

TANDHÄLSA HOS MÄN INTAGNA PÅ EN SVENSK SLUTEN KRIMINALVÅRDSANSTALT

Forskning och utvärdering inom Kriminalvården



VI BRYTER DEN ONDA CIRKELN

**KRIM:
VÅRD**



Kriminalvården

Tandhälsa hos män intagna på en svensk sluten kriminalvårdsanstalt

Projektnummer 2010:176

Christer Priwe

Layout: Jenny Botvidsson, Kriminalvården 2015
Tryckning: Kriminalvården

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvården, 601 80 Norrköping
Beställningsnr: 7094
ISBN: 978-91-86903-51-0
Hemsida: www.kriminalvarden.se/publikationer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	6
INTRODUKTION	7
FRÅGESTÄLLNINGAR OCH SYFTEN	9
METOD	10
RESULTAT	12
DERMOGRAFISKA DATA	12
VERKSTÄLLIGHETSTIDER	12
DROGVANOR	12
SJÄLVRAPPORTERAD MENTAL HÄLSA	13
SJÄLVRAPPORTERAD ALLMÄN HÄLSA	13
MUNHYGIENVANOR	13
KOLHYDRATINTAG	13
TIDIGARE TANDVÅRD	13
SJÄLVUPPLEVD TANDHÄLSA	14
KLINISK TANDHÄLSA	14
ORAL HÄLSO-RELATERAD LIVSKVALITET (OHRLK)	19
DISKUSSION	22
REFERENSER	26

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att beskriva tandhälsa och tandvårdsbehov liksom tandhälsorelaterade riskfaktorer och självupplevd tandhälsa hos män intagna på en sluten svensk kriminalvårdsanstalt. Samtliga klienter med svenskt medborgarskap, intagna på de allmänna avdelningarna på Fosieanstalten under ett år inbjöds att efter skriftligt samtycke delta i studien. 186 av 204 individer accepterade att delta. Klienterna fick fylla i ett frågeformulär, intervjuades face-to-face med hjälp av ett specialdesignat intervjuformulär samt undersöktes kliniskt och röntgenologiskt.

Medelåldern hos klienterna är 35 år. Endast 11% av klienterna har en verkställighetstid överstigande 24 månader, vilket berättigar till tandvård (med undantag för akuttandvård) under verkställighetstiden enligt gällande regelverk. Riskfaktorer för tandsjukdomar förekommer i hög grad bland de intagna. 44% är utlandsfödda, 51% upplever psykiskt obehag eller ohälsa, 83,9% är rökare, 70,4% brukar narkotika, 54,8% dagligen och 32% intravenöst. 23,1% borstar inte tänder dagligen och 64,0% konsumerar kariogena produkter som sötsaker och läsk dagligen. Endast 13,4% av klienterna har regelbunden tandvårdskontakt i frihet. 49,4% har inte sökt tandvård (med undantag för akutvård) inom de senaste fem åren. Främsta anledning till att man ej besöker tandvården regelbundet uppges vara ekonomi och oregelbunden livsstil. Totala antalet kariesskadade tänder skiljer sig inte från den vuxna svenska manliga befolkningen i motsvarande åldersgrupper. Emellertid utgörs de skadade tänderna hos undersökningspopulationen huvudsakligen av obehandlade eller utdragna tänder medan antalet fyllda tänder endast utgör en mindre andel. Hos normalpopulationen råder det motsatta förhållandet. Tandköttsinflammation (gingivit) är vanligt förekommande och tandlossning (parodontit) förekommer hos 26,7% av klienterna. Åldersgruppen 20 - 29 år utgör 41% av undersökningspopulationen. De flesta av dessa individer har sina tänder i behåll, 70% är fullt betandade. Klienterna i denna åldersgrupp uppvisar i genomsnitt 2,1 tänder med obehandlad karies. Samtliga klienter i undersökningspopulationen anser att friska tänder är mycket viktigt men endast 27,4% är nöjda med sin tandstatus. Vanligaste orsaken till missnöje rör tändernas utseende eller en försämrad tuggfunktion på grund av förlorade tänder (39,8%). De intagna rapporterar vidare en försämrad tandhälsorelaterad livskvalitet, sämre ju högre ålder hos klienten.

På landets kriminalvårdsanstalter inskrivs årligen ca 10 000 individer, majoriteten med ogynnsamma socioekonomiska förhållanden i frihet och med låg konsumtion av tandvård. Majoriteten av klienterna har ej tillgång till grundläggande bastandvård under verkställighetstiden och saknar vanligen ekonomiska möjligheter att uppnå tandvårdsförsäkringens subventionsnivå.

Tandvård bör vara en del i rehabiliteringen av kriminalvårdsklientelet med målet att förbättra och bevara tandhälsan hos individer i samhällets utkant, framför allt hos unga, som fortfarande har sina tänder i behåll. Akuta infektioner bör förebyggas och inte som idag inväntas innan vård erbjuds. Vårdbehovet och inte verkställighetstidens längd bör styra rätten till behandling. Därmed kan den stigmatisering och det utanförskap, som en dålig tandhälsa medför undvikas och rehabilitering till ett normalt socialt liv underlättas.

INTRODUKTION

Epidemiologiska studier av befolkningen i olika delar av Sverige visar att tandhälsan har förbättrats under de senaste trettio åren (1). Vuxna svenskar har idag framför allt mindre karies och behåller allt fler av sina egna tänder. Tandvården i Sverige är väl utbyggd och tillgänglig för majoriteten av befolkningen. Majoriteten bland de vuxna gör regelbundna tandvårdskontroller (2). Dock finns i Sverige liksom i övriga västvärlden utsatta individer med särskilda tandvårdsbehov, för vilka den traditionella tandvården ej är anpassad och tillgängligheten begränsad (3). Till denna grupp hör bl.a. psykosocialt utsatta individer, vilka är överrepresenterade bland de intagna på flera av landets kriminalvårdsanstalter. Samtidigt som tandhälsan förbättras hos svenska 12-åringar totalt finner man att tandhälsan hos den ”värsta” tredjedelen har starkt försämrats under de senaste tjugo åren (4).

Sverige har en statlig tandvårdsförsäkring som består dels av ett årligt tandvårdsbidrag, som speciellt riktar sig till yngre (20-30 år) och äldre (>75 år) vuxna och dels ett högkostnadsskydd som täcker en del av kostanden för stora och dyra behandlingar. Uppföljningar som gjorts av Försäkringskassan och Riksrevisionen (5,6) har visat att tandvårdsbidraget inte varit ett effektivt medel att nå målet om en förebyggande tandvård hos yngre och högkostnadsskyddet, som först träder i kraft för kostnader över 3000 kr, når inte fram till individer som endast besöker tandvården vid akuta behov. Många går inte till tandläkaren trots uppenbara behov och andelen som avstår från tandvård har snarare ökat än minskat. De som avstår är ofta de med sämst resurser; unga, låginkomsttagare med kort utbildning och utlandsfödda. Det är viktigt att finna modeller med verksamt ekonomiskt stöd, uppsökande tandvård och andra insatser som når de grupper som idag är eftersatta.

Sverige har 49 kriminalvårdsanstalter med olika säkerhetsklassificering, från 1 till 3, där 1 är den högsta säkerhetsklassen och 3 den lägsta. Varje år intas ca 10000 personer på någon av dessa anstalter för att verkställa längre eller kortare påföljd för olika typer av allvarliga brott. Narkotikabrott är den vanligaste brottstypen och 40% av intagna i fängelse är dömda för ett eller flera brott mot narkotikalagstiftningen (7). Även andra brottstyper, som våldsbrott, tillgreppsbrott och rån är ofta drogrelaterade. Av individerna som intas på svenska fängelser under ett år är ca 95% män. Ca 30 % är utländska medborgare, dvs. dels personer som lever i Sverige utan svenskt medborgarskap och dels personer som bor utomlands men avtjänar sitt straff i Sverige. Ca 35 % av de intagna är mellan 20 och 30 år, ca 25 % är mellan 30 och 40 år och ca 20% är mellan 40 och 50 år.

Ett fängelsestraff kan variera från 14 dagar till livstid. Verkställighetstiden utgör vanligen 2/3 av strafftiden. Som ett led i Kriminalvårdens uppgift att främja den intagnes anpassning i samhället kan under anstaltstiden beredas tandvård genom kriminalvårdens medverkan. Fram till 2005 hade alla intagna med en verkställighetstid överstigande sex månader rätt till kostnadsfri grundläggande tandvård. 2005 ändrades reglerna för tandvård åt intagna (8). Akuttandvård ska nu beredas varje intagen som har behov av sådan. Grundläggande tandvård (kariesbehandling, profylax, ersättning av framtandsluckor) tillhandahålls först om den tid som den intagne ska vistas i anstalt är 24 månader eller mer. Uppkommer behov av undersökning eller annan tandvård under häktes- eller anstaltsvistelsen ska den intagne själv bekosta denna. Under vissa förutsättningar kan bidrag till tandvård beviljas.

