

Nationella riktlinjer för tandvård

Stöd för styrning och ledning
2022

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2022-9-8114
Illustration	Jan Funke
Foto	Matton/Fancy/Veer/Corbis
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , september 2022

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om tandvård för barn och vuxna. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i tandvården, till exempel i rollen som politiker, tjänsteperson eller verksamhetschef. De är även användbara för dig som möter patienter i tandvården.

Använd riktlinjerna som underlag för öppna och systematiska prioriteringar: Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade åtgärder än till lågt prioriterade.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering och nationella målnivåer, som utgår från rekommendationerna. Under 2022–2023 planerar vi att börja utvärdera tandvården, med utgångspunkt i indikatorerna och målnivåerna.

Regionala programområden för tandvård, regioner, professionsföreningar, patientföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den förra versionen av riktlinjerna, som publicerades 2021. Vi har tagit hänsyn till alla synpunkter innan vi tagit ställning till den nuvarande versionen.

Projektledare för riktlinjerna på Socialstyrelsen har varit Sofia Orrskog och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Viktigt att bedöma risker och behandla orsaken till problemen	7
Tandvården är viktig för att förebygga ohälsa	7
Tandvården behöver samverka mer med andra aktörer.....	8
Munhälsan och tandvården behöver bli mer jämlik.....	8
Om de nationella riktlinjerna	9
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare.....	9
Större revidering 2021 och mindre uppdatering 2022	10
Rekommendationer med olika prioritet.....	11
Socialstyrelsen utvärderar tandvården med hjälp av indikatorer och målnivåer	12
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	13
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030.....	13
Om munhälsa och tandvård	14
Så utvecklas munhälsan och tandvården i Sverige	14
Så organiseras tandvården i Sverige.....	18
Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar	20
Huvudbudskap: Satsa mer på förebyggande insatser i samverkan.....	21
Främja munhälsan hos alla som besöker tandvården.....	21
Främja barns munhälsa	23
Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor	25
Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla	30
Främja munhälsan hos vuxna med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras	31
Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd	35
Rekommendationer del 2: Utredda och diagnostisera.....	39
Huvudbudskap: Bedöm risker och satsa mest på dem med störst behov	40
Systematiska arbetssätt	40
Intervall för basundersökning (revisionsintervall)	42
Datortomografi: CBCT-undersökning	46
Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera	48
Huvudbudskap: Satsa mer på effektiv behandling och samtalsstöd.....	49
Särskilda tandvårdsbehov hos barn	49
Kariesskador som behöver repareras	54
Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat.....	57

Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten ..	61
Smärta och käkfunktionsstörningar	67
Tandlöshet	72
Bettavvikelse	79
Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik tandvård	81
Kompletterande kunskapsstöd	85
Projektorganisation	90
Referenser	95
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer	98
Bilaga 2. Översikt av indikatorer och målnivåer	120
Bilaga 3. Versionshistorik	125
Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben	127

Sammanfattning

Nästan alla barn och vuxna i Sverige besöker tandvården. Karies (som kan ge hål i tänderna) och parodontit (tandlossningssjukdom) är bland de vanligaste sjukdomarna i världen. De försämrar människors livskvalitet och medför stora kostnader för både samhället och individerna som drabbas. Samtidigt går de till stor del att förebygga.

Dessa nationella riktlinjer för tandvård riktar sig framför allt till dig som är beslutsfattare. Socialstyrelsen rekommenderar insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdomar, utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera. Många rekommendationer är kvar sedan en tidigare version av riktlinjerna från 2011, men vi har gjort en större revidering 2021 och en mindre uppdatering 2022. Nu finns fler rekommendationer, bland annat om barntandvård.

Viktigt att bedöma risker och behandla orsaken till problemen

Tandvårdspersonalen behöver arbeta systematiskt för att ta tillvara tandvårdens resurser effektivt. De bör till exempel bedöma risken för olika sjukdomar i munnen hos alla de undersöker, och även registrera eventuella skador på tänderna, såsom erosioner. Därefter bör de utreda orsakerna till de upptäckta riskerna och skadorna, tillsammans med patienterna. Då blir det också möjligt att behandla det som ligger bakom ett problem, och inte bara patientens symtom. Sådan orsaksinriktad behandling behöver bli vanligare i tandvården, bland annat vid karies.

Med stöd av de systematiska arbetssätten kan tandvården också kalla varje patient till basundersökningar lagom ofta. Det betyder att patienter med hög risk för dålig munhälsa undersöks oftare. På så sätt får dessa patienter bättre tillgång till tandvården och sannolikt bättre munhälsa på sikt, medan patienterna med låg risk sparar tid, och om de är vuxna även pengar.

Tandvården är viktig för att förebygga ohälsa

En god munhälsa är viktig för människors allmänna livskvalitet. Munhälsan påverkar bland annat näringsintaget och risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen.

Tandvården behöver därför arbeta med att både stärka goda munhälsosvanor och minska risken för dålig munhälsa. Många riskfaktorer är gemensamma för flera munsjukdomar och andra sjukdomar, till exempel ohälsosamma matvanor och rökning. Tillsammans med annan hälso- och sjukvård kan tandvården ge stöd vid sådana ohälsosamma levnadsvanor, för att främja munhälsan och därmed även den allmänna hälsan. En del tandvårdspersonal har också kompetens att arbeta med hälsorelaterade

beteendeförändringar på mer avancerad nivå, till exempel med *kvalificerat rådgivande samtal*.

Tandvården behöver samverka mer med andra aktörer

Tandvården behöver samverka mer med den övriga hälso- och sjukvården, barnhälsovården, skolan, socialtjänsten (det vill säga den kommunala omsorgen) med flera aktörer, för att främja en god munhälsa i befolkningen. Då krävs bland annat att tandvården inkluderas i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete för bättre samordning.

Munhälsan har till exempel stor betydelse för den allmänna hälsan hos barn. Tillsammans med barnhälsovården och skolan kan tandvården nå i princip alla barn med råd om goda mat- och munhygienvanor. Gemensamma budskap om mat och daglig tandborstning med fluoridtandkräm skapar tydlighet. Sådan samverkan är särskilt viktig i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa, och där barnen oftare har karies än i andra områden. Där behövs satsningar för att minska hälsoskillnaderna i befolkningen.

Tandvården bör också verka för att ingå i vårdkedjan kring patienter som får vård hos flera instanser. Både tandvårdsbehovet och den dagliga munvården behöver till exempel uppmärksammas när en patient ska gå över från sjukhusvård till kommunal omsorg.

Vidare kan en del personer med särskilda behov behöva tandvård på plats på till exempel ett vård- eller omsorgsboende. Personal på sådana boenden behöver utbildning av tandvården, för att kunna stödja de boende i den dagliga munvården.

Munhälsan och tandvården behöver bli mer jämlik

Det finns skillnader i både munhälsa och tandvård i Sverige. Personer med låg inkomst, kort utbildning eller olika funktionsnedsättningar upplever till exempel generellt sin munhälsa som sämre än andra grupper. Mönstret är därmed detsamma som för den allmänna hälsan. Det finns också geografiska skillnader i vilken tandvård som erbjuds och hur tillgänglig den är.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till en god och jämlik munhälsa och tandvård. Vi rapporterar återkommande om läget i tandvården, och kommer att utvärdera hur tandvården följer riktlinjerna.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om tandvård för barn (under 18 år) och vuxna (från 18 år). Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av tandvården och munhälsan i Sverige
- Socialstyrelsens centrala rekommendationer om tandvård, inklusive konsekvensanalyser och indikatorer för utvärdering
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i tandvården, och prioritera för en jämlik tandvård
- en översikt av kunskapsstöd som kompletterar riktlinjerna.

Denna version ersätter versionen från 2021, som i sin tur var en större omarbetning av riktlinjerna från 2011.

➔ **Läs mer:** *Stöd för styrning och ledning* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – en huvudrapport för dig som är beslutsfattare. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande och mer fackspråkliga delar, bland annat en detaljerad översikt av alla 381 rekommendationer (*Tillstånds- och åtgärdslista*) och kunskapsunderlaget för rekommendationerna. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjertandvard.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare med ansvar för resursfördelning i tandvården. Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som politiker, tjänsteperson eller verksamhetschef i privat eller offentlig tandvård. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda dem som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Rekommendationerna kan även ge dig som möter patienter vägledning i beslut om behandling. Du bör till exempel ge de allra flesta med ökad risk för karies den behandling som Socialstyrelsen rekommenderar. Men utöver rekommendationerna behöver du ta hänsyn till individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella kunskap. Samtidigt kan du se riktlinjerna som en kunskapsbank för den forskning som finns inom de olika områdena.

Riktlinjerna ingår slutligen i underlaget när Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar vilka åtgärder som ska få statligt tandvårdsstöd. Därmed bidrar också tandvårdsstödet till en mer kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård.

Större revidering 2021 och mindre uppdatering 2022

Riktlinjerna tar upp åtgärder som kan vara viktiga för dig som beslutar om utbudet och resursfördelningen i tandvården. Riktlinjerna är alltså inget vårdprogram, utan täcker in ett urval av relevanta åtgärder. De gäller i första hand allmäntandvård, men vissa rekommendationer gäller också specialisttandvård.

Denna version från 2022 är en mindre uppdatering av versionen från 2021, där vi tagit hänsyn till synpunkter från olika intressenter. Vi har till exempel lagt till rekommendationer om intervall för basundersökningar för barn.

Versionen från 2021 var i sin tur en större omarbetning av riktlinjerna från 2011, även om många rekommendationer därifrån fortfarande finns kvar. År 2021 lade vi till rekommendationer om två nya grupper: barn samt personer som behöver särskilt stöd på grund av skörhet, funktionsnedsättningar med mera. Socialstyrelsen avser att förstärka barnperspektivet i kommande versioner av riktlinjerna. Några nya områden tillkom också 2021: implantatkirurgi (med rekommendationer om att installera tandimplantat) och odontologisk radiologi (med rekommendationer om datortomografi). Dessutom lade vi större fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. En del av dessa åtgärder ingår även i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. De nya rekommendationerna är än mer anpassade till dig som beslutsfattare än de rekommendationer som är kvar sedan 2011. Urvalet är snävare, och gäller framför allt åtgärder där det finns praxisskillnader och stort behov av vägledning.

Vidare uppdaterade vi 2021 en del av rekommendationerna från 2011, eftersom kunskapsläget förändrats. Vi strök också vissa rekommendationer, till exempel när en behandling blivit inaktuell och när tandvården inte längre behövde vägledning. Analysen av vägledningsbehovet utgick bland annat från Socialstyrelsens utvärdering av tandvården från 2013 [1].

I vissa fall har vi sett ett vägledningsbehov men inte kunnat ge rekommendationer, på grund av svagt vetenskapligt stöd och brist på beprövad erfarenhet. Det gäller till exempel tandborstning med fluorid-tandkräm i förskolan och fluoridlackning i skolan, för barn i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa, behandling av erosioner (tandskador), tobaksförebyggande program i tandvårdens regi samt vissa behandlingar för barn med blottad tandpulpa. Mer forskning behövs på dessa områden (se också kapitlet *Om munhälsa och tandvård*, avsnittet [Många kunskapsluckor](#)).

Vi tar inte ställning till formen för en del av åtgärderna. Vissa åtgärder erbjuds till exempel vanligtvis som ett fysiskt möte, men skulle också kunna erbjudas digitalt på distans.

Slutligen presenteras rekommendationerna på ett nytt sätt sedan 2011, i delarna *Främja hälsa och förebygga sjukdomar*, *Utreda och diagnostisera* samt *Behandla och rehabilitera*. Delarna hänger dock ihop. Exempelvis kan den som behandlar sjukdomen karies även behöva arbeta förebyggande mot allvarigare kariesskador.

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i [bilaga 3](#), *Versionshistorik*.

Rekommendationer med olika prioritet

Samhällets resurser räcker inte till alla åtgärder. Därför ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet. Vi ger tre typer av rekommendationer (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Åtgärder i prioritetsordning. Åtgärder med prioritet 1 är mest angelägna och åtgärder med prioritet 10 är minst angelägna (de ger ingen eller mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Åtgärder som tandvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Åtgärder som tandvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill ge stöd för att sluta använda åtgärderna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

Effektiva åtgärder vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika åtgärderna, enligt forskning och beprövad erfarenhet – den bästa tillgängliga kunskapen. Beprövad erfarenhet är aktuellt att samla in när det saknas forskningsstöd. För detta har vi använt en systematisk konsensusprocess med cirka 470 verksamma tandhygienister och tandläkare.

Högst prioriterar vi de åtgärder som gör störst nytta för personer med svåra hälsotillstånd. Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs av hur mycket tillståndet påverkar personens munhälsa, och i vissa fall personens allmänna hälsa. Endast åtgärder för hälsotillstånd med en *mycket stor* svårighetsgrad har fått prioritet 1–2 i dessa riktlinjer, med ett fåtal undantag. När svårighetsgraden är *stor* har vi haft som princip att ge högst prioritet 3, när den är *måttlig* högst 5 och när den är *liten* högst 7. Förebyggande och hälsofrämjande åtgärder har vi bedömt dels utifrån svårighetsgraden hos det hälsotillstånd man vill förebygga, dels utifrån risken för att patienterna drabbas av hälsotillståndet.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en åtgärd ger för patienten i förhållande till kostnaden.

Prioriteringsarbetet för Socialstyrelsens nationella riktlinjer till hälso- och sjukvården utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Modellen utgår i sin tur från den etiska plattform som beskrivs i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Tandvården omfattas inte av den etiska plattformen, men Socialstyrelsen har valt att utgå från den nationella modellen för öppna prioriteringar även i arbetet med tandvårdsriktlinjerna.

➔ **Läs mer** i bilagorna på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/tandvard:

- Metoden för prioriteringsprocessen beskrivs närmare i webbilagan *Metodbeskrivning*.
- Metoden för att bedöma kostnadseffektivitet beskrivs i webbilagan *Hälsoekonomiskt underlag*.

Socialstyrelsen utvärderar tandvården med hjälp av indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen rapporterar återkommande om läget i tandvården, liksom i den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi utvärderar bland annat hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i verksamheterna. Denna kunskap används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingarna kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status.

Utvärderingarna utgår från indikatorer och nationella målnivåer som tas fram i riktlinjearbetet, men belyser också andra aspekter av tandvården.

Indikatorerna för tandvården är tänkta att spegla ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna och olika aspekter av god vård. Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra tandvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt, nationellt eller internationellt
- förbättra tandvårdens kvalitet och effektivitet.

Målnivåerna för tandvården anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling, och är alltså nivåer som tandvården bör sträva efter att nå. De fastställs enligt en beprövad modell, som inkluderar både statistiska underlag och en konsensusprocess [3].

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av alla indikatorer och målnivåer för tandvården.
- Indikatorerna och målnivåerna redovisas mer utförligt i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård* på

Socialstyrelsens webbplats – se
socialstyrelsen.se/nationellariktklinjer/tandvard.

➔ **Kommande publiceringar:** Under 2022–2023 planerar vi att börja utvärdera tandvården på nytt. Den senaste utvärderingen gjordes 2013.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samarbetat med flera myndigheter, främst Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Försäkringskassan.

Även företrädare för offentliga och privata vårdgivare, specialist- och ämnesföreningar, professionsförbund och lärosäten har varit delaktiga, liksom ett stort antal sakkunniga i tandvård. Regionerna har också medverkat via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Vidare har dessa aktörer nominerat experter till olika sakkunnigrupper i riktlinjearbetet.

Socialstyrelsen har också tagit tillvara patienternas perspektiv, genom att tidigt samla in synpunkter på vad riktlinjerna bör innehålla från olika intresseorganisationer. Dessutom deltog patientföreträdare i arbetet med att prioritera åtgärder.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. När det gäller munhälsa och tandvård är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällseliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att genomföra främst mål 3 (god hälsa och välbefinnande) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [4].

Om munhälsa och tandvård

Ungefär hälften av världens befolkning lever med sjukdomar i munnen [5]. Karies (som kan ge hål i tänderna) är en av de vanligaste sjukdomarna i världen, och mer än 30 procent av alla människor kan ha sjukdomen [6]. Även parodontit är en stor folksjukdom [7], en inflammationssjukdom som kan leda till att tänderna lossnar.

Dessutom hänger munhälsan ihop med den allmänna hälsan. Det finns till exempel samband mellan munsjukdomarna karies och parodontit och hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och övervikt. Munhälsan påverkar också näringsintaget, risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen och livskvaliteten: att kunna tugga bra och känna sig frisk och bekväm i munnen.

Nästan alla barn och de flesta vuxna i Sverige besöker tandvården regelbundet. Tandvård är ett stort vådområde också ekonomiskt. Karies och parodontit kräver stora resurser, samtidigt som dessa sjukdomar går att förebygga bättre än vad som sker i dag.

Så utvecklas munhälsan och tandvården i Sverige

Munhälsan är god – men inte i alla grupper

Munhälsan är generellt god i Sverige, hos både barn och vuxna. Den har förbättrats för de flesta grupper sedan början av 2000-talet. Munhälsan är dock ojämlik och skiljer sig både mellan regioner och mellan områden och grupper i samma region.

Dålig upplevd munhälsa har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning, dålig allmän hälsa och olika funktionsnedsättningar [8, 9]. Skillnader i munhälsa kan dessutom riskera att befästas på grund av en ökad ojämlikhet i samhället¹ (se också avsnittet *Så organiseras tandvården i Sverige*).

Samtidigt känner sig 95 procent av patienterna respektfullt bemötta i tandvården. Det finns också krav på samråd och respekt i patientsäkerhetslagen (2010:659). Återigen finns dock skillnader mellan grupper: Framför allt känner sig patienter födda utanför EU sämre bemötta än andra [1]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersöker i ett projekt vilken information patienter efterfrågar och hur de upplever informationen de får i tandvården, eftersom det behövs mer kunskap om detta [10].

Barns munhälsa: Många barn har haft karies någon gång [11, 12]. Karies i mjölkttänder blev också vanligare bland 3–11-åringar under 2010–2018, och nästan en fjärdedel av 6-åringarna hade karies 2019 [7, 12]. Det var vanligast bland 6-åringar med utlandsfödda föräldrar [12]. Munhälsan riskerar att

¹ ”Ökade inkomst- och kapitalskillnader, kvalitetsskillnader i skolsystemet, bostadsbrist, segregation och sjunkande tillit till samhällets centrala funktioner är några faktorer som sammantaget ökar de socioekonomiska skillnaderna i samhället.” (SOU 2021:8)

försämras även för äldre barn och ungdomar på sikt, eftersom karies i mjölkttänderna ofta beror på ohälsosamma levnadsvanor som sedan kvarstår.

Vidare har barn som är placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) sämre munhälsa än andra jämnåriga, och de besöker inte tandvården lika regelbundet [13]. De har dessutom sämre munhälsa redan när de placeras i familjehemmet eller HVB. Även barn som har kontakt med socialtjänsten på grund av våld eller försummelse har sämre munhälsa [14].

Vuxnas munhälsa har länge förbättrats i de flesta åldersgrupper [15, 16]. Karies och fyllningar har till exempel minskat hos 35–65-åringar [7]. Samtidigt finns tydliga skillnader kopplade till inkomst och utbildningsnivå, och omkring en tredjedel av befolkningen har inte besökt tandvården för en så kallad basundersökning under en treårsperiod [17-19]. Sådana basundersökningar är viktiga för att förebygga ohälsa. År 2021 uppgav dessutom 8,4 procent av befolkningen att de avstått från tandvård av ekonomiska skäl, trots behov. Detta var till exempel vanligare bland personer födda utanför Sverige än bland personer födda i Sverige [20].

Vidare ökar karies och fyllningar hos 70-åringar och äldre, framför allt för att de har fler egna tänder än tidigare [7, 11]. 70–84-åringar är också de som besöker tandvården oftast. Tandvården står inför utmaningen att bevara munhälsan hos de äldre, kanske framför allt hos sköra äldre och äldre med särskilda behov. Det är viktigt att tandvården är tillgänglig för dessa grupper, så att de behåller sin tandvårdskontakt. Tandvården behöver till exempel samverka med den övriga hälso- och sjukvården (bland annat den kommunala) och med socialtjänsten (det vill säga den kommunala omsorgen), för att möta de ökade behoven av vård och behandling.

➔ Läs mer i

- Socialstyrelsens lägesrapporter från 2022: *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård* [11] och *Vård och omsorg för äldre* [21]
- Socialstyrelsens rapport från 2022: *Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder* [12]
- *Årsrapport 2021* från Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) [7]
- Socialstyrelsens kartläggning av hur kommuner, regioner och tandvårdskliniker arbetar med munhälsa och tandvård för placerade barn [13]
- Socialstyrelsens statistik om tandhälsa [19].

Färre tandvårdsbesök under covid-19-pandemin

Tandvården har påverkats av covid-19-pandemin på flera sätt, visar Socialstyrelsens analyser. Tandvårdsbesöken minskade till exempel i alla åldersgrupper under pandemins första månader 2020, och särskilt bland äldre personer med sämre munhälsa. Under 2021 var besöken fortfarande färre än före pandemin, men något fler än 2020, och återhämtningen var störst bland äldre. Vuxna som inte undersöktes 2020 behövde vidare få fler tänder utdragna och fler lagningar efter det. De uteblivna besöken under pandemin kan komma att öka tandvårdsbehovet även på sikt.

➔ **Läs mer i**

- Socialstyrelsens faktablad i fyra delar, om hur pandemin påverkat besöken i tandvården [22-25]
- Socialstyrelsens statistik om pandemins effekter på olika operationsområden [26].

Mer tandvårdspersonal behövs framöver

I ett tandvårdsteam ingår oftast en tandläkare, en tandhygienist och en tandsköterska med olika kompetenser och arbetsuppgifter. Tandläkaren och tandhygienisten har yrkeslegitimation, och behandlar patienter inom ramen för sin kompetens. Tandsköterskan har ofta en stödjande och assisterande funktion, men vissa tandsköterskor ger också behandling. Dessutom arbetar tandtekniker i tandvården, till exempel med att framställa individuellt utformade kronor, broar och avtagbara proteser.

Mer tandvårdspersonal väntas behövas framöver. Det beror bland annat på stora pensionsavgångar och på att andelen äldre som har kvar sina tänder ökar i befolkningen, vilket också ökar tandvårdsbehovet. Det kommer att behövas fler tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Redan nu har de flesta regioner rapporterat brist på tandläkare och tandhygienister, och dessutom råder brist på specialistutbildade tandläkare [27].

Den digitala utvecklingen kommer troligen att påverka kompetensförsörjningen i tandvården, och till exempel förbättra tillgängligheten till specialistkonsultationer i regioner med stora avstånd mellan kliniker. Flera regioner undersöker också möjligheten att introducera nya yrkesgrupper i tandvården, till exempel dietister, hälsovetare och psykologer.

➔ **Läs mer i** Socialstyrelsens nationella planeringsstöd från 2022 [27].

Många kunskapsluckor

Det finns kunskapsluckor inom flertalet områden i tandvården, visar arbetet med dessa nationella riktlinjer. Därför vet man många gånger inte tillräckligt mycket om effekten av olika åtgärder. Det behövs mer forskning, och en förutsättning för det är bättre finansieringsmöjligheter.

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet *Om de nationella riktlinjerna* ger vi exempel på vägledningsbehov i tandvården där vi inte kunnat ge rekommendationer på grund av kunskapsbrist. Se avsnittet *Större revidering 2021*.
- SBU har sammanställt vetenskapliga kunskapsluckor inom många områden för att visa var det behövs ny forskning. Se databasen på webbsidan sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor.
- SBU har också kartlagt systematiska översikter som gäller tandvård [28].

Stärkt samverkan med annan hälso- och sjukvård

Tandvården och den övriga hälso- och sjukvården behöver samverka² systematiskt, till exempel kring barn generellt, placerade barn, personer med kroniska sjukdomar, äldre och personer som behöver särskilt stöd (på grund av skörhet, funktionsnedsättningar med mera). Detta är även viktigt för att avlasta närstående, som annars behöver ta ett stort ansvar [29]. En väl fungerande samverkan bidrar till att förebyggande insatser når rätt målgrupp, och till att patienternas vård blir säkrare och effektivare. Även Världshälsoorganisationen (WHO) uppmanar till sådan samverkan, och till att fokusera mer på förebyggande insatser [30] (se också kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*).

Samverkan kräver att tandvården inkluderas i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete för bättre samordning. På nationell nivå ingår tandvård och munhälsa numera i flera av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, men det behövs mer samordning på flera nivåer.

Samordningen behöver vara förankrad i organisationerna och inte vara personberoende. Dessutom behöver läkar- och sjuksköterskeutbildningarna tydligare belysa kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa [31].

Samtidigt finns goda förutsättningar att stärka samverkan, eftersom regionerna är huvudman för både Folktandvården och den övriga hälso- och sjukvården. En sådan stärkt samverkan behövs enligt utredningen *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34). Utredningen har en helhetssyn på hälsa, där munhälsa ingår, och föreslår även en stärkt samverkan med socialtjänsten.

Samverkan skulle också kunna underlättas av att vårdgivare i tandvården och annan hälso- och sjukvård kan dela uppgifter med varandra genom sammanhållen journalföring, enligt patientdatalagen (2008:355). Sammanhållen journalföring försvåras dock av skilda journalsystem och behörighetsfrågor. Ett steg på vägen är utvecklingen av Nationella läkemedelslistan, där tandvården, den övriga hälso- och sjukvården, apoteken och patienterna alla ska kunna överblicka patienternas läkemedel [31].

Vidare finns tydliga krav på samverkan i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Vårdgivaren ska till exempel identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Processerna och rutinerna ska även säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare.

➔ Läs mer i

- Socialstyrelsens kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården [31]
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [32].

² Socialstyrelsens definition av samverkan: "övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte". Samverkan kan ske inom och mellan till exempel enheter, myndigheter och samhällsaktörer och till exempel gälla aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.

Så organiseras tandvården i Sverige

Tandvårdens organisation har vissa likheter med den övriga hälso- och sjukvården, men det finns också stora skillnader. Tandvård bedrivs till exempel på relativt små mottagningar och kliniker, till skillnad från mycket annan hälso- och sjukvård.

Ytterst utgår tandvårdens organisation från de lagar som styr, framför allt tandvårdslagen (1985:125), men även till exempel patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller däremot inte tandvården, även om tandvård definitionsmässigt är en typ av hälso- och sjukvård.

Offentlig och privat tandvård

Tandvården bedrivs i både offentlig och privat regi. Ungefär lika många tandläkare och tandhygienister arbetar privat som offentligt, men fördelningen skiljer sig mellan regionerna.

Regionerna har ett övergripande ansvar för planeringen av tandvården, även den privata. Enligt tandvårdslagen ska regionerna bland annat

- planera tandvården utifrån befolkningens behov
- se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser
- se till att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård (8 §).

Genom den offentliga Folktandvården ansvarar regionerna också för tandvården för barn och ungdomar samt specialisttandvården, där det finns nio olika specialiteter. Barntandvård utförs dock även av privata vårdgivare, och regionerna kan avtala med privata vårdgivare om att utföra viss specialisttandvård. Generellt utför Folktandvården ändå den största delen av barn- och ungdomstandvården samt specialisttandvården. Något mer än hälften av vuxentandvården är däremot privat.

