

Tandhälsa bland unga vuxna som varit placerade

Registerstudie av tandhälsa och tandvårds-
konsumtion bland 20–29-åringar som varit
placerade i heldygnsvård under uppväxten

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2016-2-28.
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2016

Förord

Socialnämnden ansvarar för att barn och unga som placeras utanför det egna hemmet får god vård (se 6 kap. 1 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL). Flera studier har dock visat att placerade barn har betydligt sämre somatisk och psykisk hälsa än andra barn. Detta gäller såväl vid och under placeringen, som senare i livet när de blivit vuxna. Mycket lite är känt om tandhälsan inom gruppen. Två mindre regionala studier som nyligen genomförts med stöd av Socialstyrelsen tyder dock på att även tandvården är eftersatt hos dessa barn.

Syftet med den här studien har varit att, utifrån uppgifter i Socialstyrelsens tandhälsoregister, undersöka tandhälsan och tandvårdskonsumtionen hos unga vuxna (20–29 år) som varit placerade i social dygnsvård under uppväxten. Detta är den första rikstäckande studien av tandhälsan bland personer som varit placerade i social barnavård.

Rapporten är utarbetad av Socialstyrelsens utredare Marie Berlin och Andreas Cederlund, sakkunnig i tandvårdsfrågor vid Socialstyrelsen. Professor och barnläkare Anders Hjern och professor Bo Vinnerljung, samt Socialstyrelsens barn- och ungasamordnare Katarina Munier, har lämnat synpunkter under arbetets gång. Rapporten vänder sig i första hand till aktörer som är verksamma inom områden som har betydelse för placerade barns och ungas tandhälsa på nationell och regional nivå.

Eva Wallin
Enhetschef

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
God tandhälsa bland svenska barn.....	9
Tanduttagningar – ett mått på bristande munhälsa	11
Begränsad kunskap om placerade barns tandhälsa	12
Studiens syfte och upplägg.....	13
Resultat	15
Färre kontroller och fler akutbesök bland dem som varit placerade	15
Skillnaden ökar med åldern	17
Var tionde har dragit ut någon tand	19
Summan sämre än delarna.....	20
Sällsynt med läkarbesök för tandvårdsproblem.....	21
Samband mellan bakgrundsfaktorer och tandhälsa	23
Diskussion	29
Referenser	33
Bilaga 1. Metodbeskrivning	36
Studiepopulation	36
Tandhälsomått	38
Diagnoskoder vid läkarbesök	39
Läkemedelskoder	40
Statistiska metoder	40
Datakällor.....	41
Referenser	42
Bilaga 2. Tabeller.....	43

Sammanfattning

Flera studier har visat att barn som är placerade har betydligt sämre somatisk och psykisk hälsa än andra barn. Detta gäller såväl vid och under placeringen, som senare i livet när de blivit vuxna. Mycket lite är dock känt om tandhälsan inom gruppen. Idag finns inget rikstäckande register över barns tandhälsa, men Socialstyrelsen inrättade år 2008 ett tandhälsoregister för den vuxna befolkningen. Med hjälp av detta register har Socialstyrelsen nu genomfört den första rikstäckande studien av tandhälsan bland *tidigare placerade barn*, det vill säga unga vuxna (20–29 år) som under uppväxten varit placerade i heldygnsvård av socialtjänsten. I studien ingår 1,7 miljoner personer varav cirka 65 000 varit placerade någon gång under uppväxten. Resultaten visar följande:

- Unga vuxna som varit placerade när de var barn besökte inte tandvården för förebyggande tandvårdskontroller i samma utsträckning som andra jämnåriga. Bland dem som varit långvarigt placerade under uppväxten var andelen som inte gjort något kontrollbesök under en sexårsperiod nästan dubbelt så hög som bland dem som aldrig varit placerade, 39 procent jämfört med 20 procent bland män och 23 procent jämfört med 12 procent bland kvinnor. Akuta tandvårdsbesök var däremot vanligare bland dem som någon gång varit placerade under uppväxten, jämfört med dem som aldrig varit det.
- De som varit placerade hade också i genomsnitt fler skadade eller saknade tänder, och de hade dragit ut tänder i betydligt högre grad än de icke-placerade. Vid 29 års ålder hade omkring 10 procent av de tidigare placerade dragit ut någon annan tand än en visdomstand, jämfört med cirka 3 procent bland de icke-placerade.
- Sammantaget var det ungefär dubbelt så vanligt med sämre tandhälsa och låg tandvårdskonsumtion bland tidigare placerade, jämfört med övriga. Detta hade delvis samband med social bakgrund (moderns utbildningsnivå), men sambanden var generellt starkare med faktorer som avsåg förhållanden som ung vuxen (fullföljd gymnasieutbildning, användning av psykofarmaka och vård med diagnos relaterad till missbruk). Dessa förhållanden kan dock ses som ännu en konsekvens av omständigheter som hör samman med placeringen, på samma sätt som tandhälsan.
- Socialstyrelsens slutsats är att barn och unga som är placerade inte har förutsättningar till en god tandhygien och regelbunden tandvård i samma utsträckning som andra barn, vilket medför att de har sämre tandhälsa när de blir vuxna. Detta gäller även de barn som varit placerade under nästan hela uppväxten. Berörda parter måste därför bli bättre på att se till att också dessa barn får tillgång till en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor som andra barn. Socialstyrelsen avser att fortsätta att följa detta, bland annat genom att genomföra en fördjupad studie av orsakerna till att barn som är placerade i heldygnsvård uteblir från förebyggande kontroller i högre utsträckning än andra barn.

Förklaring av begrepp som används i rapporten

Social dygnsvård avser här heldygnsvård för barn och unga som är individuellt behovsprövad och beslutad enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), förkortad LVU.

Tidigare placerade avser unga vuxna (20–29 år) som hade heldygnsvård utanför det egna hemmet under uppväxten (0–19 år). Dessa har delats in i följande tre studiegrupper utifrån ålder vid första heldygnsplacering och sammanlagd tid i heldygnsvård:

Långvarigt placerade avser personer som placerades före tonåren och som varit placerade i minst fem år.

Tonårsplacerade avser personer som placerades första gången i tonåren.

Placerad före tonåren avser personer som placerades första gången före tonåren och som varit placerade kortare än fem år.

Icke-placerade avser personer som aldrig har varit placerade och som inte förekommer i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Dessa utgör jämförelsegrupp, och benämns omväxlande ”övriga”, ”andra” och ”jämnåriga”.

Mätperioden omfattar åren 2009–2014 då undersökningspersonerna var 20–29 år och följdes i tandhjälsregistret.

Tandstatus avser i denna studie ett ungefärligt DMFT (decayed missed filled teeth) som skapats genom att subtrahera antalet kvarvarande intakta tänder från 32 (det maximala antalet tänder).

Låg tandvårdskonsumtion avser i denna studie att individen, enligt tandhjälsregistret, inte gjort något tandvårdsbesök under en sexårsperiod.

Sämre tandhälsa innebär i denna studie att individen dragit ut någon annan tand än en visdomstand eller har många skadade och saknade tänder (DMFT>16), eller både och.

Inledning

Ungefär 3–4 procent av alla barn placeras någon gång under uppväxten i social dygnsvård och denna siffra har varit relativt stabil över tid. Under senare år har ungefär 30 000 barn och unga varit placerade i heldygnsvård under hela eller delar av året. Med social dygnsvård avses här placering utanför det egna hemmet som är individuellt behovsprövad och som beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), förkortad LVU. Yngre barn placeras vanligen på grund av föräldrars problem, medan ungefär varannan tonåring placeras på grund av eget riskbeteende. För de flesta är placeringen begränsad till någon eller några perioder under uppväxten, men ungefär en fjärdedel av de placerade barnen – eller omkring 1 procent av alla barn – är i social dygnsvård under merparten av uppväxten. Till skillnad från de flesta andra länder så dominerar svensk dygnsvård av barn som placeras i tonåren. Familjehem är fortfarande den vanligaste placeringsformen även om institutionsvård har ökat kraftigt jämfört med början av 1980-talet. [1–3] Ökningen av institutionsvård kan till stora delar förklaras av ökningen av ensamkommande barn som kommer till Sverige och söker asyl. Merparten av dessa barn är tonåringar som placeras på institution, det vill säga hem för vård eller boende (HVB). [4]

En lång rad studier – även svenska – tyder samfällt på att placerade barn är en högriskgrupp för somatisk och psykisk ohälsa, såväl vid placeringen som under och efter tiden i social dygnsvård [5–6]. Däremot finns lite kunskap om deras tandhälsa. År 2008 upprättade Socialstyrelsen ett tandhälsoregister och därmed finns numera en närmast unik möjlighet i Sverige att genomföra rikstäckande studier av tandhälsan inom olika befolkningsgrupper. Registret omfattar hela befolkningen från och med 20 års ålder, och innehåller information om all tandvård som utförs inom det statliga tandvårdsstödet.

God tandhälsa bland svenska barn

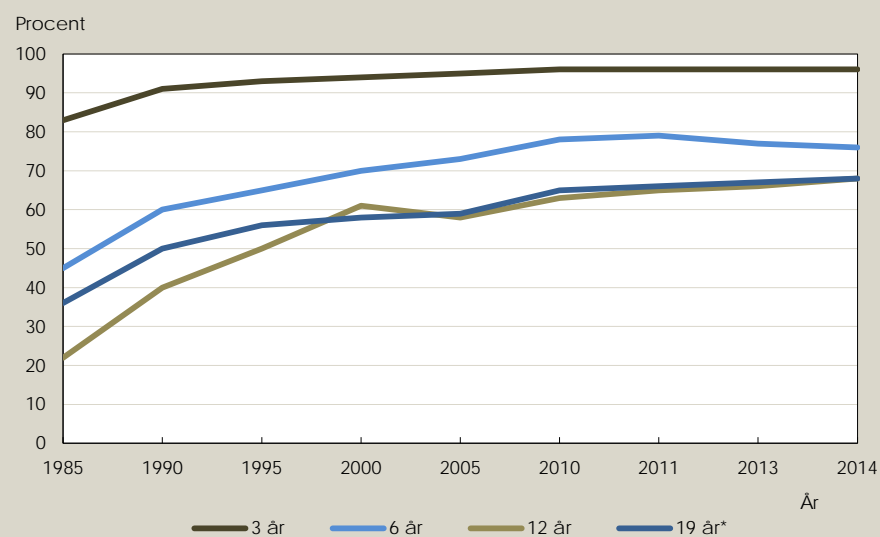
Barn och ungdomar i Sverige har generellt en god tandhälsa och den fortsätter kontinuerligt att förbättras. År 2014 var 96 procent av alla treåringar, och 76 procent av alla sexåringar, kariesfria och utan tidigare lagningar (figur 1). Ur ett internationellt perspektiv har Sverige en hög andel kariesfria barn i åldrarna 3–19 år [7]. Den goda tandhälsan är dock inte jämnt fördelad i befolkningen. Det finns grupper av barn och unga i Sverige som har mycket karies och tandhälsoproblem, och det finns ett tydligt samband mellan barns tandhälsa och familjens socioekonomiska situation [8]. Goda tandvårdsvanor grundläggs redan i förskoleåldern och karies i mjölk-tandsbettet är förenat med risk för sämre munhälsa senare i barndoms- och ungdomsåren. [9–16]

Till och med det år man fyller 19 år har alla barn och ungdomar i Sverige rätt till regelbunden och avgiftsfri tandvård. Från och med 20 års ålder omfattas man istället av det statliga tandvårdsstödet för vuxna, vilket innebär att individen själv står för en betydande del av tandvårdskostnaderna (se

faktaruta). Eftersom 19-åringar befinner sig i slutfasen av den organiserade och avgiftsfria barn- och ungdomstandvården är deras tandhälsa av särskilt intresse. En viktig indikator på framtida vårdbehov hos befolkningen är andelen kariesfria 19-åringar, då omkring 75 procent av alla fyllningar som utförs i vuxentandvården görs på tidigare lagade tänder [17]. För den enskilda individen är detta också en markör för framtida tandvårdskostnader. Det är framför allt kariesskador på tändernas sidoytor (approximala skador) som ger upphov till framtida vårdbehov i form av trasiga fyllningar, och nya kariesangrepp i anslutning till tidigare fyllningar. I Sverige var 68 procent av alla 19-åringar kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a) år 2014 (figur 1) och andelen var densamma bland unga kvinnor som bland unga män.

Figur 1. Kariesfria barn och unga

Andel barn och unga i befolkningen som var kariesfria vid olika åldrar 1985-2014.



