



Del av den nordiska artikelserien Ojämlighet i oral hälsa.
Godkänd för publicering den 18 maj 2020. Artikeln är delvis översatt
från norska av Cecilia Hallström, Köpenhamn, Danmark.

Oral hälsa hos barn i socialt utsatta områden – en utmaning

Barn i social utsatthet har sämre munhälsa jämfört med andra barn. I kliniken är det viktigt att identifiera dessa barn utifrån kännedom om sociala förhållanden och genom kunskap om vilka barn som lever i hemlöshet eller som placerats i dygnsvård av samhället (familjehem med mera). Tyvärr saknas vetenskapliga utvärderingar av metoder för att utjämna hälsoskillnaderna. Populationsbaserade promotiva (hälsofrämjande) och preventiva strategier i tillägg till individualiserade åtgärder är i dag viktiga insatser som behöver utvärderas i forskning.

Tandhälsan hos barn och ungdomar i de nordiska länderna är överlag god i jämförelse med många andra länder [1]. Det beror till stor del på välfungerande kostnadsfri tandvård för barn samt en utbyggd välfärdsstat.

Trots detta finns det barn som har avsevärt sämre tandhälsa och som på grund av olika former av social utsatthet inte nås av tandvården. Samtidigt, ur ett hälsoperspektiv, har tandvården skyldighet att prioritera barns orala hälsa.

Genom förebyggande tandhälsoarbete skulle det i princip vara möjligt för en stor andel barn att slippa framför allt kariessjukdomen. Om barn kan hållas helt kariesfria upp till vuxen ålder samtidigt som de under sin uppväxt får redskap för att ansvara för sin munhälsa, finns troligen goda möjligheter att både reducera karies hos vuxna och att hålla ner behovet av tandbehandling. Ett sådant arbetssätt innebär sannolikt vinster både vad gäller hälsa och



Författare

Gunilla Klingberg (bild),
prof i pedodonti, Odontologiska fakulteten, Malmö universitet, Sverige.
E-post: gunilla.klingberg@mau.se

Karin Ridell, odont dr, lektor i pedodonti, Odontologiska fakulteten, Malmö universitet, Sverige.

Marit Slätteid Skeie, prof emerita, Instituttt för klinisk odontologi – pedodonti, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen; Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMidt), Trondheim, Norge.

samhällsekonomi. Att investera i barns orala hälsa har alltså många positiva sidor.

Syftet med denna artikel är att beskriva olika sociala villkor som påverkar barns munhälsa. Vidare att redogöra för FN:s barnkonvention och hur den lägger ett stort ansvar på samhället att agera för barns rätt till hälsa. Med detta som utgångspunkt diskuteras exempel på strategier och utmaningar i tandhälsoarbetet som tandvårdens personal möter.

BARNKONVENTIONEN

Det är inte möjligt att diskutera barns orala hälsa eller hur sociala faktorer påverkar hälsan utan att ta avstamp i Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter [2]. Barnkonventionen är nyss 30 år fyllda och har ratificerats av samtliga av FN:s medlemsstater förutom USA. Konventionen har tidigare inkorporerats i nationell lagstiftning i Finland, Island och Norge och vid årsskiftet 2020 blev konventionen också lag i Sverige [3].

Ikonventionen definieras barn som personer under 18 år och det finns fyra viktiga huvudprinciper (artiklarna 2, 3, 6 och 12). Dessa handlar om att barn inte får diskrimineras, att barnets bästa ska komma i första rummet i frågor som rör barn, att barn har rätt till utveckling och att barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. I ytterligare en artikel (nummer 24) stadfästs att barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. Två andra artiklar är väsentliga när vi diskuterar barns sociala situation och i en förlängning även hälsa; det

är artiklarna 26 och 27 där det står att barn har rätt till social trygghet och statligt stöd när vårdnadshavaren saknar resurser, vidare att barn har rätt till en skälig levnadsstandard i termer av basala saker som bostad, mat och kläder.

I och med barnkonventionen blir barnet rättighetsbärare och samhället har en skyldighet att bland annat säkerställa att alla barn får samma möjlighet till en god munhälsa oavsett bakgrund, socioekonomi och eventuell funktionsnedsättning. Det ideala är om barn dessutom kan involveras när samhället fattar beslut om hur tandvård ska bedrivas, om vilken slags tandvård som är viktig med mera. Utifrån konventionen är det viktigt att beslutsfattare, tjänstemän, vårdpersonal med flera har en god kännedom om barnkonventionen, och särskilt de fyra huvudprinciperna och att man utifrån den aktuella situationen eller ärendet beaktar konventionen och försöker verka utifrån principen om barnets bästa.

