar. De hemlösa vuxna hade relativt få kvarvarande tänder, men deras parodontala hälsa var bättre än förväntat med tanke på deras munhygienstatus.

De Palma et al [15] rekommenderade att man i samband med planering av tandvård för hemlösa inte bara ska inkludera erfarenheter från klinisk forskning, det är också väsentligt – av flera olika skäl – att beakta de hemlösa individernas känslor och erfarenheter. Men när de väl befinner sig i hemlöshet är risken för permanent social exkludering stor. I De Palmas studie rapporterade de hemlösa att deras tänder var viktiga och att deras främsta förväntningar på tandvården var att deras tuggförmåga skulle förbättras, liksom deras orala utseende. Allmänhälsan var ofta påverkad. Allvarliga kroniska och multipla sjukdomar förekom. Drogmisbruk förekom bland en majoritet av individerna och mortaliteten bland

studiedeltagarna översteg kraftigt den hos befolkningen i allmänhet.

I Danmark fann Øzhayat et al [16] ett signifikant högre OHIP-14 bland hemlösa jämfört med andra grupper i den övriga befolkningen. Den här skillnaden förändrades inte efter stratifiering i åldersgrupper. Kategorierna smärta, anspänning, kost, avslappning, liv och funktion utmärker sig som problem bland de hemlösa. Forskarna drog slutsatsen att OHRQoL var mycket nedsatt bland de hemlösa då OHIP-14-resultaten var nästan tre gånger högre bland hemlösa jämfört med individer i den övriga befolkningen med mycket tandförfluster och behov av avtagbar tandprotes. En annan dansk studie [17] uppvisade ett nästan identiskt OHIP-14-resultat och dålig munhälsa bland socialt utsatta individer. Nästan samtliga hade obehandlad karies och nästan hälften av deltagarna hade inte besökt någon tandläkare de senaste fem åren. Efter anpassad intervention reducerades OHIP-14 till nivån hos jämförbara grupper i den övriga befolkningen.

#### DROGMISBRUK OCH MUNHÄLSA

Substansbrukssyndrom definieras som ”a problematic pattern of using alcohol or another substance that results in impairment in daily life or noticeable distress” [18]. Tidigare studier indikerar att missbrukare har en ökad sannolikhet för att ha karies, gingivit och parodontala sjukdomar [19]. Prevalensen av tung alkoholkonsumtion i den europeiska befolkningen var 42,6 procent under 2016 [20]. I den svenska befolkningen anses 12,9 procent av männen och 8,7 procent av kvinnorna lida av alkoholmissbruk [21]. Studier indikerar att individer som dricker mycket har en högre risk för tanderosion, parodontit och ett större antal kariesade tänder [22]. Men med undantag för tanderosion, förefaller den ökade prevalensen av orala sjukdomar vara kopplad till den sociala nedgången och inte missbruket i sig [23].

Cannabis missbrukas av 192 miljoner individer i åldrarna 15–64 år, varav upp till 17 miljoner i Europa. De vanligaste effekterna på munhälsan bland cannabismissbrukare är xerostomi, vita slemhinnelesioner och högre DMFT-resultat [24, 25]. Dessutom uppskattade World Drug Report 2018 att 34,2 miljoner individer i åldrarna 15–64 år hade använt amfetamin eller metamfetamin. Amfetamin stimulerar det centrala nervsystemet (CNS) och är mer skadligt för det centrala nervsystemet än andra droger. Vid missbruk av metamfetamin är xerostomi en av de vanligaste manifestationerna orsakad av dess effekter på det centrala nervsystemet, vilka leder till produktion av ostimulerad saliv som innehåller mycket protein. Missbrukaren blir också hyperaktiv och känner ofta hunger eller törst. I stället för att dricka vatten dricker de ofta läskedrycker. Bruxism, xerostomi, saliv rik på proteiner samt ökat intag av läskedrycker ökar risken för karies. Metamfetamin-



missbrukare lider ofta av svår parodontit. På grund av att metamfetamin ger mycket typiska skador i munhålan har uttrycket "Meth Mouth" introducerats [26], figur II.

