



# God tandvård till barn och unga

- vårdprogram Folktandvården Västerbotten

Det här dokumentet innehåller riktlinjer och vårdprogram för tandvård som ges till barn och unga i Västerbotten. Folk tandvården förser drygt 98% av länets barn och unga 0-19år med regelbunden, fullständig och hälsoinriktad tandvård utan avgift.

Vårdprogrammet kompletterar Region Västerbottens uppdrag och regler för hälsoval, LOV, [Uppdrag och regler för hälsoval](#).

Författare: Johanna Gyll ötdl. pedodonti och Karin Sunnegårdh-Grönberg ötdl. cariologi, tandvårdsstrateg Hälsoodontologiska avdelningen.

Reviderad version 2025-11-17

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Ansvar vid utförande av tandvård till av barn och unga	sid 1
Det generella omhändertagandet	sid 2
Hälsofrämjande insatser 0–16 år	sid 8
Det lilla barnet, vårdprogram 0–2 år	sid 10
Förskolebarnet, vårdprogram 3–6 år	sid 14
Skolbarnet, vårdprogram 7–12 år	sid 20
Tonåringen, vårdprogram 13–18 år	sid 27

## ANSVAR VID UTFÖRANDE AV TANDVÅRD FÖR BARN OCH UNGA

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>. Barn och ungas rätt till medbestämmande och att bli lyssnad på ska värnas. I regionen finns nätverk för barnrätt och barnrättsombud. Kontakta din chef eller Hälsoodontologiska avdelningen för frågor om barnens rätt i Folk tandvården och region Västerbotten.

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 arbeta aktivt med samverkan mot barnhälsovården och elevhälsan i de fall det finns behov av familjestöd. 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 och diarieföras enligt regionens riktlinjer vid misstanke om exempelvis försummelse av hygien, omsorgssvikt, psykisk och fysisk misshandel samt

sexuella övergrepp. Följ region Västerbottens riktlinjer och checklista för Folk tandvården vid orosanmälningar se: [Länk till riktlinjer och checklista](#)

Regelbunden tandvård ska erbjudas alla barn upp till 3 år med särskilda behov, och alla barn och unga vuxna från 3 år till året de fyller 19 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. Tandläkaren har ett slutgiltigt ansvar för all diagnostik, bedömning av tand- och bettutveckling, vårdplanering, riskbedömning och för val av adekvata revisionsintervall. Arbetsätt och rutiner på kliniken ska utformas så att patientansvarig tandläkare, tandhygienist och tandsköterska kan samarbeta på patientsäkert och effektivt sätt. Alla har ett ansvar för att tandvård bedrivs enligt gällande lagar, författningar, regionens politiska beslut och vårdprogrammets riktlinjer.

## **DET GENERELLA OMHÄNDERTAGANDET**

Den kostnadsfria tandvården till barn och unga lägger grunden till framtidens tandhälsa hos individen och till tandhälsans utveckling i samhället. De viktigaste verktygen för detta är den regelbundna undersökningen av munhålan under uppväxten och de utåtriktade hälsofrämjande insatserna i samverkan med exempelvis skolan och barnhälsovården. Övervägande andel barn och unga har en god eller mycket god munhälsa och tack vare hälsofrämjande insatser och strukturerad barntandvård är munhälsan hos vuxna i Sverige bättre än någonsin. Utmaningen är att fortsatt arbeta hälsofrämjande och lyckas behandla den relativt lilla andel individer som står för omfattande sjukdomsutveckling. Det finns en stark koppling mellan nedsatt munhälsa hos barn och låg socioekonomi, utbildningsnivå samt föräldrars härkomst.

Oavsett barnets ålder ska särskild vikt alltid läggas vid följande:

- Hälsofrämjande insatser ska erbjudas alla barn och vårdnadshavare och vid behov stöd till beteendeförändring genom kvalificerat rådgivande samtal för att uppnå goda levnadsvanor.
- Vid identifierad risk ska förebyggande insatser sättas in, följas och utvärderas.
- Vid identifierad risk hos barn 0-6år ska samverkan med barnhälsovården övervägas i syfte att erbjuda ett tillräckligt brett och effektivt föräldrastöd.
- Alla barn ska få inskolning anpassat till sin ålder och de utmaningar den planerade tandbehandlingen innebär.
- Smärtfri tandbehandling 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.
- Sederin 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.

## Undersökning av patienten

För att säkerställa strukturerade arbetssätt 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 Utförlig information om journalskrivning finns även i Socialstyrelsens 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. Folk tandvårdens statistik över tobaksvanor används i samverkan med kommunerna för planering av generella åtgärder.

### *Status - klinisk och röntgenologisk undersökning*

Den kliniska undersökningen innefattar registrering av befintliga tänder samt utbredning och djup av eventuella kariesangrepp samt omfattning av erosivt tandslitage. 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. Diagnoser ställs av legitimerad personal.