Trots att barnets ställning stärkts i juridisk mening i samtliga nordiska länder och att konventionen tydliggör att barn och barns hälsa inte får diskrimineras i förhållande till andra grupper, finns det risk att barntandvården kan få stå tillbaka i relation till tandvård för exempelvis vuxna. Orsakerna kan vara flera. Kapacitetsbrist, det vill säga brist på tandvårdspersonal eller annan resurs som tvingar tandvården till prioriteringar, kan leda till att man prioriterar tandvård för vuxna med manifest sjukdom och rehabiliteringsbehov före behandling av primära tänder eller preventiva insatser hos barn. Undanträngningseffekter liknar kapacitetsbrist, men innebär att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet. Detta kan förstärkas av att ersättningen för olika slags vård ser olika ut beroende på ålder. Det finns en risk att vissa patienter eller behandlingar är mer lönsamma, att ersättningssystem styr vård i stället för etiskt grundade prioriteringsriktlinjer. Andra faktorer som kan spela in är hur professionen ser på status att behandla olika patientgrupper, vad som ses som högstatus och lågstatus, liksom tillgången till personal med special- och specialistutbildning för olika områden. Att behandla barn med omfattande tandsjukdom som karies är ofta stressande för tandvården och uppfattas ibland som olönsamt. I de fall barnen dessutom lever i socialt utsatta miljöer och om det finns språkliga barriärer blir tandvårdens uppgift ännu svårare. Dessa faktorer måste beaktas vid såväl vårdplanering som uppföljning om tandvården ska arbeta enligt barnkonventionens intentioner.

BARN I SOCIAL KONTEXT

Barn är inte starka i vårdssituationen, varken som aktörer eller patienter. De är i stället nästan helt beroende av att antingen vårdnadshavare (föräldrar) eller samhällets olika institutioner agerar för



Foto: Colourbox

barnets bästa; att andra företräder barnet. Om det ska fungera måste till exempel tandvården ha en god kunskap om barnets situation i en bred kontext som också inkluderar sociala aspekter. Som strax ska beskrivas finns det väldigt starka samband mellan olika sociala faktorer och hälsa. Förenklat pratar man ofta om social utsatthet och socioekonomi, det vill säga sociala och ekonomiska faktorer som inbegriper utbildningsnivå, inkomst, yrke och hur mycket personen arbetar. När det gäller barn kan dessa faktorer finnas hos barnet självt, men också hos vårdnadshavaren, vilket ökar komplexiteten.

Social utsatthet hos barn är vanligen kopplad till fattigdom. Det finns olika definitioner för barnfattigdom och de är ofta relativa begrepp och ibland något grova. Trots det är det viktigt att ha kunskap om hur stor andel av en barnpopulation som lever under knappa förhållanden, både för att kunna planera för mer populationsbaserade insatser som promotion (hälsofrämjande) och prevention, men också för att kunna bemöta barn från utsatta miljöer på ett bättre sätt och med förståelse för vad till exempel en svår ekonomisk situation kan innebära för barnet. Det kan mycket väl vara så att, i tandvårdens tycke, enkla ting som tandborste och tandkräm upplevs kostsamma och vårdnadshavare kan ha svårt att ha råd med resor till och från tandvårdsmottagningen. Det är realiteter som påverkar såväl munhälsan som tillgången till tandvård bland barn.

IEU används som ett mått på barnfattigdom andel barn under 18 år som lever i familjer med inkomst under 60 eller 50 procent av medianinkomsten i

”Genom förebyggande tandhälsoarbete skulle det i princip vara möjligt för en stor andel barn att slippa framför allt karies-sjukdomen.”

landet [4]. År 2013 beräknades 13 procent av alla barnfamiljer i EU ha en inkomst under 60 procent av medianinkomsten under två av tre år. För de nordiska länderna ligger motsvarande siffra på mellan 3 och 5 procent. Bland de nordiska länderna är det Sverige som har den högsta andelen barn i fattiga familjer, oavsett vilken definition som används, och andelen barn i fattigdom har också ökat under delar av 2010-talet i Sverige.