Genom de nya reglerna förlorade ca 40% av kriminalvårdsintagna rätten till kostnadsfri tandvård. Idag har endast 4% av årligen intagna rätt till grundläggande tandvård. Anledningen till de förändrade reglerna uppges vara den så kallade normaliseringsprincipen, vilken innebär att samma villkor som gäller för människor ute i samhället så långt som möjligt också ska gälla de intagna i fängelserna. Det finns alltså inget hinder att dömda till kortare fängelsestraff bekostar den grundläggande tandvården med egna medel eller får hjälp utifrån med att bekosta den. Normaliseringsperspektivet syftar till att förbereda de intagna på livet efter frigivningen. Andra uttryck för Kriminalvårdens normaliseringssträvanden är självförvaltning

(intagna ansvarar själva för lokalvård, hushållsbudget och matlagning) och deltagande i ordnad sysselsättning i och utanför anstalt. Skillnaden är dock att dessa uttryck vanligen inte medför någon kostnad för den intagne. Likaså sker ca 35000 läkarbesök och 9000 psykologbesök per år inom kriminalvården, som alla är kostnadsfria för de intagna. Inom anstalterna finns ett rikligt utbud av sötsaker och läsk liksom av tobaksvaror till försäljning. Åtgärder har vidtagits för tobaksprevention medan t ex information om de skadliga följderna av frekvent konsumtion av kariogena produkter som sötsaker och läsk inte sker.

Akuttandvård syftar till att avhjälpa smärttillstånd orsakade av trauma, kariesskador och infektioner från tänder, käkar eller tandfäste. Karies och parodontit (tandlossning) har ett smygande förlopp mestadels utan subjektiva symtom, vid akutisering är skadorna ofta omfattande. En akutbehandling är temporär och måste åtgärdas permanent inom en snar framtid. Tandvårdslagen föreskriver en god tandhälsa åt hela befolkningen på lika villkor (9). Genom frihetsberövade förändras emellertid såväl villkoren för att få tandvård som att söka medel från tredje part till att bekosta denna.

Av landets 49 anstalter har ett tjugotal moderna och fullt utrustade tandkliner med kontrakterad tandvårdspersonal med intresse, rutin och kompetens att behandla ett för tandvården ofta svårhanterligt klientel. Dessa möjligheter utnyttjas endast i begränsad utsträckning.

Tandhälsan hos kriminalvårdspopulationer har tidigare studerats i ett flertal länder i världen, dock hittills ej i Sverige (10) Sammantaget visar dessa studier en sämre tandhälsa och eftersatta vårdbehov hos målgruppen jämfört med icke institutionaliserade individer. Sambandet mellan tandsjukdomar och vissa systemsjukdomar är väl dokumenterat(11,12,13). Tandhälsan påverkar den allmänna hälsan både fysiskt, mentalt och socialt. Ett dåligt tandstatus påverkar individens självbild, förstärker utanförskap och kan försvåra rehabilitering till ett normalt socialt liv.

FRÅGESTÄLLNINGAR OCH SYFTEN

Syftet med denna epidemiologiska base line tvärsnittsstudie är att beskriva tandhälsa, tandvårdsbehov och tandhälsorelaterade faktorer hos män intagna på en sluten svensk kriminalvårdsanstalt, att bedöma den självupplevda tandhälsan och kvantitativt mäta tandhälsans inverkar på livskvaliteten.

METOD

Studien ägde rum på Fosieanstalten i Malmö, vilken är en sluten anstalt med säkerhetsklass 2 och med 101 platser. Anstalten består av fyra allmänna avdelningar och fem avdelningar för särskilt resurskrävande intagna (SRI). Insamling av data skedde under 12 månader från mars 2012 till mars 2013. Under denna period mottogs 405 individer på anstalten. Av dess exkluderades 204 från studien av följande skäl:

1. Transporterade till annan anstalt direkt efter inställelsen (31 st)
2. Verkställer en andra dom under perioden (2 st)
3. Placerade på OBS-avdelning eller SRI avdelningar (78 st)
4. Icke svenska medborgare (90 st)

Samtliga återstående 204 klienter erbjöds att delta i studien. Klienterna informerades om syftet med studien och tillvägagångssättet, först muntligt av försöksledaren, varefter även ett skriftligt informationsblad överlämnades för ett skriftligt medgivande. 186 klienter accepterade att delta medan 18 (9%) avstod.

Undersökningsspersonernas åldersfördelning framgår av följande tabell:

Åldersgrupp	N	%
20-29	76	40,9
30-39	43	23,1
40-49	36	19,4
50-59	25	13,4
60-69	4	2,2
70-79	2	1,1
Totalt	186	100

Åldersfördelningen av individer som avstod från att delta i studien framgår av följande tabell:

Åldersgrupp	N	%
20-29	6	33,3
30-39	4	22,2
40-49	3	16,7
50-59	3	16,7
60-69	2	11,1
70-79	0	0
Totalt	18	100

Efter skriftligt samtycke skedde intervjun på klinikens tandläkarmottagning face-to face med hjälp av ett specialdesignat intervjuformulär. Därefter genomfördes den kliniska undersökningen. Undersökningen skedde med sond och spegel och kompletterades med bite-wing röntgen då indikation för detta förelåg. Både intervju och undersökning utfördes av försöksledaren. Kariesprevalensen bedömdes utifrån WHO-kriterium DMFT och dess komponenter D (antal tänder med obehandlad manifest karies), M (antal tänder som förlorats på grund av karies) och F (antal fyllda tänder). Den parodontala hälsan (tillståndet hos tändernas stödjevävnader) bedömdes med hjälp av graderad sond utifrån det enklare WHO-kriteriet community periodontal index (CPI). Munnen indelas härvid i sex delar. Det sämsta parodontala tillståndet av friskt, blödning vid sondering, fickor > 4 mm och fickor > 6 mm anges för en tand i varje sextant (14).

För att mäta den oralhälsorelaterade livskvaliten (OHRLK) användes den svenska versionen av frågeformuläret Oral Health Impact Profile (OHIP-14) (15). I samband med introduktionen lämnades formuläret till klienten, som ombads kryssa för svarsalternativen och därefter ta med det till intervjun och den kliniska undersökningen, som skedde några dagar efter introduktionen. Om ej klienten fyllt i formuläret skedde ifyllandet i samband med intervju och undersökning.

Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Lund samt av Strålskyddskommittén i Malmö.

För statistiska beräkningar har SPSS software package använts (SPSS for Windows v. 14,0, SPSS Inc, Chicago, Ill., USA). Frekvenser, medelvärden och standardavvikelse är angivna. Differenser mellan grupper är ej testade statistiskt utan redovisas här endast numerärt.

RESULTAT

Dermografiska data

56 % av deltagarna är födda i Norden, 23 % är födda i Europa utanför Norden och 21 % är födda utanför Europa

18 % av deltagarna saknar gymnasial utbildning, övriga har minst 10 års skolgång.

73 % av deltagarna saknade arbete vid inställelsen och 37 % saknade bostad.

Verkställighetstider

Verkställighetstid	Frekv	%
< 6 mån	83	45
6 - 24 mån	82	44
> 24 mån	21	11
Totalt	186	100

Drogvanor

156 individer ä(84%) är rökare.

Genomsnittsålder för rökdebuten är 14 år

24 individer (13%) uppger sig vara alkoholberoende

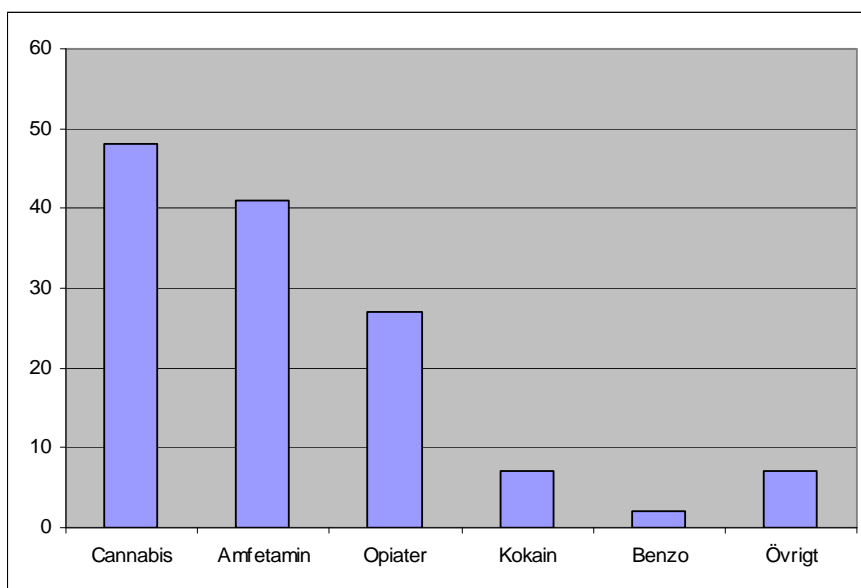
Genomsnittsålder för alkoholdebut bland dessa är 13 år

132 individer (71%) uppger någon form av narkotikabruk.