### *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 dvs åtgärder fram till nästa undersökning. Terapiplanen av sjukdomsbehandlande åtgärder görs övergripande av tandläkare och baseras på undersökning och orsaksfaktorer. Ange eventuella kompletterande undersökningar, inskolning till behandling, sjukdomsförebyggande och behandlande åtgärder samt eventuella kontroller. Kariesangrepp (diagnos) som avses behandlas operativt skrivs ut i text.

### *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.

#### *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.

#### *Revisionsundersökning*

Revisionsundersökning (basundersökning) är ett screeningstillfälle för att identifiera ifall ett vårdbehov föreligger hos individen (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.

### **Bettutveckling**

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

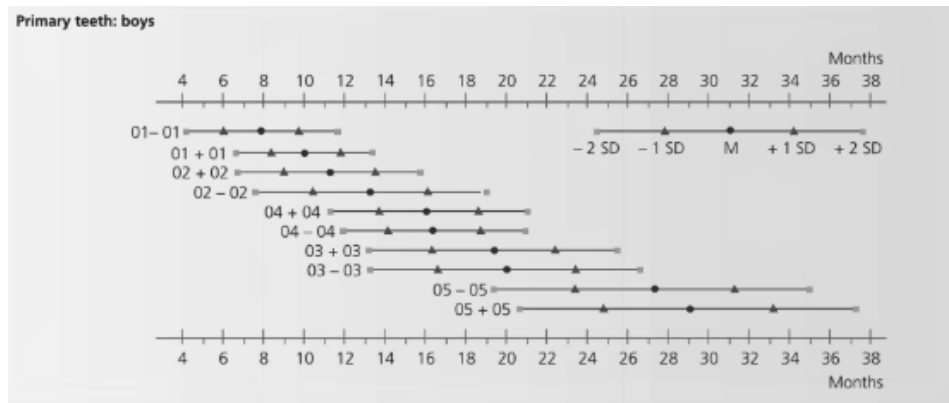
en ogynnsam tillväxtriktning av maxilla och/eller mandibel utvecklas till en grav malokklusion. För att undvika en ogynnsam bettutveckling kontrolleras bettutveckling vid alla revisionsundersökningar, finns behov så genomförs även en bettutvecklingskontroll. Bettutvecklingen följer en kronologisk ordning men variationen för tandruption 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 bettutvecklingsstadier anges enligt definitioner av Björk och Krebs, se tabell 1.

**Tabell 1.** Stadier i bettutveckling.

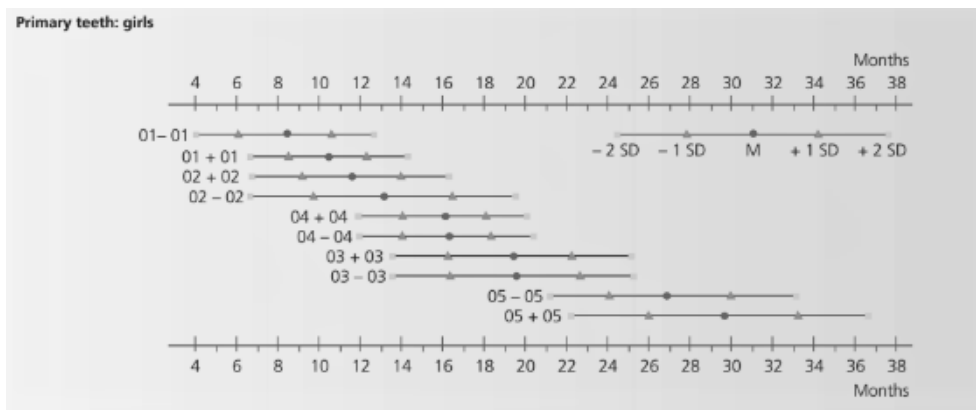
STADIUM	BESKRIVNING
DS01	primära tänder är under eruption
DS02	primära dentitionen är komplett
DS1	tidigt växelbett, incisiver under eruption
DS2	mellanperiodens växelbett, incisiverna är fullt erumperade
DS3	sent växelbett, hörntänder och premolarer är under eruption
DS4	ungt permanent bett, hörntänder 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 2a, 2b 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.

**Tabell 2a.** Eruption av primära tänder hos pojkar. Medelvärde och  $\pm 2$  standardavvikelser (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 och  $\pm 2$  standardavvikelser (SD). Pediatric Dentistry, a clinical approach, Kock G, Poulsen S, Espelid I, Haubeck D, third edition 2017.



**Tabell 3.** Eruption av permanenta tänder, medelvärde och standardavvikelser  $\pm 2$  standarddeviationer. 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	-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

## Trauma

Se separat traumaguide [traumaguide](#)

### 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 hur troligt det är att en negativ händelse kanske inträffar. Ett barn med ett konstaterat kariesangrepp har inte längre någon risk för kariessjukdom utan är bevisligen redan sjuk och vi kan genom utredning hitta möjliga orsaksfaktorer. Motsvarande riskfaktorer när symtom ännu inte manifesterat.

