

Oral Hälsa kurs 17
C-uppsats 10 poäng

**Den orala hälsan hos patienter som har tecknat
frisktandvård år 2001 och år 2004 vid Folktandvården i
Bromölla**
– en jämförandestudie

Datum för examination 2005 05 30

Författare: Sladjana Critén

Handledare: Pia Andersson

Examinator: Stefan Renvert

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att studera den orala hälsan hos patienter vid Folktandvården i Bromölla som hade tecknat frisktandvården åren 2001 och 2004, jämfört med patienter som inte hade tecknat frisktandvården. Studien byggde på journal- och epidemiologiska data på sammanlagt 150 journaler. De variabler som användes vid insamling av data var ålder, kön, anamnes, tobaksbruk, plack- och gingivalindex, fickstatus, initial och manifest karies, riskgrupperingar, vårdgivarens förebyggande insatser och akuta undersökningar mellan 2001 och 2004. Resultaten visade att det var nästan dubbelt så många män än kvinnor som hade tecknat frisktandvården. Tobaksbruk var högre hos kontrollgruppen år 2001 respektive år 2004. Vårdgivarna ägnade mycket tid åt förebyggande vård vilket man kunde utläsa på plack- och gingivalindex som hade låga värden båda åren. Detta betyder att patienterna följde de råd som vårdgivarna gav. Dessa individer är en ung grupp ur parodontal synpunkt därför var fickstatus helt normal. En liten ökning av initial karies 1- 5 angrepp samt manifestkaries framkom det i resultaten. De flesta som sökte akut tandvård mellan undersökningarna var med besvär av visdomständer. Alla valde att teckna om frisktandvården förutom en. Skälet var att han flyttade.

Frisktandvården är fortfarande ett nytt fenomen som har funnits i bara fyra år vilket gör att man inte kan dra några slutsatser om vilken effekt den har på den orala hälsan.

ABSTRACT

The oral health among patients at Dental Public Care in Bromölla who made an agreement about Healthy Dental Care during the years 2001 and 2004, compared with patients who made not an agreement.

The aim of the study was to describe the oral health among patients at Dental Public Care in Bromölla who made an agreement about Healthy Dental Care during the years 2001 and 2004, compared with patients who made not an agreement. The study was built on a journal- and epidemiological data in total 150 patients. From these the registration has been made of: age, sex, health status, tobacco use, plaque- and gingivitis values, pocket depth, initial- and manifest caries, group of risks, dental professions preventive measures and acute dental care between the year 2001 and 2004. The result shows that were almost double so many men who made an agreement than women. Tobacco use was higher in control group both 2001 and 2004. The dental professions devoted themselves time to preventive dental care that we can see in the low values of plaque and gingivitis during 2001 and 2004. It means that patients follow up the advice they get. This individual belongs to young people that are way they had a healthy pockets. A low rising of initial caries 1-5 decay and manifest caries has been came out in the result. The almost acute dental care was about problems with the wisdom – teeth. Everyone choose to remake an agreement after two years but one. The reason was that patient moved.

The healthy dental care is still a new phenomenon and has been exist only in four years. That's way we can not made any conclusions of which effect it 's has on the oral health.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	s. 1
2. INTRODUKTION	s. 2
2.1 Mål för oral hälsa hos vuxna	s. 2
2.2 Frisktandvården	s. 3
3. SYFTE	s. 5
4. FRÅGESTÄLLNINGAR	s. 5
5. MATERIAL OCH METOD	s. 5
6. ETISKA ASPEKTER	s. 6
7. RESULTAT	s. 7
7.1. Hälsostatus	s. 7
7.2. Tobaksanvändning	s. 8
7.3. Fickstatus	s. 8
7.4. Gingivalindex och plackindex	s. 9
7.5. Approximala rengöringen	s. 10
7.6. Initial respektive manifest karies	s. 10
7.7 Förebyggande insatser	s. 11
7.8. Akut tandvård	s. 12
8. DISKUSSION	s. 13
8.1. Metoddiskussion	s. 13
8.2. Resultatdiskussion	s. 13
9. REFERENSER	s. 17
10. BILAGA	Bilaga 1.

1. INLEDNING

Sverige tillhör de länder i Europa som har bäst oralt hälsotillstånd på grund av en bra utveckling av tandvården (Halling, 2003). Förebyggande tandvård och införandet av tandvårdsförsäkringen för vuxna har lett till förbättringen av den orala hälsan (Halling, 2003). Oral hälsa är en del av allmänna hälsan som bidrar till fysisk, psykisk och socialt välbefinnande utifrån individens egna förutsättningar och innebär inte enbart frånvaro av sjukdom utan den omfattar individens hela livssituation. Förebyggande av orala sjukdomar, och förbättring av livskvalitet är något som odontologin ständigt eftersträvar (Daly et al. 2002). Enligt Cynthia Pine (1997) är det också viktigt med socialpsykologi inom odontologi för att förstå vilken inställning individer eller grupper har till den orala hälsan. Pine (1997) menar att kunskaper om patienters kulturella bakgrund, kunskap, attityder och beteenden utgör en viktig del i förebyggande vård och behandling av oral sjukdom.