I Sverige använder Rädde Barnen ett sammansatt mått för att definiera barnfattigdom som inkluderar både låg inkomststandard och försörjningsstöd. Enligt denna uppgick barnfattigdomen för år 2016 till 9,3 procent av alla barn, det vill säga nästan vart tionde barn [5]. Den ekonomiska utsattheten och därmed barnfattigdomen är betydligt högre i familjer med ensamstående (10,9 procent barnfattigdom) eller utrikesfödda föräldrar (19,6 procent barnfattigdom) och man räknar med att en så stor andel som 42 procent av barnen i familjer med en ensamstående och samtidigt utrikesfödd förälder lever i ekonomisk utsatthet. Isammanhanget är det viktigt att poängtera att de viktigaste faktorerna när det gäller fattigdom är kopplade till arbets- och bostadsmarknad, till exempel arbetslöshet och sjukdom, och inte till att vara utlandsfödd. Utmaningarna är också större i storstäderna och särskilt i segregerade områden. Om man fortsätter med det svenska exemplet är till exempel barnfattigdomen 25 procent i Malmö, men med en spridning från 8,7 procent i Limhamn-Bunkeflo till 51,8 procent i Rosengård. Två områden med väldigt olika befolkning vad gäller inkomst, boendeform, utbildningsnivå och sysselsättningsnivå [5]. Kariesförekomsten skiljer sig också markant mellan stadsdelarna, bland annat visade Malmökommissionen att det trots riktade förebyggande insatser var sex gånger fler 6-åringar som hade karies i Rosengård jämfört med i Bunkeflo.

Åtskilliga andra faktorer kan påverka en familjs eller vårdnadshavares förmåga att stötta, uppfostra och företräda ett barn. Det handlar om att ge bra uppväxtförhållanden både när det gäller fysisk och psykisk omsorg. Sådana faktorer kan vara psykisk ohälsa eller missbruk hos vårdnadshavare men också andra stressorer i vardagen. Det är bland annat vanligare att föräldrar till barn med funktionsnedsättning drabbas av långvarig sjukdom än andra. Det innebär att barn ibland drabbas av en dubbel utsatthet. Förutom social utsatthet i form av ekonomiska skäl kan ohälsa hos vårdnadshavaren öka komplexiteten, eller så adderas ett barns funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom till en ekonomisk utsatthet hos familjen. Av detta följer nödvändigheten att tandvården måste beakta såväl strukturella aspekter på social utsatthet (till exempel utifrån kunskap om levnadsvillkor och barnfattigdom i ett avgränsat geografiskt område) som individuella faktorer rörande det enskilda barnet (till exempel om det finns brister i omsorg

eller barnets förutsättningar utifrån eventuell sjukdom eller funktionsnedsättning). Detta kräver god kunskap om barnkonventionen och att tandvården organiseras så att den i det promotiva och preventiva arbetet samverkar med andra samhällsaktörer (exempelvis barnhälsovård, skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst) samtidigt som det finns en beredskap att agera för det enskilda barnet om man finner anledning att känna oro för att barnet skulle fara illa.

SOCIOEKONOMI OCH TANDHÄLSA

Flera nordiska studier har visat att det finns ett samband mellan socioekonomiska faktorer och karieserfarenhet hos barn och ungdomar. Från Sverige visades nyligen ett starkt samband mellan socioekonomiskt index och karieserfarenhet hos barn/ungdomar i åldern 3–19 år. Ju sämre socioekonomiskt index desto större risk att få ökad karieserfarenhet. Skillnaderna var större ju yngre barnen var. Det geografiska området spelade större roll än de olika tandvårdsklinikerna [6]. Liknande resultat har visats i andra studier från de nordiska länderna [7–10]. Faktorer som etnicitet, föräldrars utbildningsnivå, inkomst och anställning/arbetslöshet, psykisk ohälsa i familjen och bristande föräldraförmåga påverkar risken för att barnet/ungdomen ska få karies.

Svenska Socialstyrelsen redovisade 2013 ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa och besöksfrekvens i tandvården. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnet har karies. Föräldrars sociala förhållanden (unga eller ensamstående, låg utbildning, ekonomiskt bistånd, föräldrar som kommer från länder utanför Norden och Västeuropa) och deras vilja att söka tandvård påverkar både barnens risk att få karies men även hur ofta barnen kommer till tandvården. Barn som bor i resurssvaga områden med stor andel synliga invandrargrupper har en ökad risk för karies och uteblivande än barn boende i resursstarka områden [11]. Djupintervjuer med föräldrar till barn som uteblivit från tandvården visar att dessa familjer ofta lever under stor stress i vardagen och att de inte förmår prioritera barnens tandvård [12].

