

Uppdämt behov av tandvård Barn högriskgrupp för karies

Dålig tandhälsa speglar ofta andra medicinska problem hos invandrare, som vid ankomsten till Sverige inte sällan har ett uppdamt behov av tandvård. Trots detta använder de planerad tandvård i liten utsträckning, de söker oftare akut.

Karies är vanligare hos invandrarbarn än hos andra, och hos vuxna invandrapatienter möter tandläkare oväntade tandskador, som kan vara orsakade av tortyr, speciella snus- och rökvanor etc.

I internationella tidskrifter finns förvånansvärt få studier publicerade om oral hälsa hos invandrare, trots att antalet flyktingar i världen enligt FN och WHO är omkring 20 miljoner. Sjukliga tillstånd, som för bara ett eller två decennier sedan var sällsynta i svenska tandläkares eller läkares praktik, är nu aktuella i vår dagliga verksamhet.

Nya och kanske för oss obekanta sjukdomsbilder med kulturella aspekter kan göra vårdgivare osäkra vid omhändertagande av invandrapatienter [1]. Språkliga och kulturella barriärer samt kunskapsklyftor kan leda till missförstånd och frustration.

Hur förklarar man t ex för en person som aldrig varit sjuk – och som inte vet att det finns ett organ som heter lever – att han eller hon bär på ett mycket smittsamt hepatit B-virus och måste följa vissa restriktioner enligt svensk lagstiftning?

Också brist på förståelse för hur olika vårdinrättningar fungerar medför att invandrare inte utnyttjar den service som normalt står till förfogande i Sverige. Förväntningar gör att det kan ligga närmare till hands att söka hjälp från egna landsmän och anhöriga än hos pro-

fessionella inrättningar i vädlandet [2, 3].

Lågt vårdutnyttjande

Ett lågt utnyttjande av tandvård har visats för flera invandrargrupper i Sverige, och denna vårdkonsumtion ökar inte med vistelsetiden i landet. Invandrare tenderar att i högre grad söka akut än att anlita polikliniker för planerad vård [3].

Alla undersökningar om oral hälsa hos invandrare visar emellertid entydigt att såväl barn som vuxna har högre förekomst av tandsjukdomar. Detta gäller vid jämförelser både med dem som är födda i Sverige och med motsvarande grupper i flera av flyktingarnas ursprungsländer [1-7] (Figur 1).

Figur 1. Hög förekomst av obehandlad karies är vanlig bland invandrare. Kariesangreppen behöver inte enbart bero på eftersatt tandvård, utan kan även vara tecken på stress, muntorrhet till följd av mediciner med t ex lugnande preparat, ätstörningar eller förändrade kostvanor.

I en avhandling om vuxna flyktingars orala hälsa visades att genomsnittstiden mellan ankomsten till Sverige och första besöket hos tandvården var upp emot fem år. Tandvårdskonsumtionen var då avsevärt högre än för motsvarande svenska åldersgrupper. Anmärkningsvärt nog minskade den inte med ökande antal behandlingsomgångar [3].

I en undersökning av tandhälsotillståndet hos vuxna invånare i Piteå klassades 15 procent som extrema riskpatienter, dvs de hade minst tre tänder som behövde lagas och samtidigt lossningsdiagnos på minst en tand. I en annan studie av chilenska och polska flyktingar i Sverige var med samma kriterier 91 respektive 84 procent extrema riskpatienter [3].



SERIE Mångkulturell vård

Tidigare avsnitt i serien har varit införda i nr 10, 11, 12, 13, 14, 17, 19 och 20/98.

Karies hos invandrarbarn

Hos förskolebarn är enligt en avhandling invandrarbakgrund en av de viktigaste riskfaktorerna bakom kariesutveckling i åldrarna 1–3,5 år. Barn med sådan bakgrund äter mer socker, borstar inte tänderna så ofta och använder fluorortandkräm i mindre omfattning än barn med svenska föräldrar. Invandrarfamiljerna i studien tillhörde lägre socialgrupper, och mödrarna hade låg utbildning [4].

I bostadsområden med stor andel invandrare visar rapporter från folktandvården att invandrarbarn står för en oproportionellt stor del av den karies som behandlas.