102 (55%) uppger dagligt bruk.

59 (32%) uppger intravenöst bruk.

Huvuddrogerna bland brukarna fördelade sig enligt följande diagram



Genomsnittsålder för narkotikadebuten är 16 år (R = 9 - 40 år)

Genomsnittstiden för narkotikabruket är 18 år (R = 9 - 40 år)

Självrapporterad mental hälsa

92 individer (51%) upplever psykiskt obehag eller psykisk ohälsa som sömnsvårigheter, oro, ångest, nedstämdhet, depression mm.

39 individer (21%) har diagnosticerad ADHD

Självrapporterad allmän hälsa

104 individer (56%) uppger fysiska symtom eller fysisk sjukdom med följande fördelning

Kronisk hepatit	30%
Muskuloskeletal sjukdomar	15%
Cardiovaskulära sjukdomar	5%
Astma	5%
Sjukdomar i matsmältningsorganen	5%
Diabetes	5%
Neurologiska sjukdomar	5%
Hudsjukdomar	1%
Sjukdomar i urinorganen	1%
Tumörer	1%

Munhygienvanor

143 individer (77%) uppger att man borstar tänderna minst en gång/dag

Kolhydratintag

119 individer (64%) uppger dagligt intag av lätt fermenterbara kolhydrater

Tidigare tandvård

161 individer (87%) saknar regelbunden tandläkarkontakt. Tidpunkt för senaste tandsanering (undantaget akuttandvård) framgår av följande tabell:

Tandvård senast	N	%
< 2 år	35	19
2- 5 år	59	32
> 5 år	92	49

Anledningen varför regelbunden tandläkarkontakt saknas framgår av följande tabell:

Anledning	N	%
ekonomi	41	24
livsstil	41	24
behov saknas	44	26
rädsla	24	14
annan orsak	11	6

Självupplevd tandhälsa

Samtliga deltagare anser att friska tänder är mycket viktigt. 135 individer (73%) är missnöjda med sin tandstatus. Vanligast är missnöje med tändernas utseende eller tuggfunktionen 74 individer (40%). 31 individer (17%) grundar missnöjet på ett reparativt behandlingsbehov (hål i tänderna), 20 individer (11%) uppger tandvärk och 10 individer (5%) uppger parodontologiska problem (tandsten, blödande tandkött) som orsak till sitt missnöje

Klinisk tandhälsa

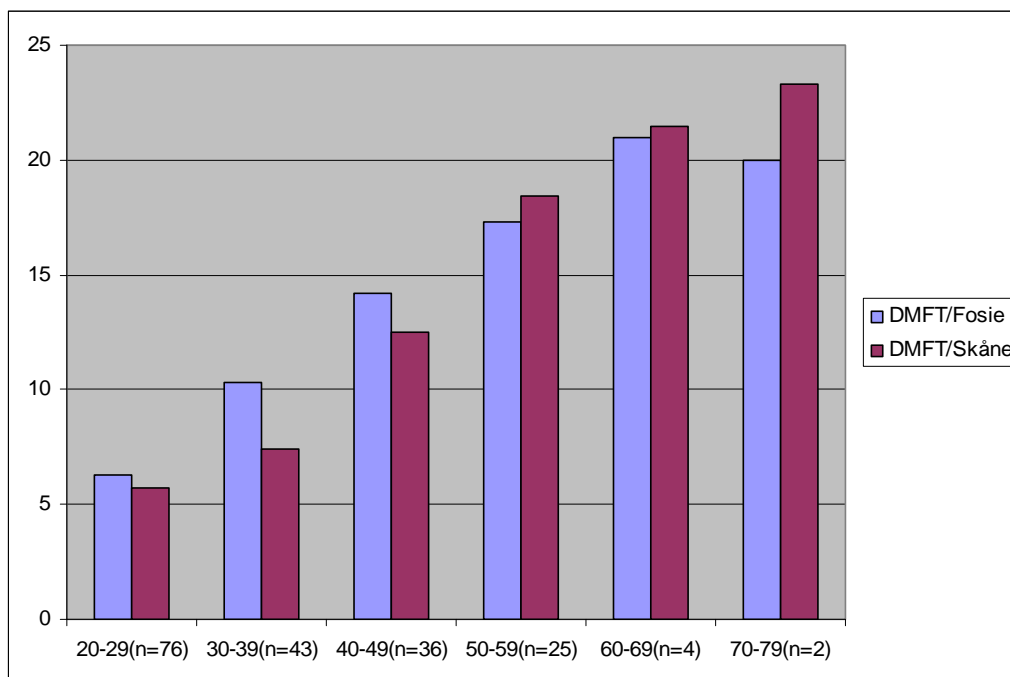
Medeltalet DMFT (totala antalet kariesskadade tänder) per individ i de olika åldersgrupperna framgår av följande tabell (inom parentes standardavvikelse):

Åldersgrupp	Genomsnitt DMFT/individ
20-29 (N=76)	6,3 (4,6)
30-39 (N=43)	10,3 (7,4)
40-49 (N=36)	14,2 (6,7)
50-59 (N=25)	17,3 (8,7)
60-69 (N=4)	21,0 (8,4)
70-79 (N=2)	20,0 (11,3)
Totalt (N=186)	10,7 (7,8)

11 individer (6%) är kariesfria (DMFT=0). 7 av dessa är under 30 år.

För att få en uppfattning om hur kriminalvårdsklienteletets tandhälsa förhåller sig till en icke institutionaliserad population används en studie som genomförts i Skåne under 2007-2008 på 451 individer i åldrarna 20–89 år som jämförelse (16). Denna studie omfattar både män och kvinnor men ingen signifikant skillnad förelåg mellan könen beträffande kliniska fynd.

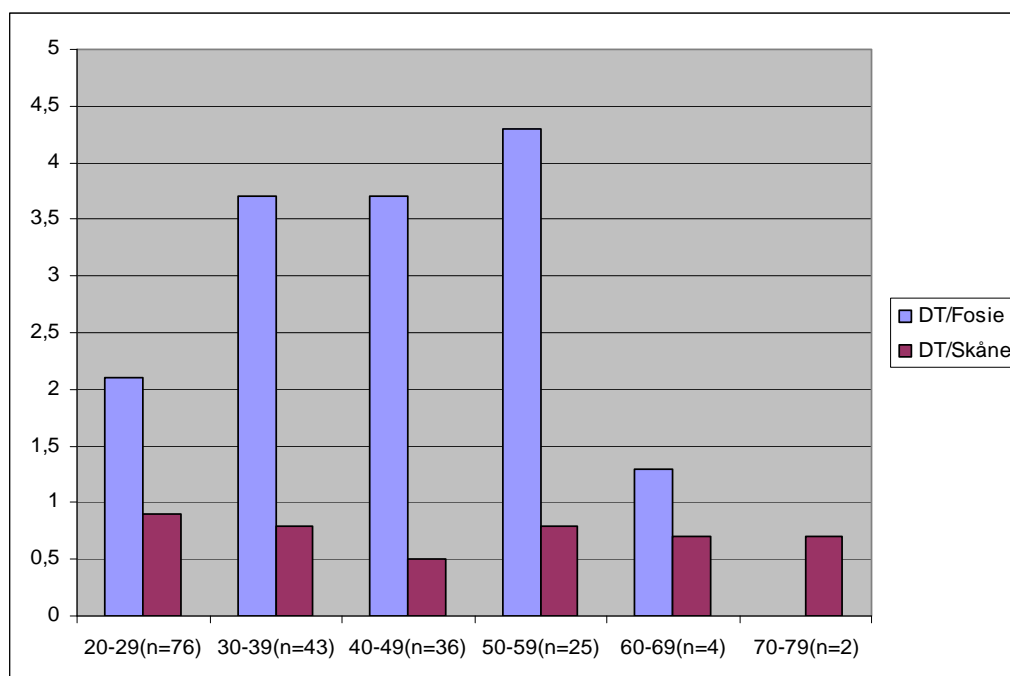
Medeltalet DMFT per individ i förhållande till normalpopulationen framgår av följande diagram