En annan CNS-stimulerande substans som påverkar den orala hälsan är khat. Bladen tuggas så fort de plockats från plantan. Unga och färska blad är önskvärda eftersom de ger amfetaminliknande effekter. Khat har samma struktur som amfetamin. I Norden är bruket av khat i huvudsak begränsat till invandrargrupper från Somalia och Etiopien. Khat används inte bara i sociala sammanhang utan brukas även under dagliga aktiviteter och i ett antal olika situationer. Khat påverkar den orala miljön och kan orsaka mörk pigmentering och vita lesioner i det område i munnen där det tuggas. Detta orsakas av kemisk och mekanisk irritation. Khat leder också till att brukaren blir törstig, vilket kan öka risken för karies då brukarna ofta dricker läskedrycker eller te med socker för att stilla törsten. På grund av tuggandet är tandslitage och temporomandibulär dysfunktion (TMD) också vanligt förekommande. Drogen har en stark doft och ger gröna fläckar på insidan av kind och på tungan, ibland färgas också tänderna bruna [27].

Heroin är ett opiat som kan rökas, sniffas eller injiceras och som påverkar det centrala nervsystemets opioidreceptorer. Missbruk av heroin kopplas till dålig munhälsa och individer som missbrukar drogen uppvisar ofta allvarliga orala sjukdomar. Dessa patienter maskerar sina tandbesvär och sin ångest relaterad till oral ohälsa genom självmedicinering med heroin som har kända smärtstillande effekter. Tidigare studier har visat att individer som lider av heroinmissbruk har hög prevalens av karies och parodontala sjukdomar [19]. Vi har inte kunnat identifiera någon studie från något nordiskt land där man studerat förhållandet mellan oral hälsa och drogmissbruk eller oral hälsa hos alkoholister/drogmissbrukare under de senaste 25 åren.

#### INTAGNA PÅ FÄNGELSER

Två färska studier från Norden har beskrivit oral hälsa och associerade problem bland intagna på fängelser. Den svenska studien inkluderade endast manliga intagna medan den finska studien inkluderade både män och kvinnor [28, 29].

Intagna på fängelser har ett flertal ohälsosamma vanor som påverkar den orala hälsan, till exempel drogmissbruk vilket i en systematisk översikt har rapporterats vara vanligt förekommande bland intagna i tio länder [30]. Bland svenska manliga intagna rapporterades rökning förekomma hos 84 procent, drogbruk hos 62 procent och alkoholmissbruk hos 13 procent. Bland finska intagna rapporterades 88 procent att de rökte dagligen, 62 procent uppgav att de använde droger och 33 procent sa att de intog alkohol mer än en gång i veckan innan de satt i fängelse. På grund av de intagnas livsstil drabbas de



Figur II. Ett exempel på "meth-mouth" karakteriserad av grav karies och tandförluster samt tandfrakturer, tanderosion och andra orala problem.

ofta av olycksfall, och i samband med dessa är tandfrakturer och tandförluster vanligt förekommande [31]. Mental sjukdom eller besvär såsom ångest, depression eller sömnsvårigheter rapporterade 52 procent av svenska intagna, medan 87 procent av de finska intagna tog någon form av receptbelagt läkemedel och 28 procent hade fyra läkemedel eller fler. De vanligast förekommande medicinerna var antipsykotiska läkemedel, smärtstillande och läkemedel mot sömnsvårigheter [28, 29].

I båda dessa nordiska studier rapporterades den orala hälsan vara sämre bland de intagna än i den allmänna befolkningen. Bland svenska intagna uppvisade 95 procent tecken på parodontit och i Finland hade samtliga deltagare gingivit och 7 procent svåra parodontala problem. Av de svenska deltagarna hade 66 procent åtminstone en tand med en karieslesion som krävde reparativ behandling, och 81 procent av de finska deltagarna hade karies som krävde reparativ behandling. I den finska studien tittade man även på tandslitage och TMD: 90 procent av deltagarna hade moderat till svårt erosivt tandslitage och kliniskt diagnostiserad TMD återfanns hos 60 procent av deltagarna medan TMD-symtom återfanns hos 84 procent [28, 29, 32, 33].

