

## Riktlinjer för allmäntandvård 3–19 år, 2025

### Syfte

Att tillhandahålla länsövergripande riktlinjer för den organiserade tandvården till barn, ungdomar och unga vuxna.

### Omfattning

Rutinen gäller för tandvårdspersonal i Folktandvården i Kalmar län samt tandvårdspersonal inom privat tandvård, som har avtal med Region Kalmar län.

### Ansvar

Regionstab, Samordning hälso- och sjukvård, tandvård ansvarar för att rutindokumentet hålls uppdaterat och berörd personal för att den ska följas.

## Innehåll

|  |   |
|--|---|
| 1. Förord .....  | 3   |
| 2. Bakgrund .....  | 3   |
| 3. Lagar och föreskrifter .....                                    | 3   |
| 4. Mål för den organiserade tandvården .....                       | 4   |
| 5. Allmänna villkor .....  | 4   |
| 6. Teamtandvård .....  | 5   |
| 7. Riskbedömning, terapiplanering och undersökningsintervall ..... | 6   |
| 8. Karies - diagnostik och terapi .....                            | 9   |
| 8.1 Karies i primära bettet .....                                  | 9   |
| 8.2 Karies i permanenta bettet .....                               | 10  |
| 9. Gingivit/parodontit – diagnostik och terapi .....               | 11  |
| 9.1 Primära bettet .....   | 11  |
| 9.2 Permanenta bettet .....  | 11  |
| 10. Förebyggande åtgärder .....                                    | 11  |
| 10.1 Förebyggande åtgärder på individnivå - Basprogram .....       | 11  |
| 10.2 Förebyggande åtgärder på individnivå - Tilläggsprogram .....  | 12  |
| 11. Hälsodeklaration .....   | <b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b> |
| 12. Mineraliseringsstörning .....                                  | 12  |
| 13. Tandslitage .....  | 13  |
| 14. Störning i bettutveckling .....                                | 13  |
| 14.1 Att särskilt beakta vid bettutvecklingskontroller: .....      | 13  |
| 15. Hörntänder – extra uppmärksamhet .....                         | 14  |
| 16. Orofacial smärta och funktionsstörning i käksystemet .....     | 14  |
| 17. Trauma .....   | 15  |
| 18. Protetisk behandling .....                                     | 15  |
| 19. Tandblekning .....   | 15  |
| 20. Visdomständer .....  | 16  |
| 21. Medicinska riskpatienter .....                                 | 16  |
| Bilaga 1: Terminologi och övriga lagar m.m. ....                   | 17  |

## 1. Förord

Detta är ett policydokument som beskriver hur tandvård till barn, ungdomar och unga vuxna ska bedrivas i Region Kalmar Län. Dessa riktlinjer kompletteras av s.k. rutindokument som finns på regionens hemsida. Rutindokument ger ytterligare anvisningar i speciella fall. Riktlinjerna och rutindokumenten revideras kontinuerligt i takt med den odontologiska utvecklingen.

## 2. Bakgrund

Tandhälsan hos barn och unga har genomgått en dramatisk förbättring under de senaste decennierna. Antalet fyllningar i såväl det primära som det permanenta bettet har minskat. Förklaringar till detta är allmän användning av fluorid tandkräm från första tanden, förbättrade preventionsprogram, men också en förändrad syn på kariesprogressionens hastighet och hur en kariesskada ska behandlas.

Samtidigt ses en fortsatt ojämn fördelning av tandhälsan i populationen, främst beroende på socioekonomiska och sociokulturella faktorer. En utmaning för framtiden är att kunna hjälpa högkariesgruppen till en bättre situation, samtidigt som tandhälsan bevaras i den ”friska gruppen”. En förutsättning för detta är individanpassade åtgärder baserade på god diagnostik och riskbedömning samt extern verksamhet som stimulerar till munhälso-vårdsinsatser på alla arenor.

Befolkningens och individens krav på gott omhändertagande avseende service, bemötande, och vårdresultat kommer att öka.

Regionfullmäktige beslutade även 2012-06-12 att anta en handlingsplan för hur vården ska arbeta efter FN:s barnkonvention.

Under 2018 infördes Vårdval Tandvård i Kalmar Län i enlighet med Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Därmed har barn, ungdomar och unga vuxna 3–19 år rätt att fritt välja allmäntandläkare inom Kalmar län som har avtal med regionen, såväl offentlig som privat.

I Kalmar län är man barn och ungdom från 0 års ålder till och med 17 års ålder, samt ung och ung vuxen från det år man fyller 18 år och till det år man fyller 19 år. Den organiserade tandvården omfattar alla från 0 års ålder till och med det år man fyller 19 år.

