

Behov av tandvård bland asylsökande och gömda

(med fokus
på barn)

2007/2008



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INGRESS	3
BAKGRUND	3
Epidemiologi, forskning och utveckling	4
Migration	4
Kultur & munhälsa	7
Samverkan, samsyn & samarbete	8
Styrdokument	9
Ekonomi & ersättning för tandvård av asylsökande	10
SYFTE MED KARTLÄGGNINGEN	10
METOD	10
REFERENSGRUPP	12
RESULTAT	12
DISKUSSION	17
SLUTSATSER	19
Förslag till åtgärder	21
REFERENSER	23
BEGREPP	26
LÄNKAR ATT SÖKA INFORMATION VIA:	28

Ingress

”Transkulturellt Centrum är Stockholms läns landstings kunskapscentrum i transkulturell psykiatri och asyl- och flyktingsjukvård. Centrets ”vision” är en hälso- och sjukvård samt tandvård som svarar mot den kulturella mångfalden hos befolkningen så att patienter, oberoende av bakgrund, bemöts och behandlas på lika villkor och med respekt för deras integritet, detta utifrån gällande lagstiftning och enligt gällande styrdokument”.

Inför år 2008 utökades centrets uppdrag till att även innefatta en kartläggning av behov av tandvård hos asylsökande och ”gömda”, med fokus på barnen. Arbetet syftar till att formulera förslag till; metodutveckling, rutiner, utbildningsinsatser, informationsspridning, samordning och nätverksbyggande.

Tandvård i Sverige har en separat lagstiftning och ett ersättningssystem som är skilt från den övriga hälso- och sjukvården genom att det bygger på egen finansiering för de vuxna. Barn och unga med svenskt medborgarskap har en avgiftsfri, skattefinansierad tandvård upp till och med 19 års ålder som är oberoende av myndighetsåldern 18 år. Asylsökande och flyktingar betraktas som vuxna från den dag de fyller 18 år och går då över i den egenfinansierade vården.

De asylsökande barnen, barn som lever gömda eller barn som kommer ensamma och därför saknar stöd och skydd från föräldrar är särskilt utsatta. De ensamkommande barnen kan dessutom ses som särskilt sårbara. Erfarenheter av våld, en strapatsrik flykt och andra påfrestande livsupplevelser som t ex förlust av föräldrar och eller syskon är vanligt förekommande delar i de ensamkommande barnens historier.

Ett arbete med asylsökande och människor som väljer att leva ”gömda” gör att mycket skilda världar möts. I mötet mellan behandlare och patient kan otrygghet, osäkerhet och ovisshet dominera och missförstånd är inte ovanliga. Värdet av kunskap, förståelse och tydlighet är stort för alla berörda. Utmaningarna kan vara större eller mindre inom olika sektorer men mycket är gemensamt för all hälso- och sjukvård inklusive tandvården.

Bakgrund

Sverige har under de senaste åren blivit alltmer mångkulturellt. Insatser för att främja integrationen påbörjas redan under asyltiden. Som en del av detta finns den avgiftsfria tandvården för barn och unga. Systemet som finns i Sverige är näst intill unikt i ett globalt perspektiv.

Samhällssynen på tandvården har, som synen på hälso- och sjukvården, gått från att vara kvalitativt inriktad till att mer och mer handla om olika kvantitativa mått. Mätbarhet är idag mer eller mindre ett måste, oavsett sektor eller verksamhetsområde. Detta i sin tur, har i många hänseenden inneburit att uppföljningar och utvärderingar har kunnat genomföras av t ex utförd vård, ekonomisk insats och hälsoutveckling hos befolkningen. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering och Socialstyrelsen är två myndigheter med bl a utvärdering och uppföljning i sina respektive uppdrag. Det sker även utvärderingar och uppföljningar samt kvalitetskontroller av olika karaktär och omfattning i många andra sammanhang. Från 1999 gäller dock SBU:s uppdrag även tandvården och det är det vetenskapliga underlaget för diagnostik och behandling som skall sammanställas och på ett systematiskt sätt granskas. Fakta om resultat, eller förväntade resultat, av olika insatser och åtgärder skall vägas mot de kostnader de är förenade med. En del metoder och tillvägagångssätt inom

tandvården har än idag, i jämförelse med hälso- och sjukvården, ett begränsat vetenskapligt underlag.

Evidensbaserad tandvård – EBT – (eng. Evidence-based-dentistry) innebär att behandlingsval och metodutveckling baseras på de slutsatser och rekommendationer som framkommit genom forskning och systematiska utvärderingar, på samma villkor som gäller inom sjukvården. Ett syfte med EBT är att skaffa bättre beslutsunderlag och därigenom ge förutsättningar, på alla nivåer, för att bedriva en effektiv tandvård. Det är därför också viktigt att inte bara metodernas effektivitet utvärderas, utan att det även görs ekonomiska analyser och att det prövas om det finns etiska och eller sociala aspekter som bör beaktas. Behandlare kan trots allt inte bortse från egna erfarenheter och framför allt inte från respektive patients önskemål. Att ha ett individ och patientcentrerat arbetssätt är idag en ledstjärna inom vård och tandvård. Informationsskyldighet gällande tänkt behandling och eventuella behandlingsalternativ samt därtill hörande kostnader föreligger. Alla patienter skall göras delaktiga i beslut gällande den egna behandlingen.

Socialstyrelsen genomförde under 2007 en granskning av sju läns ”hälso- och sjukvård samt tandvård” riktad till asylsökande. Endast ett av de granskade landstingen, Stockholms läns landsting, kallade asylsökande barn och ungdomar för undersökning och behandling. Vidare kom man fram till att skillnaderna i omhändertagandet av de asylsökande var störst inom tandvården, där erbjudandena gällde från ”inget alls” till fullständig undersökning och relevant vård. Från tandvårdens sida angavs problem med samverkan med t ex berörda vårdcentraler, och även problem med att få tillgång till aktualiserade uppgifter rörande aktuella asylsökande. Trots detta hade inga egna initiativ tagits för att mer konkret påverka situationen.

Epidemiologi, forskning och utveckling

Starkt sammankopplade med epidemiologi är t ex områden som folkhälsa och samhällsmedicin. Epidemiologiska data ger oss möjlighet att förstå bl a sjukdomsmönster på befolkningsnivå, riskfaktorer och hur orala hälsodata fördelar sig i en befolkningsgrupp t ex beroende på ålder, kön, bostadsort, utbildningsnivå m.m. Med epidemiologiska data kan man även göra jämförelser på flera nivåer; lokalt, regionalt, nationellt, unionellt och globalt. En viktig förutsättning för den epidemiologiska forskningen är statistiska data. Epidemiologi är också en av delarna i att kunna arbeta evidensbaserat. Sverige har en representation i Council of European Chief Dental Officers, vars mål och syfte är att utgöra ett forum för utbyte av tandvårdsfrågor vilka påverkar EU och EEA:s medlemsländer. Detta för att bl a förbättra kvaliteten på tandvården inom unionen.

Migration

Sverige kan idag betraktas som ett mångkulturellt invandringsland. De senaste fem åren har landets befolkning ökat med knappt 250 000 personer, varav invandring svarade för mer än 75% av ökningen. Enligt Migrationsverket bosatte sig totalt 99 485 invandrare i Sverige år 2007. Det totala invandringsöverskottet blev 54 067 personer då utvandringstalen medräknats.

Invandringens största grupper var medborgare i:

Land	Antal personer
Sverige (återvändande)	15 949
Irak	15 200
De nordiska grannländerna	10 464
Polen	7 523
Somalia	3 781
Tyskland	3 614
Rumänien	2 587
Thailand	2 548
Kina	2 386
Serbien	1 895

Källa: Migrationsverket, Kort om Migration 2007

Den vanligaste orsaken till att människor utanför Norden och EU får tillstånd att bosätta sig i Sverige är familjanknytning. År 2007 fick nästan 29 000 personer ur denna kategori förstahandstillstånd, samtidigt fick 18 000 personer permanent uppehållstillstånd efter asylansökan (medräknat även 1 845 kvotflyktingar). De asylsökandes nationaliteter kan sägas avspegla konflikter och fattigdom runt om i världen. Migrationsverket redovisade i januari 2008, 36 207 inskrivna asylsökande. Av dessa var 11 079 kvinnor, där flest kom från Mongoliet och 25 128, män varav de flesta kom från Afghanistan. Utav dessa var 7 605 barn i åldern 0-17 år. I gruppen barn var 1 264 utan vårdnadshavare, och den största gruppen barn kom från Irak.