Patienterna betalar den största delen

En skillnad mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården är finansieringen:

- **Patienter från 24 år** betalar den största delen av sin tandvård själva (57 procent 2018).
- **Staten** finansierar en del av vuxentandvården, genom
 - ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
 - ett högkostnadsskydd
 - ett särskilt tandvårdsbidrag (STB).
- **Regionerna** finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov.

Totalt kostade tandvården i Sverige cirka 30 miljarder kronor 2019 (inklusive patienternas kostnader) [33]. Det var knappt 8 procent av kostnaden för hela hälso- och sjukvården.

Barn och ungdomar får alltså avgiftsfri tandvård till och med det år de fyller 23 år. Men vuxna får själva betala den största delen av sin tandvård,

från och med året de fyller 24. Det kan påverka vilken behandling de väljer: En person kanske föredrar en annan behandling än den som tandvården föreslår eller som rekommenderas i nationella riktlinjer, om det blir billigare.

Vuxna från 24 år har dock rätt till statens allmänna tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd. Tandvården har fri prissättning, men för att beräkna ersättning från högkostnadsskyddet används en referensprislista för alla tandvårdsåtgärder, som bestäms av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Vidare har staten ett särskilt tandvårdsbidrag för personer med en sjukdom eller funktionsnedsättning som innebär en risk för försämrad munhälsa. Samtidigt finns tandvårdsstöd från regionerna, bland annat för personer med långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar och för personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

➔ **Läs mer:**

- Socialstyrelsens meddelandeblad om tandvårdsstöden från 2016 [34] beskriver hur regionerna kan tillämpa bestämmelserna, enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.
- På [1177.se](https://www.1177.se) och Försäkringskassans webbplats finns information till patienter om tandvårdsstöden [35]. Även TLV har en översikt av hur ersättningssystemet fungerar [36].

Rekommendationer del 1:

Främja hälsa och förebygga sjukdomar





I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer om att främja hälsa och förebygga sjukdomar. Det är rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för dig som beslutar om utbud och resurser i tandvården. De kan också vara användbara för dig som möter patienter.

Vi ger rekommendationer om både barn (under 18 år) och vuxna (från 18 år). Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

- [Främja munhälsan hos alla som besöker tandvården](#)
- [Främja barns munhälsa](#)
- [Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor](#)
- [Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla](#)
- [Främja munhälsan hos vuxna med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras](#)
- [Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd.](#)

Vi beskriver också hur rekommendationerna kommer att påverka tandvården ekonomiskt och organisatoriskt, och hur vi följer upp tandvården med hjälp av indikatorer och målnivåer.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

	Textdel	Innehåll
	Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av de hälсотillstånd och åtgärder som rekommendationerna gäller
	Rekommendationer till tandvården	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i>)
	Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
	Så påverkas tandvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
	Så utvärderar vi tandvården	Beskrivning av de indikatorer och målnivåer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

→ Läs mer:

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av alla 381 rekommendationer – även de som inte är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna och målnivåerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag* och *Metodbeskrivning* samt rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/tandvard, där du också kan söka bland alla rekommendationer i ett webbgränssnitt.

Huvudbudskap: Satsa mer på förebyggande insatser i samverkan

Tandvården möter de flesta barn och vuxna regelbundet. Därför finns unika förutsättningar att både stärka goda munhälsosvanor och upptäcka och förändra ohälsosamma levnadsvanor. Detta för att förebygga munsjukdomar och därmed ohälsa generellt. Tandvårdspersonal bör till exempel uppmärksamma och stödja patienter med ohälsosamma matvanor och tobaksbruk, och ge stöd kring munhygien vanor.

För att det hälsofrämjande arbetet ska fungera väl i hela landet behöver vårdgivarna se till att personalen får utbildning och kompetens i samtalsbaserade metoder som motiverar och stödjer patienter att ändra ohälsosamma levnadsvanor – så att personalen till exempel kan arbeta med kvalificerat rådgivande samtal. Särskilt behövs satsningar på stöd för att förebygga karies till patienter med för högt sockerintag.

Tandvården behöver också samverka mer med andra aktörer i det förebyggande arbetet, bland annat skolan, barnhälsovården och den övriga hälso- och sjukvården. Samverkan kring barn är särskilt viktig i områden där invånarna generellt har högre risk för dålig munhälsa.

Främja munhälsan hos alla som besöker tandvården

Det är väl känt att hälsofrämjande insatser kan förbättra människors munhälsa och förebygga munsjukdomar. En stor del av detta handlar om egenvård: att ta hand om sin egen munhälsa. Alla som besöker tandvården bör därför få hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling, för att kunna ta ansvar för sin munhälsa på bästa sätt.

För dem som har god munhälsa räcker en kort återkoppling på några minuter, till exempel som en del av en undersökning. Tandläkaren eller tandhygienisten bekräftar då att patienten har goda vanor som hen bör fortsätta med, både kring mat och munhygien. Patienten kan till exempel få korta bekräftande råd om hälsosamma matvanor, som att fortsätta undvika ett frekvent och högt sockerintag. Patienter med ohälsosamma levnadsvanor kan

däremot behöva mer återkoppling (se avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor*).

Grunden för den personliga munvården är att borsta tänderna två gånger per dag med fluoridtandkräm. Fluorid minskar risken för att syror från munbakterier ger kariesskador på tänderna. Alla som besöker tandvården bör därför uppmuntras till denna vana. Även rengöring mellan tänderna är viktigt för munhygien, framför allt för patienter med sjukdomar eller risk för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat (se avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor* och kapitlet *Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera*, avsnittet *Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat*).

Rekommendationer till tandvården – främja munhälsan hos alla som besöker tandvården

Id	Främja munhälsan hos personer som ...	genom att ...	Prioritet
A1.1	besöker tandvården med god munhälsa	erbjuda kort hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling i samband med undersökning.	3
B2.3, B2.4, B11.3, B11.4	besöker tandvården	uppmuntra till att borsta tänderna 2 gånger per dag med tandkräm som innehåller natriumfluorid, natrium-monofluorofosfat eller aminfluorid med 1 000–1 500 ppm fluorid.*	3

*För barn från 6 månader till 6 år rekommenderas 1 000 ppm fluorid.

Så har vi prioriterat



Kort hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling till patienter med god munhälsa uppmuntrar till fortsatt goda vanor. Patienten får därmed bättre möjligheter att behålla en god munhälsa och kan behöva mindre tandvård på sikt. Detta förebygger sjukdomar med en stor svårighetsgrad, som karies och parodontit. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan, och återkopplingen är högt prioriterad.

Oavsett nuvarande munhälsovanor bör alla som besöker tandvården också uppmuntras att borsta tänderna med fluoridtandkräm två gånger per dag. Tandborstningen förebygger till exempel karies, och uppmuntran till detta kan därmed förbättra munhälsan.

Så påverkas tandvården



Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling i samband med en undersökning tar oftast bara några minuter, och bör redan i dag ingå i undersökningarna. Återkopplingen bör bli mer individbaserad och systematisk, vilket totalt innebär en viss ökad tidsåtgång och därmed en viss kostnadsökning. Tandvården kan därmed behöva omfördela vissa resurser. På längre sikt sparar tandvården däremot troligen resurser, eftersom återkopplingen främjar munhälsan.

Det hälsofrämjande arbetet skiljer sig dock mycket mellan regionerna. Rekommendationerna kommer därför att påverka tandvården på olika sätt i olika regioner.

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator som är relevant för att följa upp området främja munhälsan hos alla som besöker tandvården. Med den mäter vi



- andelen barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information för att själva kunna förebygga munsjukdomar (indikator O19).

Vi följer också munhälsan i befolkningen med andra övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för tandvård*.

Främja barns munhälsa

Karies är en av de vanligaste sjukdomarna hos barn, och har allvarliga konsekvenser. Förutom smärta kan barnet få svårt att tala och tugga, och även psykosociala funktioner kan påverkas. Ibland förlorar barnet också mjölkttänder tidigt på grund av karies, vilket kan påverka bettutvecklingen och öka risken för karies i de permanenta tänderna eller tandvårdsrädsla.

Karies går att förebygga till mycket stor del, med hälsosamma vanor kring mat och munhygien. Därför är det viktigt att stödja hälsosamma vanor hos barn och deras familjer. Både tandvården, barnhälsovården och skolan är viktiga aktörer i detta arbete, och de behöver samverka systematiskt.

Barnhälsovården når i stort sett alla små barn i Sverige med sitt arbete för att främja hälsa, förebygga sjukdomar och utjämna skillnader i hälsa – samma mål som även tandvården arbetar mot. När tandvården samverkar med barnhälsovården kan råd om hälsosamma matvanor och daglig tandborstning med fluoridtandkräm få större genomslag.

Även skolan når i princip alla barn. I samverkan med skolan kan tandvården sprida kunskap via munhälsolektioner, och förklara att barnen kan påverka både sin nuvarande och sin framtida munhälsa. Detta bidrar till att utjämna hälsoskillnader i befolkningen.

Samverkan med barnhälsovården och skolan behövs särskilt i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa, och där barnen oftare har karies än i andra områden. Sådana områden är oftast socioekonomiskt utsatta – en stor del av invånarna har låg inkomst och kort utbildning. Barn och ungdomar i områdena bör dessutom erbjudas regelbunden fluoridsköljning i skolan, som en extra förebyggande åtgärd mot karies.

Tandvården behöver också samordna sina insatser med annan hälso- och sjukvård.

Rekommendationer till tandvården – främja barns munhälsa

Id	Främja munhälsan hos barn som ...	genom att samverka med ...	Prioritet
110	<ul style="list-style-type: none"> är 0–6 år bor i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa 	barnhälsovården om levnadsvanor.	3
79	<ul style="list-style-type: none"> behöver särskilt stöd får vård som behöver samordnas med tandvården 	övriga aktörer i vårdkedjan kring barnet.	3
31	<ul style="list-style-type: none"> är 6–15 år bor i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa 	skolan om att erbjuda regelbunden fluoridsköljning, i skolan.	4
111	är 0–6 år	barnhälsovården om levnadsvanor.	5
33	är 6–15 år	skolan om att utbilda barnen i munhälsa.	5
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> barn som ...	genom att utföra ...	Prioritet
42	nyss har börjat få permanenta molarer (kindtänder), som är kariesfria	fissurförsegling av ocklusalytan (en utfyllning av tuggytan), för att förebygga karies.	9

➔ **Läs mer:** Även i avsnitten *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor* och *Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla* finns rekommendationer om hälsofrämjande åtgärder för barn.

Så har vi prioriterat



Rekommendationerna som gäller barn i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa har högre prioritet än rekommendationerna som gäller alla barn, på grund av den högre risken för karies. Karies är en sjukdom med en stor svårighetsgrad, som går att förebygga effektivt.

Samverkan mellan tandvården och barnhälsovården eller skolan bedöms öka barnens möjligheter att leva på ett sätt som främjar god munhälsa och allmän hälsa genom livet. Fluoridsköljning i skolan i områden med hög risk för dålig munhälsa minskar dessutom antalet kariesangrepp. Kostnaderna bedöms vara låga till måttliga i förhållande till nyttan. Hög prioritet har också samverkan i vårdkedjan kring barn som behöver särskilt stöd och får vård som behöver samordnas med tandvården. Denna samverkan bedöms ge stor patientnytta.

Låg prioritet har däremot att rutinmässigt utföra fissurförsegling på alla barn som nyss har börjat få permanenta kindtänder. Fissurförsegling kan dock utföras efter en individuell riskbedömning. Det kan till exempel vara ett bra alternativ för barn med hög risk för karies som inte besöker tandvården regelbundet av någon anledning. Rekommendationen bygger på en jämförelse med fluoridlack, som generellt bedöms ge samma effekt till en lägre kostnad. Även fluoridlack bör dock erbjudas först efter en individuell riskbedömning.

Så påverkas tandvården

Samverkan med barnhälsovården och skolan kan kräva nya arbetssätt som kan ta tid att utveckla. Flera av de samarbeten som finns i dag behöver till exempel bli mer systematiska och mindre personberoende. Detta kan öka tandvårdens kostnader på kort sikt. Åtgärderna har dock stor potential att främja hälsosamma levnadsvanor tidigt i livet, vilket kan förbättra munhälsan och spara resurser på lång sikt.

Att nå barn i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa kräver ofta mer resurser än att nå barn i områden med lägre risk. Därför behövs riktade satsningar i områden med hög risk, vilket ökar tandvårdens kostnader på kort sikt. Samtidigt är insatserna mer kostnads-effektiva i dessa områden. Många regioner har dessutom redan väl utvecklade samarbeten med till exempel familjecentraler i områdena (barnavårdscentralen, mödravården, öppna förskolan och socialtjänsten). För dessa regioner tillkommer inga nya kostnader.

Den låga prioriteten för generella fissurförseglingar av ocklusalytan bedöms inte påverka tandvårdens kostnader och organisation i särskilt hög grad, eftersom detta endast utförs i några regioner. De regioner som gör fissurförseglingar på alla barn oavsett risk bör dock hellre använda resurserna till åtgärder som gör mer nytta.

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram fyra indikatorer som är relevanta för att följa upp området främja barns munhälsa. Med dem mäter vi

- andelen tandvårdskliniker som samverkar systematiskt med barnhälsovården, samt andelen regioner som arbetar systematiskt med samverkan mellan barntandvården och barnhälsovården för barn i områden med hög risk för dålig munhälsa (indikator T3)
- andelen tandvårdskliniker, kommuner och hälso- och sjukvårds-verksamheter som uppger att de arbetar med samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan (indikator T6)
- andelen barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information för att själva kunna förebygga munsjukdomar (indikator O19)
- hur individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs (indikator O28).

Vi följer också munhälsan i befolkningen med andra övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för tandvård*.

Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor

Munhälsan kan försämrats av ohälsosamma levnadsvanor, som är vanliga i befolkningen [37]. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män i Sverige har minst en ohälsosam levnadsvana. Ohälsosamma matvanor och



tobaksbruk ökar risken för både sjukdomar i munnen och många andra stora folksjukdomar, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, cancer och diabetes typ 2. Exempel på matvanor som påverkar tänderna är högt intag av socker och sura produkter som läsk och juice. Det ökar risken för karies och andra tandskador (erosioner). Även otillräcklig munhygien räknas som en ohälsosam levnadsvana, och kan bidra till både karies och parodontit.

Flera sjukdomar i munnen och andra sjukdomar har alltså gemensamma riskfaktorer. Tandvården och den övriga hälso- och sjukvården behöver därför samverka för att fånga upp personer med till exempel ohälsosamma matvanor och tobaksbruk, och stödja dem att ändra vanorna. Tandvården är en av få aktörer som regelbundet träffar de flesta barn och vuxna, ofta innan de behöver söka tandvård eller annan vård för ett hälsoproblem. Tandvården kan då tidigt identifiera ohälsosamma levnadsvanor som påverkar munhälsan, och som därmed även påverkar den allmänna hälsan. Dessutom finns personal i tandvården med kompetens att arbeta med hälsorelaterade beteendeförändringar, framför allt tandhygienister. Därför ger Socialstyrelsen här rekommendationer som även ingår i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [37].

Det är dock inte självklart vem som ska erbjuda insatserna. Du som planerar tandvård kan i samråd med beslutsfattare i annan hälso- och sjukvård ta ställning till vem som är bäst lämpad i er region, och som tandvården kan remittera till vid behov – till exempel en dietist, rökavvänjare eller hälsocoach.

Det handlar framför allt om att erbjuda samtalsstöd för att patienterna själva ska vilja och kunna ändra ohälsosamma levnadsvanor som påverkar munhälsan (se rutan *Stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor: rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal*). Sådant stöd kan vara särskilt motiverat inför planerade operationer i munnen.

Barn styr mindre över till exempel matvanor än vuxna, och kan därför få hjälp av ett familjestödsprogram med fokus på hela familjen. Tandvården och barnhälsovården kan erbjuda programmet i samverkan (se avsnittet *Främja barns munhälsa*). Vanligen ingår samtal, information och praktiska övningar, till exempel med fokus på att minska sockerintaget. Insatsen är oftast strukturerad och teoribaserad.

Rekommendationer till tandvården – främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor

Id	Främja munhälsan hos barn som ...	genom att erbjuda ...	Prioritet
10	använder tobak	kvalificerat rådgivande samtal.	3*
6, 8	är 2–12 år och har någon av vanorna: • ohälsosamma matvanor • otillräcklig fysisk aktivitet**	familjestödsprogram.	5*

Id	Främja munhälsan hos vuxna som ...	genom att erbjuda ...	Prioritet
99	ska opereras i munnen och röker	följande insatser i kombination: <ul style="list-style-type: none"> • kvalificerat rådgivande samtal • nikotinläkemedel. 	1*
5, 9	har någon av vanorna: <ul style="list-style-type: none"> • ohälsosamma matvanor • daglig rökning 	kvalificerat rådgivande samtal.	2*
100	ska opereras i munnen och har ett riskbruk av alkohol	rådgivande samtal.	3*
3	har otillräcklig munhygien, som riskerar att leda till en sjukdom i	kvalificerat rådgivande samtal.	5
4	vävnader kring tänder eller tandimplantat	rådgivande samtal.	6
101	snusar dagligen	rådgivande samtal.	6*
7	har ohälsosamma matvanor		7*

*Hämtat från *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Läs mer under *Så har vi prioriterat* nedan.

**Fysisk aktivitet ingår eftersom rekommendationen är hämtad från *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, men i tandvården fokuserar personalen på delen om ohälsosamma matvanor, för att främja munhälsan. I *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* finns även en rekommendation om familjestödsprogram för barn som är 13–18 år.

Stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor: rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal

Rådgivande samtal och *kvalificerat rådgivande samtal* ger patienter stöd för att själva vilja och kunna ändra ohälsosamma levnadsvanor, som påverkar munhälsan. Båda insatserna innebär att tandvårdspersonal eller annan hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten, anpassad till ålder, hälsa, risk för ohälsa med mera. Patienten är mycket delaktig i processen mot ett nytt beteende. Samtalen kan inkludera motiverande strategier, och kan kompletteras med olika verktyg och hjälpmedel. Även information och råd om egenvård ingår.

Ett rådgivande samtal tar vanligtvis 5–15 minuter, medan ett kvalificerat rådgivande samtal ofta tar längre tid och alltid följs upp. Kvalificerat rådgivande samtal är dessutom alltid en teoribaserad och strukturerad insats, till skillnad från enbart rådgivande samtal. Det betyder att insatsen bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför den fungerar, och innehåller vissa fördefinierade komponenter.* Insatsen kräver fördjupad ämneskunskap och utbildning i den teori och metod som samtalet bygger på.

*Socialstyrelsen har dock inte tagit ställning till specifika teorier om beteendeförändringar, eftersom det inte finns tillräckligt med underlag för att dra slutsatser om vilken teori som ger bäst effekt. Ofta inkluderar dessutom ett kvalificerat rådgivande samtal komponenter från flera olika teorier. Se exempel i webbilagan *Kunskapsunderlag*.

→ **Läs mer:**

- I [bilaga 3](#) kommenterar vi terminologin kring insatserna för att ändra ohälsosamma levnadsvanor, som är uppdaterad sedan 2011. Kvalificerat rådgivande samtal kallades till exempel beteendemedicinsk prevention och behandling i riktlinjerna 2011.
- I avsnittet *Främja munhälsan hos vuxna med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras* finns mer specifika rekommendationer om att förebygga karies.
- I kapitlet *Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera* finns rekommendationer om samtalsstöd för personer som redan har utvecklat en sjukdom i vävnader kring tänder eller tandimplantat (parodontit eller periimplantit). Se avsnittet *Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat*.
- I *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [37] finns fler rekommendationer på området, bland annat om ohälsosamma levnadsvanor i kombination med andra risker för dålig hälsa.

Så har vi prioriterat



Kvalificerat rådgivande samtal har effekt på rökstopp hos unga under 18 år, och har därför hög prioritet. Familjestödsprogram bedöms vidare ha en liten till måttlig effekt på ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet hos barn, och rekommenderas med prioritet 5.

För vuxna har kvalificerat rådgivande samtal generellt större effekt på ohälsosamma matvanor och tobaksbruk än rådgivande samtal. Särskilt inför en operation i munnen är kvalificerat rådgivande samtal för rökavvänjning högt prioriterat. För patienter som ska opereras i munnen och har ett riskbruk av alkohol har rådgivande samtal däremot en liknande effekt som kvalificerat rådgivande samtal, till en lägre kostnad. Ett stort antal komplikationer kan förebyggas om patienten avstår från både rökning och riskbruk av alkohol 4–8 veckor före operationen. Även efter operationen är det viktigt att inte röka eller dricka alkohol.

De lägre prioriterade insatserna har ett osäkrare vetenskapligt stöd, eller gäller hälsotillstånd med en lägre svårighetsgrad. För patienter med otillräcklig munhygien är till exempel stöd för att förbättra munhygien avgörande för den framtida munhälsan, men det är inte säkerställt vilka specifika former av samtalsstöd som har störst effekt. Osäkerheten beror bland annat på att studierna av rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal i Socialstyrelsens kunskapsunderlag är utförda på specialistkliniker, där varken kompetensen eller patienterna är representativa för hela tandvården. Dessutom varierade samtalens innehåll. På grund av osäkerheten har dessa samtalsstöd inte högsta möjliga prioritet för patienter med otillräcklig munhygien. Kvalificerat rådgivande samtal har dock en något större effekt än rådgivande samtal för patientgruppen.

Rekommendationerna på detta område är hämtade från *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [37], med undantag för rekommendationerna med id-nummer 3–4. Därför finns vissa skillnader i prioriteringen jämfört med resten av tandvårdsriktlinjerna:

Hälsotillståndens svårighetsgrad har inte medfört en gräns för högsta möjliga prioritet på samma sätt som för övriga rekommendationer. Till exempel har kvalificerat rådgivande samtal för patienter med vissa ohälsosamma levnadsvanor prioritet 2, trots att hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad och inte en mycket stor. I resten av dessa riktlinjer är 3 högsta möjliga prioritet i sådana fall.

Så påverkas tandvården

Rekommendationerna om rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal innebär ett ökat behov av kompetens för sådant stöd till beteendeförändringar. Personalen behöver ha god ämneskunskap och utbildning i den teori och metod som används. Denna kompetens kan behöva utvecklas hos både tandläkare och tandhygienister, om ni planerar att erbjuda stödet i tandvården i er region. Det kan också krävas extra resurser för att erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till de prioriterade grupperna: unga under 18 år som använder tobak, vuxna som röker och ska opereras, vuxna som röker dagligen samt vuxna med ohälsosamma matvanor. Alternativt kan ni samverka kring dessa insatser med andra aktörer i hälso- och sjukvården. Patienterna kan också själva kontakta till exempel den nationella Sluta röka-linjen eller Alkohollinjen, som huvudsakligen finansieras av staten.

Patienternas kostnader blir ofta högre om insatserna utförs i tandvården än i den övriga hälso- och sjukvården. I vissa regioner har tandvården dock samma patientavgift för denna typ av insatser som den övriga hälso- och sjukvården, till exempel i Region Östergötland [38].

Den ökade kostnaden för satsningarna i tandvården kompenseras troligen av besparingar på lång sikt, till exempel för patienter som röker och ska opereras i munnen, eftersom rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal minskar risken för komplikationer och ökar möjligheten att behålla en god munhälsa.

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer som är relevanta för att följa upp området främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor. Med dem mäter vi

- andelen vuxna med ohälsosamma matvanor som får åtgärden kvalificerat rådgivande samtal (indikator T1)
- andelen vuxna som röker och har fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal om rökstopp före en operation i munnen (indikator T2).

Vi har också tagit fram övergripande indikatorer för att följa upp bland annat rådgivning vid munsjukdomar eller besvär, och resultatmått för tandhälsa i befolkningen.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för tandvård*.



Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla

Ungefär 20 procent av befolkningen känner rädsla eller oro inför tandvård. Hos cirka 5 procent är tandvårdsrädslan svår. Svår tandvårdsrädsla innebär höga värden i så kallade psykometriska tester, exempelvis Modified dental anxiety scale (MDAS).³

Tandvårdsrädsla kan få både psykologiska och sociala konsekvenser, och försämra munhälsan. Det är vanligt att undvika regelbundna tandvårdsbesök, och i stället behöva besöka tandvården för akuta smärtproblem. En del börjar också undvika att sköta sin munhygien regelbundet.

Barn med någon form av tandvårdsrädsla bör få inskolning i tandvården steg för steg. Med metoden tell-show-do (berätta-visa-pröva) minskar osäkerheten i tandvårdsmiljön. Tandvårdspersonalen förklarar för barnet vad som kommer att hända, med enkel terminologi och repetition. Sedan utförs proceduren i munnen exakt som den har beskrivits, och avslutas med positiv förstärkning. Det är viktigt att förebygga svårare tandvårdsrädsla, och att alla får ett åldersanpassat bemötande i tandvården med tid för förberedelser, paus och samtal efter undersökningen eller behandlingen.

Tandvårdsrädsla hos lite äldre barn och hos vuxna behandlas ofta med kognitiv beteendeterapi (KBT). Det har framför allt visad effekt på svår tandvårdsrädsla, men kan förmodligen även användas vid lindrigare former. För barn är KBT ofta lämpligt från skolåldern – det beror på barnets mognad. Under behandlingen utsätts patienten gradvis för olika situationer i tandvården (exponering). Syftet är att ersätta de tankar, känslor och beteenden som antas skapa de psykologiska problemen med mer funktionella reaktioner. Behandlingen är strukturerad och tidsbegränsad, och patienten och behandlaren arbetar aktivt mot ett mål.

Rekommendationer till tandvården – främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla

Id	Främja munhälsan hos personer som ...	genom att ...	Prioritet
70	<ul style="list-style-type: none">• är barn• har tandvårdsrädsla, eller inte är mogna för behandling	skola in barnet i tandvården enligt metoden tell-show-do (berätta-visa-pröva).	3
12	<ul style="list-style-type: none">• är över 6 år• har svår tandvårdsrädsla	erbjuder KBT med exponering.	3

➔ **Läs mer:** I kapitlet *Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera* finns en rekommendation vid tandvårdsrädsla hos barn som behöver mer omfattande behandlingar i tandvården. Se avsnittet *Särskilda tandvårdsbehov hos barn*.

³ Svår tandvårdsrädsla motsvarar ofta diagnosen specifik fobi, som ställs i hälso- och sjukvården med hjälp av specifika kriterier i klassifikationen ICD-10. Svår tandvårdsrädsla kan också ingå i paniksyndrom eller posttraumatiskt stressyndrom.

Så har vi prioriterat

Många barn har svårt att gå igenom en undersökning eller behandling i tandvården. Metoden tell-show-do ökar möjligheten att undersöka och behandla barnen, vilket är viktigt för att undvika allvarliga sjukdomar i munnen. Metoden har därför högsta möjliga prioritet utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, som bedöms vara stor.

Lika hög prioritet har KBT med exponering för barn och vuxna med svår tandvårdsrädsla. Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och behandlingen är effektiv. Kostnaden bedöms dock vara måttlig i förhållande till nyttan, vilket har påverkat prioriteten.

Så påverkas tandvården

Tandvårdspersonal kan själva skola in barn enligt metoden tell-show-do. Därmed kräver denna metod inga stora resurser jämfört med att möta barnen utan den specifika metoden. I stället kan tandvården spara pengar på längre sikt när metoden ger effekt.