* För 19-åringar redovisas andelen kariesfria på tändernas sidoytor (DFS-a).
Källa: Socialstyrelsen

Även bland vuxna har tandhälsan förbättrats. Mellan åren 2009 och 2013 ökade antalet kvarvarande och antalet intakta tänder med 1 respektive 9 procent, enligt Socialstyrelsens tandhälsoregister [18]. En majoritet av den vuxna befolkningen uppger också att de har god tandhälsa. I Socialstyrelsens befolkningsenkät uppgav totalt 71 procent år 2012 att de hade god tandhälsa. I yngre åldersgrupper var andelen något högre, 76 procent bland 20–29-åringar. Den självrapporterade tandhälsan varierar dock mellan olika grupper i befolkningen, och socioekonomiska faktorer har stor betydelse för hur man upplever sin tandhälsa. Bland personer födda utanför Europa anser 48 procent att de har god tandhälsa och bland arbetssökande var motsvarande andel 45 procent. [17]

Det statliga tandvårdsstödet

Tandvård för barn är avgiftsfri till och med det år man fyller 19 år. Det är landstingen som ansvarar för att ge barnen regelbunden och fullständig tandvård. Det statliga tandvårdsstödet för vuxna infördes den 1 juli 2008 och ger alla som besöker tandvården ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) på 150 eller 300 kronor per år, beroende på ålder. Bidraget kan sparas under en tvåårsperiod och ska stimulera till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Många har så god tandhälsa att det räcker att besöka tandvården vartannat år. När man planerar besöksintervallet ska man utgå från individens risk för tand- och munsjukdomar. Utöver tandvårdsbidraget finns också ett högkostnads- skydd. Ersättningen från tandvårdsstödet beräknas på de referenspriser som beslutas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. På belopp upp till 3 000 kronor betalar patienten hela beloppet. På kostnader mellan 3 000 och 15 000 ersätter tandvårdsstödet 50 procent av kostnaden och på belopp över 15 000 ersätter tandvårdsstödet 85 procent av kostnaden. Prissättningen inom tandvården är fri och om vårdgivaren har ett högre pris än referenspriset betalar patienten mellanskillnaden.

Tanduttagningar – ett mått på bristande munhälsa

Regelbundna tandvårdsbesök gör att man tidigt kan upptäcka och åtgärda tecken på sjukdomar i munhålan, vilket minskar framtida tandvårdsbehov. Under en tvåårsperiod (2012–2013) besökte knappt 73 procent av den vuxna befolkningen tandvården, varav 65 procent gjorde en undersökning och 8 procent endast besökte tandvården akut. Den årliga besöksfrekvensen varierar med ålder. I åldersgruppen 20–29 år är den som lägst, cirka 40 procent besöker tandvården ett givet år. I åldersgruppen 60–69 år är den som högst, cirka 75 procent. Variationen har samband med tandstatus vid olika åldrar, och när man tar hänsyn till den så försvinner skillnaderna mellan åldersgrupperna [29]. Detta är dock sällan förklaringen till skillnader mellan andra befolkningsgrupper. Förhållandet brukar snarare vara det omvända, så att grupper med dålig tandhälsa har lägre grad av tandvårdskonsumtion.

Kariesskador (se faktaruta) utvecklas i allmänhet långsamt och i ett initialt läge kan de med rätt åtgärder bromsas eller helt stoppas upp. Mer omfattande kariesangrepp kräver dock fyllningsterapi, eller att tanden dras ut om den är mycket angripen. Andelen som förlorar någon tand på grund av karies är ungefär densamma i olika åldersgrupper, medan risken för tandförlust på grund av parodontit (tandlossningssjukdom) ökar med stigande ålder.

Ett av målen för tandvården är att patienten ska ha egna och friska tänder med en tillfredsställande funktion och estetik. En bra indikator på tandhälsan inom olika befolkningsgrupper är förekomsten av tandförluster. Nästan alla som behöver få en tand borttagen besöker tandvården, och därför är mörker-

talet litet. År 2014 fick knappt 1 procent i åldersgruppen 20–29 år någon tand borttagen.

Tandsjukdomar

Karies innebär en lokal nedbrytning av tandsubstans som kan drabba både tandkronan och tandroten. Kariesskador utvecklas i allmänhet långsamt över flera år. Initiala kariesskador som huvudsakligen är lokaliserade till tandens emalj kan bromsas eller stoppas upp helt genom orsaksinriktade åtgärder. Om en initial kariesskada utvecklas och även omfattar tandens dentin blir den manifest och kan i förlängningen leda till smärta och obehag för patienten. En manifest kariesskada kräver oftast fyllningsterapi för att stoppa processen och återställa tandens funktion. En person med mera omfattande kariesskador riskerar att förlora tänder, vilket kan påverka funktion, estetik och livskvalitet.

Parodontit (tandlossningssjukdom) är bakteriellt orsakad och förekommer i vävnaderna kring tänderna. Den betraktas därför som en vävnadsdestruktiv inflammatorisk sjukdom initierad av infektion. Vanligen har sjukdomen ett långsamt förlopp resulterande i en varierande grad av stödjevävnadsförluster kring tänderna, men den kan ha perioder av snabb utveckling med en omfattande förlust av stödjevävnaden. Sjukdomstillståndet ger sällan upphov till smärta eller värk men kan leda till att de drabbade tänderna förloras, vilket kan påverka estetiken, tuggfunktionen och livskvaliteten. En tandförlust som är orsakad av parodontit är ett mått på en uttalad sjukdom i tändernas stödjevävnader, vilken inte har blivit behandlad eller inte har reagerat på den genomförda behandlingen på avsett eller önskat sätt.

Begränsad kunskap om placerade barns tandhälsa

Det finns få studier som beskriver tandhälsa och tandvårdsbehov hos barn som är eller varit placerade. Med stöd av Socialstyrelsen har två regionala studier genomförts, dels en studie av placerade barns journalhandlingar i Malmö 2008 [19]. Dels en studie med läkarundersökningar av barn som aktualiserats för dygnsvård i Skåne och Kronobergs län 2010 [20–21]. Journalstudien visade att placerade barn inte kom till tandläkaren för kontroller i samma utsträckning som andra barn, och att deras behov av remiss till specialisttandläkare därmed var dubbelt så högt. Bland de familjehemsplacerade barnen kom bara 60 procent på återkontroller hos tandvården, jämfört med 90 procent i kontrollgruppen som inte var placerade. Läkarundersökningarna av aktualiserade barn visade att vartannat barn i skolåldern (7–16 år) hade kariesangrepp som krävde behandling. Förekomsten av tandvärk, tandvårdsrädsla och utebliven förebyggande tandhälsovård var också påfallande hög bland barnen. Att ett barn aktualiseras för utredning av

socialtjänsten innebär att det finns misstanke om missförhållanden i hemmiljön, eller att barnet själv uppvisat ett riskfyllt beteende. Internationella studier har visat att barn som varit utsatta för misshandel och försummelse, och barn till föräldrar med missbruk, har dålig oral hälsa och ökad förekomst av karies [22–24].

Vidare finns några mindre internationella studier av tandhälsan bland barn som är placerade i social dygnsvård. En studie från Australien fann att 30 procent hade tandproblem, i en grupp på 122 barn som var placerade i social dygnsvård utanför hemmet [25]. I en amerikansk studie bland fosterhemsplacerade barn under 18 år, fann man att 59 procent inte hade gjort någon tandundersökning under placeringsperioden [26]. I en brittisk studie av tandhälsan hos 15–16-åringar i några av Londons socioekonomiskt utsatta förorter fann man att tandhälsan var eftersatt, särskilt bland flyktingungdomar och placerade ungdomar [27]. Det fanns även ett samband mellan uteblivna tandvårdsbesök och dålig tandhälsa. Enligt Socialstyrelsens kännedom finns inga studier av placerade barns tandhälsa på lång sikt, exempelvis genom uppföljning i ung vuxen ålder.

Studiens syfte och upplägg

Syftet med den här studien har varit att undersöka tandvårdskonsumtion och tandhälsa hos unga vuxna som varit placerade i social dygnsvård under uppväxten. Eftersom tandhälsoregistret inte innehåller barn så har studien inriktats på perioden närmast efter uppväxten, då personerna är 20–29 år, mot bakgrund av deras placeringshistorik under uppväxten (0–19 år). Studiepopulationen omfattar alla 20-åringar som var folkbokförda i Sverige åren 2009–2014, vilket motsvarar cirka 1,7 miljoner personer (se tabell B1 i bilaga 1). Dessa har följts i tandhälsoregistret till det år de fyllde 29 år.

Studiegrupperna har skapats utifrån Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Registret innehåller uppgifter om heldygnsinsatser som är individuellt behovsprövade och som beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), förkortad LVU.¹

Heldygnsplacering före tonåren sker nästan uteslutande i familjehem, inklusive nätverkshem eller jourhem, medan tonårsplaceringar oftare sker på HVB eller hem med särskild tillsyn enligt 12 § LVU [28]. Grupperna har delats in efter ålder vid första heldygnsinsats och sammanlagd tid i heldygnsvård under uppväxten. Studiegrupperna jämförs med jämnåriga i övriga befolkningen, det vill säga personer som aldrig varit placerade i social heldygnsvård. I rapporten används ibland begreppen ”tidigare placerade” för studiegrupperna sammantaget och ”icke-placerade” för övriga befolkningen.

Placerade före tonåren Första placeringen inträffade före 13 års ålder (i genomsnitt vid sex års ålder) och den sammanlagda placeringstiden understeg fem år (i genomsnitt 1,3 år). Gruppen omfattar cirka 16 000 personer.

¹ Insatser som socialtjänsten ger till barn och ungdomar utan biståndsbeslut ingår inte i registret, detsamma gäller insatser till barn och unga på grund av funktionsnedsättning.

Långvarigt placerade	Första placeringen inträffade före 13 års ålder (i genomsnitt vid fem års ålder) och den sammanlagda placeringstiden var fem år eller längre (i genomsnitt 11,2 år). Inom denna grupp hade knappt hälften varit placerade under så gott som hela uppväxten. Gruppen omfattar cirka 11 000 personer.
Tonårsplacerade	Första placeringen inträffade från och med 13 års ålder (i genomsnitt vid 16 års ålder med en sammanlagd placeringstid om 1,7 år). Gruppen omfattar cirka 38 000 personer.
Ej placerade	Personer som <i>aldrig</i> har varit placerade och som inte förekommer i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Gruppen omfattar cirka 1,67 miljoner personer.

Samtliga resultat i rapporten baseras på Socialstyrelsens tandhälsoregister som samkörts med registret över insatser för barn och unga, patientregistret och läkemedelsregistret samt SCB:s utbildningsregister. Databearbetningarna genomfördes under år 2015 med då senast uppdaterade data. En utförligare beskrivning av studien finns i bilaga 1.

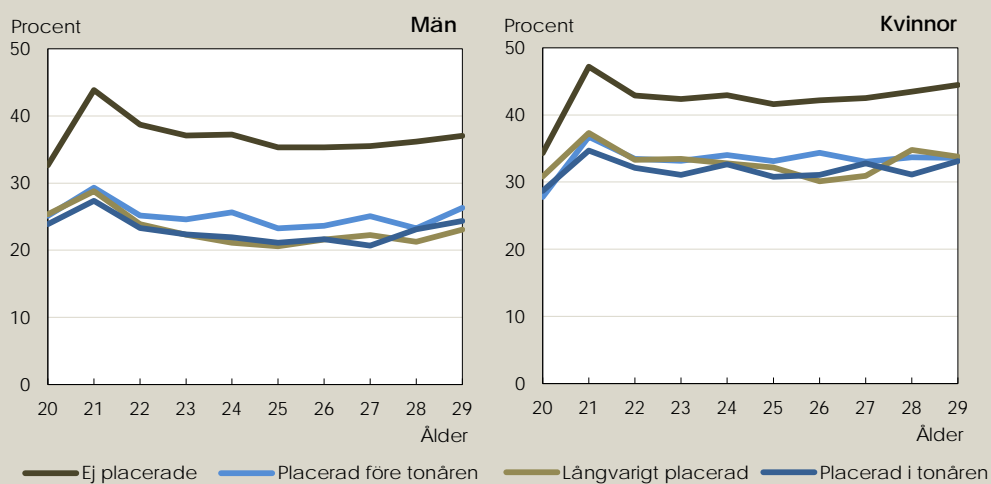
Resultat

Färre kontroller och fler akutbesök bland dem som varit placerade

Resultaten i denna studie visar att personer som varit placerade i heldygnsvård under uppväxten inte besöker tandvården för kontroller och förebyggande vård i samma utsträckning som övriga befolkningen (figur 2). Att detta inte är ett uttryck för en bättre tandstatus framgår bland annat av att de gör akuta tandvårdsbesök i betydligt högre utsträckning än andra (figur 3).

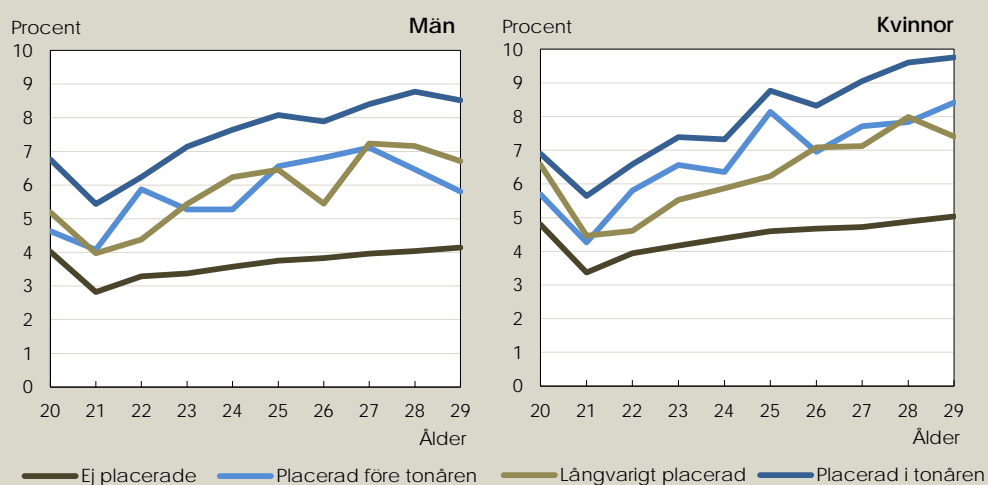
Figur 2. Kontroll och förebyggande besök

Andel som gjort kontroll eller förebyggande besök i tandvården vid olika åldrar. Åren 2009-2014.