De dominerande ursprungsländerna för de asylsökande i Sverige 2007 var:

Land	Antal totalt	% kvinnor	% män	Varav antal barn 0-17 år	Varav antal utan vårdn.havare
Irak	18 559	24	76	3 290	621
Somalia	3 349	48	52	640	189
Serbien	2 500	42	58	956	27
Eritrea	878	49	51	188	38
Ryssland	788	40	60	218	17
Afghanistan	609	18	82	261	160
Bolivia	567	39	61	102	4
Libanon	523	43	57	147	-
Mongoliet	519	52	48	87	9
Iran	485	33	67	86	11
Totalt	27 986			5 975	1 079

Källa: Migrationsverket

Flest barn, 0-17 år kommer från;

Flest ensamkommande barn kommer från;

Land	Flest barn 0-17 år	Land	Flest ensamkommande barn
Irak	3 290	Irak	621
Serbien	956	Somalia	189
Somalia	640	Afghanistan	160
Statslösa	314	Eritrea	38
Afghanistan	261	Kina	29
Ryssland	218	Serbien	27
Eritrea	188	Statslösa	19
Libanon	147	Ryssland	17
Bolivia	102	Burundi	12
Syrien	99	Iran	11

Källa: Migrationsverket

Antalet asylansökningar som lämnades in i Stockholms län, gällande barn 0-17 år var under år 2007 2 725 st av dessa fanns 1 189 st fortfarande registrerade i Stockholms län i augusti 2008. Unga vuxna i åldern 18-19 år uppgick till 588 st och av dessa fanns 217 kvar i Stockholms län i augusti 2008. År 2007 ökade antalet ansökningar om asyl totalt sett, jämfört med tidigare. Migrationsverket hann inte rekrytera och eller utbilda personal i den utsträckning som skulle ha varit nödvändigt för att hålla nere ansökningstiden till kortare än sex månader för det stora flertalet sökanden. Under 2007 fattades beslut i många äldre asylärenden och även detta påverkade handläggningstiden för de övriga. Migrationsverket fattade under 2007 beslut i 32 500 asylärenden och det är 73 % fler än under 2006. Kategorin inskrivna med öppet ärende (ärendet under bearbetning) blev under 2007 dominerande hos Migrationsverket samtidigt som antalet inskrivna med lagakraftvunnet avslagsbeslut var det lägsta under perioden 2003-2007. Enligt Migrationsverket saknar många asylsökande identitetshandlingar och arbetet med att klara ut oklara identiteter påverkar i stor utsträckning handläggningstiden. Dessutom har den asylsökande möjlighet att överklaga beslutet och då förlängs processen ytterligare. Sverige, Frankrike, Storbritannien och Grekland är de länder i Europa som under 2007 tog emot flest asylsökande.

Kultur & munhälsa

Individens uppfattning om den egna *munhälsan*, den sociala acceptansen av tänder och tandstatus och betydelsen av estetik är mycket beroende av och relaterade till de normer i det samhälle individen lever i. I WHO:s tidiga definition av hälsa från 1948, beskrivs begreppet som ett tillstånd av *"complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity"*. Denna definition har skrivits om och utvecklats ett flertal gånger. Många har tankar om hur begreppet skall definieras och tydas. Hälsa är inget enkelt begrepp, det kan ses ur många perspektiv. Det kan vara på individnivå och då uppdelas i flera faktorer; fysisk, psykisk, emotionell, social, andlig eller samhällsbetingad.

Den "samhällsbetingade hälsan" kan bl a relateras till fördelning av resurser och prioriteringar, sett ur det aktuella samhällets struktur, mer än ur den enskilde individens perspektiv. Detta är viktigt att beakta vid en analys av ett "behov". Vems är behovet, den enskilde individens eller samhällets? Eller gäller det att väga samman dessa båda? Begreppet "behov" har även det många definitioner. Sett ur ett individperspektiv kan behov delas upp som t ex varande av fysiologiska, psykologiska eller sociala karaktärer.

Behov kan anses vara primära eller sekundära. Primära behov är viktigast och kan ses som nödvändiga medan sekundära behov inte är nödvändiga utan kan anstå. För att analysera behov krävs ett brett tänkande och för att kunna åtgärda behov krävs ofta flera insatser oavsett om det är på individ- eller samhällsnivå.

WHO har även formulerat en definition av oral hälsa; *"Oral health is a state of being free from chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral sores, birth defects such as cleft lip and palate, periodontal (gum) disease, tooth decay and tooth loss, and other diseases and disorders that affect the oral cavity. Risk factors for oral diseases include unhealthy diet, tobacco use, harmful alcohol use, and poor oral hygiene"*. År 2003 gav WHO ut en rapport om oral hälsa, där läggs vikt vid det orofaciala komplexet (mun-svalg-ansikte) och dess betydelse för många livsviktiga funktioner för den goda hälsan, och god livskvalitet. Tveklöst är att munnen, den friska och fungerande munnen, är av stort värde för den enskilde individen. Dels i mötet med andra människor då andedräkten, tänderna och tändernas utseende samt placering i munnen är en viktig del i det första intryck som ges till omvärlden och dels som en viktig del i det egna välbefinnandet.

Talet påverkas av tänderna vid forandret av ljud och nutritionen är avhängig av god tuggförmåga och en fungerande sväljfunktion, detta oavsett ålder och individ. Som vuxen kan tänderna och deras utseende samt förmågan att tala tydligt vara direkt avgörande för det första intryck som ges i t ex en arbetssökande situation, vid telefonkontakter eller i en grupp t ex på ett "Jobbtorg". För barn kan "mobbing" eller känsla av att vara avvikande enkelt uppstå vid en jämförelse av hur andra barn i t ex en klass eller annan barngrupp ser ut. Barns kunskap och insikt i orsaker till t ex tandlöshet är begränsad. Förmågan att fungera ohämmt i sociala sammanhang har stark koppling till bl a munnen. För barn och växande individer är munnen kanske än mer viktig och friska tänder har ett ännu större värde. Nutritionen är avgörande för tillväxt och utveckling. Förmågan att tala och forma ljud korrekt startar och utvecklas genom upprepade träning tidigt i livet. Avsaknad av tänder i frontala munnen under tidiga barnaår kan även påverka andning och sömn som i sin tur också är av avgörande betydelse för tillväxt och utveckling i övrigt. Att slippa utstå smärta är dessutom grundläggande och bland det viktigaste.

Samverkan, samsyn & samarbete

I skriften ”Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa”, utgiven av Socialstyrelsen i samarbete med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen 2007, beskrivs värdet av och skyldigheten till att sträva efter en fungerande samverkan mellan olika myndigheter och verksamheter som möter utsatta barn. Skyldigheten ses både som allmän och särskild. Den allmänna skyldigheten regleras bl a enligt 6§ Förvaltningslagen (1986:223) och genom 8§ i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). Enligt 2f i HSL och 3§ i Tandvårdslagen (1985:125) regleras en särskild skyldighet med utgångspunkt i 14 kap. 1§ Socialtjänstlagen (2001:453).

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och unga får det stöd och skydd de kan behöva då de är särskilt utsatta. Vidare framhålls att samverkan är något som skall ses som mer bestående än enbart ett samarbete, vilket ofta kan vara ”personbundet”. Uthållig samverkan är en komplex process, det kräver prioriteringar, kontinuerlig kunskapsöversikt och god och gedigen planering. Förankring och engagemang på högsta chefsnivå är en förutsättning för varaktighet och genomslagskraft. Det råder en stor enighet om att de som kommer i kontakt med barn och ungdomar i sin yrkesutövning behöver samverka. Denna samverkan skall ske, såväl kring enskilda barns och ungdomars situation som på ett övergripande plan gällande grupper.

Behovet av samsyn gällande hälsa och etableringsperioden i Sverige uppmärksammades under 2003 av Integrationsverket och Migrationsverket som kallade till ett första möte med berörda instanser och myndigheter. Första mötet var på generaldirektörs nivå och syftet var att få till stånd en överenskommelse gällande integration och hälsa enligt de integrationspolitiska målen. Överenskommelsen skulle bl a tydliggöra vem som har ansvar för vad och visa hur samverkan mellan hälso- och sjukvård, kommun, arbetsmarknad, skola och försäkringskassa skulle kunna skapa bättre förutsättningar för integration genom ett tydligare hälsofrämjande perspektiv. Detta arbete har sedan utmynnat i dokumentet ”*Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige*”. Dokumentet omfattar alla nyanlända, inklusive asylsökande. Bland de principer som ligger till grund för förslaget och som de medverkande parterna delar står att läsa om; Samhällets ansvar och insatser (1-5), Samverkan (6-7), Information (8-9) och Samhällets insatser kontra individens ansvar och initiativ (10-13).

Som angelägna förändringsområden med bl a följande innehåll skrevs;

1. Förbättrad samverkan

- Att utarbeta bättre samverkan mellan hälso- och sjukvård och introduktionsverksamhet/introduktionsförberedande verksamhet för att identifiera och åtgärda fysiska, psykologiska och sociala riskfaktorer för ohälsa.
- Att initiera och utveckla en fortsatt samverkan kring barns hälsa.
- Att samtliga centrala parter verkar för att parterna på lokal och regional nivå skapar eller vidareutvecklar befintliga samverkansnätverk i syfte att verka för en hälsofrämjande första tid i Sverige och motverka att ohälsa uppkommer.
- Att varje part på ett effektivt sätt säkerställer resurser för adekvata insatser och därvid överväga om stödet blir mer funktionellt för individen om det sker i samverkan eller under samråd med annan part.
- Att samverka kring en tidig kartläggning av nyanländas livssituation, bakgrund och hälsa, där planering utgår från en samlad professionell bedömning som görs i dialog med den nyanlände.

