Tandvård för asylsökande barn och unga 0-17 år i Västra Götalandsregionen under åren 2012-2016, Analysrapport

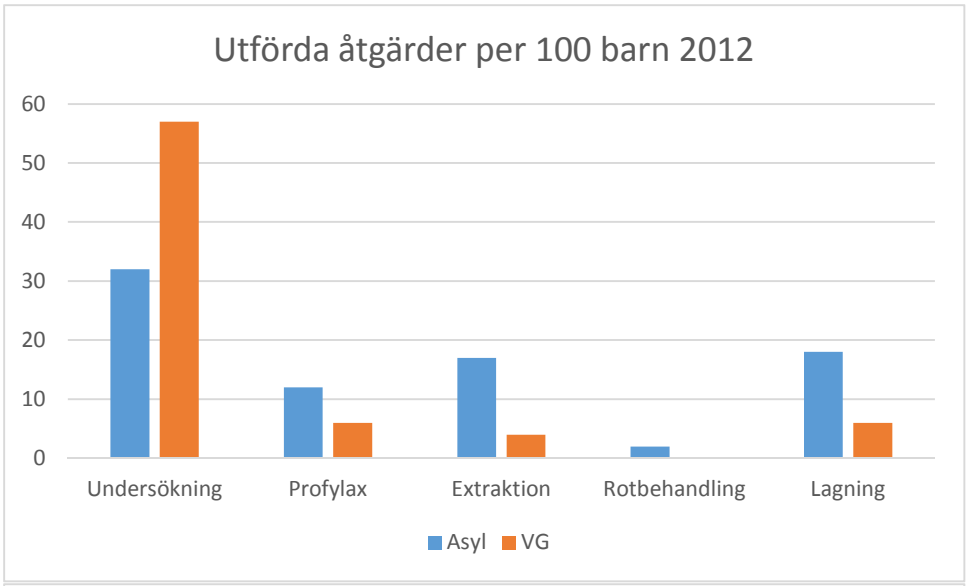
Definitionen av behandlingsåtgärder och vårdkonsumtion följer HSLF-FS 2016:49 Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd. Inom varje åtgärdsgrupp har ett urval av åtgärder gjorts för att redovisa vårdkonsumtion under perioden 2012-2016 hos samtliga asylsökande barn i åldern 0-17 år behandlade vid Folktandvården Västra Götaland. Kontrollgrupp utgörs av hela populationen folkbokförda i Västra Götaland i samma åldersintervall som under samma tidsperiod behandlats inom Folktandvården.

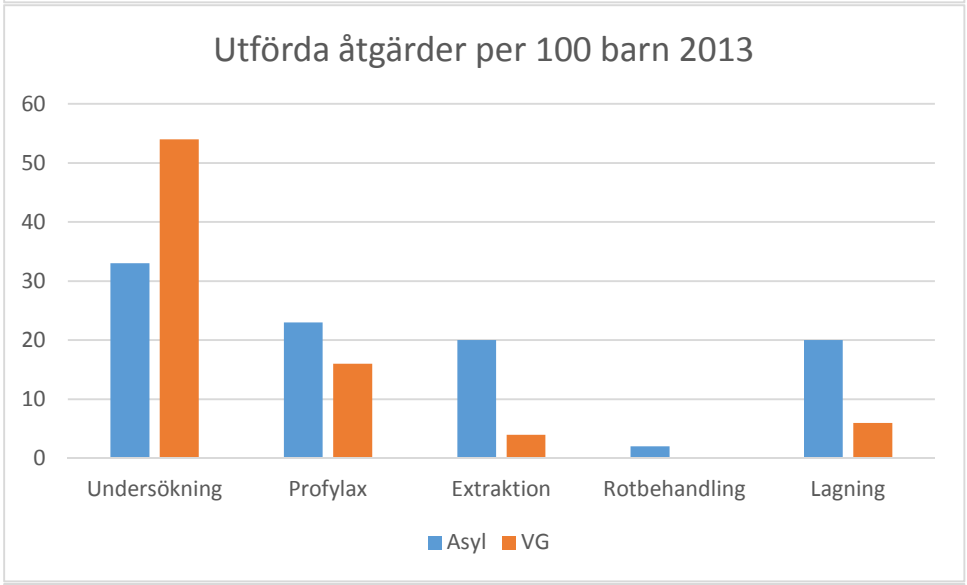
Urval av behandlingsåtgärder per åtgärdsgrupp redovisas gruppvis.

