

# Munnheilsa barna sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður – áskorun



**GUNILLA KLINGBERG**, CAND. ODONT, DR. ODONT, REKTOR, PRÓFESSOR Í BARNATANNLÆKNINGUM, TANNLÆKNADEILD HÁSKÓLANS Í MALMÖ, SVÍPJÓÐ

**KARIN RIDELL**, CAND. ODONT DR. ODONT, LEKTOR Í BARNATANNLÆKNINGUM, TANNLÆKNADEILD HÁSKÓLANS Í MALMÖ, SVÍPJÓÐ

**MARIT SLÄTTELID SKEIE**, CAND. ODONT, DR. ODONT, PRÓFESSOR EMERITUS, DEILD KLÍNÍSKRA TANNLÆKNINGA – BARNATANNLÆKNINGAR. TANNLÆKNADEILD HÁSKÓLANS Í BERGEN, NOREGI, EINNIG HJÁ FAGMIÐSTÖÐ TANNHEILSU MIÐ-NOREGS, ÞRÁNDHEIMI, NOREGI

**TENGILIDUR:** GUNILLA KLINGBERG, MALMÖ UNIVERSITET, ODONTOLOGISKA FAKULTETEN, SE 205 06 MALMÖ, SVERIGE, [gunilla.klingberg@mau.se](mailto:gunilla.klingberg@mau.se)  
SAMPYKKT AF RITSTJÓRN ÞEMAVERKEFNIS TIL BIRTINGAR 18. MAÍ 2020

TANNLÆKNABLAÐIÐ 2020; 38: 88-95  
doi:10.33112/tann.38.1.10

## ÁGRIP

Allir sem vinna með börn ættu að þekkja til Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna, en samkvæmt honum ættu öll börn að hafa jafnan rétt til bestu mögulegu heilsu. Þrátt fyrir góða munnheilsu á Norðurlöndunum, sýna rannsóknir að börn, sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður, séu líklegri til að búa við slæma munnheilsu. Forvarnaraðgerðir ná ekki til þeirra, þau nýta sér sjaldnar tannlæknaþjónustu og njóta skertrar tannverndar, samanborið við önnur börn. Af þeim sökum er, auk almennra forvarnaraðgerða, þörf fyrir sérsniðnar aðgerðir fyrir áhættuhópa til að ná til þeirra barna sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður. Einnig er mikilvægt að fræðslu- og forvarnarstarf hefjist á unga aldri. Þekkingu um áhrif mismunandi aðferða við forvarnir og meðferð skortir og hagfræðilegir útreikningar þeim tengdir eru fáir. Það er mikil áskorun að skrá og meta á kerfisbundinn hátt tanntengdar fræðslu- og forvarnaraðgerðir ætlaðar börnum sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður, svo nýta megi til rannsókna. Þörf er á þverfaglegum rannsóknum með aðkomu tannlæknastofa. Framtíðarsýnin er að jafnrétti til heilsu sé tryggt og að heilsueflandi fræðsla og forvarnir dragi úr ójöfnuði í munnheilsu á milli ólíkra þjóðfélagshópa.

**Lykilorð:** Tannlæknaþjónusta, börn, félags- og fjárhagslegir þættir, munnheilsa, forvarnir.

## Inngangur

Tannheilsa barna og ungmenna á Norðurlöndunum er almennt góð í samanburði við mörg önnur lönd (1). Það skýrist að mestu af skilvirkri gjaldfrjálsri tannlæknaþjónustu fyrir börn, ásamt öflugum velferðarkerfi. Þrátt fyrir það fyrirfinnast börn sem búa við verri tannheilsu og tannlæknaþjónusta nær ekki til sökum ýmissra félagslegra erfiðleika. Á sama tíma ber tannlæknaþjónustu, út frá heilbrigðissjónarmiði, skylda til að setja munnheilsu barna í forgang. Með fyrirbyggjandi aðgerðum ætti að vera hægt að koma í veg fyrir tannáttu hjá stórum hluta barna. Sé unnt að koma í veg fyrir tannáttu hjá börnum allt fram á fullorðinsár og um leið kenna þeim að bera ábyrgð á munnheilsu sinni, má sennilega draga bæði úr tannáttu hjá fullorðnum og þörf fyrir tannviðgerðir. Slík nálgun felur líklega í sér ávinning bæði hvað varðar heilsu og þjóðarþú. Fjárfesting í munnheilsu barna hefur því margar jákvæðar hliðar.

Tilgangur þessarar greinar er að lýsa mismunandi félagslegum aðstæðum sem hafa áhrif á munnheilsu barna. Ennfremur er gerð grein fyrir Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna og þeirri ábyrgð sem hann setur á samfélagið til að standa vörð um rétt barna til heilsu. Með þetta að leiðarljósi er fjallað um mismunandi aðferðir og áskoranir sem starfsfólk tannlæknaþjónustunnar stendur frammi fyrir.

## Barnasáttmálinn

Það er óhugsandi að fjalla um munnheilsu barns eða áhrif félagslegra þátta á heilsu án þess að hefja máls á sáttmála Sameinuðu þjóðanna um réttindi barns (2). Barnasáttmálinn varð nýlega 30 ára að aldri og hefur verið samþykktur af öllum aðildarríkjum Sameinuðu þjóðanna nema Bandaríkjunum. Sáttmálinn var áður innleiddur í lög í Finnlandi, Íslandi og í Noregi og um áramótin 2020 varð sáttmálinn einnig að lögum í Svíþjóð (3).