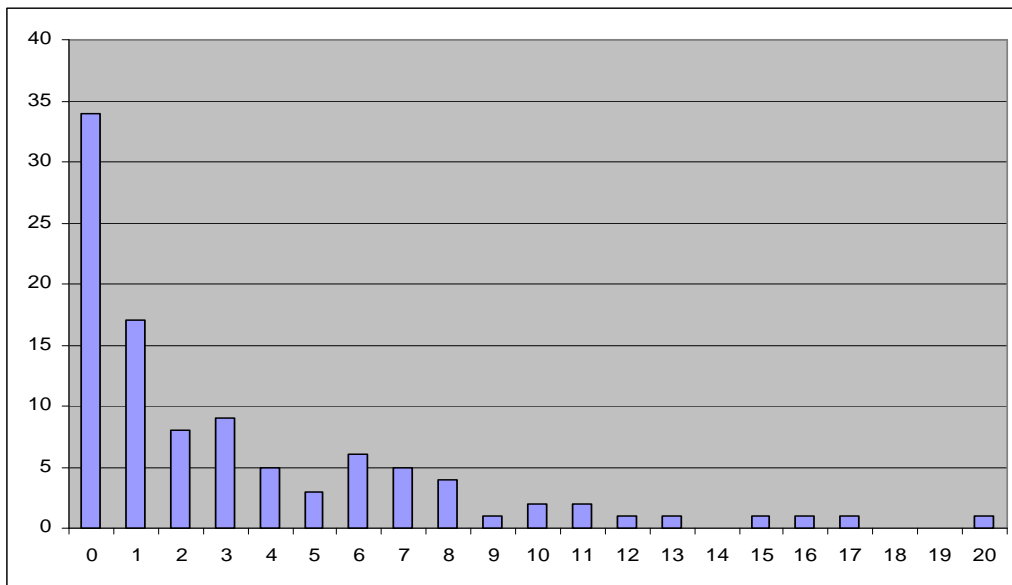
Medeltalet tänder med obehandlad karies (olagade hål) per individ (DT) i de olika åldersgrupperna framgår av följande tabell (inom parentes standardavvikelse):

Åldersgrupp	Genomsnitt antal tänder/individ med obehandlad karies
20-29 (N=76)	2,1 (3,0)
30-39 (N=43)	3,7 (3,8)
40-49 (N=36)	3,7 (3,5)
50-59 (N=25)	4,3 (5,8)
60-69 (N=4)	1,2 (1,5)
70-79 (N=2)	0 (0)
Totalt (N=186)	3,0 (3,8)

Medeltalet av antal tänder med obehandlad karies per individ, DT i förhållande till normalpopulationen framgår av följande diagram



Spridningen av antalet tänder med obehandlad karies framgår av följande diagram

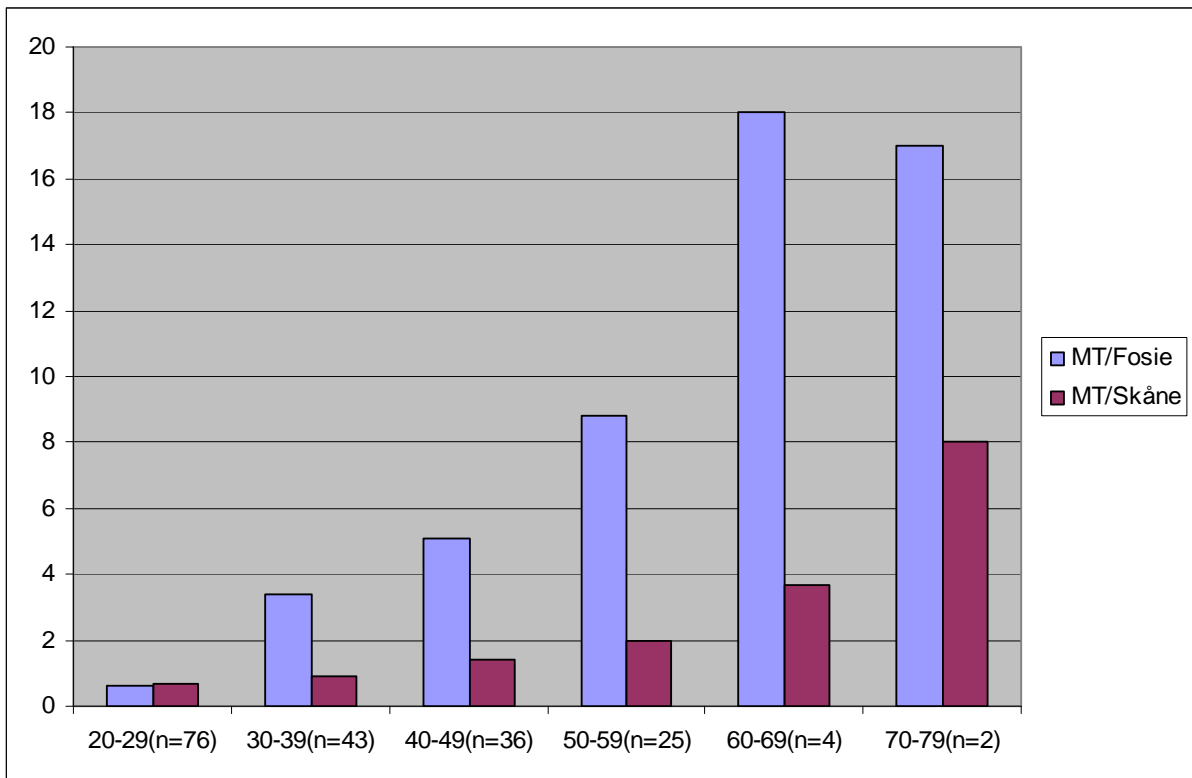


122 individer (66%) av deltagarna uppvisar någon tand med obehandlad karies, 63 individer (34%) uppvisar 1-3 tänder med obehandlad karies, 27 individer (15%) av deltagarna uppvisar 4-6 tänder med obehandlad karies och 32 individer (17%) uppvisar mer än 6 tänder med obehandlad karies.

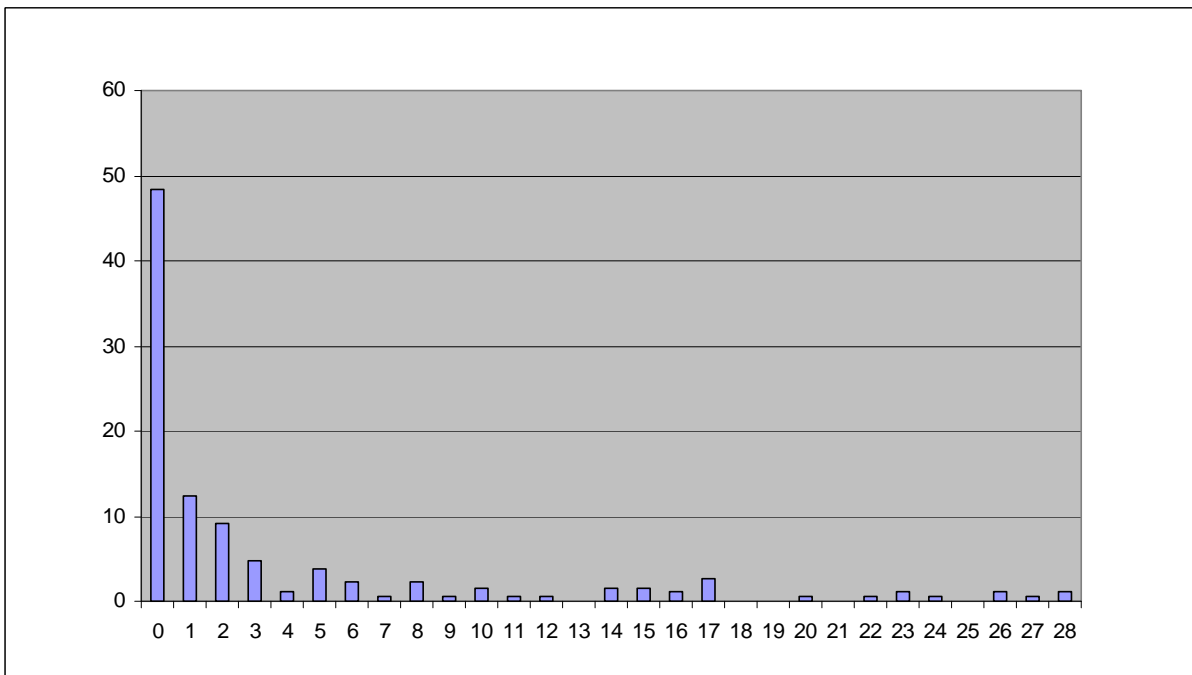
Medeltalet saknade (utdragna) tänder på grund av karies per individ (MT) i de olika åldersgrupperna framgår av följande tabell (inom parentes standardavvikelse):