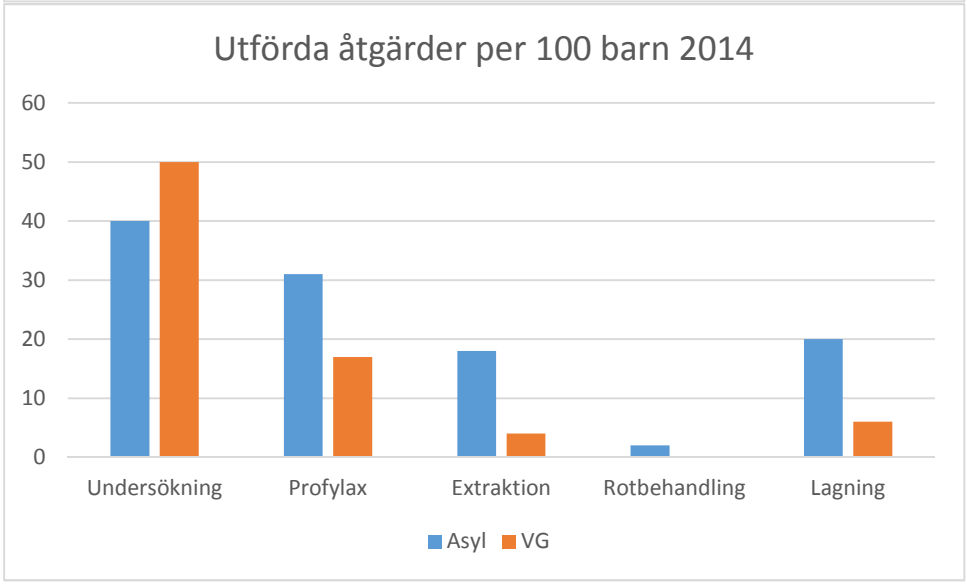
100 Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder (101, 101L0, 102, 102L0)
200 Sjukdomsförebyggande åtgärder (201, 206)
300 Sjukdomsbehandlande åtgärder (311, 321)
400 Kirurgiska åtgärder (401)
500 Rotbehandlingsåtgärder (501, 502, 503)
700 Reparativa åtgärder (705)

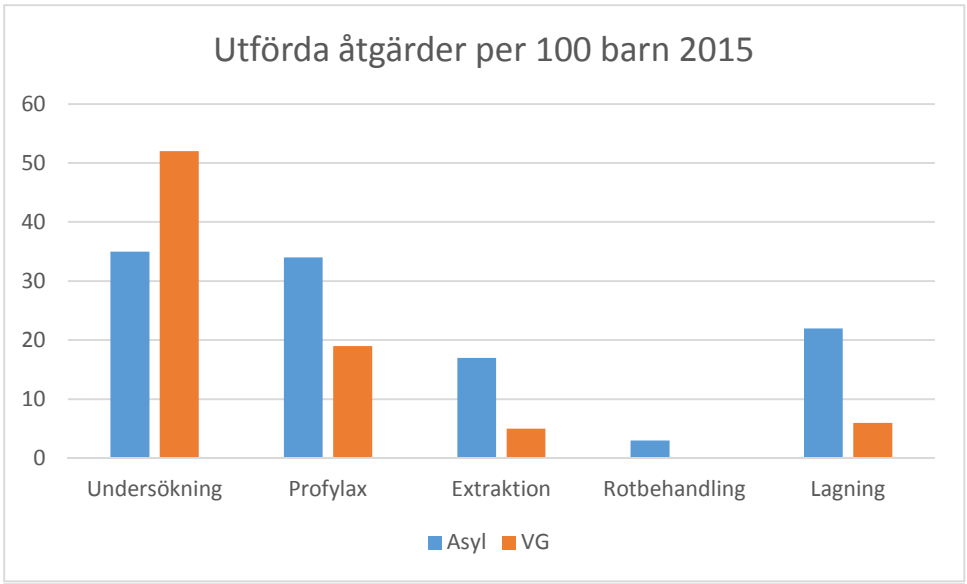
Tabellerna visar ett antal tandvårdsåtgärder per 100 barn 0-17 år för grupperna asylsökande och folkbokförda.

