

Tandvård till barn och unga vuxna

- vårdprogram i Folktandvården Västerbotten

Det här dokumentet innehåller riktlinjer och vårdprogram för tandvård som ges till barn, ungdomar och unga vuxna i Folktandvården Västerbotten inom ramen för kostnadsfri tandvård. Folktandvården förser 98% av Västerbottens barn och ungdomar med tandvård. Ett kvalitetssäkrat och effektivt omhändertagande har mycket stor betydelse för utveckling av tandhälsan i regionen och även för omfattningen av mängden tandvård Folktandvården kan erbjuda sin yngre invånare.

Dokumentet är skrivet för all personal i Folktandvården som kommer i kontakt med målgruppen. Texten kompletterar Region Västerbottens uppdrag och regler för hälsoval, LOV. Riktlinjer och vårdprogram är utformade i samarbete mellan specialisttandvården för Pedodonti, Ortodonti, odontologiskt ledningsansvariga i allmäntandvårdens basenheter samt Endodonti.

Uppdatering och förbättringsarbete av dokumentet sker löpande, aktuell version hittar du på FolktandvårdsKANALEN, [Odontologi/Pedodonti](#).

Författare; Johanna Gyll, Charlotta Svanberg och Karin Sunnegårdh-Grönberg.

Version 2023-03-21

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	2
ANSVAR VID OMHÄNDERTAGANDE AV BARN OCH UNGDOMAR	2
OMHÄNDERTAGANDE AV BARN OCH UNGDOMAR	3
HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER 0–16 ÅR.....	9
DET LILLA BARNET, VÅRDPROGRAM 0–2 ÅR.....	10
FÖRSKOLEBARNET, VÅRDPROGRAM 3–6 ÅR	13
SKOLBARNET, VÅRDPROGRAM 7–12 ÅR.....	18
TONÅRINGEN, VÅRDPROGRAM 13–18 ÅR (UNDER FRAMSTÄLLNING)	24
RIKTLIJNER FÖR REGIONFINANSIERAD TANDVÅRD 19–23 ÅR.....	25
SAMVERKAN SPECIALISTTANDVÅRD OCH ALLMÄNTANDVÅRD (UNDER FRAMSTÄLLNING)	26
ÖVERSIKT AV LÄNKAR.....	26

INLEDNING

Region Västerbotten har ett lagstadgat ansvar att erbjuda alla barn och unga vuxna 0–23 år i länet regelbunden fullständig och hälsoinriktad tandvård utan avgift. Uppdraget kan utföras av Folktandvården Västerbotten eller av privata vårdgivare som ingått avtal med Region Västerbotten. Aktuellt dokument kompletterar Regionens [Uppdrag och regler för hälsoval](#) för den aktuella målgruppen och innehåller riktlinjer och vårdprogram. Vidare är dokumentet utformat med särskild hänsyn till Folktandvårdens medarbetare och journalsystem. Folktandvården har till skillnad från privata vårdgivare ett slutansvar för all barntandvård vilket innefattar akut-, specialist- och asyltandvård.

Kliniska riktlinjer och vårdprogram utgör stöd till tandvårdspersonal som undersöker, riskbedömer och ger preventiv eller operativ tandbehandling till barn och ungdomar 0–23 år. Syftet är att tandvård till patientgruppen sker på anvisat och överenskommet sätt för att säkerställa ett patientsäkert, rättvist och jämlikt omhändertagande av alla barn och ungdomar samt unga vuxna i region Västerbotten.

Asylsökande och ensamkommande barn ska erbjudas tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. När det asylsökande barnet kommer till hälsocentralen för sin första hälsoundersökning/samtal skriver asylsköterskan en överföringsblankett till Folktandvården eller särskilt avtalade tandklinik i privat regi. Samtliga asylsökande 3–23 år bör vara kallade inom en månad och kallas per post. Tillvägagångssätt finns beskrivet i [Tandvård barn, ungdomar och unga vuxna 0–23 år - asylsökande, nyanlända samt andra migranter i Västerbotten](#).

ANSVAR VID OMHÄNDERTAGANDE AV BARN OCH UNGDOMAR

Tandvård för barn och ungdomar ska baseras på ett tydligt hälsoperspektiv. Vården ska vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder. Uppnådd tandhälsa ska behållas och om möjligt förbättras. Barnkonventionen ska vara vägledande i omhändertagandet av barn och unga inom tandvården, <https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/om-barnkonventionen>.

En god kontakt ska tidigt skapas mellan tandvården, barnet och vårdnadshavaren. Barnet och familjen ska känna sig delaktiga, informerade och trygga i behandlingssituationen. Vården ska utformas efter barnets bästa anpassat till barnets individuella förutsättningar och ålder. Barnets egen inställning till vården ska höras. Tandvården ska förmedla en positiv syn på tandvård i stort och arbeta för att stärka barnets/familjens förmåga att upprätthålla en god tandhälsa. Tandvården ska ta initiativ till samarbete med barn och skolhälsovården vid behov. Tolk ska användas vid språksvårigheter.

All tandvårdspersonal ska vara medvetna om barns utsatthet och känna till de krav som ställs på vårdpersonal när misstanke finns om att ett barn far illa. Anmälan ska göras till socialtjänsten vid misstanke om exempelvis försummelse, omsorgssvikt, psykisk och fysisk misshandel samt sexuella övergrepp. Se även Folktandvården Västerbottens dokument [Barn som far illa/Våld i nära relationer](#) för utförlig information. Utbildade barnrättsombud finns i tandvårdens alla basenheter och ska kontaktas vid behov, kontakta verksamhetschef eller avdelningschef för mer information.

Regelbunden tandvård ska erbjudas alla barn upp till 3 år med särskilda behov, och alla barn och unga vuxna till året de fyller 23 år och som är listade hos vårdgivaren. Omhändertagandet innefattar fullständig undersökning, riskbedömning, vård enligt behandlingsplan, generella och individuella förebyggande åtgärder samt akuttandvård vid behov. Alla patienter ska tilldelas en patientansvarig tandläkare. Denne har ett

slutgiltigt ansvar för diagnostik, bedömning av tand- och bettutveckling, vårdplan, riskbedömning och för val av adekvata revisionsintervall. Revisionsundersökning kan utföras av tandhygienist enligt givna intervall och vid behov i samarbete med patientansvarig tandläkare.

All tandvårdspersonal ansvarar för att vården bedrivs enligt gällande lagar, författningar och Region Västerbottens riktlinjer. Arbetsätt och rutiner på kliniken ska utformas så att patientansvarig tandläkare, tandhygienist och tandsköterska kan samarbeta på patientsäkert och effektivt sätt. Vid resursbrist prioriteras tillgång av tandvård enligt aktuell överenskommelse mellan Folktandvården och Region Västerbotten. Regionstyrelsen beslutade i maj 2022 att med anledning av rådande resursbrist prioritera undersökningar i åldersgruppen 3–19 år samt patienter med identifierat vårdbehov i gruppen 20–23 år före regelbundna undersökningar av 20–23 åringar med tidigare lågt identifierat tandvårdsbehov.

OMHÄNDERTAGANDE AV BARN OCH UNGDOMAR

Den regionfinansierade och för individen kostnadsfria tandvården till barn, ungdomar och unga vuxna lägger grunden till individens framtida tandhälsa. Detta sker bland annat med hjälp av regelbundna undersökningar (revisionsundersökning) men framför allt med generella hälsofrämjande insatser utanför kliniken. Övervägande andel barn och ungdomar har en god eller mycket god munhälsa. Samtidigt står en relativt liten andel för omfattande sjukdomsutveckling. Att korrekt särskilja mellan patienter med eller utan ett framtida tandvårdsbehov är en utmaning. Träffsäker diagnostik handlar ytterst om patientsäkerhet och om hur vi använder samhällets gemensamma resurser effektivt. Det vill säga att ge tandvård till patienter med pågående sjukdom eller påtaglig risk för sjukdomsutveckling – tandvård till de som behöver det mest.

Övergripande mål är att främja oral hälsa hos alla barn och ungdomar i Västerbotten. Vi skiljer mellan generella förebyggande insatser riktat till alla eller individuella förebyggande insatser till den enskilda. I de fall det finns en uppenbar risk att individen står inför en eventuell sjukdomsutveckling ska individen erbjudas anpassade förebyggande insatser. I dessa fall gäller en individuell vårdplanering. Även vid konstaterad sjukdom eller tillstånd som behöver en särskild åtgärd gäller individuell vårdplanering. Så långt det är möjligt bör barn och ungdomar erbjudas behandling hos samma vårdlag i syfte att skapa trygghet, patientsäkerhet, effektivitet och generera klinisk erfarenhet hos medarbetarna.

Oavsett barnets ålder ska särskild vikt alltid läggas vid följande:

- Generella förebyggande insatser så som exempelvis Tandborstning på recept på 1177, Folktandvårdens Tandborstsskola (8–10 år), fluoridlackning vid revisionsbesök och information om betydelse av kost, levnadsvanor och tobaksbruk för tandhälsa ska erbjudas alla och vid behov utvärderas och förstärkas.
- Alla barn ska få inskolning anpassat till sin ålder och de utmaningar den planerade behandlingen innebär.
- Smärtfri behandling ska alltid eftersträvas. Yt- och lokalanestesi ska användas vid ingrepp i dentin, käkben eller orala mjukvävnader. Ytanestesi ska ligga 5 minuter på gingivan för att få fullgod effekt. Preoperativ analgetika ska rekommenderas innan extraktioner eller operationer.

- Sedering ska erbjudas som ett komplement till ett gott psykologiskt omhändertagande vid behandlingsomognad, oro/rädsla eller där ingreppet som sådant bedöms vara för omfattande kopplat till barnets förmåga och ålder. *Se ledningsdokument om sedering av barn och ungdomar.*

Undersökning av patienten

För att säkerställa strukturerade arbetsätt vid undersökningar finns i journalsystemet T4 förlagor med rubriker så kallade fraser. Undersökningsfraser följer vedertagen struktur med anamnes, status, diagnostik, riskbedömning, vid behov vårdplanering samt uppföljning av åtgärder och nytt revisionsintervall. Utförlig information om journalskrivning finns även i Folk tandvården Västerbottens dokument [Riktlinjer journalföring tandvård](#).

Anamnes – patientens berättelse

Anamnesen ska innehålla uppgifter om barnets allmänna hälsa, sociala situation, tandborstning, matvanor och eventuella tobaksvanor. Anamnesen kan vid behov kompletteras med relevanta uppgifter anpassat efter barnets ålder och odontologiska status. Hälsodeklarationen ska vara aktuell och alltid uppdateras vid varje akutbesök och undersökning.