Figur 3. Endast akutbesök

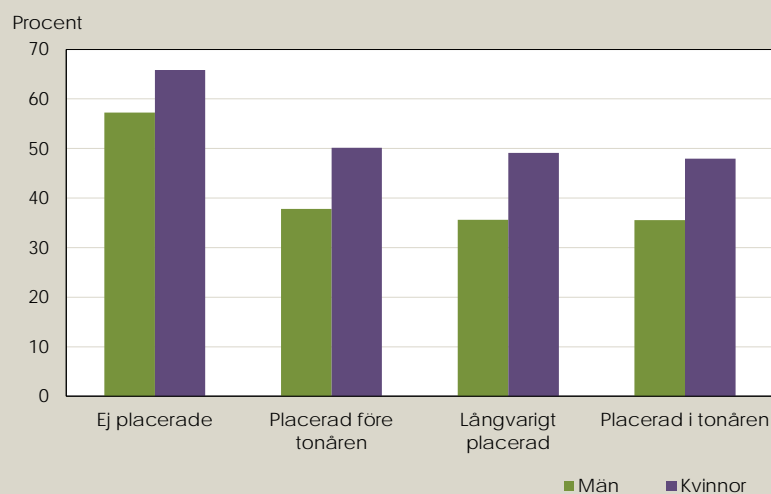
Andel som bara gjort akutbesök i tandvården vid olika åldrar. Åren 2009-2014.



I Sverige besöker de flesta tandvården vartannat eller vart tredje år. Det gäller även i de åldersgrupper som har jämförelsevis låg besöksfrekvens. I åldersgruppen 20–29 år hade 57 respektive 66 procent, bland män och kvinnor som inte varit placerade, gjort åtminstone en tandvårdskontroll under en treårsperiod (figur 4). Bland dem som varit placerade i social dygnsvård är andelarna dock lägre. Knappt hälften av kvinnorna och en tredjedel av männen hade gjort något kontrollbesök under en treårsperiod. Besöksfrekvensen är ungefär densamma i alla tre placeringsgrupper. De långvarigt placerade har inte kommit på kontrollbesök i ungefär lika hög grad som de tonårsplacerade och de som placerades kortare perioder tidigt i barndomen.

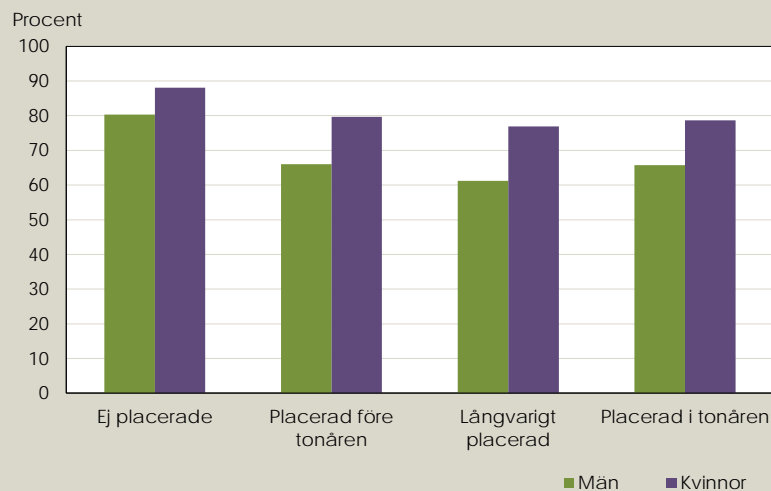
Figur 4. Minst ett kontrollbesök vart tredje år

Andel som gjort minst ett kontroll eller förebyggande besök i tandvården under en treårsperiod, födda 1982-92, åren 2009-2014. Procent.



Figur 5. Minst ett kontrollbesök under sexårsperioden

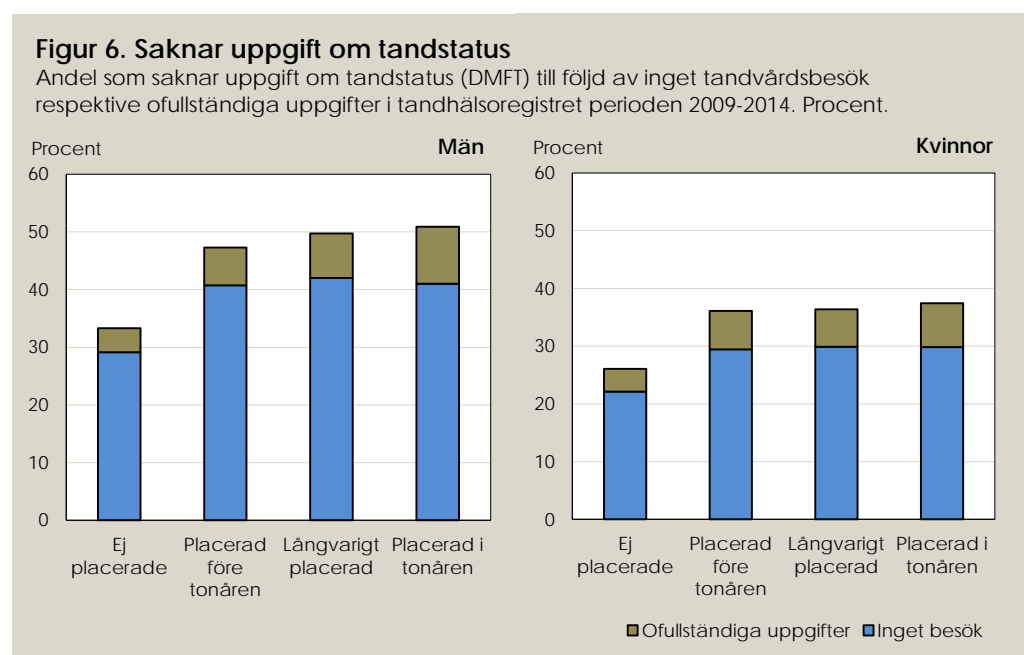
Andel som gjort minst ett kontroll eller förebyggande besök i tandvården under sexårsperioden 2009-2014, födda 1985-89. Procent.



Skillnaden mellan grupperna är större när jämförelsen sträcker sig över en längre period. Bland de långvarigt placerade hade 61 procent av männen och 77 procent av kvinnorna gjort minst ett kontrollbesök under en sexårsperiod (figur 5). Bland de icke-placerade var motsvarande andel 80 procent bland män och 88 procent bland kvinnor. Andelen som *inte* gjort något kontrollbesök på sex år är därmed nästan dubbelt så hög bland långvarigt placerade, som bland icke-placerade. Bland dessa hade många merparten av barndomen i social dygnsvård, i genomsnitt var personerna i gruppen placerade i drygt elva år fram till dess de fyllde 20 år. Bland dem med kortare placeringar var andelen som inte gjort något besök på sex år något lägre än bland de långvarigt placerade.

Skillnaden ökar med åldern

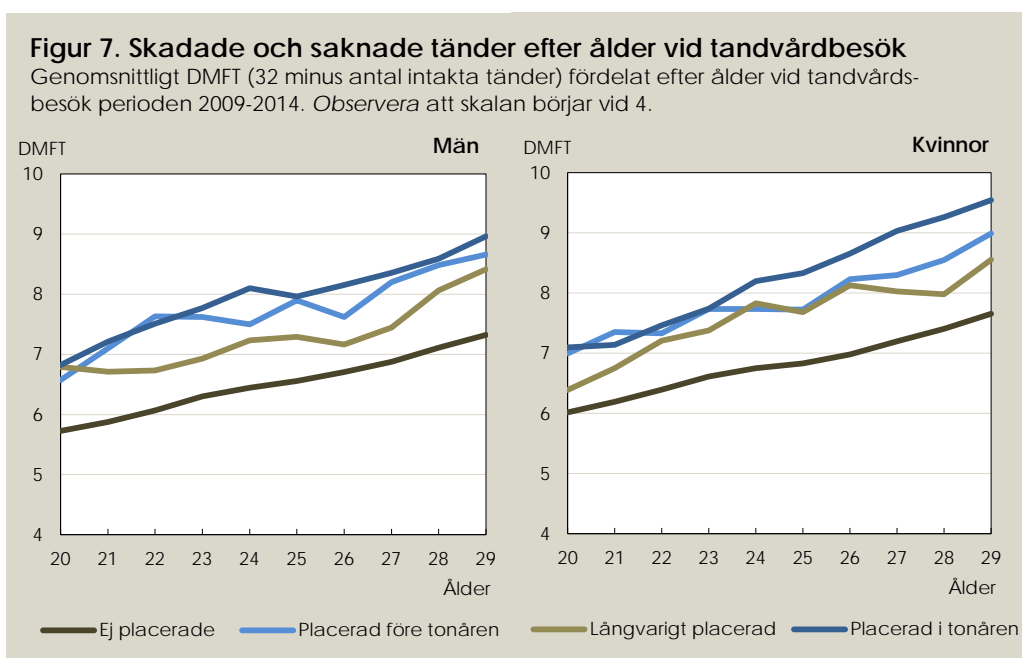
DMFT (decayed missed filled teeth) används ofta för att mäta tandstatus i befolkningsgrupper. Det anger summan av antalet tänder som är kariesskadade (decayed), saknade (missed) och lagade (filled). I tandhälsoregistrer finns inte DMFT, utan istället registreras antal kvarvarande tänder och antalet kvarvarande intakta tänder (se bilaga 1). I denna studie används ett ungefärligt DMFT som skapats genom att antalet kvarvarande intakta tänder subtraheras från 32 (det maximala antalet tänder).



Uppgift om tandstatus finns bara för dem som besökt tandvården. Ibland är uppgifterna också ofullständiga för dem som besökt tandvården. Detta gäller i högre grad för de tidigare placerade, sannolikt som en följd av att de oftare bara gjort akutbesök. Ungefär hälften av de tidigare placerade männen, och ungefär en tredjedel av de tidigare placerade kvinnorna, saknar uppgift om tandstatus (figur 6). Motsvarande andel bland dem som inte varit placerade är ungefär en tredjedel bland män och ungefär en fjärdedel bland kvinnor. Att

tandhälsouppgifter i högre utsträckning saknas för personer som gjort akutbesök resulterar sannolikt i att tandhälsoproblemen underskattas i gruppen som varit placerad.

Uttryckt i DMFT är tandstatusen sämst hos de tonårsplacerade (figur 7). De som besökte tandvården vid 20 års ålder hade i genomsnitt ungefär 7 skadade och saknade tänder, jämfört med ungefär 6 skadade och saknade tänder bland de icke-placerade. Sammantaget under perioden, från 20 till 29 års ålder, är den genomsnittliga skillnaden mellan tonårsplacerade och icke-placerade cirka 1,4 fler skadade eller saknade tänder. De som placerades första gången före tonåren, och som inte var långvarigt placerade, har i genomsnitt 1,2 fler skadade eller saknade tänder än icke-placerade. Och de långvarigt placerade har cirka 0,8 fler skadade eller saknade tänder än icke-placerade. I alla grupper, även bland dem som aldrig varit placerade, ökar det genomsnittliga antalet skadade och saknade tänder med stigande ålder. Det gör även skillnaden mellan grupperna.

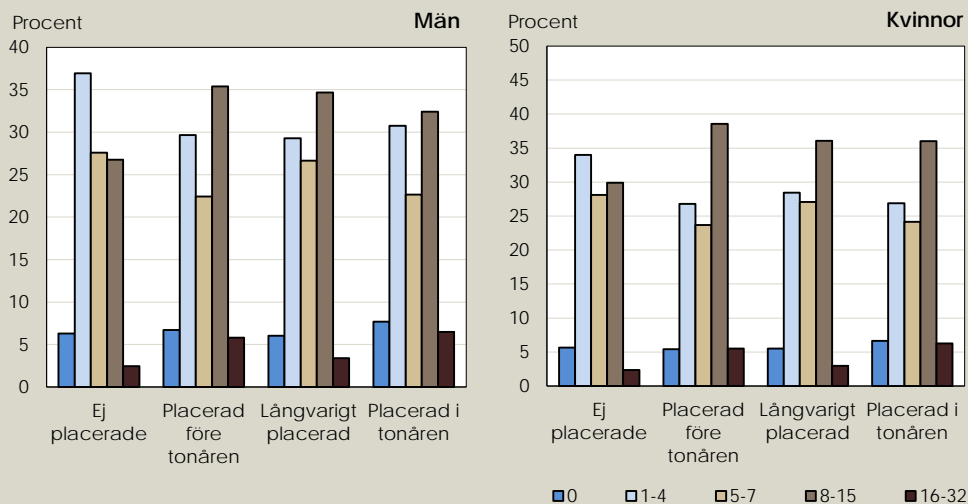


Som nämndes i inledningen var 68 procent av alla 19-åringar kariesfria på tändernas sidoytor (DFT-a) år 2014. När skadade eller saknade tänder (DMFT) jämförs kan värden upp till 4 vara liktydiga med mycket god tandhälsa, eftersom det kan gälla för en person som tagit ut visdomständerna men för övrigt har alla tänder intakta. Vid 20–22 års ålder, vilka är de yngsta i tandhälsoregistret, hade 40–43 procent av de icke-placerade ett DMFT som inte översteg 4. I placeradegrupperna var motsvarande andel 32–38 procent. Mellan 38 och 44 procent av de tidigare placerade hade 8 eller fler skadade eller saknade tänder (DMFT) jämfört med 29–32 procent bland övriga (figur 8A). Andelen som hade många skadade tänder (8 eller fler) var inte riktigt lika hög bland de långvarigt placerade som bland de tonårsplacerade och bland dem som placerades före tonåren. Vid 27–29 års ålder har antalet skadade eller saknade tänder ökat i alla grupper (figur 7) och den absoluta

skillnaden mellan grupperna är högre än vid 20–22 års ålder. Bland de icke-placerade hade drygt 40 procent 8 eller fler skadade eller saknade tänder, jämfört med drygt 50 procent bland de tidigare placerade (figur 8B).