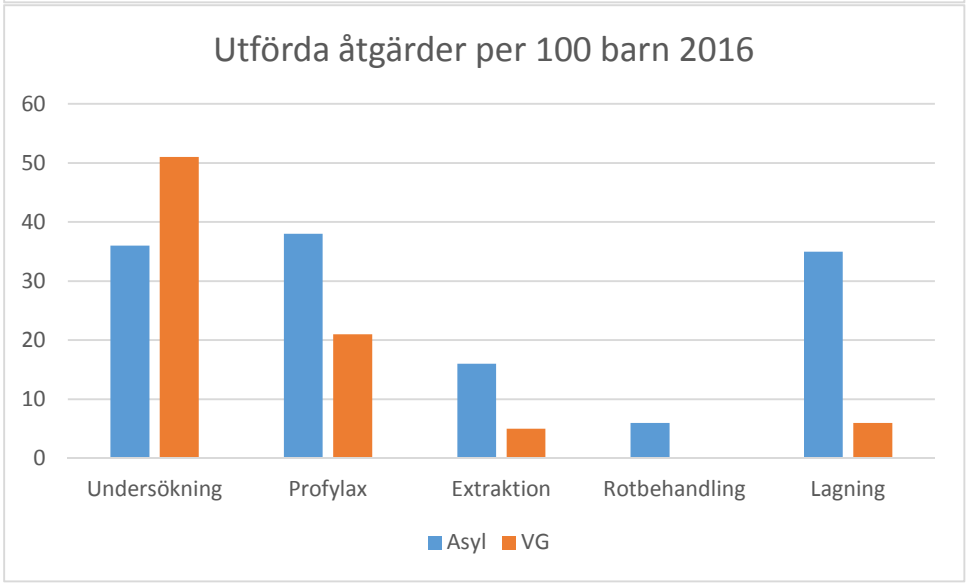
Tabellernas redovisning av *profylax* inkluderar åtgärdsgrupperna 200 och 300.