Det finns många olika faktorer som kan innebära en ökad risk för kariesangrepp, men hur troligt det är att en enda faktor leder till ett nytt kariesangrepp är svårt att uttala sig om hos den enskilda individen. Kända riskfaktorer på gruppnivå hos barn och unga är socioekonomi, utbildningsnivå, härkomst, tidigare erfarenhet av kariessjukdom samt genetiska och mikrobiella markörer.

Det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag om R2:s förmåga att identifiera sjukdomsutveckling. Risken 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. Att noggrant förebygga fortsatt kariessjukdom hos barn och unga med identifierade kariesangrepp är därför mycket viktigt för att lyckas behandla sjukdom.

Beslutsstödet R2 är framför allt ett stöd för att på ett systematiskt sätt sammanställa information om varje individ. 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 R2 ska fungera behöver du samla in anamnes och status på rätt sätt. Det finns instruktionsfilmer om R2 i [T4 Academy](#) samt en fördjupningsfilm på [Lärande Region](#). Det finns givetvis mer information om patienten än det som efterfrågas av R2. Ju mer information du kan samla in och analysera själv om en patient desto träffsäkrare blir din bedömning. Tid och träning ger erfarna och träffsäkra tandläkare och tandhygienister. Det kan handla om att känna igen och värdera många olika ”risker”, exempelvis är uteblivande från besök och tandvårdsrädsla välkända risker förknippad med ohälsa. Att träffa samma barnpatient över tid ger kontinuitet mellan behandlare och patient vilket är lärorikt, leder till klinisk erfarenhet och mer patientsäker och effektiv vård.

## HÄLSOFRÄMJANDE INSATSER 0–16 ÅR

Folkhälsoarbete i tandvård, hälsoodontologi, syftar till utförandet av effektiva hälsofrämjande insatser oftast mot grupper och i samverkan med andra. Detta för att nå ut med kunskap om god munhälsa till grupper och bidra till mer jämlik hälsa och ökad hälsolitteracitet i befolkningen. 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. I svensk tandvård är hälsoodontologi ett regionalt ansvar och utförs av folktandvården.

Hållbar samverkan är en förutsättning för framgångsrikt hälsoodontologiska arbete. Hälsofrämjande insatser sker tillsammans med andra exempelvis med skolan, barnhälsovården, särskilda boende, kommunen eller andra värdefulla aktörer. I region Västerbotten finns sedan länge en övergripande plattform för folkhälsoarbete riktat mot barn och unga; Salut-satsningen [Salutsatsningen](#). Hälsoodontologiska avdelningen (HOA) företräder Folktandvården i Salut-satsningen. Samverkan inom ramen för Salut-satsningen underlättar hållbara och framgångsrika hälsofrämjande insatser för bättre munhälsa. De hälsofrämjande insatser som Folktandvården deltar i inom ramen för Salut-satsningen samverkas genom HOA.

### Mödrahälsovården (MHV)

HOA bedriver med MHV i Salut-satsningen kompetensutveckling för barnmorskor om munhälsans betydelse för foster och det lilla barnet. HOA tillhandahåller information om munhälsa till MHV som kan erbjudas blivande föräldrar exempelvis affischer och Tandborstning på recept för små barn på 1177.

### Tandscreening av barn 12–18 månader i barnhälsovården (BHV)

Salut-satsningen ansvarar för ett övergripande förbättringsarbete av tandscreening hos små barn 12–18 månader. Barnsjuksköterskor hos BHV screenar med hjälp av riktade frågor för misstanke om förhöjd kariesrisk. Vid förekommen risk remitteras barnet till närmaste allmäntandvårdsklinik för undersökning och återkoppling till BHV. Tandscreening har pågått i många år men är nu under vidareutveckling för att förbättra tillgängligheten till familjestöd. Utförlig arbetsgång finns i avsnitt ”Det lilla barnet, vårdprogram 2 år”.

### Folktandvården i öppna förskolan vid Familjecentralen

Nytt utvecklingsprojekt i samverkan mellan BHV och HOA inom Salut-satsningen. Öppna förskolan vid länets familjecentraler erbjuder en kontaktyta för föräldrar och barn mot olika vårdprofessioner. Projektet syftar till att utveckla Folktandvårdens uppdrag i denna kontaktyta. Även samverkan med öppna förskolor i annan regi ingår i utvecklingsprojektet.

### Hälsosamtal 2-åringar

Är ett erbjudande till föräldrar om hälsoinformation och utgår från kliniken.