Däremot behövs ökade resurser för att erbjuda KBT med exponering för lite äldre barn och vuxna, eftersom tandvårdspersonalen då bör samarbeta med någon som har utbildning i KBT – eller själva utbilda sig i metoden. På lång sikt väntas behandlingen dock minska patienternas tandvårdsrädsla och förbättra munhälsan, så att kostnaderna minskar.

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator som är relevant för att följa upp området främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla. Med den mäter vi

- andelen tandvårdskliniker som arbetar systematiskt med inskolning i tandvården med metoden tell-show-do för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad (indikator T13) – målet är 100 procent.

Vi följer också munhälsan i befolkningen med flera övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Främja munhälsan hos vuxna med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras

De flesta får karies någon gång i livet, men risken varierar från person till person. I tandvårdens uppdrag ingår både att ge stöd för att förhindra sjukdomen karies och att bromsa kariesskador som redan har uppstått, innan de är så stora att de behöver repareras. Grundläggande är då att identifiera patienternas risker för karies, och att bedöma sjukdomsaktiviteten.

Risken för karies ökar framför allt av ett frekvent och högt intag av socker: ju större sockerintag, desto högre risk [39]. Sockret omvandlas till syror av



bakterier i munnen, som med tiden ger kariesangrepp. Patienter som får i sig mycket socker ofta kan därför behöva stöd för att minska konsumtionen. Risken för karies ökar också vid till exempel dålig munhygien och muntorrhet.

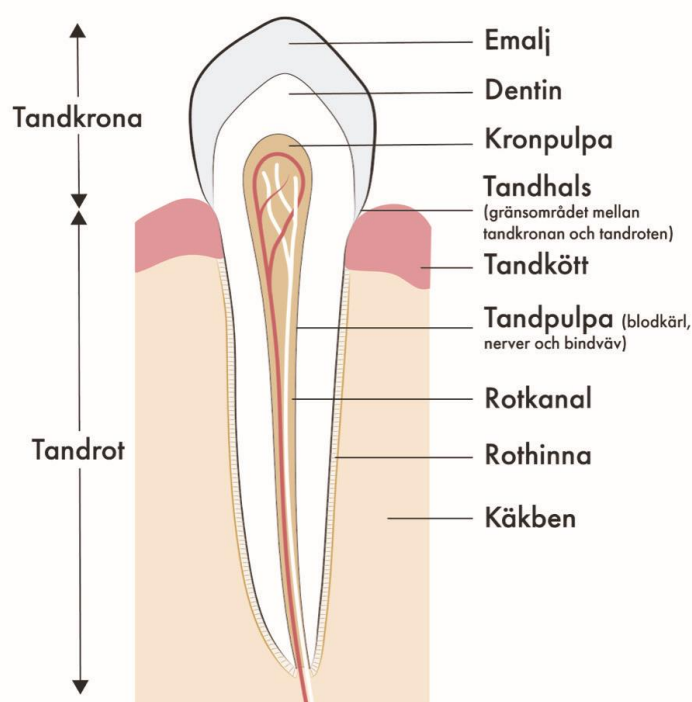
En tidig kariesskada visar sig på emaljen, tuggytorna och sidorna av tanden (kronkaries), men även tandens rot kan drabbas om den blottas (rotkaries) (se figur 1). Risken för rotkaries är förhöjd hos äldre personer, som ofta har fler blottade tandhalsar.

Fluorid har länge använts för att förebygga karies – det gör tänderna mer motståndskraftiga mot kariesangrepp. Framför allt bör alla borsta tänderna två gånger om dagen med fluoridtandkräm. Patienter med ökad risk för karies kan erbjudas extra fluorid, till exempel i form av lösning, gel, lackning eller tandkräm med hög fluoridhalt.

Om patienten har en tidig kariesskada på kontaktytorna mellan tänderna, kan det också vara aktuellt att försegla tandytan med ett tunt plastmaterial, så kallat resinbaserat material. Materialet fyller ut porositeter i tandemaljen, och stoppar kariesutvecklingen.

Figur 1. Tand i genomskärning

Kronan är den synliga delen av tanden. Den är täckt av emalj. Under emaljen finns dentinet, och längst in tandpulpan med blodkärl och nerver.



Rekommendationer till tandvården
– främja munhälsan hos vuxna* med ökad risk för karies och tidig karies
som riskerar att förvärras

Id	Främja munhälsan hos vuxna med ...	genom att erbjuda ...	Prioritet
B1.1, B5.1, B10.1, B14.1	följande i kombination: <ul style="list-style-type: none"> ökad risk för karies eller tidig karies som riskerar att förvärras ett högt sockerintag 	stöd för att minska sockerintaget (frekvens och mängd).	3
B12.3, B12.4, B12.1, B12.11	ökad risk för rotkaries	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena tandkräm med 5 000 ppm NaF fluoridlackning minst 2 gånger per år. 	3
B3.10	ökad risk för kronkaries	fluoridlackning minst 2 gånger per år.	3
B3.2, B3.3		något av följande: <ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena. 	4
B15.5, B15.6, B15.4, B15.12	tidig rotkaries som riskerar att förvärras	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena tandkräm med 5 000 ppm NaF fluoridlackning minst 4 gånger per år. 	4
B6.11, B6.5	tidig kronkaries som riskerar att förvärras	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> fluoridlackning minst 4 gånger per år fluoridgel i skena. 	4
B6.4		0,2-procentig NaF-lösning.	5
B9.1	tidig kronkaries på kontakt- ytor mellan permanenta tänder (utan kavitet), som riskerar att förvärras	försegling av tandytan med resinbaserade material (resin- infiltration), som tillägg till daglig tandborstning.	6

*Dessa rekommendationer utgår från den tidigare versionen av de nationella riktlinjerna från 2011, som enbart gällde vuxna. Vi avser att förstärka barnperspektivet i kommande versioner av riktlinjerna.

➔ **Läs mer:**

- I avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor* finns fler rekommendationer om stöd vid för högt sockerintag.
- I kapitlet *Rekommendationer del 2: Utredda och diagnostisera* finns rekommendationer om att bedöma risken för sjukdomar i munnen och registrera tandskador (erosion) systematiskt. Se avsnittet *Systematiska arbetssätt*.

Så har vi prioriterat

Kariesförebyggande åtgärder minskar risken för tandskador, så att behovet av att laga tänder i framtiden minskar. Åtgärderna kan även förhindra att redan pågående kariesangrepp sprider sig genom emaljen. För patienter med ett högt sockerintag är det viktigast att minska sockerintaget. Vidare har daglig



sköljning med 0,2-procentig natriumfluoridlösning, fluoridgel och fluoridlackning måttlig till stor kariesförebyggande effekt, som tillägg till tandborstning.

Rekommendationerna gäller hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad och risk för sådana hälsotillstånd, och 3 är då högsta möjliga prioritet. Fluorid har något bättre effekt på rotkaries än kronkaries, och har därför högre prioritet vid rotkaries. Fluorid bedöms också ha något bättre effekt innan en patient fått karies än när patienten redan fått det. Därför har åtgärderna vid ökad risk för karies något högre prioritet än dem vid tidig karies. Patienter med tidig karies har dock i regel även ökad risk för ytterligare karies, och tillhör alltså båda patientgrupperna. Fluorid i form av tandkräm med hög fluoridhalt har framför allt dokumenterad effekt vid rotkaries. För kronkaries är det vetenskapliga underlaget svagare, och därför ger vi enbart rekommendationer om andra fluoridbehandlingar vid kronkaries.

Försegling av tandytan med resinbaserade material, som tillägg till daglig tandborstning, har en lägre prioritet än fluoridbehandlingarna. Försegling av tandytan är mer tekniskt krävande, och kostar mer än fluoridbehandling.

Så påverkas tandvården



Tandvården behöver bli bättre på att erbjuda förebyggande behandling, som samtalsstöd och fluorid, till vuxna med tidig karies eller ökad risk för karies. Endast 18–32 procent av patienterna får sådan behandling i dag, enligt kvalitetsregistret SKaPa. Framför allt behöver tandvården satsa mycket mer på stöd för att minska sockerintaget, som ofta innebär kvalificerat rådgivande samtal.

Om fler behandlas ökar kostnaderna på kort sikt. Det krävs till exempel riktade satsningar för att öka kompetensen om kvalificerat rådgivande samtal, vilket ställer tandvården inför stora utmaningar. På längre sikt minskar dock kostnaderna, tack vare den minskade risken för karies. Även patienternas egna kostnader förväntas minska på sikt, eftersom förebyggande behandling kostar mindre än reparativa åtgärder.

Så utvärderar vi tandvården



Socialstyrelsen har tagit fram sex indikatorer som är relevanta för att följa upp hälsan hos personer med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras. Med dem mäter vi

- andelen barn och vuxna med munsjukdom som får orsaksinriktad behandling (indikator T8)
- andelen barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling (indikator O11)
- andelen vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (indikator O12) – målet är över 85 procent för karies och över 75 procent för parodontit
- självupplevd munhälsa hos barn och vuxna (indikator O14)
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O15) – målet är över 90 procent kariesfria 6-åringar
- förekomst av kariessjukdom hos personer över 24 år (indikator O16).

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd

Tandvården behöver erbjuda olika insatser till vuxna som behöver särskilt stöd på grund av till exempel kognitiv svikt, psykisk ohälsa, skörhet eller andra funktionsnedsättningar och sjukdomar.

Bland annat kan äldre personer på vård- och omsorgsboenden behöva stöd i sin dagliga munvård. Vård- och omsorgspersonalen bör därför få utbildning i att ge sådant stöd.

Många äldre och sjuka patienter förlorar också sin tidigare regelbundna kontakt med tandvården, framför allt när de går från att vara självständiga till att bli mer beroende av stöd (exempelvis vid en begynnande demenssjukdom). Detta kan hota deras hälsa allvarligt, till exempel på grund av infektioner i munnen. Tandvården behöver därför ha rutiner för att upprätthålla tandvårdskontakten med patienter som lämnar återbud eller uteblir från besök, och kalla till basundersökningar tillräckligt ofta (se kapitlet *Rekommendationer del 2: Utredda och diagnostisera*, avsnittet *Intervall för basundersökning (revisionsintervall)*). Dessutom behöver patienter som har svårt att ta sig till en tandvårdsklinik erbjudas tandvård i boendemiljön, till exempel förebyggande åtgärder, enklare lagningar och protesjusteringar.

Vidare behöver en del patienter samordnade insatser från tandvården och annan hälso- och sjukvård. Både tandvårdsbehovet och den dagliga munvården behöver till exempel uppmärksammas när en patient ska gå över från sjukhusvård till kommunal omsorg. Tandvård kan då inkluderas i patientens vårdplan. Denna samordning kräver en god samverkan mellan de olika aktörerna i vårdkedjan.

Vissa munhälsoproblem är också vanligare hos äldre och andra som behöver särskilt stöd, ofta på grund av medicinering. Det gäller till exempel karies, gingivit (inflammation i tandköttet), muntorrhet och tugg- och sväljsvårigheter. Både förebyggande och reparativ behandling är viktigt. En del klarar inte vanlig lagning (fyllningsterapi), och kan behöva alternativa metoder utan borrhjulsinstrument. En sådan metod är atraumatic restorative treatment (ART), där behandlaren tar bort kariesskadan med ett handinstrument som kallas exkavator. Andra patienter med sjukdomar i munnen är så sköra att de inte skulle gagnas av en behandling. Då är det bättre att avvakta med behandling, och i stället följa upp munhälsan regelbundet – så länge patienten bara har lindriga symtom eller inga alls.

En del patienter behöver rehabiliterande tandvård efter förebyggande och reparativ behandling, för att förbättra tuggfunktionen, estetiken och livskvaliteten. Behovet är högst individuellt, och tandvårdspersonalen behöver bedöma det i en respektfull dialog med patienten – vilket också krävs enligt tandvårdslagen. Bedömningen är särskilt komplex för patienter som behöver särskilt stöd. Tandvården bör komma överens om

vårdambitionsnivån med patienten, eller med närstående om patientens autonomi är nedsatt. Rehabiliteringen bör utgå från bästa tillgängliga kunskap samt patientens situation, erfarenheter och önskemål. Vårdambitionen behöver inte vara att förbättra patientens munhälsa – den kan också vara att bevara den befintliga hälsan, eller att acceptera viss sjukdom men fördröja förloppet eller lindra symtomen.

Rekommendationer till tandvården
– främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd

Id	Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd och ...	genom att ...	Prioritet
78	har svårt att själva sköta sin dagliga munvård	erbjuda vård- och omsorgspersonal långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård, kombinerad med praktisk träning och handledning – i samverkan med kommunen.	2
76	har förlorat eller riskerar att förlora en regelbunden tandvårdskontakt	arbeta systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakten vid återbud eller uteblivet besök.	2
79	får vård som behöver samordnas med tandvården	samverka med övriga aktörer i vårdkedjan kring patienten.	3
81	behöver rehabiliterande tandvård	komma överens med patienten eller en närstående om vårdambitionsnivån inför rehabilitering (enligt principerna förbättra, bevara, fördröja, lindra).	3
80	<ul style="list-style-type: none"> har ett diagnostiserat tillstånd eller en sjukdom i munnen (exempelvis rotrester eller parodontit, stadium I-II), men inga eller bara lindriga symtom är sköra och har en total livssituation som medför att de inte gagnas av behandling 	avvakta med behandling (exspektans).	3
77	har förlorat eller riskerar att förlora en regelbunden tandvårdskontakt	ge tandvård i boendemiljön.	4
82	har dålig andedräkt (halitosis)	behandla med zinkpreparat, som tillägg till den dagliga munvården.	4
83	bor på ett vård- och omsorgsboende	ge fluorid i grupp, dagligen, som tillägg till den dagliga munvården.	5
86	<ul style="list-style-type: none"> har karies inte klarar vanlig lagning (fyllningsterapi) 	exkavera (ta bort kariesskadan) med handinstrument: atraumatic restorative treatment (ART).	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna som behöver särskilt stöd och ...	med ...	Prioritet
88	har något av följande: <ul style="list-style-type: none"> karies eller ökad risk för karies gingivit eller risk för gingivit 	klorhexidinpreparat, dagligen.	10

→ Läs mer:

- Socialstyrelsen har en webbutbildning för personal som möter personer som behöver stöd med sin munvård. Se kunskapsguiden.se/aktuellt/webbutbildning-och-vagledning-for-munhalsa.
- Socialstyrelsen publicerade lägesrapporten *Vård och omsorg för äldre 2022* [21].

Så har vi prioriterat

De två högst prioriterade insatserna gäller hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad: Både oförmåga att sköta sin egen munhygien och en förlorad tandvårdskontakt ger en mycket hög risk för allvarliga sjukdomar i munnen. Utbildning av vård- och omsorgspersonal, i samverkan med kommunen, bidrar till bibehållen eller förbättrad munhälsa och livskvalitet, till en måttlig kostnad i förhållande till nytta. Även att upprätthålla patientkontakten vid återbud eller uteblivet besök bedöms ge stor patientnytta. Samma sak gäller tandvård i boendemiljön, även om förstahandsvalet är tandvård på en klinik. Tandvård i boendemiljön bör enbart erbjudas dem som har svårt att ta sig till en tandvårdsklinik på grund av sitt hälsotillstånd, vilket har påverkat prioritet.

Stor patientnytta ger också insatser där tandvården samverkar med övriga aktörer i vårdkedjan kring patienten, liksom överenskommelse om vårdambitionsnivå inför rehabilitering. Zinkpreparat minskar vidare dålig andedräkt, som är vanligt hos äldre på grund av bland annat muntorrhet, och underlättar därmed social kontakt. Avvaktan med behandling är att föredra när livssituationen inte medger behandling. Dessa åtgärder gäller dock hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad, och har därför något lägre prioritet än utbildning och upprätthållen patientkontakt.

Daglig fluoridtillförsel i grupp kan ge fler möjlighet att få fluorid och därmed förebygga karies. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nytta. Insatsen kompletterar andra insatser och har fått prioritet 5.

Metoden ART har prioritet 6: Den kan vara aktuell när ordinarie tandvård inte är möjlig. Tandläkaren behöver väga in patientens hela livssituation i bedömningen av metodens lämplighet. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nytta.

Klorhexidinpreparat har däremot generellt ingen kliniskt relevant effekt på karies eller gingivit, och kostnaden bedöms vara mycket hög i förhållande till nytta. Behandlingen kan dock vara lämplig för enstaka patienter.

Så påverkas tandvården

Vård- och omsorgspersonal behöver utbildning för att få god kunskap om munhälsoproblem och hur de kan åtgärdas. Utbildningen bör innehålla teoretiska munvårdslektioner och kompletteras med att vård- och omsorgspersonalen deltar när tandvårdspersonal ger individuella råd och bedömer munhälsan hos enskilda boende. Detta innebär kostnader, både för den aktör som ger utbildningen och för den verksamhet som utbildas.

Vidare behöver tandvården bygga systematiska stödsystem för att upprätthålla kontakten med patienter som behöver särskilt stöd, särskilt under



perioden då de går från att vara självständiga till att bli mer beroende av stöd – en period då många förlorar tandvårdskontakten.

Det behövs också nya arbetssätt för insatser där tandvården samverkar systematiskt med övriga aktörer i vårdkedjan, kring patienter som behöver särskilt stöd. På kort sikt kan detta öka kostnaderna för tandvården.



Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram fem indikatorer som är relevanta för att följa upp området främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd. Med dem mäter vi

- andelen tandvårdskliniker och vårdgivare som arbetar systematiskt för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande (indikator T4) – målet är 100 procent
- andelen kommuner som arbetar med långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård i samverkan med tandvården (indikator T5) – målet är 100 procent
- andelen tandvårdskliniker, kommuner och regioner som uppger att de arbetar med samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan (indikator T6)
- andelen vuxna som får en munhälsobedömning eller nödvändig tandvård (indikator O26) – målet är minst 80 procent för munhälsobedömning och minst 90 procent för nödvändig tandvård
- hur individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs (indikator O28).

Vi följer också munhälsan i befolkningen med andra övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Rekommendationer del 2: Utreda och diagnostisera

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer om att utreda och diagnostisera. Det är rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för dig som beslutar om utbud och resurser i tandvården. De kan också vara användbara för dig som möter patienter.

Vi ger rekommendationer om både barn (under 18 år) och vuxna (från 18 år). Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

- Systematiska arbetssätt
- Intervall för basundersökning (revisionsintervall)
- Datortomografi: CBCT-undersökning.

Vi beskriver också hur rekommendationerna kommer att påverka tandvården ekonomiskt och organisatoriskt, och hur vi följer upp tandvården med hjälp av indikatorer och målnivåer.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

	Textdel	Innehåll
	Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av de hälsoförhållanden och åtgärder som rekommendationerna gäller
	Rekommendationer till tandvården	Tabell med rekommendationer i prioriteringsordning (och id-nummer som även finns i webblagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i>)
	Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
	Så påverkas tandvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
	Så utvärderar vi tandvården	Beskrivning av de indikatorer och målnivåer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

→ Läs mer:

- I **bilaga 1** finns en översikt av alla 381 rekommendationer – även de som inte är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
- I **bilaga 2** finns en översikt av indikatorerna och målnivåerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och*

åtgärdslista), bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag* och *Metodbeskrivning* samt rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*. Se

socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/tandvard, där du också kan söka bland alla rekommendationer i ett webbgränssnitt.

Huvudbudskap: Bedöm risker och satsa mest på dem med störst behov

Tandvården behöver systematiskt bedöma risker för sjukdomar i munnen, och sedan utreda och behandla orsakerna till olika risker och skador – inte enbart symtomen. I dag får många reparativ vård i stället för orsaksinriktad behandling, särskilt patienter med karies.

På kort sikt krävs ökade resurser för systematisk riskbedömning och orsaksinriktad behandling. Vårdgivarna behöver också se till att personalen har rätt kompetens för att systematiskt diagnostisera käkfunktionsstörningar, som är både underdiagnostiserade och underbehandlade. På längre sikt väntas resursåtgången minska, när munhälsan förbättras i befolkningen.

Tack vare systematiska riskbedömningar kan tandvården också fördela resurserna bättre efter patienternas behov. Patienter med hög risk för dålig munhälsa bör kallas till undersökning oftare än patienter med låg risk. En sådan omfördelning av resurserna kan spara tid och pengar för alla vuxna patienter på sikt.

Systematiska arbetssätt

Ett arbetssätt är systematiskt om det är dokumenterat, väl känt i organisationen och tillämpas. Tandläkare och tandhygienister behöver systematiskt bedöma risker för sjukdomar i munnen, som karies och parodontit, hos alla de undersöker. Det är också viktigt att systematiskt registrera erosioner med hjälp av ett erosionsindex, och bedöma risker för nya erosioner. Erosioner är skador på tänderna som vanligen beror på ett frekvent intag av sura produkter, ofta i kombination med andra typer av tandslitage.

Riskbedömningen leder vidare till att tandvårdspersonalen utreder och behandlar orsakerna till de upptäckta riskerna eller skadorna – inte bara symtomen. Här ingår också att identifiera och stärka goda vanor. Samtidigt behöver skador som redan har uppstått repareras. Det fortsatta omhändertagandet behöver planeras i samråd med patienten (se vidare avsnittet *Intervall för basundersökning (revisionsintervall)*).

Orsaksinriktad utredning och behandling behövs till exempel vid smärta och funktionsstörningar i käkmusklerna och käklederna, tillstånd som är både underdiagnostiserade och underbehandlade. Symtomen försämrar livskvaliteten och är relativt vanliga hos både ungdomar och vuxna. För att identifiera tillstånden kan tandvårdspersonalen ställa några få frågor, enligt ett validerat frågeformulär. Klassifikationssystemet Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) ger sedan stöd för diagnostisering [40].

Vidare behöver tandläkare systematiskt identifiera störningar i hörntändernas framväxt (eruptionsstörningar) hos barn mellan 9 och 13 år. Oftast är det hörntanden i överkäken som inte växer fram som den ska, framför allt hos flickor. För att identifiera störningarna krävs rutiner för tidig diagnostik, som personalen följer under ledning av den patientansvariga tandläkaren. En tidig diagnos är avgörande för att förhindra komplikationer, till exempel skador på angränsande tänder [41-44].

Rekommendationer till tandvården – systematiska arbetssätt

Id	Arbeta systematiskt för personer som ...	genom att ...	Prioritet
1, 24	besöker tandvården för undersökning	<ul style="list-style-type: none"> • bedöma risken för sjukdomar och andra tillstånd i munnen, och utreda orsaker vid behov • registrera erosioner (tandskador) med hjälp av ett erosionsindex. 	3
2	har en sjukdom i munnen eller bedöms riskera att få det	behandla orsaken till sjukdomen, inte enbart symtomen.	3
E35	<ul style="list-style-type: none"> • är över 12 år • besöker tandvården för undersökning 	upptäcka smärta och funktionsstörningar i käkarna.	3
E36	<ul style="list-style-type: none"> • är över 12 år • har smärta och funktionsstörningar i käkarna 	ställa diagnos enligt systemet DC/TMD.	3
72	är 9–13 år	diagnostisera störningar i hörntändernas framväxt (eruptionsstörningar).	3

➔ **Läs mer:** I kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar* finns en rekommendation om systematiska arbetssätt för att upprätthålla tandvårdskontakten med vuxna som behöver särskilt stöd (id-nummer 76). Se avsnittet *Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd*.

Så har vi prioriterat

Alla rekommenderade systematiska arbetssätt har högsta möjliga prioritet utifrån hälsotillståndens svårighetsgrad: Risken att drabbas av till exempel karies, parodontit samt smärta och funktionsstörningar i käkarna är generellt stor till mycket stor, och dessa hälsotillstånd har en stor svårighetsgrad. De systematiska arbetssätten bidrar till att identifiera hälsotillstånden så att de kan behandlas, och kostnaderna bedöms vara låga till måttliga i förhållande till nyttan.



Så påverkas tandvården

Systematiska arbetssätt förväntas i många fall inte öka tandvårdens kostnader. Det tar till exempel endast lite tid att använda beslutsstöd för att bedöma risken för sjukdomar i munnen, och att registrera erosioner med hjälp av ett erosionsindex. Tack vare de systematiska arbetssätten kan tandvårdspersonalen upptäcka fler patienter som riskerar dålig munhälsa, och



ge fler stödinsatser. Om stödinsatserna är effektiva förväntas resursåtgången minska och munhälsan förbättras på längre sikt.

På kort sikt krävs dock ökade resurser för en del av åtgärderna: att systematiskt upptäcka och diagnostisera smärta och funktionsstörningar i käkarna, och att systematiskt behandla orsaken till sjukdomar i munnen. Vårdgivarna behöver till exempel se till att personalen har rätt kompetens för att ställa diagnos i systemet DC/TMD.

I dag får många som har en sjukdom i munnen eller bedöms riskera att få det i huvudsak reparativ vård, och mer sällan orsaksinriktad behandling, enligt kvalitetsregistret SKaPa. Socialstyrelsens rekommendationer väntas bidra till att fler får behandling efter behov.

Så utvärderar vi tandvården



Socialstyrelsen har tagit fram sex indikatorer som är relevanta för att följa upp området systematiska arbetssätt. Med dem mäter vi

- andelen av alla som besökt tandvården som fått en strukturerad riskbedömning (indikator T7)
- andelen barn och vuxna med munsjukdom som får orsaksinriktad behandling (indikator T8)
- andelen tandvårdskliniker som arbetar systematiskt för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar (indikator T9) – målet är 100 procent
- andelen tandvårdskliniker som använder klassifikationssystemet DC/TMD vid smärta och käkfunktionsstörningar (indikator T10) – målet är 100 procent
- andelen tandvårdskliniker som arbetar systematiskt för att säkerställa att barn i åldern 9–13 år med eruptionsstörningar av hörntänder diagnostiseras (indikator T11) – målet är 100 procent
- andelen barn och vuxna som behandlas för erosionsskador (indikator O9).

Vi följer också munhälsan i befolkningen med andra övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Intervall för basundersökning (revisionsintervall)

Det är viktigt att barn och vuxna besöker tandvården för en basundersökning så ofta som det behövs men inte oftare – de så kallade revisionsintervallen bör planeras efter patienternas behov, för att resurserna ska användas effektivt. Patienterna med hög risk för dålig munhälsa får till exempel bättre tillgång till tandvården om patienterna med låg risk får färre basundersökningar. Samtidigt sparar patienterna med låg risk tid, och de vuxna sparar även pengar. Flera tandvårdsorganisationer har därför olika långa revisionsintervall för patienter med låg respektive hög risk för sjukdomar i munnen, till exempel karies och parodontit.

Ett längre revisionsintervall för patienter med låg risk förutsätter att tandvården arbetar systematiskt för att optimera riskbedömningen. Behandlaren behöver alltid göra en klinisk riskbedömning även om hen också använder beslutsstöd från ett riskbedömningssystem. Dessutom behöver patienten själv uppleva sin munhälsa som god eller mycket god, för att ett längre intervall ska vara aktuellt.

Observera att risken för dålig munhälsa ofta är förhöjd hos till exempel

- patienter med nedsatt allmän hälsa
- patienter med funktionsnedsättningar som påverkar förmågan att ta hand om den egna munhälsan
- patienter med ohälsosamma levnadsvanor, och barn med ohälsosamma levnadsvanor i familjen
- barn med tänder som håller på att bryta fram
- äldre patienter med tilltagande risk för försämrade allmän hälsa.