## 3. Lagar och föreskrifter

De lagar och föreskrifter som framförallt är aktuella i barn- och ungdomstandvården är tandvårdslagen och socialstyrelsens delegationsföreskrifter.

**Tandvårdslagen:** Ålägger regionen planeringsansvar för all tandvård i länet med ett direkt vårdansvar för barn, ungdomar och unga vuxna upp till och med det året de fyller 19 år, samt för specialisttandvård. Det innefattar även asylsökande barn och s.k. gömda barn (Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. SFS 2008:344).

**Socialstyrelsens delegationsföreskrifter:** Inom all hälso- och sjukvård sker delegering av arbetsuppgifter. En av delegationsföreskrifterna berör hela hälso- och sjukvården (SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård) och en är särskilt inriktad mot tandvård (SOSFS 2002:12 Socialstyrelsens föreskrifter om delegering inom tandvården).

I den mer allmänna föreskriften finns bland annat beskrivning av skillnaden mellan formell och reell kompetens, hur delegering ska gå till samt förutsättningar för delegering. I den mer specifika tandvårdsföreskriften finns i 1 § en uppräknning av uppgifter som inte får delegeras. Inom tandvården är det enbart ett fåtal arbetsuppgifter som kräver delegeringsbeslut. Ett delegeringsbeslut ska vara skriftligt.

Barnkonventionen (FN:s konvention om barnets rättigheter, 1989) är från och med 1 januari 2020 en lag och ska ligga som grund för alla som arbetar med barn och ungdomar. All vårdpersonal är skyldiga att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa (Socialtjänstlagen SFS 2001:453, uppdaterad SFS 2013:633).

Övriga lagar, författningar, föreskrifter och allmänna råd: se bilaga 1

## 4. Mål för den organiserade tandvården

Målet för tandvården är att alla patienter ska ha en god tand- och munhälsa. Vården ska vara lika för alla, av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande insatser. All behandling ska syfta till att avbryta pågående sjukdom och förhindra att ny sjukdom uppkommer.

Målet är att vidmakthålla och utveckla en preventivt inriktad vård med ett minimum av operativ terapi samt att skapa en positiv attityd till tandvård. Vårdnadshavarnas ansvar för de små barnens tandhälsa liksom de större barnens och ungdomarnas egenansvar bör uppmuntras och betonas.

## 5. Allmänna villkor

Den organiserade tandvården omfattar alla från 0 års ålder till och med 19 års ålder. Regionens syfte med den organiserade barn- och ungdomstandvården är att bidra till livskvaliteten i Kalmar län genom att skapa förutsättningar för en god munhälsa. Tandvården ska vara evidensbaserad i syfte att säkerställa en god och säker vård till en rimlig kostnad. Den kliniska verksamheten bygger på etablerade kliniska metoder och terapeutens kliniska erfarenhet i samråd med patientens och vårdnadshavarens önskemål. All tandvård som är nödvändig för att uppnå ett ur odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat ingår och ska vara avgiftsfri enligt Tandvårdslagen § 15 A. Det här innebär att patienten ska lämna den avgiftsfria tandvården med god tuggfunktion vilket medför minst molarstöd på bägge sidor. Av estetiska skäl så bör inga synliga luckor synas i fronten (3a till 3a).

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patient och vårdnadshavare. Varje barn, ungdom och ung vuxen ska ha en patientansvarig tandläkare som ska tillgodose behovet av fullständig tandvård. Patientansvarig tandläkare ska dokumenteras i journalen. Barn och/eller vårdnadshavare ska informeras om munstatus och

vårdgivaren ska informera om vilka behandlingsalternativ som finns samt motivera sitt rekommenderade terapival.

Barn, ungdomar och unga vuxnas goda munhälsa ska bibehållas och förbättras och gruppen med många kariesskador ska minskas. Resurserna ska fördelas så att riskgrupperna prioriteras. Ett absolut krav är att barn och ungdomar ska slippa infektion, smärta i tänder/käkar och ges en god bettfunktion.

Barn, ungdomar och unga vuxnas ska uppleva trygghet i tandvårdssituationen. Barn och ungdomar eller dess vårdnadshavare som inte behärskar svenska språket eller som har ett kommunikativt funktionshinder ska vid tandvårdsbesöken ha tillgång till tolk.

För att tillgodose patientens vårdbehov och kunna ge en fullständig behandling ska allmäntandvården och hela specialisttandvården ha ett nära och väl fungerande samarbete. Samarbetet ska organiseras så att det ger god service till patient och vårdnadshavare.