På regeringens uppdrag följer Riksförsäkringsverket kontinuerligt tandvårdsutvecklingen (SOU 2002:53). Under perioden 1999 – 2002 redovisas dels ökade kostnader inom folktandvården med 40 % dels att efterfrågan på tandvård hos en stor grupp individer mellan 20 och 30 år har minskat. Så många som en million människor i Sverige avstod från tandvård på grund av ekonomiska skäl år 2000 och av dessa fanns det flest mellan 20 och 44 år (SOU 2002:53). Riksförsäkringsverkets enkätundersökningar avseende tandvårdsutnyttjande under åren 1998 – 2000 visade att var femte individ i åldrarna 20 – 29 år avstod från behandlingen trots att det fanns ett behov (SOU 2002:53). Unga vuxna är en svag ekonomisk grupp eftersom många saknar inkomster på grund av fortsatta studier och en stor del är arbetslösa. Detta ökar risken för orala sjukdomar hos dessa individer eftersom de inte besöker regelbundet tandvården (Statistiska Centralbyrån, 2001, Hjern et al., 2001 och Folkhälsorapporten 2001). Därför krävs det kraftfulla åtgärder för att få in dessa individer i regelbundna kontroller efter den organiserade barn - och ungdomstandvården och behålla vanan för att regelbundet besöka tandvård (SOU 2002:53 och Statistiska Centralbyrån, 2001) vilket förebygger förekomst av orala sjukdomar, framförallt karies och parodontit (Norlén, 1996 och Hjern et al. 2001).

2. INTRODUKTION

2.1 Mål för oral hälsa hos vuxna

Tandhälsa används som begrepp med inriktning som utgår från reparativ vård som omfattar frånvaro av karies och parodontit medan oral hälsa används som samlingsnamn för frånvaro av sjukdom i mjuk- och hårdvävnad (Nationalencyklopedi, 1995:18 och Rosenlind, 2000).

Konsensusrapporten från Jönköping slår fast att ”Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom” (Hugoson et al., 2003). Enligt Kay & Locker (1997) värderas den orala hälsan idag mer från en holistisk definition som beskriver att oral hälsa är en del av den allmänna hälsan där frånvaro av sjukdom, obehag och smärta bidrar till välbefinnande samt att en frisk mun underlättar ätandet och skyddar mot infektioner.

Socialstyrelsen (SOSFS 1996:24) ställer höga krav på kvalitet i tandvården avseende omhändertaganden och behandlingar av patienter och därför tillämpar Sverige på nationell basis olika mål för den orala hälsan som utgår från att den framtida situationen förbättras, vilket betyder att en bra oral hälsa ger en bättre hälsa i övrigt;

Mål för oral hälsa enligt FDI (Federation Dentaire Internationale)

- Att befrämja optimal oral och allmän hälsa för alla människor (Sundberg, 2003).

Mål för den svenska tandvårdsförsäkringen enligt proposition 1997/98:112

- Samhällets stöd till vuxentandvård bör främst syfta till en förbättrad tandhälsa bland befolkningen så att vårdbehovet och därmed kostnaderna för enskilda och samhället på sikt minskar.
- Ett särskilt stöd för höga tandvårdskostnader bör finnas även för vuxna som inte omfattas av det särskilda stödet till sjuka, äldre och funktionshindrade (Sundberg, 2003).

I förslag till mål för tandvården enligt Tandvårdspersonalutredningen för åldersgrupperna 20 – 39 år sägs bland annat att:

- individer som besöker tandläkare ska ges kausal behandling dvs. tandhälsovårdande insatser samt nödvändig reparativ tandvård

- förlusten av egna tänder ska hejdas, dvs. genomsnittligt antal kvarvarande tänder inom en åldersgrupp gäller för nästföljande åldersgrupp om tio år (Sundberg, 2003).

Målen för tandvården enligt Tandvårdslagen (1985:125) § 2 är en god hälsa och tandvård på lika för hela befolkningen. Enligt § 3 skall tandvården bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård vilket betyder att tandvården skall:

- vara av god kvalitet och lägga särskild vikt av förebyggande åtgärder
- tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Med bakgrund till detta genomförs på många håll i Sverige olika insatser inom tandvården för att förbättra folkhälsan hos yngre vuxna, bland annat projektet ”Frisktandvård” tidigare kallat abonnemangstandvård som Folktandvården i Skåne bedriver (Folktandvården, 2004).