Í sáttmálanum eru börn skilgreind sem einstaklingar yngri en 18 ára og eru settar fram fjórar meginreglur (greinar 2, 3, 6 og 12). Reglurnar fjalla um að börnum sé ekki mismunað, að hagsmunir barna séu í fyrirrúmi í málum sem þau varða, að börn hafi rétt til þroska og að börn hafi rétt til að láta skoðanir sínar í ljós og tjá sig um eigin málefni. Í enn einni grein (24. grein) er staðfest að börn eigi rétt á bestu mögulegu heilsu, aðgengi að heilbrigðis- og sjúkráhusþjónustu, ásamt endurhæfingu. Tvær aðrar greinar eru mikilvægar þegar rætt er um félagslegar aðstæður barna og heilsu í því samhengi. Í 26. og 27. gr. segir að börn eigi rétt á félagslegu öryggi og stuðningi ríkisins búi forráðamenn við bágar fjárhagsaðstæður. Ennfremur að

börn eigi rétt á sanngjörnum lífskjörum er varðar grunnþarfir á borð við húsnæði, fæði og klæði.

Barnasáttmálinn tryggir börnum tiltekin réttindi og samfélagið gegnir skyldum við að tryggja að öll börn fái sömu tækifæri til góðrar munnheilsu óháð bakgrunni, félags- og fjárhagsaðstæðum eða fötlun. Best væri ef börn yrðu auk þess hluti af ferlinu þegar ákvarðanir eru teknar um hvernig tannlæknaþjónustu skuli háttað, hvers konar tannlæknaþjónusta er mikilvæg o.s.frv. Samkvæmt sáttmálanum er mikilvægt að stefnumótandi aðilar, embættismenn, heilbrigðisstarfsfólk og fleiri þekki vel til Barnasáttmálans, einkum hinna fjögurra meginregla og að sáttmálinn sé hafður að leiðarljósi hverju sinni og ákvarðanir byggðar á meginreglunni um það sem barninu er fyrir bestu.

Þrátt fyrir að staða barna á Norðurlöndunum hafi styrkst í lagalegum skilningi og að sáttmálinn segi til um að börn og heilsa barna skuli metin til jafns við aðra hópa fólks, er hætta á að tannvernd barna sitji eftir samanborið við tannvernd til dæmis fullorðinna. Ástæður geta verið margar. Skert afkastageta, þ.e. skortur á starfsfólki eða öðrum nauðsynjum í tannlæknaþjónustu getur þvingað starfsfólk til forgangsröðunar, sem getur leitt til þess að fullorðnir með undirliggjandi sjúkdóma og endurhæfingarþörf fái forgang umfram meðhöndlun barnatanna eða fyrirbyggjandi aðgerðir fyrir börn. Undanþágúáhrif hafa svipaðar afleiðingar og skert afkastageta og fela í sér að sjúklingar með lægri forgang fá þjónustu á undan sjúklingum með hærri forgang. Það sem ýtt getur undir slíkt er mishá greiðsluþátttaka fyrir mismunandi heilbrigðisþjónustu eftir aldri. Hætta er á að tilteknir sjúklingahópar eða tilteknar meðferðir séu arðbærari en aðrar og að endurgreiðsluferfið stýri forgangsröðun sjúklinga, umfram siðferðisleg sjónarmið. Aðrir þættir sem áhrif geta haft eru hvernig starfsstéttin forgangsmetir ólíka sjúklingahópa, hvaða hópar eru metnir í háum forgangi og hverjir í lágum, sem og aðgengi að starfsfólki með sérfræðimenntun á ólíkum sviðum. Meðhöndlun barna með umfangsmikla tannsjúkdóma eins og tannáttu fylgir oft álag fyrir starfsfólk og þykir ekki borga sig. Í þeim tilfellum þegar börn búa að auki við erfiðar félagslegar aðstæður og þegar tungumálhindranir eru til staðar flækjast verkefni tannlæknaþjónustu enn frekar. Taka þarf tillit til þessara þátta við skipulagningu umönnunar og eftirfylgni ef tannvernd skal veitt í samræmi við markmið Barnasáttmálans.

## Börn í félagslegu samhengi

Börn njóta hvorki sterkrar stöðu sem einstaklingar né sjúklingar í heilbrigðisþjónustu. Þess í stað eru þau nánast alfarið háð því að forráðamenn þeirra (foreldrar)

eða hinar ýmsu stofnanir samfélagsins beri hag þeirra og hagsmuni fyrir brjósti. Til að það gangi upp þarf t.d. tannlæknaþjónusta að hafa góða þekkingu á aðstæðum barns í víðu samhengi, þar með talið félagslegum þáttum. Eins og hér verður lýst eru mjög sterk tengsl milli ýmissra félagslegra þátta og heilsu. Í einfölduðu máli er oft rætt um erfiðar félags- og fjárhagslegar aðstæður sem hafa áhrif á menntunarstig, tekjur, störf og umfang vinnu. Þegar börn eiga hlut að máli geta þessir þættir átt við barnið sjálft, en einnig forráðamann, sem flækir málið.