Innan specialisttandvården har påbörjat sin behandling av patienten ansvarar remitterande tandläkare för patientens behandling. Det är viktigt att profylaktisk behandling och ev. tandvårdsträning vid tandvårdsrådslor fortsätter under väntetiden till specialisttandvården. Remitterande tandläkare ansvarar under väntetiden för omhändertagande av akuta besvär, men specialisttandvården står till tjänst med konsultation och även behandling om så bedöms som nödvändigt.

All behandling ska ske så smärtfritt som möjligt. Vid behov ska möjlighet till sedering finnas. Omhändertagandet ska ske på ett sätt som optimerar Kooperation och minimerar framtida tandvårdsrådslor. Barn i låg ålder eller barn med behandlingsomognad eller behandlingsovana ska erhålla inskolning eller tillvänjningsbehandling.

Vid behov ska patient kunna få tillgång till behandling under sedering med lustgas eller sederande farmaka. I situationer då diagnostik och tandbehandling inte kan utföras konventionellt, dvs. med patienten i vaket tillstånd, ska möjlighet till tandbehandling under narkos finnas. Patienterna remitteras då till specialistklinik i Barntandvård eller Orofacial medicin.

Barn och ungdomar med särskilda behov, som allvarlig eller kronisk sjukdom, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, ska erbjudas tandvård anpassad till deras behov och förutsättningar. Många av dessa barn har en tandvårdsproblematik som följer dem genom hela livet. Det är viktigt att vården är strukturerad, att det finns en långsiktig planering och att det sker ett samarbete med patientens andra vårdkontakter. Detta ökar tryggheten för patient och vårdnadshavare.

Hälsodeklaration med medicinska diagnoser, allergier, medicinsk vård och medicinering ska uppdateras vid varje undersökningstillfälle, dvs. vid revisionsundersökning hos tandläkare eller vid tandhygienistundersökning.

## 6. Teamtandvård

Tandvården bedrivs i team som består av tandläkare, tandhygienist och tandsköterska. Teamtandvården öppnar möjlighet till nya arbetsformer med tydlig inriktning på förebyggande vård avseende både munsjukdomar och tandvårdsrådslor. En stor del av

barntandvården sköts av tandhygienister och tandsköterskor. I tandsköterskans kompetens ingår inskolning, tandvårdsträning, information om tandsjukdomar och deras förebyggande, insamling av statusuppgifter, munhygieninstruktion, puts och polering av tänder, fluoridlackning, antimikrobiell behandling, samt att ta röntgenbilder efter anvisningar av ansvarig tandläkare eller tandhygienist.

**Tandläkaren har huvudansvaret för all vård som ges till patienten. Tandläkaren ansvarar mer specifikt för all diagnostik, bedömning av tand- och bettutveckling/bettfunktion, riskbedömning, beslut om revisionsintervall, terapiplanering, beslut om behov och val av smärtkontroll, ev. behov av sedering vid behandling.**

Tandhygienisten arbetar på egen legitimation vad gäller diagnostik av karies och-parodontala sjukdomar samt utför hygienbehandling.

Tandsköterskan med lång erfarenhet av tandvård till barn, ungdomar och unga vuxna kan självständigt ta hand om inskolning och kariesprofylax och är tandläkaren och tandhygienisten behjälplig med insamlande av underlag för diagnostik och terapiplanering.

## **7. Riskbedömning, terapiplanering och undersökningsintervall**

Varje vårdgivare/behandlare ska systematiskt utföra bedömning av patienternas s.k. risk och friskfaktorer. Riskbedömning genomförs på individuell nivå och utifrån riskbedömningen ska individen placeras i en riskgrupp. Riskbedömningen tar hänsyn till sociala, medicinska och odontologiska faktorer kompletterad med den klinisk undersökning. Riskbedömningen är även en utgångspunkt för såväl terapiplan som fastställande av tidpunkt för nästa undersökning.