Status - klinisk och röntgenologisk undersökning

Den kliniska undersökningen innefattar registrering av befintliga tänder samt utbredning och djup av eventuella kariesangrepp samt erosioner. Förekomst av gingivit, parodontit och käkfunktion/smärta ska noteras. Beskriv utbredning och förekomst av plack och tandsten. Munnens slemhinnor undersöks och eventuella förändringar beskrivs. Bettutvecklingsstadium anges och bettdiagnos ställs av tandläkare. Ett komplement till den kliniska undersökningen är röntgen, som alltid sker på individuell indikation när viktig diagnostisk information inte kan fås på annat sätt.

Diagnostik – beskriver orala tillstånd hos barnet

Är en bedömning av hälso- och sjukdomstillstånd och utgör underlag för olika behandlingsåtgärder. Diagnoser som kräver fortsatt vård ska skrivas ut i text i daganteckningen och kan vara på individnivå eller gälla enstaka tand. Diagnoskoder (ICD-10) finns för många tillstånd och anges vid behov. Även olika klassificeringssystem finns för att ge en samlad bild av ett diagnostiserat sjukdomstillstånd hos individen, ett exempel är klassificering av parodontit.

Bedömning av vårdbehovet

Att bedöma vårdbehov handlar om ställningstagande till hur patienten ska behandlas på bästa men även mest rimliga sätt. Här ingår även ställningstagande till hur stor risken är för eventuell sjukdomsutveckling i framtiden hos patienten. Detta är grundläggande för en rättvis fördelning av gemensamma resurser till de patienter som har störst behov av tandvård.

Terapiplan – planering av vård

Vårdplanering eller terapiplan beskriver den tilltänkta behandlingen. Ange eventuella kompletterande undersökningar, vänjningsbehandlingar, sjukdomsförebyggande och behandlande åtgärder samt eventuella kontroller. Kariesangrepp (diagnos) som avses behandlas operativt skrivs ut i text. I T4:s grafiska status framgår inte om kariesangrepp på nivå ”d3” avser kavitering eller inte. Endast aktiva kariesangrepp från nivå d3 med kavitetbildning och som inte kan hållas plackfria åtgärdas operativt, övriga aktiva kariesangrepp behandlas non-operativt behandling. För att bedöma om kariesangrepp finns på approximala tandytor behövs oftast rtg-btw.

Prognos

Att ställa prognos är en professionell bedömning av den tilltänkta behandlingens effekt i framtiden. Klinisk erfarenhet av behandlingar är en kompetens som förvärvas över tid och kräver kunskap om patienten.

Behandling

Orsaksinriktad och symtomatisk behandling av sjukdomar och/eller orala tillstånd består av åtgärder på både tand- och individnivå.

Kontroller- ett nytt ställningstagande men inte en fullskalig undersökning

Kontroller är ett brett begrepp, därför är det viktigt att tydligt beskriva vad kontrollen avser för att undvika missförstånd mellan behandlare. Vanligt förekommande är exempelvis bettutvecklings-, munhygien- eller läkningskontroll. Även så kallade karieskontroller finns, vid dessa kontrolleras förändring av kariesaktivitet i befintliga kariesangrepp. När kontrollbesök är indicerade bör tid bokas direkt och ges till patienten, det minskar administration och bidrar till delaktighet i behandling hos patienten.

Ny undersökning för utvärdering av behandlingsresultat

Ny undersökning syftar till att utvärdera den orsaksinriktade behandlingens resultat (re-examination). Begreppet ”uppföljning” bör undvikas i sammanhanget då det lätt leder till missförstånd mellan behandlare. Ibland sammanfaller tidpunkten för en ny undersökning med nästa revisionsundersökning. Det är viktigt att identifiera syftet med undersökningen som ska göras. Undersökningar där ställning ska tas till tidigare genomförd behandling och bedömning behöver göras i relation till denna kräver att behandlaren sätter sig in i journalen om denne inte träffat patienten tidigare.

Revisionsundersökning (återkommande undersökning)

Revisionsundersökning är ett screeningstillfälle för att identifiera ifall ett vårdbehov föreligger hos individen och kallas även för basundersökning (åtgärder 101, 111 och 112). Ses tecken på sjukdom behövs sannolikt en noggrannare undersökning vilket sker vid ett nytt tillfälle. Då genomförs en fördjupad undersökning för utredning av identifierat sjukdomstillstånd (åtgärder 107, 108 och 114).

Revisionsintervall

Intervall mellan revisionsundersökningar genereras av R2 och är olika beroende av ålder och grundar sig endast på parametrar för karies och parodontit. Tanken är att tiden för revisionsundersökning för patienter med karies eller parodontit ofta sammanfaller med lämplig tid för ny undersökning eller för utvärdering av behandlingsresultat (re-examination eller karieskontroll). R2 beaktar inte tider för kallelser i relation till bettutveckling därför måste behandlaren sätta in lämpliga tider för kontroll av bettutveckling i tidboken eller i en kallelse.

Stödbehandling

Åtgärder som syftar till att bibehålla resultat av orsaksinriktad behandling och förhindra progression av sjukdom och upptäcka tecken på recidiv.

Beslutsstöd R2 i T4

Med begreppet risk menas sannolikheten att ”något” negativt inträffar i en framtid. En risk innebär inte att en negativ händelse nödvändigtvis inträffar, utan med risk menas hur troligt det är att en negativ händelse kanske inträffar. Det finns många olika faktorer som innebär en ökad risk för kariesangrepp, men hur troligt det är att just den aktuella faktorn leder till ett nytt kariesangrepp varierar för olika riskfaktorer och är ofta svårt att veta exakt. Ett barn med ett konstaterat kariesangrepp har inte längre

någon risk för kariessjukdom utan är bevisligen redan sjuk och vi kan genom utredning hitta orsaker, riskfaktorer, till kariesangreppet.

Det är viktigt att hålla isär vilka riskfaktorer som avses och hur stor/liten sannolikheten är för den aktuella riskfaktorn att bidra till en negativ händelse. Menas sannolikheten att utveckla kariesangrepp eller funderar vi över hur sannolikt det är att en fallolycka leder till avslagna framtänder på grund av en allt för stor horisontell överbitning? Olika ”risker” kräver således olika kompetens och kunskap för att kunna upptäckas och sättas i samband med vad de eventuellt kan förutspå eller inte. Ju fler riskfaktorer som är relaterade till samma negativa händelse som du har att tillgå ökar din chans att vara träffsäker i din förutsägelse om en eventuell negativ händelse i framtiden.

Det saknas vetenskapligt underlag av hög kvalitet om beslutsstödet R2:s förmåga att identifiera sjukdomsutveckling i relation till de många olika riskfaktorerna som finns i programmet. Det finns endast vetenskaplig kunskap om enstaka riskfaktorer i förhållande till specifik sjukdomsutveckling, exempelvis parodontit och kariessjukdom. Riskerna att utveckla nya kariesangrepp är högre hos individer med erfarenhet av kariessjukdom än hos individer utan tidigare kariesangrepp. Det är tyvärr ingen hjälp om målsättningen är att förhindra det allra första kariesangreppet hos ett barn. Däremot säger det att barn med tidigare kariesangrepp är högriskindivider för fortsatt kariessjukdom.

Beslutsstödet R2 är ett viktigt och välfungerande stöd för att på ett systematiskt sätt sammanställa information om den enskilda patienten. R2 delar upp sannolikheten för sjukdomsutveckling i avsaknad av tydliga tecken på att sjukdom skulle kunna utvecklas (grön), tecken på att sjukdom kan utvecklas eller påbörjad utveckling av sjukdom (gul) och uppenbara tecken på att sjukdom kan utvecklas och att pågående sjukdom finns (röd). För att generera bästa möjliga sammanställning över patientens tandvårdsbehov behöver information (anamnes+status) samlas in på rätt sätt. Det finns instruktionsfilmer om R2 i [T4 Academy](#) samt en fördjupningsfilm i relation till kariesrisk och kariessjukdom på [Lärande Region](#). Det finns givetvis mer information om patienten än det som efterfrågas av R2 och som utgör viktiga ledtrådar för dig att kunna prediktera eventuell sjukdomsutveckling till nästa revisionsundersökning. Tid och träning ger erfarna och träffsäkra kliniker. Det kan handla om att känna igen och värdera många olika ”risker”, exempelvis är uteblivande från besök och tandvårdsrädsla välkända risker förknippad med ohälsa. Det är viktigt för alla kliniker att följa patienter över tid och känna igen vad som talar för eller emot eventuell sjukdomsutveckling hos olika patienter.

Bettutveckling allmänt

Vid revisionsundersökning ingår en bedömning av bettförhållanden och tanderuption för att säkerställa att bettutvecklingen förlöper normalt. För att kunna upptäcka avvikelser måste man känna till vad en normal bettutveckling innebär. Med bettutveckling följer risker, exempelvis avsaknaden av tandanlag, ektopisk eruption eller resorption av tänder. Ett till synes normalt bett på mindre barn kan på grund av en ogynnsam tillväxtriktning av maxilla och/eller mandibel utvecklas till en grav malokklusion. För att undvika en ogynnsam bettutveckling kontrolleras bettutveckling vid alla revisionsundersökningar, finns behov så genomförs även en bettutvecklingskontroll. Bettutvecklingen följer en kronologisk ordning men variationen för tanderuption är stora i tid. Strukturerade arbetssätt, på kliniken och inom tandvårdsteamet ökar möjligheten att på ett patientsäkert sätt följa bettutvecklingen. Detta innefattar såväl bedömning och beskrivning av bettförhållanden som det administrativa arbetet med kallelser och eventuella

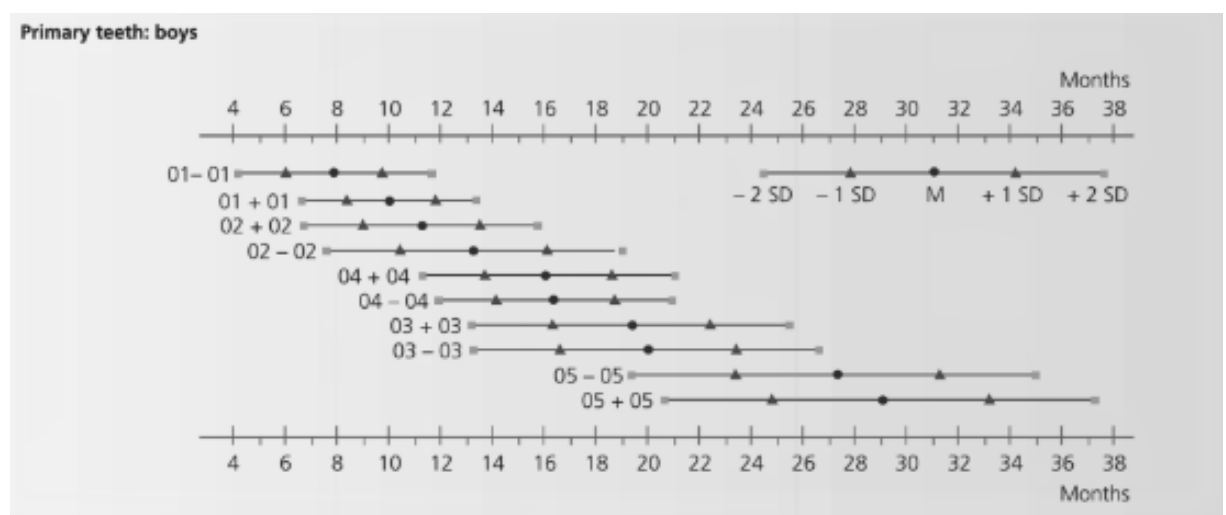
bettutvecklingskontroller. Även användning av gängse språkbruk för diagnostik är viktigt för att undvika missförstånd mellan personal, bettförhållanden beskrivs och brettutvecklingsstadier anges enligt definitioner av Björk och Krebs, se tabell 1.