### **Tobaksfri Duo i årskurs 6**

Tobaksfri Duo sker i samverkan mellan Folktandvården och Folkhälsoenheten och riktar sig till skolan, årskurs 6 <https://tobaksfri.se/om-oss>. Tobaksfri Duo är vetenskapligt utvärderat och har funnits över 20 år i länet. De senaste åren har deltagandet sjunkit och därför är den preventiv tobaksstrategi under vidareutveckling i Salut-satsningen och hos Folkhälsoenheten.

### **Hälsa tillsammans**

Hälsa tillsammans är en insats i samverkan med skolan inom Salut-satsningen, [Hälsa tillsammans](#). I årskurserna 4–9 besöker personal från Folktandvården klassen varje termin med hälsobudskap och erbjudande om fluoridlackning. Insatsen har införts för att förbättra munhälsan hos ungdomar i länet generellt. Implementering av Hälsa tillsammans beräknas pågå till 2028. Satsningen finns i skrivande stund i 9 kommuner och uppskattas nå cirka 40% av målgruppen 2025. Hälsa tillsammans utförs av allmäntandvården och HOA.

### **Tandhajpen i årskurs 4**

En tävling för alla klasser årskurs 4 i länet. Arrangeras av HOA, syfte att stimulera barn till kunskapsinhämtning om varför människor men även djur behöver tänder se mer på hemsida: <https://regionvasterbotten.se/tandvard/tandhajpen>.

Vinnande bidrag 2022 😊 <https://www.youtube.com/watch?v=tbRsg3rzImg>

## **DET LILLA BARNET, VÅRDPROGRAM 0–2 ÅR**

### **Akuttandvård**

Akuttandvård till små barn är Folktandvårdens ansvar, barnen ska prioriteras och erbjudas tid omgående. 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 re-examination till dess kariessjukdomen avstannat. Förebyggande insatser ska vid behov sättas in och erbjudas i samverkan med BHV.

### **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.

### **Screening av tänder i barnhälsovården (BHV)**

God samverkan mellan FTV och BHV är av stor betydelse för att identifiera, förebygga och eventuellt behandla små barn med kariessjukdom i tid. Inget barn ska behöva drabbas av kaviteter i tänder på grund av obehandlade kariessjukdom som går att förebygga. 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. BHV rekommendationer för amning ska följas. BHV är en stor resurs då de till skillnad från FTV kan erbjuda multidisciplinärt familjestöd till vårdnadshavare vid behov.

Tandscreening barn 12–18 månader utförs av barnhälsovårdssjuksköterskor vid BHV. Frågor (checklista) om tandhälsa ställs till föräldrar vid 12 månader och följs upp senast vid 18 månader. När misstanke om en förhöjd kariesrisk kvarstår efter uppföljning remitteras barnet av barnhälsovårdssjuksköterskan till den folktandvårdsklinik där barnet är listat eller folkbokfört. Rutiner av folktandvårdens handläggning beskrivs i tabell 4.

Ibland krävs multidisciplinära insatser för att kunna erbjuda avgörande föräldrastöd till barn drabbade av karies oavsett ålder. Endast BHV har möjlighet att starta en sammanhållen individuell vårdplanering (SIP) och presentera behovet för ett multidisciplinärt team kallat HLT (Hälsa, Lärande, Trygghet). De nya rutinerna inklusive remisshantering underlättar förhoppningsvis en mer lättsam och strukturerad kontakt mellan FTV och BHV framledes. Det möjliggör även att personal i FTV kan

remittera barn 0-6år till BHV med frågeställning om ett utökat föräldrastöd genom HLT och en eventuell SIP. Det senare är fokus för utvecklingsarbete i Salut-satsningen och i samverkan mellan FTV och BHV.

**Tabell 4.** Arbetsgång tandscreening barn 12–18 månader med förhöjd kariesrisk.

<p><b>1. Tandscreening av små barn hos BHV och uppföljning hos FTV Scanna in pappersremiss från BHV i T4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnhälsovårdens screeningsfrågor (checklista) utgör grund för remiss FTV.</li> <li>• Följ instruktion för manuell inkommande remiss till T4.</li> <li>• Sätt en kallelse via remissen, kallelsekö barnrevision för att skicka e-brev.</li> </ul>			
<p><b>2. Kalla till undersökning hos tandhygienist med inriktning utredning av kariesriskfaktorer, skriv i tidboken att det gäller ett riskbarn från BHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detta är ett barn som redan har identifierats med förhöjd risk för karies.</li> <li>• Använd åtgärd 114.</li> <li>• Titta alltid i munnen på barnet vid besöket.</li> <li>• Bedöm om mer omfattande samverkan kring barnet behövs för att säkerställa god munhälsa. Det kan innebära återkoppling till BHV för multidisciplinärt samarbete runt familjen.</li> </ul>			
<p><b>3A. Efter undersökning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen fortsatt planering eller insats behövs.</li> <li>• Skicka remissvar</li> </ul>	<p><b>3B. Efter undersökning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utgå från vårdprogram för förskolebarn 3–6 år.</li> <li>• Lägg upp vårdplan tillsammans med tandläkare.</li> <li>• Skicka remissvar.</li> <li>• Vid behov av multidisciplinärt samarbete, använd remissvaret för att samverka enligt rutin kring barnet.</li> </ul>	<p><b>3C. Återbud till besök</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbjud ny tid.</li> <li>• Om vårdnadshavare avböjer, skicka remissvar och informera BHV.</li> </ul>	<p><b>3D. Uteblir från besök</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personlig kontakt med vårdshavare.</li> <li>• Skicka sedan ny tid per post.</li> <li>• När inte vårdnadshavare skicka brev 1 enligt rutiner för uteblivande.</li> <li>• Skriv ett preliminärt remissvar till BHV under tiden kontakt försöker skapas för att undvika fördröjning information till BHV.</li> <li>• Kan inte kontakt etableras efter brev 1 skriv remissvar.</li> </ul>
<p><b>4A. Remissvar till BHV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Använd föreslagen fras i remisstext ”BHV screening 12 mån”.</li> <li>• Kom ihåg att skriva ut pappersremissvar enligt rutin manuell inkommande remiss.</li> </ul>			