Erfiðar félagslegar aðstæður barna tengjast oft fátækt. Fátækt barna er hægt að skilgreina með mismunandi hætti og oft eru hugtökin háð aðstæðum og geta verið ónákvæm. Engu að síður er mikilvægt að vita hve stór hluti barna býr við bágar aðstæður, bæði svo unnt sé að skipuleggja heilsueflandi fræðslu og forvarnir sem beinast að ákveðnum samfélagshópum og til að mæta betur þörfum þessara barna og hafa betri skilning á t.d. því hvað erfiðar fjárhagsaðstæður geta haft í för með sér fyrir barnið. Þannig má vera að hlutir sem starfsfólk tannlæknaþjónustunnar metur sem einfalda grunnþætti, svo sem tannbursti og tannkrem, séu í huga forráðamanna kostnaðarsamir og sömuleiðis ferðir til og frá tannlæknastofu. Raunverulegar aðstæður sem þessar hafa áhrif bæði á munnheilsu barna og aðgengi þeirra að tannlæknaþjónustu.

Í Evrópusambandinu er hlutfall barna undir 18 ára aldri sem tilheyra fjölskyldum með tekjur undir 60 eða 50 prósent af miðgildi tekna í landinu notað sem mælikvarði á fátækt barna (4). Árið 2013 var áætlað að 13% allra barnafjölskyldna í Evrópusambandinu væru með tekjur undir 60% af miðgildistekjum á tveimur af þremur árum. Á Norðurlöndunum liggur samsvarandi tala á bilinu 3 til 5%. Á Norðurlöndunum er hlutfall fátækra fjölskyldna hæst í Svíþjóð, óháð því hvaða skilgreining er notuð og hlutfall barna sem býr við fátækt hefur aukist í Svíþjóð á ákveðnum tímabilum frá árinu 2010 til 2020.

Í Svíþjóð styðst Barnaheill (Rädda barnen) við margvíslega útreikninga sem bæði taka mið af tekjustigi og framfærslustyrkjum þegar fátækt barna er skilgreind. Samkvæmt þeim þjuggu 9,3% allra barna í Svíþjóð við fátækt árið 2016, þ.e. næstum því tíunda hvert barn (5). Fjárhagserfiðleikar, og þar með barnafátækt, eru yfirleitt alvarlegri í fjölskyldum þar sem foreldri er einstætt (10,9% barnafátækt) eða þegar foreldrar eru af erlendum uppruna (19,6% barnafátækt) og er áætlað að allt að 42% barna, sem eiga einstæða foreldra af erlendum uppruna, búi við erfiðar fjárhagsaðstæður. Í því samhengi er mikilvægt að benda á að áhrifamestu þættirnir þegar kemur að fátækt

tengjast vinnu- og húsnæðismarkaði, svo sem atvinnuleysi og veikindum, en ekki því að vera af erlendum uppruna. Áskoranir eru einnig stærri í stórborgum og þá sérstaklega á svæðum með mikinn félagslegan ójöfnuð. Séu áfram tekin dæmi um Svíþjóð er barnafátækt 25% í Malmö, en dreifingin er frá 8,7% í Limhamn-Bunkeflo til 51,8% í Rosengård. Þessi tvö svæði eru mjög ólík hvað varðar tekjur, búsetuform, menntunarstig og atvinnuþátttöku (5). Tíðni tannátu er einnig mjög ólík milli svæðanna tveggja, meðal annars sýndi framkvæmdastjórnin í Malmö fram á að þrátt fyrir markvissar fyrirbyggjandi aðgerðir voru sex sinnum fleiri 6 ára börn með tannátu í Rosengård en í Bunkeflo.

Ýmsir aðrir þættir geta haft áhrif á getu fjölskyldu eða forráðamanns til að styðja, ala upp og standa vörð um hagsmuni barns. Markmið er að uppeiddiskilyrði séu góð, bæði hvað snertir líkamlega og andlega heilsu. Slíkir þættir geta verið andleg veikindi eða vímuefnanotkun forráðamanna en einnig aðrir streituvaldar í daglegu lífi. Sem dæmi er algengara að foreldrar barna með fötlun þjáist af langvinnum sjúkdómum en aðrir. Það hefur í för með sér að barn getur af og til búið við tvöfalda áskorun. Auk félagslegra áskorana í formi fjárhagslegra erfiðleika getur vanheilsa forráðamanna aukið flækjustigið, eða fötlun eða langvinn veikindi barns gert fjárhag enn meira íþyngjandi. Í því ljósi er nauðsynlegt að tannlæknaþjónusta taki mið af bæði kerfisbundnum þáttum sem valda erfiðum félagslegum aðstæðum, svo sem með þekkingu á lífskjörum og barnafátækt á tilteknu landfræðilegu svæði, ásamt einstaklingsbundnum þáttum hvers barns fyrir sig, svo sem ef umönnun barns er ábótavant eða ef barnið er með krefjandi sjúkdóm eða fötlun. Það krefst góðrar þekkingar á Barnasáttmálanum og að tannlæknaþjónusta sé skipulögð þannig að fræðslu- og forvarnarstarf sé unnið í samstarfi við aðrar stofnanir samfélagsins, t.d. heilsugæslu, skóla, heilsu- og sjúkrahúspjónustu og félagsþjónustu og sé í stakk búin til að bregðast við þörfum einstakra barna ef talið er að velferð barns sé í hættu.

### Félags- og fjárhagslegir þættir og tannheilsa

Ýmsar rannsóknir á Norðurlöndunum sýna tengsl milli félags- og fjárhagsþátta og tannátu hjá börnum og ungmennum. Í Svíþjóð var nýlega sýnt fram á sterk tengsl milli fyrrnefndra þátta og tannátu hjá börnum og ungmennum á aldrinum 3-19 ára. Munurinn var meiri eftir því sem börnin voru yngri. Landfræðileg staðsetning hafði meira að segja en mismunandi tannlæknastofur (6). Svipaðar niðurstöður hafa fengist í öðrum rannsóknum á Norðurlöndunum (7-10). Þættir á borð við þjóðerni,

menntunarstig foreldra, tekjur og atvinnu/atvinnuleysi, geðsjúkdóma í fjölskyldunni og skort á foreldrahæfni virðast hafa áhrif á tannáttuáættu barna og unglinga.