2.2 Frisktandvården

Abonnemangstandvården i Sverige startade den första januari 1999 och enbart vuxna mellan 20 och 29 år kunde teckna ett avtal till ett fast pris (SOU 2002:53). Folktandvården i Region Skåne började arbeta med abonnemangstandvård år 2001 och övergick till frisktandvård den 19 januari 2004 i syfte att förbättra folkhälsan och minska patient - och samhällskostnader i framtiden (Folktandvården, 2004). Systemet har olika benämningar i olika landsting t ex; abonnemangstandvård, avtalstandvård, kontraktstandvård eller frisktandvård (SOU 2002:53). Idag har systemet förändrats enligt Regionfullmäktiges beslut i Region Skåne och innebär att vuxna mellan 20 och 41 år kan teckna ett avtal med sin tandläkare/tandhygienist om bastandvård till ett fast pris. Från början bestod frisktandvården av två premiegrupper; grupp 1 och grupp 2 och var ur ekonomiskt synpunkt lite fördyrande för patienten på grund av högre premie (personlig kommunikation Per Pauler 2004-10-19) medan Frisktandvården idag består av fyra premiegrupper;

Grupp 1: Mycket liten risk att få tandsjukdomar. Månadskostnad 35 kronor.

Grupp 2: Viss risk att få tandsjukdomar. Månadskostnad 110 kronor.

Grupp 3: Stor risk att få tandsjukdomar. Månadskostnad 210 kronor.

Grupp 4: Mycket stor risk att få tandsjukdomar. Månadskostnad 1100 kronor (Folktandvården, 2004).

Folktandvårdens mål är friskare tänder i framtiden. I frisktandvården ingår vanlig undersökning och förebyggande tandvård hos tandläkare eller tandhygienist. Även lagning, rotbehandling, kronor, broar, proteser samt akutbehandling ingår. I avtalet ingår dessutom specialistvård inom Region Skåne efter remiss från allmäntandläkare. Innan avtalet tecknas sker en noggrann information och undersökning. Behandling görs till det ordinarie pris. Därefter placeras man i en premiegrupp och avtalet tecknas i två år (Folktandvården, 2004). Information sker till 19 åringarna muntligt och skriftligt vid det sista kostnadsfria behandlingstillfället. Vårdgivaren förbinder sig med avtalet att kalla patienten en gång per år samt uppfylla krav som framgår i avtalet. Patienten är skyldig att uppfylla tre krav:

- borsta tänderna 2ggr/dag
- använda approximala hjälpmedel
- inte småäta (Per Pauler, personlig kommunikation 2004-10-19).

När avtalstiden har gått ut görs ny undersökning av oral hälsan där det avgörs vilken premiegrupp som är aktuell, vilket till stor del beror på hur väl patienten har skött sina tänder. Har patienten exempelvis karies placeras denna i en högre premiegrupp (Folktandvården, 2004).

Bromölla är en arbetarkommun i nordöstra Skåne och Folktandvården har arbetat med frisktandvård sedan 2001. I kommunen bodde den 31 december 2003 11 994 invånare, 6004 av manligt kön och 5990 av kvinnligt kön. Åtta procent av befolkningen är födda utomlands. I åldern 20 - 64 år är 84 % män och 75 % kvinnor förvärvsarbetande. Det finns öppen arbetslöshet på 4 % hos såväl män som hos kvinnor (Bromölla, 2004).

Folktandvården i Bromölla behandlar årligen ca 3100 vuxna patienter och av dessa hade 540 tecknat frisktandvård i åldersgrupp 20 –29 år den 29 oktober 2004. Vid kliniken arbetar tre tandläkare, en tandhygienist och sex tandsköterskor. Alla lägger stor vikt vid förebyggande vård i form av information, instruktion och uppföljning (Per Pauler, personlig kommunikation 2004–10-19).

Flest tecknade avtal i frisktandvården i Region Skåne finns vid Folktandvården i Bromölla (Folktandvården, 2004). Det finns inga publicerade studier om hur munhälsan har påverkats av frisktandvårdens genomförande, vilket gör det viktigt att studera detta område.

3. SYFTE

Syftet med den här studien var att studera den orala hälsan hos patienter vid Folktandvården i Bromölla som hade tecknat frisktandvården åren 2001 och 2004 jämfört med patienter som inte hade tecknat frisktandvården.

4. FRÅGESTÄLLNINGAR

Fanns det skillnader mellan:

1. Tobaksbruk?
2. Fickstatus?
3. Plack- och gingivalindex?
4. Approximala rengöringen?
5. Initial respektive manifest karies?
6. Förebyggande insatser?
7. Akut tandvård mellan undersökningstillfällena?