Dessa patienter kan därmed behöva kortare revisionsintervall.

Vid behov kan tandvårdskontakten upprätthållas även mellan basundersökningarna, till exempel genom digitala avstämningar eller fysiska besök hos en tandhygienist, för att främja en fortsatt god munhälsa. Detta kan vara särskilt motiverat när revisionsintervallen är längre. Självklart kan patienter också behöva olika typer av behandling mellan basundersökningarna, till exempel förebyggande behandling eller uppföljning av något munhälsoproblem.

Revisionsintervall efter behov föreslås också i utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* [45].

Rekommendationer till tandvården – intervall för basundersökning (revisionsintervall)

Id	Erbjud basundersökning till barn med ...	en gång per ...	Prioritet
113	<ul style="list-style-type: none"> • låg risk för dålig munhälsa • normal bettutveckling 	1,5–2 år.	3
114	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • hög risk för dålig munhälsa • avvikande bettutveckling 	1–1,25 år – utöver förebyggande och orsaksinriktad behandling med tätare intervall.	3
Id	Erbjud basundersökning till vuxna med ...	en gång per ...	Prioritet
37	låg risk för dålig munhälsa	2–3 år.	3
109	hög risk för dålig munhälsa	1–1,5 år – utöver förebyggande och orsaksinriktad behandling med tätare intervall.	3

Vad ingår i en basundersökning?

En basundersökning är en heltäckande undersökning, där patienten ska få ett respektfullt och kompetent bemötande. Här är några exempel på delar som behöver ingå:

- anamnes (sjukdomshistoria, mat- och munhälsovanor, social situation m.m.)
- diagnostik av karies, gingivit och parodontit samt bedömning av munslemhinnan, käkfunktionen och eventuella protetiska konstruktioner
- bedömning av risken för dålig munhälsa eller försämring av befintliga munsjukdomar
- framtagande av vårdplan vid behov
- hälsofrämjande återkoppling, bland annat information om munhälsotillståndet och möjliga behandlingar.

Dessutom behöver behandlaren bedöma om det behövs en kompletterande undersökning eller samverkan med andra aktörer, till exempel specialisttandvården, barnhälsovården eller den kommunala hälso- och sjukvården. För barn behöver behandlaren också bedöma bettutveckling och behandlingsmognad.

→ Läs mer om

- att bedöma risker systematiskt i avsnittet *Systematiska arbetssätt*
- att hålla kontakten med patienter som behöver särskilt stöd i kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar*, avsnittet *Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd*
- vad som ingår i en basundersökning för vuxna i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd (TLVFS 2008:1, se senaste omtryck HSLF-FS 2021:37)
- grunderna för hur god tandvård ska bedrivas och hur patienten ska få information i tandvårdslagen (1985:125).

Så har vi prioriterat



Att erbjuda basundersökning med olika revisionsintervall vid olika hög risk för dålig munhälsa har hög prioritet. Patienter med låg risk riskerar sannolikt inte sämre munhälsa på grund av de färre besöken. Samtidigt frigörs resurser för patienter med större behov av tandvård, vilket är angeläget. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.

De olika revisionsintervallen är motiverade även för äldre patienter, eftersom låg risk för dålig munhälsa är vanligt även bland dem.

Så påverkas tandvården



Rekommendationerna om revisionsintervall innebär att resurser behöver omfördelas, även om rutinerna varierar i landet. Generellt behövs mer resurser i områden där en stor del av invånarna har låg inkomst och kort utbildning, eftersom fler har hög risk för dålig munhälsa där.

Något fler undersökningar behövs alltså för vuxna med hög risk för dålig munhälsa (1 besök per 1–1,5 år i stället för som i dag, 1 besök per 1,4–2,6 år). Särskilt behövs fler undersökningar för sköra patienter och äldre med hög risk, som i dag undersöks för sällan. Under 2016–2021 var revisionsintervallet i genomsnitt drygt 2 år för patienter över 80 år, oavsett risk. För sköra patienter över 60 år var det cirka 3,5 år, vilket tyder på att tandvården behöver hålla bättre kontakt med denna grupp. Samtidigt bör den stora gruppen vuxna med låg risk för dålig munhälsa totalt få något färre undersökningar än vad som är praxis i dag. Det finns dock stora skillnader mellan olika regioner och verksamheter [7].

En utmaning är att vuxna med hög risk för dålig munhälsa kan behöva betala mer än i dag för tandvården på kort sikt, när de besöker tandvården oftare. Patienternas kostnader väntas dock minska och livskvaliteten öka när fler munhälsoproblem upptäcks innan de har lett till större skador. Även för vuxna med låg risk väntas kostnaderna minska, till följd av färre undersökningar.

För barn behövs framför allt satsningar på bättre riskbedömningar. I dag saknas ett nationellt system för riskbedömningar, och tandvården verkar ha svårt att identifiera de små barn som ännu inte har fått karies men som löper ökad risk. Tandvården behöver troligen ta mer hänsyn till sociala faktorer i riskbedömningen, och till andra familjemedlemmars munhälsa [12].

Sammantaget väntas rekommendationerna om revisionsintervall inte påverka det totala antalet tandvårdsbesök, men antalet basundersökningar kan komma att minska något på nationell nivå. På längre sikt väntas tandvårdens resurser användas mer effektivt, när de riktas mot dem med störst behov. Det är dock inte givet att detta innebär besparingar för tandvården.

➔ **Läs mer** om revisionsintervall och behovet av bättre riskbedömningar för barn i Socialstyrelsens rapport *Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder* [12].

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer som är relevanta för att följa upp området intervall för basundersökning. Med dem mäter vi

- andelen vuxna med förhöjd risk för dålig munhälsa som besöker tandvården för basundersökning inom 12–18 månader (indikator T12)
- bedömning av risk för munsjukdom hos barn och vuxna (indikator T7)
- hur individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs (indikator O28).

Vi följer också munhälsan i befolkningen med andra övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för tandvård*.



Datortomografi: CBCT-undersökning

CBCT-undersökning är en typ av datortomografi, som kan komplettera en vanlig röntgenundersökning. CBCT står för cone beam computed tomography. Undersökningen ger en tredimensionell avbildning, så att behandlaren bland annat kan bedöma avståndet och förhållandet mellan olika strukturer med större precision än vid en vanlig röntgenundersökning. Stråldosen är dock högre. CBCT-undersökning är därmed enbart motiverad när den kan bidra med diagnostiskt viktig information⁴ och förväntas påverka den följande behandlingen.

Undersökningen kan till exempel vara aktuell som tillägg till konventionell röntgenundersökning i vissa fall av planerad kirurgi, exempelvis för patienter med en visdomstand i underkäken som inte brutit fram (retinerad visdomstand). När man opererar bort tanden är det viktigt att kartlägga bland annat tandens form och läge.

CBCT-undersökning kan eventuellt också bidra till en bättre diagnostik för personer som fått rotbehandling och har symtom som smärta, svullnad och ömhet.

Rekommendationer till tandvården – datortomografi: CBCT-undersökning för vuxna

Id	Gör <u>endast i undantagsfall</u> en CBCT-undersökning som tillägg till röntgenundersökning, för vuxna med ...	Prioritet
47	en visdomstand som inte brutit fram (retinerad visdomstand) i underkäken, som behöver tas bort.	7
50	kvarstående symtom efter rotbehandling av en tand.	7



Så har vi prioriterat

Rekommendationerna om CBCT-undersökning har låg prioritet. Undersökningen har osäker effekt som tillägg till röntgenundersökning, och utsätter patienten för mer strålning. Kostnaden bedöms vara måttlig till hög i förhållande till nyttan. Därför bör CBCT-undersökning endast utföras i undantagsfall.



Så påverkas tandvården

Rekommendationerna om CBCT-undersökning i undantagsfall väntas minska användningen, vilket ger en viss besparing. CBCT-undersökning har dock god chans att vara kostnadseffektiv i de komplicerade fall där den bedöms vara användbar. Socialstyrelsen bedömer inte att de kliniker som saknar utrustningen behöver skaffa den, som en följd av rekommendationerna. Kostnaderna för utrustning bedöms därmed inte påverkas.

⁴ Till exempel enligt ALADA-principen (as low as diagnostically achievable).

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen följer munhälsan i befolkningen med flera övergripande indikatorer, såsom förekomst av munsjukdomar och andra övergripande resultatmått.



➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för tandvård*.

Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer om att behandla och rehabilitera. Det är rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för dig som beslutar om utbud och resurser i tandvården. De kan också vara användbara för dig som möter patienter.





Många rekommendationer i denna del är desamma som i den tidigare versionen av de nationella riktlinjerna från 2011, ibland något justerade. De flesta rekommendationer gäller vuxna (från 18 år). Vi avser att förstärka barnperspektivet i kommande versioner av riktlinjerna.

Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

- [Särskilda tandvårdsbehov hos barn](#) (pedodonti och ortodonti)
- [Kariesskador som behöver repareras](#) (cariologi)
- [Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat](#) (parodontologi)
- [Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten](#) (endodonti)
- [Smärta och käkfunktionsstörningar](#) (bettfysiologi)
- [Tandlöshet](#) (protetik, ortodonti och käkkirurgi)
- [Bettavvikelse](#) (ortodonti).

Vi beskriver också hur rekommendationerna kommer att påverka tandvården ekonomiskt och organisatoriskt, och hur vi följer upp tandvården med hjälp av indikatorer och målnivåer.

Läshjälp: Delkapitlen är uppdelade i olika områden, och innehåller fem återkommande textdelar:

	Textdel	Innehåll
	Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av de hälsotillstånd och åtgärder som rekommendationerna gäller
	Rekommendationer till tandvården	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i>)
	Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
	Så påverkas tandvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
	Så utvärderar vi tandvården	Beskrivning av de indikatorer och målnivåer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av alla 381 rekommendationer – även de som inte är centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna och målnivåerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag* och *Metodbeskrivning* samt rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/tandvard, där du också kan söka bland alla rekommendationer i ett webbgränssnitt.

Huvudbudskap: Satsa mer på effektiv behandling och samtalsstöd

Det är viktigt att förebygga och bromsa karies, men tänder med större kariesskador behöver repareras. När man behandlar djupa kariesskador riskerar tandpulpan (mjukvävnaden mitt i tanden) att blottas, och patienten kan få infektioner och tandvärk. Tandpulpan riskerar också att dö. För att undvika det bör behandlaren ta bort kariesskadan i två steg (stegvis exkavering), eller endast ta bort en del av den (selektiv exkavering).

Det finns också fortfarande ett stort behov av att behandla tandpulpan och utföra rotbehandling. Vanliga orsaker till att tandpulpan skadas är djup karies, tandlagningar och slag mot tänderna. Hos barn är skador på grund av olycksfall vanligt, och när en permanent framtand skadas bör barnet behandlas med så kallad partiell pulpotomi. För vuxna som skadat tandpulpan på grund av karies kan behandlingen bli effektivare om tandvården oftare använder metoden pulpektomi i stället för pulpaöverkappning. Pulpektomi tar längre tid men minskar risken för större tandvårdsbehov längre fram.

Vid sjukdomarna parodontit (tandlossningssjukdom) och periimplantit (inflammation kring tandimplantat) är en god munhygien avgörande för att annan behandling ska fungera. Tandvården bör satsa på stöd till patienterna för att stärka munhygien, eftersom det kan ge stora hälsovinster och kostnadsbesparingar.

Vidare bör alla vuxna patienter med smärta och funktionsstörningar i käkarna erbjudas stöd i form av kvalificerat rådgivande samtal. Detta är centralt för att stödja nödvändig egenvård och beteendeförändringar. Tandvården behöver satsa mer än i dag på sådant stöd.

Barn och vuxna som saknar en eller flera tänder bör framför allt behandlas när tandförlusten innebär funktionsnedsättningar – till exempel om patienten har svårt att äta eller tala, eller påverkas psykosocialt.

Särskilda tandvårdsbehov hos barn

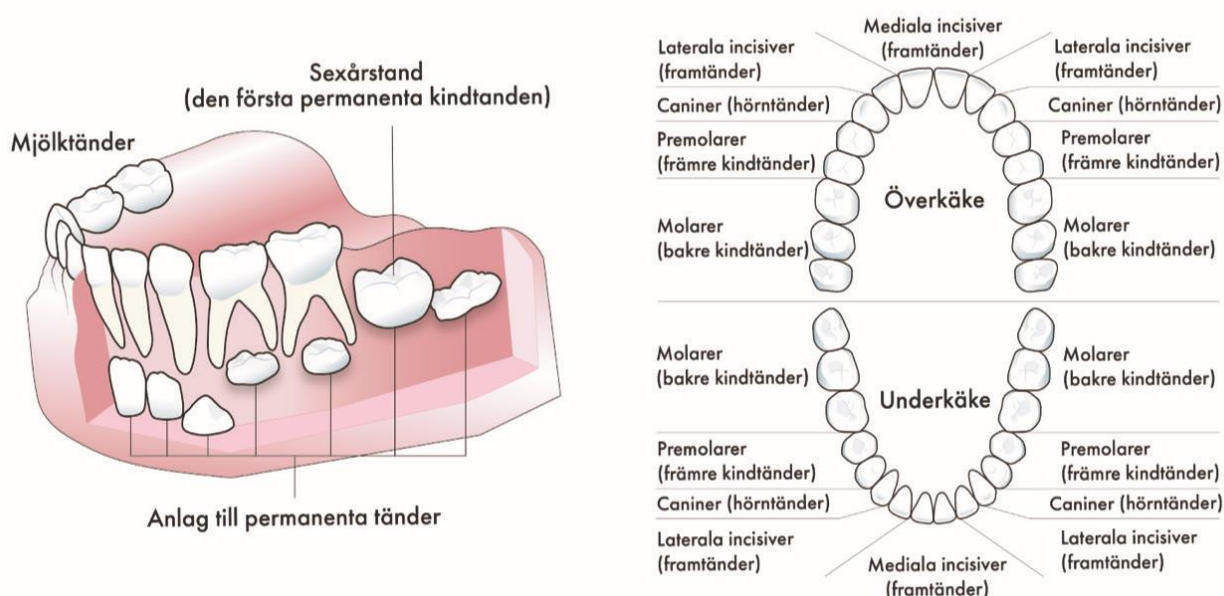
Vissa sjukdomar och andra tillstånd i munnen drabbar framför allt barn, eller behandlas på särskilda sätt när de drabbar barn. Här ger vi rekommendationer

om ett urval av sådana tillstånd. Vi avser att förstärka barnperspektivet i kommande uppdateringar av de nationella riktlinjerna.

Figur 2 visar tänderna hos barn: dels mjölkttänder med permanenta tänder på väg fram, dels de permanenta tänderna när alla kommit fram.

Figur 2. Käke med mjölkttänder och permanenta tänder på väg fram (till vänster) och käke med enbart permanenta tänder (till höger)

Man har normalt 20 mjölkttänder och 32 permanenta tänder. Här visas tänderna hos ett barn i 4–5-årsåldern, som fått alla mjölkttänder men ännu inte sexårständer. När de permanenta tänderna växer fram lossnar mjölkttänderna.



➔ **Läs mer:** Karies är den vanligaste sjukdomen i munnen hos både barn och vuxna, och kan ofta behandlas likartat för båda grupperna. Men behandlingen kan också skilja sig, till exempel beroende på barnets ålder och om den gäller permanenta tänder eller mjölkttänder. Socialstyrelsens rekommendationer om karies gäller framför allt vuxna. Se avsnittet [Kariesskador som behöver repareras](#).

Tandskador och smärtlindring vid behandling

Olycksfall är en vanlig orsak till tandskador hos barn. Ibland skadas även tandpulpan (mjukvävnaden mitt i tanden). Barn som skadar en permanent framtand så att även tandpulpan skadas, bör erbjudas partiell pulpotomi. Tandläkaren tar då bort den exponerade pulpavävnaden och omgivande dentin, för att sedan täcka pulpasåret med kalciumhydroxid och ett bakterietätt förband eller en fyllning.

Barns tänder kan också skadas när de bildas. En vanlig sådan skada är molar incisor hypomineralization (MIH): en mineraliseringsstörning som visar sig som fläckar i emaljen eller där emaljen saknas på sexårständer, det vill säga de permanenta kindtänderna (molarerna) bakom de sista mjölkttänderna. Ofta syns skadan samtidigt på en eller flera permanenta framtänder. Skadan på sexårständerna kan vara mycket olika utbredd, och

den kompliceras och förvärras ofta av karies. Barnet kan också få ilningar och svårt att borsta tänderna och tugga. Samtidigt kan det vara svårt att laga tänderna, därför att lagningarna inte fäster på den skadade emaljen. Ett alternativ är då att ta bort den skadade tanden, och om det behövs föra samman tänderna med en tandställning när tanden bakom vuxit fram.

Om barnet har tandvårdsrädsla eller inte är moget för behandling försämras förutsättningarna för en lyckad behandling. I första hand bör tandvården då skola in barnet i tandvården med metoden tell-show-do (se kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar*, avsnittet *Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla*). Men metoden är inte alltid möjlig vid akuta eller stora tandvårdsbehov. Det lugnande läkemedlet midazolam kan då minska barnets oro, så att behandlingen kan genomföras på ett positivt sätt för barnet. En del barn kan också behöva lustgas eller narkos för att behandlingen ska kunna genomföras.

Vidare kan barn känna smärta vid behandlingar som tanduttagning, tandlagning och tandreglering. För att undvika det kan barnen få smärtstillande läkemedel som tillägg till lokalbedövning, optimalt en timme före behandlingen.

Rekommendationer till tandvården

– tandskador och smärtlindring vid behandling hos barn

Id	Behandla barn som ...	genom att ...	Prioritet
74	har fått en yttre skada i en permanent framtand, som även skadat tandpulpan (pulpaexponering av permanent incisiv vid tandtrauma)	ta bort en del av tandpulpan (partiell pulpotomi).	2
28	<ul style="list-style-type: none"> • är 6–11 år • har en gravt mineraliseringskadad första molar (tillståndet MIH) 	ta bort den skadade tanden.	2
71	<ul style="list-style-type: none"> • är 1–5 år • har tandvårdsrädsla, eller inte är mogna för behandling • har ett akut eller stort behandlingsbehov 	ge lugnande läkemedel: midazolam.	3
75	känner smärta vid behandlingar, till exempel vid tanduttagning	ge smärtstillande läkemedel före behandlingen (paracetamol eller NSAID).	5

Bettavvikelser och avsaknad av tandanlag

En del barn har bettavvikelser eller saknar tandanlag, så att de får tandluckor där de permanenta tänderna inte växer fram som de ska (så kallad agenesi). Det är inte självklart att behandla alla bettavvikelser eller ersätta alla tänder som saknas. I första hand behövs behandling när barnet har svårt att äta, tugga eller tala. Det är också viktigt att ta hänsyn till framtida bettutveckling. Dessutom är behandling aktuellt om barnet upplever bettavvikelsen eller tandförlusten som estetiskt störande, eller om hen påverkas psykosocialt. För att välja en lämplig behandling behöver tandläkaren bedöma bettet i sin helhet. Både bettavvikelser och tandluckor behandlas ofta med tandreglering, framför allt med hjälp av en tandställning.

Vid bettavvikelser behövs tandreglering särskilt för barn med ett stort överbett, där läpparna inte kan skydda tänderna. Annars är risken högre att framtänderna skadas vid fallolyckor och liknande. Risken för framtida skador minskar om bettet behandlas tidigt. Även barn med korsbett kan behöva tandreglering, om bettet glider åt sidan när barnet biter ihop. Annars kan tänderna skadas och käkfunktionen störas.

Vid tandluckor kan en tandställning ofta föra samman tänderna så att luckorna sluts. Detta är att föredra framför en protetisk konstruktion som en krona eller en bro, när bettet tillåter. I vissa fall kan tandläkaren också ta bort en mjölk tand för att ge plats för luckslutning med bakomliggande tänder. Om barnet får sådan behandling tidigt kan luckan slutas spontant, men det kan också krävas en tandställning.

När en tandställning tas bort kan tänder börja återgå till sin ursprungliga position. Det finns olika metoder för att hålla kvar tänderna i det nya läget.

Rekommendationer till tandvården – bettavvikelser och avsaknad av tandanlag hos barn

Id	Behandla barn som ...	genom att ...	Prioritet
53	<ul style="list-style-type: none"> • saknar tandanlag för framtänder i överkäken (agenesi av lateraler) • inte har underbett 	föra samman tänder med en tandställning så att luckorna sluts (luckslutning).	3
102	har ett stort överbett och ansträngd läppslutning	reglera tänderna tidigt med en tandställning (under växelsperioden, när barnet har både mjölk- och permanenta tänder).	4
57	har haft fast tandställning på grund av en bettavvikelse	utföra bondad retention (en sorts tråd håller kvar tänderna i det nya läget).	4
54	<ul style="list-style-type: none"> • inte har nått puberteten • har korsbett som glider åt sidan vid sammanbitning (korsbett med instabil ocklusion) 	reglera tänderna med en tandställning.	5
52	<ul style="list-style-type: none"> • är under 13 år • saknar tandanlag för den andra kindtanden i underkäken eller överkäken (agenesi av andra premolaren) • har normalt bett utan platsöverskott mellan tänderna (glesställning) 	ta bort motsvarande mjölk tand, så att tandluckan kan slutas.	5
116	har haft fast tandställning på grund av en bettavvikelse	behandla med en avtagbar vakuumpressad skena, för att hålla kvar tänderna i det nya läget.	6

→ Läs mer:

- Tandläkare behöver systematiskt bedöma barns bettutveckling och risken för att de saknar tandanlag. Se rekommendationerna i kapitlet *Rekommendationer del 2: Utredda och diagnostisera*, avsnittet *Systematiska arbetssätt*.

- Tandreglering beskrivs närmare i avsnittet *Tandlöshet*. Se rutan *Tandreglering och olika slags tandersättningar*.

Så har vi prioriterat

De två högst prioriterade behandlingarna på området särskilda tandvårdsbehov hos barn gäller hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad. Att ta bort en del av tandpulpan är en välfungerande och välbeprövad behandling för barn med en yttre skada i en permanent framtand, som även skadat tandpulpan. Att ta bort en gravt mineraliseringsskadad permanent bakre kindtand minskar barnets framtida behandlingsbehov, och kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.

Även det lugnande läkemedlet midazolam har hög prioritet, för barn med tandvårdsrädsla och ett akut eller stort behandlingsbehov. Läkemedlet kan bidra till att barnet kan behandlas, och kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.

Smärtstillande läkemedel minskar vidare risken för smärtupplevelser hos barn som känner obehag vid behandlingar, och därmed minskar också risken för till exempel långvarig tandvårdsrädsla. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan, men behandlingen har lägre prioritet än till exempel midazolam, eftersom hälsotillståndet har en lägre svårighetsgrad.

Luckslutning är förstahandsvalet för barn som saknar tandanlag för framtänder (laterala incisiver, även kallat lateraler) i överkäken. Behandlingen har högsta möjliga prioritet utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, som är stor. Relativt högt prioriterat är också tidig tandreglering vid stort överbett, och bondad retention efter tandreglering. Tidig tandreglering minskar de framtida tandskadorna, och bondad retention kan hålla fast framtänderna bättre i underkäken än alternativet avtagbar skena, efter en avslutad behandling med tandställning. Alternativet avtagbar skena kräver dessutom att barnet kan använda skenan enligt behandlarens instruktioner.

De lägre prioriterade behandlingarna vid bettavvikelse och avsaknad av tandanlag hos barn gäller hälsotillstånd med en något lägre svårighetsgrad. Tandreglering före puberteten vid korsbett ger ansiktet förutsättningar att växa mer symmetriskt. Barnets bettutveckling främjas vidare om tandläkaren tar bort en mjölkttand där en permanent tand saknas, för att möjliggöra luckslutning.

Så påverkas tandvården

Sammantaget bedöms tandvården inte påverkas i hög grad av rekommendationerna om särskilda tandvårdsbehov hos barn. Eventuella förändringar kan handla om att använda en ny metod, vanligtvis en metod som kräver mindre resurser eller minskar tandvårdsbehovet på lång sikt.

Vissa utbildningsinsatser kommer dock att krävas för att öka användningen av det lugnande läkemedlet midazolam, för barn med tandvårdsrädsla och ett akut eller stort tandvårdsbehov.





Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram sex indikatorer som är relevanta för att följa upp området särskilda tandvårdsbehov hos barn. Med dem mäter vi

- andelen barn och vuxna som förlorat en tand efter en åtgärd (indikator O3)
- andelen unga vuxna som behandlats för bett- och tandpositionsavvikelser (indikator O8)
- andelen barn och vuxna som behandlas för erosionsskador (indikator O9)
- andelen barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling (indikator O11)
- självupplevd munhälsa hos barn och vuxna (indikator O14)
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O15) – målet är minst 90 procent kariesfria 6-åringar.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Kariesskador som behöver repareras

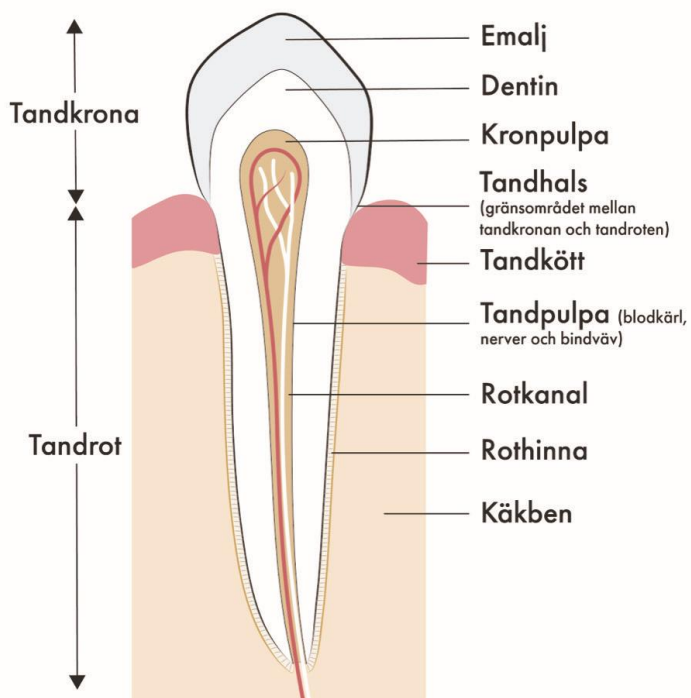
Det är viktigt att förebygga och bromsa sjukdomen karies. Men när en kariesskada har hunnit bli stor och tydligt spridit sig i tandens dentin (se figur 3) är det nödvändigt att ta bort den kariesskadade tandsubstansen: exkavera. Detta för att avbryta sjukdomsprocessen och kunna återställa tandens form och funktion, oftast med en fyllning.

Det finns olika metoder för att ta bort karies. I första hand används en vanlig borr eller ett handinstrument som kallas exkavator. Men behandlaren kan också mjuka upp den kariesskadade tandsubstansen med en lösning, och sedan skrapa bort den med exkavatorn (kemomekanisk teknik). Ett annat alternativ är att använda laser, som är en mindre beprövad metod.

Om patienten har en djup kariesskada riskerar tandpulpan att blottas vid lagningen. Det kan leda till infektion, inflammation, tandvärk och vävnadsdöd i tandpulpan. För att undvika det kan man ta bort kariesskadan i två steg, vid olika tillfällen (stegvis exkavering). I steg 1 fylls hålet igen med en temporär fyllning, i steg 2 med en permanent fyllning efter en läkningsperiod på några månader. Detta är en etablerad metod.