Åldersgrupp	Genomsnitt antal saknade tänder/individ
20-29 (N=76)	0,6 (1,5)
30-39 (N=43)	3,4 (5,5)
40-49 (N=36)	5,1 (6,6)
50-59 (N=25)	8,8 (9,2)
60-69 (N=4)	18,0 (10,2)
70-79 (N=2)	17,0 (15,6)
Totalt (N=186)	3,7 (6,9)

Medeltalet MT per individ i förhållande till normalpopulationen framgår av följande diagram



Spridningen av antalet saknade tänder framgår av följande diagram



90 individer (48%) har alla sina tänder (MT=0). 23 individer (22%) saknar 14 eller flera tänder. Endast två av deltagarna är helt tandlösa (MT=28).

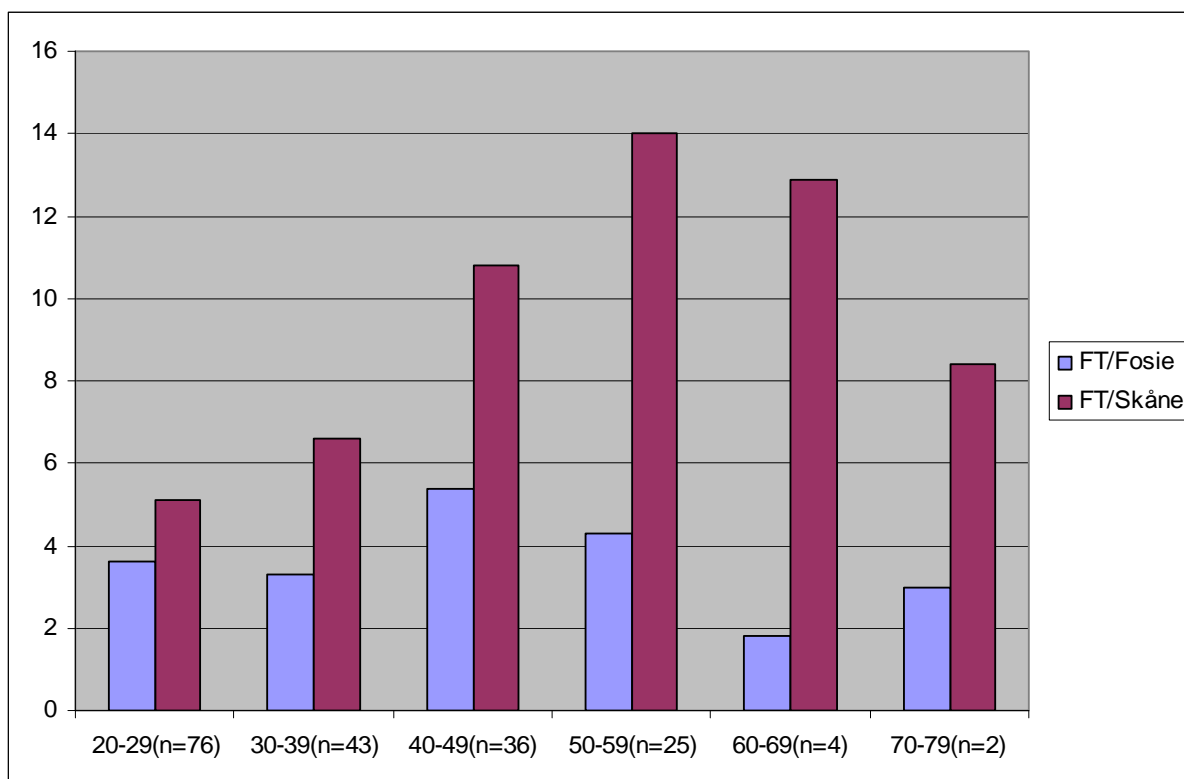
Medeltalet DT och MT per individ uppdelat på olika drogvanor framgår av följande tabell

	DT (SD)	MT (SD)
0 missbr (N=54)	1,1 (1,7)	3,6 (7,0)
Cannabis (N=48)	2,2 (3,5)	1,4 (3,6)
Amfetamin (N=41)	5,6 (5)	7,1 (7,9)
Opiater (N=27)	4,8 (3,9)	4,1 (6,6)
Intravenöst (N=48)	5,7 (4,4)	7,1 (8,2)

Medeltalet lagade tänder per individ (FT) i de olika åldergrupperna framgår av följande tabell (inom parentes standardavvikelse):

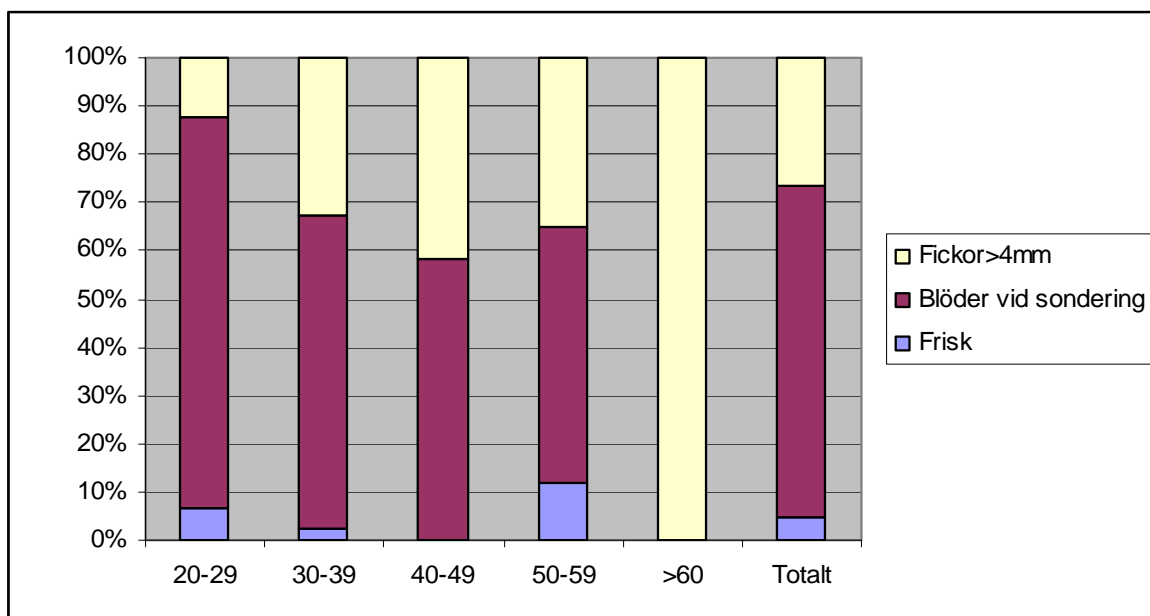
Åldersgrupp	Genomsnitt antal fyllda tänder/individ
20-29 (N=76)	3,6 (2,9)
30-39 (N=43)	3,3 (3,3)
40-49 (N=36)	5,4 (4,0)
50-59 (N=25)	4,2 (5,2)
60-69 (N=4)	1,8 (2,9)
70-79 (N=2)	3,0 (4,2)
Totalt (N=186)	3,9 (3,7)

Medeltalet FT per individ i förhållande till normalpopulationen framgår av följande diagram



Andelen individer med friskt tandkött, tandkött som blöder vid sondering samt fickor överstigande 4 mm inom de olika åldersgrupperna framgår av följande tabell och diagram (21 individer har exkluderats på grund av vägran eller omfattande tandförluster)

	20-29 N=74	30-39 N=40	40-49 N=31	50-59 N=17	>60 N=3	Totalt
Friskt tandkött	6,8	2,5	0	11,8	0	4,9
Lättblödande tandkött	81,1	65,0	58,1	52,9	0	68,5
Fickor>4mm	12,2	32,5	41,9	35,3	100	26,7
Totalt	100	100	100	100	100	100