Árið 2013 gerði heilsu- og velferðarráðuneyti Svíþjóðar rannsókn á tengslum tannheilsu barna og foreldra og notkun tannlæknaþjónustu. Því verri sem tannheilsa foreldra var, því meiri hættu var á að barn hefði tannáttu. Félagslegar aðstæður foreldra, ungir eða einstæðir foreldrar, lágt menntunarstig, fjárhagslegar aðstæður, foreldrar frá löndum utan Norðurlanda og Vestur-Evrópu og vilji þeirra til að þiggja tannlæknaþjónustu hefur bæði áhrif á tannáttuáættu barna og hversu oft börnin sækja tannlæknaþjónustu. Börn sem búa á efnalitlum svæðum þar sem hlutfall innflytjendahópa er hátt eru í aukinni áhættu á tannáttu og líklegri til að nýta ekki tannlæknaþjónustu, en börn á efnameiri svæðum (11). Ítarleg viðtöl við foreldra barna sem ekki hafa nýtt tannlæknaþjónustu sýna að þessar fjölskyldur eru oft undir miklu álagi í daglegu lífi og að þær eru ekki færar um að setja tannlæknaþjónustu barna sinna í forgang (12).

### Börn í umönnun og tannheilsa

Börnum sem ekki búa hjá báðum foreldrum og börnum sem eru í umsjá fósturfjölskyldna, er hlutfallslega oftar vísað til sérhæfðra tannlækna vegna umfangsmikillar meðferðarþarfar og vandamála við meðferð (13). Í Svíþjóð eru um 4% barna á einhverjum tímamarki frá fæðingu til 18 ára aldurs í umönnun af yfirvöldum, til dæmis fósturfjölskyldu, ungmennaheimilis eða stofnunar (svonefnd SiS-heimili fyrir ungmenni sem glíma við alvarleg andleg og félagsleg vandamál og vímuefnanotkun). Rannsóknir frá ýmsum löndum hafa sýnt að þessi börn búi við verri líkamlega- og andlega heilsu og tannheilsu, en önnur börn og að þau séu líklegri til að verða af tannlæknaþjónustu (11, 14-17). Nýleg yfirlitsgreining sýnir skort á skipulögðum ferlum sem tryggja að börn í fóstur- og fjölskyldu, sjúkrahús- og tannlæknaþjónustu. Tannlæknaþjónustan nær ekki til þeirra, þau fara hvorki í reglulegar skoðanir né fá sömu meðferð og önnur börn, hvorki áður en þau eru sett í fóstur né á fósturunartímabili og engin breyting verður á eftir að dvöl lýkur (18).

### Heimilislaus börn og tannheilsa

Heimilisleysi hefur mikil áhrif á líkamlega og andlega heilsu barna. Rannsóknir sýna tengsl milli ótryggs húsnæðis, þröngrar búsetu og slæmrar heilsu, minni líkamsþyngdar og hættu á þroskavandamálum ungra barna (19). Heimilislaus börn búa einnig við aðra áhættuþætti á borð við fátækt,

fólksflutninga, vímuefnamisnotkun og ofbeldi. Samkvæmt umboðsmanni barna (20) fer heimilislausum börnum í Svíþjóð fjölgandi en skortur er á tölfræðilegum gögnum.

Að eiga ekki heimili og neyðast til að flytja oft veldur óöryggi. Tíð skólaskipti eða löng leið til skóla og vina veldur streitu og einangrun. Fjölskyldur hafa einnig lýst erfiðleikum við að komast í samband við tannlæknaþjónustu og þekkingarleysi innan þjónustunnar um þær reglur sem gilda (21). Börn sem búa við heimilisleysi eru líklegri til að hafa slæma tannheilsu. Háar tannátutölur hafa verið birtar meðal heimilislausra barna m.a. í Bandaríkjunum, en upplýsingar um Norðurlöndin skortir (22).

### Fólk á flóttu og tannheilsa

Börn á flóttu eru í sérstaklega viðkvæmri stöðu. Aðgangur barna að tannlæknaþjónustu er mismunandi eftir því hvar í hælisleitarferlinu þau eru. Aðeins þegar þau hafa fengið dvalarleyfi eru þau kölluð inn í reglulegar skoðanir og aðeins þá er tannheilsa þeirra talin með í tölfræði. Hinsvegar er klínísk reynsla á þessu sviði þó nokkur, ekki síst frá flóttamannabylgjunni árið 2015, sem sýnir að munn- og tanntengd vandamál eru veruleg hjá umtalsverðum hluta barna á flóttu. Samkvæmt Barnasáttmálanum er ekki heimilt að mæta tannverndarþörf þessara barna með öðrum hætti en annarra barna. Árið 2017 gerði umboðsmaður barna í Svíþjóð könnun á meðal skólahjúkrunarfræðinga. Skýrslan (23) sýnir að andleg vandamál eru algeng á meðal skólabarna sem nýflutt eru til landsins, einnig að börn sem búið hafa lengi í landinu fari á mis við reglulegar læknaþjónunir.