PLACERADE BARN OCH TANDHÄLSA

Barn som inte lever med båda sina föräldrar liksom familjehemsplacerade barn är överrepresenterade bland de som remitteras till specialisttandvården på grund av stort tandvårdsbehov och behandlingsproblematik [13]. I Sverige är cirka 4 procent av alla barn någon gång från födseln fram till 18 års ålder placerade av samhället i dygnsvård, exempelvis familjehem, LVU-hem (lagen om vård av barn och unga) eller på institution (så kallade SiS-hem för vård av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och missbruk). Studier från flera länder har visat att dessa barn har sämre fysisk och psykisk hälsa, sämre tandhälsa och oftare uteblir

”... de viktigaste faktorerna när det gäller fattigdom är kopplade till arbets- och bostadsmarknad...”



från tandvården än andra barn [11, 14–17]. En aktuell systematisk litteraturgenomgång visar att det saknas organisatoriska modeller som säkrar hälso- och sjukvård och tandvård för barn som placeras i dygnsvård. De nås inte av tandvården – de får inte undersökningar eller behandlingar som andra barn – varken inför en placering eller under placeringen, och det sker heller ingen återföring när de avslutar placeringen [18].

HEMLÖSA BARN OCH TANDHÄLSA

Hemlöshet är en faktor som starkt påverkar barns fysiska och psykiska hälsa. Studier har visat samband mellan en osäker boendesituation och trångboddhet och dålig hälsa, lägre vikt och risk för utvecklingsproblem bland små barn [19]. Barn som lever i hemlöshet är även exponerade för andra riskfaktorer, till exempel fattigdom, migration, missbruk och våld. Enligt Barnombudsmannen [20] ökar antalet hemlösa barn i Sverige, men det saknas nationell statistik.

Att sakna egen bostad och vara tvingad att flytta runt leder till otrygghet. Många skolbyten eller lång väg till skolan och kamrater skapar stress och isolering. Familjerna berättar också i intervjuer om svårighet att etablera kontakt med tandvården och ibland bristande kunskaper hos tandvården om det regelverk som gäller [21]. Risken är uppenbar att barn som lever i hemlöshet har en ökad risk för sämre tandhälsa. Hög frekvens av karies bland hemlösa barn finns rapporterat från bland annat USA; men det saknas uppgifter från de nordiska länderna [22].

FLYKTINGAR OCH TANDHÄLSA

Bland personer på flykt är barn extra utsatta. Beroende på var i en asylprocess barnen befinner sig har de olika tillgång till tandvårdens tjänster. Det är inte förrän uppehållstillstånd i landet är klart som de kallas till vanliga undersökningar och först då kommer deras tandhälsa med i statistiken. Emellertid finns det mycket klinisk erfarenhet, inte minst från flyktingvägen år 2015, om att en stor andel barn på flykt har omfattande problem från mun och tänder. Enligt barnkonventionen får inte dessa barns tandvårdsbehov behandlas på annat sätt än andra barns. Barnombudsmannen i Sverige (BO) genomförde 2017 en enkät bland skolsjuksköterskor. Rapporten [23] visar på en utbredd psykisk ohälsa bland nyanlända skolbarn, men även på uteblivna hälsoundersökningar trots lång tids vistelse.

ÅTGÄRDER

Att få bukt med sociala ojämlikheter i munhälsa har varit ett arbetsområde för forskare under många år, trots det visar studier att barn från såväl Skandinavien som övriga världen uppvisar en tydlig social gradient i munhälsan. Detta är problematiskt av flera skäl. Ojämlikheterna i munhälsa utjämnas inte av munhälsoåtgärder riktade enbart mot de mest ut-

satta [6]. Då kommer endast nya grupper att rekryteras med likadana uppväxtförhållanden och med samma bakomliggande ojämlikhetsskapande faktorer; individuella och familjära resurser, livsstil, närmiljö, normer, värderingar et cetera. Dessa förhållanden, som finns utanför individen, kan klinikerna knappast påverka även om de tar hand om patienten på bästa möjliga sätt. Ändå är det viktigt i arbetet med att utjämna sociala skillnader att det kliniska arbetet är samkört med de åtgärder som vidtas.

Promotiva åtgärder

Det är endast allmänna promotiva åtgärder riktade mot hela befolkningen, också kallat ”Upstream public health approach” [24], som kan underlätta för barn/föräldrar att göra munhälsobefrämjande val. Ett exempel kan vara att tandvården säkras systematiskt och obligatoriskt samarbete med andra personer som arbetar med barn, till exempel på vårdcentraler och dagis, och ingår bindande avtal med dem om tandborstnings- och kosthållningsregimer. Bland de promotiva åtgärderna ingår också att förmedla uppdaterad vetenskaplig kunskap om kariesbehandling, bland annat att karies behandlas som en sjukdom och företrädesvis på emaljnivå (icke-operativ behandling) så att behovet av fyllningsterapi (operativ behandling) reduceras [25].