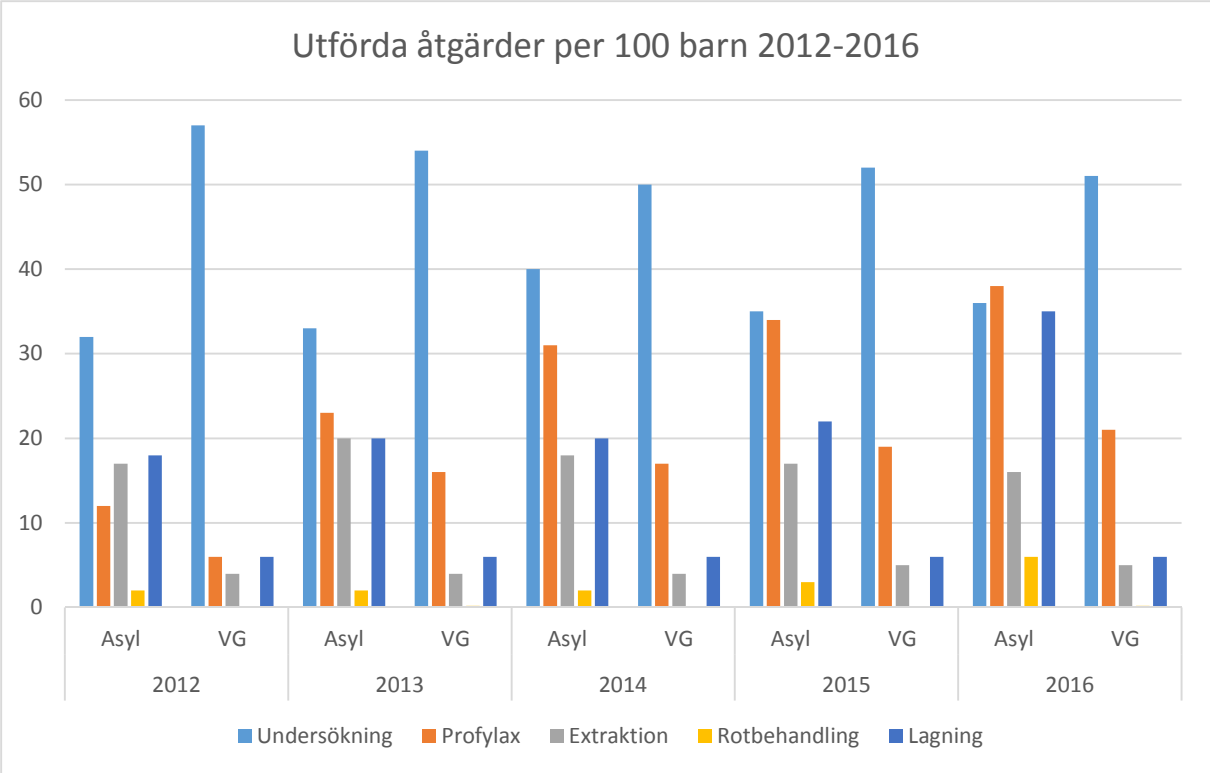

Utförda åtgärder per 100 barn 2012
60
50
40
30
20
10
0
Undersökning
Profylax
Extraktion
Rotbehandling
Lagning
Asyl
VG


Utförda åtgärder per 100 barn 2013
60
50
40
30
20
10
0
Undersökning
Profylax
Extraktion
Rotbehandling
Lagning
Asyl
VG


Utförda åtgärder per 100 barn 2014
60
50
40
30
20
10
0
Undersökning
Profylax
Extraktion
Rotbehandling
Lagning
Asyl
VG


Utförda åtgärder per 100 barn 2015
60
50
40
30
20
10
0
Undersökning
Profylax
Extraktion
Rotbehandling
Lagning
Asyl
VG


Utförda åtgärder per 100 barn 2016
60
50
40
30
20
10
0
Undersökning
Profylax
Extraktion
Rotbehandling
Lagning
Asyl
VG



Resultat:

Undersökning, Riskbedömning och Hälsofrämjande åtgärder:

Folkbokförda barn kallas med bestämda intervall för undersökning och behandling, baserat på en individuell riskbedömning. De asylsökande barn som undersöks har däremot varit de som söker vård på grund av akut behov eller till följd av omfattande ackumulerat vårdbehov, eller där god man, boendepersonal eller familjehemsförälder sökt en tandvårdskontakt för barnet, eller i begränsad omfattning genom tandvårdens uppsökande verksamhet i skolor. Skillnaden i undersökningsfrekvens är drygt 50 % mellan asylgruppen och gruppen folkbokförda barn 0-17 år. Antalet undersökningsåtgärder per 100 asylsökande barn under perioden 2012-2016 ligger relativt konstant, med en mindre ökning under 2014. Under samma period har antalet åtgärder bland folkbokförda barn sjunkit något.

Sjukdomsförebyggande och Sjukdomsbehandlande åtgärder (*profylax*):

Riktad individuell Sjukdomsförebyggande och Sjukdomsbehandlande åtgärder (*profylax*) ges till folkbokförda och asylsökande barn efter den riskbedömning som görs i samband med undersökning. Under 2012-2016 har antalet åtgärder per 100 stigit såväl bland folkbokförda som bland asylsökande barn. Den kraftiga stigningen av vårdkonsumtion bland asylsökande barn från drygt 10 till knappt 40 åtgärder per 100 barn under perioden 2012-2016 kan förklaras av att gruppen i hög utsträckning utgörs av barn som sökt tandvården på grund av akuta vårdbehov och därför ofta med stora ackumulerade behandlingsbehov. Folkbokförda barn fick 2016 20 åtgärder Sjukdomsförebyggande och Sjukdomsbehandlande åtgärder per 100 barn.