Tandvårdens förebyggande insatser

Författare

MIKAEL ZIMMERMAN

odont dr, klinisk oral diagnostik, odontologiska fakulteten, Karolinska institutet, Huddinge.

ger dåligt resultat så länge informationen inte når ut även till invandrarbarrens föräldrar. Invandrare tillhör emellertid ofta en socialt mycket sårbar grupp, och etnicitet enbart bör med största försiktighet användas som förklaring när det gäller t ex tandhälsa. De sociala förhållandenas inflytande på hälsan får inte undervärderas [5].

Många invandrare har flyttat från länder med en låg sockerkonsumtion till ett land med nästan obegränsad tillgång på socker. Detta tycks emellertid inte öka de vuxnas behov av tandvård; en studie av vuxna flyktingars beräknade vårdbehov visade ingen korrelation till vistelsetiden i landet [3].

Vid ankomsten till ett nytt land står emellertid invandrarna inför så många förändringar att tandvården riskerar att bli eftersatt. Det finns starka skäl att även misstänka att situationen i hemlandet före emigrationen inte gett utrymme för tandvård. Invandrare har därför oftast ett stort uppdämt tandvårdsbehov vid ankomsten till ett nytt land [2, 3, 6].

Anorexi och tortyr kan ge typiska tandskador

Både kroppslig och mental ohälsa kan vara direkt relaterad till flyktingarnas situation. Flera undersökningar har visat en stor förekomst av psykiska besvär och även somatisering av stress bland flyktingar, t ex anorexi. Detta ger mycket typiska tandskador där insidan av tänderna, särskilt i överkäken, »fräts bort» vid kontakten med magsyra i samband med kräkningar (Figur 2).

Att fängelsevistelse och tortyr ger negativa effekter på hälsotillståndet också efter ankomsten till ett nytt land har belysts i andra artiklar i serien om mångkulturell vård.

Även en svenskfödd patient kan uppleva tandläkarens behandlingsrum som skrämmande, och för en person som upplevt fängelsevistelse och tortyr kan det bli en mycket traumatisk upplevelse när tandläkaren borrar i tänderna.

Vid akut tandvärk används en mycket svag elstimulering som ett diagnostiskt hjälpmedel för att avgöra om tanden är vital eller ej och därmed om den behöver rotfyllas. För en patient som utsatts för tortyr kan detta i en oförberedd situation leda till fruktansvärda reaktioner. Tortyr mot tänder är vanligt förekommande i flera regimer (Figur 3).

Olika kulturer har olika sätt att reagera på smärta och ångest, något som vi måste ta hänsyn till också i tandvården [8].

Guldtand statussymbol

I många av våra invandrades hemländer är det bara överklass och högre me-



Figur 2. Anorexi ger mycket typiska tandskador, där insidan (tungsidan) av tänderna »fräts bort» vid kontakten med magsyran i samband med kräkningar. Detta ses speciellt på insidan av överkäkens framtänder.



Figur 3. Av erfarenhet vet vi att tortyr mot tänder är vanligt förekommande i flera regimer. I detta fall syns två klumpiga borrhål i en tand i en annars karies- och fyllningsfri underkäke.



Figur 4. Väl synliga guldtänder och gulfyllningar är ett tecken på att individen har råd att gå till tandläkaren och blir därför automatiskt förknippat med framgång, välstånd och hög status. Dessa gulfyllningar är av varierande kvalitet, allt från gediget guld till guldfärgade stålkronor. Stålkronorna är prefabricerade och väljs efter storlek, passformen är därmed sällan optimal.



Figur 5. I latinamerikanska länder är guldinlägg vanliga som framtandsfyllningar. De utförs antingen som gjutna guldinlägg framställda av tandtekniker eller som gulddamningar med kohesivt guld. Framtänder med guldinlägg förekommer även i proteser för att få dem att se mer naturliga ut.



Figur 6. I delar av Östafrika är det vanligt att tatuera tandköttet ovanför framtänderna i överkäken, företrädesvis på tonåriga kvinnor. Tandköttet tatueras för att få en mörk färg som kontrasterar mot tändernas vithet. Tatueringen anses även stärka tänderna.