2. Förbättrad information

- Att förbättra information till asylsökande och andra nyanlända om rätten till hälso- och sjukvård.

- Att säkerställa att hälsoinformation erbjuds till samtliga personer som en naturlig del av introduktionen/förberedande introduktionen.
3. *Förbättrat nyttjande av hälsoundersökning för asylsökande och andra nyanlända*
 - Att säkerställa att alla som har erbjudits hälsoundersökning har uppfattat den som en möjlighet.
 - Att resultatet av hälsoundersökningen leder till att adekvata åtgärder genomförs.
 4. *Förbättrad hantering av frånvaro från planerade aktiviteter*
 5. *Förbättrad mottagning av funktionshindrade*
 6. *Förbättrad mottagning av barn och ungdomar*
 - Att säkerställa att förskola och skola samverkar med föräldrarna eller annan vårdnadshavare kring barnens introduktion.
 7. *Förbättrad utbildning/kompetensutveckling*
 - Att tjänstemän och chefer på lokal nivå erbjuds möjligheter till att öka sin kompetens i samverkan ur ett hälsofrämjande perspektiv samt i att stödja människors egen handlingsförmåga på ett kulturrelativt sätt.
 - Att introduktionen och dess hälsofrämjande potential realiserar genom ett kontinuerligt kvalitetshöjande arbete på nationell, regional och lokal nivå.

Styrdokument

Sverige har, i likhet med många andra länder, ställt sig bakom och undertecknat flera centrala konventioner och deklARATIONER gällande mänskliga rättigheter, barns rätt och folkrätt. Utgångspunkt för det internationella arbetet för mänskliga rättigheter är FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948. Vidareutvecklingen av rättigheterna har sedan förts in i och givit ett antal konventioner som är bindande för de anslutna staterna som t ex; Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (antagen 1966), Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (antagen 1966), International Bill of Human Rights (antogs 1976), Internationell konvention om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (1965), Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (antagen 1979), Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (antagen 1984), Konvention om barns rättigheter (antagen 1989), Europarådets konvention angående skydd för mänskliga rättigheter och fundamentala friheter (1950 samt 11 protokoll 1952-1994). Medvetenheten om och intresset för de internationella konventionerna i Sverige växer hela tiden. Dessvärre är tolkning av innebörd i denna typ av dokument och texter svår och det är inte helt tydligt att allt genomförs och inlemmas i lagstiftning. Juridisk rätt är inte självklar i något samhälle.

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl trädde i kraft 1/7 2008.

Innan dess reglerades vård och tandvård för asylsökande genom anvisningar från Socialstyrelsen. I och med lagens införande är det befast att asylsökande barn och ungdomar upp till 18 år har rätt till en vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget, (§ 4 & § 5) och detta även om de har meddelats beslut om avvisning eller utvisning.

Från 18 år skall landstinget erbjuda vård som inte kan anstå. I lagen om mottagande av asylsökande m fl (SFS 1994:137) regleras ansvaret mellan t ex Migrationsverket, Socialtjänsten och Landstinget gällande de ensamkommande barnen. Förordningen (2008:347) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl reglerar att, och visar på vilka

uppgifter Migrationsverket har skyldighet att lämna till berört landsting eller kommun, som inte ingår i landsting, där asylsökande m fl har etablerat boende. Enligt en överenskommelse mellan staten och SKL åtar sig landstingen att erbjuda samtliga asylsökande ett hälsosamtal samt en hälsoundersökning. Det är Migrationsverkets uppgift att informera asylsökande om rätten till ett hälsosamtal/en hälsoundersökning. Erbjudandet ges för att uppmärksamma sjukvårdsbehov och eventuella smittskyddsåtgärder, deltagandet baseras på frivillighet.

Ekonomi & ersättning för tandvård av asylsökande

Svensk tandvård utgår från en till största delen, av den enskilde individen egenfinansierad vård. I juli 2008 genomfördes den senaste tandvårdsreformen som bygger på ett ekonomiskt tandvårdsstöd med ett subventioneringssystem. Då den totala behandlingkostnaden, enligt en given referensprislista från Försäkringskassan, tangeras i två nivåer träder subventioner in. Kostnader upp till 3 000:- står patienten för, till 100 %. Kostnader överskjutande 3 000:- upp till 15 000:-, där utgår ersättning med 50 % och kostnader överskjutande 15 000:- ger 85 % i ersättning. Inom tandvården råder för aktörer och vårdgivare ”fri prissättning” till skillnad från hälso- och sjukvårdens offentliga system som bygger på fastställda avgifter oavsett ingrepp. Detta ger att patienten kan komma att betala mer än 3 000:- innan nivån för subventionen är nådd, beroende på prissättningen på den aktuella mottagningen. Grundprincipen är att ”lägst pris gäller” för sammanräkningen. Folktandvården har dock en enhetlig prissättning regionalt, oberoende av vilken mottagning man besöker.

Mellan staten och landstingsförbundet finns en överenskommelse om hälso- och sjukvård till asylsökande, detta innefattar även viss tandvård. Det lämnas en schablonersättning per asylsökande person från stat till landsting, och detta skall täcka kostnader för tandvård, även till gömda barn, ”bevispersoner” och inkludera tolkkostnader. Asylsökande barn och ”gömda” barn (barn med föräldrar utan uppehållstillstånd) skall ha rätt till samma tandvård som barn och ungdomar vilka är folkbokförda i länet. Asylsökande som fyllt 18 år ges akuttandvård och tandvård som inte kan anstå under förutsättning att ett giltigt LMA-kort (id-handling utfärdad av Migrationsverket) kan uppvisas, egenavgiften uppgår då till 50:-.

Syfte med kartläggningen

Att kartlägga behovet av tandvård hos asylsökande och ”gömda” och att formulera förslag till; utveckling, rutiner, utbildningsinsatser, informationsspridning, samordning och nätverksbyggande.

Metod

Data har samlats in från fyra huvudsakliga källor;

- a) Nationell och internationell forskning, statistik och epidemiologi - litteraturstudie
- b) Information från Folktandvården (FTV) och HSN i Stockholm
- c) Intervjuer
- d) Enkäter.

a) Litteraturstudie;

Arbetet inleddes med en genomgång av både nationell och internationell forskning samt annan litteratur inom områden som tangerar detta arbete; nationella styrdokument, förordningar och rekommendationer samt riktlinjer på regional nivå.

Sökningar gjordes via Google, Google Scholar, MEDLINE:New Pub med, Cochrane Library, Libris och med hjälp av Fackbiblioteket S:t Görans Sjukhus samt via hemsidor för;

CEIFO (Centrum för forskning om internationell migration och etniska relationer), Integrationsverket, Migrationsverket, Regeringskansliet, Riksdagen, Socialstyrelsen, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting), WHO (World Health Organisation) och CECDO (Council of European Chief Dental Officers).

Sökord: migration, asylsökande, gömda/papperslösa, flyktingar, hemlösa, oral hälsa, folkhälsa, tandhälsa, munhälsa, hälsoekonomi, hälso- och sjukvård, tandvård (samt engelska motsvarigheter) m fl. Dessa termer har använts var för sig eller i kombinationer.

Det finns mycket skrivet om vuxna invandrare, unga invandrare och invandrade barn i den internationella litteraturen gällande hälsa, och relativt mycket gällande munhälsa, mindre gällande behov och nyttjande av vård/tandvård m.m. Det har varit ännu svårare att hitta ny svensk forskning på området.

b) Information från Folktandvården och HSN i Stockholm

Initialt översändes ett antal frågor gällande ekonomi, rutiner, regelverk, organisation, erbjuden vård och antal vårdtillfällen till chefen för ToU (tandvård och utveckling) inom Folktandvården Stockholms Län AB. Vissa av dessa, besvarades vid ett personligt möte med berörda chefer och ansvariga inom FTV.

Offentliga redovisningar, statistik och rapporter har bearbetats och ytterligare information har inhämtats genom bl a intervju, samtal eller mailväxling med ansvariga personer inom olika områden och på olika nivåer inom Folktandvården Stockholm AB och Hälso- och Sjukvårdsnämnden, SLL.

c) Statistik & epidemiologi:

Det har varit svårt att säkert tolka viss statistik och vissa epidemiologiska data för jämförelse på internationell, unionell, nationell och regional nivå. Det kan bl a variera betydligt mellan vilka åldrar som redovisas i olika sammanhang likväl som det kan skilja i vad man redovisar. I viss epidemiologi ingår inte asylsökande och än mindre gömda barn. Styrdokument, i form av t ex lagtexter, är inte alltid kongruenta med tillämpning och praxis på myndighets- eller genomförandenivå.

d) Intervju:

I syfte att kunna ringa in och diskutera kring ”behovet” av tandvård hos asylsökande och gömda, har intervjuer gjorts. Dels genom besök i olika frivilligverksamheter, primärvård och hos BUP Lunden, och dels genom besök hos olika aktörer inom tandvården. Samtalen som då fördes var av semistrukturerad karaktär. Vid personliga möten har även några asylsökande och gömda tillfrågats.

e) Enkät:

Ett frågeformulär har skickats ut till olika personer som dels är verksamma i olika verksamheter och som där möter asylsökande och gömda, samt till några asylsökande och några gömda. Av 18 utlämnade och eller mejlade enkäter har endast 8 besvarats (några anonymt/utan avsändare). Ingen påminnelse har gjorts då det inte funnits postadresser eller telefonnummer att tillgå till alla.