5. MATERIAL OCH METOD

Studien bestod av en journalgranskning av revisionspatienter 20 – 29 år som har tecknat frisktandvården 2001 med Folktandvården i Bromölla. På kliniken hade 200 patienter tecknat frisktandvården under detta år. Dessa patienter behandlades av både tandläkare och tandhygienist. Studien byggde på journal - och epidemiologiska data under åren 2001 och 2004 av 75 journaler som var med i frisktandvårdssystemet och 75 journaler av en kontrollgrupp som var matchad avseende ålder och kön som inte hade tecknat frisktandvård. Uppgifterna på kontrollgruppen hämtades i patientregistret. En journal valdes genom obundet slumpmässigt urval som utgångspunkt och utifrån den togs var tredje journal ut. Ett undersökningsformulär konstruerades (Bilaga 1) för insamling av data.

Efter överenskommelse med klinikchefen Per Pauler vid Folktandvården i Bromölla kunde patientuppgifter i Folktandvårdens databas för avtalshantering på kliniken hämtas. En pilotstudie med granskning av tjugo journaler i båda grupper gjordes först för att undersöka om metoden var genomförbar och att testa formuläret. Efter vissa justeringar avseende variabelernas ordning kunde data samlas in. Data samlades in under våren 2005. Variabler som

samlades in var anamnes uppgifter, tobaksvanor, fickstatus, plack- och gingivalindex, användning av approximala hjälpmedel, förekomst av initial och manifest karies, riskgruppering, vårdgivarens insatser i förebyggande syfte, om patienten hade uppsökt akut tandvård mellan undersökningstillfällena samt om patienten hade valt att teckna om avtalet efter två år. Fickstatus under 5 mm registrerades inte vid Folktandvården i Bromölla. Chitvå test användes för jämförelse av frisktandvårdsgruppen och kontrollgruppen, p värde mindre än 0,05 var statistiskt signifikanta. Insamlad data bearbetades i dataprogrammet SPSS 12.0 (Statistical Package of Social Sciences).

6. ETISKA ASPEKTER

Etiklagen (2003:460) som omarbetades i Sverige 1 januari 2004 reglerar etikprövning vid forskning som berör människor. Lagen ställer även etiska krav på studentarbeten (Etikprövning; Högskolan Kristianstad, 2004). ”Kort och gott skulle man säga att det etiska ansvaret eller annorlunda uttryckt – det etiska kravet utgörs av normer och värderingar representerade av människorna i en viss kultur, visst yrke etc. En del av dessa regler är nedtecknade och i särskild ordning fastställda som en slags anvisningar för den enskilde hur han förväntas uppträda eller agera i ett visst sammanhang eller avseende” (Fröberg, 1992). Eftersom studien baserades på journalgranskning inhämtades ett tillstånd att utföra studien på Folktandvården i Bromölla av klinikchefen Per Pauler samt tillstånd hos det etiska rådet på Högskolan Kristianstad. Enligt § 9 Dnr ER2005-3 godkändes ansökan av Etikrådet vid Institutionen för hälsovetenskaper den 27 januari 2005. Identifikation av patienter som ingick i studien är inte möjlig då formulären som användes vid insamling av all journal- och epidemiologisk data kodades. Det gavs ingen information till patienter eftersom detta var en journalstudie. De kodade formulären förstörs i dokumentförstöraren efter avslutad studie och när uppsatsen är godkänd.

7. RESULTAT

Av totalt 150 patientjournaler som granskades i studien var 75 i frisktandvårdsgruppen och 75 från en matchad i kontrollgruppen. Sammanlagt ingick 98 män och 52 kvinnor i åldrarna 24 till 33 år i respektive grupp. Medelåldern var 27 år. De åldersgrupper som var främst representerade var 25 år och 30 år i båda grupperna (Tabell 1). I genomsnitt blev 64 patienter

i frisktandvårdsgruppen undersökta av tandläkare och 11 av tandhygienister vid alla besök åren 2001 och 2004, jämfört med kontrollgruppen där 59 undersöktes av tandläkare och 16 av tandhygienister vid alla besök.

Tabell 1. Åldersfördelningen hos patienter vid Folktandvården i Bromölla (n=150)

Ålder	Antal patienter	Procent
24	11	14
25	12	16
26	9	12
27	10	13
28	10	13
29	5	7
30	12	16
31	2	3
32	2	3
33	2	3

7.1. Hälsostatus

Av de undersökta patienterna var 96 % fullt friska medan 4 % var sjuka i både frisktandvårdsgruppen och kontrollgruppen år 2001. År 2004 var 95 % av patienterna i frisktandvårdsgruppen friska och 5 % hade problem med allmänhälsan, medan i kontrollgruppen var 96 % friska och 4 % hade problem med allmänhälsan. En hade von Willebrands sjukdom i frisktandvårdsgruppen och övriga hade astma i respektive grupp. Alla med astma brukade medicinerna Bricanyl och Pulmicort.

7.2. Tobaksanvändning

Resultaten visade att fler i kontrollgruppen rökte eller snusade både år 2001 och 2004, jämfört med frisktandvårdsgruppen. Inga statistiskt signifikant skillnad fanns. Fördelningen av respektive grupp redovisas i Tabell 2.