Figur 7. »Reversed smoking», dvs att cigaretten vänds med glöden in i munhålan, är vanligt i vissa asiatiska länder, speciellt Indien. Detta ger bl a upphov till förändringar i gommen.

delklass som har råd med regelbundna tandkontroller. En god tandhälsa och ett vackert leende blir därför automatiskt förknippade med framgång, välstånd och hög status. Väl synliga guldtänder och gulfyllningar är ett tecken på att individen har råd att gå till tandläkaren (Figur 4).

I vissa delar av Turkiet och Mellanöstern är det vanligt att kvinnan får en framtand i guld i morgongåva av sin nyblivne make, är han tillräckligt förmögen får hon två. I latinamerikanska länder är guldinlägg vanliga som framtandsfyllningar (Figur 5).

I de nordiska länderna liksom i Nordamerika är god tandhälsa detsamma som hela och vita tänder, och fyllningar är (även om dessa är gjorda i guld) ett tecken på sämre tandhälsa. Det är därför vanligt att invandrare med synliga guldlagningar vill ha dessa utbytta mot »vita tänder» efter en tid i Sverige.

Tatuering, rökning och »prillor»

I delar av Östafrika är det vanligt att tatuera tandköttet ovanför framtänderna i överkäken, företrädesvis på tonåriga kvinnor. Tandköttet tatueras för att

en mörk färg skall kontrastera mot tändernas vitthet (Figur 6).

Olika levnadsvanor kan ge upphov till specifika förändringar i munhålan [9]. Rökning till exempel ger mycket tydliga förändringar i munslemhinnan. I vissa asiatiska länder, speciellt Indien, är »reversed smoking» vanligt. Cigaretten vänds med glöden in i munhålan, vilket ger mycket typiska förändringar i gommen (Figur 7).

Snusleukoplakier är vanligt bland vissa svenska patienter, som får en vakuolisering av munslemhinnan [8] beroende bl a på snusets höga pH-värde. Ett modernare uttryck för detta i engelskspråkig version är »quid lesions», och då avses inte bara snus och tuggotbak utan även andra typer av »prillor»: betel, kat, kokablåd etc. Indien har t ex världens högsta förekomst av oral cancer beroende på det mycket utbredda bruket av beteltugning [10].

Bruk av narkotiska preparat ger specifika skador på tänder och munhåla, och ett tränat öga kan lätt avgöra vilket preparat en missbrukare använder. I Nordafrika och stora delar av Mellanöstern är bruket av cannabis mycket utbrett, vilket också ger typiska tandskador.

Inflammationen inte harmlös

Tand- och munhåleproblem blir ofta bagatelliserade bland invandrare. En person som missköter sin munhygien får snabbt en generell, utbredd tandköttsinflammation. Det vanligaste symtomet är att tandkötet blöder, t ex vid borstning.

Tandköttsinflammationen kan förfalla vara harmlös, men den sammanlagda ytan av en generell sådan inflammation motsvarar ett handflatestort sår. Ett kroniskt hudår av den storleken skulle få vilken vårdgivare som helst att reagera. Det finns också studier som talar för ett samband mellan kronisk lågradig inflammation och t ex hjärt-kärlsjukdomar [11].

Vad finns bakom symtomen?

Munhålan är en kroppens spegel. Genom att tandvårdspersonalen lär sig förstå processen bakom symtom och diagnoser kan man identifiera individer i riskzoner och hjälpa dem att få vård också i sjukvården. Det finns ingen annan yrkeskategori i Sverige som årligen träffar en lika stor del av befolkningen: 95 procent av alla barn och ungdomar och 70–75 procent av den vuxna befolkningen besöker årligen tandvården.

Många gånger ser vi inte processen bakom våra diagnoser tillräckligt klart. Tandvården förknippar ofta sjukdomar som t ex HIV och hepatiter med smittorisker, som dock inte utgör några problem om man följer gällande hygienfö-

reskrifter och rekommendationer. Man måste emellertid uppmärksamma att dessa patienter kan ha ett nedsatt immunförsvar och ökad blödningsbenägenhet.

En individ med oral svampinfektion kan vi snabbt få symtomfri genom en veckas behandling med lämpligt antimykotiskt preparat. Tandvården bör emellertid medverka till att denna patient får en mer omfattande utredning, t ex genom remiss till medicinsk vård, eftersom patienter med oral candidos kan ha nedsatt immunförsvar, ökad infektionskänslighet allmänt sett etc.