Urvalet för både intervjuer och enkäter har varit riktat. Många tillfrågade har inte ansett sig ha tid för ett samtal, andra har varit osäkra på vad de har att bidra med och vissa har ifrågasatt syftet med arbetet. Detta har utgjort en begränsning. Att komma i kontakt med

asylsökande/gömnda som vill besvara frågor är inte heller enkelt och har även det varit begränsande. Där utgör förmodligen språket, i vissa fall, även det ett hinder.

Referensgrupp

Lennart Castman, leg tandläkare och klinikchef, Folktandvården i Stockholms Län AB

Pia Skarin, handläggare, HSN, SLL

Sofie Bäärnhjelm, Med.Dr, överläkare och enhetschef, Transkulturellt Centrum

Anne Johansson Olsson, leg. sjuksköterska, Med.Mag, Transkulturellt Centrum

Referensgruppen har haft två möten då gemensamma frågor har diskuterats, vissa nya frågor har då kommit i dagen och föranlett vidare arbete. Referensgruppen har också givits möjlighet att komma med kommentarer till arbetet innan publicering.

Resultat

a)

I litteratur, rapporter och statistik, både internationell och nationell, tyder allt på att behovet av tandvård är större bland asylsökande och gömnda, både gällande vuxna och barn i jämförelse med resten av befolkningen. Riskfaktorer som rökning, sämre ekonomi, lägre utbildningsnivå, allmän ohälsa m.m., som omnämns i t ex folkhälsoforskningen gällande hälsa i stort, är aktuella även gällande den orala ohälsan och förekommer i hög utsträckning i gruppen asylsökande och de som lever gömnda. Detta är dessutom i enlighet med hur vårdbehovet i övrigt ter sig för samma grupper både inom den somatiska och psykiatriska vården. Likaså kan man förmoda att behovet av tandvård kan ändra sig under den tid personen är i en asylprocess, likväl som behovet av andra vårdinsatser.

Ekonomi för tandvården totalt i Stockholms län, nettokostnad exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen 2007 per invånare, är under 400:-. Riksgenomsnittet per invånare är 528:-. Det har varit svårt att hitta jämförbara siffror gällande just asylsökande i Stockholms län och resten av landet, detta gäller även barn och ungdom. Ålder och kön är även det viktiga faktorer som tyder på skillnader, särskilt gällande de vuxna.

Att leva som gömd är en mycket påfrestande livssituation som ytterligare påverkar behovsbilden och som försvårar på många sätt. Att komma ensam som barn eller ung vuxen, är ytterligare en faktor som visar på en än mer ökad utsatthet och sårbarhet. Parodontit och karies kan betraktas som folksjukdomar, eftersom de drabbar så stor del av befolkningen. Parodontit sätts dessutom av många odontologer och forskare i starkt samband med både rökning, kraftig stress och t ex diabetes och är mer vanligt senare i livet. Medan SBU:s slutsatser efter granskning av vetenskapliga underlag gällande risken att parodontit är en delorsak t ex i den förhöjda risken att utveckla hjärtsjukdom och stroke tyder på motsägande resultat. Dessutom skriver SBU att vetenskapligt underlag saknas för att avgöra om kronisk parodontit utgör en risk för patienten att utveckla diabetes mellitus, lungsjukdom eller reumatoid artrit. Samtidigt finns tydliga samband mellan dessa sjukdomar, ökad risk för och försämrad oral hälsa bl a beroende på medicinering, försämrad läkningsförmåga och allmän påverkan på immunförsvaret och i vissa fall försämrad eller otillräcklig motorik.

Karies är en sjukdom som kan relateras till bl a kosthållning och munhygien men där även mängd saliv och ev. medicinering är av betydelse. Risken att drabbas av karies gäller hela livet, från det att första tanden har brutit igenom. Barn är särskilt utsatta för förhöjd risk för karies då "omsorgen" från de vuxna och närstående inte är stabil. Ensamkommande barn och

unga vuxna är än mer utsatta för förhöjd risk för försämrad oral hälsa. Att utgå från tidigare förekomst av karies har enligt flera vetenskapliga studier och av SBU:s arbete visat sig vara den enskilt bästa metoden att förutsäga framtida behov.

b & c)

Folktandvården i Stockholms län AB har svårt att redovisa ett faktiskt antal personer, i berörda persongrupper som varit under behandling 2007. Det redovisas endast antal avslutade behandlingsomgångar. Detta innebär att det kan vara ett mindre antal individer som fått behandling flera gånger, antingen på en och samma mottagning eller vid flera olika mottagningar. Gällande ”gömnda vuxna” är svårigheten att redovisa given vård ännu större, då dessa inte har tillgång till annan giltig identifikation än möjligtvis ogiltiga LMA-kort. Möjligt är även att vissa kan ha valt att identifiera sig med ogiltiga identitetshandlingar. Då behandlas man på samma sätt, och med samma villkor, som t ex turister. Man får en personlig räkning på full kostnad av utförd behandling.

Tabell 1: Antal behandlingsomgångar och debiterad tandvård FTV Stockholm 2007 (asyl)

Antal behandlingsomgångar		
Åldersgrupp	Antal	Belopp
0-18 år	983	2 053 367
19-60	2 413	4 268 968
61 år och äldre	107	225 676
Samtliga	3 503	6 549 011

Källa: Folktandvården Stockholms län AB, Huvudkontoret, Tandvård och Utvecklingsavdelningen

Begränsningen kan man se som en stor brist, men som kan förklaras med svårigheterna att rätt identifiera personer i asylprocessen. Folktandvården liksom hälso- och sjukvården använder sig av ”reservnummer”, och dessa är inom Folktandvården mottagningsbundna.

Ersättningen för tandvård utgörs av en schablon per asylsökande. Ersättningen skall täcka kostnader för tandvård till vuxna och barn, gömda barn, ”bevispersoner” och tolkkostnader. I den redovisade kostnaden ingår även ”externt arbete” med barn och ungdom som t ex information given på BVC och i skolor samt fluorsköljningsarbete lokalt. Enligt interna riktlinjer skall de asylsökande barnen och ungdomarna betraktas som riskpatienter och ges förebyggande vård enligt företagets Preventionsprogram. Vid bedömning av vilken vård och behandling som skall ges rekommenderas vidare att hänsyn tas till om det ännu inte är klart om barnet får stanna. Barn med omfattande behandlingsbehov erbjuds s.k. ”etappbehandling”. Först sedan de akuta besvären avhjälpats och barnen fått introduktion genomförs den fullständiga behandlingen.

Tabell 2: Asylsökande barn och ungdomar 2007, fördelning av kostnader för utförd vård

Åtgärd	fördelningen redovisad i %
Undersökning	18,3
Förebyggande insats	16
Extraktion/operation	12
Rotbehandling	5,4
Fyllningar	26,3
Protetik och övrigt	< 1
Akut	21

Källa: Folktandvården Stockholms län AB, Huvudkontoret, Tandvård och Utvecklingsavdelningen

Barn som en gång är inskrivna hos FTV som asylsökande står kvar, även om ansökan ger ett avslag och barnet/familjen väljer att "gömma sig" för att förhindra avvisning. Det finns inget "system" för att radera dessa personer per automatik, efter ett avslag. Flera av de tillfrågade i samtalen med personal inom Folktandvården i Stockholms Län AB svarade enhälligt att barn inte skall avvisas från någon mottagning utan att de skall ges tid, oavsett status. Gällande revisionsintervall för barnen är det inte helt klart vad som gäller under asylprocessen. Ortodonti (tandreglering) är en öppen fråga. Vissa barn har tandregleringsapparat vid ankomsten, andra uppvisar behov av tandreglering. Denna kostnad finns redovisad såsom varande <1 % av totala kostnaden. Den största utgiftsposten gällande barn och unga asylsökande och "gömnda" är permanenta fyllningar vilket uppgår till mer än ¼ av den totala kostnaden.

WHO har som mål för år 2020 att minst 80 % av 6-åringarna skall vara kariesfria. Detta mål hade Stockholms län inte nått 2007. Andelen **kariesfria** 7-åringar var ca 67 % .

Tabell 3: Andel barn och ungdomar med **kariesskadade** tänder i olika åldersgrupper 2003-2007, i procent

	2003	2004	2005	2006	2007
3 år	6,9	6,7	6,0	4,7	4,7
7 år	36,7	36,2	34,9	30,7	32,8
13 år	51,0	49,6	49,9	48,4	48,2
19 år	79,3	79,1	77,3	75,0	74,4

Källa HSN Tandhälsorapport 2007, HSN 0803-0494

Tendensen är dock att tandhälsan i samtliga åldersgrupper, gällande alla barn, har förbättrats över 5-årsperioden. Hur det ser ut för de asylsökande barnen går inte att utläsa enskilt.