Tabell 1. Stadier i brettutveckling.

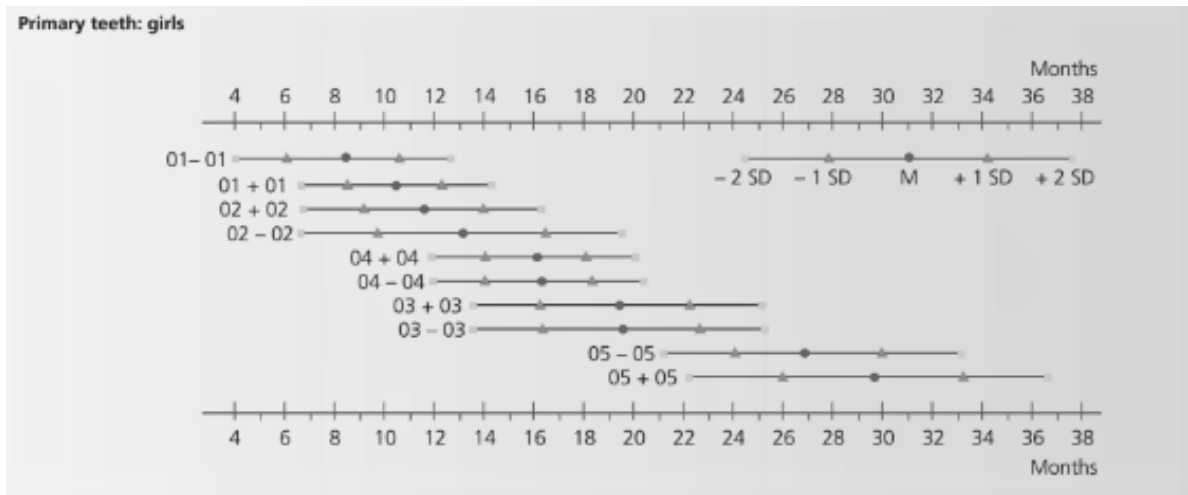
STADIUM	BESKRIVNING
DS01	primära tänder är under eruption
DS02	primära dentitionen är komplett
DS1	tidigt växelbett, incisiver under eruption
DS2	mellanperiodens växelbett, incisiverna är fullt erumperade
DS3	sent växelbett, hörntänder och premolarer är under eruption
DS4	ungt permanent bett, hörntänder och molarer är fullt erumperade

Eruption av primära som permanenta tänder följer en kronologisk ordning men en stor variation mellan individer och mellan biologiska kön föreligger, se tabell 2 och 3. Avvikelse i eruptionstider föranleder uppföljning och vidare utredning med röntgen tills orsak till utebliven eruption kan fastställas. Exempel på avvikelser är sidoskillnad eller utebliven eruption av tänder. Eruptionshinder, mesiodens eller agenesi är en vanlig anledning till utebliven eruption men, även flertalet syndrom medför ökad förekomst av bett och tandutvecklings problematik. Se tabeller figur 1 och 2 för eruptionstider av primära och permanenta tänder, inom ± 2 standarddeviationer (SD) finns 95% av barnpatienterna.

Tabell 2a. Eruption av primära tänder hos pojkar. Medelvärde, ± 2 standard deviationer (SD). Pediatric Dentistry, a clinical approach, Kock G, Poulsen S, Espelid I, Haubeck D, third edition 2017.



Tabell 2b. Eruption av primära tänder hos flickor. Medelvärde, ± 2 standard deviationer (SD). Pediatric Dentistry, a clinical approach, Kock G, Poulsen S, Espelid I, Haubeck D, third edition 2017.



Tabell 3. Eruption permanenta tänder, medelvärde och ± 2 .standard deviationer (SD). Pojkar till vänster och flickor till höger. (Helm S, Seidler B 1974. Timing of permanent tooth emergence in Danish children. Community dent oral epidemiol, 2, 122–129.)

Boys				Girls											
Maxilla			Mandible			Maxilla			Mandible						
	-2SD	Mean	+2SD		-2SD	Mean	+2SD		-2SD	Mean	+2SD				
Tooth				Tooth				Tooth				Tooth			
1	5.7	7.2	8.7	1	4.9	6.2	7.5	1	5.6	7.0	8.4	1	4.7	6.0	7.3
2	6.5	8.2	9.9	2	5.6	7.4	9.2	2	6.0	7.8	9.6	2	5.5	7.1	8.7
3	9.1	11.5	13.9	3	8.3	10.6	12.8	3	8.3	10.8	13.3	3	7.5	9.6	11.7
4	7.7	10.6	13.5	4	7.7	10.7	13.6	4	7.5	10.1	12.7	4	7.4	10.0	12.6
5	8.5	11.4	14.3	5	8.6	11.5	14.4	5	8.2	11.0	13.8	5	8.1	11.0	13.9
6	4.9	6.3	7.7	6	4.8	6.2	7.6	6	4.8	6.1	7.4	6	4.8	6.0	7.2
7	9.9	12.4	14.9	7	9.3	11.9	14.5	7	9.5	11.9	14.3	7	9.0	11.4	13.8

HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER 0–16 ÅR

Begreppet ”hälsolitteracitet” syftar till de kognitiva och sociala färdigheter som är avgörande för en individs motivation och förmåga att få tillgång till, förstå och använda information på ett sätt som främjar och bibehåller en god hälsa. Begreppet berör även tillgången till lättillgänglig, relevant och tillförlitlig information nödvändig för att kunna fatta välgrundade beslut om sin personliga hälsa. Folktandvårdens folkhälsoarbete och hälsofrämjande insatser syftar till att ge individen, populationen, bästa möjliga tillgång till kunskap för att behålla en god hälsa. Att erbjuda tillgång till utbildning och kunskap är en avgörande faktor i arbetet att med skapa förutsättningar för en god folkhälsa.

Samverkan är grundläggande i folkhälsoarbetet. Hälsofrämjande insatser sker ofta utanför kliniken exempelvis i skolan, på ett särskilt boende, genom en offentlig föreläsning, kampanjer på mjölkpaket eller andra liknande aktiviteter. I region Västerbotten koordineras hälsofrämjande insatser mellan fler aktörer, exempelvis förskolan och Folktandvården genom [Salutsatsningen](#). Samtidigt finns även insatser som Folktandvården står för själv eller i samverkan med andra men utanför Salutsatsningen. Nedan beskrivs kortfattat olika hälsofrämjande insatser i syfte att främja god oral hälsa i befolkningen. Ett övergripande ansvar för folkhälsoarbetet i Folktandvården ligger hos Hälsoodontologiska teamet (HOT).

Mödrahälsovården (MHV)

Vid förfrågan från MHV kan kliniker i allmäntandvård vara behjälplig med information om munhälsa till föräldragrupper.

Screening av tänder i barnhälsovården (BHV)

Distriktssköterskor använder tandscreeningsfrågor i mötet med barn 10–18 månader. Vid misstanke om förhöjd kariesrisk skickas pappersremiss till närmaste allmäntandvårdsklinik för undersökning, se tabell 4. Processen är under vidareutveckling och sker inom Salutsatsningen.

Hälsosamtal 2-åringar

Är ett erbjudande till föräldrar om hälsoinformation, se tabell 5. Sker idag fysiskt eller digitalt och processen är under utveckling. Utförs av allmäntandvårdens kliniker.

Samverkan med förskolan

Det pedagogiska verktyget ”Bodil Krokodil” tillhandahålls förskolor i kommunerna. Bodil Krokodil innehåller information om tänder och tandborstning avsedd för åldersgruppen. Processen bedrivs inom Salutsatsningen.

Samverkan med öppna förskolan

Lill Bodil Krokodil är Bodil Krokodils motsvarighet i den öppna förskolan och anpassad för verksamheten där. Processen bedrivs inom Salutsatsningen.

Tobaksfri duo i årskurs 6

Tobaksfri duo startade 1993 och riktar sig till skolan och årskurs 6 <https://tobaksfri.se/om-oss>. Personal från HOT träffar klasser i de skolor som valt att medverka i Tobaksfri duo. HOT utför tjänsten för Folkhälsoenhetens räkning i region Västerbotten.

Hälsa tillsammans – ett projekt i årskurs 4–9

Hälsa tillsammans är ett projekt i Vindelns kommuns alla skolor. Under 2023 kommer vissa skolor i kommunerna Robertsfors, Vilhelmina, Storuman och Skellefteå att delta.

Hälsa tillsammans handlar om kunskapsspridning och fluoridlackning varje termin i årskurserna 4–9. Konceptet är välbeprövat och beforskat med visad kariesreduktion i områden med såväl hög som låg kariesprevalens. Insatsen utförs av HOT tillsammans med tandhygienist/tandsköterska från närmaste allmäntandvårdsklinik.

Information och fluorider vid revisionsundersökning

Ett kvalitetssäkrat ”barnflöde” handlar om hur vi säkerställer att alla barn och föräldrar nås av kunskap nödvändig för att bibehålla god tandhälsa. Kunskapsöverföring avser information om mat och dryckesvanor, kariessjukdom, munhygien, tandborstsskola och tandborstning på recept. Alla barn ska vid revisionsundersökning erbjudas och introduceras till fluoridlackning.