Kirurgiska åtgärder – extraktion (*tanduttagning*), Rotbehandlingsåtgärder och Reparativa åtgärder (*lagning*):

Antalet extraktioner i både asylgrupp och hos folkbokförda barn ligger konstant för åren 2012-2016. Samtidigt är extraktioner per 100 barn 3-4 gånger vanligare i asylgruppen än bland barn i samma åldersgrupp folkbokförda i Västra Götaland. Antalet rotbehandlingar uppvisar under 2012-2016 en ökning från 2 till 6 åtgärder per 100 asylsökande barn. Reparativa åtgärder ligger på en stabil nivå under undersökningsperioden med undantag för 2016 då antalet åtgärder per 100 asylsökande steg med 50 %. Antalet reparativa åtgärder inom gruppen asylsökande barn jämfört med folkbokförda barn i samma åldersintervall ligger för åren 2012-2015 tre gånger högre för att för 2016 ligga 6 gånger högre.

Analys:

Resultaten visar att gruppen asylsökande barn 0-17 år under perioden 2012-2016 i väsentligt lägre omfattning systematiskt kallats och undersökts inom tandvården än folkbokförda barn i samma åldersgrupp. Då det gäller asylsökande barn har tandvårdens möjligheter att nå ut med systematisk kallelse för undersökning, till följd av begränsat IT-stöd och tillgänglighet till Migrationsverkets adressregister, inneburit betydande svårigheter, och förklarar också skillnaden i undersökningsfrekvens mellan grupperna.

Folkbokförda barn födda och uppvuxna i Sverige har sin första tandvårdskontakt tidigt i livet då vårdnadshavare får information och stöd för att hålla barnens tänder friska. Sverige är ett av de länder i världen som arbetar mest med förebyggande tandvård och har också framgångsrikt fått barn att i hög utsträckning vara kariesfria. Många asylsökande barn kommer från länder där kunskapen om munhälsa är låg och många har sin första tandvårdskontakt först efter ankomsten till Sverige. Den första kontakten blir inte sällan på grund av akuta besvär samtidigt som stora ackumulerade vårdbehov upptäcks. Den bristande tandhälsan leder därför till omfattande behov av sjukdomsförebyggande åtgärder och orsaksinriktad behandling. Asylsökande barn utan akuta vårdbehov har däremot i lägre omfattning systematiskt kunnat kallas av tandvården för regelbunden undersökning.

Eftersom folkbokförda barn kallas regelbundet till tandvården har de sällan, till skillnad från asylsökande barn, stora ackumulerade tandvårdsbehov.

Hos asylsökande barn är inte sällande kariesskadorna så omfattande att främst mjölktänder behöver extraheras medan permanenta tänder om möjligt bevaras genom rotbehandling. Frekvensen extraktioner och rotbehandlingar av tänder på grund av karies är också väsentligt vanligare bland asylsökande barn än bland folkbokförda där det i mindre utsträckning förekommer att mjölktänder tas bort till följd av karies, men de permanenta tänder som extraheras är istället avser visdomständer samt tänder som avlägsnas av tandregleringsskäl.

Man kan se att asylsökande barn också i mycket större utsträckning haft behov av reparativa åtgärder än folkbokförda barn vilket kan relateras till sämre kunskaper om munhälsa, begränsad på tillgång till en organiserad tandvård och möjlighet till egen daglig munvård/munhygien och andra förebyggande tandvårdsinsatser. Antalet reparativa åtgärder för 2016 ligger 6 gånger högre bland asylsökande barn jämfört med folkbokförda barn i samma åldersintervall. Detta kan ha en förklaring i det omfattande flyktingmottagandet under 2015-2016 som gjort att vårdkonsumtionen inom asylgruppen i ännu högre grad än tidigare har sin grund i akuta och omfattande ackumulerade vårdbehov, och att asylsökande barn utan akuta vårdbehov inte kunnat prioriteras och kallas av tandvården för regelbunden undersökning. Det omfattande akuta och ackumulerade

behandlingsbehov som identifierats hos asylsökande barn ska med nödvändighet inte extrapoleras till att gälla alla asylsökande barn eftersom endast mellan 35 och 40 % av asylsökande barn i åldern 0-17 år faktiskt undersökts av tandvården. Tandhälsan och vårdbehov i hela asylgruppen är därför inte känt och behöver ytterligare kartläggas och tandhälsoutvecklingen inom gruppen behöver följas över tid. Så kommer att ske i planerade systematiska studier.