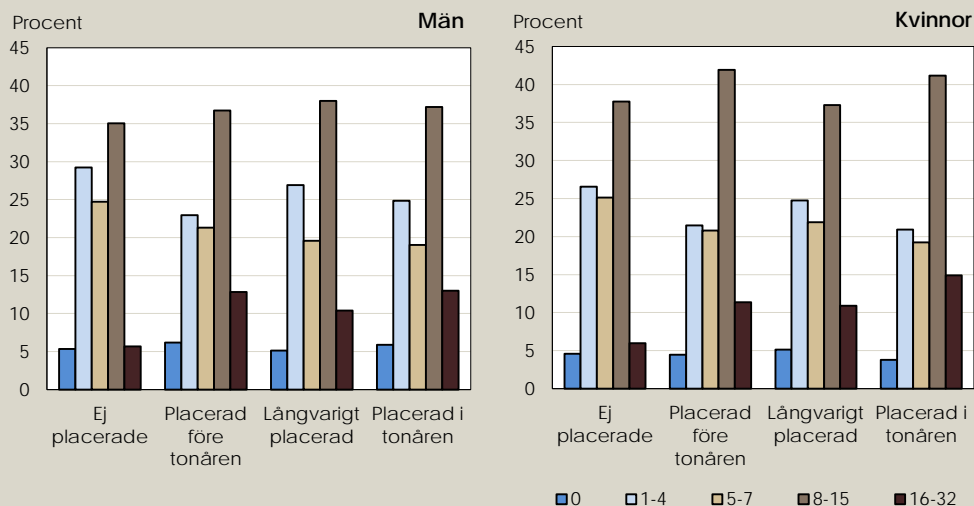
Figur 8A. Tandstatus vid 20-22 års ålder

Andel med olika tandstatus, grupperat efter DMFT (32 minus antal intakta tänder), vid 20-22 års ålder perioden 2009-2014. Procent.



Figur 8B. Tandstatus vid 27-29 års ålder

Andel med olika tandstatus, grupperat efter DMFT (32 minus antal intakta tänder), vid 27-29 års ålder perioden 2009-2014. Procent.



Var tionde har dragit ut någon tand

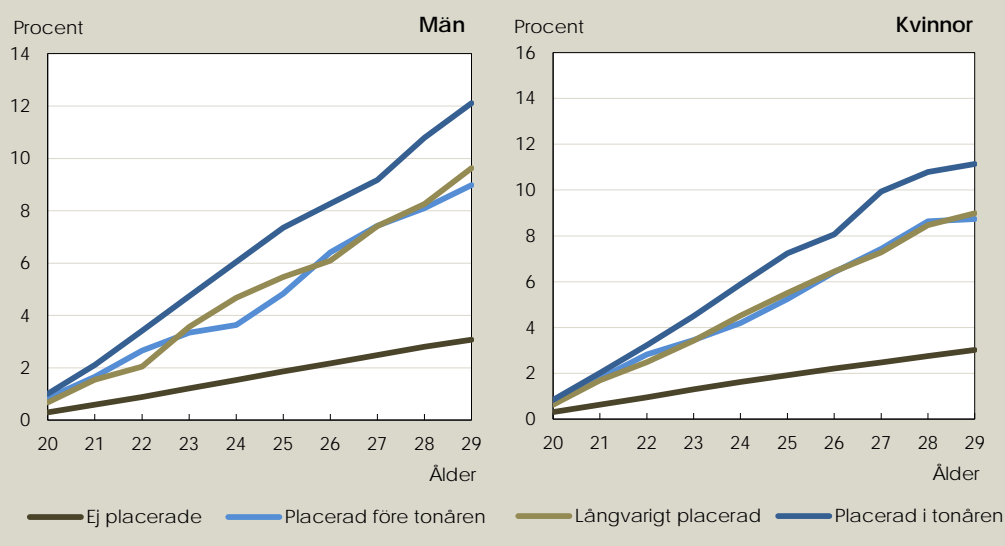
En hög andel akutbesök, som ses bland de tidigare placerade, kan förstås leda till en selektion av personer med skadade tänder om man antar att den låga andelen kontrollbesök beror på god tandhälsa. Mot detta talar flera av resultaten i studien, bland annat att andelen som dragit ut andra tänder än

visdomständer är betydligt högre bland de tidigare placerade än bland övriga. Detta mått kan också sättas i relation till hela befolkningen, inte bara till dem som gjort tandvårdsbesök, eftersom en tanduttagning vanligtvis föregås av så pass svåra tandproblem att man tvingas uppsöka tandläkare.

År 2014 uppsökte 1 knapp procent av alla 20–29-åringar tandläkaren för att dra ut en annan tand än en visdomstand. Andelen är mer än 3–4 gånger så hög bland de tidigare placerade som bland övriga befolkningen. Omkring 2 procent bland dem som placerades före tonåren och 2,5 procent bland de tonårsplacerade, jämfört med 0,6 procent bland övriga. När man jämför andelen som någon gång dragit ut andra tänder än visdomständer, fördelat efter ålder perioden 2009–2014, så syns tydligt hur andelarna ökar med stigande ålder (figur 9). Vid 29 års ålder har 11–12 procent bland de tonårsplacerade dragit ut någon annan tand än en visdomstand, jämfört med runt 3 procent bland de icke-placerade. Bland dem som placerades före tonåren, både kortare och långvarigt, är andelarna ungefär lika höga – omkring 9 procent.

Figur 9. Dragit ut annan tand än visdomstand

Andel i befolkningen som har dragit ut en annan tand än visdomstand. Födda 1980–94 fördelat efter ålder, 20–29-åringar perioden 2009–2014. Procent.



Summan sämre än delarna

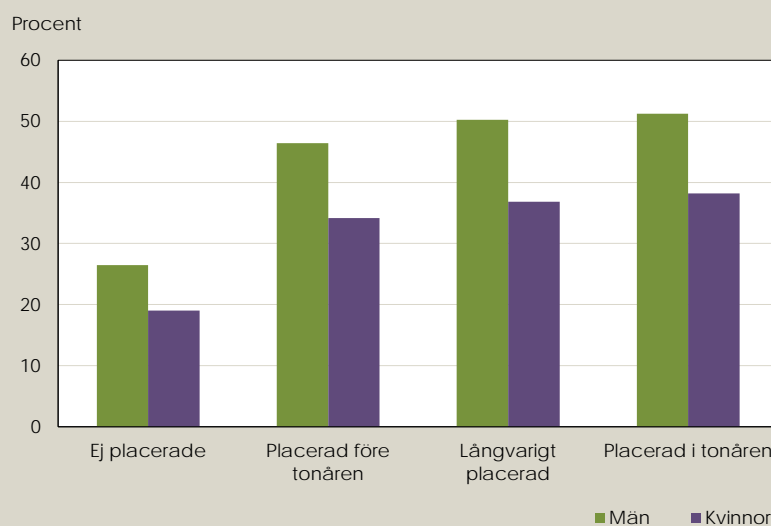
När de olika tandmåttens studeras sammantaget framträder en mörkare bild av tidigare placerades tandhälsa, än när måtten studeras var för sig. Ungefär hälften av de tidigare placerade männen uppfyller åtminstone ett av fyra utvalda kriterier för sämre tandhälsa eller låg tandvårdskonsumtion (figur 10). Detta gäller personer födda 1985–1989 som kan förekomma i tandhälsoregistret alla sex mätår (2009–2014). De valda kriterierna för sämre tandhälsa är att individen antingen dragit ut någon annan tand än en visdomstand eller har många skadade tänder (DMFT>16). Kriterierna för låg tandvårdskonsumtion är att individen inte gjort något tandvårdsbesök under sex år eller har ofullständiga uppgifter i tandhälsoregistret. Ofullständiga uppgifter innebär

att ett besök är registrerat men uppgifterna om kvarvarande och intakta tänder saknas eller är orimliga. Detta gäller särskilt personer som bara gjort akutbesök.

Bland de tidigare placerade männen har 46–51 procent antingen sämre tandhälsa eller låg tandvårskonsumtion, att jämföra med 26 procent bland icke-placerade män. Bland kvinnor är de relativa skillnaderna mellan grupperna ungefär lika stora som bland män, det är ungefär dubbelt så vanligt bland tidigare placerade att uppfylla något av de fyra utvalda kriterierna jämfört med icke-placerade. Nivån är dock lägre. Bland kvinnor som varit placerade under uppväxten är andelen med sämre tandhälsa eller låg tandvårskonsumtion 34–38 procent, jämfört med 19 procent bland dem som inte varit placerade.

Figur 10. Kompositmått

Andel som antingen dragit ut annan tand än visdomstand, eller har DMFT>16, eller inte har gjort något tandvårdsbesök, eller har ofullständiga registeruppgifter. Födda 1985-89 perioden 2009-2014.



Sällsynt med läkarbesök för tandvårdsproblem

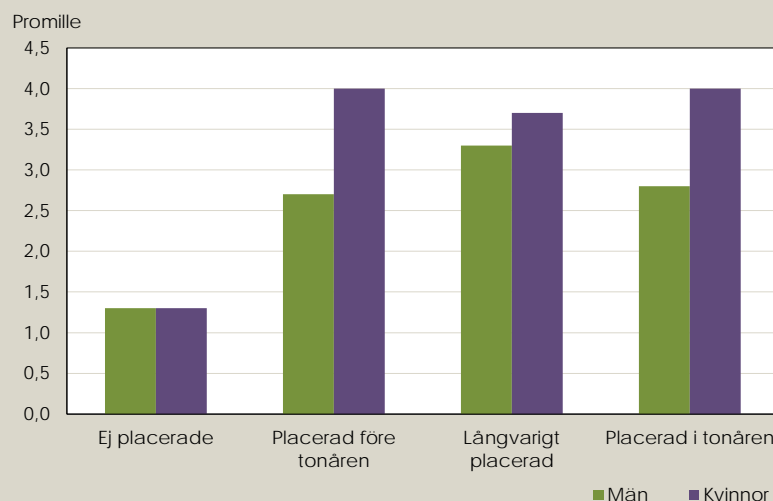
I sällsynta fall leder tandproblem till besök inom sjukvården. Det kan exempelvis röra sig om obehandlad karies som ger inflammation i munhålan. I ung vuxen ålder (20–29 år) hade drygt 1 promille av de icke-placerade vårdats inläggande på sjukhus eller besökt den specialiserade öppenvården med karies, sjukdomar i tandpulpan eller inflammation i käken som huvuddiagnos (figur 11). Motsvarande andel bland de tidigare placerade var 2–4 gånger högre. Bland de tonårsplacerade, och de som placerades kortare före tonåren, hade drygt 2,7 promille av männen och 4 promille av kvinnorna gjort läkarbesök i sluten- eller öppenvården. Bland de långvarigt placerade var andelen lite högre bland män och lite lägre bland kvinnor (3,3 respektive 3,7 promille). I alla placeringsgrupper var läkarbesök till följd av tandproblem

vanligare bland kvinnor än bland män men orsaken till denna skillnad är inte känd. Huvuddiagnosen vid besöken var karies i 49 procent av fallen, tandvärk i 44 procent av fallen och inflammation i 7 procent av fallen. När även bidiagnoser inkluderas ökar andelarna som fått vård för något av de undersökta tandproblemen med cirka 0,5–1,0 promille i respektive grupp (visas ej i figur).

I de flesta fall, omkring 90 procent av fallen, var de undersökta tandproblemen (karies, tandvärk och inflammation) de enda diagnoskriterierna för vårdbesöket. I drygt 5 procent av fallen kombinerades tandproblemen med någon bidiagnos under kapitlet för psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, exempelvis tobaksberoende eller specifika fobier. Vården utfördes oftast inom käk- eller oralkirurgi samt öron-, näs och halssjukvård.

Figur 11. Läkarbesök för karies, inflammation eller tandvärk

Andel som besökt läkare i sluten- eller öppenvården* mellan 20 och 29 års ålder åren 2009-2014. Promille.



* Avser besök med huvuddiagnos (ICD10) K02, K04 eller K102.