Fluorider i skolan

Enstaka allmäntandvårdskliniker bedriver idag samarbete med den lokala skolan för regelbunden fluorsköljning i skolklasserna. Arbetet bygger på samverkan och vilar ofta på eldsjälar på kliniken och i skolan. Folkhälsoprojektet *Hälsa tillsammans* är under uppbyggnad i länet (se ovan) och är en del i reformarbetet för nära vård (personcentrerade arbetssätt) till befolkningen.

Tandhajpen i årskurs 4

Är en tävling för alla klasser årskurs 4 i region Västerbotten. Syftet är att stimulera barn till kunskapsinhämtning om varför människor och djur behöver tänder, <https://regionvasterbotten.se/tandvard/tandhajpen> Tävlingen drivs av HOT, se vinnande bidrag 2022 😊 <https://www.youtube.com/watch?v=tbRsg3rzImg>

DET LILLA BARNET, VÅRDPROGRAM 0–2 ÅR

En stor del av kontakten med och omhändertagandet av det lilla barnet sker i samverkan med mödrahälsovård (MHV) och barnhälsovård (BHV). Denna samverkan bedrivs inom ramen för Region Västerbottens folkhälsoarbete som en av flera delar i Salut-satsningen, se regionens hemsida <https://www.regionvasterbotten.se/folkhalsa/salut-satsningen-for-barn-och-ungas-halsa> Salut-satsningens mål är att alla barn ska nås av hälsofrämjande insatser under sin uppväxt med början hos de blivande föräldrarna under graviditeten. Tillsammans verkar vi för att tidigt identifiera riskindivider såväl inom tandvård som inom mödra- och barnhälsovård för att förhindra utveckling av ohälsa och för att ge ett personcentrerat omhändertagande. Det är väl känt att tidiga insatser ger stora vinster för individen, anhöriga, tandvården, sjukvården och samhället i stort. Tandborstning två gånger dagligen med fluoridtandkräm ger ett gott skydd mot kariessjukdom. Tandvården ska genom samtal stötta föräldrar till att skapa fungerande rutiner för såväl tandborstning som måltidsordning och goda levnadsvanor i allmänhet. Idag är cirka 97% av 3-åringarna i Västerbotten kariesfria, målsättningen är 100%. Inget barn ska drabbas av kaviteter i tänder på grund av obehandlade kariessjukdom.

Screening av tänder hos BHV

BHV-sköterskor vid hälsocentralerna i hela länet ställer frågor om levnadsvanor och hälsa, däribland munhälsa, till föräldrar med barn i åldrarna 10–18 månader. Sköterskan genomför en så kallad ”tandscreening” med hjälp av standardiserade frågor om kost, amning och tandborstning. Vid identifierade risker för kariessjukdom ger BHV information och följer upp med nya frågor. De barn som fortsatt identifieras med förhöjd kariesrisk remitteras från BHV till den Folktandvårdsklinik där barnet är listat. I tabell 4 finns översiktlig arbetsgång mellan BHV och FTV. Detta förfarande initieras med en förenklad pappersremiss till den aktuella kliniken. Barnet ska ges tid

för undersökning omgående. Skriftlig återkoppling ska skickas till BHV då de även fortsättningsvis träffar barnet och familjen. I skrivande stund är den aktuella processen under vidareutveckling. Detta sker i samverkan med Salut-satsningen i syfte att koppla in kompetenser nödvändiga för att stötta familjen till goda levnadsvanor.

Behandlingsbehovet i den aktuella gruppen är brett. Här finns barn med föräldrar som redan förändrat en ovana efter samtal med BHV-sköterskan, exempelvis nattamning. Här finns även barn med kariesskadade tänder i behov av narkostvård. Därför är det viktigt att inte förväxla besöket med ett hälsosamtal och markera i tidboken att besöket gäller en undersökning av ett redan identifierat barn med risk för kariessjukdom.

Den odontologiska undersökningen av det identifierade riskbarnet syftar till att precisera den kariologiska riskbedömningen och stötta föräldrar till nödvändiga förändringar avseende kost och munhygien för att undvika en eventuell kariesutveckling. Givna råd som exempelvis att borsta 2 gånger om dagen eller sluta med söta drycker i flaska bör följas upp även om ingen kariesaktivitet kan ses för tillfället. I de fall aktiva kariesangrepp konstateras ska dessa tas om hand enligt vårdprogram för förskolebarn 3–6 år och behandlingsplan ska upprättas tillsammans med tandläkare. Barnen i det aktuella åldersspannet kan behöva en anpassad behandling och i många fall sedering för att klara kariesexkavering med roterade instrument, och tandfyllning. Vi behov kan man även behöva remittera till avdelningen för pedodonti.

Tabell 4. Arbetsgång för barn 10–18 månader med identifierad kariesrisk och med pappersremiss från BHV till listad Folktandvårdsklinik.

Scanna in pappersremiss från BHV till T4 bilagor	
Kalla till undersökning hos tandhygienist med inriktning utredning av kariesriskfaktorer, skriv ut i tidboken att det gäller ett riskbarn från BHV	
Placerar pappersremiss i pärm avsedd för samarbete med BHV	
Tandhygienist träffar barnet, använd åtgärd 114, lägg upp vårdplan enligt vårdprogram för förskolebarn 3–6 år	Barnet/vårdnadshavare lämnar återbud eller uteblir från besök
Remissvar i retur med information om behandling och åtgärder till BHV för återkoppling	Klinikens HOT-kontaktperson kontrollerar avbokade besök och att återkoppling till BHV sker
	Remissvar till BHV

Hälsosamtal 2-åringar

Kliniken är ansvarig för att erbjuda alla listade 2-åringar ett hälsosamtal hos en tandhygienist eller tandsköterska. Erbjudandet är frivilligt till skillnad från en revisionsundersökning från 3 år. Hälsosamtal syftar till att stötta och hjälpa föräldrar till att etablera goda kost- och tandborstvanor så tidigt som möjligt och på så sätt minska risken för kariesutveckling och ohälsa. Ofta finns mycket stor motivation hos föräldrarna att genomföra nödvändiga beteendeförändringar för att säkra en god framtida tandhälsa hos barnet. Hälsosamtal har därför mycket stor betydelse för den

enskilda individens framtida hälsa men även för det totala tandvårdsbehovet hos framtidens barn, ungdomar och unga vuxna. Här bidrar vi till framtidens tandhälsa! Hälsosamtalet har hittills genomförts på kliniken med fördelen att kunna inspektera barnets tänder. I skrivande stund pågår ett projektarbete i allmäntandvårdens alla basenheter med digitala hälsosamtal för 2-åringar.

Hälsosamtal på kliniken med tydlig inriktning mot genomgång av frisk- och riskfaktorer men även en inspektion av barnets mun och tänder, se tabell 5. Samtalet ska vara respektfullt, informativt och stöttande och ha ett tydligt hälsofokus. Den sociala situationen som barnet lever i har stor betydelse för dess munhälsa och frågor om karieserfarenhet hos syskon och tandvårdsrädsla hos föräldrar bör ingå i anamnesen. Andra starka riskindikatorer till karies är oregelbunden tandborstning och ogynnsamma kostvanor. Fråga särskilt efter söta drycker i flaska och om nattmål ges. Ses synligt plack? Noteras riskfaktorer motiveras vårdnadshavare till beteendeförändring. Stor vikt bör läggas på att etablera fungerande tandborstvanor. Tandborstning 2 gånger dagligen med en liten mängd fluoridtandkräm bör introduceras när den första tanden bryter fram för att därefter bli en etablerad vana. Alla föräldrar ska få information om inloggning till Tandborstning på recept 0–5 år på 1177, plattformen för stöd och behandling.

Uppföljning av riskfaktorer bör ske efter en individuell bedömning och kan vara ett eller flera uppföljande besök. Ses behov av operativ vård bör barnet ses av en tandläkare för undersökning och upprättande av individuell vårdplan, se avsnittet om förskolebarn, vårdprogram för 3–6 år.

Tabell 5. Stöd för samtal om frisk- och riskfaktorer i relation till kariesutveckling hos små barn, vid besök till kliniken eller i digitalt möte.

Friskfaktorer	Riskfaktorer
Tandborstning 2 gånger dagligen utförd av vuxen God munhälsa hos föräldrar och syskon Stabila sociala förhållanden Engagerade föräldrar Positiv attityd till barnets hälsa och vård Gynnsamma levnadsvanor God allmän hälsa	Oregelbundna tandborstvanor Avsaknad av fluoridtandkräm Inget föräldrastöd vid tandborstning Ogynnsamma matvanor Småätande under dagen Upprepade nattmål Sötad dryck vid törst Tandvårdsrädsla hos förälder Syskon med kariessjukdom Bristande gränssättning inom familjen Rökning hos förälder Drabbad av många infektioner Kronisk sjukdom Födoämnesintolerans Medicinering Funktionsvariation Synligt plack i ök-fronten Avskrapbart plack buckalt 04:or Tidigare tandsanering i narkos

Hälsosamtal digitalt har identiskt syfte som hälsosamtal på kliniken och bygger på samtal om frisk- och riskfaktorer i tabell 2 med skillnad att tänder och munhåla inte kan inspekteras närmare. Alla föräldrar ska få information om inloggning till Tandborstning på recept 0–5 år på 1177, plattformen för stöd och behandling. I programmet finns möjlighet att chatta med förälder vid behov. Finns efter individuell bedömning behov av uppföljning riskfaktorer utöver chatt kallas barnet/förälder till kliniken för vidare undersökning. Ses behov av operativ vård bör barnet ses av en tandläkare för undersökning och upprättande av individuell vårdplan, se avsnittet om förskolebarn, vårdprogram för 3–6 år.

Akuttandvård

Akuttandvård till barn är ett prioriterat uppdrag för Folktandvården, små barn ska erbjudas tid omgående. Se åtgärder och uppföljningstider för trauma mot primära tänder i avsnittet om *Trauma och kontroller* sid 24. Se även allmänt om omhändertagande av barn i avsnittet *Ansvar vid omhändertagande av barn och ungdomar* sid 2. Om det vid besöket finns anledning att misstänka att kariesangrepp föreligger ska barnet undersökas vidare, lämpligen vid annat tillfälle, och vid behov erbjudas behandling och kontroller.