### Aðgerðir

Vísindamenn hafa í áratugi reynt að vinna bug á ójöfnuði í munnheilsu vegna félagslegra þátta, en þrátt fyrir það sýna rannsóknir á börnum í Skandinavíu og víðar að félagslegir þættir hafa enn mikil áhrif. Verkefnið er vandamt af ýmsum ástæðum. Ójöfnuður í munnheilsu verður ekki þurrkaður út með því að beina munnheilsuáðgerðum eingöngu að þeim verst settu (6). Á þann hátt verða aðeins til nýir hópar sem alast upp við sömu aðstæður og sömu undirliggjandi þætti sem skapa ójöfnuð, einstaklings- og fjölskyldukjör, lífsstíl, nærumhverfi, siði og gildi o.s.frv. Tannlæknaþjónustur geta aðeins að litlu leyti haft áhrif á þessa þætti, jafnvel þótt sjúklingur fái bestu mögulegu meðferð. Engu að síður er mikilvægt að starfsemi tannlæknaþjónustofa sé samþætt við þau úrræði sem ákveðið er að beita til þess að minnka félagslegan ójöfnuð.

## Heilsueflandi aðgerðir

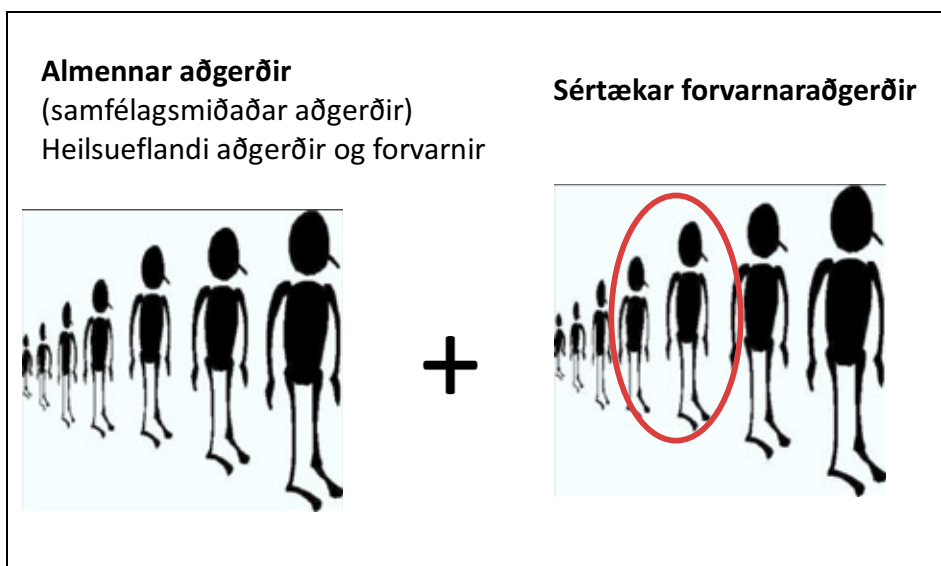
Almennar heilsueflandi aðgerðir sem beinast að almenningi í heild, einnig nefndar „upstream public health approach“ (24), eru það eina sem auðveldað geta börnum/foreldrum að bæta munnheilsu. Sem dæmi getur tannlæknaþjónustan tryggt kerfisbundið og bindandi samstarf við aðra aðila sem vinna með börnum, svo sem heilsugæslustöðvar og leikskóla, og komið á bindandi samningum um tannburstun og fræðslu um mataræði. Heilsueflandi úrræði fela einnig í sér miðlun nútímaþekkingar á meðferð tannátu, byggða á vísindalegum grunni, m.a. að tannáta sé meðhöndluð sem sjúkdómur, helst á glerungsstigi (án viðgerðar) til að draga úr þörf tannfyllinga (25). Lögbundinn réttur foreldra á upplýsingum um heilsufar barns og vali á aðgengilegri og rættmætri þjónustu (26) felur í sér að foreldrar skulu einnig fá nauðsynlegar upplýsingar um hvenær barnið greinist með tannátu í glerungi, hvort meinið sé staðbundið og hvenær þörf er á meðferð án viðgerðar. Án slíkra upplýsinga geta foreldrar ekki lagt sitt að mörkum við að halda glerungsúrkölkunum hreinum. Að auki ber að upplýsa foreldra um að góð munnheilsa frá unga aldri hafi jákvæð áhrif á almenna heilsu og munnheilsu í framtíðinni. Best væri ef „nútímalegur fræðslupakki“, þróaður í samvinnu við sérfræðinga í almannatengslum, yrði birtur á samfélagsmiðlum með reglulegu millibili til að foreldrar séu undirbúnir fyrir fyrstu heimsókn barns til tannlæknis.

## Almennar forvarnaraðgerðir

Eitt dæmi um forvarnaraðgerð, sem beinist að öllum íbúum landsins („population approach“), og sýnt hefur góð forvarnaráhrif, er tannburstun með flúortannkremi tvisvar á dag frá uppkomu fyrstu tannar (27). Dæmi um aðra víðtæka aðferð af sama tagi í Skotlandi, sem sýnt hefur tannátuhemjandi áhrif í öllum þjóðfélagshópum, er „Childsmile intervention programme“ (28).