Ett nyare alternativ är selektiv exkavering, även kallat partiell exkavering. Då tar man bort det mesta av kariesskadan och lämnar kvar det som ligger allra närmast tandpulpan. Det som är kvar får sedan läka under en permanent fyllning direkt, i stället för under en temporär fyllning som vid stegvis exkavering (se närmare beskrivning i webbilagan *Kunskapsunderlag*). Metoden står för ett paradigmskifte i tandvården: Att medvetet lämna kvar karies har traditionellt ansetts vara fel. Både stegvis och selektiv exkavering kan innebära svåra avvägningar.

Figur 3. Tand i genomsnitt



Rekommendationer till tandvården
– kariesskador som behöver repareras hos vuxna

Id	Reparera tänderna hos vuxna med ...	genom att ...	Prioritet
B17.1, B17.2	en kariesskada som behöver repareras	exkavera (ta bort kariesskadan) med antingen borrar eller exkavator.	3
B19.1	en kariesskada som behöver repareras, där tandläkaren riskerar att skada grannländer under lagningen (iatrogen grannlandsskada)	exkavera och samtidigt skydda grannländerna (använda ett approximant skydd).	4
B17.4	en kariesskada som behöver repareras	exkavera med kemomekanisk teknik.	5
B17.3		exkavera med laser (Er:YAG).	6
Id	Reparera tänderna hos barn och vuxna med ...	genom att ...	Prioritet
B38, B40	djup dentinkaries i mjölkänder eller permanenta tänder som är symtomfria i övrigt	exkavera antingen stegvis eller selektivt (selektiv exkavering kallas även partiell exkavering).	4

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar* finns rekommendationer om att förebygga och bromsa

karies. Se särskilt avsnitten *Främja munhälsan hos vuxna med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras* och *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor*.

- Metoderna för kariesexkavering har utvecklats mycket de senaste åren, och tandvården arbetar alltmer enligt internationell konsensus. En grupp kariesexperter från 12 länder har till exempel tagit fram konsensusrekommendationer om kariesexkavering [46] och terminologi på området [47].

Så har vi prioriterat



Borr och exkavator tar snabbt och effektivt bort kariesskadad tandsubstans, och kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan. Dessa metoder har därför högsta möjliga prioritet utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, som är stor. Kemomekanisk teknik och laser är dyrare, men ger inte bättre effekt, och har därför lägre prioritet.

En relativt hög prioritet har också approximativt skydd för att undvika skador på grann tänder i samband med exkavering. Skyddet har stor effekt, och kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.

Vid djupa kariesskador är risken för blottad tandpulpa lägre vid selektiv exkavering än vid stegvis exkavering. Stegvis exkavering innebär i sin tur en lägre risk än fullständig exkavering. Selektiv exkavering har vidare en lägre kostnad i förhållande till nyttan än stegvis exkavering, men det finns inte lika lång klinisk erfarenhet. Metoderna har fått samma, relativt höga prioritet.

Så påverkas tandvården



Behandlare väntas fortsätta ta bort kariesskador med framför allt borr eller exkavator, eftersom Socialstyrelsen rekommenderar detta framför kemomekanisk teknik och laser. Därmed väntas inga större förändringar jämfört med i dag. Inte heller rekommendationen om approximativt skydd väntas påverka tandvården jämfört med i dag.

Behandlarna bör vidare ta bort djupa kariesskador stegvis eller selektivt i stället för fullständigt. De tandvårdskliniker som ändrar arbetssätt sparar inte nödvändigtvis resurser, men kostnaderna lär inte heller öka.

Behandlare kan dock behöva stöd för att välja mellan stegvis och selektiv exkavering, och vägledning kring hur stor del av en djup kariesskada som kan lämnas kvar vid selektiv exkavering. Samtidigt kan tandvårdens längre erfarenhet av att ta bort djupa kariesskador med stegvis exkavering troligen underlätta införandet av selektiv exkavering.

Det är också viktigt att behandlarna registrerar om de har utfört stegvis eller selektiv exkavering i patientens journal, och informerar patienten om vad det innebär. Detta för att undvika att fyllningar görs om på felaktiga grunder. Vidare kan tandvården behöva ta fram rutiner för att följa upp behandlingarna.

Så utvärderar vi tandvården



Socialstyrelsen har tagit fram sju indikatorer som är relevanta för att följa upp området kariesskador som behöver repareras. Med dem mäter vi

- andelen vuxna med djup dentinkaries som behandlas med selektiv exkavering (indikator T14)
- andelen barn och vuxna som förlorat en tand efter en åtgärd (indikator O3)
- andelen vuxna som förlorat en tand orsakat av sjukdom (indikator O4)
- andelen barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling (indikator O11)
- andelen vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (indikator O12) – målet är minst 85 procent för karies och minst 75 procent för parodontit
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O15) – målet är minst 90 procent kariesfria 6-åringar
- förekomst av kariessjukdom hos personer över 24 år (indikator O16).

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat

I dessa riktlinjer ger vi framför allt rekommendationer om två sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat: parodontit (tandlossnings-sjukdom) och periimplantit (motsvarigheten hos patienter med tandimplantat). Om sjukdomarna inte upptäcks och behandlas i tid finns risk att tänder eller tandimplantat lossnar.

Behandlingen av både parodontit och periimplantit syftar till att minska sjukdomssymtomen genom att kontrollera den bakomliggande infektionen, och därmed hindra fortsatt förlust av fästet kring tänder och tandimplantat. Patientens munhygienvanor är avgörande för resultatet, och för att övrig behandling ska fungera. Förutom tandborstning behövs regelbunden rengöring mellan tänder och tandimplantat. Insatser för att stärka patientens munhygien och egna roll i behandlingen är därmed mycket viktiga, liksom rökavvänjning när det är aktuellt.

För de flesta patienter med parodontit räcker en god munhygien och så kallad mekanisk infektionsbehandling. Tandhygienisten eller tandläkaren rengör då rotytorna från bakterieplack och beläggningar. Kirurgi är dock ett nödvändigt komplement när infektionen är svårare att komma åt, till exempel hos patienter med djupare tandkötsfickor och bedefekter vid tänderna. Även patienter med periimplantit behöver oftast kirurgisk infektionsbehandling (så kallad lambåkirurgi), bland annat eftersom det är svårare att göra rent kring tandimplantat utan kirurgi än kring tänder.

För att förebygga och tidigt upptäcka sjukdomsåterfall efter behandling vid parodontit och periimplantit, behöver tandvården ge individanpassad och regelbunden stödbehandling, till exempel med professionell tandrengöring.

En del patienter får i dag också tilläggsbehandlingar till vissa åtgärder. Vissa av dem kan vara till nytta, till exempel rekonstruktiv behandling med emaljmatrixprotein som tillägg till lambåkirurgi, för patienter med allvarlig parodontit. Många tilläggsbehandlingar förbättrar däremot inte behandlings-effekten. Det handlar till exempel om munsköljning med antiseptisk lösning

som ett komplement till tandborstning eller tilläggsbehandling med antibiotika till alla patienter.

Parodontit

Parodontit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i tandens stödjevävnader, och räknas som en av de vanligaste sjukdomarna hos vuxna i världen. Den kännetecknas av fortskridande förlust av tandfäste och benstöd, fördjupade tandköttsfickor och blödningar i tandköttet när tänderna undersöks. Cirka 30 procent av alla tandförluster hos patienter över 60 år orsakas av parodontit [7], och en stor del av tandvårdens kostnader gäller protetiska ersättningar för tänder som förlorats på grund av parodontit.

En ny klassificering för parodontit antogs vid ett internationellt konsensusmöte 2017 [48]. *Parodontit* används nu som övergripande benämning, samtidigt som det finns två relativt ovanliga former av sjukdomen: *nekrotiserande parodontal sjukdom* och *parodontit som manifestering av allmänsjukdom*. Hälsotillståndet parodontit inkluderar därmed båda de sjukdomsformer som tidigare benämndes *kronisk parodontit* och *aggressiv parodontit* (bland annat i den förra versionen av dessa riktlinjer från 2011). Här ger vi enbart rekommendationer om det övergripande hälsotillståndet.

I den nya klassificeringen delas parodontit också in i sjukdomsstadier (1–4) utifrån svårighetsgrad, och i prognosgrader.

Rekommendationer till tandvården – parodontit hos vuxna

Id	Ge vuxna med parodontit och otillräcklig munhygien ...	Prioritet
C3.1	stöd för att förbättra munhygien.	3
3	kvalificerat rådgivande samtal.	5
4	rådgivande samtal.	6
Id	Ge vuxna med parodontit ...	Prioritet
C4.1, C4.2, C6.2, C7.1, C18.1– C18.3	<ul style="list-style-type: none"> • mekanisk infektionsbehandling – ta bort plack och beläggningar • lambåkirurgi som tillägg till mekanisk infektionsbehandling – om den inledande mekaniska infektionsbehandlingen är otillräcklig och djupa tandköttsfickor kvarstår (parodontit stadium 3–4) • rekonstruktiv behandling som tillägg till lambåkirurgi, med membran (GTR), emaljmatrixprotein eller benersättningsmaterial – om patienten har en djup bedefekt vid en tand (parodontit stadium 3–4) • regelbunden stödbehandling, till exempel med professionell tandrengöring, för att förebygga sjukdomsåterfall. 	3
Id	Undvik om möjligt att ge vuxna med parodontit ...	Prioritet
C3.3, C5.1, C5.2, C5.5, C5.7– C5.10	<ul style="list-style-type: none"> • munsköljning med antiseptisk lösning, som tillägg till tandborstning • spolning av tandköttsfickor med antimikrobiell lösning, som tillägg till mekanisk infektionsbehandling • lokal behandling med klorhexidingel, som tillägg till mekanisk infektionsbehandling • systemisk tilläggsbehandling med antibiotika • fotodynamisk diodlaser, lågenergilaser, air-polishing eller probiotika, som tillägg till mekanisk infektionsbehandling. 	10

Id	Ge <u>inte</u> vuxna med parodontit ...	Prioritet
C4.3	mekanisk infektionsbehandling med "full-mouth disinfection", det vill säga: desinficera inte munhålan eller tandköttsfickor med klorhexidin under och efter mekanisk infektionsbehandling.	icke-göra

→ Läs mer:

- I kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar* beskrivs insatserna rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal närmare. Se avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor*.
- I webbilagan *Kunskapsunderlag* beskrivs klassificeringen av parodontit närmare.

Periimplantit

Periimplantit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i vävnader runt tandimplantat. Den kännetecknas av fortskridande förlust av benstöd, fördjupade tandköttfickor och blödningar i tandkötet när tandimplantaten undersöks. Periimplantit är lika vanligt hos vuxna med tandimplantat som parodontit är hos vuxna i stort. Behandlingarna har också samma mål, men metoderna skiljer sig något.

Rekommendationer till tandvården – periimplantit hos vuxna

Id	Ge vuxna med periimplantit och otillräcklig munhygien ...	Prioritet
C13.1	stöd för att förbättra munhygien.	3
3	kvalificerat rådgivande samtal.	5
4	rådgivande samtal.	6
Id	Ge vuxna med periimplantit ...	Prioritet
C17.1	regelbunden stödbehandling, till exempel med professionell implantatrengöring, för att förebygga sjukdomsåterfall.	3
C16.1	lambåkirurgi.	4
Id	Undvik om möjligt att ge vuxna med periimplantit ...	Prioritet
C15.2, C19.2	<ul style="list-style-type: none"> • lokal behandling med klorhexidin, som tillägg till mekanisk infektionsbehandling • rekonstruktiv behandling som tillägg till lambåkirurgi, med benersättningsmaterial – om patienten har en djup bendefekt vid ett tandimplantat. 	9
C13.3, C14.3, C14.4, C14.6, C15.1, C19.3	<ul style="list-style-type: none"> • munsköljning med antiseptisk lösning, som tillägg till tandborstning • spolning av fördjupade tandköttfickor med antimikrobiell lösning, som enda behandling eller som tillägg till mekanisk infektionsbehandling • fotodynamisk diodlaser, lågenergilaser eller probiotika, som tillägg till mekanisk infektionsbehandling • rekonstruktiv behandling som tillägg till lambåkirurgi, med emaljmatrixprotein – om patienten har en djup bendefekt vid ett tandimplantat. 	10
Id	Ge <u>inte</u> vuxna med periimplantit ...	Prioritet
C15.5	systemisk behandling med antibiotika, som enda behandling.	icke-göra

➔ **Läs mer:** I kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar* beskrivs insatserna rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal närmare. Se avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor*.



Så har vi prioriterat

Både parodontit och periimplantit är hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad. Goda munhygienvanor är avgörande för effekten av sjukdomsbehandlingen, och för den framtida hälsan hos tänder och vävnader kring tandimplantat. Alla patienter med behandlingsbehov bör därför få stöd för att förbättra munhygien, som en grund för sjukdomsbehandlingen. Sådant generellt stöd har hög prioritet. Det är dock inte säkerställt vilka specifika former av samtalsstöd som har störst effekt. Osäkerheten beror bland annat på att studierna av rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal i Socialstyrelsens kunskapsunderlag enbart är utförda på specialistkliniker, där varken kompetensen eller patienterna är representativa för hela tandvården. Dessutom varierade samtalens innehåll. På grund av osäkerheten har dessa specifika insatser inte högsta möjliga prioritet. Kvalificerat rådgivande samtal har dock en något större effekt än rådgivande samtal.

Mekanisk infektionsbehandling bidrar till mindre sjukdomssymtom hos patienter med parodontit, och har hög prioritet. Hög prioritet har också lambåkirurgi som tilläggsbehandling för patienter med parodontit och djupa tandköttsfickor som kvarstår efter den inledande mekaniska infektionsbehandlingen. Denna behandling har stor effekt. Patienter med en djup bendefekt vid en tand kan också behöva rekonstruktiv behandling som tillägg till lambåkirurgin. Även sådan behandling har stor effekt och hög prioritet.

Vid periimplantit är icke-kirurgisk mekanisk infektionsbehandling mindre effektiv än vid parodontit. Lambåkirurgi behövs oftast för att avlägsna bakteriebeläggningar på tandimplantat och har därför hög prioritet.

Efter sjukdomsbehandlingen är individanpassad regelbunden stödbehandling viktig för att hålla infektionen fortsatt kontrollerad, hos patienter med både parodontit och periimplantit. Behandlingen minskar risken för mer omfattande behandlingar i framtiden, och har även den hög prioritet.

Låg prioritet har däremot olika tilläggsbehandlingar som till exempel munsköljning, spolning av tandköttsfickor eller laser. De förbättrar behandlingseffekten mycket lite, eller inte alls.

Vidare bör ”full-mouth disinfection” inte utföras alls som tillägg till mekanisk infektionsbehandling vid parodontit, eftersom behandlingen inte har någon säkerställd tilläggseffekt. Systemisk behandling med antibiotika vid parodontit bör endast övervägas som tilläggsbehandling, för patienter med snabbt fortskridande sjukdom. I övrigt saknar behandlingen effekt, och bidrar till onödig resistensutveckling mot antibiotika i befolkningen. Inte heller bör patienter med periimplantit erbjudas enbart systemisk antibiotikabehandling.

Så påverkas tandvården

Både samhället och patienterna kan göra stora hälsovinster och spara mycket resurser om patienter med parodontit och periimplantit kan nå goda munhygienvanor. Därmed kan olika typer av stöd till patienterna vara effektiva och minska behandlingsbehovet på längre sikt, men kräva satsningar i tandvården på kortare sikt. Personal kan till exempel behöva utbildas.

Även en ökad användning av mekanisk infektionsbehandling och lambåkirurgi väntas minska tandvårdsbehovet på längre sikt.

Samtidigt kan tandvården, samhället och patienterna spara resurser redan nu, om tandvården utmönstrar de behandlingar som Socialstyrelsen inte rekommenderar alls, och mer sällan utför behandlingarna med låg prioritet.



Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram sju indikatorer som är relevanta för att följa upp området sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat. Med dem mäter vi



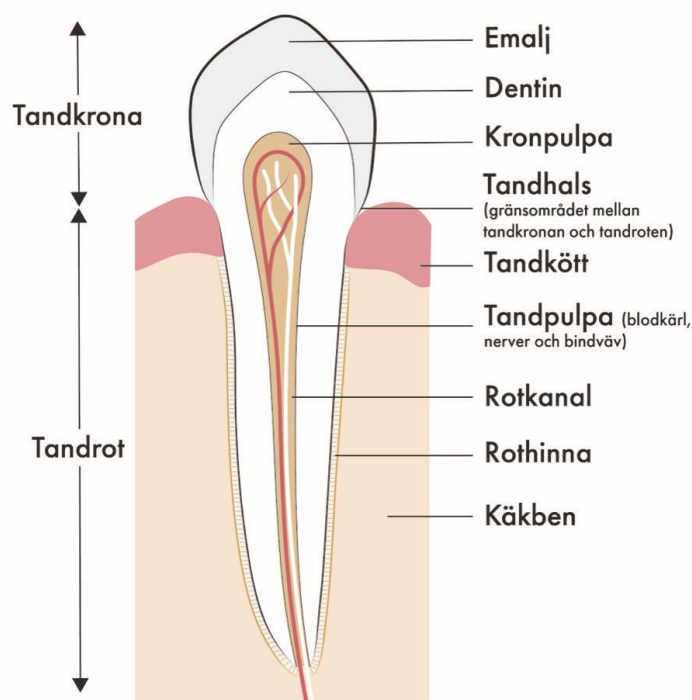
- andelen vuxna som förlorat en tand orsakat av sjukdom (indikator O4)
- andelen vuxna som förlorat ett tandimplantat orsakat av periimplantit (indikator O5)
- andelen vuxna med periimplantit som får behandling (indikator O10)
- andelen vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (indikator O12) – målet är minst 85 procent för karies och minst 75 procent för parodontit
- förekomst av parodontit hos vuxna (indikator O17)
- andelen vuxna med periimplantit (indikator O18)
- antibiotikaanvändning i tandvården (indikator O27) – målet är max 2 expedieringar per 1 000 invånare i variation mellan regionerna.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten

Tandpulpan är mjukvävnaden mitt i tanden. Den innehåller rikligt med nerver och blodkärl, och står i förbindelse med käkbenet (se figur 4). Om tandpulpan skadas måste den behandlas, annars kan tanden behöva tas bort. Här ger vi rekommendationer om sådan behandling.

Figur 4. Tandpulpans placering i tanden



Blottad tandpulpa

Tandpulpan kan blottas av olika anledningar, vanligen på grund av karies (exponering genom karierat dentin). Den kan också blottas vid en olyckshändelse där en bit av en frisk tand slås av, och vid tandbehandling (exponering genom friskt dentin). När tandpulpan blottas kan den inflammeras och patienten kan få tandvärk. Utan behandling kan tandpulpan dö (se avsnittet *Död tandpulpa (pulpanekros)*).

Det finns olika sätt att behandla:

- **Pulpaöverkappning** syftar till att återskapa en barriär mot munhålan för att undvika bakterieinfektioner, inflammationer och vävnadsdöd i pulpan. Tandläkaren gör ett slags sårförband av kalciumhydroxid eller mineral trioxid aggregat (MTA), som stimulerar pulpan att läka såret med ny hårdvävnad.
- Vid **partiell pulpotomi** avlägsnar tandläkaren det yttre skiktet av den blottade pulpan, cirka 1–2 mm. Därefter återskapar hen en barriär mot munhålan med ett sårförband, på samma sätt som vid pulpaöverkappning.
- Vid **pulpektomi** tar tandläkaren bort all pulpavävnad i rotkanalen och rotfyller tanden.

Rekommendationer till tandvården – blottad tandpulpa hos vuxna

Id	Behandla vuxna med en tandpulpa som blottats genom ...	med ...	Prioritet
D2.3	kariert dentin	pulpektomi.	3
D1.1, D1.2, D1.4	friskt dentin	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> pulpaöverkappning med MTA eller kalciumhydroxid som sårförband partiell pulpotomi. 	4
D2.1, D2.2	kariert dentin	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> pulpaöverkappning med MTA eller kalciumhydroxid som sårförband partiell pulpotomi. 	6
Id	Behandla <u>inte</u> vuxna med en tandpulpa som blottats genom ...	med ...	Prioritet
D1.3	friskt dentin	pulpaöverkappning med bondingmaterial som sårförband.	icke-göra

Kommentar: Alla behandlingar förutsätter en tät fyllning, temporär eller permanent.

➔ **Läs mer:** Risken för blottad tandpulpa minskar när tandvården erbjuder stegvis eller selektiv exkavering till personer med djup dentinkaries. Se avsnittet *Kariesskador som behöver repareras*.

Död tandpulpa (pulpanekros)

Vävnaden i tandpulpan riskerar att dö (pulpanekros) om sjukdomar i pulpan inte behandlas i ett tidigt skede. Det beror på att munhålan bakterier framkallar en inflammation i den blottade pulpan. Ofta påverkas även vävnaden runt tandens rotspets (apikal parodontit).

Om pulpavävnad dör behöver patienten rotbehandling. Tandläkaren rensar då rotkanalen från döda pulparester och bakterier, vid ett eller flera tillfällen. Därefter rotfyller hen tanden. Ett alternativ till rotbehandling är att ta bort tanden.

Rekommendation till tandvården – död tandpulpa (pulpanekros) hos vuxna

Id	Behandla vuxna med ...	genom att ge ...	Prioritet
D3.1– D4.2	pulpanekros (död vävnad i tandpulpan), med eller utan apikal parodontit (inflammation i vävnaden runt tandens rotspets)	rotbehandling (rensning av rotkanalen, vid ett eller flera tillfällen, och rotfyllning).	3

Kommentar: Behandlingen förutsätter en tät fyllning, temporär eller permanent.

Rotfylld tand

Tandens rotkanal riskerar att invaderas av bakterier från munhålan om en rotfyllning är ofullständig och rotkanalen blottas mot munhålan, till exempel på grund av karies eller en tappad fyllning. Detta kan i sin tur inflamma vävnaden runt tandens rotspets (apikal parodontit). Apikal parodontit kan

även finnas vid fullständigt rotfyllda tänder, om det finns bakterier kvar i rotkanalen.

Patienten kan då behöva revisionsbehandling. Det innebär att tandläkaren tar bort den tidigare rotfyllningen, rensar rotkanalen på nytt och gör en ny rotfyllning. Ett alternativ är att behandla tanden vid rotspetsen med hjälp av en rotspetsoperation. En sådan operation kan behövas om rotfyllningen inte går att göra om.

Rekommendationer till tandvården – rotfylld tand hos vuxna

Id	Behandla vuxna med ...	genom att ge ...	Prioritet
D6.1	följande i kombination: <ul style="list-style-type: none"> • en ofullständigt rotfylld tand • ingen apikal parodontit • exponerat rotkanalssystem 	revisionsbehandling.	6
D7.1, D7.2	följande i kombination: <ul style="list-style-type: none"> • en rotfylld tand • apikal parodontit 	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • revisionsbehandling • rotspetsoperation: apikalkirurgi med retrograd fyllning. 	6
Id	Undvik om möjligt att behandla vuxna med ...	genom att ge ...	Prioritet
D6.2	följande i kombination: <ul style="list-style-type: none"> • en ofullständigt rotfylld tand • ingen apikal parodontit • inget exponerat rotkanalssystem 	revisionsbehandling.	10

Kommentar: Alla revisionsbehandlingar förutsätter en tät fyllning, temporär eller permanent.

Smärta och infektion i tandpulpan och tandroten

Patienter med inflammation i tandpulpan (pulpit) eller vävnaden runt tandens rotspets (apikal parodontit) kan ha smärta och infektioner som behöver behandlas akut.

Pulpit är för det mesta en följd av karies, och kan ge en intensiv smärta som kräver ett snabbt och effektivt omhändertagande. Som akutbehandling avlägsnar tandläkaren ofta kronpulpan (den del som finns i tandens krona) och gör en temporär fyllning. Man kan också behandla orsaken till symtomen direkt, med pulpektomi (se avsnittet *Blottad tandpulpa*). Om tandpulpan inte är blottad kan tandläkaren i stället ta bort all karies och göra en fyllning, men det förutsätter att patienten bara har lätt till måttlig smärta (se avsnittet *Kariesskador som behöver repareras*).

Apikal parodontit är en följd av död och infekterad tandpulpa (se avsnittet *Död tandpulpa (pulpanekros)*). Patienten kan både få symtom lokalt vid tandroten och allmänna symtom, om infektionen sprider sig. Allmäntillståndet kan påverkas och patienten kan få feber, svullna lymfkörtlar och i sällsynta fall blodförgiftning (sepsis). Tandläkaren kan behandla symtomen genom att rensa rotkanalssystemet fullständigt, för att avlägsna infektkällan.

Rekommendationer till tandvården

– smärta och infektion i tandpulpan och tandroten hos vuxna

Id	Behandla symtomen hos vuxna med pulpit (inflammation i tandpulpan), om ...	genom att ...	Prioritet
D8.1	kariesskadans uppmjukningszon inte har nått tandpulpan	1. ta bort karies (fullständig kariesexkavering) 2. försegla tanden, inklusive den djupaste delen av kariesskadan, med temporär eller permanent fyllning.	2
D9.2	bakterier har nått tandpulpan, till exempel genom en kariesskada	1. avlägsna kronpulpan 2. försegla tanden med temporär fyllning.	2
D9.3		utföra pulpektomi och ge något av följande: • temporärt kalciumhydroxidinlägg • permanent rotfyllning.	4
Id	Behandla <u>inte</u> symtomen hos vuxna med pulpit (inflammation i tandpulpan), om ...	genom att ...	Prioritet
D9.4	bakterier har nått tandpulpan, till exempel genom en kariesskada	ge systemisk behandling med antibiotika.	icke-göra
Id	Behandla symtomen hos vuxna med apikal parodontit (inflammation vid tandroten), om ...	genom att ...	Prioritet
D11.1	sjukdomen är spridd och påverkar allmäntillståndet	1. avlägsna infektkällan genom att rensa rotkanalssystemet fullständigt (eller dränera på annat sätt) 2. försegla tanden med temporär eller permanent fyllning 3. ge systemisk behandling med antibiotika.	2
D10.2	sjukdomen inte påverkar allmäntillståndet	1. rensa rotkanalssystemet fullständigt 2. försegla tanden med temporär fyllning.	2
D10.1		1. avlägsna den döda kronpulpan 2. försegla rotkanalssystemet med temporär eller permanent fyllning.	4
Id	Undvik om möjligt att behandla symtomen hos vuxna med apikal parodontit (inflammation vid tandroten), om ...	genom att ...	Prioritet
D10.4	sjukdomen inte påverkar allmäntillståndet	ge systemisk behandling med antibiotika, som enda behandling i det akuta skedet.	9
D10.3		ge systemisk behandling med antibiotika, som tillägg till fullständig rensning och försegling av rotkanalssystemet.	10



Så har vi prioriterat

För patienter med blottad tandpulpa på grund av karies har pulpektomi stor effekt. Behandlingen har därför högsta möjliga prioritet utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, som bedöms vara stor. Pulpaöverkappning och partiell pulpotomi har mindre effekt för dessa patienter, men effekten är åldersberoende och behandlingen kan övervägas för yngre patienter. Pulpaöverkappning och partiell pulpotomi är att föredra när tandpulpan har blottats genom friskt dentin, till exempel på grund av en olyckshändelse. Bondingmaterial bör inte användas alls som sårförband, eftersom det har sämre effekt på pulpaöverlevnaden än kalciumhydroxid eller MTA och behandlingen inte bedöms vara kostnadseffektiv. MTA har vidare något bättre effekt än kalciumhydroxid, men kostar mer och den kliniska erfarenheten är mindre.