Tabell 2. Utvecklingen av rökning, snusning och feströkning av patienter vid Folktandvården i Bromölla

Variabler	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Röker 2001	8	9
Röker 2004	4	11
Snusar 2001	3	4
Snusar 2004	1	7
Feströker 2001	1	3
Feströker 2004	3	5
Ingen tobaksbruk 2001	88	84
Ingen tobaksbruk 2004	92	77
Totalt	100	100

7.3. Fickstatus

Fördjupade tandköttsfickor fanns hos 4 % av patienterna i frisktandvårdsgruppen år 2001 och 3 % år 2004 jämfört med 1 % i kontrollgruppen vid båda dessa årtal (Tabell 3). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Hos dessa patienter var fickdjupen mellan 4 och 6 mm och var lokaliserade kring molarerna, 7:or och 8:or.

Tabell 3. Fickstatus förändringar hos patienter vid Folktandvården i Bromölla.

Fickstatus	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Inga registrerade fickor 2001	96	99
Inga registrerade fickor 2004	97	99
Fickor 4-6mm 2001	4	1
Fickor 4-6mm 2004	3	1
Totalt	100	100

7.4. Gingivalindex och Plackindex

Gingivalindex

Medelvärde på gingivalindex var 10 % hos både frisktandvårdsgruppen och kontrollgruppen år 2001 och 2004 med undantag för år 2001 i frisktandvårdsgruppen då det var något lägre (Tabell 4). Ingen skillnad i signifikans vid gingivalindex.

Tabell 4. Medelvärden samt högsta och lägsta gingivalindex värden hos patienter vid Folktandvården i Bromölla (%).

Gingivalindex	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Medelvärde 2001	8	10
Range 2001	9-13	10-13
Medelvärde 2004	10	10
Range 2004	10-15	9-11

Plackindex

Medelvärden på plackindexet var 20 % hos både frisktandvårdsgruppen och kontrollgruppen år 2001, jämfört med år 2004 där medelvärdet var 15 % i respektive grupp (Tabell 5). Ingen skillnad i signifikans vid plackindex.

Tabell 5. Medelvärden samt högsta och lägsta plackindex värden hos patienter vid Folktandvården i Bromölla.

Plackindex	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Medelvärde 2001	20	20
Range 2001	18-24	17-21
Medelvärde 2004	15	15
Range 2004	13-17	15-18

7.5. Approximala rengöringen

År 2001 använde 73 % någon form av approximala hjälpmedel i respektive grupp. En ökning skedde år 2004 i båda gruppen. Det fanns ett bortfall på en patient i frisktandvårdsgruppen (Tabell 6). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna.

Tabell 6. Fördelning av användningen av approximala hjälpmedel

Variabler	Frisktandvården n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Regelbundet 2001	45	50
Regelbundet 2004	79	90
Sporadiskt 2001	55	50
Sporadiskt 2004	21	10
Totalt	100	100

7.6. Initial respektive manifest karies

År 2001 hade 79 % av patienterna i frisktandvården initial karies jämfört med 81 % i kontrollgruppen. Motsvarande siffror för 2004 var 8 % hos patienterna i frisktandvårdsgruppen (Tabell 7). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Ingen i respektive grupp hade mer än 3 manifesta angrepp.

Tabell 7. Fördelningen av karies förekomst hos patienterna vid Folk tandvården i Bromölla

Variabler	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Kariesfria 2001	13	12
Kariesfria 2004	19	12
1-5 initiala angrepp 2001	39	40
1-5 initiala angrepp 2004	47	56
6-10 initiala angrepp 2001	37	40
6-10 initiala angrepp 2004	33	28
>10 initiala angrepp		

2001	9	8
>10 initiala angrepp		
2004	3	4
1-3 manifesta angrepp 2001	8	7
1-3 manifesta angrepp 2004	13	13

7.7. Förebyggande insatser

Huruvida information om tobak, kost, karies och parodontit, samt munhygieninstruktion har getts till frisktandvårdsgruppen respektive kontrollgruppen år 2001 och år 2004 redovisas i Tabell 8. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Alla som brukade tobak hade fått information om risker med det år 2001 respektive år 2004.

Tabell 8. Fördelningen av vårdgivarnas förebyggande insatser i syfte till en bättre oral hälsa hos patienter vid Folktandvården i Bromölla

Variabler	Frisktandvården n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Munhygieninstruktion 2001	77	70
Munhygieninstruktion 2004	65	85
Kostinformation 2001	47	83
Kostinformation 2004	25	65
Information om karies och parodontit 2001	19	12
Information om karies och parodontit 2004	13	19
Fluorrekommendation 2001	43	49
Fluorrekommendation 2004	57	63

Huruvida karieslagningar och fluorbehandlingar (duraphat) samt depuration har getts till frisktandvårdsgruppen respektive kontrollgruppen år 2001 respektive 2004 redovisas i tabell 9. Ingen statistiskt signifikant skillnad fanns mellan grupperna.