Tabell 1: Risk- och friskfaktorer

| <b>Friskfaktorer/indikatorer:</b>   | <b>Risikfaktorer/indikatorer:</b>   |
|---|---|
| <p>Regelbundna måltider (4-5 per dag)<br/>Vatten som törstsläckare<br/>Sötsaker 1 ggr per vecka</p>   | <p>Frekventa måltider (&gt;6 ggr per dag)<br/>Frekvent konsumtion av sötsaker och/eller drycker<br/>Frekvent intag av sura drycker<br/>Frekventa nattliga mål<br/>Oregelbunden tandborstning</p>  |
| <p>Daglig tandborstning</p>   | <p>Får inte hjälp med tandborstningen under 12år<br/>Dålig plackkontroll<br/>Dålig oral motorik<br/>Ingen regelbunden fluoridanvändning<br/>Tobaks- eller nikotinbruk</p>   |
| <p>Hjälp med tandborstningen upp till år 12<br/>Bra plackkontroll<br/>Bra oral motorik<br/>Tandkräm med fluorid 2 ggr dagligen<br/>fluoridsköljning regelbundet</p> | <p>Nyframbrutna tänder<br/>Flera fyllningar<br/>Gingivit och/eller tandsten</p>   |
| <p>Inga eller få fyllningar<br/>Avstannad sjukdomsaktivitet</p>   | <p>Nedsatt salivsekretion<br/>Avvikande bettutveckling<br/>Sjukdomar/funktionshinder som påverkar munhälsan<br/>Medicinering<br/>Instabila sociala förhållanden<br/>Hög kariesaktivitet hos syskon<br/>Frekventa återbud/uteblivanden<br/>Tandvårdsrädsla i familjen<br/>Bristande gränssättning<br/>Omsorgsbrister</p> |
| <p>Friskt tandkött<br/>Normal salivsekretion</p>  |   |
| <p>Normal käkfunktion utan smärta<br/>Normal bettutveckling</p>   |   |
| <p>Gott allmäntillstånd<br/>Stabila sociala förhållanden<br/>Låg karieserfarenhet i familjen<br/>Inga eller enstaka återbud/uteblivanden</p>                        |   |

Terapiplanen utgår från aktuell riskbedömning och riskgrupperingen görs efter varje undersökning av ansvarig tandläkare eller tandläkare/tandhygienist/tandsköterska i samarbete. Terapiplanen fastställs av tandläkaren.

Utifrån riskbedömningen placeras patienten i någon av riskgrupperna Låg risk, Förhöjd risk eller Hög risk. Detta gör det möjligt att göra en bedömning av vilken riskgrupp varje patient ska placeras i.

#### Låg risk/ Basprogram och egenvård

- Nästa undersökning senast efter 24 månader 3–15 år eller 36 månader 16–19 år.
- Tandborstning med fluorid tandkräm 2 gånger per dag (med hjälp av vuxen upp till 12 år).

- Kostvanor (minska sockerhaltiga produkter) och hälsomotivation

### **Förhöjd risk/ Basprogram + tilläggsåtgärder utifrån orsaksutredning**

- Nästa undersökning hos tandhygienist eller tandläkare senast efter 18 månader.
- Orsaksutredning
- Förstärka individens egeninsikt och egenvård.
- Åtgärder för plackkontroll. Extra fluoridtillförsel hemma och på kliniken kan övervägas fissurförsegling.
- I mellanperioden besök hos tandsköterska för förebyggande vård och uppföljning. Besöken individ-anpassas i innehåll och antal.

### **Hög risk/Basprogram + individanpassade tilläggsåtgärder utifrån orsaksutredning**

- Nästa undersökning senast efter 12 månader.
- Orsaksutredning
- Klinikbaserad individanpassad profylaktisk behandling hos tandsköterska eller tandhygienist med fluoridlackning och/eller eventuellt fissurförsegling.
- Antalet besök individanpassas.
- Överväg rekommendation av hög fluorid tandkräm 5000 ppm (Duraphat, Colgate-Palmolive) till ungdomar över 16 år.
- Besöksfrekvens och stödåtgärder anpassas efter sjukdom eller funktionshinder, medicinering och risk för orala komplikationer.

### **Varje patient ska även bedömas utifrån vissa särskilda faktorer:**

- Behov av betoning av föräldraansvar och/eller egenansvar.
- Vid tandvårdsrädsla krävs utredning av orsaksfaktorer samt behov av inskolning och ev. sedering.
- Behov av ökad besöksfrekvens för profylax, tandborstningsinstruktion och uppföljning av profylaxinsatser.
- Behov av bett- och traumakontroller.



## Undersökningsintervall

Nedan beskrivna undersökningsintervall ska ses som miniminivåer för patienter med låg eller ingen risk för karies eller andra bettstörningar. Patienter med förhöjd risk eller hög risk måste självfallet ges ett mer omfattande mottagande än det som anges nedan.

Behandlingsansvaret föreligger från det år barnet fyller 3 år till och med det år barnet/ungdomen fyller 19 år.

**Tandläkaren har ett särskilt ansvar att anpassa varje patients vårdprogram individuellt utifrån riskgrupp, behandlingsbehov och bettutveckling.**

### För barn i åldersgruppen 3–15 år:

Tiden mellan två undersökningar som utförs av legitimerad personal ska inte överskrida 24 månader. Undersökning av tandläkare ska inte överskrida 48 månader. Bettutveckling måste kontrolleras regelbundet. Av särskild vikt är att alla barn undersöks vid 3 års ålder, detta är obligatoriskt och ska utföras av legitimerad personal dvs. antingen tandläkare eller tandhygienist.