Vid död tandpulpa rekommenderar vi rotbehandling med hög prioritet, eftersom den har stor effekt för att läka vävnaden runt rotspetsen. Kostnaden är också låg i förhållande till nyttan. Även detta hälsotillstånd har stor svårighetsgrad.

Rekommendationerna om smärta och infektion i tandpulpan gäller hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad, och de högst prioriterade behandlingarna lindrar symtomen effektivt. Kostnaden är låg till måttlig i förhållande till nyttan. Systemisk behandling med antibiotika bör dock inte användas som enda behandling, eftersom den endast har effekt på akut infektion och kräver kompletterande rotbehandling för att ge långsiktig effekt. I det akuta skedet kan behandlingen vara motiverad om rotkanals-systemet är otillgängligt. Behandlingen ökar risken för resistensutveckling mot antibiotika i befolkningen.

För patienter med en rotfylld tand ger vi ingen rekommendation med hög prioritet, eftersom de aktuella hälsotillstånden enbart har en liten eller måttlig svårighetsgrad. Revisionsbehandling och rotspetsoperation med retrograd fyllning är dock effektiva behandlingar för patienterna. Revisionsbehandling har däremot mycket låg prioritet för patienter som har en ofullständig rotfyllning men ingen apikal parodontit och inte ett exponerat rotkanals-system, eftersom kostnaden är mycket hög i förhållande till nyttan.

Så påverkas tandvården



Det är svårt att bedöma hur tandvården kommer att påverkas av rekommendationerna. Rekommendationerna väntas dock inte få stora konsekvenser, eftersom de i princip är oförändrade sedan 2011.

Så utvärderar vi tandvården



Socialstyrelsen har tagit fram nio indikatorer som är relevanta för att följa upp området sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten. Med dem mäter vi

- andelen vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt (indikator O2) – målet är att max 15 procent av alla med fyllningar behöver göra om dem inom 3 år, och att max 10 procent av alla med kronor behöver göra om dem inom 5 år

- andelen vuxna som förlorat en tand orsakat av sjukdom (indikator O4)
- antal kvarvarande egna tänder hos vuxna (indikator O6)
- andelen barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling (indikator O11)
- andelen vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling (indikator O12) – målet är minst 85 procent för karies och minst 75 procent för parodontit
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O15) – målet är minst 90 procent kariesfria 6-åringar
- förekomst av kariessjukdom hos personer över 24 år (indikator O16)
- effekt av rotbehandlingar hos vuxna (indikator T16) – målet är att minst 90 procent av alla vuxna med rotfyllningar inte ska ha behövt vidta ytterligare åtgärder inom fem år
- antibiotikaanvändning i tandvården (indikator O27) – målet är max 2 expedieringar per 1 000 invånare i variation mellan regionerna.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Smärta och käkfunktionsstörningar

Det är relativt vanligt att både ungdomar och vuxna känner smärta i munnen, ansiktet och käkarna. Om smärtan är långvarig beror den ofta på funktionsstörningar i käkarna. Akut smärta i käkarna beror däremot oftast på tandvärk.

Käkfunktionsstörningar är både underdiagnostiserade och underbehandlade, och tandvårdspersonalen behöver systematiskt identifiera de patienter som behöver stöd och behandling.

Patienterna kan känna smärta och obehag när de äter, tuggar och talar. Många upplever att livskvaliteten försämras, och en del undviker socialt umgänge på grund av besvären. Det är också vanligt att samtidigt ha andra smärtor i kroppen och nedsatt allmän hälsa. Orsakerna är ofta komplexa och livsstilsrelaterade, och tandvården kan därför behöva samverka med annan hälso- och sjukvård för att ge rätt stöd och behandling. Patienterna behöver ofta utredas ur både ett tandvårdsperspektiv och ett psykosocialt perspektiv.

Efter en klinisk undersökning och en diagnos bör all behandling inledas med noggrann information till patienten och råd om egenvård. Patientens egen medverkan har ofta stor betydelse för en lyckad behandling. De flesta blir sedan hjälpta av behandling inriktad på att

- förändra vanor och beteenden som bidrar till smärtan och obehaget, och lära sig att hantera smärtan, med hjälp av kvalificerat rådgivande samtal
- minska smärtan och obehaget, till exempel med en bettskena eller läkemedel
- avlasta käkarna och skydda tänderna, till exempel med en bettskena
- förbättra käkarnas funktion och rörelseförmåga, till exempel med en bettskena, avslappningsövningar eller töjningsövningar.

Kvalificerat rådgivande samtal är centralt i behandlingen vid alla käkfunktionsstörningar, för att stödja egenvård och motivera till beteendeförändringar.

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet *Rekommendationer del 2: Utredda och diagnostisera* finns en rekommendation om att systematiskt identifiera patienter med smärta och käkfunktionsstörningar, och en rekommendation om att ställa diagnos i systemet DC/TMD. Se avsnittet *Systematiska arbetssätt*.
- I kapitlet *Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar* beskrivs metoden kvalificerat rådgivande samtal. Se avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor*.

Käkfunktionsstörning – övergripande diagnos

Patienter får en övergripande diagnos när det inte går att klarlägga exakt vad som orsakar smärta och funktionsstörningar i käksystemet: käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS⁵). Efter närmare utredning kan tandläkaren ställa en eller flera specifika diagnoser (se exempel i övriga avsnitt om smärta och käkfunktionsstörningar nedan).

Rekommendationer till tandvården

– käkfunktionsstörning – övergripande diagnos

Id	Behandla personer med käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS) med ...	Prioritet
E1.1, E1.3, E1.10	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • kvalificerat rådgivande samtal • tøjning • bettskena. 	4
E1.8	smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel: NSAID.	5

Käkfunktionsstörningar relaterade till käkleden

Patienter kan få olika besvär om käkledsdiskens har förskjutits och hamnat i fel läge. Symtomatisk diskförskjutning med återgång innebär att käkleden knäpper, hakar upp sig och låser känen vid upprepade tillfällen. Symtomatisk diskförskjutning utan återgång innebär att käkledsdiskens är permanent förskjuten och hindrar käkledens rörelser. Patienten får då svårare att gapa, och smärta när hen gapar.

Vidare får patienter käkledssmärta (artralgi) om de till exempel har en inflammation i käkleden. Smärtan förstärks oftast när patienten tuggar och gapar. Behandlingen syftar till att minska smärtan och den eventuella inflammationen, och minska belastningen på käkleden. Ett fåtal patienter behöver en operation.

⁵ Från engelskans "temporomandibular disorders" och svenskans "utan närmare specifikation".

Rekommendationer till tandvården – käkfunktionsstörningar relaterade till käkleden

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • symtomatisk diskförskjutning • käkledssmärta 	kvalificerat rådgivande samtal.	4*
E4.1	symtomatisk diskförskjutning utan återgång	töjning.	4
E6.9, E6.10	käkledssmärta	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • smärtstillande och inflammationsdämpande läkemedel: NSAID • bettskena: stabiliseringsskena. 	4
E6.1		rörelseträning.	5
E2.2	symtomatisk diskförskjutning med återgång	bettskena: stabiliseringsskena.	5
E2.1		koordinationsträning.	6
E4.5	symtomatisk diskförskjutning utan återgång	bettskena: stabiliseringsskena.	6
Id	Behandla <u>inte</u> personer med ...	med ...	Prioritet
E7.1	akut käkledssmärta	ocklusal korrigering: bettslipning.	icke-göra

*Åtgärden är prioriterad utifrån hälsotillståndet allmänna käkfunktionsstörningar (TMD UNS), men rekommendationen E1.1 gäller alla hälsotillstånd vi tar upp inom området smärta och käkfunktionsstörningar. Några av hälsotillstånden har dock lägre svårighetsgrad än allmänna käkfunktionsstörningar.

Käkfunktionsstörningar relaterade till käkmusklerna

Patienter med käkmuskelsmärta (myalgi) har lokal smärta och värk i en eller flera käkmuskler. Ofta har de också huvudvärk och smärta i angränsande muskelgrupper, till exempel i nacken och skuldrorna. Behandlingen syftar till att minska smärtan och förbättra käkfunktionen.

Rekommendationer till tandvården – käkfunktionsstörningar relaterade till käkmusklerna

Id	Behandla personer med käkmuskelsmärta med ...	Prioritet
E1.1	kvalificerat rådgivande samtal.	4*
E21.9	bettskena: stabiliseringsskena.	4
E21.2	töjning.	5
E21.10	bettskena: mjukplastskena.	6
E21.11	bettskena: partiell frontal skena.	7

*Åtgärden är prioriterad utifrån hälsotillståndet allmänna käkfunktionsstörningar (TMD UNS), men rekommendationen E1.1 gäller alla hälsotillstånd vi tar upp inom området smärta och käkfunktionsstörningar. Några av hälsotillstånden har dock lägre svårighetsgrad än allmänna käkfunktionsstörningar.

Käkfunktionsstörningar relaterade till tandkontakter (ocklusion)

Patienter kan uppleva att bettet inte stämmer och att tänderna inte passar ihop. Upplevelsen kan bero på traumatiserande ocklusion: Ett tandpar

belastas ogynnsamt när patienten tuggar eller biter ihop, till exempel på grund av en skada i den ena sidans käkled. Då kan tandläkaren slipa till bettet. Bettslipning kan dock göra mer skada än nytta om det inte går att se någon orsak till patientens upplevelse vid en klinisk undersökning – dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt.

Rekommendationer till tandvården – käkfunktionsstörningar relaterade till tandkontakter (ocklusion)

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	käkfunktionsstörningar relaterade till tandkontakter (ocklusion) – oavsett typ	kvalificerat rådgivande samtal.	4*
E28.1	traumatiserande ocklusion	ocklusal korrigering: bettslipning.	5
Id	Behandla <u>inte</u> personer med ...	med ...	Prioritet
E29.2	dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt	ocklusal korrigering: bettslipning.	icke-göra

*Åtgärden är prioriterad utifrån hälsotillståndet allmänna käkfunktionsstörningar (TMD UNS), men rekommendationen E1.1 gäller alla hälsotillstånd vi tar upp inom området smärta och käkfunktionsstörningar. Några av hälsotillstånden har dock lägre svårighetsgrad än allmänna käkfunktionsstörningar.

Onormalt tandslitage, tandpressning och tandgnissling

Hos patienter med onormalt tandslitage nöts tänder, tandkronor eller protetiska konstruktioner onormalt, på grund av patientens motoriska beteende eller matvanor. Patienten kan till exempel pressa eller gnissla tänderna hårt (bruxism) eller ha en annan så kallad orofacial parafunktion, som att pressa tungan mot tänderna, bita sig i kinderna eller spänna käken. En bettskena kan både avlasta tänderna och skydda dem från slitage. Exempel på en matvana som ökar risken för onormalt tandslitage är att dricka sura drycker ofta.

Rekommendationer till tandvården – onormalt tandslitage, tandpressning och tandgnissling

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> onormalt tandslitage bruxism eller annan orofacial parafunktion 	kvalificerat rådgivande samtal.	4*
E30.2	tandslitage med risk för progression	bettskena: stabiliseringsskena.	5
E31.3	bruxism eller annan orofacial parafunktion	bettskena: stabiliseringsskena.	6

*Åtgärden är prioriterad utifrån hälsotillståndet allmänna käkfunktionsstörningar (TMD UNS), men rekommendationen E1.1 gäller alla hälsotillstånd vi tar upp inom området smärta och käkfunktionsstörningar. Några av hälsotillstånden har dock lägre svårighetsgrad än allmänna käkfunktionsstörningar.

Så har vi prioriterat



Kvalificerat rådgivande samtal är förstahandsbehandlingen vid alla käkfunktionsstörningar. Den bör erbjudas alla patienter med sådana problem, eftersom den är central för att stödja egenvård och beteendeförändringar.

Övriga behandlingar bör erbjudas utifrån individuella behov, efter att patienten har fått allmän information och råd. De flesta käkfunktionsstörningar vi tar upp har en stor påverkan på munhälsan och livskvaliteten.

Töjningsövningar, bettskenor och smärtstillande läkemedel har till exempel måttlig till stor effekt på smärta vid allmänna käkfunktionsstörningar (TMD UNS) samt käkfunktionsstörningar relaterade till käkleden och käkmuskulerna. Bettskenor har också måttlig effekt på tandslitage samt tandpressning eller tandgnissling (bruxism) och andra orofaciala parafunktioner.

För patienter med käkmuskelsmärta är en stabiliserande bettskena i hårdplast att föredra framför andra varianter. Andra bettskenor riskerar att påverka bettet negativt om de används länge, och patienten behöver kallas till täta kontroller. Exempelvis mjukplastskenor och partiella frontala skenor kostar därmed mer i förhållande till nytta.

Att slipa bettet har vidare stor effekt på käkfunktionsstörningar med traumatiserande ocklusion, som är ett hälsotillstånd med en måttlig svårighetsgrad. Behandlingen har därför prioritet 5 för dessa patienter. Det är dock viktigt att utreda andra möjliga orsaker till symtomen. För patienter med akut käkledssmärta eller dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt, kan behandlingen vara direkt skadlig, och bör inte utföras alls.

Så påverkas tandvården

Socialstyrelsen rekommenderar kvalificerat rådgivande samtal, töjning och bettskena framför NSAID-läkemedel, för patienter med käkfunktionsstörningar utan närmare specifikation. Dessa behandlingar kräver mer resurser och väntas öka kostnaderna på kort sikt, men leda till besparingar på längre sikt.

Tandvårdspersonal kan också behöva utbildning och kompetens för att kunna arbeta med kvalificerat rådgivande samtal. Att denna åtgärd är central för behandlingen ställer ökade krav på tandvården, och ökar resursförbrukningen på kortare sikt.



Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer som är relevanta för att följa upp området smärta och käkfunktionsstörningar. Med dem mäter vi

- andelen barn och vuxna med munsjukdom som får orsaksinriktad behandling (indikator T8)
- andelen vuxna som får åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär (indikator O7) – målet är minst 50 procent
- andelen barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen (indikator O13).



➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Tandlöshet

Det finns olika former av tandlöshet. Patienten kan sakna

- en eller flera tänder (partiell tandlöshet)
- alla tänder i överkäken, underkäken eller båda käkarna (total tandlöshet).

Tandlösheten kan bero på sjukdomar som karies och parodontit, eller vara medfödd. Även olycksfall kan orsaka tandlöshet.

Total tandlöshet har minskat dramatiskt i befolkningen de senaste 50 åren, och förskjutits upp i åldrarna. Majoriteten av de drabbade är över 85 år. Även enstaka eller begränsade tandförluster har blivit ovanligare. Samtidigt har tandförluster blivit mer stigmatiserande i samhället.

Det är dock inte självklart att ersätta alla tänder som saknas. I första hand bör patienter få ersätta de tandförluster som gör det svårare att äta, tugga eller tala. Syftet med en behandling är att återställa den försämrade funktionen och förhindra framtida problem. Tänder kan också behöva ersättas om patienten upplever tandförlusten som estetiskt störande, eller om hen påverkas psykosocialt.

Patientens förutsättningar och önskemål är alltså viktiga i valet av behandling. Tandläkaren behöver också väga in hälsan och funktionen hos de tänder som finns kvar. Det finns ofta flera möjliga behandlingsalternativ, som skiljer sig när det gäller komfort och kostnad (se exempel i rutan *Tandreglering och olika slags tandersättningar*).

Här ger vi rekommendationer om sådana behandlingsalternativ vid olika typer av tandlöshet. Vi ger också rekommendationer om den implantat-installation som behövs när man valt implantatkirurgi som behandling.

➔ **Läs mer:** I avsnittet *Särskilda tandvårdsbehov hos barn* ger vi rekommendationer om tandreglering för barn. Se underavsnittet *Bettavvikelser och avsaknad av tandanlag*.

Tandreglering och olika slags tandersättningar

Tandreglering: Tandreglering innebär oftast behandling med olika typer av fasta tandställningar, men tandställningen kan också vara avtagbar. Tandställningar används till exempel för att sluta tandluckor och justera bettavvikelser. De kan också behövas för att göra det lättare att sätta in tandersättningar.

Krona: En krona är en fast protetisk konstruktion och omsluter det som är kvar av en skadad tand, som en hätta. Kronan konstrueras från ett avtryck av den skadade tanden, och fästs sedan med cement på tanden. En *implantatstödd krona* fästs på ett implantat som har opererats in i käkbenet.

Avtagbar protes: En avtagbar protes består av konstgjorda tänder och ersättning för tandkött. Patienten kan själv ta ut och sätta in den i munnen. En *delprotes* är fäst vid tänder som finns kvar i käken, medan en *helprotes* ersätter tänderna i en totalt tandlös käke. En *hel överkäksprotes* fäster som en sugkopp i överkäken och gommen. En *hel underkäksprotes* vilar på den tandlösa käken. En helprotes kan också knäppas fast på tandrötter eller implantat och kallas då täckprotes.

Bro: En bro är en fast protetisk konstruktion av en eller flera konstgjorda tänder. För att bron ska kunna ersätta förlorade tänder måste det finnas tillräckligt många tänder kvar i käken för att ge bra stöd åt bron. En *tandstödd bro* stödjer sig på de tänder som gränsar till tandluckan, medan en *implantatstödd bro* stödjer sig på ett implantat som har opererats in i käkbenet.

Kombinationsbehandlingar med tandreglering och någon form av tandersättning kan vara till nytta för många.

Total tandlöshet i överkäken eller underkäken

Patienter som saknar alla tänder i överkäken bör behandlas med antingen en implantatstödd bro eller någon form av avtagbar protes (så kallad täckprotes eller total plattprotes). I underkäken är förstahandsvalet i regel en implantatstödd bro, men avtagbara proteser kan också vara aktuella, även om de brukar upplevas som mindre bekväma i underkäken.

Rekommendationer till tandvården
– total tandlöshet i överkäken eller underkäken hos vuxna

Id	Behandla vuxna med total tandlöshet i ...	med ...	Prioritet
G1.1– G1.3	överkäken	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • implantatstött bro • implantatstött täckprotes • total plattprotes. 	2
G2.2	underkäken	implantatstött bro.	2
G2.3		implantatstött täckprotes.	3
G2.1		total plattprotes.	4

➔ **Läs mer:** I avsnittet *Tandlöshet som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten* finns rekommendationer om att installera de implantat som behövs för implantatstötta broar och täckproteser.

Entandsluckor

En entandslucka innebär att en tand saknas mellan två andra tänder. En funktionsnedsättande entandslucka kan åtgärdas med tandreglering, genom att patientens egna tänder förs samman. Det kallas luckslutning, och utförs med någon typ av tandställning. Luckslutning är ett alternativ som tandläkaren behöver väga mot att ersätta tanden med en protetisk konstruktion – en tandstött bro eller en implantatstött krona. Tandreglering kan också fungera som förbehandling inför en tandersättning.

Rekommendationer till tandvården
– entandsluckor hos vuxna

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
I1.1, I1.3, I1.7	i framtandsområdet	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • tandreglering: luckslutning med tandställning • tandstött bro • implantatstött krona (gäller enbart överkäken). 	3
I1.2, I1.4		något av följande eller både och: <ul style="list-style-type: none"> • tandreglering: förbehandling med tandställning inför tandersättning • tandstött extensionsbro. 	4
I2.7		implantatstött krona (gäller enbart underkäken).	5
I1.5, I90, I91		någon av följande tandstödda broar: <ul style="list-style-type: none"> • emaljretinerad metallförstärkt bro med 2 stödtänder • emaljretinerad metallförstärkt bro eller bro i keramik med 1 stödtand. 	6

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
I3.3, I3.5	i sidopartiet	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • tandstödd bro • implantatstödd krona. 	5
I3.4		tandstödd extensionsbro.	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
I3.6	i sidopartiet	tandstödd bro: emaljrelinerad metallförstärkt med 2 stödtänder.	8

➔ **Läs mer:** I avsnittet *Tandlöshet som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten* finns rekommendationer om att installera de implantat som behövs för implantatstödda broar och kronor.

Flertandsluckor

En flertandslucka innebär att två eller fler tänder saknas mellan två andra tänder. Funktionsnedsättande flertandsluckor behandlas i första hand med tandstödda eller implantatstödda broar, men även tandreglering kan vara ett alternativ. Ibland är luckorna dock för stora för att tandreglering eller en tandstödd bro ska fungera.

Rekommendationer till tandvården – flertandsluckor hos vuxna

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande flertandslucka med ...	Prioritet
G5.1, G5.6	något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • tandstödd bro • implantatstödd bro. 	3
G5.3	tandstödd extensionsbro.	5
G5.7	avtagbar protes.	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna med en funktionsnedsättande flertandslucka med ...	Prioritet
G5.8	emaljrelinerad bro: metallförstärkt med 2 stödtänder.	8

➔ **Läs mer:** I avsnittet *Tandlöshet som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten* finns rekommendationer om att installera de implantat som behövs för implantatstödda broar.

Friändstandlöshet

Patienter med friändstandlöshet saknar tänder bakom den sista tanden i tandraden – det vill säga tandförlusterna bildar ingen lucka i munnen.

Patienten kan sakna allt från en enda tand till nästan alla tänder på ena sidan.

Hälsotillståndets svårighetsgrad ökar med antalet saknade tänder. Patienter som saknar flera intilliggande tänder kan till exempel ha svårt att tugga och tala. Att sakna många intilliggande tänder kan också påverka till exempel den

allmänna hälsan, välbefinnandet, livskvaliteten, arbetsförmågan och det sociala livet.

När frändstandlösheten är funktionsnedsättande behandlas den i första hand med olika broar.

Rekommendationer till tandvården – frändstandlöshet hos vuxna

Id	Behandla vuxna med funktionsnedsättande frändstandlöshet med ...	Prioritet
G3.3	implantatstödd bro.	3
G3.4	implantatstödd extensionsbro.	4
G3.5	tandstödd extensionsbro.	5
G3.1, G3.2	något av följande: <ul style="list-style-type: none">• avtagbar partialprotes• kombinationsprotes.	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna med funktionsnedsättande frändstandlöshet med ...	Prioritet
G3.7	tandstödd extensionsbro på stiftförankrat stöd.	8

➔ **Läs mer:** I avsnittet *Tandlöshet som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten* finns rekommendationer om att installera de implantat som behövs för implantatstödda broar.

Tandlöshet som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten

Patienter som ska få tänder ersatta med en implantatstödd protetisk konstruktion (till exempel en krona eller bro) behöver först få ett tandimplantat inopererat i käkbenet. Det är vanligen skruvar av titan som växer fast i käkbenet, och fungerar som konstgjorda tandrötter. På titanskruvarna fäster tandläkaren sedan konstruktionen med de konstgjorda tänderna.

Om en implantatstödd krona ska ersätta en tand som måste tas bort, kan tandläkaren antingen installera tandimplantatet direkt efter tandborttagningen, eller efter en läkningsperiod på 3–4 månader.

För att underlätta en optimal placering av ett tandimplantat kan tandläkaren använda en kirurgisk guide. Guiden görs i ett digitalt planeringsverktyg, utifrån datortomografiska bilder av patientens käke. Den skrivs ut i 3D-format och fungerar som en borrhjelp för tandläkaren som installerar implantatet.

När implantatet är installerat behöver tandläkaren ta ställning till om patienten kan få sin tandersättning direkt eller om det behövs en läkningstid på cirka 3 månader: direkt belastning eller konventionell belastning. Tandläkaren bedömer detta i samband med implantatinstallationen. Valet beror bland annat på hur fast implantatet har hunnit sätta sig i käkbenet – om det har nått primär stabilitet eller inte. Detta kan påverka implantatets överlevnad när den protetiska konstruktionen sätts in.

Det är vanligt att käkbenet ombildas hos patienter som förlorat tänder, så att det med tiden blir svårare att installera implantat. Även patienter med

utebliven tandutveckling, infektioner eller skador efter en olycka kan ha för lite käkben. I vissa fall kan man bygga upp käkbenet genom att transplantera ben från andra delar av kroppen eller använda benersättningsmaterial. Tekniken kallas benaugmentation. Tandläkaren kan sedan antingen installera implantatet samtidigt med benaugmentationen (enstegsbehandling) eller efter en läkningstid (tvåstegsbehandling).

Benaugmentation förlänger generellt den totala behandlingstiden. För att korta ner behandlingstiden kan man ibland installera korta implantat direkt utan benaugmentation, eftersom korta implantat kräver mindre käkben för att fästa än längre implantat.

I överkäkens sidopartier kan också ett så kallat sinuslyft utan benaugmentation vara ett alternativ. Tandläkaren lyfter då försiktigt upp slemhinnan i bihålan och installerar samtidigt implantatet. Med tiden bildas nytt ben kring implantatet. Inför behandlingen behövs en klinisk och röntgenologisk undersökning, för att bedöma förutsättningarna för behandling utan benaugmentation.

Rekommendationer till tandvården

– tandlöshet hos vuxna som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten

Id	Behandla vuxna med ...	med ...	Prioritet
115	en enskild tand som ska tas bort och ersättas med ett tandimplantat	tandutdragning och implantatinstallation vid samma tillfälle.	7
Id	Behandla vuxna som har partiell eller total tandlöshet i överkäken eller underkäken ...	med ...	Prioritet
112	och har nyinstallerade tandimplantat	konventionell belastning (tand-ersättningen sätts in först efter en läkningsperiod).	5
43		implantatinstallation med digitalt planerad guddad kirurgi.	6
46	och har nyinstallerade tandimplantat	direktbelastning (tand-ersättningen sätts in direkt efter tandimplantatet).	7
Id	Behandla vuxna som behöver tandimplantat men har för lite käkben och har ...	med ...	Prioritet
108	partiell eller total tandlöshet i överkäken	sinuslyft utan benaugmentation (slemhinnan i bihålan lyfts upp samtidigt som ett tandimplantat installeras).	4
107	partiell eller total tandlöshet i överkäken	benaugmentation och sedan implantatinstallation efter en läkningsperiod (tvåstegsbehandling: käkbenet byggs upp innan tandimplantatet installeras).	5
45	partiell tandlöshet i underkäken	korta tandimplantat (minst 6 mm) som möjliggör behandling utan benaugmentation.	5
105	partiell tandlöshet i överkäken		6



Så har vi prioriterat

Partiell och total tandlöshet är hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Svårighetsgraden beror till exempel på hur många tänder som saknas, var i munnen de saknas och hur de kvarvarande tänderna fungerar. Det finns flera behandlingsalternativ, och tandläkaren behöver väga in flera faktorer. Förutsättningarna kan till exempel variera för behandlingar i överkäken och underkäken, eller för behandlingar i framtandsområdet och sidopartiet i käken.

Tandstödda och implantatstödda broar är högt eller relativt högt prioriterade behandlingar för flera av hälsotillstånden, eftersom de överlever väl i munnen. Patienter med en avtagbar protes kan uppleva sämre livskvalitet och större osäkerhet eftersom proteserna kan lossna, jämfört med att ha tänder som sitter fast. Vid total tandlöshet fungerar proteserna också ofta sämre i underkäken än i överkäken, och protes i underkäken har därför lägre prioritet.