Tabell 9. Fördelningen av vårdgivarnas åtgärder i syfte till en bättre oral hälsa hos patienter vid Folktandvården i Bromölla

Variabler	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Karieslagningar 2001	8	7
Karieslagningar 2004	13	13
Depuration 2001	100	100
Depuration 2004	99	100
Flurbehandling 2001	11	12
Fluorbehandling 2004	8	19

7.8. Akut tandvård mellan undersökningstillfällena

Tjugoen procent i frisktandvårdsgruppen hade uppsökt akut tandvård mellan år 2001 och 2004 jämfört med 22 % i kontrollgruppen (Tabell 10). Ingen statistiskt signifikant skillnad fanns mellan grupperna.

Tabell 10. Fördelningen av akuta besvär hos patienterna vid Folktandvården i Bromölla mellan 2001 och 2004

Variabler	Frisktandvårdsgruppen n=75 (%)	Kontrollgruppen n=75 (%)
Pericoronit	8	7
Gingivit	4	1
Isningar	5	5
Karies	0	4
Trauma	4	5

8. DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Studien byggde på journal data under åren 2001 och 2004 av 75 journaler som var med i frisktandvårdssystemet och 75 journaler av en kontrollgrupp som inte hade tecknat

frisktandvårdsavtal. Styrkan med denna studie var att det inte fanns något bortfall och att variablerna avseende kön och ålder överensstämde i både frisktandvårdsgruppen och kontrollgruppen. Den första svagheten med denna studie är att det är för få år för att få fram någon nämnvärd skillnad av munhälsan mellan dessa två grupper. Den andra svagheten är också möjligen reliabiliteten i variablerna eftersom man inte kan utläsa i daganteckningar huruvida olika mätningar avseende t ex. plack- och gingival index har gjorts. Tandsjukdomarna karies och parodontit tar lång tid att utveckla. Jag hade en förutfattad mening att jag trodde att de som tecknat frisktandvården hade bättre oral hälsa än andra i samma ålder. Denna studie visade att så var inte fallet. Den tredje svagheten med den här studien är att det saknades andra likvärdiga studie. Region Skåne hade dessutom ingen statistik över oralhälsoutvecklingen i någon åldersgrupp förutom barn-och ungdom upp till 19 år (personlig kommunikation, Eva Eriksson samhällsodontolog, 2004 – 11 01).

8.2 Resultatdiskussion

De flesta var friska och hade egna tänder i frisktandvårdsgruppen respektive kontrollgruppen år 2001 respektive år 2004. Männen var nästan dubbelt så många än kvinnorna. Det vara så att män har lättare att ta till sig sådana avtal. Kvinnor i åldrarna 20 – 29 år kanske studerar mer och längre än män vilket gör att de har sämre ekonomiskt (SCB, 2001). Det finns ingen adekvat förklaring, men statistisk sätt besöker kvinnor fler gånger per år tandvården än män (SCB, 2001 och Folkhälsorapporten, 2001). Kvinnorna borde vara då mer angelägna om att teckna frisktandvårdsavtal.

Resultatet visade att konsumtion av tobak var något högre hos kontrollgruppen än frisktandvårdsgruppen år 2001 respektive år 2004. Antalet feströkare hade ökat med hälften i respektive grupp år 2004. Däremot hade tobaksbruket sjunkit med hälften hos frisktandvårdsgruppen år 2004. Detta kan innebära att patienterna har blivit mer motiverade genom åren att sluta efter vårdgivarens information om risker med tobak och oral hälsa, men ett helt ”rökstopp” är en dynamisk flerstegsprocess som tar tid att bryta ett beteendemönster (SBU, 1998). Personer som röker vid bestämda tidpunkter (t ex feströker) har statistiskt sätt större chans att sluta röka helt inom ett år eftersom återfallsfrekvensen är betydligt lägre än hos dem som slutar direkt då återfallsfrekvensen är ganska hög redan efter 6 månader (SBU, 1998). I kontrollgruppen hade tobakskonsumtionen ökat med 7 % år 2004.

Detta är en ung grupp, de bör vara friska ur parodontal synpunkt. Parodontit är en kronisk sjukdom som utvecklas i högre ålder (SBU, 2004). De fickor som registrerades var från 5 mm och var lokaliserade distalt om 7: orna och runt 8: orna. Lokalisering av dessa fickor kan vara frågan om tändernas anatomi eller eruption av visdomständer som ger oftast upphov till djupare fickor (Per Pauler, 2005-03-01, personlig kommunikation) vilket bekräftar resultatet av att pericoronit stod för den största andel av akuta besvär som patienterna i frisktandvårdsgruppen respektive kontrollgruppen har sökt för mellan år 2001 och 2004.