### För unga vuxna 16–19 år:

Tiden mellan två undersökningar som utförs av legitimerad personal ska inte överskrida 36 månader.

## 8. Karies - diagnostik och terapi

All kariesdiagnostik innefattar registrering av skador i tändernas hårdvävnad och, vid konstaterad kariesaktivitet, dessutom en orsaksutredning utgående från anamnestiska och kliniska fynd. Vid osäkerhet inhämtas kompletterande uppgifter genom en mer omfattande kostutredning. All invasiv tandbehandling ska utföras med adekvat smärtkontroll och vid behov kompletteras med sedering.

### 8.1 Karies i primära bettet

Barn med initial eller manifest kariesskada vid ett eller två års ålder måste ges ett snabbt omhändertagande. Ju yngre barnet är desto snabbare sker kariesutvecklingen. Orsaksinriktade åtgärder är mer angelägna. Initialkaries ska framför allt behandlas med plackkontroll och fluorid. Även manifesta kariesskador på buckal- och lingualytor kan med framgång fås att avstanna med hjälp av optimal munhygien och fluoridtillförsel. Som ett led i att åstadkomma goda hygieniska förhållanden och för att undvika komplikationer är operativ kariesterapi motiverad.

Från 3 års ålder är det inte ovanligt att det första kariesangreppet kan vara beläget approximalt på de primära molarerna. Undersökning av barn med approximalytor i kontakt och kariesriskfaktorer bör därför även omfatta bitewingröntgen. Bitewingröntgen tas på individuella indikationer.

Det är viktigt att beakta olika primära tänders betydelse. Tändernas värde varierar beroende på bettsituation och kvarvarande tid i bettet. Det är därför mer angeläget att rädda och bevara den andra primära molaren än den första. De primära hörntänderna betyder mer för

symmetriförhållanden och tillväxt än framtänderna. Dessa förhållanden bör styra vid prioritering av olika åtgärder.

Vid omfattande restaureringsbehov på den första primära molaren bör extraktion övervägas då detta positivt påverkar prognosen för angränsande tand (andra molaren). Fyllningsterapi på första primära molaren uppvisar dålig prognos och stor omgörningsfrekvens. Den andra primära molaren bör hållas under extra uppsikt från och med sexårstandens eruption. Ett distalt kariesangrepp på den andra primära molaren utgör en klar risk för sexårstandens mesialyta.

Hygienslipning lämpar sig bäst för fria ytor eftersom slipning i approximalrum medför food impaction med smärta, plackretention och fortsatt progression av kariesskadan.

Tänder med indikation på periapikal inflammation ska extraheras. Öppna karieskaviteter bör inte lämnas utan åtgärd.

## 8.2 Karies i permanenta bettet

Information om särskild uppmärksamhet vid eruption av permanenta molarer ska ske. Vikten av tandborstning med fluorid tandkräm ska understrykas då kariesrisken är stor på nyeruiterade tänder. Fissurförsegling av nyeruiterade kariesfria permanenta molarer med fissurförsegling-material kan erbjudas efter individuell indikation.

Bitewingröntgen bör tas vid tandkontakter där insyn inte kan erhållas och ska alltid tas på individuella indikationer. Observera betydelsen av att diagnostisera ocklusal dentinkaries på bitewingbilderna. Den ocklusala kariesskadan kan ha en stor utbredning i dentinet och ändå en liten ingångsöppning i emaljen.

Alla kariesskador som bedöms vara aktiva ska behandlas. Icke-operativ och orsaksinriktad behandling (t. ex fluoridbehandling) ska alltid övervägas. Då operativ behandling bedöms nödvändig ska minimalinvasiv teknik tillämpas.

Extraktionsterapi i samråd med ortodontist bör övervägas vid gravt karierade molarer. Endodonti bör utföras enbart i undantagsfall i unga permanenta molarer.

## 9. Gingivit/parodontit – diagnostik och terapi

### 9.1 Primära bettet

Om stora plackmängder finns eller blödning uppstår vid tandborstning ska särskilda munhygieniska åtgärder sättas in och följas upp. Motivation och instruktion i effektiv munhygien ska baseras på plackinfärgning. Utifrån infärgningsresultatet ges en individanpassad instruktion.