För patienter med entandslucka i framtandsområdet är luckslutning med tandställning ett alternativ till tandersättning med en protetisk konstruktion. Behandlingen har stor effekt och hög prioritet.

När implantatstödda protetiska konstruktioner är aktuella krävs implantatkirurgi. Om en enskild tand ska ersättas, kan det i särskilda fall vara lämpligt att installera tandimplantatet direkt efter att tanden har tagits bort. Risken ökar dock för att patienten förlorar implantatet, jämfört med om man väntar 3–4 månader. Direkt implantatinstallation har därför enbart prioritet 7.

När ökad precision är extra viktigt kan digitalt planerad guidad kirurgi vara lämpligt för att installera ett tandimplantat, men den bör inte användas för alla patienter. Kostnaden bedöms dessutom vara hög i förhållande till nyttan. Åtgärden har därför enbart prioritet 6.

När ett tandimplantat är installerat är det oftast bättre att sätta in tandersättningen efter en läkningsperiod (konventionell belastning) än att sätta in tandersättningen direkt (direktbelastning). Det beror på att direktbelastning kan öka risken för implantatförlust.

För patienter som behöver tandimplantat i överkäken men har för lite käkben är ett så kallat sinuslyft utan benaumentation förstahandsvalet, för att implantatet ska kunna installeras. Implantatet har då lika stor chans att överleva som vid sinuslyft med benaumentation (inopererat käkben eller benersättningsmaterial), men risken för komplikationer är mindre. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan. Andrahandsvalet är benaumentation, medan korta tandimplantat som möjliggör behandling utan benaumentation kan vara att föredra i underkäken. I underkäken överlever korta tandimplantat lika bra som längre tandimplantat, som installerats efter benaumentation.

Så påverkas tandvården



Det är svårt att bedöma hur tandvården kommer att påverkas av rekommendationerna om tandlöshet. Detta eftersom behandlingsalternativen är många, och många faktorer påverkar valet.

Enskilda patienters ekonomi har generellt stor betydelse för valet av behandling med en protetisk konstruktion. En avtagbar protes har lägre direkt

kostnad, men behandlingen behöver ofta göras om flera gånger, på grund av slitage, frakturer eller ytterligare tandförluster.

Den relativt låga prioriteten för guidad kirurgi när tandimplantat ska installeras, väntas minska användningen av CBCT-undersökning, som krävs för åtgärden. De flesta regioner använder i dag CBCT-undersökning regelbundet i tandvården, och kan därmed minska sina kostnader något.

Rekommendationen om att använda sinuslyft utan benaugmentation för patienter som behöver tandimplantat i överkäken men har för lite käkben, väntas minska risken för komplikationer och vara kostnadseffektiv.

Övriga rekommendationer om tandlöshet medför inga större förändringar av tandvårdens nuvarande arbetssätt och resursbehov.

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer som är relevanta för att följa upp området tandlöshet. Med dem mäter vi



- antal kvarvarande egna tänder hos vuxna (indikator O6)
- andelen barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen (indikator O13)
- andelen vuxna med en eller flera tand- eller implantatstödda konstruktioner som är i funktion efter 5 år (indikator T15) – målet är minst 90 procent.

➔ **Läs mer** i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård*.

Bettavvikelser

Bettavvikelser kan innebära till exempel överbett, underbett eller korsbett. Tänderna kan också sitta trångt, glest eller snett. Patienten kan framför allt påverkas psykosocialt, och uppleva bettavvikelsen som estetiskt störande. En del har också svårt att tugga och bita av.

Vuxna med bettavvikelser som ger funktionsstörningar kan behandlas med tandreglering, oftast med en fast tandställning. Tandställningen kan till exempel användas för att flytta de flesta tänder som sitter trångt, glest eller snett. Ibland kan bettavvikelser också behandlas med protetiska konstruktioner.

Rekommendationer till tandvården – bettavvikelser hos vuxna

Id	Reglera tänderna med tandställning hos vuxna med ...	Prioritet
F2.1	överbett: stort horisontellt.	4
F11.1, F3.1, F4.1	<ul style="list-style-type: none"> tänder som sitter trångt: trångställning med avvikande tandpositioner underbett: frontal invertering, med eller utan tvångsföring (när underkäken glider framåt vid sammanbitning). 	5
F8.1	korsbett: enkelsidigt och tvångsfört.	6
Id	Undvik om möjligt att reglera tänderna med tandställning hos vuxna med ...	Prioritet
F7.1, F9.1	något av följande korsbett: <ul style="list-style-type: none"> enkelsidigt men inte tvångsfört dubbelsidigt. 	10

→ Läs mer:

- Tandreglering beskrivs närmare i avsnittet *Tandlöshet*. Se rutan *Tandreglering och olika slags tandersättningar*.
- I avsnittet *Särskilda tandvårdsbehov hos barn* ger vi rekommendationer om tandreglering för barn. Se underavsnittet *Bettavvikelser och avsaknad av tandanlag*.

Så har vi prioriterat



Tandreglering med tandställning är oftast en effektiv behandling vid bettavvikelser. Högst prioritet har tandreglering vid stort horisontellt överbett, eftersom överbettet har stor påverkan på munhälsan, och behandlingen har stor effekt. De lågt prioriterade åtgärderna på området gäller hälsotillstånd med en lägre svårighetsgrad, där tandreglering har mindre effekt.

Så påverkas tandvården



Det är svårt att bedöma hur tandvården kommer att påverkas av rekommendationerna om bettavvikelser. Detta eftersom många faktorer påverkar valet av behandling. Troligen blir påverkan dock inte stor, eftersom många redan arbetar enligt rekommendationerna. Rekommendationerna gäller dessutom vuxna, och de flesta med bettavvikelser är barn.

Så utvärderar vi tandvården



Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer som är relevanta för att följa upp området bettavvikelser. Med dem mäter vi

- andelen unga vuxna som behandlats för bett- och tandpositionsavvikelser (indikator O8)
- andelen barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen (indikator O13).

→ Läs mer i rapporten *Indikatorer för tandvård*.

Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik tandvård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i en verksamhet. Det handlar om att

- införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt
- utmönstra behandlingar och metoder som inte har tillräcklig effekt, eller till och med är skadliga.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika åtgärder och patientgrupper.

➔ Läs mer

- på Socialstyrelsens utbildningsportal, där du som ska implementera tandvårdsriktlinjerna kan gå webbutbildningen *Tandvård 2.0* – se utbildning.socialstyrelsen.se
- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [49]
- i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi [50]
- hos Nationellt prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan genomföras planerat och framgångsrikt [49], och att ledarskapet är centralt i denna process [51].

Regionernas struktur för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera de nationella riktlinjerna för tandvård.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi i dag? Vilka åtgärder erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de åtgärder vi erbjuder i dag? Finns det åtgärder som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det åtgärder som kan vara skadliga?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka åtgärder är viktigast att införa eller utmönstra snabbt?

- Arbetar vi med att främja munhälsa, och inte bara med att behandla sjukdomar?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Vi vill förebygga att patientgrupper som kan tas om hand vid planerade besök söker tandvård akut.
- Vad lägger medarbetarna mest tid på? Har de rätt förutsättningar att arbeta på nya sätt, i mötet med patienterna?
- Vilka samverkar vi med, till exempel barnhälsovården, skolan och den kommunala hälso- och sjukvården?

Sätt mål

Sätt upp tydliga och mätbara mål, tillsammans med medarbetarna. Slutmålet är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen, enligt 2 § tandvårdslagen (1985:125).

Arbetet kan till exempel leda till att ni i verksamheten

- tar fram beslutsstöd för hur medarbetarna ska prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i det dagliga arbetet
- inför nya åtgärder eller behovsgrupper
- ransonerar vissa åtgärder, på grund av brist på resurser
- ser behov av kompetensutveckling
- utvecklar ledarskapet på alla beslutsnivåer.

Motivera medarbetarna

En viktig framgångsfaktor för implementering är att medarbetarna förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Medarbetare kan behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att utmönstra ineffektiva åtgärder. Det är viktigt med samsyn om resurserna i hela verksamheten, och om en kultur som stödjer lärande och utveckling.

Få de nya arbetssätten att användas

Medarbetare kan känna sig obekväma och osäkra på ett nytt arbetssätt, och därför inte arbeta som det är tänkt. För att förebygga detta kan du erbjuda medarbetarna löpande handledning i det nya arbetssättet, inom ramen för den ordinarie verksamheten.

På samma sätt kan det vara svårt att få medarbetare att sluta använda en viss metod. Både organisationen och invanda handlingsmönster kan behöva förändras. Om du har klart för dig vilken nytta det gör att utmönstra en viss metod, kan du använda den analysen för att motivera medarbetarna.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av medarbetarna använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de utmaningar som uppstår.

Du och medarbetarna behöver tillsammans både följa upp att nya metoder används rätt och att utmönstrade metoder inte börjar användas igen.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Mindre vårdgivare kan sakna resurser för implementering

En stor del av tandvården för vuxna patienter utförs på mindre mottagningar och kliniker. Det finns risk att mindre vårdgivare saknar resurser för att stödja medarbetarna i implementeringsarbetet.

Dessutom finns risk för konflikt mellan patientinflytandet och det professionella förhållningssättet, eftersom de vuxna patienterna betalar en stor del av sin tandvård själva. Exempelvis kan vissa patienter vilja besöka tandvården oftare än vad deras bedömda behov motiverar. Detta gäller både offentlig och privat tandvård.

Vissa sjukdomar har lägre status än andra

Som beslutsfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system, inklusive tandvårdens, och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldreomsorg och psykiatri har låg. Statusen blir högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och främst drabbar män eller främst behandlas av män [52].

Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer för tandvård, bör tänka på att hälsofrämjande insatser från till exempel tandsköterskor och även kariesbehandling kan ha lägre status än högteknologiska behandlingar som utförs av specialisttandläkare, till exempel implantatkirurgi.

Teknik implementeras oftare än kompetens

Det finns en tendens att verksamheter implementerar nya metoder som bygger på teknik i högre utsträckning än metoder som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan nya, bättre metoder har kommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare [52]. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande åtgärder och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både

förebyggande och tidiga insatser, till exempel mot karies. Det är inte resurseffektivt att vänta tills patienter får allvarlig karies och först då prioritera dem högt.

Enligt modellen för Socialstyrelsens prioriteringsarbete ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än faktisk sjukdom. Åtgärder som riktar sig till risktillstånd kan därmed ha något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än åtgärder för att behandla själva sjukdomen. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Kompletterande kunskapsstöd

Du som planerar och beslutar om tandvård för barn eller vuxna behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den tandvård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. I det här kapitlet hänvisar vi till sådant material.

Stöd för att implementera tandvårdsriktlinjerna

Socialstyrelsen har en webbutbildning, *Tandvård 2.0*, för dig som ska implementera de nationella riktlinjerna för tandvård i en verksamhet, eller arbeta med stöd av riktlinjerna i mötet med patienter.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens utbildningsportal:
utbildning.socialstyrelsen.se.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i tandvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

Du behöver till exempel följa basala hygienrutiner i ditt arbete. Det är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner. Vilka rutiner som gäller står i Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).

En nationell arbetsgrupp inom det nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) har också tagit fram en övergripande handlingsplan för hur tandvården kan utveckla patientsäkerhetsarbetet.

➔ **Läs mer** på

- Socialstyrelsens webbplats: patientsakerhet.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vardhygien/basala-hygienrutiner
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvårds webbplats: kunskapsstyrningvard.se.

Nationella riktlinjer för att förebygga sjukdomar

Ohälsosamma levnadsvanor som högt sockerintag och rökning försämrar både munhälsan och den allmänna hälsan. Tandvården och den övriga hälso-

och sjukvården behöver därför samverka kring personer med ohälsosamma levnadsvanor, och stödja beteendeförändringar.

Tandvården är en av få aktörer som regelbundet träffar de flesta barn och vuxna, ofta innan de har ett hälsoproblem som de behöver söka tandvård eller annan vård för. Tandvården har därmed unika förutsättningar att upptäcka ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen. Dessutom finns personal i tandvården med kompetens att arbeta med beteendeförändringar, framför allt tandhygienister. Socialstyrelsen ger rekommendationer om metoder för detta i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. En del av rekommendationerna ingår även i dessa nationella riktlinjer för tandvård.

➔ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [37].

Munhälsa och tandvård i andra nationella riktlinjer

Personer med dålig munhälsa har ofta andra sjukdomar samtidigt. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Tandvården och andra vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

Flera nationella riktlinjer från Socialstyrelsen innehåller rekommendationer om munhälsa eller tandvård, eller tar upp munhälsofrågor på andra sätt:

- En del personer med **adhd eller autism** har svårt att ta hand om sin munhälsa. Hälso- och sjukvården bör uppmärksamma detta och hänvisa patienter till tandvården vid behov.
- Personer med **diabetes** har en ökad risk för karies och parodontit. Socialstyrelsen rekommenderar därför hälso- och sjukvården att hänvisa vissa patienter med diabetes till tandvården, för ställningstagande om förebyggande åtgärder eller behandling av karies och parodontit.
- Många personer med **demenssjukdom** har problem att äta. Problemen kan till exempel bero på muntorrhet eller dålig tandstatus, som kan medföra undernäring och smärta. Socialstyrelsen rekommenderar därför diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument, för personer med demenssjukdom.
- Flera riskfaktorer är gemensamma för sjukdomen **obesitas** (även kallad fetma) och olika munsjukdomar. I riktlinjerna för vård vid obesitas finns också rekommendationer som kan vara aktuella för dig som beslutar om tandvård, till exempel när det gäller kunskap och kompetens för att inte stigmatisera patienter.
- Personer med **schizofreni och schizofreniliknande tillstånd** har en ökad risk för kroppslig ohälsa, inklusive försämrad munhälsa. Munhälsan kan till exempel försämras av läkemedel som ger muntorrhet och av rökning. Många med schizofreni tvekar också att söka vård. Socialstyrelsen rekommenderar därför stöd i kontakterna med den somatiska vården,

inklusive tandvården, för personer med schizofreni eller schizofreni-liknande tillstånd.

- Många som har haft **stroke** har svårt att sköta sin egen munvård, på grund av olika funktionsnedsättningar. Svårigheterna kan ge problem att tugga, tala och interagera socialt. Dessutom har patienterna ofta muntorrhet och sköra slemhinnor, vilket kan bidra till infektioner. Hälso- och sjukvården bör därför bedöma patientens munhälsa efter en stroke, och inkludera tandvårdspersonal i stroketeamet när det behövs.

➔ **Läs mer:**

- *Nationella riktlinjer för vård vid diabetes* [53]
- *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* [54]
- *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas* [55]
- *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd* [56]
- *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* [57].

➔ **Kommande publicering:** *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism* publiceras under 2022.

Webbutbildning och vägledning för munhälsa

Socialstyrelsen har en grundläggande webbutbildning för dig som möter personer som behöver stöd med sin munvård – i tandvården, den övriga hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

För dig som är chef eller verksamhetsutvecklare finns också en vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom. Den beskriver hur munhälsan behöver uppmärksammas under hela demenssjukdomens förlopp, med regelbundna uppföljningar och rätt insatser.

➔ **Läs mer** på Kunskapsguiden:

kunskapsguiden.se/aktuellt/webbutbildning-och-vagledning-for-munhalsa.

Stöd för att förebygga undernäring

Undernäring kan vara ett dolt hälsoproblem som smyger sig på nästan obemärkt, framför allt hos äldre. En persons munhälsa påverkar förmågan att äta, dricka och svälja. En dålig munhälsa kan därmed öka risken för undernäring. Samtidigt kan undernäring försämra den allmänna hälsan och exempelvis motoriken och den kognitiva förmågan, vilket i sin tur påverkar förmågan att sköta den dagliga munhygien. Personal i tandvården, liksom personal i hemtjänsten och på särskilda boenden, har därför en viktig roll i att upptäcka tidiga tecken på undernäring hos framför allt äldre.

Du som är arbetsledare eller chef behöver se till att medarbetarna har rutiner för att agera när de ser tecken på undernäring eller risk för undernäring, och att de vet vem de ska kontakta så att patienten får rätt åtgärder. Många problem vid undernäring kan förebyggas om tandvården,

den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten (det vill säga den kommunala omsorgen) samarbetar, utifrån sina synsätt och kompetenser.

Socialstyrelsen har föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och behandla undernäring. Det finns också ett kunskapsstöd som kompletterar föreskrifterna.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/aldre/aldres-halsa/mat-for-aldre. Se till exempel *Föreskrifter och allmänna råd om förebyggande och behandling av undernäring (SOF 2014:10)* och *Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Stöd för dig som arbetar med barn och unga

Socialstyrelsen tar fram kunskapsstöd och vägledningar för dig som arbetar med barn och unga i bland annat tandvården. På webbplatsen Kunskapsguiden finns också ett grundläggande stöd för samtal med barn.

→ **Läs mer** på

- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga
- Kunskapsguiden: kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samtal-med-barn.

Rapport och föreskrifter om placerade barn

Barn som är placerade i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB) har generellt sämre munhälsa och besöker tandvården mer sällan än andra barn. De har sämre munhälsa redan när de placeras i familjehemmet eller HVB. Det visar Socialstyrelsens rapport *Munhälsa och tandvård för placerade barn* från 2020.

Vårdgivaren ska hämta in uppgifter om patientens munhälsa vid hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om detta.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/placerade-barn-och-unga. Där länkar vi också till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar för barn som vårdas utanför det egna hemmet (HSLF-FS 2019:19).

Stöd vid misstanke om att någon far illa

Tandvården har en viktig roll i att tidigt upptäcka, dokumentera och agera när barn och vuxna utsätts för våld i en nära relation. Det handlar inte bara om våld som ger skador i munnen, utan också om psykiskt våld, sexuellt våld

och försummelse. Du som är chef eller arbetsledare behöver därmed se till att personalen har kunskap om våld, och rutiner för att ställa frågor till patienterna och hantera svaren. Både Socialstyrelsen och Nationellt centrum för kvinnofrid har stödmaterial om detta till personal i tandvården.

Du som arbetar i tandvården⁶ är också skyldig att genast anmäla till socialnämnden om du misstänker att ett barn far illa, enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Du kan till exempel misstänka att ett barn far illa om barnet uteblir från ett tandvårdsbesök vid upprepade tillfällen.

➔ **Läs mer på**

- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer och socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-som-far-illa
- Nationellt centrum för kvinnofrids webbplats: nck.uu.se
- Sveriges Tandläkarförbunds webbplats, i skriften *Barn som far illa*: tandlakarforbundet.se/rad-regler/barn-som-far-illa.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård tar fram så kallade personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera sjukdomsområden, enligt en överenskommelse med staten. Även vårdförloppen riktar sig till dig som beslutar om vården. De fokuserar mer på patientens resa genom vården än vad Socialstyrelsens nationella riktlinjer gör, och beskriver i vilken ordning de aktuella åtgärderna bör genomföras.

I dag finns inga specifika vårdförlopp för tandvården, men munhälsa och tandvård ingår i några av vårdförloppen för andra sjukdomar, till exempel stroke och TIA samt kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

➔ **Läs mer på** Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvårds webbplats: kunskapsstyrningvard.se.

⁶ Tandvården är en sådan myndighet som avses i socialtjänstlagens uttryck ”myndigheter vars verksamhet berör barn och unga”.

Projektorganisation

Projektledning – rekommendationer

Gabriella Beckvid Henriksson	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till och med hösten 2021)
Sven Bågesund	tandläkare, Praktikertjänst AB, Eksjö
Ellinor Cronqvist	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till och med våren 2021)
Göran Dahllöf	professor, övertandläkare, Karolinska Institutet, Stockholm
Ulrika Jarroff	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till och med våren 2018)
Sofia Orrskog	projektledare, Socialstyrelsen
Rasmus Sjögren	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Elin Sohlberg	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till och med våren 2018)
Katri Ståhlacke	tandhygienist, doktor i odontologisk vetenskap, Folk tandvården Region Örebro län
Katharina Wretling	docent, övertandläkare, Folk tandvården Västra Götaland
Hans Östholm	tandläkare, biträdande registerhållare SKaPa, Karlstad

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för rekommendationerna – Socialstyrelsen

Ingemar Abrahamsson	docent, universitetslektor, Göteborgs universitet, övertandläkare, Folk tandvården Västra Götaland
Kajsa H. Abrahamsson	docent, universitetslektor, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet
Torgny Alstad	universitetslektor, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet
Farhan Bazargani	docent, verksamhetschef, Folk tandvården Region Örebro län
Tord Berglundh	professor, Göteborgs universitet
Margareta Blomdahl Thorén	professor, Umeå universitet, övertandläkare Region Västerbotten
Peter Carlsson	odontologie doktor, universitetslektor, Malmö universitet
Ingrid Collin Bagewitz	odontologie doktor, övertandläkare, specialist tandvården, Folk tandvården Blekinge
Thomas Davidson	hälsoekonom, docent, Linköpings universitet
Jan Derks	docent, universitetslektor, Göteborgs universitet

Alf Eliasson	övertandläkare, odontologie doktor, verksamhetschef, Folk tandvården Region Örebro län
Malin Ernberg	professor, Karolinska Institutet, Stockholm
Victoria Franke Stenport	professor, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet
Helena Fransson	docent, övertandläkare, Malmö universitet
Pia Gabre	docent, Göteborgs universitet, övertandläkare, Folk tandvården Uppsala
Niels Ganzer	odontologie doktor, adjunkt, övertandläkare, klinikchef, Karolinska Institutet, Stockholm
Ken Hansen	docent, klinikchef, Folk tandvården Västra Götaland
Agneta Hasselkvist	odontologie doktor, tandläkare, Folk tandvården Region Örebro län
Robert Heymann	medicine doktor, övertandläkare, Karolinska Institutet, Stockholm
Annika Julihn	medicine doktor, övertandläkare, Eastmaninstitutet, Stockholm
Agneta Karsten	docent, klinikchef, enhetschef, Karolinska Institutet, Stockholm
Katarina Konradsson	odontologie doktor, universitetslektor, Umeå universitet
Carina Kruger Weiner	klinikchef, övertandläkare, medicine doktor, Eastmaninstitutet, Folk tandvården Stockholm
Christina Lindh	seniorprofessor, Malmö universitet
Ulrika Lindmark	docent, universitetslektor, Karlstads universitet, Jönköping University
Thomas List	professor, Malmö universitet
Jan Olsson	professor, Göteborgs universitet
Kerstin Petersson	seniorprofessor, Malmö universitet
Madeleine Rohlin	seniorprofessor, Malmö universitet
Malin Stensson	odontologie doktor, universitetslektor, Hälsohögskolan, Jönköping University
Åke Tegelberg	professor, Malmö universitet
Jan L. Wennström	seniorprofessor, Göteborgs universitet
Inger Wårdh	docent, övertandläkare, Karolinska Institutet, Stockholm
Anders Wänman	professor, Umeå universitet

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för rekommendationerna – SBU

Maria Ahlberg	administratör, SBU
Andreas Cederlund	övertandläkare, områdeschef specialist tandvård, Folktandvården Stockholm
Helena Domeij	projektledare, enhetschef, SBU
Irène Edebert	biträdande projektledare, SBU
Ann Kristine Jonsson	informationsspecialist, SBU
Aron Naimi-Akbar	docent, övertandläkare, Malmö universitet
Mikael Nilsson	enhetschef, SBU
Hans Sandberg	tandläkare, medicine doktor, affilierad till Karolinska Institutet, Stockholm
Pia Skott	medicine doktor, övertandläkare, Folktandvården Stockholm
Sofia Tranæus	enhetschef, SBU
Svante Twetman	professor emeritus, Københavns universitet, Danmark

Prioritering av rekommendationerna

Ann-Catrin André Kramer	odontologie doktor, universitetslektor, Karlstads universitet, FoU-ledare tandvård, område öster, Folktandvården Västra Götaland
Lena Augustsson	patientföreträdare, Svenska kommunalt pensionärernas förbund
Helén Björmark	övertandläkare, Folktandvården Region Örebro län
Annika Brismar	senior advisor, f.d. verksamhetschef, Distriktstandvården Sverige AB, Stockholm
Nikolaos Christidis	docent, universitetslektor, övertandläkare, Karolinska Institutet, Stockholm
Annika Ekestubbe	docent, universitetslektor, Göteborgs universitet
Jan-Olof Forsén	patientföreträdare, Funktionsrätt Sverige och Riksförbundet för social och mental hälsa
Ulrika Funegård Helsing	odontologie doktor, övertandläkare, Region Västerbotten
Joannis Grigoriadis	medicine doktor, övertandläkare, klinikchef specialistkliniken, Karolinska Institutet, Stockholm
Hans Göransson	tandläkare, rådgivare, Folktandvården Sörmland
Anders Hedenbjörk Lager	odontologie doktor, universitetslektor, övertandläkare, Malmö universitet
Sara Hed Rann	tandhygienist, specialist tandvården Gävle sjukhus, Folktandvården Gävleborg (till och med 2019)

Marie Hollingworth	övertandläkare, Folk tandvården Region Örebro län
Catharina Hägglin	docent, adjungerad universitetslektor, övertandläkare, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Centrum för äldretandvård, Västra Götalandsregionen
Markus Höglund	specialisttandläkare, Folk tandvården Östergötland
Tobias Jobin	övertandläkare, specialisttandvården, Folk tandvården Blekinge
Björn Klinge	professor, Malmö universitet
Therese Kvist	övertandläkare, odontologie doktor, Karolinska Institutet, Stockholm
Hans Melander	övertandläkare, Folk tandvården Skåne (till och med 2019)
Birger Narby	odontologie doktor, övertandläkare, Folk tandvården Sörmland
Maria Nouia	tandhygienist, Skärblacka tandklinik, Linköping
Agneta Robertson	professor, Göteborgs universitet
Christian Schaefer	läkare och specialisttandläkare, klinikchef, Folk tandvården Borås, Västra Götaland
Lena Vikberg	allmäntandläkare, verksamhetschef Folk tandvården VO Sydöst, Region Norrbotten
Anna Westerlund	docent, övertandläkare, Göteborgs universitet
Brigitti Eriksson Åström	tandläkare, verksamhetschef, Praktikertjänst AB, Östersund
Hans Östholm	prioriteringsordförande, tandläkare, biträdande registerhållare SKaPa, Karlstad

Projektledning – indikatorer och målnivåer

Álfheidur Astvaldsdóttir	odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Sven Bågesund	tandläkare, Praktikertjänst AB, Eksjö
Lars Gahnberg	registerhållare SKaPa, Karlstad, professor, Karolinska Institutet, Stockholm
Frida Lundgren	statistiker, Socialstyrelsen
Thomas Malm	projektledare, indikatorer, Socialstyrelsen
Ola Norderyd	professor, övertandläkare, Hälsohögskolan, Jönköping University, Folk tandvården Region Jönköpings län
Anastasia Simi	utredare, Socialstyrelsen
Katri Ståhlacke	tandhygienist, doktor i odontologisk vetenskap, Folk tandvården Region Örebro län
Katharina Wretling	docent, övertandläkare, Folk tandvården Västra Götaland

Hans Östholm

tandläkare, biträdande registerhållare
SKaPa, Karlstad

Andra medverkande

Anders Alexandersson

jurist, Socialstyrelsen (till och med 2018)