Tabell: 4. Verksamhetstal för Tandvårdsenheten, bokslut 2007 (obs! **kariesfrihet**)

	Utfall	Mål	Utfall
	2006	2007	2007
Andelen kariesfria 3-åringar	95,0	95,0	95,3
Andelen kariesfria 3-åringar i utsatta områden	87,5	89,0	87,4
Andelen 19-åringar med kariesfria sidoytor	56,0	55,0	56,2

Källa HSN Tandhälsorapport 2007, HSN 0803-0494

I Stockholms län har det av Tandvårdsenheten definierats ett antal geografiska områden med hög kariesrisk, benämnda vårdbehovsområde 3 och 4 (se ex tab 5) vilka i stora drag sammanfaller med den socioekonomiska strukturen. I riskområde 1 eller 2 är kariesrisken betydligt lägre. Skillnaden mellan 3-åringarna i länet är påtaglig, de mindre barnen i de utsatta områdena har sämst tandhälsa, tab 4. Skillnader förekommer dock i alla åldersgrupper. Enligt Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms län avviker tandhälsan hos den tredjedel av barn och ungdomar som har sämst tandhälsa i länet, till det sämre, i förhållande till riksgenomsnittet år 2007.

Gällande de vuxna (fr o m 18 år), räknas det enligt de interna riktlinjerna upp en rad olika tillstånd som bör betraktas som krävande "omedelbar vård" eller "vård som inte kan anstå". Kostnader överstigande 2500:- förhandprövas hos ToU på Folktandvårdens huvudkontor.

Tabell 5: Asylsökande vuxna 2007, fördelning av kostnader för utförd vård

Åtgärd	Fördelning visad i %
Undersökning	<1% (ca 0,3)
Förebyggande	1
Extraktion/operation	8
Rotbehandling	5
Fyllningar	15
Protetik och övrigt	3
Akut	67

Källa: Folk tandvården Stockholms län AB, Huvudkontoret, Tandvård och Utvecklingsavdelningen

Utfallet av kostnadsfördelningen för tandvården gällande de vuxna asylsökande visar tydligt att det är frågan om akuta omhändertaganden. Lite drygt 1/3 av kostnaderna går till mer "behandlande" insatser. Med tanke på storleksordningen gällande "protetik och övrigt" kan det förmodas att tandlöshet/tandförluster inte åtgärdas i någon större utsträckning. Permanenta fyllningar utgör inte heller någon större kostnad, sett ur ett totalt perspektiv.

För att kunna uppfylla sitt uppdrag är Folk tandvården i behov av bra underlag för att kunna kalla de som har rätt till undersökning och vård. Det svenska tandvårdssystemet gällande barn, unga och unga vuxna bygger till stor del på riskbedömning och en given revisionsordning. Endast vissa åldersgrupper kallas "obligatoriska" och är direkt kopplade till den ekonomiska ersättning som ges per barn. Dessa åldrar är i Stockholms län inte lika med de obligatoriska åldrarna i resten av landet. Från och med år 1997 ändrades registreringsåldrarna till 3, 7, 13 och 19 år.

Hantering av och rutinerna kring informationen gällande asylsökande/nyttillkomna barn anses vara ett stort hinder för att den enskilda kliniken skall lyckas med att kalla till undersökning på ett tillfredsställande sätt. Informationen förmedlas kvartalsvis från Migrationsverket till HSN, det vill säga ca fyra gånger per år. På HSN bearbetas dessa listor och sedan förmedlas listorna vidare till FTV:s huvudkontor. Där tas sedan ytterligare nya listor fram gällande nyankomna, asylsökande och asylsökande med ärendetid överstigande ett år. Dessa listor förmedlas ut till respektive klinik, där sedan en sista bearbetning av underlaget görs. Detta förfarande gör att det tar tre månader eller mer innan nödvändig information når fram till rätt klinik, och under den tiden kan de personer det gäller, ha hunnit flytta, både en eller flera gånger.

I en intervju med personal vid en av de större folktandvårdsmottagningarna, Solna Centrum, beskrevs just att handläggningstiden och det "administrativa" runt hantering av listor, som det absolut största problemet. Denna mottagning hade fått 3:e kvartalets lista för år 2008 i början av december. Där redovisades enligt följande;

3:e kvartal 2008	Endast box-adress / Migrationsverket	Vanlig adress
Asylsökande > 1år	8 st	3 st
Nyttillkomna	129 st	2 st
Asylsökande i kommunen	169 st	6 st
Totalt	306 st	11 st

Telefonnummer finns synnerligen sällan angivna och det utgör en stor begränsning för tandvårdsmottagningen att överhuvudtaget kunna komma i kontakt med berörda ”vårdnadshavare” till barnen.

Detta innebär vidare att denna mottagning skickar ut 306 kallelser till en boxadress och endast 11 st kallelser till vanlig bostadsadress. Vid en kontroll från mottagningen, med ett närliggande transitboende för ensamkommande barn och ungdomar, kunde dessutom ingen person identifieras som boende där. Enligt uppgift brukar huvuddelen av utskickade kallelser till boxadresser komma i retur. En mödosam, dyrbar och tidskrävande procedur som ger ett mycket lågt utfall. Personalen ifrågasatte starkt listornas relevans och kände hopplöshet i att inte kunna genomföra sitt uppdrag bättre.

Kontakten med det aktuella transitboendet var helt ett initiativ från tandvårdens sida.

Tabell 6. Fördelning asylsökande barn och ungdomar kvartal 4 år 2007

Mottagning	Totalt antal 0-6 år	Nyttillkomna 0-6 år	Totalt antal 7-18 år	Nyttillkomna 7-18 år	Total
Högdalen	25	7	23	12	48
Alby	46	24	36	13	82
Hallunda	19	2	22	4	41
Södertälje	75	46	93	52	168
Rinkeby	43	17	34	15	77
Tensta	39	19	41	14	80
Skärholmen	55	16	67	27	122
Solna	12	6	148	113	160
Vällingby	38	17	42	18	80
Total	352	154	506	268	858

Källa: Folktandvården Stockholms län AB, Huvudkontoret, Tandvård och Utvecklingsavdelningen

Ensamkommande barn som lämnade in asylansökan var under 2007 1264 st på nationell nivå, den stora majoriteten utgörs av pojkar i åldern 13-17 år. Av de som kommer till Stockholms län placeras ett stort antal i transitboende i t ex Solna.

I de genomförda intervjuerna och enkäterna framkom att behovet av tandvård ansågs som stort. Oavsett om uttalandet baserades på ”egna behov”, klinisk undersökning eller en personlig kontakt i annat sammanhang. Resultatet gällde både barn och vuxna. Munhygien sågs som sämre och kosthåll och ekonomi samt den totala livssituationen (bostads- och hälsotillstånd samt arbetslöshet) angavs som ytterligare förmodade orsaksfaktorer till det stora tandvårdsbehovet. Smärta angavs som vanligt förekommande och specificerades av några till att vara av bettfysiologisk karaktär likväl som beroende på annan infektion eller karies/parodontit. ”Tandluckor”, ”tandstumpar”, missfärgningar (fult utseende) och dålig andedräkt beskrevs gällande både barn och vuxna. Oro för tänderna och munhälsa samt ”social begränsning” genom att skämmas och känna sig ”synligt fattig” nämndes i olika sammanhang. Att någon annan ”bestämmer” tillgången till, och vilken vård som kan ges t ex genom ekonomi eller riktlinjer upplevdes som utlämnande och betungande. Rädsla var också en faktor som berördes på flera sätt; rädsla för att ”avslöjas som gömd”, rädsla för ”stora räkningar” m.m. var några exempel. Dessutom nämndes tidigare erfarenheter som tortyr och orala våldsovergripp som orsaker till ”rädsla” och avhållsamhet från att söka tandvård. Att behov av tandvårdsinsatser förändras över tid bekräftades av flera och på olika sätt.

Diskussion

Behovet av tandvård hos asylsökande och gömda, barn, ungdomar och vuxna är omvitnat stort, vilket bekräftas av litteratur och statistik gällande given vård. Samstämmigheten gällande ett stort vårdbehov är även stor hos de som tillfrågats genom intervjuer eller enkäter även om man inte helt tydligt kan beskriva omfattningen.

Bland barn och ungdomar, 0-17 år, utgörs redovisade åtgärder från Folktandvården för år 2007 till i första hand fyllningar. Knappt 65 % av det som genomförts totalt är direkt relaterat till att åtgärda symtom på sjukdom. Så stor del som 12 % av de genomförda ingreppen handlar om tandutdragning eller kirurgi, detta skall också ställas i relation till att 5,4 % av åtgärderna handlar om att försöka bevara svårt skadade tänder genom rotfyllning. Detta kan även tyda på att kariesskadorna är av mer allvarlig och långt gången karaktär. Förebyggande insatser uppgår till 16 % och mindre än 1 % av åtgärderna handlar om t ex ersättning av tänder, tandreglering eller annat. Mindre än 20 % av det som utförts är angivet som undersökning. I gruppen vuxna, 18 år och äldre, redovisas de debiterade åtgärderna upp till 67 % som akuta. Fyllningar, extraktioner eller operativa ingrepp och rotbehandlingar utgör tillsammans 28 % . Protetik och övrigt samt förebyggande insatser och undersökningar utgör tillsammans ca 5 % av de totala vuxeninsatserna.