Marginal bennivå och ev. förekomst av subgingival tandsten bedöms vid granskning av bitewing. Vid förekomst av fickor och/eller kliniska och radiologiska tecken på parodontal destruktion utförs fickmätning på samtliga tänder. Tandsten ska avlägsnas. Parodontala skador ska behandlas i samråd med specialist.

### 9.2 Permanenta bettet

Om stora plackmängder finns eller blödning uppstår vid tandborstning eller sondering ska särskilda munhygieniska åtgärder sättas in och följas upp. Motivation och instruktion i effektiv munhygien ska baseras på plackinfärgning. Utifrån infärgningsresultatet ges en individanpassad instruktion. Vid kliniska eller radiologiska tecken på parodontal sjukdom utförs fickmätning på samtliga tänder. Marginal bennivå och ev. förekomst av subgingival tandsten bedöms vid granskning av bitewing. Tandsten och fyllningsöverskott ska avlägsnas. Vid misstanke om parodontit ska barnet remitteras till specialist. Undersök gärna syskon då ärftlighet kan föreligga.

Screening av fickor vid 6:or och 1:or utförs för alla individer vid varje undersökningstillfälle från 15 år. Vid förekomst av fickor > 5mm och/eller kliniska och radiologiska tecken på parodontal bennedbrytning utförs fickmätning på samtliga tänder.

## 10. Förebyggande åtgärder

Individen/vårdnadshavaren ska erhålla information om sambandet mellan kost och karies, vikten av god munhygien samt optimal tandborstnings- och tandkrämsteknik, att han/hon själv får möjlighet att på ett bra sätt ta ansvar för munhälsa.

Kollektiva förebyggande insatser är Folktandvården Kalmars ansvar och regleras i separat överenskommelse.

### 10.1 Förebyggande åtgärder på individnivå - Basprogram

- All tandhälsoinformation bör betona egenansvar och föräldraansvar
- All tandhälsoinformation vid klinikbesöken ska vara individuellt anpassad till barn/vårdnadshavare.
- Särskild tyngd på information om tandsjukdomarnas orsaker och följder.
- Särskild tyngd på information om hur frekventa-sockerintag påverkar munhälsan.
- Tandborstningsinstruktion efter munhygienkontroll.
- Rekommendation av fluoridtandkräm 1000 ppm F från första primära tanden och 1450 ppm F från första permanenta tanden.

- Rekommendation att använda fluorid tandkräm två gånger per dag samt ”silaskum” tekniken.
- Sammanfattat budskap ”-Fluorid - Vila – Vatten”.
- Fissurförsegling av nyeruiterade kariesfria permanenta molarer med fissurförseglings-material kan erbjudas efter individuell indikation.
- Tandtrådsinstruktion när permanenta tänder är erupterade med etablerad approximalkontakt.

## 10.2 Förebyggande åtgärder på individnivå - Tilläggsprogram

Varje patient med förhöjd eller hög risk ska ha ett individuellt tilläggsprogram utifrån genomförd orsaksutredning med bedömning av medicinska och sociala riskfaktorer samt förekomst av ev. patologiska fynd.

- Fördjupad dialog med vårdnadshavaren, barnet/ ungdomen kring kost, karies och munhygien m.m.
- Klinikbaserad individanpassad profylaktisk behandling hos tandsköterska och/eller tandhygienist.
- Praktiska tandborstinstruktioner vid behov.
- Fluoridanvändning
- Löpande kontroller av kost, karies och munhygien status, t.ex. kontrollrtg.
- För ungdomar över 16 år överväg rekommendation av högfluorid tandkräm, 5000 ppm.

Vid varje undersökningstillfälle ska patientens hälsodeklaration uppdateras. Det är också viktigt att hälsodeklarationen anpassas till patientens ålder. Hälsodeklarationen kan vara utformad på olika sätt men nedanstående frågorna ska alltid ingå:

- Förekomst av hjärtsjukdom, annan allmänsjukdom eller funktionsnedsättning?
- Regelbunden medicinering?
- Förekomst av allergi?
- Nikotin-och tobaksbruk (Från 12 års ålder)

## 12. Mineraliseringsstörning

Mineraliserings-skadade tänder ska intensivlackas med fluorid. Plackkontrollen av mineraliseringsstörda tänder är mycket viktig för att minska isningsproblematiken. Vid behov av restaurering rekommenderas lagning med komposit förutsatt att patienten koopererar och tillräcklig syra-ets-retention i emaljen kan uppnås utan att för mycket tandsubstans avlägsnas. Om inte en porös-fri kavitetkant kan skapas rekommenderas restauration med glasjonomercement. Mycket viktigt med god smärtkontroll, med lokalbedövning och eventuell sederung, vid restaurering av mineraliseringsstörda tänder.