Små barn med stora eller särskilda vårdbehov

Vid vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar kan risken för kariessjukdom vara förhöjd. Det gäller bland annat astma, cancer, reumatisk sjukdom, hjärtsjukdom, diabetes samt olika neuropsykiatriska diagnoser. Dessa barn kan komma på remiss till kliniken eller deras vårdbehov kan upptäckas vid ett akutbesök. I daganteckningen ska det med anledning av risken för försämrad munhälsa framgå om allmänsjukdom föreligger. Hänsyn ska tas till de allmänsjukdomar som bidrar till förhöjd kariesrisk och vid behov ska förebyggande insatser erbjudas. Barn med en komplicerad allmän sjukdomsbild i kombination med tandvårdsbehov bör remitteras till specialistkliniken för Pedodonti för upprättande av långsiktig behandlingsstrategi och eventuell behandling.

FÖRSKOLEBARNET, VÅRDPROGRAM 3–6 ÅR

Barn utan tidigare noterad sjukdomsrisk kallas för sin första revisionsundersökning vid 3 års ålder. För de flesta är detta det första undersökningstillfället och besöket till oss i tandvården. Viktigt är att nu etablera en god dialog med barnfamiljen och förmedla en positiv syn på tandvård och oral hälsa. Detta kan inte nog betonas. Syftet med undersökningen är att tidigt identifiera barn med sjukdomsrisk och på sätt tidigt kunna ge individuellt stöd och förebyggande behandling. De allra flesta förskolebarn är friska men kariesförekomsten hos de yngre barnen har under de senaste åren ökat. Sjukdomspanoramat har även blivit mer polariserat, där en liten del av barnen står för en stor del av den tandvård som ges. Små barn med kariessjukdom har en uttalad risk att även fortsättningsvis utveckla nya kariesangrepp i primära tänder och senare även som ungdomar och vuxna. Att kunna bromsa sjukdomsutveckling tidigt ger stora vinster för individen men också för samhället i stort. I Västerbotten 2022 så var 75% av 6-åringarna kariesfria, nationell målsättning är 90% kariesfria 6-åringar och det europeiska målet för 2020 var satt till 80%.

Att identifiera förskolebarn med sjukdomsrisk är svårt och de flesta riskfaktorer återfinns i anamnesen. De vanligaste riskfaktorerna avser ogynnsamma mat och dryckesvanor samt oregelbunden tandborstning med fluorid tandkräm. Alla barnfamiljer bör därför tidigt få information om vad goda mat och dryckesvanor är

och få råd och stöttning till att borsta 2 gånger om dagen med fluorid tandkräm. Att samtala med vårdnadshavare om frisk- och riskfaktorer tar tid och är avgörande för att kunna identifiera ett litet barn med risk – ta dig tid så ökar du chansen för en mer träffsäker bedömning. Ta vid från hälsosamtalet med 2-åringen, ett stöd i det är Tandborstning på recept på 1177 ett program som alla barnfamiljer ska få information om.

Undersökning

Anamnesen bör innehålla uppgifter om barnets allmänna hälsa, sociala situation samt munhygien, mat och dryckesvanor. Tandborstning bör utföras av vuxen 2 gånger/dag med fluorid tandkräm. Betänk de olika riskfaktorerna kopplat till barnets ålder och hör efter under anamnestagningen. Socioekonomiska faktorer har stor betydelse i den tidiga kariesutvecklingen och att samtala med alla föräldrar och ställa ”rätt” frågor är därför avgörande för träffsäker bedömning av barnets tandhälsa nu och på sikt, se stöd i tabell 6.

Status, notera befintliga primära och eventuellt permanenta tänder i journalen. Samtliga primära tänder bör vara erupterade vid 3–4 års ålder. Beroende på bettutveckling kan permanenta incisiver och permanent första molar eruptera under denna period. Se över så att eruptionen av de nya permanenta tänderna stämmer med vad du förväntar dig och notera noga i T4. Var observant på asymmetri eller avvikelser i eruptionen, utred vidare vid behov. Registrera eventuella kariesangrepp och erosionsskador. Undersök gingiva, tunga och munnens slemhinnor. Notera förekomst av gingivit, plack och tandsten. Var observant på tidiga tecken av kariessjukdom. Kariesprogressionen på primära och nyligen erupterade permanenta tänder kan gå mycket snabbt. Tandläkare gör bedömning av tvångsförning, transversell avvikelse, grav utrymmesavvikelse, antalsvariationer (övertal, undertal), ektopisk eruption 6:or och/eller funktionell avvikelse.

Röntgenundersökning sker alltid på individuell indikation om den bedöms kunna bidra med viktig diagnostisk information som inte kan fås på annat sätt. Hos förskolebarnet kan det vara; misstanke om kariesaktivitet med anledning av identifierade riskfaktorer, synliga kariesangrepp, färgförändringar vid exempelvis approximala kontakter, avsaknad av eller primära tänder i infraposition, traumaskadade tänder eller misstanke om patologi.

Tabell 6. Frisk- och riskfaktorer att ta ställning till för bedömning av munhälsan hos barnet idag och på sikt.

Friskfaktorer	Riskfaktorer
Tandborstning 2 gånger dagligen utförd av vuxen God munhälsa hos föräldrar och syskon Stabila sociala förhållanden Engagerade föräldrar Positiv attityd till barnets hälsa och vård Gynnsamma levnadsvanor God allmän hälsa	Oregelbundna tandborstvanor Avsaknad av fluorid tandkräm Inget föräldrastöd vid tandborstning Ogynnsamma matvanor Småätande under dagen Upprepade nattmål Sötad dryck vid törst Tandvårdsrädsla hos förälder Syskon med kariessjukdom Bristande gränssättning inom familjen Rökning hos förälder Drabbad av många infektioner Kronisk sjukdom Födoämnesintolerans Medicinering Funktionsvariation Plack i ök-fronten Avskrapbart plack Tidigare tandsanering i narkos Upprepade uteblivande

Bedömning av vårdbehov

Det är önskvärt att kunna identifiera barn som löper mindre risk för kariessjukdom då de inte behöver besöka tandvården med samma täta intervall som barn med aktiva kariesangrepp. Hos barn med riskfaktorer eller tidiga tecken på karies ska förebyggande åtgärder på individnivå sättas in så snabbt som möjligt och följas tills förbättring ses. Kom ihåg att karies på primära tänder kan gå oerhört snabbt. Hos förskolebarnet är livsstilsfaktorer ett föräldransvar, tandvårdens resurser skall vara ett stöd i ett eventuellt förändringsarbete, men föräldrarnas inställning och vilja till förändring är helt avgörande för att lyckas dämpa kariesutveckling.

Bedömning av bettutveckling

Ses avvikelser i eruptionen av tänder eller i bettet ska detta bedömas av tandläkare, journalföras och hanteras adekvat.

Frontalt öppet bett till följd av napp eller fingersugning är vanligt i det primära bettet. Bettet neutraliseras om vanan upphör, ge denna information till vårdnadshavare. De flesta barn är redo att sluta med napp eller tumme vid 3–4 års ålder. Var gärna ett stöd i processen.

Korsbett/korsbitning. Transversella avvikelser såsom korsbett/korsbitning med eller utan tvångsförning är vanligt. Om tvångsförning ses och överkäken är bredare än underkäken kan slipningsterapi utföras på primära hörntänder och molarer. Slipningen innefattar endast emaljen och efter bör fluoridlack appliceras på slipade ytor. Ett ej tvångsfört korsbett i det primära bettet åtgärdas inte. En korsbitning på en enstaka tand behandlas endast om glidning förekommer och risk finns för ogynnsam bettutveckling.

Eruption av permanenta incisiver och första molarer sker vanligen mellan 5–7 års ålder. Det individuella spannet är mycket varierande, tänk därför bettutvecklingsstadier (DS01, DS02, DS1) i stället för kronologisk ålder. Är bettutvecklingen generellt sen eller om eruptionen skiljer sig mellan sidorna mer än 6 månader är en fördjupad undersökning oftast med röntgen indicerad. En panoaramaröntgenbild eller en apikalröntgen i aktuellt område kan ge svar på om det finns någon orsak till utebliven eruption. Om eruptionshinder föreligger bör detta hanteras skyndsamt då behandling i rätt tid kan vara avgörande för tandens möjlighet att spontant erumpna efter åtgärd. Ses ingen klar anledning till utebliven eruption bör tänderna följas med regelbundenhet till eruption ses. Uteblir eruption kontakta pedodonti eller ortodonti i god tid innan full rotutveckling har uppnåtts. Primära tänder som ej erupterat eller tidigt visar tecken på infraokklusion bör konsulteras pedodonti.

Ektopisk eruption av 6 årsmolarer kan vara ett tidigt tecken på platsbrist i bettet. 6 årsmolaren kan glida till rätta eller fortsatt stå ektopiskt tills den primära tanden lossnar. Noteras ektopiskt läge på permanent 6 årsmolar behövs ingen extra uppföljning utan det räcker med kontroll vid revisionsundersökning. Information och instruktion ges om hur 6 års molarens ocklusala yta ska hållas ren, lämpligen med tvärborstteknik. Tand 05 behålls som luckhållare till exfoliation. Detta förutsatt att 05:an inte orsakar några symtom eller att manifest karies noteras. Om 05:an förloras i förtid behövs sällan en luckhållare på ortodontisk indikation. Persisterar 05:an vid 11–12 års ålder bör extraktion övervägas för att släppa fram permanent tand nummer 5.

Frontal invertering- kan hävas med hjälp av spatelbitning alternativt klammerplåt eller en LM-aktivator.

Mindre vanliga företeelser i det primära bettet är uni- eller bilaterala saxbett, kraftiga prenatala eller dentoavleolära kant-i-kant bett mellan incisiver i RP, vid behov konsulteras ortodontist.

Nästa revisionsundersökning eller kontroll

Bedöm om föreslagen tid för revisionsundersökning av R2 är rimlig. Följande revisionsintervall gäller för aktuell ålder och beaktar endast parodontit och karies: 24 månader – grön, lågt vårdbehov, 18 månader – gul måttligt vårdbehov, 12 månader – högt vårdbehov. Tiden mellan undersökningar utförd av tandläkare ska inte överstiga 48 månader. Bedömning av bettutveckling ska leda till ställningstagande om eventuell tid behövs för bettkontroll eller om föreslagen revisionsundersökning stämmer i tid. Behövs en bettkontroll ge om möjligt tid direkt, är kontrollen för långt i framtiden sätt upp kallelse i T4 (under C-kontroll).

Förebyggande insatser

Generella åtgärder omfattar och erbjuds alla barn, dessa räknas upp nedan. Nogsam rekommendation av tandborstning 2 gånger dagligen med fluorid tandkräm (1000ppm). Förmedling av tandborstning på recept för barn 0–5 år på 1177, plattformen för stöd och behandling. Information om hur kost-, dryckes- och munhygien vanors påverkar på munhälsan. Rekommendationen att dricka vatten vid törst, sött en dag i veckan ”Lördagsgodis” och att låta tänderna vila mellan målen är framgångsrik för att undvika kariesangrepp. Samt att introducera till fluoridlackning vid revisionsundersökning, och av nyrupterade tänder i samband med övriga besök.