Utfallet av given vård för både barn och vuxna visar entydigt på att det förebyggande arbetet, med tanke på framtida utveckling av den orala hälsosituationen inom gruppen asylsökande och gömda är mycket lågt prioriterad till skillnad från övriga befolkningen. Detta trots att SBU slagit fast att den enskilt bästa metoden att förutsäga framtida behov är att utgå från tidigare förekomst av karies. Rimligtvis borde det vara av stort värde med en förändring gällande de profylaktiska insatserna. Innehållet i och frekvensen av profylaxåtgärder är viktiga verktyg i arbetet för att främja oral hälsa. Detta om man vill påverka kariessituationen och tillhörande kostnader för omhändertagandet av patienter med förhöjd kariesrisk i ett längre tidsperspektiv. WHO har uppsatta mål gällande tandhälsan till år 2010, gruppen 7-åringar inom Stockholms län har en betydligt sämre tandhälsa än dessa mål. Likaså är tandvårdsenhetens mål för samma åldersgrupp år 2007 inte uppnådda i ”gruppen som har sämst tandhälsa” (särredovisad). Att profylax och stödbehandling är viktigt och fyller en funktion gäller även i arbetet med att förebygga tandlossning. Tandvårdsinsatserna fram till idag har varit i huvudsak reparativa och fokuserat på åtgärd av symtom. Bland barn och unga av mer permanent karaktär medan de vuxna får nöja sig med mer temporära lösningar. Provisoriskt utförd lagning eller temporär ersättning innebär att det krävs vidare behandling vid ett senare tillfälle och då tillkommer per automatik ytterligare kostnader, både på individ men även samhällelig nivå.

Smärta i någon form är en i övrigt vanligt förekommande orsak till att patienter ur dessa grupper (oavsett ålder) uppsöker tandvården. Bettfysiologiska orsaker och symtom relaterade till t ex den psykiska hälsan, stress och skadade bitt med tandförluster m.m. är enligt folktandvårdens redovisning och interna riktlinjer inte att betrakta som tillräckligt akut eller, med andra ord inte värderat som ett primärt behov. Detta antyder att helhetssynen på patienten och dennes tidigare upplevelser och nuvarande livssituation är begränsad, och genom det kan även denna begränsning påverka andra insatser samma individ får inom hälso- och sjukvården där ”smärta” ofta utgör grund för riktade insatser t ex hos sjukgymnast eller i form av medicinering. Medicinering som ett led i behandling av vanligt förekommande problem som depression, oro, ångest och sömnsvårigheter har ofta som biverkan muntorrhet vilket i sin tur höjer risken för utvecklandet av karies och parodontit.

Att slippa ”smärta” är det första som står skrivet i WHO:s definition av Oral Hälsa. Likaså omnämns riskfaktorer som ”ohälsosam kost, användning av tobak, skadlig alkohol konsumtion och dålig munhygien”. Dessa riskfaktorer är viktiga även vid planerandet av insatser gällande den allmänna hälsan. I hälsosamtalen och andra samtal som t ex vid inskrivning inom psykiatrin eller inom BUP är det av största vikt att frågor formuleras även gällande tänder och mun. Nedsättning av t ex tugg- och sväljförmågan samt smärtreaktioner vid varmt och kallt i samband med måltid påverkar direkt nutritionen som i sin tur påverkar det allmänna hälsoläget. Detta kan även i sin tur förstärkas av en svag ekonomi som begränsar matinköp och påverkar valet av varor. Orala symtom kan även vara tidiga symtom på t ex vissa infektionssjukdomar, reumatoida sjukdomar och bland barn en signal om omsorgssvikt.

Barn och ungdomar upp till och med 17 år i de undersökta grupperna har enligt nu gällande styrdokument och lagstiftning rätt till vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget. Detta bör omedelbart ändra utfallet och fördelningen av insatser och bli innehållsriktare och förändrade satsningar på förebyggande åtgärder, men även i viss omfattning, t ex tandregleringsinsatser. Speciell kraft bör också riktas mot de ensamkommande barnen och ungdomarna då de är extra utsatta och sårbara i sin situation och hänvisade till omgivningen på ett annat sätt än de barn som lever i sin familj med föräldrar och syskon. Åldrarna 18 och 19 år är gällande tandvården mellan två system och får inte ”glömmas bort”.

Det förstärkta profylaxprogrammet som hittills givits har finansierats med de schablonersättningar som utgått för vård till de asylsökande och gömda barnen. I och med att den förebyggande verksamheten i skolorna varit baserade på ”områden” med hög förekomst av karies och har skett klassvis vid två tillfällen under skoltiden, har dessa insatser även nått andra barn. Samma sak gäller de extra insatser som bedrivits vid BVC. Tyngden på det givna förebyggande arbetet har legat på populationsnivå och benämns som evidensbaserad. Detta gör dock att risken är hög att informationen aldrig når fram till de individer där behoven är störst och där information och stödinsatser bäst behövs. Informationen blir genom detta arbetssätt mycket generaliserad och mycket lite individanpassad vilket också kan ses som en begränsning. Dessa insatser är dessutom svåra att utvärdera i kortare perspektiv.

Det är ett stort problem att det är så svårt att identifiera individer inom grupperna asylsökande och gömda barn. Redovisningen av genomförd tandvård baseras på behandlingstillfällen. Orsaken är bl a att man använder sig av ”reservnummer” till dess att beslut i asylärendet är fastslaget. Detta förfarande försvårar uppföljning och utvärdering av det faktiska ”tandhälsoläget samt vårdbehov”, likaså försvåras en uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder och ekonomi. Rutinen med reservnummer försvårar även vid insamlandet av epidemiologiska data, ett arbete som dessutom görs än mer osäkert gällande dessa grupper med barn och ungdomar eftersom Stockholms län valt andra obligatoriska redovisningsåldrar än andra landsting i landet. Vidare skall sådana data utgöra en grund för den evidensbaserade tandvård som förväntas bedrivas och som då inte kan ses som tillförlitlig. Felkällorna kan vara ännu fler och försvårar på så vis även både studier och jämförelser inom landet men även på internationell nivå. Problemet är liknande vad det gäller de vuxna asylsökande men där är rätten till vård begränsad till vård som inte kan anstå. Med utgångspunkt i detta är det svårt att avgöra hur det totala tandvårdsbehovet i gruppen asylsökande och gömda ser ut. Resultaten ovan gäller de personer som fått tandvård och kan inte med säkerhet sägas gälla hela gruppen asylsökande och gömda inom Stockholms läns landsting. Kartläggningen belyser den samhällsbetingade orala hälsan mer än den personligt upplevda. Sannolikheten är dock stor att tandvårdsbehovet skulle bekräftas vara stort även om fler personer skulle ingå i statistiken.

En bred internationell forskning visar på värdet och vikten av att vara integrerad i ett samhälle, ha språket, ha känslan av kontroll över den egna tillvaron gällande bostad, arbete och ekonomi m.m. Detta kan sägas vara några grundförutsättningar för att uppnå god hälsa och bör gälla, även vad det gäller att ha goda förutsättningar för en god oral hälsa. Den enskilde individens behov och önskningsar kan se mycket olika ut och förändras över tid, därtill kan omgivningens åsikter och synsätt vara avvikande många gånger.

Möjligheten samt tillgången till tandvård kan vara relaterad till flera faktorer. Förutom lagstiftning och ”riktlinjer” med vida tolkningsutrymmen, kan det vara t ex ekonomi och geografisk belägenhet samt tid och utbud som är av avgörande betydelse. Folktandvården i likhet med andra aktörer inom t ex primärvård och barnhälsovård uttalar tydligt en frustration över att inte kunna göra ett bra arbete beroende på svårigheten att nå de personer som skall kallas till olika insatser. Handläggnings- och överföringstiden av information och persondata är krånglig och tar mycket lång tid mellan Migrationsverket och Folktandvårdens mottagningar. Informationen som hanteras betraktas också som ofullständig och mycket ofta inaktuell. Tillgång till ev telefonnummer skulle kunna underlätta och spara mycket tid i vissa fall. Även här borde samverkan och ett gediget strukturerat samarbete mellan myndigheter, tandvård och barn- och skolhälsovården kunna underlätta och vara gynsam för respektive verksamhet och dess ekonomi.

Tillgång och möjlighet till vård kan även starkt begränsas av individens förmåga att ”boka tid” på rätt sätt. Tidbokningssystem baserade på telefontider eller Internet hindrar många. Telefonsystem i dag baseras ofta på flervalssystem i kombination med återuppringning från mottagningen. Detta förutsätter en telefon med knappval, god hörsel och stor språkförståelse. Direktbokning via Internet förutsätter dator och internetuppkoppling. Språkligt anpassad information, lätt tillgänglig både i papperstryck och på Internet torde också underlätta.

För framtida kartläggningar av tandvårdsbehov i grupperna asylsökande och gömda är det viktigt att även närmare arbeta med individen och den egenupplevda orala hälsan samt klarlägga om behovet utifrån individen själv eventuellt förändras under asylprocessen.