## Sértækar forvarnaraðgerðir

Fyrir áhættuhópa er yfirleitt þörf á samhliða, sértækum forvarnaraðgerðum („High-risk approach“) (29), sem ekki eru eingöngu í höndum tannlæknaþjónustunnar. Forvarnaraðgerðir þar sem unnið er eftir „The common risk factor approach“ (30) í þverfaglegri samvinnu við aðra heilbrigðisþjónustu, hefur meiri áhrif á sameiginlega heilsutengda áhættuþætti, en án slíkrar samvinnu (29). Þar sem tannátutiðni af völdum félagslegra þátta er mest í barnæsku (Early Childhood Caries, ECC) (31) mælast vísindalegar ráðleggingar til þess að sértækar aðgerðir hefjist eins fljótt og hægt er og gjarnan fyrir fæðingu með fræðslu barnshafandi kvenna (32). Eins og áður er getið ýtir tannheilbrigði á unga aldri undir betri tannheilsu á fullorðinsárum (33). Box 1 og 2 ásamt Mynd 1 sýna mismunandi staðreyndir og aðgerðir.



Mynd 1. Áhættuhópur barna sem býr við erfiðar félagslegar aðstæður þarfnast bæði almennra- og sértækra forvarnaraðgerða (bakgrunnsmýnd sótt á Google).

Fig. 1. The risk group of socially vulnerable children needs at the same time population-based and selective preventive measures (wallpapers taken from Google).



**Staðreyndabox 1****Aðgerðir fyrir samfélagið í heild***Heilsueflandi aðgerðir*

Tekist á við mismunandi undirliggjandi orsakir lakrar munnheilsu til að auðvelda fólki að bæta munnheilsu

*Forvarnaraðgerðir*

Aðgerðir sem hafa það markmið að draga úr áhættu

**Aðgerðir sem eingöngu beinast að áhættuhópum***Sértækar forvarnaraðgerðir*

Áhersla beinist að áhættuhópum. Faraldsfræðileg og/eða félagsfræðileg gögn notuð til að bera kennsl á hópana.

**BÖRN SEM BÚA VIÐ ERFIÐAR FÉLAGSLEGAR  
AÐSTÆÐUR ÞARFNAST ALLRA ÞESSARA AÐGERÐA  
SVO VON SÉ TIL ÞESS AÐ DRAGA MEGI ÚR ÓJÖFNUÐI**

**Staðreyndabox 2**

Börn sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður mynda stóran barnahóp sem býr við aukna áhættu á slæmri tannheilsu snemma á ævinni. Tannlæknaþjónustan nær ekki til þessara barna í sama mæli og annarra barna, sem leiðir til skertrar tannverndar og hættu á verri munnheilsu ævilangt. Einstaklingsmiðaðar aðgerðir nægja ekki til að draga úr heilsutengdum ójöfnuði þessara barna. Ójöfnuður í munnheilsu ólíkra hópa kallar að auki á heilsueflandi fræðslu og forvarnir sem beinast að ákveðnum hópum. Til að það gangi upp þarf tannlæknaþjónustan að vinna með öðrum stofnunum samfélagsins að því að bera kennsl á hópana og beita heilsueflandi aðgerðum.

Viðeigandi bakgrunnsupplýsingar eru nauðsynlegar til að unnt sé að sérsníða sértækar forvarnaraðgerðir. Rannsóknir eru þverfaglegar og samvinna mismunandi fagaðila við meðhöndlun og túlkun gagna eykur gæði rannsókna og vonandi einnig tannlæknaþjónustunnar í kjölfarið. Samkeyrsla við aðra opinbera gagnagrunna, af félags-, fjárhags, og menningarlegum toga, gæti einnig komið að gagni.

**Áskoranir**

Norðurlönd hafa sérstöðu þegar kemur að skipulagi tannlæknaþjónustu og aðgengi að faraldsfræðilegum gögnum um tannátu barna og unglinga, þótt misræmis gæti í gagnaöflun, um hvaða aldurshópa gögnum er safnað og hvaða munnheilsuþættir verða fyrir valinu (1). Markmið er að heilbrigðar nýuppkomnar tennur haldist heilar og ef tannáta myndast, að komið sé í veg fyrir að hún nái til tannbeins. Hefðbundin gagnasöfnun um tíðni tannátu sem nær inn í tannbein, þ.e. þegar nútímaaðferðir við tannátu hafa mistekist (1), samræmist því ekki forvarnaraðgerðum nútímans gegn tannátu (32). Gögn frá svokölluðum lykilaldurshópum í Noregi (5-, 12- og 18 ára) gagnast því ekki í skipulagningu sértækra aðgerða gegn ECC (tannátu í barnæsku).

Eigi sértækar forvarnaraðgerðir gegn tannátu að skila árangri þarf val áhættuhópa að vera úthugsað. Þegar ná á til einstaklinga sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður eða tilheyra minnihlutahópum, hafa upplýsingar úr munnheilsuskrám verið samkeyrðar með félags-, menningar- og fjárhagslegum gögnum frá hinu opinbera (7, 28). Einnig hefur landfræðileg áhættugreining verið gerð út frá hlutfallslegri tannátuhættu í suðvesturhluta Svíþjóðar (34), með notkun landakorta, „Geo-map“ (35). Aukið umfang faraldsfræðilegra gagna hefur í för mér sér aukna þörf fyrir gagna- og tölfræðiaðstoð, bæði við vinnslu og túlkun upplýsinga.