Det var skillnad i den rapporterade frekvensen av tandborstning mellan svenska och finska intagna [28, 29]. I Finland rapporterades så gott som samtliga individer att de borstade tänderna varje dag, i Sverige rapporterades 7 procent daglig tandborstning. Skillnaden kan bero på olika metoder för rapportering och det faktum att de svenska intagna studerades vid intagning medan de finska studiedeltagarna studerades under sin fängelseperiod. Nyttjandet av tandvårdstjänster var ofta oregelbundet bland de intagna. I Sverige rapporterades 13 procent att man regelbundet besökte tandläkare för kontroller, motsvarande siffra i Finland var 16 procent. I Sverige rapporterades 15 procent att deras oregelbundna tandvårdsbesök berodde på tandvårdsrädsla. I den finska studien var tandvårdsrädsla kopplad till oregelbundna tandvårdsbesök, en koppling som man

**"Bland svenska intagna uppvisade 95 procent tecken på parodontit ..."**

**Tabell 1. Genomsnittliga OHIP-14-resultat under en månad i en grupp av socialt sårbara och missgynnade personer i Danmark, vid baseline och efter en munhålsintervention (n = 99) (Mann-Whitney-test).**

	Baseline	Efter intervention	P
Talförmåga	1,2	0,8	NS
Smaksinne	1,2	0,8	< 0,05
Smärta	2,5	0,8	> 0,001
Tuggförmåga	2,6	1,1	> 0,001
Självmedvetenhet	3,0	1,0	> 0,001
Känna sig spänd	2,5	0,9	> 0,001
Inadekvat kost	2,1	0,9	> 0,001
Avbrutna måltider	1,6	0,7	> 0,001
Avslappning	2,1	0,6	> 0,001
Känna sig generad	3,1	1,0	> 0,001
Känna sig lättretlig	1,1	0,3	> 0,001
Svårighet utföra dagliga sysslor	1,0	0,2	> 0,001
Livet i allmänhet	2,5	0,5	> 0,001
Daglig funktion	1,4	0,2	> 0,001
Totalt OHIP-14-resultat	27,8	9,9	> 0,001

även funnit vid studier av den allmänna befolkningen [34–37].

Studier har funnit att ett flertal problem kan bidra till dålig munhälsa. I en färsk studie bland skotska intagna påpekades hur komplexa förhållandena som påverkar munhälsan kan vara [38]. Studien föreslog att förutsägelse av karieserfarenhet på grund av depression medieras separat via två parallella och oberoende spår, drogbruk och tandvårdsrädsla. Bruk av droger fungerar som en primär mediator och tandvårdsrädsla som en sekundär mediator mellan depression och karies. Så när man planerar ytterligare interventioner för att förbättra de intagnas munhälsa behövs övergripande strategier som tar den existerande komplexiteten i beaktande, exempelvis allmän risk [39].

#### PERSPEKTIV

Internationella och nordiska data indikerar att medborgare som lever i samhällets utkanter möter ett flertal barriärer till munhålsvård, såväl på individnivå som på organisatorisk nivå och policynivå [40]. Dessutom indikerar tidigare nordiska studier att det finns ett behov av mer forskning, både deskriptiva studier och studier som monitorerar olika interventioner som syftar till att stödja den orala hälsan hos dessa grupper. Universiteten bör också inkludera kunskap om marginaliserade grupper som en del i grundutbildningen för tandvårdspersonal. Nästan inga studieplaner på grundutbildningsnivå tar upp

ämnet, trots att dessa missgynnade grupper bär den tyngsta bördan när det gäller oral sjukdom. Det saknas även specifik kompetensutveckling för att förstå dessa grupper liksom en övergripande strategi för tandvården till dessa personer – en strategi som inkorporerar erfarenheterna från de många olika munhålsprogram som implementerats på lokal nivå. Dessutom visar den här översikten att det finns ett akut behov av att omarbete lagar och regler för att anpassa dessa till olika grupper av sårbara individer.