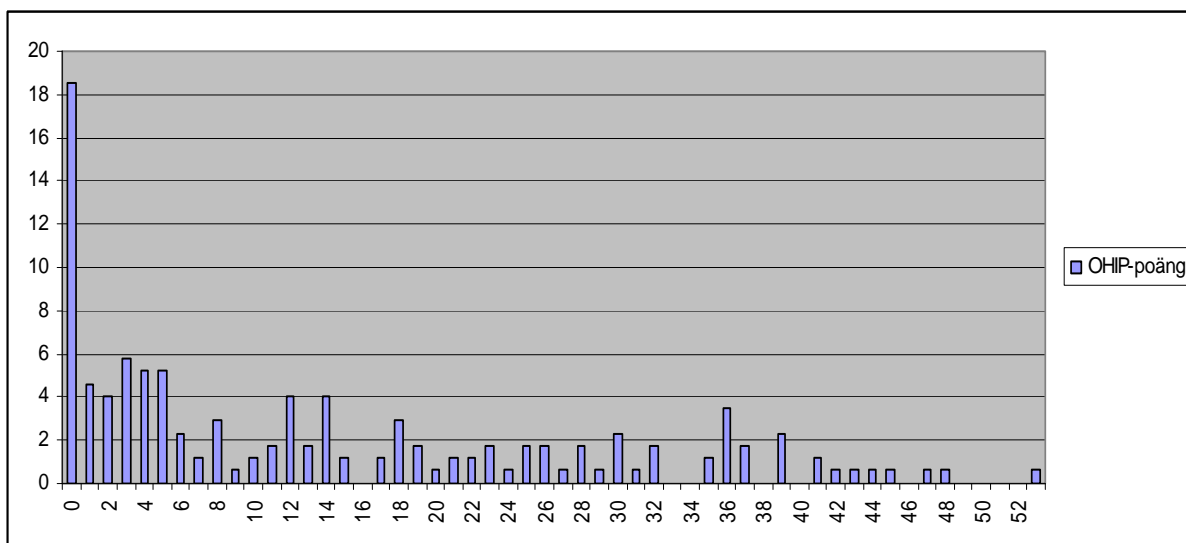


Oral hälso-relaterad livskvalitet (OHRLK)

Tandstatus inverkar på livskvaliteten och för att beskriva detta användes ett internationellt instrument, Oral Health Impact Profile (OHIP 14). Den svenska versionen av OHIP 14 har visat sig ha god validitet och reliabilitet (15). Undersökningspersonerna tillfrågas hur ofta de under ett år upplevt något av 14 olika problem på grund av sina tänder, mun eller käkar som påverkar livskvaliteten fysiskt, psykiskt och socialt. Varje fråga har fem olika svarsalternativ, vilka värderas med följande poäng: aldrig = 0, sällan = 1, ibland = 2, ganska ofta = 3, mycket ofta = 4. Den sammanlagda poängen för varje individ (max 14 x 4 = 56) är ett mått på OHRLK. Analysen sker dels utifrån medelvärdet hos individerna i de olika åldersintervallen, dels utifrån frekvensen individer som anger problem (1 till 4 poäng) i form av vart och ett av de 14 olika alternativen. 13 individer som ej fyllde i formuläret komplett uteslöts vid beräkning av medelvärdet. OHIP medelvärde (inom parentes standardavvikelse) för de olika åldersgrupperna i undersökningspopulationen framgår av följande tabell. Som jämförelse har i tabellen även angivits medelvärden för manliga individer i en studie av en svensk normalpopulation från 2009 (17).

Åldersgrupp	OHIP medelvärde Fosie	OHIP medelvärde Svensk normalpop.
20-29 (N=71)	9,5 (11,8)	6,4
30-39 (N=41)	12,9 (13,5)	5,6
40-49 (N=23)	20,1 (15,1)	8,2
50-59 (N=23)	16,5 (14,3)	7,1
60-69 (N=2)	33,0 (4,2)	4,1
70-79 (N=2)	34,0 (11,3)	4,1
Totalt (N=173)	13,9 (14,0)	5,9

Fördelningen av OHIP-poäng framgår av följande figur:



32 individer (19%) hade 0 poäng. 25 individer (14%) hade poäng mellan 1 och 3 och 51 individer (30%) hade poäng över 20.

Andelen individer i studien som upplever vart och ett av de i frågeformuläret ingående 14 olika problemen framgår av följande tabell. Som en jämförelse anges i tabellen även andelen manliga individer som angivit samma problem i studien av en svensk normalpopulation från 2009 (17).

	Fosie (% indiv.)	Svensk normalpop (% inidv.)
1. Svårighet att uttala ord	26	21
2. Kämt att smakförmågan förändrats	32	22
3. Har haft smärta i din mun	69	43
4. Har haft obehag med att äta mat	61	30
5. Kämt dig osäker	49	43
6. Kämt dig spänd	46	42
7. Har haft en otillfredsställande kost	48	44
8. Har varit tvungen att avbryta måltider	44	23
9. Haft svårt att koppla av	45	45
10. Blivit generad	47	33
11. Varit något irriterad på andra människor	22	35
12. Haft svårighet med att utföra de vardagliga sysslorna	22	21

13. Känt att livet i allmänhet varit mindre tillfredsställande	33	34
14. Varit totalt oförmögen att fungera	22	12

Vanligaste problemen var smärta och obehag i samband med måltid, som uppgavs av 69 rep. 61 % av individerna.

DISKUSSION

Utifrån åldersfördelningen är undersökningspopulationen representativ för de ca 10000 individer som årligen tas emot på svenska kriminalvårdsanstalter. Bortfallet är 9% och fördelningen mellan de olika åldersgrupperna ligger nära undersökningspopulationen (med en liten övervikt i åldersgruppen 60–69 år). Ingen av de 18 individer som valde att avstå från att delta i studien lämnade något skäl till detta. Andelen icke svenska medborgare intagna på anstaltens allmänna avdelningar utgör 22% jämfört med 30 % hos kriminalvårdspopulationen totalt i Sverige. Klienter utan svenskt personnummer exkluderades ur studien av kommunikationsskäl. Då anstalten saknade resurser för övervakning av SRI-klientelet i samband med dataupptagningen uteslöts även dessa klienter, bland vilka det t ex finns individer med psykiatriska tillstånd/samsjukdom, som utgör en mycket sårbar grupp vad gäller tandhälsan (18). Exkluderandet av utländska medborgare samt särskilt resurskrävande intagna, vilka tillsammans utgör ca 45% av målgruppen, påverkar naturligtvis undersökningsresultatet väsentligt.

45% av undersökningspersonerna har en verkställighetstid som understiger 6 månader, 44% mellan 6 och 24 månader och 11% mer än 24 månader. Fördelningen av årligen intagna på svenska kriminalvårdsanstalter totalt inom motsvarande verkställighetsintervall är ca 64%, 32% respektive 4%. I undersökningspopulationen har således endast 21 individer (11%) rätt till grundläggande tandvård och endast 4% av landets årligen frihetberövade totalt enligt gällande regelverk (8).

Bland undersökningspersonerna förekommer en lång rad faktorer, vilka kan påverka den orala hälsan negativt. Exempel på sådana riskfaktorer är ogynnsam socioekonomisk bakgrund, utländsk härkomst, psykisk sjukdom och stress, rökning och konsumtion av droger, försämrade kost-, munhygien- och tandvårdsvanor (4,19, 20, 21,22). 73% av klienterna var arbetslösa vid inställelsen och 37% saknade egen bostad. 44% är födda utanför Norden. 84% är rökare och 13% har en skadlig konsumtion av alkohol. 51% uppger psykisk stress eller ohälsa och 21% uppger diagnosticerad ADHD. 27% borstar inte tänder dagligen och 64% uppger ett dagligt intag av lätt fermenterbara sockerarter (sötsaker och läsk). Endast 13% av de undersökta går regelbundet till tandläkare och 50 % har inte låtit undersöka och behandla sina tänder (undantaget akutbehandling) inom de fem senaste åren. Som jämförelse har 85% av individerna som ingår i Skånestudien regelbunden tandvårdskontakt (2). Orsaken till oregelbunden tandvårdskontakt uppges vara ekonomi (25%), livsstil (25%), ej upplevt behov (27%) och rädsla (15%). 7% uppgav andra orsaker.

En allt större del av kriminalvårdsklientelet utgörs av personer med drogmissbruk. Av nyintagna under 2006 utgjordes 60% av narkotikamissbrukare, en ökning med 13% sedan 1997 (7). Inom undersökningspopulationen uppger 71% av individerna någon form av narkotikabruk, 55% dagligt bruk och 31% intravenöst.