**Dæmi um sértækar aðgerðir gegn ecc**

Orsakapættir ECC eru margþættir (36), en meginþættir eru félags-, fjárhags- og menningarlegs eðlis. ECC er flókið vandamál sem kallar á margþætt inngrip þar sem vægar upphafsáðgerðir duga yfirleitt ekki (37). Rafrænir spurningalistar fyrir foreldra sem yfirfæra svör yfir í gagnagrunna kosta lítið og eru ætlaðir til að afla bakgrunnsupplýsinga tímanlega. Best væri að spurningar um munnheilsu væru hluti upplýsinga sem aflað er á heilsugæslustöðvum, hvort sem um er að ræða þekkingu og viðhorf til munnheilsu eða áherslu foreldra á munnheilsu, fæðuveenjuri eða tannburstun foreldra og barns með flúortannkremi og brjóstagjöf móður. Munnheilsuráð ættu að vera hluti almennrar heilsuráðgjafar fyrir barnshafandi konur sem eru móttækilegar fyrir slíkum upplýsingum við að halda glerungsúrkölkunum hreinum [38]. Einnig skiptir upprunaland foreldra innflytjenda máli (7) því ákveðnir menningarheimar eru útsettari fyrir vandkvæðum tengdum munnheilsu. Fjölskyldur með slíkan bakgrunn hafa þörf

fyrir sértækar og sérsniðnar forvarnaraðgerðir, sem taka tillit til menningarþátta, oft í samstarfi við forsprakka minnihlutahópa eða starfsfólk tannlæknaþjónustu með innflytjendabakgrunn. Börn í aukinni tannáttuáættu ætti almennt að boða í skoðun strax við eins árs aldur, þar sem starfsfólk skráir tannáttu í glerungi og umfang tannskýlu. Þegar barnið er orðið eldra og fleiri tennur komnar má með tölfræðilegum útreikningum afla upplýsinga um hvaða aðgerðir á tönnum/tannflötum gagnast best, s.s. flúorlökkun, til að tannátan nái ekki inn í tannbein.

Sértækar aðgerðir fyrir eldri áhættuhópa virðast einnig skila árangri, en enn skortir upplýsingar um alla aldursþópna (39). Sama hvaða aldursþópur barna, sem býr við erfiðar félagslegar aðstæður, er valinn sem markhópur, er mikilvægt að þeir áhættuþættir sem eru ríkjandi í einum áhættuhópi, eru ekki endilega þeir sömu og í öðrum hópi, jafnvel þótt aldur sé sá sami. Því ber að greina áhættumynstur markhópsins sem aðgerðir beinast að áður en aðgerðum er hrint í framkvæmd. Mikilvægt er að sannfæra þá sem taka ákvarðanir um að þær byggi á vísindalegri þekkingu (32).

## Niðurstöður

Þrátt fyrir Barnasáttmálann búa mörg börn á Norðurlöndum við erfiðar félagslegar aðstæður, sem hafa í för með sér slæma munnheilsu. Þau þurfa bæði fræðslu og forvarnaraðgerðir sem beinist að samfélaginu í heild, en að auki sértækar forvarnaraðgerðir fyrir þann markhóp. Munnheilsa nær til margra ólíkra sviða en rannsóknir beinast aðallega að tannáttu því hún veldur mestum usla hjá börnum. Þrátt fyrir það er mikill félagslegur ójöfnuður hvað aðra tanntengda sjúkdóma varðar og þekkingu skortir um æskilegustu meðferðarúrræði þeirra svo draga megir úr ójöfnuði. Vitað er að umbætur á munnheilsu barna í erfiðum félagslegum aðstæðum þurfa að byggja á samvinnu við aðra samfélagsþjónustu, svo sem heilsugæslu, skóla og félagsþjónustu.

## Yfirlýsing vegna mögulegra hagsmunaárekstra

Höfundar staðfesta að engir hagsmunaárekstrar voru við gerð greinarinnar.

Höfundar hafa ekki þegið fjárframlag vegna hennar.

## Heimildir

1. Skeie MS, Klock KS. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management. *BMC Oral Health* 2014;14:43.
2. SVERIGES REGERING. Barnkonventionen. 2020. [sótt 1. mars 2020] Sótt af: <https://www.regeringen.se/49b764/contentassets/8caaeabf49834f16aa52df2108837b2d/fns-konvention-om-barnets-rattigheter-so-199020>
3. NORDIC COUNCILS OF MINISTERS. Do rights!: Nordic perspectives on child and