Extraktionsterapi kan övervägas vid gravt mineraliseringsstörda molarer. Vid omfattande generell mineraliseringsstörning ska en etiologisk utredning och terapiplanering utföras tidigt,

lämpligtvis efter remiss till specialist i pedodonti. Kronterapi, både långtidstemporära och permanenta eller porslinsfasader kan vara indicerat i vissa fall. Diagnos mineraliseringsstörning ska noteras i journalen. Diagnoserna varierar och kan avse lokal störning på en eller flera tänder eller en generell mineraliseringsstörning.

### 13. Tandslitage

Tandslitage kan ha olika bakgrund. Det vanligaste i barn- och ungdomsåren är erosivt tandslitage eller kombinerad erosion/attrition. Tandslitage är vanligt förekommande både i primära och permanenta bettet. Dental erosion är en kemisk skada som orsakas av syra, som inte är producerad av munbakterier. Attrition är en mekanisk åverkan på tanden genom tandmot-tand kontakt, oftast tandgnissling.

Vid gravt tandslitage är oftast den erosiva komponenten dominerande. Flera faktorer samverkar för uppkomst av dental erosion. Sura drycker är en vanlig orsak men även magsyra vid frekvent kräkning eller refluxproblem kan vara orsaken. Patienten uppmärksammar ofta inte slitaget förrän det blivit så allvarligt att framtänderna blivit kortare och gulare och tänderna isar. Ett gravt tandslitage utgör ett odontologiskt-tekniskt svårbehandlat tillstånd och specialisttandläkare bör konsulteras. Därför är det viktigt att lägga till information om sura drycker i den allmänna munhälsoinformation och att vid undersökningarna diagnostisera de tidiga tecknen på tandslitage.

Registrering av dentala erosioner ska registreras i samband med revisionsundersökning.

### 14. Störning i bettutveckling

- Tandläkare och/eller tandhygienisten ska identifiera avvikelser från normal bettutveckling. Tandläkaren ställer diagnos och vid behov konsulterar ortodontist. Vid vårdmodeller där revisionsintervall hos tandläkare är utglesade är det särskilt viktigt att kliniken har rutiner för bevakning av eventuella eruptionsstörningar. All ortodontisk behandling ska ske efter samråd med ortodontist.
- Patienter med multipla agenesier ska tidigt remitteras till specialistklinik för terapiplanering i multidisciplinär grupp.

#### 14.1 Att särskilt beakta vid bettutvecklingskontroller:

- Primära bettet (3 – 5 år)
  - Öppna bett pga. sugovanor, tvångsförande korsbett, frontal invertering, avvikelser i tandantal och eruption.
- Tidigt växelbettet (ca 6 - 9 år):
  - Kvarstående sugovanor/ frontalt öppet bett, ektopisk eruption 6: or, frontal invertering, gingival påbitning, tvångsförande korsbett, saxbitning 6: or, postnormalitet (traumarisk).

- Avvikelse eller asymmetri vid eruption av primära eller permanenta incisiver kan tyda på agenesi eller övertal, men även primärtandstrauma. Röntgenkontroll är indicerad.
- Efter eruption av permanenta incisiver kontrolleras att samtliga anlag till premolarer och hörntänder finns. Använd befintliga bitewing, eventuellt kompletterade med intraorala röntgenbilder, alternativt panoramaröntgen.
- Uttalad platsbrist för ÖK 2: or
- Unilateralt exfolierad primär 3: a
- Sent växelbettet (10 - 14 år):
  - Misstanke om basal käkavvikelse i sagittal och/eller vertikal led, platsförhållanden, ocklusionsavvikelser.
  - Primära molarer i infraocklusion.
  - Eruption 7: or.
  - Icke-palpabla överkäkshörntänder ska lägesbestämmas.
  - Unilateralt exfolierad primär 3: a
  -
- Permanenta bettet (ca.15 år):
  - Dentoalveolära avvikelser, retinerade tänder, avvikande frenulum med stort diastema mediale,-avvikande estetik i fronten. Visdomständernas läge, status för omgivande ben och granntand ska bedömas av tandläkare vid revisionsundersökning.

## 15. Hörntänder – extra uppmärksamhet

Under perioden 8 till 11 års ålder ska hörntandens läge kartläggas så att inte ektopisk eruption föreligger. Om hörntanden inte kan palperas buckalt krävs röntgenundersökning med lägesbestämning. Även palperbara tänder i atypiskt läge röntgas.