Alltsedan drogmissbruk började breda ut sig i länder i västvärlden under 60-talet har klientelet varit en för den allmänna tandvården svårhanterlig grupp (23,24). Förutom ekonomiska hinder brister klientgruppen i motivation och Kooperation (25). Under många år rådde osäkerhet om hur problemet med blodsmitta, först hepatit B och sedan hepatit C och HIV, skulle hanteras inom tandvården (26). Under senare år har fokuserats på hemlösheten, både i och utanför Sverige och med denna sammanhängande tandhälsoproblem (27,28). En mängd studier har publicerats under åren som belyst drogmissbrukares försämrade tandhälsa (29,30), begränsade tillgång till tandvård och därmed uppdämt tandvårdsbehov (31,32), negativa attityder gentemot patientgruppen bland tandvårdspersonal (33) och behovet av ett mera utvecklat samarbete mellan tandvård och andra vårdgivare och finansiärer (34,35). Drogerna eller effekten av drogerna påverkar i sig strukturerna i munhålan men livsstilsfaktorer med oordnade levnadsförhållanden i frihet är troligen den viktigaste faktorn bakom den försämrade tandhälsan (36,37,38,39).

Medeltalet kariesskadade tänder, DMFT i åldersgruppen 20-29 år är 6,3. Det skiljer sig något från normalpopulationens 5,7 i samma åldergrupp. DMFT ökar i båda grupperna med ålder i ungefär samma grad. Medeltalet tänder med karies i behov av fyllningsterapi, rotbehandling eller extraktion, DT är 0,9 hos normalpopulationen och 2,1 hos undersökningspopulationen i åldersgruppen 20-29 år för att sedan hos undersökningspopulationen öka successivt till 4,3 tänder i åldersgruppen 50-59 år. Hos normalpopulationen däremot ligger medeltalet DT stabilt under ett i samtliga åldersgrupper. Medeltalet förlorade tänder på grund av karies, MT är ca 0,5 i båda populationerna i åldersgruppen 20-29 år och ökar därefter kraftigt med åldern till 8,8 i åldersgruppen 50-59 år hos undersökningspopulationen mot 2,0 hos normalpopulationen. Att omvända förhållandet gäller för medeltalet fyllda tänder, FT med 3,6 respektive 5,1 hos undersökningspopulationen respektive normalpopulationen i åldersgruppen 20-29 år med en successiv ökning hos normalpopulationen till i genomsnitt 14,0 i åldersgruppen 50-59 år medan undersökningspopulationen står kvar på i genomsnitt 4,2 talar sitt klara språk: kariesade tänder hos målgruppen står kvar obehandlade tills de så småningom extraheras. Kariesprevalensen skiljer sig mellan de olika droggrupperna. Medeltalet DMFT hos undersökningspopulationen totalt är 10,7, hos icke missbrukare 8,6 och 11,9 hos missbrukare. Hos opiatmissbrukare är medeltalet DMFT 21,1, hos amfetaminister 16,4 men överraskande nog endast 7,8 hos cannabisbrukare då cannabis har en dokumenterad hämmande effekt på salivproduktionen. Intravenösa missbrukare har ett DMFT på 16,4 i genomsnitt. Gingivit (lättblödande tandkött) förekommer hos 68,5% av undersökningspopulationen och parodontit (fördjupade tandköttsfickor) förekommer hos 26,7%

Karies och parodontit är kroniska sjukdomar som båda förvärras om de lämnas utan åtgärd. Sjukdomarna har ett smygande förlopp och ger symtom först i ett avancerat stadium då vårdbehovet hunnit bli omfattande. Akuttandvård syftar till att avhjälpa smärttillstånd orsakade av trauma, kariesskador och infektioner från tänder, käkar eller tandfäste. En akutbehandling är temporär och måste vanligen åtgärdas permanent inom en snar framtid. 66 % av de undersökta individerna har obehandlad karies. 34% har 1-3 tänder, 15 % har 4-6 tänder och 17 % har 7-20 tänder med obehandlad karies. Karies är således den vanligaste sjukdomen hos undersökningspopulationen (följt av kronisk hepatit C hos 30% av individerna). Till skillnad mot andra sjukdomstillstånd är det verkställighetstidens längd som avgör om klienterna ska ha rätt till behandling av tandsjukdomar och behandlingen är dessutom avgiftsbelagd. Det rådande regelverket för tandvård på anstalt är i praktiken omöjligt att följa och tvingar anlitade tandläkare att godtyckligt tänja på gränserna. Det är anmärkningsvärt att individer i Sverige idag frihetsberövas upp till två år utan möjlighet till sjukdomsrelaterad grundläggande tandvård, åtminstone till en kostnad som är anpassad till deras rådande ekonomiska situation.

Åldersgruppen 20–29 år utgör 41% av undersökningspopulationen, medelåldern i denna grupp är 25 år, 66% av dessa missbrukar narkotika, 13% intravenöst. Vanligaste huvuddrog är cannabis (46%) följt av opiater (12%) och amfetamin (9%). 54% är födda i Sverige. 70% av dessa unga individer har alla sina tänder i behåll (MT=0). En relativt välbevarad tandstatus hos åldersgruppen är en effekt av den fria barn- och ungdomstandvården i Sverige. Genomsnitt DMFT per individ är 6,3 (6,9 för missbrukare och 5,2 för icke missbrukare) jämfört med 5,7 hos samma åldersgrupp i normalpopulationen. Medeltalet DT per individ är 2,1, hos missbrukare 2,5 och 1,2 hos icke missbrukare, jämfört med 0,9 hos normalpopulationen. 9% av klienterna är helt kariesfria (DMFT=0). 59% har minst en tand med obehandlad karies och 9% av individerna har mer än sex tänder med obehandlad karies. 12% av individerna uppvisar tandköttsfickor överstigande 4 mm och 81% lättblödande tandkött. 84% går inte till tandläkare regelbundet och 43% har ej sanerats på över 5 år, vilket innebär minst 60 000 kr i outnyttjat budgeterat tandvårdsbidrag. Oavsett behandlingsbehov ger gällande regler endast 5% av klienterna i denna åldersgrupp rätt till grundläggande bastandvård under verkställighetstiden.

Ett syfte med denna studie är att även beskriva undersökningspopulationens egen uppfattning av sin tandhälsa och sitt vårdbehov. 100% av klienterna anser att friska tänder är mycket viktigt. 27,4% är nöjda

med sina tänder. 39,8% uppger som orsak till missnöje estetisk-funktionella faktorer, dvs. att tänderna avviker från ett ideal i fråga om färg, regelbundenhet samt förekomst av utfyllda tandluckor. Detta är en normal attityd i en utseendefokuserad kultur där normen är att vara fullt betandad med fastsittande, jämna, vita tänder och där även små avvikelser från denna norm ses som ett handicap. 22,1% grundar sitt missnöje på oätgärdat carnologiskt eller parodontologiskt vårdbehov och 10,8% på akut tandvärk. Tandstatus påverkar livskvaliteten fysiskt, psykiskt och socialt. OHIP 14 är ett instrument som mäter den oralhälsorelaterade livskvaliteten. Metoden har begränsningar genom att den endast är kvantitativ och består av 14 färdiga svarsalternativ som saknar möjlighet till förklaringar eller nyansering utöver en graderade skalan från noll till fyra. Risken är också att alternativen som speglar psykologisk och social inverkan på livskvaliteten hos individer under svåra levnadsförhållanden snarare utgår från dessa än från tandstatus. Medelpoäng för hela undersökningspopulationen är 13,9 jämfört med 5,9 hos män i en svensk normalpopulation. I åldersintervallet 20–29 år är medelpoängen 9,5 hos undersökningspopulationen mot 6,4 hos normalpopulationen. Hos undersökningspopulationen ökar medelpoäng kraftigt med åldern medan den hos normalpopulationen snarare minskar något. Andra studier har visat ett samband mellan höga OHIP poäng och omfattande tandförluster (15,28). Det kraftigt stigande antalet tandförluster med stigande ålder hos undersökningspopulationen jämfört med en normalpopulation kan därför vara en förklaring till de stigande poängtal. Andelen individer hos vilka tandstatus har någon form av inverkan på livskvaliteten skiljer sig mellan undersökningspopulationen och normalpopulationen framför allt på det fysiska planet (haft smärta i munnen, haft obehag att äta, varit tvungna avbryta måltider) och i viss mån på det sociala planet (varit generad). Båda populationerna har relativt hög andel individer som påverkats på det psykologiska planet (känt sig osäker, känt sig spänd, haft svårt att koppla av). Det är förvånande att så många som drygt 30 % av individerna i båda studierna någon gång på grund av den orala hälsan känt att livet i allmänhet har varit mindre tillfredsställande.