## Hälsosamtal 2-åringar

Kliniken ansvarar 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. Hälsosamtalen 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 det lilla barnet. Att inspektera det lilla barnets tänder, fastställa eventuellt plack och stötta tandborststeknik IRL är en motiverande kraft till beteendeförändring och fysiska besök är att föredra.

*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. BHV rekommendationer om amning ska följas. 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 fluorid tandkräm 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	Oregelbundna tandborstvanor
God munhälsa hos föräldrar och syskon	Avsaknad av fluorid tandkräm
Stabila sociala förhållanden	Inget föräldrastöd vid tandborstning
Engagerade föräldrar	Ogynnsamma matvanor
Positiv attityd till barnets hälsa och vård	Småätande under dagen
Gynnsamma levnadsvanor	Upprepade nattmål
God allmän hälsa	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* bygger på samtal om frisk- och riskfaktorer i tabell 5 med skillnaden att tänder och munhåla inte kan inspekteras närmare. Alla föräldrar har rätt till information om inloggning till Tandborstning på recept 0–5 år på 1177, plattformen för stöd och behandling.

## FÖRSKOLEBARNET, VÅRDPROGRAM 3–6 ÅR

Barn 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 etablera en god dialog med barnfamiljen och förmedla en positiv syn på tandvård och oral hälsa. 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.

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. 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 fluoridtandkräm. 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 hälsosamtalen 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 fluoridtandkräm. 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 eventuell tvångsförning, transversell avvikelse, grav utrymmesavvikelse, antalsvariationer, 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	Oregelbundna tandborstvanor
God munhälsa hos föräldrar och syskon	Avsaknad av fluorid tandkräm
Stabila sociala förhållanden	Inget föräldrastöd vid tandborstning
Engagerade föräldrar	Ogynnsamma matvanor
Positiv attityd till barnets hälsa och vård	Småätande under dagen
Gynnsamma levnadsvanor	Upprepade nattmål
God allmän hälsa	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 aktiv kariessjukdom. 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 med röntgen ofta indicerad. En apikalröntgen i aktuellt område eller en panoramaröntgenbild 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 oklusala yta ska hållas ren, lämpligen med tvärborstteknik. Tand 05 behålls som luckhållare till exfoliation. Detta förutsatt att 05:an inte orsakar några symptom eller att manifest karies noteras. Om 05:an förloras i förtid behövs sällan en luckhållare på ortodontisk indikation.

*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 prenormala 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 – **röd** 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).

## Hälsofrämjande 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 nyeruiterade 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 molare eller 6-års tänder har till exempel ett gott 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 kariesläsioner 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. Vid behandlingsmognad eller omfattande behandlingsbehov ska sedering användas som komplement.

*Atraumatisk restorative treatment (ART-teknik)* används vid ocklusala manifesta kariesangrepp på primära molare 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 insicor 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 glasjonomercement (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

lateral 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 mutans 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 tandvårds kanalen 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 tandanalg	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.
Infraokklusion	Ingen åtgärd om permanenta anlaget finns och ligger korrekt, åtgärd vid risk för störd eruption exempelvis tippad granntand.
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 bett vid prolongerad fingersugning	Information och avvänjningsförsök, visa för ortodontist om detta misslyckas.
Kraftigt öppna bett frontalt eller lateralt	Visa för ortodontist.
Djupt bett 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 erumperar 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 överkähörntändernas 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 visas patienten på ortodontikonsult eller så skickas remiss till ortodontist.

Samlad och utförligare information om ortodonti hittar du på [Folktandvårdskanalen](#).

**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 – **röd** 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 molarer 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 tandens ocklusalyta men alla tänder med fissurer kan fissurförseglas. I detta åldersspann rekommenderas att 12 års tandens ocklusalyta fissurförseglas vid konstaterad kariesrisk. 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 molarer. 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. Sederling ska erbjudas barn i som behöver komplement till inskolning.