Föräldrarnas lagstadgade rätt till information om barnets hälsotillstånd och deltagande i valet av tillgängliga och lämpliga former av åtgärder [26] innebär att föräldrarna också bör få nödvändig information om när barnet har emaljkariesangrepp, var i munnen angreppen finns och när icke-operativ behandling sätts in. Utan informationen kan de inte bidra till att hålla emaljlesionerna plackfria. Dessutom bör föräldrarna informeras om att god munhälsa från tidig ålder är positivt för både den generella hälsan och framtida munhälsa. Idealt borde ett sådant ”modernt kunskapspaket” publiceras i sociala medier med jämna mellanrum, gärna i samarbete med kommunikationsexperten, så att föräldrarna är förberedda när de kommer med barnet till det första tandvårdsbesöket.

Generella preventiva åtgärder

En nationell preventiv åtgärd riktad till hela befolkningen (”Population approach”) med evidens om god effekt är tandborstning med fluorid tandkräm två gånger dagligen efter frambrottet av den första tanden [27]. Exempel på en annan åtgärd i samma kategori, med kariesreduktion i alla socioekonomiska grupper, är ”Childsmile intervention program” (från Skottland) [28].

Selektiva preventiva åtgärder

Emellertid kräver riskgrupper som regel samtidigt selektiva preventiva åtgärder (”High-risk approach”) [29], som inte nödvändigtvis utgår enbart från tandhälsovården. Preventiva åtgärder där

”Ojämlikheterna i munhälsa utjämnas inte av munhälsoåtgärder riktade enbart mot de mest utsatta.”

Fakta 1**Åtgärder på befolkningsnivå**

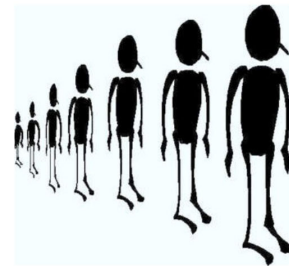
- **Promotiva (hälsofrämjande) åtgärder**
Försöker ta itu med olika underliggande orsaker till dålig munhälsa så att det ska vara lättare att göra munhälsofrämjande val.
- **Preventiva åtgärder**
Åtgärder vars mål är att reducera risknivån.

Åtgärder som enbart riktar sig till en riskgrupp

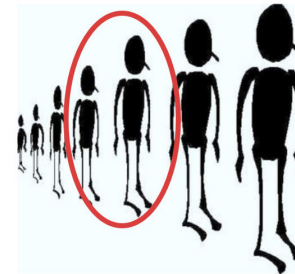
- **Selektiva preventiva åtgärder**
Fokus är riktat mot riskgrupper. Epidemiologiska och/eller sociodemografiska data kan användas för att identifiera grupperna.

Socialt utsatta barn behöver alla dessa åtgärder för att man ska kunna utjämna ojämlikheten.

Allmänna åtgärder
(befolkningsbaserade åtgärder)
Promotiva och preventiva



Selektiva preventiva åtgärder



Figur 1. Riskgruppen socialt utsatta barn behöver samtidigt både populationsbaserade och selektiva förebyggande åtgärder.

(Bakgrundsbild hämtad från Google.)

”The Common Risk Factor Approach” [30] ingår i ett samarbete mellan olika hälsosektorer har visat sig ha större effekt på gemensamma hälsoriskfaktorer än de har utan samarbetet [29]. Eftersom de sociala karieskillnaderna är störst i de tidiga barnåren (Early Childhood Caries, ECC) [31], är de aktuella vetenskapliga råden att selektiva åtgärder sätts in så tidigt som möjligt, enligt litteraturen gärna innan födseln genom att den gravida erbjuds munhålsundervisning [32]. Sett i ett livstidsperspektiv, såsom nämnts inledningsvis, betyder friska tänder i unga år bättre tandhälsa som vuxen [33].

Fakta 1 och figur 1 illustrerar olika åtgärder.

UTMANINGAR

De skandinaviska länderna står i en särställning med organiserad tandhälsovård och tillgängliga epidemiologiska kariesdata för barn och ungdom, men det finns skillnader i insamlingsrutinerna, vid vilken ålder som data registreras och i valet av munhålsindikatorer [1]. Idén är att effekten av åtgärderna ska medföra att friska nyerupterade tänder förblir friska, och om karies likväl utvecklas förhindras vidare kariesutveckling innan den når dentinet. Traditionell insamling av kariesdata baseras på kariesförekomst som nått in i dentinet, alltså när modern kariesbehandling har misslyckats [1], den harmoniserar således inte med modern kariesprevention [32]. Epiåldrarna (nyckelåldrarna för epidata, på norska ”nøkkelkull-data”) som data är insamlade från (i Sverige 3-, 6-, 12- och 19-åringar) är olämpliga för planläggning av selektiva åtgärder mot ECC.