- youth participation. [vefsvæði] Copenhagen DK : Nordic Council of Ministers, 2016 [sótt 1. mars 2020] Sótt af: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:930511/FULLTEXT01.pdf>
4. NORDENS VÄLFÄRDSCENTER. Fokus på barnfattigdom. 2013. ISBN: 978-87-7919-093-1 [vefsvæði] [sótt 1. mars 2020] Sótt af: <https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/BarnfattigdomSLUT.pdf>
5. RÄDDA BARNEN. Barnfattigdom i Sverige. Rapport 2018. ISBN: 978-91-7321-376-9 [vefsvæði] [sótt 1. mars 2020] Sótt af: [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb\\_rapport\\_2018\\_final.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb_rapport_2018_final.pdf)
6. Kramer ACA, Pivodic A, Hakeberg M et al. Multilevel analysis of dental caries in Swedish children and adolescents in relation to socioeconomic status. *Caries Res* 2019;53:96-106.
7. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010;68:34-42.
8. Julihn A, Ekbohm A, Modéer T. Migration background: a risk factor for caries development during adolescence. *Eur J Oral Sci* 2010;118:618-25.
9. Wigen TI, Espelid I, Skaare AB et al. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:311-7.
10. Östberg AL, Kjellström AN, Petzold M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017;45:233-41.
11. SOCIALSTYRELSEN. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. [vefsvæði] [sótt 1. mars 2020] Sótt af: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19101/2013-5-34.pdf>
12. Hallberg U, Camling E, Zickert I et al. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent* 2008;18:27-34.
13. Gustafsson A, Amrup K, Broberg AG et al. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent* 2007;17:449-59.
14. Köhler M, Emmelin M, Hjern A et al. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatr* 2015;104:508-13.
15. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr* 2016;105:416-20.
16. Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr* 2018;107:301-6.
17. Vinnerljung B, Hjern A. Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU-kommissionen från MOCHA – Models of child health appraised. London: MOCHA/Imperial College, 2018. [vefsvæði] [sótt 1. mars 2020] Sótt af: <https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
18. Mensah T, Hjern A, Håkanson K et al. Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: health technology assessment. *Acta Paediatr* 2020;109:250-7.
19. Cutts DB, Meyers AF, Black MM et al. US Housing insecurity and the health of very young children. *Am J Public Health* 2011;101:1508-14.
20. BARNOMBUDSMANNEN. Inget rum för trygghet – barn och unga om vräkning och hemlöshet Temarapport Max18 – 2016. [vefsvæði] [sótt 1. mars 2020] Sótt af: [https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget\\_rum\\_for\\_trygghet\\_2016\\_final.pdf](https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget_rum_for_trygghet_2016_final.pdf)
21. Björkham Turesson A, ed. Hemlösa barns vardagsliv i Malmö. Utifrån ett barnrättsperspektiv. FoU rapport 2019:4. Malmö: Malmö universitet. 2019. ISBN 978-91-7877-047-2, 978-91-7877-046-5, ISSN 1650-2337. [sótt 1. mars 2020] Sótt af: [http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2\\_2\\_Turesson\\_epub%20\(1\).pdf?sequence=2](http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2_2_Turesson_epub%20(1).pdf?sequence=2)
22. Chiu SH, Dimarco MA, Prokop JL. Childhood obesity and dental caries in homeless children. *J Pediatr Health Care* 2013;27:278-83.
23. BARNOMBUDSMANNEN. Nyanlända barns hälsa. Delrapport I Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt. Stockholm 2017 [sótt 1. mars 2020] Sótt af: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
24. Watt RG. Introduction. Í: Sheiham A, Bönecker M, ritstj. Promoting Children's Oral Health: Theory & Practice. 1. útg. Sao Paulo: Quintessence Editora Ltd, 2006;1-12.
25. Raadal M, Espelid I, Crossner C. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. Er det tid for å endre strategi? *Nor Tannlegefor Tid* 2011;121:10-7.

26. STORTINGET. Lovvedtak 109 (2016-2017). Vedtak til lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.). §3-1 og §3-3: Rett til medvirkning. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende 2017.
27. STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2002. SBU-rapport 161;45-57. [sött 1. mars 2020] Sött af: [https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel\\_3\\_fluor.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel_3_fluor.pdf)
28. McMahon AD, Blair Y, McCall DR et al. Reductions in dental decay in 3-year old children in Greater Glasgow and Clyde: repeated population inspection studies over four years. *BMC Oral Health* 2011;11:29.
29. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005;83:711-8.
30. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:399-406.
31. Wennhall I, Matsson L, Schröder U et al. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J* 2002;26:167-72.
32. Pitts N, Amaechi B, Niederman R et al. Global oral health inequalities: dental caries task group--research agenda. *Adv Dent Res* 2011;23:211-20.
33. Isaksson H, Alm A, Koch G et al. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res* 2013;47:234-42.
34. Strömberg U, Magnusson K, Holmén A et al. Geo-mapping of caries risk in children and adolescents - a novel approach for allocation of preventive care. *BMC Oral Health* 2011;11:26.
35. Elliot PWJ, Best NG, Briggs DJ. *Spatial epidemiology: Methods and applications*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
36. Harris R, Nicoll AD, Adair PM et al. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004;21 (Supp 1):71-85.
37. O'Mullane D, Parnell C. Early childhood caries: a complex problem requiring a complex intervention. *Community Dent Health* 2011;28:254.
38. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler MDL. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:215-23.
39. Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant - or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. *BMC Oral Health* 2018;18:20.

## English Summary

# Oral Health challenges in children from socially deprived areas

**GUNILLA KLINGBERG, DDS, DR.ODONT, DEAN, PROFESSOR PEDIATRIC DENTISTRY, FACULTY OF ODONTOLOGY, MALMÖ UNIVERSITY, SWEDEN**

**KARIN RIDELL, DDS, DR.ODONT, ASSISTANT PROFESSOR PEDIATRIC DENTISTRY, FACULTY OF ODONTOLOGY, MALMÖ UNIVERSITY, SWEDEN**

**MARIT SLÄTTELID SKEIE, DDS, DR.ODONT, PROFESSOR EMERITA, DEPARTMENT OF CLINICAL DENTISTRY, UNIVERSITY OF BERGEN, NORWAY AND THE DENTAL HEALTH SERVICE'S CENTER, CENTRAL NORWAY (TKMIDT), TRONDHEIM, NORWAY**

ICELANDIC DENTAL JOURNAL 2020; 38: 88-95

doi: 10.33112/tann.38.1.10

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

**Keywords:** Dental services, children, social and financial aspects, oral health, prevention.

Correspondence: Gunilla Klingberg, Malmö universitet, Odontologiska fakulteten, SE 205 06 Malmö, Sverige  
[gunilla.klingberg@mau.se](mailto:gunilla.klingberg@mau.se)

Accepted for publication May 18, 2020