## TONÅRINGEN, VÅRDPROGRAM 13–18 ÅR

I tonåren går man från barn till vuxen. Tonårstiden kan vara harmonisk för vissa och mer turbulent och utmanande för andra. Kroppen förändras och med det ändras även kost- och sömnvanor, på så sätt innebär tonårstiden en ökad risk för karies. Tiden präglas av risktagande och en känsla av att vara odödlig, men många känner sig utsatta, osäkra och självkritiska. I slutet av tonårstiden kan ungdomen förstå det mer komplexa och i med det också kunna jämföra olika alternativ och förstå konsekvenser och analysera samband. Perioden speglas av ökat självbestämmande men också med ökat ansvarstagande, bland annat för sin egen hälsa och vårdkontakter. Från 13 år får tonåringen ta eget ansvar för sina vårdkontakter via 1177. Hur vi i tandvården bemöter tonåringen och gör hen delaktig i sin egen vård är viktigt, var lyhörd och ta hänsyn till olika behov, grad av mognad och utveckling och se till att patientens integritet bevaras.

*Målet är att de som lämnar den avgiftsfria tandvården för barn och unga ska*

- ha en god munhälsa och kunskap om tandsjukdomar och egenvård, så att framtida tandvårdsinsatser minimeras
- ha ett estetiskt och funktionellt acceptabelt bett
- vara nöjda med den tandvård som erbjudits
- känna sig trygga i tandvårdssituationen
- vara motiverade till fortsatt regelbunden tandvård även efter att den avgiftsfria tandvården upphört.

### Undersökning

*Anamnesen* bör innehålla uppgifter om ungdomens allmänna hälsa, sociala situation samt tandborst- och matvanor. Tandborstning 2 gånger dagligen med fluoridtandkräm 1450ppm rekommenderas för alla. Fråga upp om approximal rengöring eller extra fluorid används. Det är vanligt att kostvanorna ändras under tonårsperioden, fråga efter om frukostvanor och om lunchen äts i skolan. Hör efter hur ofta och vad ungdomen dricker för att tidigt kunna identifiera riskbeteende för tanderosioner då frekvensen av intag av olika energidrycker har ökat de senaste åren. Många tonåringar tränar mycket och behöver extra näring för att orka. 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 tonåringar har erfarenhet av operativ tandvård, hör efter hur det upplevde det.

Förekommer tobaksbruk med snus, cigaretter och/eller vejp? Tobaksbruk debuterar i allmänhet i under tonåren och är en faktor som är tydligt relaterad till både mun- och allmän ohälsa. Det är även visat att ungdomar som röker har en högre kariesförekomst jämfört med icke-rökande ungdomar. Detta speglar sannolikt inte ett direkt orsakssamband mellan rökning och karies. Troligen är sambandet relaterat till levnadsvanor.

Identifiera ungdomar med orofacial smärta och käkfunktionsstörning genom att fråga de tre screeningfrågorna i hälsodeklarationen. Det gäller alla barn och unga från 12 års ålder.

*Status* notera befintliga permanenta och eventuellt primära 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. Regelbunden fickdjupsmätning av första molaren och incisiverna ska göras senast vid 16 års ålder. Observera att tänder under eruption inte ska ficksonderas. Ses tecken på parodontal sjukdom kliniskt eller på röntgen görs en fullständig parodontal undersökning med ett 6 punkters fickstatus. Var observant på tidiga tecken av erosionsskador, notera eventuella erosiva skador i status enligt nytt index. Bettutvecklingen bedöms av tandläkare och brettutvecklingsstadium och bittdiagnos ställs. Tanderuptjonen ska följas till fullt erupterat permanent bitt. I det tidiga permanenta bittet uppmärksammas icke tidigare diagnostiserad platsbrist, saxbitning, tandundertal, 7: ors okklusionsinställning samt retinerade tänder. I slutet av perioden ska 8: ors läge och komplikationsrisk bedömas. Utför en bittfysiologisk undersökning, kort DMC på samtliga patienter som svarat ja på en eller flera av screeningfrågorna gällande TMD.

*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 karies och tidig parodontal diagnostik. Observeera att kompletterande röntgenbilder kan behövas i fronterna för fullständig parodontal diagnostik. Senast vid sent DS2 ska samtliga permanenta tänder och anlag vara synliga i munnen eller på röntgen. Bedöm behov av OPG eller kompletterande apikalbilder till bite-wing för bedömning av brettutveckling eller läge visdomständer.