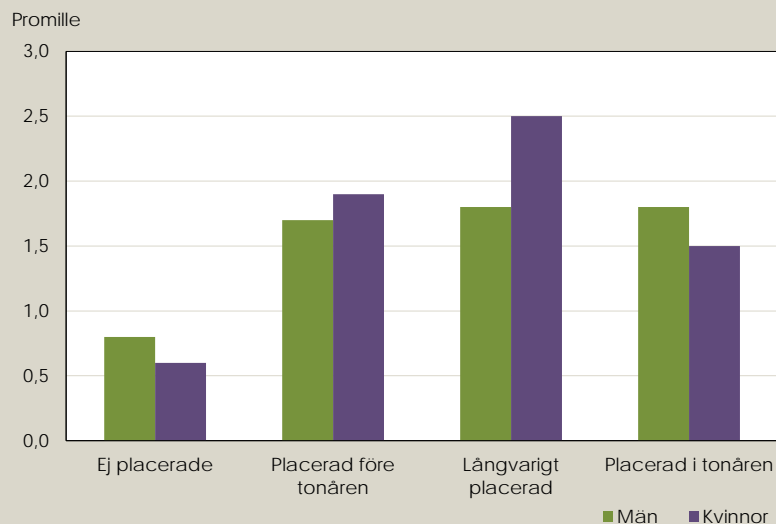
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret innehåller besök i slutenvård eller specialiserad öppenvård för patienter i alla åldrar, det vill säga även barn, så när det gäller sjukhusvård kan grupperna jämföras också under uppväxten (0–19 år). Även bland barn är det mycket ovanligt att vårdas på sjukhus till följd av tandproblem, och mönstret liknar det som återfanns bland unga vuxna (20–29 år). Bland pojkar var det dubbelt så vanligt att de tidigare placerade hade vårdats på sjukhus för tandproblem, jämfört med icke-placerade. Bland flickorna var skillnaderna mellan grupperna ännu större, andelen som vårdats på sjukhus var mer än fyra gånger så hög bland de långvarigt placerade som bland dem som inte varit placerade. Bland tonårsplacerade har dock flickor lägre förekomst än pojkar (figur 12). Observera att jämförelsen under uppväxten bara omfattar vård inläggande på sjukhus, medan jämförelsen av 20-åringar även inkluderar specialiserad öppenvård. Dessutom ingår bara personer som

var folkbokförda under hela uppväxten (eller sedan år 1990) i analyserna av karies, tandvärk och inflammationer under uppväxten (0–19 år). Merparten av vårdtillfällena gäller karies, och hälften var mellan 3 och 8 år gamla.

Figur 12. Sjukhusvård för karies, inflammation eller tandvärk under uppväxten

Andel som vårdats inläggande på sjukhus* under uppväxten (0-19 år).



* Avser huvuddiagnos (ICD10) K02, K04 eller K102, och motsvarande i ICD9 respektive ICD8.
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Samband mellan bakgrundsfaktorer och tandhälsa

I det här avsnittet jämförs de olika utfallen med hänsyn tagen till några bakgrundsfaktorer. Dessa beskrivs närmare i bilaga 1 där fördelningen inom grupperna redovisas i tabell B2. Kontroll för olika bakgrundsfaktorer genomförs i tre steg. I det första steget kontrolleras för kön och födelseår (modell 1). I det andra steget kontrolleras för moderns högsta fullföljda utbildning när undersökningspersonerna var 20 år, och när det gäller tandstatus (DMFT) även för om undersökningspersonen är utrikes född (modell 2). I det tredje steget kontrolleras för om undersökningspersonen fullföljt gymnasiet vid 20 års ålder, samt för om de använt psykofarmaka eller vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med någon alkohol- eller narkotika-relaterad diagnos (modell 3). I avsnittet redovisas de justerade relativa riskerna för studiegrupperna i alla tre steg (tabellerna 1–4), och i bilaga 2 visas de fullständiga modellerna i det tredje steget (tabellerna B3–B6).

Missbruk och användning av psykofarmaka – en av flera förklaringsfaktorer

Bland unga vuxna (20–29 år) besöker män tandvården i lägre utsträckning än kvinnor, benägenheten för besök ligger cirka 15 procent lägre än kvinnors (tabell B3). Vidare har de tidigare placerade lägre benägenhet att göra

kontrollbesök i tandvården, samtidigt som benägenhet att göra akutbesök är högre jämfört med övriga. Gruppernas sociala bakgrund, här mätt som moderns högsta fullföljda utbildning, har samband med besöksfrekvensen inom grupperna (tabell B3). Utbildningsnivån bland mödrarna skiljer sig betydligt åt mellan grupperna (tabell B2). Bland de icke-placerade hade drygt 80 procent av mödrarna minst gymnasieutbildning, medan motsvarande andel bland de tonårsplacerade, och de som placerades kortare före tonåren, var omkring 60 procent. Bland de långvarigt placerade hade cirka 40 procent av mödrarna minst gymnasieutbildning. När man kontrollerar för detta i modell 2 så närmar sig de relativa riskerna bland de tidigare placerade referensgruppens, det vill säga de icke-placerades (modell 1 och 2 i tabell 1). Merparten av underriskerna bland de tidigare placerade kvarstår dock, och skillnaden mellan placeringsgrupperna är marginell när det gäller benägenheten att göra kontrollbesök.

Tabell 1. Benägenhet att besöka tandhälsovården

Personer födda 1980–1994 perioden 2009–2014. Justerad relativ risk (RR).

Kontrollbesök	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ej placerade	1	1	1
Placerade före tonåren	0,72	0,76	0,88
Långvarigt placerade	0,70	0,78	0,91
Tonårsplacerade	0,71	0,76	0,98
Bara akutbesök	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ej placerade	1	1	1
Placerade före tonåren	1,76	1,60	1,44
Långvarigt placerade	1,80	1,55	1,44
Tonårsplacerade	2,23	2,02	1,66
Kontroll- och/eller akutbesök	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ej placerade	1	1	1
Placerade före tonåren	0,79	0,82	0,90
Långvarigt placerade	0,76	0,84	0,92
Tonårsplacerade	0,80	0,85	ej sign

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid), alla redovisade värden är signifikanta på 5%-nivån. Jämförelsegrupp (RR = 1) är personer som inte varit placerade under uppväxten. Riskerna är justerade för kön och födelseår i modell 1, samt i modell 2 även för moderns högsta fullföljda utbildning, och i modell 3 även för undersökningspersonens högsta fullföljda utbildning vid 20 år, vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser samt användning av psykofarmaka.

Den lägre besöksfrekvensen bland tidigare placerade har starkare samband med deras egen utbildningsnivå, än med mödrarnas (RR=1,38 för kontrollbesök och RR=0,58 för akutbesök, se tabell B3). Den egna utbildningen kan dock ses som en konsekvens av de uppväxtförhållanden som har samband med en placering i social dygnsvård, på samma sätt som olika hälsoutfall i ung vuxen ålder är.

I studien kontrolleras för gymnasieutbildning, inte för eventuell eftergymnasial utbildning, eftersom de yngsta i studiepopulationen är 20 år och därför inte haft möjlighet att skaffa högre utbildning. Andelen som har en

gymnasieutbildning skiljer sig mycket åt mellan studiegrupperna, bland dem som placerades före tonåren har bara omkring hälften en gymnasieutbildning (47–55) jämfört med övriga unga vuxna där motsvarande andel är 82–85 procent (tabell B2). Bland de tonårsplacerade är andelarna ännu lägre, bara en femtedel av männen och en tredjedel av kvinnorna har en gymnasieutbildning.

Besöksfrekvensen har också samband med förekomsten av alkohol- och narkotikamissbruk (tabell B3), som är betydligt högre bland de tidigare placerade (tabell B2). Personer som vårdats för alkoholrelaterade diagnoser har lägre benägenhet både för kontroll- och akutbesök (RR=0,66 och RR=0,83), medan personer som vårdats för narkotikarelaterade diagnoser har lägre benägenhet för kontrollbesök (RR=0,77) men högre benägenhet för akutbesök (RR=1,29). Uppgifterna om missbruk grundar sig på om personerna, enligt Socialstyrelsens patientregister, vårdats för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser inom slutenvården och den specialiserade öppenvården. Detta är en indikation på missbruk, även om det inte i varje enskilt fall är liktydigt med ett dokumenterat missbruk.

Den lägre besöksfrekvensen bland tidigare placerade har också samband med en högre användning av psykofarmaka inom gruppen (tabell B3). Minst tre uttag av psykofarmaka under ett och samma år var 2–3 gånger så vanligt bland dem som varit placerade jämfört med övriga (tabell B2). När man i besöksmodellerna även tar hänsyn till egen utbildningsnivå, samt psykofarmakaanvändning och vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser närmar sig samtliga placeradegrupper referensgruppen, och de tonårsplacerade har en justerad relativ risk nära 1 i modellen som avser kontrollbesök (modell 3, tabell 1).

Starkt förhöjd risk att behöva dra ut någon tand

När det gäller måtten som indikerar sämre tandhälsa är skillnaderna mellan studiegrupperna större, än när det gäller benägenheten till tandvårdsbesök. Risken att dra ut någon annan tand än visdomständer är nästan 4 gånger så hög bland de tonårsplacerade (RR=3,83), som bland dem som inte varit placerade (modell 1, tabell 2). Bland dem som placerades före tonåren, både under kortare (upp till fem år) och längre tid, är det nästan 3 gånger så vanligt som bland jämnåriga som aldrig varit placerade (RR=2,89 respektive RR=2,90). När man kontrollerar för social bakgrund i form av mödrarnas utbildningsnivå så minskar placeradegruppernas överrisker betydligt (modell 2, tabell 2). Den egna utbildningsnivån uppvisar dock ett starkare samband med risken att ha dragit ut någon annan tand än visdomständer, på samma sätt som vid analysen av tandvårdsbesök. De som har en gymnasieutbildning vid 20 års ålder har mer än hälften så låg risk (RR=0,35) att dra ut någon tand, som övriga (tabell B4). De som vårdats för narkotikarelaterade diagnoser har en kraftigt förhöjd risk (RR=1,76). Efter att man kontrollerat för samtliga bakgrundsfaktorer som ingår i studien så återstår en överrisk på 82 procent för de tonårsplacerade, och 57–67 procent för de som placerades före tonåren (modell 3, tabell 2). I analyserna av utdragna tänder ingår hela studiepopulationen, det vill säga även de som aldrig besökt tandhalsvården. Det beror på att om man har behov av att dra ut en tand, är problemen så pass

stora att man måste uppsöka tandläkare och därför är det ett utfall som kan sättas i relation till hela populationen.

Tabell 2. Risk att dra ut en annan tand än visdomstand

Personer födda 1980–1994 perioden 2009–2014. Justerad relativ risk (RR).

Extraktion	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ej placerade	1	1	1
Placerade före tonåren	2,89	2,33	1,67
Långvarigt placerade	2,90	2,08	1,57
Tonårsplacerade	3,83	3,13	1,82

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid), alla redovisade värden är signifikanta på 5%-nivån. Jämförelsegrupp (RR = 1) är personer som inte varit placerade under uppväxten. Riskerna är justerade för kön och födelseår i modell 1, samt i modell 2 även för moderns högsta fullföljda utbildning, och i modell 3 även för undersökningspersonens högsta fullföljda utbildning vid 20 år, vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser samt användning av psykofarmaka.

Läkarbesök på grund av tandhälsoproblem har samband med användning av psykofarmaka

Vid allvarligare tandhälsoproblem kan läkarbesök förekomma. Detta är dock ovanligt, men förekom betydligt oftare bland de tidigare placerade än bland övriga (figur 11). När man kontrollerar för kön och födelseår är risken nästan 3 gånger så hög bland de tidigare placerade som bland övriga (modell 1, tabell 3). När man även kontrollerar för mödrarnas utbildning är riskerna omkring 2,5 gånger så höga. Som tidigare nämnts kan bakgrundsfaktorerna som inkluderas i det tredje steget (modell 3), även ses som en följd av förhållanden som har samband med placeringen. Dessutom kan det vara så att vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser, eller förskrivning av psykofarmaka, medför en ökad sannolikhet för att tandhälsoproblem som annars åtgärdas inom tandhälsovården, istället tas om hand av sjukvården. Tandhälsoproblemen behöver alltså inte alltid vara av allvarligare art för att de diagnostiseras av läkare, utan kan istället ha blivit uppmärksammade i samband med andra vårdbesök exempelvis vid förskrivning av psykofarmaka. Personer som förskrevs psykofarmaka har nästan 90 procents högre risk (RR=1,87) att behandlas av läkare för tandhälsoproblem, jämfört med övriga (tabell B5). Efter att ha justerat för samtliga bakgrundsfaktorer återstår omkring 50 procents överrisk för dem som placerades före tonåren och drygt 30 procent för de tonårsplacerade (modell 3, tabell 3).

Tabell 3. Risk för läkarbesök till följd av tandhälsoproblem

Personer födda 1980–1994 perioden 2009–2014. Justerad relativ risk (RR).

Läkarbesök	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ej placerade	1	1	1
Placerade före tonåren	2,61	2,33	1,55
Långvarigt placerade	2,76	2,38	1,53
Tonårsplacerade	2,81	2,57	1,35

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid), alla redovisade värden är signifikanta på 5%-nivån. Jämförelsegrupp (RR = 1) är personer som inte varit placerade under uppväxten. Riskerna är justerade för kön och födelseår i modell 1, samt i modell 2 även för moderns högsta fullföljda utbildning, och i modell 3 även för undersökningspersonens högsta fullföljda utbildning vid 20 år, vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser samt användning av psykofarmaka.

Någon enstaka promille hade också varit inlagd på sjukhus under barndomen på grund av karies, tandvärk eller inflammation. Här ingår bara de personer som fanns i landet under hela uppväxten (0–19 år), och detta var vanligare bland dem som blev placerade tidigt (figur 12). När man tog hänsyn till kön och födelseår var det ungefär 3 gånger så vanligt bland de tidigt placerade, (RR=2,84 bland dem som varit placerade kortare tid respektive RR=3,22 bland de långvarigt placerade) och drygt 2 gånger så vanligt bland de tonårsplacerade (RR=2,20), jämfört med dem som inte varit placerade (visas ej i tabell).

Halverad risk bland dem med gymnasieutbildning

I analyserna av tandstatus mätt som antal skadade eller saknade tänder (DMFT) ingår bara de personer som besökt tandvården någon gång under mätperioden (20–29 år perioden 2009–2014). För dessa finns även uppgift om födelseland, så steg två i analyserna har utökats med denna bakgrundsfaktor. Samtliga var folkbokförda i Sverige när de var 20 år.