Och ett enkelt kariesangrepp kan vara ett symtom på t ex felaktiga kostvanor, som också påverkar vikt, näringsbalans, hjärta osv, eller på minskad salivproduktion till följd av medicinering eller förändringar i det allmänna hälsotillståndet, och det gäller för tandvårdspersonalen att inte bara åtgärda symtomen.

Samarbete för bättre tandvård

Akut och kronisk tandvärk har en stark påverkan på en individs välbefinnande. I den turbulenta situation som en invandrare befinner sig kan sådana besvär vara handikappande och negativt påverka förmågan till problemlösning och inläring. Det kan emellertid vara svårt att då klara av en mycket omfattande tandvård.

Våren 1980 inledde Tandläkarhögskolan i Huddinge (Karolinska institutet) ett unikt omhändertagande av flyktingar. Genom ett samarbete med länsarbetsnämndens flyktingdetalj i Stockholms län och dåvarande flyktingmottagningen på Rostlagstulls sjukhus erbjöds alla flyktingar i länet medicinsk och odontologisk undersökning. Den odontologiska delen innebar en undersökning av tandhälsan, akuttandvård och förebyggande insatser. När flyktingdetaljen upphörde 1985 startades liknande samarbete med olika kommuner i Stockholms län, något som i viss mån pågår fortfarande.

Ambitionen var att utforma behovsanpassade vårdprogram och att få kontakt med flyktingarna så snart som möjligt efter deras ankomst till Sverige. Förebyggande tandvård visade sig ha en mycket god effekt när den gavs i grupp både på svenska och med hjälp av tolk på flyktingarnas modersmål. Liknande resultat har visats i andra undersökningar där information getts till hela familjen samtidigt [7].

Det primära målet måste vara att ge flyktingar och andra invandrare erforderlig akuttandvård vid smärta och infektion, liksom speciellt anpassad information för att undvika försämring av den orala hälsan. Varje grupp har egna värderingar, förväntningar och behov,

vilket olika vårdgivare måste känna till och ta hänsyn till. Tandvårdsprogram bör utföras i nära samarbete med andra närliggande yrkeskategorier men också med organisationer och myndigheter som har nära kontakt med invandrare och flyktingar.

Vid Tandläkarhögskolan, Karolinska institutet, har vi utformat program för uppsökande tandvård och använder bl a portabel tandvårdsutrustning. Att aktivt söka upp individer på t ex arbetsplatser och i skolor har också visat sig vara ett sätt att nå grupper med oregebundna tandvårdsvanor, t ex invandrare.

Referenser

1. Hugosson A, Koch G, Svensson G, red. Consensus: Tandhälsotillståndet hos olika befolkningsgrupper i Sverige. Stockholm: Invest-Odont AB, 1991.
2. Selikowitz HS. Oral health and immigrants – a study of the oral health behavior in groups of Vietnamese refugees and Pakistani immigrants in Norway [dissertation]. Oslo: University of Oslo, 1987.
3. Zimmerman M. Oral health in groups of refugees in Sweden [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1993. Swed Dent J Suppl 1993; suppl 94.
4. Grindejford M. Prediction and development of dental caries in young pre-school children [dissertation]. Karolinska institutet, Stockholm, 1995.
5. Hjern A. Migrationsmedicinsk forskning – en översikt. MFR-rapport 1. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1995.
6. Widström E. Finnish immigrants and dental care in Stockholm county [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1983. Swed Dent J Suppl 1983; suppl 19.
7. Ekman A. On dental health and related factors in Finnish immigrant children in Sweden [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, 1989.
8. Löfvander M. Kulturella aspekter på smärta: Smärtbeteende – symtom eller kommunikation? Läkartidningen 1998; 95: 1112-8.
9. Axéll T. Munslemhinneförändringar. Klinik och behandling. Stockholm: Förlagshuset Gothia, 1996.
10. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, Pindborg JJ, Bhonsle RB, Jalnawalla PN et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. Community Dent Oral Epidemiol 1980; 8: 283-333.
11. Nieminen MS, Mattila K, Valtonen V. Infection and inflammation as risk factors for myocardial infarction (review). Eur Heart J 1993; 14 suppl K:12-6.