**Tabell 9** Frisk- och riskfaktorer att ta ställning till för bedömning av munhälsan hos tonåringen idag och på sikt.

Friskfaktorer	Riskfaktorer
Tandborstning med fluoridtandkräm morgon och kväll	Oregelbundna tandborstvanor
Goda vanor med avseende på mat och dryck	Avsaknad av fluoridtandkräm
Vatten vid törst	Ogynnsamma matvanor
Avstannad sjukdomsaktivitet	Småätande under dagen
Inga fyllningar	Söt dryck vid törst
God munhälsa hos föräldrar/syskon	Hög intagsfrekvens av energidryck
God allmänhälsa	Tidigare karieserfarenhet
Stabila sociala förhållanden	Nya eller progredierande angrepp
Positiv attityd till hälsa och vård	Syskon med kariessjukdom
	Negativa erfarenheter av tandvård
	Lever i en socialt utsatt miljö
	Bristande gränssättning inom familjen

	Mediciner/sjukdom/funktionsvariation Eget tobaksbruk + Rökning hos förälder Födoämnesintolerans Hög kariesaktivitet hos familjen Sociokulturell bakgrund med bristande kunskap om munhälsa/munvård Upprepade uteblivanden/återbud Dåliga salivegenskaper som låg salivkapacitet eller låg buffringsförmåga Höga mutans eller laktobacillantal Negativ attityd för hälsa /munhälsa Tandsanerad under narkos Träning med sportdryck Självdestruktivt beteende Tandvårdsrädsla hos förälder
--	--

### Riskbedömning

Betänk att tonårstiden är en riskperiod och att en tidigare kariesfri individ kan lägga till vanor som är ohälsosamma. Skilj på ungdomar med hög risk från de med låg risk och identifiera vilken typ av risk som ses. Vårdbehovet kan skilja sig och leda till olika vårdplaneringar beroende på om ungdomen har en kariesrisk, en ogynnsam bettutveckling eller ett ortodontiskt vårdbehov. *Frisk/grön*: inga eller få riskfaktorer, friskfaktorer dominerar. *Risk/gul*: svårbedömd relation mellan frisk- och riskfaktorer. Risk att utveckla sjukdom de närmaste åren. Viss kariesaktivitet. *Sjuk/röd*: hög kariesaktivitet, uttalad gingivit, patologiska tandköttsfickor eller parodontal fästeförlust. Riskprofil med stor risk att utveckla sjukdom. R2 föreslår ett revisionsintervall, gör en bedömning om det är rimligt i relation till hur du uppfattar vårdbehovet och vårdplanering. Följande revisionsintervall gäller för aktuell ålder och beaktar endast parodontit och karies:

#### Från 13–15 år gäller:

- 24 månader – **grön**, lågt vårdbehov
- 18 månader – **gul** måttligt vårdbehov
- 12 månader – **röd**, högt vårdbehov

#### För 16–19 år gäller:

- 36 månader - **grön**, lågt vårdbehov
- 24 månader – **gul** måttligt vårdbehov
- 18 månader – **röd** högt vårdbehov

Revisionsintervallen för 16–19 åringar är under översyn. Tiden mellan undersökningar utförd av tandläkare ska inte överstiga 48 månader

## Bedömning av vårdbehov

1. Hälsöfrämjande åtgärder, det vill säga stödja den friska individen så att den fortsätter vara frisk
2. Sjukdomsförebyggande åtgärder vid identifierad sjukdomsrisk, det vill säga åtgärder som görs för att förebygga att sjukdom uppstår eller utvecklas
3. Sjukdomsbehandling som syftar till att behandla och förhindra progression av befintlig sjukdom i munhålan
4. Reparativa och rehabiliterande åtgärder som görs för att återställa bettet från skador och funktionsförluster

Vilken typ av omhändertagande som föreligger ska kommuniceras med ungdom främst och vårdnadshavare. Finns flera alternativ eller behandlingssätt, förklara och gör ungdomen delaktig i sin vård. Lyssna in och ta hänsyn till vad ungdomen själv önskar. Tandvården ska prioritera ungdomar med kariessjukdom. En behandlingsplan ska upprättas i samråd med tonåringen. Vårdplanen ska vara rationell och utgå ifrån ungdomens 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.

## Vårdplanering

### *Hälsöfrämjande åtgärder*

Samtliga ungdomar ska motiveras till ett positivt hälsobeteende och informeras om hur sjukdomar i munnen förebyggs genom medvetna kostval tandborstning 2 gånger/dag med fluorid tandkräm med 1450 ppm samt approximal rengöring. Information om tobakens negativa inverkan på munhälsan ska ges. Lär ut god tandborstteknik och approximal rengöring. I övre tonåren ska individens eget ansvar för munhälsan betonas ytterligare och större krav kan ställas på individnivå.

### *Sjukdomsförebyggande åtgärder*

Rekommendera extra fluorid såsom sköljning, tuggummi eller tabletter efter individens preferenser. Högfluorid tandkräm Duraphat® (5000ppm F) kan rekommenderas från 16 års ålder. Används i stället för vanlig tandkräm minst 2 gånger/dag.

Vid djupa fissurer i premolarer eller molarer i kombination med hög kariesrisk kan kompletterande fissurförseglingar utföras.