Individanpassade åtgärder vid förhöjd kariesrisk gäller barn med tydliga riskfaktorer för kariessjukdom eller aktiva kariesangrepp. Dessa barnfamiljer ska kallas för individuellt anpassad behandling baserat på orsak. Insatserna ska utformas till barnets behov och familjens förutsättningar. Varje tecken på kariesaktivitet bör uppmärksammas och

behandlas. Följ kost och tandborstvanor med täta besök för att stödja och uppmuntra föräldrarna till hälsosamma livsstilsförändringar tills förbättring inträffar. Genomför fluoridlackning av initiala kariesskador vid varje besök, dock minst 2 ggr/år. Fissurförsegling av primära molarer eller 6-års tänder har till exempel god kariesförebyggande effekt och utförs på individuell indikation.

Sjukdomsbehandlande och operativa insatser

Inskolning och förebyggande åtgärder ska föregå operativ terapi som inte är av akut karaktär. De allra flesta förskolebarn behöver någon form av förberedelse inför nya moment inom tandvården. För vissa barn kan även en undersökning kännas ovant och skrämmande. Genom att använda sig av metoden Tell-Show-Do, (tala-visa-pröva) får barnen gradvis lära känna det nya momentet och bekanta sig med personal och vad som ska göras på en strukturerat och lugnt sätt. Metoden kan användas inför samtliga moment inom tandvården och bör anpassas till ålder och behandlingsmognad. Inskolningen kan behövas byggas på och tas i flera steg. Låt det i så fall ta tid och se det som en investering. Att barnet känner tillit och trygghet i tandvårdsituationen är en bra grund för positiv syn på tänder och tandvård och en framgångsrik behandling.

Fluoridlackning av aktiva kariessläsioner ska genomföras vid varje besök.

Fissurförsegling sker vid förhöjd kariesrisk, djupa fissurer, eller tex tandvårdsrädsla. Fissurförsegling är ett gott skydd mot karies hos barn med kariesrisk eller pågående kariesaktivitet. Vanligast är att fissurförsegla 6 års tandens ocklusalyta men alla tänder med fissurer kan fissurförseglas. Riskfaktorer som bristfällig tandborstning och kariesaktivitet ligger till grund till terapivalen. Tänk på att barn med funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom har ökad kariesrisk. 6 års tanden är som mest känslig för kariesangrepp 1–2 år efter eruption och bör fissurförseglas inom den perioden och när det är möjligt att hålla tanden torr så en fissurförsegling med god teknisk kvalitet kan utföras (vilket kräver 4 händer). Fissurförsegling är ofta ett utmärkt steg i inskolning av patienten. Fissurförseglingen kontrolleras och görs om vid behov.

Operativ terapi, fyllningar, utförs när plackkontroll av kaviterade kariesangrepp in i dentin inte kan uppnås hos patienten. Extraktion bör väljas som terapi av gravt karierade, symtomatiska eller infekterade primära tänder. Vid bedömning av omfattande kariesskador är det ibland viktigt att bevara för bettet värdefulla tänder, där kan selektiv kariesexcavering kan vara en lämplig terapi, tex en 05:a i överkäken. All behandling ska ske så smärtfritt som möjligt, Carisolv möjliggör ofta smärtfri handexkavering. Vid behandlingsmognad eller omfattande behandlingsbehov ska sedering användas som komplement.

Atraumatisk restorative treatment (ART-teknik) används vid ocklusala manifesta kariesangrepp på primära molarer i avvaktan på behandlingsmognad. Detta innebär kariesangreppet excaveras försiktigt för hand tills kavitetens kanter är rena och så mycket som möjligt av en uppmjukad tandsubstans är avlägsnad utan att framkalla en smärtreaktion hos barnet. Kaviteten fylls sedan med en temporär fyllning av resinmodifierat glasjonomercement. Fyllningen följs upp och revideras på sedvanligt sätt när behandlingsmognad uppnåtts. I avvaktan på detta utförs inskolning och kariesförebyggande insatser.

Molar incisior mineralization (MIH) är en mineraliseringsstörning som drabbar 6-års tänder och incisiver. Omfattningen av mineraliseringsstörningen kan variera kraftigt i allvarlighetsgrad och också mellan olika tänder på samma individ. Tänder med MIH-skador är mer mottagliga för kariesangrepp och tål inte tuggkrafter lika bra som tänder med frisk emalj. Det är vanligt med posteruptivt sönderfall hos MIH-tänder och de är

ofta symtomgivande och isar vid tandborstning och vid intag av kall dryck eller mat. Mineraliseringsstörd emalj kan stärkas med regelbunden fluoridexponering, såsom daglig tandkräm doserat 1450 ppm och på kliniken med extra fluoridlackningar. Milda MIH skador ses ofta som vita eller gula stråk i emaljen och behöver vanligtvis ingen behandling. Moderata MIH skador ses som vita-gula och brunfärgade områden i emalj och dentin och kan behöva operativ fyllningsterapi. Valet av fyllningsmaterial beror på skadans omfattning och tandens känslighet. Kan rena emaljkanter kring den skadade tandvävnaden skapas bör resin-komposit väljas som fyllningsmaterial. Är tanden däremot känslig för blästring med luft eller vatten och skadan är av den omfattningen att rena emaljkanter inte kan uppnås bör tanden förses med resinmodifierat glasjonocement (exempelvis Fuji II LC). I grava fall, tänder med omfattande gulbrunt sönderfall in i dentin, ska extraktion övervägas då det ofta är det bästa långsiktiga alternativet. Valet av terapi kan ibland vara svårt att ta ställning till och även bettdiagnos, eventuella aplasier kan påverka beslutet. Kliniskt foto är till stor hjälp inför terapiplanering. Viktigt är att välja en bra och långsiktig terapi från början och målet ska vara en terapi per MIH-skadad tand. I de fall där extraktion kan övervägas eller om det råder oklarheter i vilken typ av mineraliseringsstörning tanden har bör pedodontist konsulteras. Tänder med MIH skador är ofta hypersensibla och kan vara svåra att bedöva. Preoperativ analgetika och sedering som komplement rekommenderas vid operativ behandling av känsliga MIH skadade tänder.

SKOLBARNET, VÅRDPROGRAM 7–12 ÅR

Barnet blir större och närmar sig tonåren och individen kan ofta i allt högre utsträckning uttrycka sin personliga åsikt. Bettutvecklingen är nu påtaglig och primära tänder exfolierar och permanenta tänder erupterar. Samtidigt är det inte lätt att borsta en ojämn tandrad och barnet utför tandborstning i allt högre grad själv och kanske kommer även barnet själv till tandvårdsbesöket.

Undersökning

Anamnesen bör innehålla uppgifter om barnets allmänna hälsa, sociala situation samt tandborst- och matvanor. Tandborstning bör utföras 2 gånger per dag med hjälp och stöttning av vårdnadshavare upp till 10–12 års ålder. Viktigt att barnet själv lär sig en noggrann tandborstteknik i relation till sin ålder och mognad. Fluorid tandkräm med 1450 ppm bör användas (vetenskaplig evidensnivå 1). Fråga vad barnet/familjen äter för mellanmål och dricker till måltider. Många idrottar eller spelar dator, hör efter om det äter och dricker i anslutning till aktiviteten. Ge hälsoinriktad information om tänder, oral hygien och anpassat till barnets mognad och ålder. Hör efter om barnets egen inställning till och mognad att gradvis ta ansvar för sin tandborstning och öva upp en god munhälsa. Väck intresse för oral hälsa och goda matvanor för hela kroppen. Socioekonomiska faktorer har betydelse hör efter om det finns tandvårdsrädsla i familjen eller om något syskon har haft karies. Några barn har erfarenhet av operativ tandvård, hör efter hur det upplevde det. Tänk på att förekomst av karies i de primära tänderna är en tydlig riskfaktor för fortsatt kariesutveckling i de permanenta tänderna, se tabell 7.

Status, notera befintliga primära och eventuellt permanenta tänder i journalen. Registrera eventuella kariesangrepp. Undersök gingiva, tunga och munnens slemhinnor. Notera förekomst av gingivit, plack och tandsten. Var observant på tidiga tecken av karies- eller parodontal sjukdom. Kariesprogressionen på nyligen erumperade permanenta tänder kan gå mycket fort. Bettutveckling ska bedömas av tandläkare. Notera tänder som står i infraposition och tänder med erosionsskador.

Sannolikt erumperar hörntänder, premolarer och andra permanenta molaren under denna period. Var observant på asymmetri eller avvikelser i eruptionen, utred vidare vid behov. Läge av permanenta hörntänder ska kontrolleras kliniskt genom palpation av alveolarutskott och maxilla. Kan inte hörntänder palperas tydligt på normal plats senast vid 9 års, eller om skillnader i palperbarhet eller eruption ses mellan höger och vänster sida eller om lateralerna är både proklinierade och distaltippade ska hörntandens läge utredas med röntgen.

Röntgenundersökning sker alltid på individuell indikation och bara om den bedöms kunna bidra med viktig diagnostisk information som inte kan fås på annat sätt. Bite-wing tas för fullständig kariesdiagnostik och är ibland även till hjälp för anlagsdiagnostik. Senast vid sent DS2 ska samtliga permanenta tänder och anlag vara synliga i munnen eller på röntgen (gäller ej visdomständer). Bedöm behov av OPG eller kompletterande apikalbilder till bite-wing för fullständig anlagsdiagnostik. Behöver överkäkens hörntänder läge verifieras med röntgen tas apikala röntgenbilder på respektive tand i två tydligt skilda strålriktningar. Det är viktigt att relationen mellan hörntanden och laterala incisivens rot syns tydligt på två olika bilder. För lägesbestämning av både 13 och 23 krävs därför minst 3–4 apikala röntgenbilder för att korrekt kunna bedöma relationen mellan tand nummer 2 och 3.

Tabell 7. Frisk- och riskfaktorer att ta ställning till för bedömning av munhälsan hos barnet idag och på sikt.