Här studeras den relativa risken att ha många skadade eller saknade tänder, vilket här definieras som mer än sexton (DMFT>16). När man tar hänsyn till kön och födelseår är många skadade eller saknade tänder nästan tre gånger (RR=2,75) så vanligt bland tonårsplacerade som bland icke-placerade (tabell 4). Bland dem som placerades före tonåren är det ungefär dubbelt så vanligt som bland icke-placerade. Utrikes födda har cirka 70 procents högre risk för många skadade eller saknade tänder (tabell B6), men en betydande del av överrisken bland de placerade kvarstår även efter att man kontrollerat för detta samt för mödrarnas utbildning (modell 2, tabell 4).

När man i steg tre kontrollerar för samtliga variabler i studien, sjunker överriskerna till omkring 50 procent bland de tonårsplacerade och de som placerades kortare tid före tonåren (modell 3, tabell 4). Bland de långvarigt placerade är överrisken drygt 30 procent. Fullföljd gymnasieutbildning mer än halverar risken för många skadade eller saknade tänder (tabell B6). Vidare har vård för narkotikarelaterade diagnoser samband med en förhöjd risk för ett högt DMFT (över 16), medan vård för alkoholrelaterade diagnoser och användning av psykofarmaka har samband med lägre risker. Till detta bidrar sannolikt benägenheten till tandvårdsbesök, där personer som vårdats för narkotikamissbruk har en överrisk för akuta tandvårdsbesök (tabell B3).

Tabell 4. Risk för många skadade och saknade tänder (DMFT>16)

Personer födda 1980–1994 som besökt tandvården perioden 2009–2014.

Justerad relativ risk (RR).

DMFT>16	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ej placerade	1	1	1
Placerade före tonåren	2,15	1,78	1,50
Långvarigt placerade	1,97	1,55	1,36
Tonårsplacerade	2,75	2,17	1,56

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid), alla redovisade värden är signifikanta på 5%-nivån. Jämförelsegrupp (RR = 1) är personer som inte varit placerade under uppväxten. Riskerna är justerade för kön och födelseår i modell 1, samt i modell 2 även för utrikes född och moderns högsta fullföljda utbildning, och i modell 3 även för undersökningspersonens högsta fullföljda utbildning vid 20 år, vård för alkohol- och narkotikorelaterade diagnoser samt användning av psykofarmaka.

Diskussion

Tidigare studier har visat att placerade barn och unga har sämre somatisk och psykisk hälsa samt lägre skolprestationer än andra barn och unga [2, 5–6]. Detta är den första rikstäckande svenska studie som gjorts av tandhälsan bland unga vuxna som varit placerade, och resultaten visar att också tandhälsan är sämre inom gruppen. Dålig tandhälsa leder inte bara till besvär i form av värk och sämre funktion, utan medför också högre kostnader för tandhållsovård genom hela livet. Socialstyrelsen arbetar för att förbättra framtidsutsikterna för placerade barn. Alla faktorer går inte att påverka, exempelvis erfarenheter från tidig barndom, men tandhälsan tillhör en av de faktorer som samhällets olika aktörer har stort inflytande på. Samhället har också ett ansvar för att ge dessa barn rimliga förutsättningar att skapa ett gott vuxenliv.

Ojämlika förutsättningar för tandvård

Målet för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandhälsan i den svenska befolkningen är generellt god, men det gäller inte alla grupper i befolkningen. I denna studie har tandvårdskonsumtion och tandhälsa bland unga vuxna studerats utifrån Socialstyrelsens tandhälsoregister. Resultaten visar att 20–29-åringar som varit placerade i social barn- och ungdomsvård inte har lika god tandhälsa som andra jämnåriga. Det gäller både dem som varit placerade under större delen av uppväxten och dem som placerades först i tonåren. Detta trots den fria tandvården för barn och de generella tandvårdsprogram som alla barn har rätt till. I studien delades de som varit placerade in i tre grupper – långvarigt placerade, tonårsplacerade och placerade före tonåren. Uppgifter om placeringshistorik hämtades från Socialstyrelsens register över socialtjänstens heldygnssinsatser för barn och unga. Den genomsnittliga placeringstiden för de långvarigt placerade var drygt elva år. För de tonårsplacerade var den knappt två år och för dem som placerades före tonåren, men som inte varit långvarigt placerade, var den drygt ett år.

Sammantaget var det ungefär dubbelt så vanligt med sämre tandhälsa och låg tandvårdskonsumtion bland dem som varit placerade, jämfört med dem som inte varit det. Skillnaden mellan grupperna ökade med åldern och var därmed större bland 29-åringar än bland 20-åringar. Personer som varit placerade gick inte på förebyggande tandvårdskontroller i samma utsträckning som andra jämnåriga. Den lägsta besöksfrekvensen hade de långvarigt placerade. Att besöka tandvården för undersökning i förebyggande syfte är ett sätt att tidigt upptäcka mun- och tandhälsoproblem så att de kan åtgärdas innan skadan blivit för stor eller akut. Resultaten visade också att akuta tandvårdsbesök var vanligare bland dem som varit placerade än bland andra unga, vilket dock inte uppvägde den lägre andelen kontrollbesök. Den totala besöksfrekvensen var ändå lägre bland placeringsgrupperna än bland de andra.

De som varit placerade hade i genomsnitt fler skadade eller saknade tänder (DMFT) än icke-placerade. Något som riskerar att få negativa konsekvenser

genom hela vuxenlivet. Merparten av de lagningar som utförs inom vuxentandvården görs på tidigare lagade tänder som behöver åtgärdas på nytt [17]. Dålig munhälsa har också negativ inverkan på individens möjlighet att äta, tala och umgås socialt, vilket i sin tur medför lägre livskvalitet. Uppgift om tandstatus finns bara för dem som har besökt tandvården, och eftersom besöken var mindre vanligt förekommande bland tidigare placerade saknades oftare uppgifter om deras tandstatus. Det har sannolikt medfört att skillnaderna mellan grupperna underskattas i studien.

Detta torde dock inte påverka jämförelsen av andelen som dragit ut tänder. När tandproblemen blivit så omfattande att det är aktuellt att ta ut en tand kommer de allra flesta till tandvården. Skillnaderna mellan grupperna var också särskilt tydliga när det gällde tanduttagningar. Mellan 20 och 29 års ålder hade omkring var tionde som varit placerad dragit ut någon annan tand än en visdomstand. Motsvarande andel bland de icke-placerade var 3 procent. Att få en tand borttagen är ofta ett resultat av uttalad sjukdom som inte blivit behandlad eller som inte svarat på behandling. Bland unga vuxna är orsaken till tanduttagningar oftast utbredd karies. När utbredd karies ger tandvärk står det mellan att rotfylla tanden eller att ta bort den. Rotfyllning har ett högre pris än tanduttagningar, och därför har patientens ekonomi betydelse för valet av behandling. Att unga vuxna som varit placerade i genomsnitt får fler tänder borttagna jämfört med andra skulle därmed kunna vara ett uttryck för både en ojämlig tandhälsa och ojämliga förutsättningar för tandvård.

Tandhälsoskillnaderna mellan tidigare placerade och icke-placerade hade också samband med deras sociala bakgrund (moderns högsta fullföljda utbildning). Sambanden var dock generellt starkare med de bakgrundsfaktorer som avsåg undersökningspersonernas egna förhållanden som ung vuxen (fullföljd gymnasieutbildning, vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser samt användning av psykofarmaka). Dessa förhållanden kan även ses som en konsekvens av omständigheter som hör samman med placeringen på samma sätt som tandhälsan. Det gäller i högsta grad skolprestationer och utbildningsmöjligheter. Andelen som fullföljt gymnasiet är betydligt lägre bland tidigare placerade än bland icke-placerade, 22–55 procent i de olika placeringsgrupperna jämfört med 82–85 procent bland icke-placerade. Detta har bland annat stor betydelse för möjligheterna till arbetsmarknadsetablering och försörjning. Socialstyrelsen har redan tidigare pekat på det oacceptabla i att en så stor andel av barn som placeras i heldygnsvård inte går ut grundskolan med fullständiga betyg, vilket starkt begränsar deras möjligheter senare i livet. Användningen av psykofarmaka och förekomsten av alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser var också betydligt högre bland de tidigare placerade, vilket har samband både med livssituationen i stort och med tandhälsan.

Delat ansvar förutsätter god samverkan

En god tandhälsa är ett resultat av god kosthållning, tandborstning med fluortandkräm och regelbundna besök i tandvården. Goda tandvårdsvanor grundläggs tidigt i livet och är av stor betydelse för tandhälsan i vuxen ålder [31–32]. Dessa beteenden överförs från föräldrarna och det är väl belagt att

föräldrarnas attityder och beteenden inverkar på hur de sköter sina barns tänder [33–39]. För den grupp barn och unga som utreds av socialtjänsten är det viktigt att socialsekreteraren redan i utredningen uppmärksammar eventuell bristande hälsa, utsatthet och omsorgssvikt, samt att det finns rutiner för hur det ska ske. En mindre regional studie som genomfördes med stöd av Socialstyrelsen 2010–2011, visade att hälften av de skolbarn som utreddes av socialtjänsten hade obehandlad karies [20–21]. Detta kan utöver andra besvär ha en direkt negativ inverkan på skolarbetet. Studier har visat att tandvärk gör att barn med dålig munhälsa löper tre gånger så hög risk som andra barn att missa dagar i skolan [30]. Förutom besvär i form av smärta och obehag riskerar karies i barndomen också att leda till ett ökat behov av tandvård som vuxen.

Att utreda ett barns situation kräver allsidig kunskap om barns utveckling, om föräldrars förmåga och familjers situation. Det innebär att socialtjänsten behöver vara uppmärksam på när de egna kunskaperna inte räcker till och när det behövs hjälp av andra, exempelvis från tandvården. Genom BBIC (Barns behov i centrum) som används av socialtjänsten i nästan alla kommuner, finns en modell för tvärprofessionellt samarbete under utredning, planering och uppföljning av insatser. I utredningar om barns behov av stöd och skydd bör behovet av medicinsk konsultation, inhämtning av uppgifter om huruvida barnet har varit på sedvanliga tandvårdskontroller och om barnets hälsa behöver undersökas närmare, uppmärksammas redan under den initiala utredningstiden. [40–44]

När ett barn placeras utanför det egna hemmet ska en så kallad *genomförandeplan* upprättas avseende innehållet i vården. Bland annat ska det framgå vilka åtgärder som ska vidtas för att barnet eller den unge ska få sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda². Om ett barn behöver insatser och åtgärder från *både* socialtjänst *och* hälso- och sjukvård, ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas, om kommunen eller landstinget bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Av SIP-planen ska det bland annat framgå vilka insatser som respektive huvudman ska svara för och vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan. Det ska även framgå vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för själva planen³. Om det redan finns en genomförandeplan kan det vara tillräckligt med den, så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda. [45]

Under placeringstiden gäller att den av socialnämnden särskilt utsedda socialsekreteraren noggsamt ska följa barnets vård i den omfattning som behövs. Uppgifter om hur barnet mår fysiskt och psykiskt ska inhämtas kontinuerligt från barnet självt och från familjehemsföräldrarna respektive personalen vid HVB. Likaså ska planerade hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive tandvård följas upp genom fortlöpande kontakt med yrkesverkssamma på detta område. Barnet eller den unge bör besökas av en socialsekreterare minst fyra gånger per år⁴. [46]

² 11 kap. 3 § andra stycket SoL

³ 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL

⁴ 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11

Enligt Socialstyrelsens förfaranden och allmänna råd ska socialnämnden samverka med andra samhällsorgan för att barn och unga i familjehem ska få lämplig utbildning och sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda⁵. I syfte att stärka placerade barns rätt till likvärdig utbildning och hälsa har Socialstyrelsen och Skolverket sedan tidigare arbetat fram en vägledning [43] om placerade barns skolgång och hälsa. I vägledningen konstateras att verksamheter såsom skola, hälso- och sjukvård och tandvård också måste ta sin del av ansvaret för att placerade barn ska få sina behov tillgodosedda. I nya versionen av BBIC⁶ har barns rätt till hälso- och sjukvård och tandvård förstärkts. Förutom särskilda dokumentationsstöd för inhämtning av uppgifter om barnets hälsa från olika samverkanspartner, förordas uttryckligt att det är viktigt att konsultera både BVC, elevhälsan, tandvården och i de fall det förekommer, pågående vårdkontakter, för de flesta barn som utreds inom socialtjänsten. Betydelsen av att socialtjänsten även följer upp att placerade barn och unga får tandvård enligt tandvårdslagen, underströks i regeringens proposition Stärkt stöd och skydd för barn och unga [47]. Utifrån resultaten i denna studie finns anledning att tro att både kunskapsläget och verksamheternas förmåga att möta utsatta barns behov behöver förstärkas ytterligare.

Slutsats

Socialstyrelsens slutsats är att placerade barn och unga inte har samma förutsättningar till god tandhygien och regelbunden tandvård som andra jämnåriga, vilket medför att de har sämre tandhälsa när de blir vuxna. Resultaten från studien visar att det även gäller dem som tillbringat nästan hela sin uppväxt i samhällsvård. Berörda parter måste därför bli bättre på att samverka och se till att också dessa barn och unga får tillgång till en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor som alla andra. Socialstyrelsen avser att genomföra en fördjupad studie av orsakerna till att barn som är placerade i heldygnsvård uteblir från förebyggande kontroller i högre utsträckning än andra barn.