Som tidigare nämnts i denna artikel ett antal gånger, finns det ett behov av munhålsvårdsprogram som är särskilt anpassade till de här grupperna och de särskilda behov de har av munhålsvård. I en del nordiska länder inkluderar hälso- och sjukvårdslagar speciella munhålsprogram primärt riktade till medborgare som lider av svår mental sjukdom, medan sådana tjänster inte nämns i andra nordiska länders lagar.

Utvecklingen drivs ofta av forskning och dokumentation. Till exempel godkände den danska riksdagen 2013 en statlig finansiering under tre år av munhålsaktiviteter riktade mot socialt sårbara personer. Målet var att på kommunal nivå etablera och testa uppsökande och speciella munvårdsprogram för individer som saknar tillräckliga sociala resurser. Sådana program etablerades och testades i ett flertal kommuner. Bland annat utvärderades programmen i kommunerna Svendborg och Skive [17]. Programmen baserades på samarbeten mellan tandvårdspersonal och socialtjänstpersonal, specialarrangemang präglade av en välmotiverad personal med förståelse för patienternas upplevda behov och efterfrågan på munhålsvård och i en miljö som både på en fysisk och psykologisk nivå uttryckte en öppensinnad tillgänglighet och acceptans. Deltagarnas OHIP-14-resultat före och efter intervention presenteras i tabell 1. Dessa resultat tillsammans med resultat från andra kommuner ledde våren 2020 till ett tillägg i den danska hälsolagen som innebär att de danska kommunerna ska erbjuda gratis tandvård till de mest socialt marginaliserade individerna.

Detta understryker och betonar det ansvar som tandvårdsprofessionen generellt, och universiteten i synnerhet, har att prioritera det här forskningsområdet då dessa personer bär en tung börda i form av oral sjukdom som påverkar deras liv i mycket hög grad.

#### ENGLISH SUMMARY

*Oral health in the margins of the community*  
Børge Hede, Patricia de Palma, Karin Persson and Satu Lahti

*Tandläkartidningen 2021; 113 (3): 68–73*

Citizens living on the edge of communities tend to form groups that may be difficult to approach and define. Concurrent social problems – such as need for complex support, homelessness or unstable hou-

”... det finns ett akut behov av att omarbete lagar och regler för att anpassa dessa till olika grupper av sårbara individer.”



sing, substance abuse, mental illness, previous and actual imprisonment, unemployment for a longer period, low education and immigrant status – are often present at the individual level. From a scientific perspective research into oral health-related factors among socially marginalized and underserved groups of citizens, represent methodical challenges, which call for alternative qualitative approaches. From a public health perspective, studies from Nordic countries have identified several causes of poor oral health and barriers to oral care

at the individual, the organizational and the policy level. Poor oral health and the lack of sufficient oral care services calls for tailored oral health promotion programs to these groups of vulnerable citizens that underlines and highlights the responsibility of the dental profession as a whole and in particular at Universities to prioritize this field of research. From the epidemiological, as well as from the individual perspective, these are the citizens of our society who are most affected by oral disorders and whose lives are most affected by it. ●