## 16. Orofacial smärta och funktionsstörning i käksystemet

Screening av bettfysiologiskt behandlingsbehov ska göras vid varje undersökning från 12 års ålder i form av tre frågor:

- Har du ont i tinning, ansikte, käke eller käkled en gång i veckan eller oftare?
- Har du ont vid gapning eller tuggning en gång i veckan eller oftare?
- Har du låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?

**Vid ja-svar ska tandläkare gå vidare med:**

- Klinisk undersökning enligt TMD.
- Uttalade avvikelser från normal käkfunktion eller smärta från tinning, käke eller käkleder ska behandlas efter samråd med specialist i bettfysiologi.

## 17. Trauma

Patienten bör tas om hand så snabbt som möjligt. Diagnosen ska baseras på klinisk och röntgenologisk undersökning. Rätt insatta åtgärder i tidigt skede förbättrar prognosen. Akuta åtgärder bör främst inriktas på att eliminera smärta samt skapa en gynnsam situation för läkning och rehabilitering. Samtliga i traumat involverade tänder ska rengöras. Gingivala skador ska behandlas.

Vid omfattande traumaskador ska patienten remitteras till specialist för terapiplanering i multidisciplinär grupp.

Exartikulerade primära tänder ska inte replanteras. Luxerade primära tänder ska inte reponeras. Vid mer omfattande trauma på små barn konsultera gärna pedodontist.

Klorhexidin, antibiotika och tetanusvaccin ska sättas in i indicerade fall. Tetanusvaccin ingår i vaccinationsprogram vid 3, 5 och 12 månaders ålder, därefter vid 8 års ålder och då ett fullgott skydd för framtiden.

## 18. Protetisk behandling

Omfattande trauma, multipla agenesier, andra omfattande tand- och käkdefekter ska tidigt undersökas och terapiplaneras i multidisciplinär grupp på specialistklinik. I de flesta av dessa fall sträcker sig den protetiska rehabiliteringen till efter avslutad organiserad barn- och ungdomstandvård.

De odontologiskt motiverade implantat, som efter bedömning av tillväxt i alveolarutskottet, är lämpliga att placera före 19 års ålder ska terapiplaneras inom specialisttandvården men kan utföras inom allmäntandvården

## 19. Tandblekning

Läkemedelsverkets föreskrifter 2012:20, som grundar sig på en ändring i EU: s direktiv 2011/84/EU säger följande:

- Tandblekning får inte utföras på barn eller ungdomar under 18 år.
- Tandblekning med tandblekningsmedel, som innehåller eller frisätter mer än 6 % väteperoxid får inte användas i tandvården.

## 20. Visdomständer

Vid förekomst av patologiska förändringar eller andra tillstånd som kan föranleda kirurgisk behandling åligger det tandläkare att bedöma om behandling kan utföras inom den egna kliniken eller om behov föreligger av konsultation alternativt remittering till specialist i käkkirurgi för behandling.

## 21. Medicinska riskpatienter

Före behandling av patienter med medicinska diagnoser där tandvård kan medföra risk, bör kontakt tas med vederbörande läkare.

Samråd med pedodontist eller specialist inom Orofacial Medicin inför terapiplanering och behandling av patienter med ovanliga diagnoser är tillrådligt.

Beträffande rutiner för antibiotikaproylax eller antibiotikaskydd hänvisas till senaste upplagan av ”Tandvårdens läkemedel”.



## Bilaga 1: Terminologi och övriga lagar m.m.

### A. Terminologi:

Revisionsundersökning: undersökning hos tandläkare

Tandhygienistundersökning: undersökning hos tandhygienist

Tandhälsokontroll: besök hos tandsköterska mellan undersökningarna för uppföljning samt klinisk bedömning av tänder och gingiva. Får utföras efter skriftlig delegering av tandläkare.

### B. Övriga lagar, författningar, föreskrifter och allmänna råd:

Patientdatalag (SFS 2008:355)

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)

Offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400)

Lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (SFS 1996:786)

Lagen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (SFS 1984:452, liksom förordningen 1994:1287)

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

Läkemedelslagen (SFS 1992:859).

Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2012:9)

Mikrobiologiska arbetsmiljörisker – smitta, toxinpåverkan, överkänslighet (AFS 2012:7)

Lagen om medicintekniska produkter (SFS 1993:584)

Medicintekniska produkter (LVFS 2003:11)

Om ändring (LVFS 2012:20) i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2007:4) om förbud och begränsningar för vissa ämnen att ingå i kosmetiska eller hygieniska produkter.

Strålskyddslagen (SFS 1988:220)

Anestesigaser (AFS 2001:7)

Hygieniska gränsvärden (AFS 2011:18)

Gasflaskor (AFS 2001:4)

Dataskyddsförordningen (GDPR)