Slutsatser

Behovet av tandvård för asylsökande och gömda är stort, oavsett ålder. Utförd tandvård till dessa grupper var till mer än 60 % av reparativ karaktär under 2007 inom Folktandvården i Stockholms läns landsting. De förebyggande insatserna utgjorde mindre än 20 % av den debiterade vården gällande barn och ungdomar och för de vuxna, över 18 år utgjorde de förebyggande åtgärderna 1 % av insatserna. Det faktiska antalet individer som fått tandvård går inte att utläsa. Ett begränsat antal personer kan ha fått mer vård och andra betydligt mindre och en odefinierbar grupp har inte fått något alls.

En helhetssyn gällande de varierande levnadsförhållandena, förutsättningarna och behoven som finns bland de asylsökande och gömda, är inte självklar hos tandvårdspersonalen. Likaså är den allmänna förståelsen för och kunskapsnivån om oral hälsa begränsad hos annan personal inom andra verksamhetsområden. Detta kan vara en faktor som begränsar tillgången till tandvård och därigenom också barnens rättigheter till en tandvård på lika villkor som barn med medborgarskap.

I grupperna asylsökande och gömda är t ex stress, ”smärta” och psykisk ohälsa över-representat, oavsett ålder. Dessa tillstånd behandlas ofta med t ex mediciner som kan leda

till ökad risk för sjukdom i munnen, både gällande tänder och omgivande vävnader. Bättrehabiliterande åtgärder förekommer sällan och kan även det påverka annan behandling och rehabilitering. Övriga vedertagna riskfaktorer för ohälsa såsom rökning, sämre ekonomi, ökad sjuklighet, brist på egen kontroll av livssituationen samt lägre utbildningsnivå och sämre kosthållning är även det mer förekommande i de gällande grupperna och ökar deras utsatthet.

Det är inte vanligt att tandvård/oral hälsa tas upp och integreras i större hälso- och sjukvårdssammanhang. Ofta förutsätts den orala hälsan ingå i begreppet hälsa men detta är många gånger helt missvisande. Svensk lagstiftning skiljer mun och tänder från resten av kroppen, både rent faktiskt men även starkt ekonomiskt. Detta medför att de olika verksamhetsområdena behandlas, betraktas och värderas mycket olika. Otydligheten blir stor om den orala hälsan överhuvudtaget är inräknad i ett allmänt hälsobegrepp.

Information om hur svensk tandvård fungerar och är uppbyggd bör förstärkas i den initiala samhällsinformationen som ges tidigt vid ankomst till Sverige. Särskild information om den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården bör ges vid flera tillfällen och i olika sammanhang.

Värdet och vikten av samsyn, samverkan och ett väl fungerande samarbete omskrivs och värderas av många. Kraven på detta är uttalade på flera nivåer och inom många olika verksamheter. Förutsättningarna på genomförandenivå är dock betydligt sämre. Okunskap om behörigheter, ansvars- och uppdragsområden, olika informationsvägar och en osäkerhet inför gällande regelverk m.m. är stor. Ekonomi och personaltillgång med rätt kompetens är otroligt avgörande för utfallet. Likaså bör det vara av ekonomiskt intresse, både sett ur ett individ-, samhälls- och hälsoekonomiskt perspektiv, att rutiner utarbetas för delade informationer runt de administrativa funktionerna som sedan kan bearbetas i den egna verksamheten, t ex hanteringen av listor med information om aktuella personer i asylprocessen.

Ekonomi är också ofta tyngre vägande än ett fastställt behov av vård, sett ur både vårdgivar- och patientperspektiv. Bedömningen av behovet av ett extra ekonomiskt bistånd gällande att få tandvård utförd under asylperioden utförs bl a av icke odontologiskt utbildad personal med handläggarfunktion. Likaså görs i förväg, en extra prövning av ”kostnader” för behandling överstigande 2500:-, av tandläkare på Folk tandvårdens huvudkontor. Medborgarskap och registrering är mer avgörande än faktumet att det handlar om människors behov av medicinsk och eller odontologisk behandling. Den orala hälsan är än mindre prioriterad än den allmänna hälsan och värdet av den underskattas därigenom ofta.

Tandhygienister torde vara den bäst lämpade yrkesgruppen för de asylsökande (barn och vuxna), att stå för det förebyggande arbetet på BVC, i skolor och annan extern verksamhet riktad till personer med stora och kanske även särskilda behov. Tandhygienisten kan även genomföra undersökningar, behandlingar, ”inskolningsarbete” och profylax på klinik då det är en legitimerad yrkesgrupp med delvis även pedagogisk utbildning samt behörighet och kompetens att diagnostisera både karies och parodontit. Dessutom skulle tandhygienisten ha både möjlighet och förmåga att upptäcka vissa slemhinneförändringar och andra orala symtom på t ex infektionssjukdomar för att snabbt kunna förmedla vidare till tandläkare för ytterligare bedömning, diagnos och vid behov remiss eller vidare behandling.

Förfarandet med ”reservnummer” begränsar starkt möjligheterna till särskilda redovisningar och insamlande av data på individnivå, och därigenom också specificerad och enskild uppföljning av insatta åtgärder eller ekonomiska satsningar. Detta begränsar i sin tur starkt möjligheten till kunskap om den faktiska nivån på den orala hälsan samt tydliga mått och

prognostisering av behov av tandvård för de asylsökande och gömda. I förlängningen gör detta s.k. evidensbaserad tandvård riktad till de båda grupperna både osäker och icke tillförlitlig. Vilket i sin tur försvarar för tandvården att uppnå det resultat som förväntas.

En mer enhetlig syn på samverkan, samarbete och en samsyn gällande insatser inom hälso-/sjukvården, tandvården och socialtjänsten samt i introduktionsprogrammet och flyktingmottagandet borde öka möjligheten till en behandling och rehabilitering som i sin tur ökar förutsättningarna för en mindre marginaliserad tillvaro redan under asylprocessen.

Förslag till åtgärder

- Initiera en utveckling av "identifiering" av personer/individer inom gruppen asylsökande i tandvårdens journalsystem T4. Detta för att säkerställa och möjliggöra uppföljning av insatta åtgärder, ekonomi och behov av förändrade resurser samt möjliggöra insamlande av aktuella data för en mer tillförlitlig epidemiologi. *(Samverkansprojekt mellan HSNf, FTV, leverantören av T4, Migrationsverket och Socialstyrelsen)*
- Upprätta och utveckla nya rutiner för att om möjligt korta informationsvägen och förkorta handläggningstiden av person- och adressuppgifter gällande aktuella asylsökande och aktuell Folktandvårdsmottagning. Informationen bör ges kontinuerligt. Detta för att öka sannolikheten till en kontakt med den asylsökande och minska onödig administration och tidsåtgång. *(Samordning och utveckling av de rutiner som gäller för förmedling av personuppgifter, med telefonnummer och tydlig adress samt språk m.m. Förslag - liknande informationsgången till BVC. Möjligt via TC.)*
- Initiera och föreslå representation i någon form från tandvården i arbeten och projekt gällande utformning av riktlinjer för hälsosamtal. *(Nationellt tillsammans med Socialstyrelsen)*
- Initiera och föreslå representation från tandvården i HSN projektet RESA.
- Framtagande av utbildnings-/informationsinsatser gällande t ex att arbeta med tolk, styrdokument och gällande lagstiftning, kommunikation och information m.m. ur ett tvärprofessionellt och transkulturellt perspektiv vid t ex nyanställning av personal inom Folktandvården, BVC och skolhälsovård. *(Samordnas via TC 1-2 ggr/år)*
- Metodutveckling gällande förebyggande arbete och arbetets innehåll, riktat till utrikesfödda. *(I samarbete med TC och andra aktörer. Samverkan/samarbete)*
- Utveckling av arbetsplatsanpassade och arbetsplatsförlagda utbildningar *(i samarbete med TC)* så kallade APO:r för Folktandvårdens mottagningar i samarbete med Folktandvården i Stockholms län samt för ev. andra privata aktörer i framtiden.
- Nätverksbyggande; dels nystartande av nya nätverk, men även föreslå samordnande verksamhet med redan befintliga nätverk. *(Deltagande för de inom Folktandvården som t ex arbetar med BVC och skolinformation i redan befintliga nätverk för BVC och skolhälsovård vid TC)*

- Gemensamma etikgrupper (tandläkare, tandhygienister, tandsköterskor) för de som arbetar med asylsökande och gömda barn inom FTV, BVC och skola. (*I samarbete med TC*)
- Förbättra informationen gällande tandvård i Vårdguiden respektive Uppdragsguiden. (*Finns i dagsläget men är inte enkel att hitta. Bör bli på flera språk*)
- Initiera framtagande av skriftlig information på flera språk som skall finnas på t ex BVC, i skolan, hos de olika invandrarföreningarna, på ”Jobbtorgen”, inom primärvården, psykiatrin, hos Migrationsverkets familjeenhet, Försäkringskassan och skattemyndigheten m.m. (Denna information kan även skickas ut i samband med kallelse till tandvården under förutsättning att språket finns angivet från Migrationsverket.)
- Initiera samarbete med och informationsspridning via t ex olika kvinnogrupper, Somaliska hälsoteamet och andra organisationer som t ex Röda Korsets flyktingmottagning.
- Initiera en ”Tandvårdsbuss”. Specialutrustad ”mini-buss” för uppsökande verksamhet på skolor och förskolor. Huvudsyfte: Screening av barn, utförd av tandhygienist. Barn med obehandlad karies ges tid hos tandläkare på klinik. Enkel utrustning (mobila unitar med behandlingsstol finns som inte kräver fast anslutning för vatten och avlopp) vilket räcker till att genomföra visuell undersökning, profylax med polering och fluorlackning.
- Initiera ett ”samverkansprojekt” mellan Migrationsverket, Folktandvården, BVC och skolhälsovården/skolan t ex i Solna. Eftersträva att finna nya arbetsmodeller/metoder för att genom detta förbättra möjligheten att nå barnfamiljer, anhöriginvandrade och ensamkommande barn m fl.