Enligt tandvårdslagen ska varje landsting erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för. Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård och se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård (9). Kriminalvårdsklienten är en väl definierad patientgrupp med särskilda behov. På grund av ofta oordnade sociala förhållanden i frihet blir tandvård lågt prioriterad och eftersatt. Inom kriminalvården är individerna lättillgängliga, drogfria och ofta motiverade att delta i hälsofrämjande program. Genom att ge möjlighet till tandvård inom ramen för frihetsberövandet som är preventivt inriktad och utgår från vårdbehovet i stället för som idag, verkställighetstidens längd, skulle tandhälsan kostnadseffektivt kunna förbättras och bevaras hos en utsatt befolkningsgrupp och skapa förutsättning för återgång till ett normalt socialt liv för individer som hamnat i samhällets marginaler. En förbättrad tandhälsa hos denna grupp skulle innebära en vinst för samhället på sikt.

På grund av Sveriges hårda narkotikalagstiftning hamnar de flesta missbrukare i fängelse under längre eller kortare perioder någon eller några gånger under sin karriär. En dålig tandhälsa fördjupar missbrukaridentiteten, förstärker utanförskapet, ger en försämrad självkänsla och försvårar återgång till ett normalt socialt liv (40). Tandvårdens betydelse i rehabiliteringsarbetet av missbrukare är försummad och underskattad. Samhället bör underlätta möjligheterna till tandvård under drogfria perioder och tandvården bör vara en självklar del i rehabiliteringsarbetet.

Målet med en tandvård inom kriminalvården är i första hand att bevara tandhälsan för att förhindra ett tilltagande utanförskap och stigmatisering hos individer som hamnat i samhällets utkant, framför allt hos de unga, som fortfarande har sina tänder i behåll. Akuta infektioner bör självklart förebyggas och inte som idag, inväntas innan vård erbjuds. Ett första steg på vägen mot en förbättrad tandvård på landets kriminalvårdsanstalter kan vara ett mera effektivt utnyttjande av redan existerande interna tandkliniker och kompetenta tandvårdsteam. Tandvården ska vara av grundläggande sjukdomsinriktad karaktär, vilket

omfattar profylax, konserverande behandling och enkel avtagbar protetik för återställande av en acceptabel estetik och tuggfunktion. Undersökning och bedömning bör vara kostnadsfri på samma sätt som bedömning av läkare, sjuksköterska och psykolog är, för att öka motivationen hos klienterna att söka tandvård under eller efter anstaltsvistelsen. Om behandlingen ska avgiftsbeläggas bör avgiften stå i relation till klientens ekonomiska situation. Screening och basprofylax kan utföras av tandsköterska eller tandhygienist. I Sverige har idag fast protetik börjat betraktas som en mänsklig rättighet och ett privilegium som är förenat med samhällsklass. Krav eller önskemål om sådan behandling framförs tidvis av såväl klienter som vårdpersonal inom kriminal- och beroendevård. Skäl för att även avancerad protetik skulle ingå i någon form av subventionerad tandvård inom kriminalvården finns dock ej idag.

Ett stort tack till såväl personal som intagna vid Fosieanstalten, som på ett föredömligt sätt medverakt till att denna studie varit möjlig att genomföra. Tack även till Malmö högskola, Odontologiska fakulteten som finansierat studien samt till odont dr Peter Carlsson för sakkunnig handledning.

REFERENSER

1. Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Nydell, Helkimo A, Lundin S, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. Oral health of individuals aged 3 – 80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973 – 2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2005; 29:139-155
2. Lundegren N, Axtelius B, Åkerman S. Selfperceived oral health, oral treatment need and the use of oral health care of the adult population in Skåne, Sweden. *Swed Dent J* 2011;35:89-98
3. Glassman P, Subar P. Improving and maintaining oral health for people with special needs. *Dent Clinics Am* 2008;52:447-461
4. Nordenram G. Dental Health. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 16. Department of Dental Medicine, Karolinska Institutet, Huddinge, Sweden
5. Försäkringskassan. När tänderna får vänta. Analys av dem som inte har regelbunden kontakt med tandvården. *Socialförsäkringsrapport* 2012:10
6. Riksrevisionen granskar: staten och vården. *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* RIR 2012:12
7. Krantz L, Elmby J. Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 2005 – 2006. *Kriminalvården, Norrköping*
8. Kriminalvårdens författningssamling. *Kriminalvårdens föreskrifter och allmänna råd om tandvård för intagna m fl.* KVFS 2007:5
9. *Tandvårdslagen.* Svensk författningssamling 1985:125
10. Walsh T, Tickle M, Milsom K, Buchanan K, Zoiopoulos L. An investigation of the nature of research into dental health in prison: a systematic review. *British Dental J* 2008;204:683-689
11. Demmer RT, Desvarieux M. Periodontal infections and cardiovascular disease: The heart of the matter. *J of the American Dental Association* 2006;137 (Suppl.):14S-20S.
12. Lamster I, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relation between oral health and diabetes mellitus. *J of the American Dental Association* 2008;139 (Suppl.):19S-24S
13. Fowler EB, Breault LG, Cuenin ME. Periodontal disease and its association with systemic disease. *Military Medicine* 2001;166(1):85-89
14. World health organisation. *Oral Health Surveys. Basic Methods.* Geneva: World Health Organisation; 1997
15. Hägglin C, Berggren U, Hakeberg m, Edvardsson A, Eriksson M. Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care. *Swed Dent J* 2007;31(2):91-101
16. Lundegren N, Axtelius B, Åkerman S. Oral health in the adult population of Skåne, Sweden: a clinical study. *Acta Odontologica Scandinavica* 2012;Early Outline, 1-9
17. Einarsson S, Wärnberg Gerdin E, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta Odontologica Scandinavica* 2009;67:85-93
18. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Östman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009;16:263-271
19. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dental Oral Epidemiol* 2000;28(6):339-406
20. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications of action. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40 Suppl 2:44-48
21. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO global oral health programme. *Int Dent J* 2004;54(6 Suppl 1)329-343
22. Jacobsson B, Koch G, Magnusson T, Hugoson A. Oral health in young individuals with foreign and Swedish backgrounds – a ten year prospective. *Eur Arch Paediatr Dent* 2011 Jan;12(3):151-8
23. Sainsbury D. Drug addiction and dental care. *NZ Dent J* 1999;95:58-61
24. Fung EY, Giannini PJ. Implications of drug dependence on dental patient management. *Gen Dent* 2010;58(3):236-241
25. Robinson PG, Acquah S, Gibson B, Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J* 2005;198(4):219-224
26. Temple-Smith M, Jenkinson K, Lavery J, Gifford SM, Morgan M. Discrimination or discretion? Exploring dentists' views on treating patients with hepatitis C. *Aust Dent J* 2006;51(4):318-23
27. De Palma P, Frithiof L, Persson L, Klinge B, Halldin J, Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontologica Scandinavica* 2005;63:50-55

28. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;38:136-144
29. Molendijk B, Ter Horst G, Kasbergen M, Truin G-J, Mulder . Dental Health in Dutch drug addicts. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:117-119
30. Angelillo IF, Grasso GM, Sagiocco G, Villari P, D'Errico MM. Dental health in a group of drug addicts in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19(1):36-37
31. Metsch LR, Crandall L, Wohler-Torres B, Miles CC, Chitwood DD, McCoy CB. Met and unmet need for dental services among active drug users in Miami, Florida. *J Behav Health Serv Res* 2002; 29(2): 176-188
32. Johnson D, Heam A, Barker D. A pilot survey of dental health in a group of drug and alcohol abusers. *Eur J prosthodont Restor Dent* 2008;16(4):181-184
33. Dawkes M, Sparkes S, Smith M, Carnwath T. Dentists' responses to drug misusers. *Health trends* 1996;27:12-14
34. Charnock S, Owen S, Brookes V, Williams M. A community based programme to improve access to dental service for drug users. *British Dent J*2004;196:385-388
35. Laslett AM, Dietze P, Dwyer R. The oral health of street-recruite injecting drug users:prevalence and correlates of problems. *Addiction* 2008;103(11):1821-1825
36. Darling M, Arendorf T. Review of the effects of cannabis smoking on oral health. *Int dent j* 1992;42:19-22
37. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dent J* 2005;50(2):70-74
38. Katterbach M, Imfeld T, Imfeld C. Cannabis and caries – does regular cannabis use increase the risk of caries in cigarette smokers?
39. Rosenstein DI. Effects of long-term addiction to heroin. *J Public Health Dent* 1975;35(2):118-122
40. De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: A qualitative study. *Spec Care Dentist* 2005;25(6);289-295



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
Fax 011-496 36 40