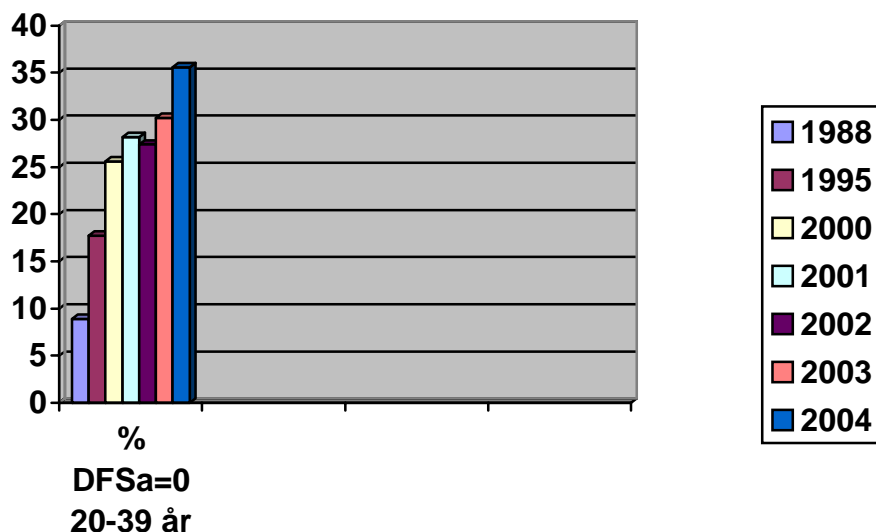
Resultatet visar att vårdgivarna lägger stor vikt på förebyggande vård vid Folktandvården i Bromölla, med då värdena på plack- och gingivalindexet var låga. Det går inte att utläsa hur man mäter dessa värden. Flertal europeiska studier t ex. i England och Spanien visar att 25 % av unga vuxna hade parodontala fickor över 4 mm och dessutom i genomsnitt 72 % synlig plack (Lindhe, 2003). Resultatet visar även att regelbunden användning av aproximala hjälpmedel hade ökat i båda grupper mellan år 2001 och 2004. Detta kan tolkas som att patienterna följer de råd som vårdgivarna ger. Detta kan tolkas som att patienterna följer de råd som vårdgivarna ger eller kan det också vara att patienterna ger de svar som personalen efterfrågar. Det beror mycket på hur frågan ställs, men detta går inte att utläsa från daganteckningar. Patienterna blir ju också äldre vilket kan ge uttryck för att de har fått mer kunskap om egenvårdens betydelse och att de prioriterar sin munhälsa bättre (Rosenlind, 2000).

Alla patienter på kliniken hade efter avslutad behandling fått ett personligt tandhälsokort med information avseende initial och manifest karies, vilka åtgärder hade gjorts under behandlingsperioden, plackindex, gingivalindex, fickstatus samt rekommendationer om fluor och munhygieniska åtgärder. Att orientera patienten i tid och rum gör det möjligt att förbättra och öka egenvård. Genom bättre egenvård reduceras det dentala placket och det gör att risk för karies och parodontit minskar. Patienten blir då mindre beroende av professionell vård (Murray, 2001). Det som tandhälsokortet saknade var kostinformation som hade varit ett bra tillägg. De flesta patienterna tror att enbart borsta tänderna två gånger om dagen och använda aproximala hjälpmedel räcker för att upprätthålla en god oral hälsa, men kosten har också stor betydelse om vad och hur ofta vi äter (Murray, 2001). Det framgår av resultaten att kostinformation hade minskat med nästan 20 % mellan år 2001 och 2004 i respektive grupp. Detta kan vara så att informationen lämnas ut enbart i samband med kariesbehandlingar eller tillsammans med tandhälsokortet utan att man noterar detta i journalen. Eftersom det är fler

vårdgivare lämnas informationen kanske på olika sätt och det bör man se över för att få in en rutin.

Min studie visar någon liten ökning av initial karies med 1 – 5 angrepp och manifestkaries i frisktandvårdsgruppen respektive kontrollgruppen. Denna ökning kan vara obetydlig om man gör jämförelse med övriga i åldersgruppen 20 – 39 år vid Folktandvården i Bromölla där statistiken uppvisar en minskning av approximal karies sedan 1988. DFSa=0 var 8,9 % 1988 och ökade stadigt fram till 2004 då DFSa=0 var 35, 6 % förutom 2002 då en liten ökning av approximal karies skedde (Folktandvården, 2005). Dessa data redovisas i figur 1.