Friskfaktorer	Riskfaktorer
Tandborstning med fluoridtandkräm morgon och kväll med stöd av vuxen	Oregelbundna tandborstvanor
Goda vanor med avseende på mat och dryck	Avsaknad av fluoridtandkräm
Vatten vid törst	Inget föräldrastöd vid tandborstning
Avstannad sjukdomsaktivitet	Ogynnsamma matvanor
Inga fyllningar	Småätande under dagen
God munhälsa hos föräldrar/syskon	Söt dryck vid törst
God allmänhälsa	Tidigare karieserfarenhet
Stabila sociala förhållanden	Nya eller progredierande angrepp
Positiv attityd till barnets hälsa och vård	Tandvårdsrädsla hos förälder
	Syskon med kariessjukdom
	Bristande gränssättning inom familjen
	Rökning hos förälder
	Mediciner/sjukdom/funktionsvariation
	Födoämnesintolerans
	Hög kariesaktivitet hos familjemedlemmar
	Sociokulturell bakgrund med bristande kunskap om munhälsa/munvård
	Upprepade uteblivanden/återbud
	Dåliga salivegenskaper som låg salivkapacitet eller låg buffringsförmåga
	Höga muntans eller laktobacillantal
	Negativ attityd/ointresse för hälsa eller munhälsa
	Tandsanerad under narkos
	Träning med sportdryck
	Självdestruktivt beteende

Bedömning och uppföljning av bettutveckling

Vi varje revisionsundersökning bedömer tandläkaren bettutvecklingen och avgör lämpliga kontrollintervall för exempelvis uppföljning av ektopiska hörntänder, horisontell överbitning, postnormalitet, tvångsförningar, transversella avvikelser, grava utrymmesavvikelser, antalsvariationer eller funktionella avvikelser. Även tänder i infraposition ska bedömas och journalföras. Bettavvikelser som korrigeras inom ramen för den kostnadsfria tandvården är överenskomna på regionnivå i syfte att erbjuda tandreglering på lika villkor till befolkningen. En utförligare beskrivning av gränsdragning mellan avvikelser som korrigeras eller inte hittar du på Folk tandvårdskanalen under *ortodonti*. Vissa avvikelser behandlas med fastsittande apparatur på avdelningen för ortodonti medan andra kan förebyggas eller åtgärdas med enklare interceptiva åtgärder. Interceptiv tandvård är ett tidigt försök att på ett enklare sätt gynna en positiv bettutveckling och undvika tandställning längre fram i livet. Tabell 8 är en översikt över olika bettavvikelser och möjliga interceptiva åtgärder eller vidare konsultationer. Innan interceptiv behandling inleds ska föräldrar informeras om syftet med planerade åtgärder och vad som krävs av barn och föräldrar för att åstadkomma resultat. Tandreglering, oavsett interceptiva eller fastsittande åtgärder, är endast ett erbjudande till barn och föräldrar som är beredda att göra sin del för att uppnå resultat. Översiktlig mall för debitering av ortodonti i allmäntandvård hittar du här, [lathund](#) och [debitering av retainer](#).

Tabell 8. Översikt över bettdiagnoser och möjliga åtgärder.

DIAGNOSER	ÅTGÄRDER
Över- eller undertal av tand	Visa för ortodontist eller pedodontist
Mesiodens	Vid eruptionshinder visa pedodontist.
Eruptionshinder	Utred med röntgen, vid behov eller oklar orsak visa för ortodontist eller pedodontist.
Extrema diastema mediale	Utred orsak och åtgärda orsak vid behov.
Kraftig trångställning eller platsbrist	Om lateralen inte kan erumpera extrahera tand 03 bilateralt
Mittlinjeförskjutning pga. enkelsidig förlust av tand 03	Extrahera kontralateral för att normalisera mittlinjen.
Infraocklusion	Ingen åtgärd om permanenta anlaget finns och ligger korrekt, åtgärd vid risk för störd eruption exempelvis tippad granntand.
Risk för atypisk eruption av hörntand i överkäken	Hörntänder kan palperas cirka 1,5 år före eruption (sent DS2). Normal eruptionstid är 10 år för flickor och 11 år för pojkar, men variationen är mycket stor. Vid misstanke om ektopisk eruption utred med röntgen för lägesbestämning. Se noggrannare beskrivning direkt efter tabellen.
Retinerade tänder	Rtg-kontroll av tänder vars eruptionstid är överskriden (2 SD). Jämför med kontralateralen,

	om synligt eruptionshinder ej ses och eruptionstiden jämfört kontralateralen är överskriden med minst 6 månader visa för ortodontist.
Ektopisk eruption av andra molaren i underkäken	Möjliggör eruption med separationsligatur eller separationsfjäder. Om resultat uteblir, visa för ortodontist.
Stor horisontell överbitning	Prova en lämplig form av aktivator. Är postnormaliteten mycket uttalad, eller finns andra avvikelser exempelvis inkompetent läppslutning kan patienten visas för ortodontist.
Frontal invertering av enstaka tänder	Vid hotande invertering av enstaka incisiv behandla med spatelbitning enligt schema, önskat resultat skall uppnås inom 2–3 veckor. Även cross-elastic kan vara ett behandlingsalternativ.
Kraftig låsning eller total frontal invertering	Visa för ortodontist.
Öppet bitt vid prolongerad fingersugning	Information och avvänjningsförsök, visa för ortodontist om detta misslyckas.
Kraftigt öppna bitt frontalt eller lateralt	Visa för ortodontist.
Djupt bitt med gingival irritation	Visa för ortodontist.
Korsbitning med tvångsföring	Behandling med cross-elastics om utrymme finns, annars visa för ortodontist.
Enkelsidigt korsbett med lateral tvångsföring	Visa för ortodontist.
Saxbitning av andra molaren i överkäken	Vid kant-i-kant relation under molarernas eruption behandla med cross elastics
Tvångsförd saxbitning	Visa för ortodontist.
Uni- och bilateral saxbitning	Visa för ortodontist.

Atypisk eruption av permanent hörntand i överkäken

Klinisk undersökning

Palpation av alveolarutskottet är den mest värdefulla kliniska metoden att diagnostisera hörntandens läge. Hörntänder kan palperas cirka 1,5 år före eruption (sent DS2). Normal eruptionstid är 10 år för flickor och 11 år för pojkar, men variationen är mycket stor. Cirka 2 % av överkähörntänderna erupterar ektopiskt och palatinalt. Av dessa ger många resorptionsskador på incisiverna. Dock kan även buckalt belägna 3or orsaka resorptioner. Hörntandsregionen bör palperas på barnen från 9 års ålder till dess att hörntänderna kan palperas eller beslut om utökad utredning sker. Vid misstanke om störd eruption skall hörntanden lägesbestämmas. Barn över 9 år bör bedömas av tandläkare varje år beträffande

överkäkshörntändernas läge tills detta är säkerställt eller tills åtgärder vid felaktig eruption vidtagits.

Indikationer för röntgenundersökning:

1. Om hörntanden inte kan palperas på normal plats, trots en i övrigt normal bettutveckling. (Kan exempelvis vara en konkavitet i vestibulum eller att hörntanden palperas buckalt men tydligt mesialt förskjutet).
2. Asymmetrier i palperbarhet mellan höger och vänster sida.
3. Tydliga eruptionsskillnader (över 6 månader) mellan höger och vänster sida.
4. Vid lateraler som är både proklinerade och distaltippade.

Lägesbestämning

Vid minsta osäkerhet angående ök 3:ors position förordas radiologisk undersökning för lägesbestämning. För lägesbestämning krävs 2 intraorala röntgenbilder tagna med tydligt skilda strålriktningar. Det är viktigt att relationen mellan hörntanden och laterala incisivens rot syns tydligt på bilden. När en patient är 15 år eller äldre betraktas en icke erupterad tand som retinerad och remiss skickas.

Åtgärd

Om man tidigt kan diagnostisera ektopiska hörntänder, kan man genom extraktion av mjölkhörntanden ofta ändra eruptionsriktningen av den permanenta 3:an och på så sätt minska risken för resorptionsskador på lateraler. Prognosen är beroende av tandens läge. Efter extraktion tas röntgenbilder efter 6 månader i samma projektion som tidigare (vid försämring remiss till ortodontist). Vid oförändrat läge kontrollera med röntgen efter ytterligare 6 månader. Vid utebliven förbättring skickas remiss till ortodontist.

Samlad och utförligare information om ortodonti hittar du på

[Folk tandvårdsKANALEN](#).

Bedömning av vårdbehov

Barn med kariesrisk eller en ogynnsam bettutveckling bör särskiljas från barn med en låg risk för kariessjukdom och en normal bettutveckling. Vårdbehovet kan skilja sig och följa olika vårdplanering beroende på om barnet har en kariesrisk, en ogynnsam bettutveckling eller ett ortodontiskt vårdbehov. Vilken typ av omhändertagande som föreligger ska kommuniceras med barn och förälder. Tandvården ska prioritera barn med kariessjukdom. En behandlingsplan ska upprättas i samråd med barn och vårdnadshavare. Vårdplanen ska vara rationell och utgå ifrån barnets bästa hälsa. All operativ behandling ska föregås en orsaksutredning. Endast akuta problem eller djupa kariesskador ska åtgärdas före orsaken till kariessjukdomen är utredd. Tänk på att behovet av inskolning innan operativ behandling är mycket olika i åldersspannet.

Det är önskvärt att identifiera alla barn med låg risk för kariessjukdom och en normal bettutveckling för sin ålder då dessa inte behöver uppsöka tandvården på samma sätt. Dessa utgör majoriteten av alla barn.

Nästa revisionsundersökning eller kontroll

Kontrollbesök med anledning av kariessjukdom eller bettutveckling ska skiljas åt. Bedömning av bettutveckling ska leda till ställningstagande om eventuell tid behövs för bettkontroll eller om föreslagen revisionsundersökning stämmer i tid. Behövs en bettkontroll ge om möjligt tid direkt, är kontrollen för långt i framtiden sätt upp kallelse i T4 (under C-kontroll). Bedöm om föreslagen tid för revisionsundersökning av R2 är rimlig. Följande revisionsintervall gäller för aktuell ålder och beaktar endast parodontit

och karies: 24 månader – grön, lågt vårdbehov, 18 månader – gul måttligt vårdbehov, 12 månader – högt vårdbehov. Tiden mellan undersökningar utförd av tandläkare ska inte överstiga 48 månader (förutsatt att resursbrist inte råder på kliniken).

Förebyggande insatser

Generella åtgärder omfattar och erbjuds alla barn, dessa räknas upp nedan. Nogsam rekommendation av tandborstning 2 gånger dagligen med fluorid tandkräm 1450ppm (vetenskaplig evidensgrad 1). Förmedling av tandborstning på recept för barn 6–12 år på 1177, plattformen för stöd och behandling. Genomgång av Folktandvårdens tandborstsskola och utlämning av tandborste vid ett besök i ålder 8–10 år, [länk](#). Information om kost-, dryckes- och munhygien vanors påverkan på munhälsan inklusive information om erosioner. Rekommendationen att dricka vatten vid törst, sött en dag i veckan ”Lördagsgodis” och att låta tänderna vila mellan målen. Samt att introducera till fluoridlackning vid revisionsundersökning, och av nyrupterade permanenta tänder i samband med övriga besök.