Om en selektiv kariespreventiv åtgärd ska ha effekt måste valet av riskgrupp vara adekvat. När det gäller att identifiera individer med låg socioekonomisk bakgrund eller minoritetsbakgrund har forskarna tagit munhålsregistreringarna och slagit samman dem med insamlade sociokulturella och

socioekonomiska uppgifter från officiell statistik [7, 28]. Identifiering av riskområden baserade på relativ kariesrisk utförs också i sydvästra Sverige [34] med hjälp av geografiska kartor, ”Geo-map” [35]. Den ökande mängden epidemiologiska data innebär dock ett behov av professionell hjälp för såväl hantering som tolkning av data och statistik.

EXEMPEL PÅ SELEKTIVA ÅTGÄRDER RIKTADE MOT ECC

Som bekant är etiologin för ECC multifaktoriell [36], där de viktigaste determinanterna är socioekonomiska och sociokulturella faktorer. ECC är ett erkänt komplext problem som kräver en sammansatt intervention och där en enda infallsvinkel oftast inte är tillräcklig [37]. Elektroniska föräldrafrågeformulär där svaren överförs till databaser har låga kostnader och är lämpliga för att ge tidig bakgrundsinformation. Idealt borde munhålsrelaterade frågor ingå i den samlade information som inhämtas på vårdcentraler, vare sig det är frågor angående munhålsrelaterade attityder och kunskaper, till vilken grad föräldrarna betonar munhälsa, deras egna och barnens kostvanor, tandborstning med fluorid tandkräm och amningsvanor.

Dessutom bör råd om munhälsa inkluderas som en naturlig del av allmänna hälsoråd för gravida kvinnor, som är en grupp som är mottaglig för sådan information [38]. I tillägg är hemland för föräldrar med invandringsbakgrund viktig [7], eftersom vissa kulturella bakgrunder utgör en hög risk för munhälsan. Familjer med denna bakgrund kan behöva skraddarsydda kulturellt anpassade selektiva åtgärder, gärna i samarbete med företrädare från minoritetsgrupper eller med tandvårdsanställda med invandrarbakgrund. Allmänt borde barn som genom föräldrainsformation klassificeras som högrisk för karies, redan vid ett års ålder erbjudas

”... de aktuella vetenskapliga råden är att selektiva åtgärder sätts in så tidigt som möjligt ...”



undersökning av kalibrerade undersökare, där registrering av emaljkarier och plack ingår. Senare, när flera tänder erumperat, kan statistiska beräkningar på gruppnivå beskriva den genomsnittliga fördelningen av emaljkaries i munnen så att man vet på vilka tänder/tandytor olika åtgärder, till exempel applikation av fluoridlack (Varnish), kan ha en effekt innan karies når in till dentinet.

Det finns evidens för att selektiva åtgärder ger effekt också i riskgrupper med högre ålder, men litteraturen är sparsam när det gäller en del av dessa åldersgrupper [39]. Oavsett vilken åldersgrupp man väljer som målgrupp bland barn som lever i socialt utsatta miljöer, ska man vara klar över att de riskdeterminanter som dominerar i en riskgrupp inte behöver vara desamma som i en annan, även om barnen är i samma ålder. Således bör riskprofilen för målgruppen som åtgärden är avsedd för alltid analyseras innan åtgärden verkställs. Det är också viktigt att övertyga beslutsfattarna om att åtgärderna bör anpassas till vetenskaplig kunskap [32]. Se även Fakta 2.

KONKLUSION

Trots barnkonventionen lever många barn också i de nordiska länderna under socialt utsatta förhållanden med konsekvensen att de har dålig munhälsa. Socialt utsatta barn behöver både de promotiva och förebyggande åtgärder som gäller för hela befolkningen, men de behöver dessutom selektiva förebyggande åtgärder speciellt riktade till dem. Oral hälsa innefattar flera områden och diagnoser, men då kariessjukdomen är den som innebär mest problem hos barn har mycket av forskningen fokuserat kring denna. Likväl finns det stora sociala skillnader för andra odontologiska diagnoser och kunskapen om vilka behandlingsstrategier som är bäst för att åstadkomma en mer jämlik oral hälsa är inte tillräckligt utvärderad. Det man med säkerhet vet, är att arbete för att förbättra munhälsan hos barn i socialt utsatta miljöer behöver genomföras i samarbete med andra samhällsaktörer såsom hälsovård, skola och socialtjänst.