### *Sjukdomsbehandling*

Förekomst av dentinkaries i de tidiga tonåren ökar risken för ny kariesutveckling under perioden. Betänk att kariesprogressionen på nyligen erupterade permanenta tänder kan gå mycket fort. Manifesta kariesangrepp med tydlig utbredning i dentinet eller med kavitet ska behandlas med fyllningsterapi. Ta hänsyn till kariesskadans progression innan beslut om fyllning. Vid mycket djupa kariesangrepp där det finns risk för

pulpaläsion bör stegvis excivering väljas i första hand. Extraktion kan övervägas på molarer i vissa fall beroende vid grava kariesskador på 6: or och 7: or.

#### *Gingivit och parodontit.*

Ge sjukdomsinformation och rådgivande samtal med avseende på egenvårdens betydelse för läkning. Anpassa informationen till patientens ålder och använd gärna visuella hjälpmedel för utökad förståelse. Parodontal behandling av barn och unga kräver ett nära samarbete mellan tandläkare och tandhygienist. Vid grava parodontala skador och ung ålder överväg remiss till specialist. Färga in och ge munhygieninstruktioner, följ upp. Plackindex och blödningsindex (angivet i procent) kan vara värdefullt. Avlägsna sedan supra- och eventuell subgingival tandsten. Erbjud smärtlindring vid durationen såsom yt- och som lokalanestesi i kombination med sedering med lustgas eller midazolam om tonåringen behöver det. Munhygienkontroll utförs efter 1 månad. Vid behov kan ytterligare munhygienkontroller behövas. Läkningkontroll utförs efter 3 månader.

#### *Erosioner*

Orsaken till erosionskadorna ska utredas. Patienten ska informeras om orsaksfaktorer och om livsstilsförändringar som kan vara positiva. Stötta patienten i livsstilsförändringar med kvalificerat rådgivande samtal. Karies och erosioner kan förekomma samtidigt, var observant på kariesprocessen kan gå snabb då emalj saknas. Cuppings och dentinblottade ytor ska täckas med komposit. Ta kliniska foton som stöd i uppföljning av eventuell progression.

Vid förekomst av flera apasier eller tandförluster ska planering och samordning av det fortsatta omhändertagandet påbörjas så tidigt som möjligt. Detsamma gäller vid omfattande generella eller lokala mineraliseringsstörningar, där rehabilitering ofta sker inom det region finansierade tandvårdsstödet. Vanligtvis sker detta i samarbete med specialisttandvården, skicka en remiss till pedodonti som samplanerar insatserna.

Den lagstadgade regionsfinansierade kostnadsfria tandvården innefattar tandvård och regelbunden undersökning till och med 19:e levnadsåret. Från 18 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.

Tandvården ska, oavsett finansieringsform, informera alla vuxna patienter om den föreslagna vården samt om kostnaderna för den. Patienter ska samtycka till hela behandlingsplanen innan behandling påbörjas. Patienten ska informeras och att ansvaret för finansiering övergår till patienten den 1:a januari det 20:e levnadsåret. Tandvården ska göra patienten medveten om de behandlingar som inte kommer att vara färdiga under det 19:e levnadsåret och att dessa kommer att belasta patienten ekonomiskt.

### **Remisser**

En fullständig tandvård för barn och unga förutsätter ett nära och väl fungerande samarbete mellan allmäntandvård och specialisttandvård. Specialisttandläkaren ska betraktas som en tillgång för tandvårdsteamet. Med undantag för ortodontiska frågeställningar kan samtliga odontologiska frågeställningar utöver vad som ingår i allmäntandvårdsansvaret rörande barn och unga utgöra en remissanledning. Huruvida frågeställningen är tillräcklig grund för remiss avgörs av det odontologiska problemets svårighetsgrad och allvarlighetsgrad, men också av tillgänglig kompetens hos ordinarie tandläkare eller vid den klinik där vederbörande är verksam. Även enkla odontologiska frågeställningar kan ibland vara svårhanterliga på grund av komplicerande medicinska, sociala eller psykologiska förhållanden, vilka sammantaget kan motivera remiss. Några absoluta remisskriterier eller några strikt definierade patientgrupper låter sig inte beskrivas. Eftersom det för varje enskild patient är en sammanvägning av flera faktorer av olika karaktär som ligger till grund för en eventuell remiss uppkommer ibland situationer där man är osäker på om man ska skicka remiss eller inte. Folktandvårdens specialisttandvård Pedodonti är tillgänglig för telefonförfrågningar och konsultation.

#### Remiss gällande barn och unga 0–18 år för:

- Röntgenundersökning skickas direkt till Odontologisk diagnostisk radiologi
- Ortodonti skickas direkt till Ortodonti - Tandreglering
- Implantatbehandling skickas direkt till Oral protetik
- All övrig behandling skickas till Pedodonti