De med fler än 6 initiala angrepp hade däremot minskat. Men studien visar att detta är en bieffekt hos just de patienter som hade mer än 6 initialer där minskning av initial karies hade skett. Den verkliga minskningen var att initial karies hade övergått till manifest karies istället, vilket hade åtgärdats och åtgärderna reducerade automatiskt ner initial karies. Dessa patienter övergick därmed till en högre premiegrupp från premiegrupp 1 till premiegrupp 2. Trots att detta innebar fördyrande kostnader för patienten (från 420 kronor upp till 1320 kronor per år) valde dessa att teckna om frisktandvårdskontraktet som hamnade i riskgrupp 2. En patient i kontrollgruppen tillhörde riskgrupp 3.



Figur 1. Ökning av kariesfrihet på approximala ytor hos patienter 20-39 år vid Folktandvården i Bromölla (%)

Det är förtidigt att dra några slutsatser om hur den orala hälsan har påverkats av frisktandvården eftersom frisktandvården är fortfarande ett nytt fenomen som har funnits i bara fyra år och andra forsknings studier saknas. Min egen reflektion över det hela är att det är bra att inte fanns någon direkt skillnad avseende den orala hälsan vilket betyder att alla får lika vård och behandling på kliniken.

Forskning inom detta område bör fortsätta i hela Sverige i framtiden och en ny utvärdering borde göras om några år för att se vilken effekt frisktandvården har på den orala hälsan.

9. REFERENSER

Bromölla kommun (2004).

<http://www.bromolla.se> [2004-10-12].

Daly B, Watt R, Batchelor P, Treasure E (2002). Essential Dental Public Health. Oxford University Press, New York. ISBN: 0-19-262974-1.

Etikprovning, Högskolan Kristianstad. (2004).

<http://www.hkr.se> [2004-11-08].

Folktandvården i Region Skåne (2004).

<http://www.folktanvarden.nu> [2004-10-15].

Folktandvården Skåne. (2004).

<http://www.folktandvardenskane.se> [2004-10-15]

Fröberg, U H (1992). Tandhygienistens yrkesansvar – en bok om tandhygienistens etiska och juridiska åliggande och tillhörande ansvar i yrkesutövning. Institut för Medicinsk Rätt AB, Lidingö. ISBN 91-7864-064-4.

Grevér Sjölander, A C (1999). Tand och munvård. Liber AB, Stockholm.

ISBN 91-47-04881-6

Halling, A (2003). Oral hälsa och ohälsa: Hugoson A, Koch G, Johansson S.

Konsensuskonferens; Oral hälsa. Jönköping: Odontologiska institutionen 2003.

Hjern A, Grinefjord M, Sundber H, Rosen M (2001). Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29. 167-74.

Hugoson A, Koch G och Johansson S (2003). Konsensuskonferens; Oral hälsa Jönköping: Odontologiska institutionen 2003.

Kay E, Locker D (1997). Effectiveness of oral health promotion: a review. Health Education Authority, London.

Lindhe J (2003). Journal of Clinical Periodontology. Essential Oils in Oral Management: a review. Volume 30. Supplement 5.

Murray, J J (2001). Prevention of Oral Disease. Oxford University Press, New York 2001. Third Edition. ISBN 0-19-262457-1.

Nationalencyklopedin. 1995:18. Höganäs: Bra Böcker

Norlen P (1996). On oral health related to general health and lifestyle. A study of two adult urban populations in southern Sweden. Studentlitteratur, Lund. ISBN 91-628-1872-4.

Pine, C M (1997). Community Oral Health. Reed Educational and Professional Publishing, London. ISBN: 0-7236-1095-9.

Rosenlind M (2000). Vuxnas tänkande om förhållningssätt till munhälsa. Department of Education, Lund. ISBN 91-628-4353-2.

SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (1998). Metoder för rökavvänjning. SB Offset AB, Stockholm. ISBN 91-87-890-50-X.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm, 2004. ISBN 91-87890-96-8.

SCB, Statistiska centralbyrån (2001). Tandhälsa och tandvårdsutnyttjande 1975-1999. SCB-Tryck, Örebro, 2001. ISBN 91-618-1093-2.

Socialstyrelsen Folkhälsorapport (2001).

SOSFS 1996:24 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Sundberg, H (2004). Tandvårdens författningssamling. Handbok för tandvårdspersonal. Stockholm: Förlagshuset Gothia. Tredje upplagan. ISBN 91-7205-454-9

SOU, Statens Offentliga Utredningar (SOU, 2002:53). Tandvården till 2010. Slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000. Norstedts Tryckeri AB, Stockholm 2002. ISBN: 91-38-21701-5. ISSN 0375-250X.

Sundberg, H (2003). Oral hälsa och ohälsa: Hugoson A, Koch G, Johansson S. Konsensuskonferens; Oral hälsa. Jönköping: Odontologiska institutionen 2003.

Wärnberg Gerdin E (1994). Nordisk samhällsodontologi. Forskningsområden och forskarparadigm. Kanaltryckeriet Motala AB, 1994. ISBN 91-7871-428-1.