HUVUDBUDSKAP

FN:s barnkonvention anger att barn har rätt till bästa möjliga hälsa och att de inte får diskrimineras.

- En stor andel av barnen i de nordiska länderna lever i social utsatthet som ofta är kopplad till fattigdom.
- Det finns ett starkt samband mellan dålig munhälsa och social utsatthet, och trots kännedom om detta sedan flera år består skillnaderna i munhälsa mellan olika grupper.
- Effekten hos olika metoder för att utjämna skillnader i munhälsa är otillräckligt utvärderade; det saknas vetenskapligt underlag/evidens för metoderna.
- Insatser för att utjämna skillnader i munhälsa mellan olika grupper behöver innefatta såväl promotiva arbetssätt som prevention, och ske i samverkan

Fakta 2

- Barn i socialt utsatta miljöer utgör en stor grupp som riskerar en sämre tandhälsa redan tidigt i livet. Barn i denna grupp nås heller inte av tandvården i samma utsträckning, vilket leder till mindre tandvård och risk för livslångt sämre munhälsa. Individuellt anpassade åtgärder räcker inte för att utjämna hälsoskillnader hos dessa barn. Olikheter i munhälsa mellan olika grupper kräver också promotions- och preventionsinsatser på gruppnivå. För detta måste tandvården samarbeta med andra samhällsinstitutioner för att såväl identifiera grupper samt samarbeta i det hälsoförebyggande arbetet.
- För att skraddars de selektiva förebyggande åtgärderna bör vi använda oss av relevanta bakgrundsdata. Forskningen är i dag multidisciplinär och ett samarbete mellan olika discipliner i hanteringen och tolkningen av datamaterialet kommer att öka forskningens kvalitet, och som en följd förhoppningsvis även tandvårdens kvalitet. Möjlighet att använda och samköra officiell statistik av sociokulturell och socioekonomisk karaktär bör också eftersträvas.

med andra delar av samhället, till exempel skola och barnhälsovård.

- Det är stort behov av flervetenskaplig forskning för att utjämna hälsoskillnader. Sådan forskning bör även involvera kliniker.

ENGLISH SUMMARY

Oral health challenges in children from socially deprived areas

Gunilla Klingberg, Karin Ridell and Marit Slåttemid Skeie

Tandläkartidningen 2021; 113 (3): 74–80

The United Nations (UN) Convention on the Rights of the Child, states that all children should have the same right to the highest attainable standard of health. This should be known by everyone who works with children. Despite good oral health in the Nordic countries, studies show that children living in socially deprived environments have a greater increased risk of poor oral health. These children are not reached by preventive measures, they more frequently do not show up for dental appointments and they receive less dental care than others. Therefore, in addition to a more general preventive and population-based method, a special high-risk approach is also needed to reach children in socially deprived areas. It is also important that promotion and preventive efforts start from an early age. There are large knowledge gaps regarding the effects of different preventative and treatment strategies, and health economic analyzes are rare. It is a challenge to systematically document and evaluate oral health promotion and prevention directed at children in socially vulnerable environments to enable research. There is a need for interdisciplinary research that includes clinicians. The vision must be health equity and that both health promotion and preventive measures contribute to closing the oral health gap between different social groups. ●

”Det finns evidens för att selektiva åtgärder ger effekt också i riskgrupper med högre ålder ...”