Individanpassade åtgärder vid förhöjd kariesrisk gäller barn med tydliga riskfaktorer för kariessjukdom eller aktiva kariesangrepp. Dessa ska kallas för individuellt anpassad behandling baserat på orsak. Insatserna ska utformas till barnets behov och familjens förutsättningar. Varje tecken på kariesaktivitet bör uppmärksammas och behandlas. Följ kost och tandborstvanor med täta besök för att stödja och uppmuntra föräldrarna till hälsosamma livsstilsförändringar tills förbättring inträffar. Genomför fluoridlackning av initiala kariesskador vid varje besök, dock minst 2 ggr/år. Fissurförsegla permanenta molare vid kariesaktivitet.

Sjukdomsbehandlande och operativa insatser

Inskolning och förebyggande åtgärder ska föregå operativ terapi som inte är av akut karaktär. De allra flesta skolbarn behöver någon form av förberedelse inför nya moment inom tandvården. För en del skolbarn behövs endast en muntlig genomgång vad som ska hända vid undersökningstillfället, medan andra behöver flera inskolningsbesök för att känna sig trygga och väl förberedda för att kunna ta del av nödvändig operativ tandvård. Inskolningsmetoden Tell-Show-Do, (tala visa pröva) fungerar väl även på skolbarnet. Genom att gradvis få lära känna det nya momentet och bekanta sig med personal och vad som ska göras på en strukturerat och lugnt sätt förbereds barnet väl. Metoden kan användas inför samtliga moment inom tandvården och bör anpassas till ålder och behandlingsmognad. Inskolningen kan behövas byggas på och tas i flera steg. Låt det i så fall ta tid och se det som en investering. Att barnet känner tillit och trygghet i tandvårdsituationen är en bra grund för positiv syn på tänder och tandvård.

Fluoridlackning av aktiva kariesangrepp ska genomföras vid varje besök.

Fissurförsegling är ett gott skydd mot karies till barn med kariesrisk eller pågående kariesaktivitet. Vanligast är att fissurförsegla 6 års eller 12 års tandens ocklusalyta men alla tänder med fissurer kan fissurförseglas. Fissurförseglingen är ofta ett utmärkt steg i inskolning av patienten. Fissurförseglingen kontrolleras och görs om vid behov.

Operativ terapi av primära tänder med kariesangrepp relateras till kvarvarande funktionstid. Bedöms funktionstiden vara kortare än ett år kan man ofta vänta med restaurerande behandling. Ses öppna stora manifesta kariesangrepp bör extraktion övervägas. Att ge permanenta tänder möjlighet att erumpera i en icke kariogen miljö i ett tidigare kariesskadat bett kan vara värdefullt. Inaktiva kariesangrepp kräver ingen behandling. Tänk på att framför allt den primära andra molaren i överkäken när det gäller att behålla utrymme för kommande permanenta molare. Detta innebär att 05:an

i överkäken ska prioriteras när det gäller operativ terapi för att förhindra en tidig extraktion och på så sätt orsaka en trångställning och ytterligare behandlingsbehov framgent. Sedering ska erbjudas barn i som behöver komplement till inskolning.

TONÅRINGEN, VÅRDPROGRAM 13–18 ÅR

UNDER FRAMSTÄLLNING

TRAUMA OCH KONTROLLER

Små barn ramlar ofta och slår sina tänder, läppar och käkar. Det är vanligare med tandtrauman vid 1–2 års ålder då många barn lär sig krypa och gå än senare i uppväxten. Många gånger är det nödvändigt att komma till tandkliniken för en kontroll. Alla tandtrauman ska bedömas av tandläkare och beroende på skada följs tanden efter givna intervall se tabell 10 och 11. Att fotografera vid akutbesöket och vid senare uppföljning är ofta av stort värde om avancerad behandling längre fram skulle bli nödvändig. Röntgen är ofta nödvändigt för korrekt diagnostik och uppföljning. Tänk på att en tand och bett kan ha flera traumadiagnoser och anpassa uppföljningen av patienten efter den allvarligaste diagnosen.

Tabell 10. Översikt traumakontroller för primära tänder.

DIAGNOSER	ÅTGÄRDER, KONTROLLER
Konkussion Subluxation	Röntgenbild vid akutbesöket, och senare vid tecken på infektion eller subjektiva besvär. Informera förälder om eventuell färgförändring och att höra av sig vid fistelbildning. Kontroll efter 1 månad och vid revisionsundersökning
Okomplicerad kronfraktur Kron-rotfrakturer Rotfraktur (utan lägesförändring)	Röntgenbild vid akutbesöket, och senare vid tecken på infektion eller subjektiva besvär. Informera förälder om eventuell färgförändring och att höra av sig vid fistelbildning. Kontroll efter 1 månad, 3 månader och vid revisionsundersökning
Extrusiv luxation Lateral luxation med mindre lägesförändring och utan oklusal interferens	Röntgenbild vid akutbesöket, och senare vid tecken på infektion eller subjektiva besvär. Informera förälder om eventuell färgförändring och att höra av sig vid fistelbildning. Kontroll efter 1 vecka (kontroll OH), 3 veckor, 3 månader och vid revisionsundersökning
Intrusion	Röntgenbild vid akutbesöket, och senare vid tecken på infektion eller subjektiva besvär. Informera förälder om eventuell

	färgförändring och att höra av sig vid fistelbildning. Kontroll efter 1 vecka (koll OH), därefter varannan månad tills 6 månader, därefter 1 år och vid revisionsundersökning.
--	---

Tabell 11. Översikt traumakontroller för permanenta tänder.

DIAGNOSER	ÅTGÄRDER, KONTROLLER
Okomplicerad kronfraktur	Röntgen vid akutbesök och uppföljning. Kontroller vid 3 månader och 1 år.
Kron-rotfrakturer Rotfraktur (utan lägesförändring)	Röntgen vid akutbesök och uppföljning förutom vid 1 månad. Kontroller vid 1 vecka, 1 månad, 3 månader, 6 månader, 1 år och vid revisionsundersökning.
Konkussion	Röntgen vid akutbesök och uppföljning. Kontroll efter 4 veckor och 1 år.
Subluxation Lateral luxation Extrusiv luxation	Röntgen vid akutbesök och uppföljning förutom vid 1 månad. Kontroller vid 1 vecka, 1 månad, 3 månader, 6 månader, 1 år och vid revisionsundersökning.
Exartikulation Intrusion	Röntgen vid samtliga besök. Kontroll efter 1 vecka (kontroll OH), därefter varannan vecka, 3 månader, 6 månader, 1 år och 5år.
Luxationsskada	Fixeringstid 1–2 veckor.
Exartikulation	Fixeringstid 1–2 veckor.
Frakturerad benplatta	Fixeringstid 4-6veckor.
Rotfraktur	Fixeringstid 3–4 veckor.

RIKTLIJNER FÖR REGIONFINANSIERAD TANDVÅRD 19–23 ÅR

Den lagstadgade regionsfinansierade kostnadsfria tandvården innefattar tandvård och regelbunden undersökning till och med 23:e levnadsåret. Från 19 år är individen vuxen men beskrivs ofta som ”unga vuxna” i ett försök att skilja mellan betalande och icke betalande vuxna. Alla vuxna behandlas i enlighet med nationella riktlinjer och vårdprogram från respektive specialistämne inklusive kariologi. Dessa vårdprogram hittar du på Folktandvårdskanalen under grenen odontologi, exempelvis finns riktlinjer för vårdplanering av visdomständer under [odontologi/käkkirurgi](#).

Tandvård från 1 januari det 24:e levnadsåret bekostas av patienten som då omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Du ansvarar för att planera behandlingen så att den i möjligaste mån kan slutföras under 23:e levnadsåret. Vid behandlingar som ändå skjuter över till det 24:e levnadsåret ansvarar du för att i god tid informera patienten om vilka åtgärder i behandlingsplanen som beräknas att belasta patienten ekonomiskt.

Informera alltid om att komplikationer kan tillstå vilka i sin tur kan påverka terapival, leda till förseningar och i förläningen innebära kostnader för patienten. En del långa behandlingar kan ibland inte debiteras förrän efter 1 januari 24:e levnadsåret. Det kan exempelvis gälla fastsittande tandställning eller utlämning av protetiska arbeten. Då ska en överenskommelse ingås med patienten där kostnaden delas med Folktandvården. Beskrivning och exempel på sådan överenskommelse hittar du på [Folktandvårdskanalen/Tandvård/Ansvarsfördelning](#). Vid oklarheter är du välkommen att kontakta tandvårdsstrateg för hjälp i frågan.

Med anledning av rådande resursbrist inom tandvård har Regionstyrelsen i Västerbotten beslutat att under 2023 prioritera undersökningar i åldersgruppen 3–19 år samt undersökning av patienter med identifierat vårdbehov i gruppen 20–23 år. Det innebär att patienter 20–23 år med ett tidigare lågt identifierat tandvårdsbehov inte kallas till revisionsundersökning. Dessa patienter informeras om detta samt om sin rätt till kostnadsfri tandvård. De uppmanas att höra av sig till allmäntandvård vid behov av tandvård.

SAMVERKAN SPECIALISTTANDVÅRD OCH ALLMÄNTANDVÅRD UNDER FRAMSTÄLLNING

ÖVERSIKT AV LÄNKAR

Nedan finns en översiktlig sammanställning av länkar till olika riktlinjer som berör den konstadsfria tandvården för gruppen 0–23 år. Den enklaste ingången till information för medarbetare i Folktandvården är via SharePoint och FolktandvårdsKANALEN.

[Tandvård till barn och unga vuxna](#)

[Uppdrag och regler för hälsoval](#)

[Tandvård barn, ungdomar och unga vuxna 0–23 år - asylsökande, nyanlända samt andra migranter i Västerbotten](#)

<https://www.barnombudsmannen.se/barnkonventionen/om-barnkonventionen>

[Barn som far illa/Våld i nära relationer](#)

[Riktlinjer journalföring tandvård](#)

[1177 Tandborstning på recept](#)

[1177 ortodontins rekommendationer för patienter med tandställning](#)

[Kostanamenssalut](#)

[Salut-satsningen](#)

[Tandhjäpen](#)

[Tobaksfri duo](#)

Lärande Region, R2 <https://www.laranderegion.se/course/view.php?id=466>

[T4 Academy, R2](#)