⁵ 3 kap. 2 § SOSFS 2012:11

⁶ En reviderad version av BBIC lanserades i oktober 2015, se <http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic/Sidor/default.aspx#>

Referenser

1. Vinnerljung B, Hjern A, Ringbäck Weitoft G, Franzén E, Estrada F. Kapitel 7. Utsatthet bland barn och unga. Social rapport 2006. Socialstyrelsen; 2006. s. 241–300.
2. Vinnerljung B, Berlin M, Hjern A. Kapitel 7. Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. Social Rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010. s. 228–266.
3. Vinnerljung B, Sallnäs M, Oscarsson L. Dygnsvård för barn och ungdom 1983–1995. Socionomens Forskningssupplement 1999;8(11): 1–20.
4. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
5. Vinnerljung B, Andreassen T. Forskning i korthet nr 4: Barn och unga i samhällets vård – Forskning om den sociala dygnsvården. Forte. Stockholm; 2015.
6. Vinnerljung B, Forsman H, Jacobsen H, Kling S, Kornor H, Lehman S. Barn kan inte vänta. Översikt av kunskapsläget och exempel på genomförbara förbättringar. Nordens Välfärdscenter, Projekt Nordens barn – fokus på barn i fosterhem. Stockholm; 2015.
7. Quality indicators in oral health care: A Nordic project. Helsedirektoratet. Norge; 2013.
8. Mellner C, Biterman D. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
9. Grytten J, Rossow I, Holst D, Steele L. Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1988;16(6):356–9.
10. Christensen P. The health-promoting family: a conceptual framework for future research. Social Science & Medicine 2004;59(2):377–87.
11. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. International Journal of Paediatric Dentistry 2008;18(1):48–55.
12. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y. Influence of parent's oral health behavior on oral health status of their school children: an explanatory study employing a causal modeling technique. International Journal of Paediatric Dentistry 2002;12:239–46.
13. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. Acta Odontologica Scandinavica 2006;64(5):286–92.
14. Bankel M, Eriksson UC, Robertson A, Kohler B. Caries and associated factors in a group of Swedish children 2–3 years of age. Swedish Dental Journal 2006;30(4):137–46.

15. Pine CM, Adair PM, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D, et al. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dental Health* 2004;21(1 Suppl):121–30.
16. Kinirons M, McCabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dental Health* 1995;12(4):226–9.
17. Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
18. Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet. Tandvård- och läkemedelsförmånsverket; 2013.
19. Kling S, Nilsson I. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö 2010. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap; 2010.
20. Alexandersson P, Kling S, Nilsson I. Utsatta barns hälsa. Resultatet av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2015.
21. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatrica* 2015. DOI:10.1111/apa.13304.
22. Valencia-Riojas N, Lawrence H and Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J of Public Health Dent* 2008;68(2):94–101.
23. Cornelius J, Clark D, Weyant R, Bretz W, Corby P, Mezzich A and Kirisci L. Dental abnormalities in children of father with substance use disorders. *Addictive Behaviors* 2004;29:979–82.
24. Greene P, Chisick M and Aaron G. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent* 1994;16:41–5.
25. Nathanson D and Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2007;43:695–9.
26. Melbye M, Chi D, Milgrom P, Huebner C and Grembowski D. Washington state foster care: dental utilization and expenditures. *Journal of Public Health Dentistry* 2014;74:93–101.
27. Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcenes W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area in the UK. *British Dental Journal* 2012;213:E17.
28. Barn och unga – insatser år 2013 – Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) Socialstyrelsen; 2014.
29. Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter. Betänkande av Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd (SOU 2015:76)
30. Jackson SL, Vann Jr WF, Kotch JB, Pahel BT and LeeJY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health* 2011; 101:1900–06.
31. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers – sociological implications. *International Dental Journal* 1981;31(1):14–22.

32. Grytten J, Rossow I, Holst D, Steele L. Longitudinal study of dental health behaviors and other caries predictors in early childhood. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1988;16(6):356–9.
33. Christensen P. The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Social Science & Medicine* 2004;59(2):377–87.
34. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008;18(1):48–55.
35. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y. Influence of parent's oral health behavior on oral health status of their school children: an explanatory study employing a causal modeling technique. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002;12:239–46.
36. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica* 2006;64(5):286–92.
37. Bankel M, Eriksson UC, Robertson A, Kohler B. Caries and associated factors in a group of Swedish children 2–3 years of age. *Swedish Dental Journal* 2006;30(4):137–46.
38. Kinirons M, McCabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dental Health* 1995;12(4):226–9.
39. McGrath C, Yeung CY, Bedi R. Are single mothers in Britain failing to monitor their oral health? *Postgraduate Medical Journal* 2002;78(918):229–32.
40. SOSFS 2003:20. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende. Socialstyrelsen; 2003.
41. SOSFS 1997:15. Tillämpningen av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Socialstyrelsen; 1997.
42. Ett hem att växa i – familjehemmets bok. Socialstyrelsen; 2013.
43. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Socialstyrelsen; 2013.
44. Metodstöd för BBIC. Barns behov i centrum. Socialstyrelsen; 2015.
45. Grundbok i BBIC – Barns behov i centrum, Socialstyrelsen; 2015
46. Barn och unga i familjehem och HVB. Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter. Socialstyrelsen; 2013.
47. Stärkt stöd och skydd för barn och unga (prop. 2012/13:10 s. 81).

Bilaga 1. Metodbeskrivning

Samtliga resultat i rapporten baseras på Socialstyrelsens tandhälsoregister som samkörts med registret över insatser för barn och unga, patientregistret och läkemedelsregistret samt SCB:s utbildningsregister. Databearbetningarna genomfördes under år 2015 med då senast uppdaterade data.

Studiepopulation

Studiepopulationen har avgränsats till personer som var 20–29 år gamla åren 2009–2014 och som var folkbokförda i Sverige vid 20 års ålder, enligt SCB:s utbildningsregister. Studiegrupperna har skapats utifrån Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Registret innehåller uppgifter om insatser som är individuellt behovsprövade och som beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), förkortad LVU.⁷ De insatser som ingår i studien omfattar heldygnsvård utanför det egna hemmet under uppväxten (0–19 år). Heldygnsplacering före tonåren sker nästan uteslutande i familjehem, nätverkshem eller jourhem, medan tonårsplaceringar oftare sker på institution, det vill säga hem för vård eller boende (HVB) eller hem med särskild tillsyn enligt 12 § LVU. [1] I studien ingår bara heldygnsinsatser utanför det egna hemmet. Personer som bara haft insatser i eget hem, eller i ”annan” placeringsform, är exkluderade ur studiepopulationen. Grupperna har delats in efter ålder vid första heldygnsinsats och sammanlagd tid i heldygnsvård under uppväxten:

Placerade före tonåren	Första placeringen inträffade före 13 års ålder (i genomsnitt vid sex års ålder) och den sammanlagda placeringstiden understeg fem år (i genomsnitt 1,3 år).
Långvarigt placerade	Första placeringen inträffade före 13 års ålder (i genomsnitt vid fem års ålder) och den sammanlagda placeringstiden var fem år eller längre (i genomsnitt 11,2 år). Inom denna grupp hade knappt hälften varit placerade under så gott som hela uppväxten.
Tonårsplacerade	Första placeringen inträffade från och med 13 års ålder (i genomsnitt vid 16 års ålder med en sammanlagd placeringstid om 1,7 år).
Ej placerade	Personer som <i>aldrig</i> har varit placerade och som inte förekommer i Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga.

Sammanlagt ingår cirka 1,7 miljoner personer i studien, varav knappt 4 procent varit placerade någon gång under uppväxten. Det motsvarar ungefär

⁷ Insatser som socialtjänsten ger till barn och ungdomar utan biståndsbeslut ingår inte i registret, detsamma gäller insatser till barn och unga på grund av funktionsnedsättning.

65 000 personer (tabell B1). Könsfördelningen är ganska jämn inom alla grupper även om övervikten för män något större bland dem som placerades före tonåren (tabell B2). Personerna som ingår i studien är födda på 1980-talet och fram till mitten av 1990-talet (1980–1994).

Tabell B1. Studiepopulation

Personer 20–29 år 2009–2014 som var folkbokförda i Sverige vid 20 års ålder. Antal.

	Ej placerade	Placerade före tonåren	Långvarigt placerade	Tonårs-placerade
Män	854 818	8 573	5 978	19 372
Kvinnor	812 842	7 521	5 175	18 642
Totalt	1 667 660	16 094	11 153	38 014

De tonårsplacerade är i snitt lite yngre än övriga grupper (tabell B2). Detta är sannolikt en effekt av senare års ökande andel av ensamkommande asylsökande barn bland dem som placeras i heldygnsvård. [2] Bland de tonårsplacerade var 36 procent av männen och 23 procent av kvinnorna födda i ett annat land än Sverige (tabell B2). Bland personer som placerades före tonåren, och bland de långvarigt placerade var andelen utlandsfödda betydligt lägre. För dem som aldrig varit placerade saknas uppgift om födelseland. Föräldrarnas utbildningsnivå är i genomsnitt lägre i placeringsgrupperna än bland de icke-placerade. Utbildningsregistret innehåller både mödrarnas och fädernas utbildningsnivå, men i analyserna används bara mödrarnas utbildningsnivå eftersom uppgiften oftare saknas för fäderna (se tabell B2).

Vid 20 års ålder hade en betydligt lägre andel av dem som varit placerade under uppväxten fullföljt gymnasiet (tabell B2). Bland de tonårsplacerade hade bara 22 procent av männen och 33 procent av kvinnorna en gymnasieutbildning. Motsvarande andel bland dem som aldrig varit placerade var 82–85 procent. Bland dem som placerats före tonåren hade ungefär hälften fullföljt gymnasiet vid 20 års ålder. Användning av psykofarmaka under mätperioden var betydligt högre bland de tidigare placerade. Detsamma gäller vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser (tabell B2). Den egna utbildningsnivån och vård för alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser samt psykofarmakaanvändning kan sägas vara ”confounding” faktorer, det vill säga att de har samband både med de oberoende (t.ex. studiegrupp) och beroende faktorerna (tandutfallen) i studien.

Uppgift om föräldrarnas och undersökningspersonernas högsta fullföljda utbildning har hämtats från SCB:s utbildningsregister. Födelseland (utrikes födda) har hämtat från Socialstyrelsens register över insatser för barn och unga. Uppgift om psykofarmakaanvändning har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister, samt vård för alkohol- respektive narkotikarelaterade diagnoser från Socialstyrelsens patientregister.

Tabell B2. Bakgrundsvariabler

Fördelning efter kön, födelseår, och föräldrars högsta fullföljda utbildning när undersökningsspersonen var 20 år, samt andel utrikes födda bland de placerade, andel som fullföljt en gymnasieutbildning vid 20 års ålder, andel som under mätperioden (2009–2014) använt psykofarmaka* respektive vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården för alkohol- respektive narkotikarelaterade diagnoser. Personer 20–29 år perioden 2009–2014 som var folkbokförda i Sverige vid 20 års ålder. Procent.

		Ej place- rade	Place- rade före tonåren	Långvar- igt place- rade	Tonårs- placera- de
Kön	Män	51	53	54	51
	Kvinnor	49	47	46	49
	Summa	100	100	100	100
Födelseår	1980-89	62	63	63	55
	1990-94	38	37	37	45
	Summa	100	100	100	100
Moderns högsta fullföljda utbildning	Uppgift saknas	6	12	24	21
	Förgymnasial	13	29	34	21
	Gymnasial	46	46	36	41
	Eftergymnasial	35	13	6	16
	Summa	100	100	100	100
Faderns högsta fullföljda utbildning	Uppgift saknas	11	27	35	32
	Förgymnasial	18	23	24	20
	Gymnasial	44	40	35	37
	Eftergymnasial	27	10	6	12
	Summa	100	100	100	100
Utrikes födda	Män	..	12	7	36
	Kvinnor	..	12	6	23
Fullföljt gymnasiet vid 20 års ålder	Män	82	48	47	22
	Kvinnor	85	55	53	33
Använt psykofar- maka 2009-14*	Män	8	21	26	25
	Kvinnor	13	26	32	36
Vårdats för alkohol- relaterad diagnos 2009-14	Män	1	5	7	7
	Kvinnor	1	4	5	6
Vårdats för narko- tikarelaterad diagnos 2009-14	Män	1	6	7	11
	Kvinnor	0,5	3	4	7

* Minst tre uttag av psykofarmaka under ett och samma år.

Tandhälsomått

Tandstatus mätt som approximativt DMFT

Ett vanligt mått för att mäta tandstatus i befolkningsgrupper är DMFT (decayed missed filled teeth). Det anger summan av antalet tänder som är kariesskadade (decayed), saknade (missed) och lagade (filled). Dessa uppgifter finns dock inte i tandhälsoregistret, utan istället registreras antal intakta tänder vid varje besök. Genom att subtrahera intakta tänder från 32 (det

maximala antalet tänder) så skapas ett approximativt DMFT som används i denna studie.

Notera att uppföljningstiden är olika lång för olika födelsekohorter. De yngsta, som är födda 1994, var exempelvis 20 år 2014 och ingår bara med detta enda år. I en del av analyserna har studiepopulationen begränsats till födelsekohorter som ingår med fler mätår, vilket framgår av texten. När man begränsar studiepopulationen till dem som var mellan 20 och 29 år under hela mätperioden (2009–2014), det vill säga personer födda 1985–1989, så minskar andelen som saknar uppgift om tandstatus med drygt 10 procentenheter i alla studiegrupper eftersom hela populationen då har sex år på sig att bli registrerade i tandhälsoregistret.