Referenser

- Skeie MS, Klock KS. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management. *BMC Oral Health* 2014; 14: 43.
- Sveriges regering. Barnkonventionen. 2020. [citerad 2020-03-01] Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b764/contentassets/8caaeabf49834f16aa52df2108837b2d/fns-konvention-om-barnets-rattigheter-so-199020>
- Nordic Councils of Ministers. Do rights! Nordic perspectives on child and youth participation. [Internet] Copenhagen DK: Nordic Council of Ministers, 2016 [citerad 2020-03-01] Hämtad från: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:930511/FULLTEXT01.pdf>
- Nordens välfärdscenter. Fokus på barnfattigdom. 2013. ISBN: 978-87-7919-093-1 [Internet] [citerad 2020-03-01] Hämtad från: <https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/BarnfattigdomSLUT.pdf>
- Rädda Barnen. Barnfattigdom i Sverige. Rapport 2018. ISBN: 978-91-7321-376-9 [Internet] [citerad 2020-03-01] Hämtad från: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb_rapport_2018_final.pdf
- Kramer ACA, Pivodic A, Hakeberg M et al. Multi-level analysis of dental caries in Swedish children and adolescents in relation to socioeconomic status. *Caries Res* 2019; 53: 96–106.
- Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010; 68: 34–42.
- Julihn A, Ekblom A, Modéer T. Migration background: a risk factor for caries development during adolescence. *Eur J Oral Sci* 2010; 118: 618–25.
- Wigen TI, Espelid I, Skaare AB et al. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 311–7.
- Östberg AL, Kjellström AN, Petzold M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45: 233–41.
- Socialstyrelsen. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. [Internet] [citerad 2020-03-01] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19101/2013-5-34.pdf>
- Hallberg U, Camling E, Zickert I et al. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent* 2008; 18: 27–34.
- Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG et al. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17: 449–59.
- Köhler M, Emmelin M, Hjern A et al. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatr* 2015; 104: 508–13.
- Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr* 2016; 105: 416–20.
- Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr* 2018; 107: 301–6.
- Vinnerljung B, Hjern A. Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU-kommissionen från MOCHA – Models of child health appraised. London: MOCHA/Imperial College, 2018. [Internet] [citerad 2020-03-01] Hämtad från: <https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
- Mensah T, Hjern A, Håkansson K et al. Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: health technology assessment. *Acta Paediatr* 2020; 109: 250–7.
- Cutts DB, Meyers AF, Black MM et al. US Housing insecurity and the health of very young children. *Am J Public Health* 2011; 101: 1508–14.
- Barnombudsmannen. Inget rum för trygghet – barn och unga om vräkning och omsorg 2013. [Internet] [citerad 2020-03-01] Hämtad från: https://www.barnombudsman.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget_rum_for_trygghet_2016_final.pdf
- Björkhagen Tresson A, ed. Hemlösa barns vardagsliv i Malmö. Utifrån ett barnrättsperspektiv. FoU rapport 2019:4. Malmö: Malmö universitet. 2019. ISBN 978-91-7877-047-2, 978-91-7877-046-5, ISSN 1650-2337, [citerad 2020-03-01] Hämtad från: [http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2_Tureson_epub%20\(1\).pdf?sequence=2](http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2_Tureson_epub%20(1).pdf?sequence=2)
- Chiu SH, Dimarco MA, Prokop JL. Childhood obesity and dental caries in homeless children. *J Pediatr Health Care* 2013; 27: 278–83.
- Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa. Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt. Stockholm 2017 [citerad 2020-03-01] Hämtad från: <https://www.barnombudsman.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
- Watt RG. Introduction. In: Sheiham A, Bönecker M, eds. *Promoting Children's Oral Health: Theory & Practice*. 1st ed. Sao Paulo: Quintessence Editora Ltd, 2006; 1–12.
- Raadal M, Espelid I, Crossner C. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. Er det tid for å endre strategi? *Nor Tannlegefor Tid* 2011; 121: 10–7.
- Stortinget. Lovvedtak 109 (2016-2017). Vedtak til lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova mm (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester mm). §3–1 og §3–3: Rett til medvirkning. Informasjon til pasientens eller brukarens nærmeste pårørende 2017.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. Att förebygga karies. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2002. SBU-rapport 161; 45–57. [citerad 2020-03-01] Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel_3_fluor.pdf
- McMahon AD, Blair Y, McCall DR et al. Reductions in dental decay in 3-year old children in Greater Glasgow and Clyde: repeated population inspection studies over four years. *BMC Oral Health* 2011; 11: 29.
- Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 711–8.
- Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399–406.
- Wennhall I, Matsson L, Schröder U et al. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J* 2002; 26: 167–72.
- Pitts N, Amaechi B, Niederman R et al. Global oral health inequalities: dental caries task group – research agenda. *Adv Dent Res* 2011; 23: 211–20.
- Isaksson H, Alm A, Koch G et al. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res* 2013; 47: 234–42.
- Strömberg U, Magnusson K, Holmén A et al. Geomapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care. *BMC Oral Health* 2011; 11: 26.
- Elliot PWJ, Best NG, Briggs DJ. Spatial epidemiology: Methods and applications. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Harris R, Nicoll AD, Adair PM et al. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004; 21 (Supp 1): 71–85.
- O'Mullane D, Parnell C. Early childhood caries: a complex problem requiring a complex intervention. *Community Dent Health* 2011; 28: 254.
- Feldens CA, Vitolo MR, Drachler MDL. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 215–23.
- Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant – or low socioeconomic backgrounds – do they work? A systematic review. *BMC Oral Health* 2018; 18: 20.