Referenser

Abotsi, B. Stephens, A. (red) *Omänskliga rättigheter, en antologi om flyktingar och papperslösas situation i Sverige*. Notis

Andersson, K. Furhoff, A-K. Nordenram, G . Wårdh, I. *'Oral health is not my department'. Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study*. Scand J Caring Sci;2007;21;126-133

Barn utan papper – Jag vill bara landa! En rapport från Rädda Barnens projekt Utanpapper.nu: 2008, Stockholm

Bean, T. Deurluyn, I. Eurelings-Bontekoe, E. Broekaert, E. Spinhoven, P. *Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents*. J New Ment Dis. 2007; 195(4):288-97

Björnberg, U. *Utan tillit ingen trygghet*. i & m. 2008; nr 6 december (årg.35):9-12

Björngren Cuadra, C. *Tandhygienisters arbete med patienter i ett mångkulturellt samhälle, en studie av migrationsrelaterade frågeställningar och samtal*. Malmö Studies in International Migration and Ethnic Relations No 3, 2005

Bravo Landström, M. Broström, E. *Folkhälsoarbete som stärker integrationsprocessen*. Stockholms läns landsting, Transkulturellt Centrum

Dahl, S. Dahl, C-I. Sandvik, L. Hauff, E. *Kronisk smerte hos traumatiserte flyktinger*. Nr5, 2006:608-10. Tidsskrift for den norske legeforening

Darvishpour, M. Westin, C (red.): *Migration och etnicitet – Perspektiv på ett mångkulturellt samhälle*. Studentlitteratur, 2009

Ellwood, RP. Davies, GM. Worthington, HV. Blinkhorn, AS. Taylor, GO. Davies, RM. *Relationship between area deprivation and the anticaries benefit of an oral health programme providing free fluoride toothpaste to young children*. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32:159-65

FN:s konventioner om Mänskliga Rättigheter, Utrikesdepartementet och Integrations- och Jämställdhetsdepartementet, 2007

Folktandvården Stockholms län AB, Huvudkontoret, Tandvård och utvecklingsavdelningen.

Tandvård till asylsökande, gömda barn och bevispersoner. Lundvall, I. 20070910

Hedin, C. Lahdenperä, P. *Värdegrund och samhällsutveckling*, HLS Förlag, 2003

Hjern, A. Grindefjord, M. Sundberg, H. Rosén, M: *Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden*. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29:167-74

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting;

Tandhälsa hos 3-åringar som undersöktes vid två års ålder, Avdelningen för särskilda vårdfrågor, rapport 2007

Tandhälsorapport 2007; Tandvårdsenheten

Löwén, Å. *Asylexistensens villkor – Resurser och problem i meningsskapande hos asylsökande barn i Sverige*, avhandling, Uppsala Universitet, 2006

Migrationsverket – statistik www.migrationsverket.se

Nationell samsyn kring hälsa, och första tiden i Sverige. Integrationsverket, 2004

Olika villkor – olika hälsa, en studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. SoS-rapport 2000:3, Socialstyrelsen, 2000

Paulsen S, Hausen H. *Oral hälsa - individens eller det offentligas ansvar?* Tandläkartidningen 2008;1:36-9

Resultat från nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor, 2008. Statens Folkhälsoinstitut

Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007; Sveriges Kommuner och Landsting, 2008

SBU-Rapport *Behov av utvärdering i tandvården, 2000*

SBU-Rapport *Att förebygga karies, 2002*

SBU-Rapport *Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling, 2007*

SBU-Rapport *Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv, 2005*

SBU-Rapport *Kronisk parodontit - prevention, diagnostik och behandling, 2004*

Socialstyrelsen;

Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Socialstyrelsen, 2007

Granskning av asylsökandes hälso- och sjukvård samt tandvård i sju län. Rapport. Regionala tillsynsenheten i Örebro. Socialstyrelsen, 2008

SFS 1986:223 Förvaltningslag

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 1985:125 Tandvårdslag

SFS 2001:453 Socialtjänstlag

SFS 1994:137 Lag om mottagande av asylsökande m fl

SFS 2008:344 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl

SFS 2008:355 Patientdatalag

Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen

Watters, C. *Refugee Children – Towards the Next Horizon*. Routledge 2008

WHO – Oral Health Report 2003 http://www.who.int/topics/oral_health/en/

Wennhall, I. Matsson, L. Schröder, U. Twetman, S. *Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden*. Swedish Dental Journal. Vol 26, issue 4, 2002

Wennhall, I. Mattsson, L. Schröder, U. Twetman, S. *Outcome of an oral health outreach programme for preschool children in a low socioeconomic multicultural area*. Int Journal of Paediatric Dentistry 2008;18:84-90

Begrepp

<i>Asyl</i>	Ett uppehållstillstånd som beviljas en utländsk medborgare därför att han eller hon är flykting enligt utlänningslagen.
<i>Asylprocessen</i>	De olika moment, från inlämnandet av asylansökan vid Migrationsverket till dess att personen i fråga antingen får ett uppehållstillstånd eller ett lagakraftvunnet avvisningsbeslut och därmed skall lämna landet.
<i>Asylsökande</i>	Utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och här begärt skydd mot förföljelse, men som inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och eller migrationsdomstol. Denna vistelse betraktas som legal.
<i>Behov</i>	Brist (på), saknad (av), krav, anspråk, önskan, längtan, nödvändighet
<i>EBT/Evidensbaserad tandvård</i>	Att använda bästa tillgängliga vetenskapliga underlag för att kunna fatta de bästa besluten i den kliniska situationen.
<i>Ensamkommande barn</i>	Asylsökande barn eller ungdomar under 18 år som kommer till Sverige utan legal vårdnadshavare.
<i>Flykting</i>	Utlänning som sökt asyl och som fått tillstånd att som flykting bosätta sig i Sverige.

<i>Gömd</i>	I detta arbete avses person som fått avslag på asylansökan och som håller sig ”gömd” för att inte bli avvisad av myndigheterna.
<i>Hälsa</i>	Enligt definition av WHO, 1948; ”Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaro av sjukdom och svaghet/handikapp.”
<i>Kvotflykting</i>	Utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd inom den av regeringen fastställda flyktingkvoten, resa och finansiering organiseras av Migrationsverket.
<i>Nyanländ</i>	Person som fått sin asylansökan beviljad och som därigenom fått ett permanent uppehållstillstånd
<i>Nyankommen</i>	Nyligen, till Sverige, ankommen asylsökande
<i>Nyttillkommen</i>	Nyligen inflyttad asylsökande, från annan del av landet
<i>Oral hälsa/Munhälsa</i>	Enl WHO, 2003, ”Oral hälsa är ett tillstånd fritt från kronisk mun- och ansiktssmärta, mun- och halscancer, sår i munnen, medfödda defekter såsom läpp-, käk- och gomspalt, parodontal sjukdom (tandkötts-), tandskada och tandlossning, och andra sjukdomar eller avvikelser som påverkar munhålan. Riskfaktorer för orala sjukdomar inkluderar ohälsosam kost, tobaksanvändning, skadlig alkohol konsumtion och dålig munhygien”.

<i>Papperslös</i>	Person som uppehåller sig i ett land utan uppehållstillstånd och/eller arbetstillstånd. Från franskan ”sans papier”, med samma betydelse. I detta arbete avses person som aldrig ansökt om asyl- eller uppehållstillstånd.
<i>Parodontit</i>	Tandlossning
<i>PUT</i>	Permanent uppehållstillstånd
<i>Samarbete</i>	Flera personer, grupper, organisationer eller länder genomför arbetsuppgifter tillsammans.
<i>Samsyn</i>	Enighet, samförstånd, gemensam standpunkt
<i>Samverkan</i>	Att från idé till beslut öka inflytande, deltagarna i projektet ges möjlighet till information och medskapande och kan ses som en viktig del i utveckling av t ex en ”verksamhet”, gärna på chefs-/ledningsnivå.
<i>TUT</i>	Tillfälligt uppehållstillstånd

Länkar att söka information via:

www.migrationsverket.se
www.riksdagen.se
www.socialstyrelsen.se
www.sweden.gov.se
www.varguiden.se