Extraherade tänder

Utifrån tandhälsoregistret summerades antalet utdragna tänder, exklusive visdomständer, under perioden 2009–2014. Detta utfall tolkas som ett mått på dålig tandhälsa och analysen inkluderar hela befolkningen, det vill säga även dem som aldrig besökt den registrerade tandvården. De flesta som behöver dra ut en tand kommer till tandvården eftersom tillståndet är mycket smärtsamt. Det förekommer förstås också att tänder dras ut av kosmetiska skäl, och då inte är förenade med dålig tandhälsa. Analyserna tar inte hänsyn till det, vilket sannolikt medför att skillnaderna i tandhälsa mellan studiegrupperna underskattas något.

Kompositmättet

Eftersom så många av de tidigare placerade inte besökt tandvården blir jämförelserna av tandstatus (DMFT) skev. Därför har ett kompositmått skapats, som lägger samman flera av de utfallsmått som används i studien. Måttet anger hur stor andel som antingen har:

1. dragit ut någon annan tand än visdomstand, eller
2. har många skadade tänder (DMFT>16), eller
3. inte har gjort något tandvårdsbesök under mätperioden (2009–2014), eller
4. har ofullständiga uppgifter i tandhälsoregistret.

Kriterierna (1) och (2) är hierarkiska, så om man dragit ut tänder (1) så får man värdet 1 i variabeln. De som har värdet 1 kan alltså även ha DMFT>16, men de som har värdet 2 kan inte ha dragit ut tänder. Övriga värden är varandra uteslutande.

Kriterierna (1) och (2) kan sägas vara ett mått på sämre tandhälsa, medan kriterierna (3) och (4) är ett slags mått på låg tandvårdskonsumtion. Ofullständiga uppgifter (4) innebär att ett besök är registrerat men att uppgifter om kvarvarande och intakta tänder saknas eller är inkonsistenta. Detta gäller särskilt personer som bara gjort akutbesök.

Diagnoskoder vid läkarbesök

Uppgift om läkarbesök till följd av karies, tandvärk eller inflammation i käken, samt vård med alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser, har hämtats från Socialstyrelsens patientregister. Registret omfattar både sluten-

vård och specialiserad öppenvård. *Läkarbesök under uppväxten (0–19 år)* omfattar endast vård inneliggande på sjukhus (slutenvård) eftersom öppenvårdsdata saknas för merparten av denna period (se avsnittet om datakällor). *Läkarbesök under mätperioden (2009–2014)* omfattar både besök i slutenvård och öppenvård. Diagnoserna är kodade enligt den svenska versionen av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella system för klassifikationer av sjukdomar – International Classification of Diseases ICD [3]. Följande diagnoskoder har använts:

	Tandkaries	Sjukdomar i tandpulpan	Inflammation i käken
ICD10	K02	K04	K102
ICD9	521A	522	525W, 526E
ICD8	521,0	522	525,9; 526,4
	Narkotikarelaterade diagnoser	Alkoholrelaterade diagnoser	
ICD10	F11-F16, F18-F19, T400-T403, T405-T409, T436, O355, P044, Z503, Z715		E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K70, K860, O354, P043, O860, T51, Y90-Y91, Z502, Z714

Läkemedelskoder

Användning av psykofarmaka har hämtats från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Uppgifterna i registret avser läkemedel som har expedierats, det vill säga hämtats ut, på apotek. Läkemedel som förskrivits men inte expedierats ingår inte i registret. Användning av psykofarmaka avser följande ATC-koder (Anatomical Therapeutic Classification):

Stämningsstabiliserande	N03 exkl. N03AX16
Lyrica	N03AX16
Antipsykotika	N05A exkl. N05AN
Litium	N05AN
Bensodiazepiner	N05B
Lugnande	N05C
Antidepressiva	N06A
Adhd-läkemedel	N06BA exkl. N06BA07

Statistiska metoder

De multivariata analyserna är genomförda med Cox-regression [4]. Cox-regression är en så kallad överlevnadsanalys som används när man har information om en population som man har följt över tid. Med hjälp av Cox-regression beräknas sannolikheten för att en händelse ska inträffa, till exempel att besöka tandhälsovården. Resultaten presenteras som relativa risker (RR), det vill säga sannolikheten för att en viss händelse inträffar hos en grupp jämfört med en vald referensgrupp. En relativ risk på 2 anger att risken är dubbelt så hög (2 gånger så hög) som i referensgruppen. När den relativa risken är mindre än 1 är risken lägre än referensgruppens.

I tabellerna visas statistiskt signifikanta resultat på 5%-nivån ($p < 0,05$). I regressionsanalyserna ”justeras” resultaten för olika bakgrundsfaktorer (tabell B2), exempelvis födelseår och kön. Det innebär att analysen tar hänsyn till att fördelningen av födelseår och kön skiljer sig åt mellan olika grupper. Regressionsanalyserna ger svar på frågan: Finns det en skillnad om alla övriga faktorer som ingår i analysen är lika fördelade?

Personerna i studiepopulationen är födda 1980–1994 och har därmed uppnått olika ålder vid uppföljningstidens slut (2014). I de statistiska modellerna används därför persontid, vilket avser uppföljningsår från och med det år undersökningsspersonen fyller 20 år, så kallad time-to-event analys [4]. I de analyser som rör läkarbesök under barndomen har studiepopulationen begränsats till personer som var folkbokförda i Sverige under hela uppväxten, och här användes konstant tid i Cox-regressionerna [5].

Datakällor

Tandhälsoregistret har funnits sedan juni 2008 och innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet för alla personer som är 20 år och äldre. Från den 1 januari 2013 innehåller det även tandvård till personer med vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård. Registret omfattar samtliga tillstånd och åtgärder som rapporteras in från tandläkare och tandhygienister via det elektroniska journalsystemet, bland annat tillstånd, undersöknings- eller behandlingsåtgärder, datum då undersöknings- och behandlingsåtgärder slutfördes, tandnummer, tandposition, antal kvarvarande och intakta tänder, på vilken grund särskilt tandvårdsbidrag har lämnats, och på vilken grund patienten har fått nödvändig tandvård samt tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Socialstyrelsen är registerhållare.

Registret över insatser för barn och unga har funnits sedan 1968 och bygger på uppgifter från socialnämnderna i samtliga kommuner. Det omfattar uppgifter om heldygnsplaceringar av barn och unga för vård utanför det egna hemmet. Dessa insatser är individuellt behovsprövade och har beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), förkortad LVU. Registret innehåller bland annat uppgifter om vårdnadshavare, insatstyp, datum för beslut, placering och avslut, placeringsform, specifikation av SoL respektive LVU, och barnets och föräldrarnas födelse- och föreländland. Socialstyrelsen är registerhållare.

Läkemedelsregistret är ett rikstäckande register som innehåller data om varje individuellt uttag av läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats på apotek mot recept eller motsvarande. Registret innehåller uppgifter rörande dels läkemedel (identitet, mängd och pris, och datum för expedition samt dosering mm), dels den individ som läkemedlet har förskrivits till (kön, ålder, folkbokföringsort och personnummer). Dessutom finns det uppgifter om förskrivarens yrke (läkare, tandläkare, etc.) och specialistutbildning, liksom vissa egenskaper för förskrivarens arbetsplats som ägarform, vårdform och verksamhetsinriktning. Det finns även information om kostnader; totalkostnad, kostnad för läkemedelsförmånerna och patientens egenavgift. Läkemedelsregistret uppdateras varje månad, och uppgifterna finns tillgängliga med mindre än två veckors eftersläpning. Registret inrättades 1 juli 2005. Socialstyrelsen är registerhållare.

Patientregistret innehåller rikstäckande information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård sedan 1987 (för delar av riket sedan 1964). Läkarbesök med kirurgisk åtgärd finns med i registret från 1997 och övriga

läkarbesök i specialiserad öppenvård har registrerats sedan år 2001. År 2009 började även diagnoser och utförda åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV att rapporteras in. Registret innehåller uppgifter främst om diagnoser, operationer, yttre orsaker till skador, kön, ålder, hemort, sjukhus, specialitet samt in- och utskrivningssätt. Socialstyrelsen är registerhållare.

Utbildningsregistret innehåller uppgifter om befolkningens utbildningsnivå och utbildningsinriktning. Registrets population avser alla i Sverige folkbokförda personer i åldern 16–74 år. Uppgifter om i Sverige genomgångna utbildningar rapporteras kontinuerligt till SCB från landets skolor och utbildningsanordnare. Uppgifter om utbildning utanför Sverige kommer i första hand från Folk och Bostadsräkning 1990 samt (fr.o.m. 1999) årliga enkätundersökningar riktade till nyinvandrade utrikes födda som saknar uppgift om utbildning i Utbildningsregistret. Utbildningsregister innehåller uppgifter om individernas högsta utbildning som kompletteras med vissa andra uppgifter från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB), såsom t.ex. uppgifter om boendekommun och födelseland. Registret var färdigställt i början av 1988 och det uppdateras årligen. Statistiska centralbyrån är registerhållare.

Referenser

1. Barn och unga – insatser år 2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialstyrelsen; 2014.
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
3. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011. (ICD-10-SE). Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. Allison PD. Survival Analysis Using SAS. A Practical Guide. Second Edition. Cary: SAS Institute Inc.; 2010.
5. Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3(1):21.

Bilaga 2. Tabeller

Samtliga resultat i rapporten baseras på Socialstyrelsens tandhjälsregister som samkörts med registret över insatser för barn och unga, patientregistret och läkemedelsregistret samt SCB:s utbildningsregister.

Tabell B3. Benägenhet till besök i tandhjälsvården

Personer födda 1980–1994 perioden 2009–2014. Justerad relativ risk (RR).

		Kon- troll- besök	Akut- besök	Något besök
Kön	Kvinnor	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
	Män	0,84	0,85	0,85
Födelseår	1980-94 kontinuerlig	0,998	1,01	0,999
Studiegrupp	Ej placerade	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
	Före tonåren	0,88	1,44	0,90
	Långvarigt placerade	0,91	1,44	0,92
	Placerade i tonåren	0,98	1,66	i.s.
Moderns högsta fullföljda utbildning	Uppgift saknas	0,71	1,08	0,74
	Förgymnasial	0,91	1,21	0,93
	Gymnasial	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
	Eftergymnasial	1,03	0,87	1,02
Fullföljd gymnasieutb. vid 20 år		1,38	0,58	1,33
Vård f. diagnoser relaterade t.	Alkohol	0,66	0,83	0,85
	Narkotika	0,77	1,29	0,92
Psykofarmakaanvändning		0,73	0,74	0,92

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid). Resultaten är signifikanta på 5%-nivån med undantag för i.s. som anger icke signifikant. Referensgruppen har RR = 1 (ref).

Tabell B4. Risk att dra ut annan tand än visdomstand

Personer födda 1980–1994 perioden 2009–2014. Justerad relativ risk (RR).

		RR
Kön	Kvinnor	1 (ref)
	Män	0,95
Födelseår	1980-94 kontinuerlig	0,90
Studiegrupp	Ej placerade	1 (ref)
	Före tonåren	1,67
	Långvarigt placerade	1,57
	Placerade i tonåren	1,82
Moderns högsta fullföljda utbildning	Uppgift saknas	1,31
	Förgymnasial	1,35
	Gymnasial	1 (ref)
	Eftergymnasial	0,64
Fullföljd gymnasieutbildning vid 20 år		0,35
Vård för diagnoser relaterade till	Alkohol	0,91
	Narkotika	1,76
Psykofarmakaanvändning		0,93

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid). Resultaten är signifikanta på 5%-nivån med undantag för i.s. som anger icke signifikant. Referensgruppen har RR = 1 (ref).

Tabell B5. Risk för läkarbesök till följd av tandhälsoproblem

Personer födda 1980–1994 perioden 2009–2014. Justerad relativ risk (RR).

		RR
Kön	Kvinnor	1 (ref)
	Män	i.s.
Födelseår	1980-94 kontinuerlig	0,95
Studiegrupp	Ej placerade	1 (ref)
	Före tonåren	1,55
	Långvarigt placerade	1,53
	Placerade i tonåren	1,35
Moderns högsta fullföljda utbildning	Uppgift saknas	i.s.
	Förgymnasial	1,15
	Gymnasial	1 (ref)
	Eftergymnasial	0,74
Fullföljd gymnasieutbildning vid 20 år		0,47
Vård för diagnoser relaterade till	Alkohol	1,41
	Narkotika	1,51
Psykofarmakaanvändning		1,87

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid). Resultaten är signifikanta på 5%-nivån med undantag för i.s. som anger icke signifikant. Referensgruppen har RR = 1 (ref).

Tabell B6. Risk för många skadade tänder (DMFT>16)

Personer födda 1980–1994, som besökt tandhälsovården perioden 2009–2014.
Justerad relativ risk (RR).

		RR
Kön	Kvinnor	1 (ref)
	Män	0,92
Födelseår	1980-94 kontinuerlig	0,91
Studiegrupp	Ej placerade	1 (ref)
	Före tonåren	1,50
	Långvarigt placerade	1,36
	Placerade i tonåren	1,56
Moderns högsta fullföljda utbildning	Uppgift saknas	1,17
	Förgymnasial	1,37
	Gymnasial	1 (ref)
	Eftergymnasial	0,69
Utrikes född		1,71
Fullföljd gymnasieutbildning vid 20 år		0,42
Vård för diagnoser relaterade till	Alkohol	0,69
	Narkotika	1,40
Psykofarmakaanvändning		0,68

De relativa riskerna är beräknade med Cox-regression (persontid). Resultaten är signifikanta på 5%-nivån med undantag för i.s. som anger icke signifikant. Referensgruppen har RR = 1 (ref).