## Referenser

- Christensen LC, Suominen A-L, Hakeberg M, Özkaya F, Klock K, Árnadóttir IB. Social inequality in oral health in the Nordic countries – current status. *Tandläkartidningen* 2021; 113 (2): 48–55.
- Petersen PE, Hakeberg M. Inequality in oral health – theoretical approaches. *Tandläkartidningen* 2021; 113 (1): 52–62.
- Hede B, Petersen PE. Self-assessment of dental health among Danish noninstitutionalized psychiatric patients. *Spec Care Dent* 1992; 12: 33–6.
- Kisely S, Quek L-H, Pais J, Lailoo R, Johnson NW, Lawrence D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psych* 2011; 199: 187–93.
- Persson K, Olin E, Östman M. Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in community-based subsidised housing – a qualitative study. *Health Soc Care Community* 2010; 18: 529–36.
- Villadsen DB, Sørensen MT. Oral hygiene – a challenge in everyday life for people with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2017; 38: 643–9.
- Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Östman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 263–71.
- Hede B. Oral health in hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 44–8.
- Tosi A. The excluded and the homeless: the social construction of the fight against poverty in Europe. In E Minigone (ed). *Urban poverty and the underclass*, pp 83–104. Oxford: Blackwell, 1996.
- Howe EG. Organizational ethics' greatest challenge: factoring in less-reachable patients. *J Clin Ethics* 1999; 10: 263–70.
- Hede B. Tandplejens stedbørn – de udsatte og de udstødte. *Tandlaegebladet* 2015; 10: 794–801. (In Danish.)
- De Palma P, Frithiof L, Persson L, Klinge B, Halldin J, Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand* 2005; 63: 50–5.
- De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Spec Care Dentist* 2005; 25: 289–95.
- Norderyd O, Koch G, Papias A et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2015; 39: 69–86.
- De Palma P, Nordenram G, Ekman S L. The encounter in dental care as interpreted by homeless individuals. *Swed Dent J* 2006; 30: 177.
- Øzhatay EB, Østergaard P, Gottfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand* 2016; 74: 620–5. doi: 10.1080/00016357.2016.1229022. Epub 2016 Sep 7.
- Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand* 2019; 77: 364–70.
- Franck J, Nylander I. *Beroendemedicin* Lund: Studentlitteratur AB; 2011. (In Swedish.)
- Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction* 2017 May; 112: 765–79. doi: 10.1111/add.13754. Epub 2017 Mar 16.
- World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*: World Health Organization; Geneva. 2018.
- Guttormsen U, Gröndahl M. *Trender i dryckes- och alkoholvanor under 2000-talet*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2017. (In Swedish.)
- Wang J, Lv J, Wang W, Jiang X. Alcohol consumption and risk of periodontitis: a meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2016; 43: 572–83.
- Hede B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. *Eur J Oral Sci* 1996; 104 (4): 403–8.
- Darling MR, Aendorf TM. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 78–81.
- Joshi S, Ashley M. Cannabis: A joint problem for patients and the dental profession. *Br Dent J* 2016; 220: 597–601.
- Stanciu CN, Glass M, Muzyka BC, Glass OM. "Meth Mouth": An interdisciplinary review of a dental and psychiatric condition. *J Addict Med* 2017; 11 (4): 250–5. doi: 10.1097/ADM.0000000000000316.
- Al-Maweri SA, Warnakulasuriya S, Samran A. *Khat (Catha edulis) and its oral health effects: An updated review*. *J Invest Clin Dent* 2018 Feb; 9 (1). doi: 10.1111/jicd.12288. Epub 2017 Aug 19.
- Prive C, Carlsson P. Oral health status of male Swedish citizens at admission to prison. *J Correct Health Care* 2018; 24: 382–94.
- Vainionpää R. Oral health of prisoners. *Acta Universitatis Ouluensis. D, Medica* 1550. Oulu: University of Oulu, 2019.
- Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* 2017; 112: 1725–39.
- Viitanen P, Vartiainen H, Aarnio J, Von Gruenewaldt V, Hakamäki S, Lintonen T, Mattila AK, Wuolijoki T, Joukamaa M. Finnish female prisoners – heavy consumers of health services. *Scand J Public Health* 2013; 41: 479–85.
- Vainionpää R, Pelto-kangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open* 2017; 3: 17006.
- Vainionpää R, Kinnunen T, Pesonen P, Laitala ML, Anttonen V, Sipilä K. Prevalence of temporomandibular disorders (TMD) among Finnish prisoners: cross-sectional clinical study. *Acta Odontol Scand* 2019; 77: 264–8.
- Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V, Lahti S. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000–2011. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47: 309–15.
- Åström AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health* 2011; 11: 10.
- Hakeberg M, Wide Boman U. Dental care attendance and refrainment from dental care among adults. *Acta Odontol Scand* 2017; 75: 366–71.
- Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 201–11.
- Arora G, Humphris G, Lahti S, Richards D, Freeman R. Depression, drugs and dental anxiety in prisons: A mediation model explaining dental decay experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020 Feb 10. Epub ahead of print.
- Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40: 289–96.
- El-Yousfi, Jones K, White S, Marshman Z. A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *Br Dent J* 2019; 227: 143–51.