Álfheidur Astvaldsdóttir

odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
(från och med hösten 2018)

Natalia Berg

informationsspecialist, Socialstyrelsen

Stein Björkman

odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen

Andreas Cederlund

odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen (till
och med 2017)

Peter Elging

informationsspecialist, Socialstyrelsen
(till och med våren 2019)

Mattias Fredricson

enhetschef, Socialstyrelsen (från och med
våren 2018)

Sanna Hiort

jurist, Socialstyrelsen (från och med våren
2021)

Lisa Keskitalo

informationsspecialist, Socialstyrelsen (från
och med våren 2020)

Pernilla Lundberg

odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
(våren 2018)

Peter Lundholm

odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
(från och med hösten 2018)

Cecilia Mård Sterne

informationsspecialist, Socialstyrelsen (från
och med våren 2019)

Mariana Näslund Blixt

chief dental officer, enhetschef,
Socialstyrelsen

Louise Ohlén

webbredaktör, Socialstyrelsen

Nils Oscarson

medicine doktor, övertandläkare

Karin Palm

enhetschef, Socialstyrelsen (till och med
våren 2017)

Sofie Sundholm

redaktör, Socialstyrelsen

Filippa Svensson

administratör, enkätkonstruktör,
Socialstyrelsen

Sofia von Malortie

gruppledare, Socialstyrelsen (från och med
våren 2018)

Mathias Wallin

jurist, Socialstyrelsen (från och med våren
2019 till och med 2020)

Iwa Wasberg

produktionsledare, Socialstyrelsen

Harriet Wennberg

kommunikatör, Socialstyrelsen

Elisabeth Wärnberg Gerdin

medicinalråd tandvård (tidigare
enhetschef), Socialstyrelsen

Erik Åhlin

enhetschef, Socialstyrelsen (hösten 2017)

Referenser

1. Nationell utvärdering 2013 - Tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
2. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
3. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
4. FN:s Agenda 2030. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
5. Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018; 392(10159):1789-858.
6. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019; 394(10194):249-60.
7. Årsrapport 2020. Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa); 2021.
8. Jämlik tandhälsa - En analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning. Folkhälsomyndigheten; 2019.
9. Hakeberg M, Wide Boman U. Self-reported oral and general health in relation to socioeconomic position. BMC Public Health. 2017; 18(1):63.
10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2022. Hämtad 2022-07-07 från: <https://www.vardanalys.se/>
11. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022. Socialstyrelsen; 2022.
12. Munhälsoutveckling bland barn i förskoleålder. Samspelet mellan barns munhälsa och deras sociala och demografiska bakgrund. Socialstyrelsen; 2022.
13. Munhälsa och tandvård för placerade barn. Socialstyrelsen; 2020.
14. Kvist T, Annerback EM, Dahllof G. Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. Child Abuse Negl. 2018; 76:515-23.
15. Norderyd O, Koch G, Papias A, Kohler AA, Helkimo AN, Brahm CO, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jonkoping, Sweden during 40 years (1973-2013). II. Review of clinical and radiographic findings. Swed Dent J. 2015; 39(2):69-86.
16. Norderyd O, Kochi G, Papias A, Kohler AA, Helkimo AN, Brahm CO, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jonkoping, Sweden, during 40 years (1973-2013). I. Review of findings on oral care habits and knowledge of oral health. Swed Dent J. 2015; 39(2):57-68.
17. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
18. Inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF); 2016.
19. Statistik om tandhälsa 2020. Socialstyrelsen. Hämtad 2022-08-24 från:

20. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
21. Vård och omsorg för äldre. Socialstyrelsen; 2021.
22. Effekter av covid-19 på besök i tandvården, del 1. I: Socialstyrelsen, red.; 2020.
23. Effekter av covid-19 på besök i tandvården, del 2. I: Socialstyrelsen, red.; 2020.
24. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna, del 3. 2021.
25. Effekter av covid-19 på munhälsa och tandvårdsbesök bland barn och vuxna, del 4. 2022.
26. Pandemins effekter på vården. Operationsområden. Socialstyrelsen. 2022. Hämtad 2022-07-07 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/operationsomraden/>
27. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2021. Socialstyrelsen; 2021.
28. Kartläggning av metoder för tandvården – En kartläggning av systematiska översikter om metoder för prevention, diagnostik och behandling av tillstånd och sjukdomar som handhas av tandvården. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.
29. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära - Underlag till en nationell strategi. Socialstyrelsen; 2021.
30. Update from the seventy-fourth World Health Assembly – 27 May 2021: Improving oral health care. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-27-may-2021>
31. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård - Slutrapport 2019. Socialstyrelsen; 2019.
32. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/Ledningssystem/>
33. Nationalräkenskaper - Hälsoräkenskaper. 2019. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/>
34. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård. Socialstyrelsen; 2004.
35. Information om tandvårdsstöd. Försäkringskassan. 2022. Hämtad 2022-07-07 från: <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/tandvard/tandvardsstod>
36. Tandvårdsstöd. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. 2022. Hämtad 2022-07-07 från: <https://www.tlv.se/tandvard/tandvardsstod.html>
37. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2018.
38. Tobaksavvänjning inom tandvården i Östergötland - uppföljning 2016. Region Östergötland; 2016.
39. Tolerable upper intake level for dietary sugars. European Food Safety Authority. 2022. Hämtad 2022-07-07 från: <https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/7074>

40. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Groupdagger. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014; 28(1):6-27.
41. Ericson S, Kurol J. Incisor resorption caused by maxillary cuspids. A radiographic study. *Angle Orthod*. 1987; 57(4):332-46.
42. Ericson S, Kurol PJ. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines: a CT study. *Angle Orthod*. 2000; 70(6):415-23.
43. Lai CS, Suter VG, Katsaros C, Bornstein MM. Localization of impacted maxillary canines and root resorption of neighbouring teeth: a study assessing the diagnostic value of panoramic radiographs in two groups of observers. *Eur J Orthod*. 2014; 36(4):450-6.
44. Liu DG, Zhang WL, Zhang ZY, Wu YT, Ma XC. Localization of impacted maxillary canines and observation of adjacent incisor resorption with cone-beam computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008; 105(1):91-8.
45. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Betänkande av utredningen om jämlik tandhälsa. SOU 2021:8. Statens offentliga utredningar; 2021.
46. Schwendicke F, Frencken JE, Bjorndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Adv Dent Res*. 2016; 28(2):58-67.
47. Innes NP, Frencken JE, Bjorndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Terminology. *Adv Dent Res*. 2016; 28(2):49-57.
48. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018; 45 Suppl 20:S162-S70.
49. Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
50. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder, rapport 2016:2 i CMT:s rapportserie. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016.
51. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health*. 2014; 35:255-74.
52. Hofmann B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52-60.
53. Nationella riktlinjer för vård vid diabetes. Socialstyrelsen; 2018.
54. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.: Socialstyrelsen; 2017.
55. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Socialstyrelsen; 2022.
56. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Socialstyrelsen; 2018.
57. Nationella riktlinjer för vård vid stroke Socialstyrelsen; 2020.
58. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

Här ger vi en översikt av alla 381 rekommendationer som ingår i de nationella riktlinjerna för tandvård. I kapitlen *Rekommendationer del 1–3* har vi valt ut 198 av dessa rekommendationer och presenterat dem i en mindre fackspråklig form, med förklarande texter särskilt riktade till dig som beslutar om utbud och resurser i tandvården. I denna bilaga är rekommendationerna formulerade mer till dig som möter patienter i tandvården.

Rekommendationerna omfattar följande områden:

- främja hälsa och förebygga sjukdomar
- utreda och diagnostisera
- behandla och rehabilitera.

➔ **Läs mer:** Mer detaljerade beskrivningar finns i bilagorna *Kunskapsunderlag* och *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/tandvard, där du också kan söka bland alla rekommendationer i ett webbgränssnitt.

Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar

Främja munhälsan hos alla som besöker tandvården

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
A1.1	God oral hälsa, barn och vuxna	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling	3
B2.3	Risk för kronkaries, vuxna	Tandkräm med natriumfluorid eller natriummonofluorofosfat med 1 000–1 500 ppm fluorid 2 gånger per dag	3
B2.4	Risk för kronkaries, vuxna	Tandkräm med aminfluorid med 1 000–1 500 ppm fluorid 2 gånger per dag	3
B11.3	Risk för rotkaries, vuxna	Tandkräm med natriumfluorid eller natriummonofluorofosfat med 1 000–1 500 ppm fluorid 2 gånger per dag	3
B11.4	Risk för rotkaries, vuxna	Tandkräm med aminfluorid med 1 000–1 500 ppm fluorid 2 gånger per dag	3

Främja barns munhälsa

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
31	Barn, 6–15 år, i riskområden	Regelbunden fluoridsköljning i skolan, på initiativ av tandvården, i samverkan med skolan	4
33	Barn, 6–15 år	Utbildning i munhälsa med skolan som arena	5
42	Barn med nyrupterade kariesfria permanenta kindtänder (molarer)	Fissurförsegling av ocklusalytan som primärprevention	9
79	Behov av att tandvård inkluderas i vårdkedjan, barn och vuxna som behöver särskilt stöd (daglig omsorg)	Samordnade insatser där tandvården inkluderas i vårdkedjan	3
110	Barn, 0–6 år, i riskområden	Samverkan mellan tandvården och barnhälsovården gällande levnadsvanor	3
111	Barn, 0–6 år	Samverkan mellan tandvården och barnhälsovården gällande levnadsvanor	5

Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
3	Parodontal sjukdom där otillräcklig munhygien är en riskfaktor, vuxna	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling)	5
4	Parodontal sjukdom där otillräcklig munhygien är en riskfaktor, vuxna	Rådgivande samtal	6
5*	Vuxna som har ohälsosamma matvanor och besöker tandvården	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling)	2
6*	Barn, 2–5 år, som har ohälsosamma matvanor eller som är otillräckligt fysiskt aktiva och besöker tandvården	Familjestödsprogram	5
7*	Vuxna som har ohälsosamma matvanor och besöker tandvården	Rådgivande samtal	7
8*	Barn, 6–12 år, som har ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet och besöker tandvården	Familjestödsprogram	5
9*	Vuxna som röker dagligen	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling)	2
10*	Unga under 18 år som använder tobak	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling)	3
99*	Vuxna som ska genomgå en operation (i munnen) och som röker	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling) med erbjudande om nikotinläkemedel	1

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
100*	Vuxna som ska genomgå en operation (i munnen) och som har ett riskbruk av alkohol	Rådgivande samtal	3
101*	Vuxna som snusar dagligen	Rådgivande samtal	6

*Hämtat från Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
12	Svår tandvårdsrädsla, vuxna och barn ≥ 6 år	Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering	3
70	Tandvårdsrädsla/behandlingsomognad, barn	Inskolning i tandvården enligt metoden tell-show-do	3

Främja munhälsan hos vuxna med ökad risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
B1.1	Risk för kronkaries och samtidigt högt sockerintag, vuxna	Minskat sockerintag (frekvens och mängd)	3
B2.6	Risk för kronkaries, vuxna	Tandtråd eller tandsticka med fluorid dagligen	10
B3.2	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Natriumfluoridlösning 0,2 % dagligen	4
B3.3	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Fluoridgel i skena dagligen	4
B3.4	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Fluoridsugtabletter flera gånger dagligen	7
B3.5	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Fluoridtuggummi flera gånger dagligen	7
B3.10	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Fluoridlack minst 2 gånger per år	3
B3.13	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Fissurförsegling med resinbaserade material	9
B3.14	Förhöjd risk för kronkaries, vuxna	Fissurförsegling med glasjonomercement	9
B4.1	Förhöjd risk för kronkaries och samtidigt högt mutanstal, vuxna	Klorhexidingel i skena	4
B5.1	Initial kronkaries med risk för progression och samtidigt högt sockerintag, vuxna	Minskat sockerintag (frekvens och mängd)	3
B6.3	Initial kronkaries med risk för progression, vuxna	Tandtråd eller tandsticka med fluorid dagligen	10
B6.4	Initial kronkaries med risk för progression, vuxna	Natriumfluoridlösning 0,2 % dagligen	5
B6.5	Initial kronkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridgel i skena dagligen	4
B6.6	Initial kronkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridsugtabletter flera gånger dagligen	9
B6.7	Initial kronkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridtuggummi flera gånger dagligen	9
B6.11	Initial kronkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridlack minst 4 gånger per år	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
B7.1	Initial kronkaries med risk för progression och samtidigt högt mutanstal, vuxna	Klorhexidingel i skena	7
B8.1	Initial kronkaries med risk för progression på ocklusalytor, vuxna	Fissurförsegling med resinbaserade material	9
B8.2	Initial kronkaries med risk för progression på ocklusalytor, vuxna	Fissurförsegling med glasjonomercement	10
B9.1	Initial kronkaries på approximalytor (utan kavitet) med risk för progression, permanenta tänder, vuxna	Försegling med resinbaserade material (resininfiltration) som tillägg till daglig tandborstning	6
B10.1	Risk för rotkaries och samtidigt högt sockerintag, vuxna	Minskat sockerintag (frekvens och mängd)	3
B11.6	Risk för rotkaries, vuxna	Tandtråd eller tandsticka med fluorid dagligen	10
B12.1	Förhöjd risk för rotkaries, vuxna	Tandkräm med natriumfluorid med 5 000 ppm fluorid 2 gånger per dag	3
B12.3	Förhöjd risk för rotkaries, vuxna	Natriumfluoridlösning 0,2 % dagligen	3
B12.4	Förhöjd risk för rotkaries, vuxna	Fluoridgel i skena dagligen	3
B12.5	Förhöjd risk för rotkaries, vuxna	Fluoridsugtabletter flera gånger dagligen	7
B12.6	Förhöjd risk för rotkaries, vuxna	Fluoridtuggummi flera gånger dagligen	7
B12.11	Förhöjd risk för rotkaries, vuxna	Fluoridlack minst 2 gånger per år	3
B13.1	Förhöjd risk för rotkaries och samtidigt högt mutanstal, vuxna	Klorhexidingel i skena	4
B14.1	Initial rotkaries med risk för progression och samtidigt högt sockerintag, vuxna	Minskat sockerintag (frekvens och mängd)	3
B15.3	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Tandtråd eller tandsticka med fluorid dagligen	10
B15.4	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Tandkräm med natriumfluorid med 5 000 ppm fluorid 2 gånger per dag	4
B15.5	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Natriumfluoridlösning 0,2 % dagligen	4
B15.6	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridgel i skena dagligen	4
B15.7	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridsugtabletter flera gånger dagligen	9
B15.8	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridtuggummi flera gånger dagligen	9
B15.12	Initial rotkaries med risk för progression, vuxna	Fluoridlack minst 4 gånger per år	4
B16.1	Initial rotkaries med risk för progression och samtidigt högt mutanstal, vuxna	Klorhexidingel i skena	7

Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
76	Förlorad eller risk för förlorad regelbunden tandvårdskontakt, vuxna som behöver särskilt stöd	Systematiskt arbetssätt för att upprätthålla tandvårdskontakt vid återbud eller uteblivande	2
77	Förlorad eller risk för förlorad regelbunden tandvårdskontakt, vuxna som behöver särskilt stöd	Tandvård utförd i boendemiljö	4
78	Behov av assisterad daglig munvård, vuxna som behöver särskilt stöd	Långsiktig och kontinuerlig utbildning i munvård, kombinerad med praktisk träning och handledning, för vård- och omsorgspersonal – i samverkan med kommuner	2
79	Behov av att tandvård inkluderas i vårdkedjan, barn och vuxna som behöver särskilt stöd (daglig omsorg)	Samordnade insatser där tandvården inkluderas i vårdkedjan	3
80	Diagnostiserat tillstånd eller sjukdom i munnen (exempelvis rotrester eller parodontit stadium 1–2) med inga eller lindriga symtom, hos skör person som behöver särskilt stöd, vars totala livssituation medför att personen inte gagnas av behandlingen, vuxna	Avvaktan med behandling (exspektans)	3
81	Behov av rehabilitering, vuxna som behöver särskilt stöd	Överenskommelse om vårdambitionsnivå mellan person eller närstående och tandvården inför rehabilitering (enligt principerna förbättra, bevara, fördröja, lindra)	3
82	Halitosis, vuxna som behöver särskilt stöd	Munvårdsprodukter innehållande zink, som tillägg till daglig munvård	4
83	Boende på vård- och omsorgsboende, vuxna som behöver särskilt stöd	Daglig fluoridtillförsel i grupp som tillägg till individuell munhygienrutin	5
86	Karies, vuxna som behöver särskilt stöd och som har svårt att klara sedvanlig fyllningsterapi	Atraumatic restorative treatment (ART)	6
88	Karies eller risk för karies, eller gingivit eller risk för gingivit, vuxna som behöver särskilt stöd	Daglig tillförsel av klorhexidinpreparat	10

Rekommendationer del 2: Utreda och diagnostisera

Systematiska arbetssätt

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
1	Personer som besöker tandvården för undersökning, barn och vuxna	Systematisk riskbedömning med efterföljande orsaksutredning	3
2	Oral sjukdom eller identifierad risk för oral sjukdom, barn och vuxna	Orsaksinriktad behandling	3
E35	Vuxna och barn >12 år som besöker tandvården för undersökning	Systematisk identifiering av smärta och funktionsstörningar i käksystemet	3
E36	Smärta och funktionsstörningar i käksystemet, vuxna och barn >12 år	Användning av klassifikationssystemet Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) vid diagnostik	3
24	Personer som besöker tandvården för undersökning, barn och vuxna	Systematisk registrering av förekomst och grad av erosioner via index	3
72	Barn, 9–13 år	Systematiskt arbetssätt för att diagnostisera eruptionsstörningar av hörntänder	3

Intervall för basundersökning (revisionsintervall)

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
37	Låg risk för oral ohälsa, vuxna	Basundersökning en gång per 24–36 månader	3
109	Hög risk för oral ohälsa, vuxna	Basundersökning en gång per 12–18 månader, utöver preventiva och orsaksinriktade åtgärder med tätare intervall	3
113	Låg risk för oral ohälsa, normal bettutveckling, barn	Basundersökning en gång per 18–24 månader	3
114	Hög risk för oral ohälsa, eller avvikande bettutveckling, barn	Basundersökning med högst 12–15 månaders intervall, utöver preventiva och orsaksinriktade åtgärder med tätare intervall	3

Datortomografi: CBCT-undersökning

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
47	Retinerad visdomstand i underkäken som behöver avlägsnas, vuxna	CBCT som tilläggsundersökning till intraoral röntgenundersökning och/eller panoramaröntgenundersökning vid planerad kirurgi	7
50	Tand som rotbehandlats, kvarstående symtom, vuxna	CBCT som tilläggsundersökning till intraoral röntgenundersökning och/eller panoramaröntgenundersökning	7

Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera

Särskilda tandvårdsbehov hos barn

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
28	Gravt mineraliseringsskadad första permanenta kindtand (molar) (MIH), barn, 6–11 år	Tanduttagning	2
71	Tandvårdsrädsla/behandlingsomognad, barn 1–5 år, med akut eller mer omfattande tandvårdsbehov	Sedering med midazolam	3
74	Pulpaexponering av permanent framtand (incisiv) vid tandtrauma, barn	Partiell pulpotomi	2
75	Procedursmärta, till exempel vid tanduttagning, barn	Smärtstillande läkemedel (paracetamol eller NSAID), preoperativt	5
52	Agenesi av andra premolaren i under- eller överkäken i normalbetsfall utan glesställning, barn ≤ 12 år	Tanduttagning av mjölkttand	5
53	Agenesi av lateraler i överkäken hos barn med neutral sagittal eller postnormal bettrelation	Luckslutning	3
54	Korsbett (uni- eller bilateralt) med instabil ocklusion, prepubertala barn	Behandling med ortodontisk apparatur	5
57	Genomgången ortodontibehandling med fast apparatur, barn	Bondad retention	4
102	Postnormalt bett med stor horisontell överbitning och ansträngd läppslutning, barn	Tidig ortodontisk behandling (under växelbetsperioden)	4
116	Genomgången ortodontibehandling med fast apparatur, barn	Avtagbar retention	6

Kariesskador som behöver repareras

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
B17.1	Karies som kräver operativ åtgärd, vuxna	Exkavering med borr	3
B17.2	Karies som kräver operativ åtgärd, vuxna	Exkavering med exkavator	3
B17.3	Karies som kräver operativ åtgärd, vuxna	Exkavering med laser (Er:YAG)	6
B17.4	Karies som kräver operativ åtgärd, vuxna	Exkavering med kemomekanisk teknik	5
B38	Djup dentinkaries med risk för pulpaexponering, symtomfria primära och permanenta tänder, barn och vuxna	Selektiv (partiell) exkavering	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
B40	Djup dentinkaries med risk för pulpaexponering, symtomfria primära och permanenta tänder, barn och vuxna	Stegvis exkavering (minst 3 mån mellan stegen)	4
B19.1	Risk för iatrogen grann tandsskada, vuxna	Approximalt skydd	4
B20.1	Enskild tand med defekt som ger funktionsstörning (orsakad av rotkaries, icke tuggbelastad), vuxna	Fyllningsterapi komposit	5
B20.2	Enskild tand med defekt som ger funktionsstörning (orsakad av rotkaries, icke tuggbelastad), vuxna	Fyllningsterapi glasjonomer	5
H1.1	Enskild tand med ringa till måttlig defekt som ger funktionsstörning, vuxna	Fyllningsterapi komposit	5
H1.2	Enskild tand med ringa till måttlig defekt som ger funktionsstörning, vuxna	Fyllningsterapi glasjonomer	8
B21.1	Mindre och åtkomliga defekter till följd av sekundärkaries i anslutning till en i övrigt intakt fyllning, vuxna	Byte av fyllning	6
B21.2	Mindre och åtkomliga defekter till följd av sekundärkaries i anslutning till en i övrigt intakt fyllning, vuxna	Reparation av fyllning	4

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
3	Parodontal sjukdom där otillräcklig munhygien är en riskfaktor, vuxna	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling)	5
4	Parodontal sjukdom där otillräcklig munhygien är en riskfaktor, vuxna	Rådgivande samtal	6
C1.1	Gingivit, vuxna	Förbättrad munhygien	5
C1.2	Gingivit, vuxna	Tandkräm med tillsats av antimikrobiell substans	7
C1.3	Gingivit, vuxna	Munsköljning med antiseptisk lösning som komplement till tandborstning	8
C1.4	Gingivit, vuxna	Professionell tandrengöring	10
C2.1	Mukosit vid tandimplantat, vuxna	Förbättrad munhygien	5
C2.2	Mukosit vid tandimplantat, vuxna	Tandkräm med tillsats av antimikrobiell substans	8
C2.3	Mukosit vid tandimplantat, vuxna	Munsköljning med antiseptisk lösning som komplement till tandborstning	9
C2.4	Mukosit vid tandimplantat, vuxna	Professionell rengöring av tandimplantat för avlägsnande av plack och mineraliserande beläggningar	7

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
C2.5	Mukosit vid tandimplantat, vuxna	Air-polishing som alternativ till mekanisk instrumentering	8
C3.1	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Förbättrad munhygien	3
C3.2	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Tandkräm med tillsats av antimikrobiell substans	8
C3.3	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Munsköljning med antiseptisk lösning som komplement till tandborstning	10
C3.4	Parodontit (stadium 1–4), vuxna som röker	Rökavvänjning som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling	4
C4.1	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Mekanisk infektionsbehandling – sektionsvis – för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	3
C4.2	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Mekanisk infektionsbehandling – "full-mouth" – för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	3
C4.3	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Mekanisk infektionsbehandling – "full-mouth disinfection" – för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	icke-göra
C4.4	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Laser vid infektionsbehandling för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	7
C5.1	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Spolning av tandköttsfickor med antimikrobiell lösning	10
C5.2	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Lokal behandling med klorhexidingel	10
C5.5	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Systemisk tilläggsbehandling med antibiotika	10
C5.7	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Fotodynamisk diodlaser som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C5.8	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Lågenergilaser (LLLT) som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C5.9	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Air-polishing som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C5.10	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Probiotika som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C5.11	Parodontit – avancerad till mycket avancerad (stadium 3–4), vuxna	Emaljmatrixprotein som tilläggsbehandling vid icke-kirurgisk mekanisk infektionsbehandling	9
C6.1	Parodontit (stadium 3–4), vuxna	Kirurgisk behandling – gingivektomi – för infektionskontroll	8
C6.2	Parodontit (stadium 3–4), vuxna	Kirurgisk behandling – lambåkirurgi – för infektionskontroll	3
C7.1	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Regelbunden stödbehandling	3

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
C7.2	Parodontit (stadium 1–4), vuxna	Air-polishing som alternativ till mekanisk instrumentering vid uppföljande stödbehandling	5
C13.1	Periimplantit, vuxna	Förbättrad munhygien	3
C13.2	Periimplantit, vuxna	Tandkräm med tillsats av antimikrobiell substans	9
C13.3	Periimplantit, vuxna	Munsköljning med antiseptisk lösning som komplement till tandborstning	10
C13.4	Periimplantit, vuxna som röker	Rökavvänjning som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling	5
C14.1	Periimplantit, vuxna	Mekanisk infektionsbehandling för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	6
C14.2	Periimplantit, vuxna	Laser vid infektionsbehandling för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	8
C14.3	Periimplantit, vuxna	Fotodynamisk diodlaser som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C14.4	Periimplantit, vuxna	Lågenergilaser (LLLT) som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C14.5	Periimplantit, vuxna	Submukosal air-polishing som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	FoU
C14.6	Periimplantit, vuxna	Probiotika som tilläggsbehandling vid mekanisk infektionsbehandling	10
C15.1	Periimplantit, vuxna	Spolning av fördjupade fickor med antimikrobiell lösning	10
C15.2	Periimplantit, vuxna	Lokal tilläggsbehandling med klorhexidingel	9
C15.4	Periimplantit, vuxna	Systemisk tilläggsbehandling med antibiotika	8
C15.5	Periimplantit, vuxna	Systemisk behandling med antibiotika som enda behandling	icke-göra
C16.1	Periimplantit, vuxna	Lambåkirurgi med fickreduktion	4
C17.1	Periimplantit, vuxna	Regelbunden stödbehandling	3
C18.1	Djup bendefekt vid tand (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – membran (GTR) som tillägg till lambåkirurgi	3
C18.2	Djup bendefekt vid tand (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – emaljmatrixprotein som tillägg till lambåkirurgi	3
C18.3	Djup bendefekt vid tand (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – benersättningsmaterial som tillägg till lambåkirurgi	3

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
C18.4	Djup bendefekt vid tand (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – emaljmatrixprotein plus defektfyllnadsmaterial som tillägg till lambåkirurgi	8
C18.5	Djup bendefekt vid tand (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – membran plus defektfyllnadsmaterial som tillägg till lambåkirurgi	9
C18.6	Djup bendefekt vid tand (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – emaljmatrixprotein plus membran som tillägg till lambåkirurgi	9
C19.1	Djup bendefekt vid tandimplantat (associerad med periimplantit), vuxna	Rekonstruktiv behandling – membran (GTR) som tillägg till lambåkirurgi	FoU
C19.2	Djup bendefekt vid tandimplantat (associerad med periimplantit), vuxna	Rekonstruktiv behandling – benersättningsmaterial som tillägg till lambåkirurgi	9
C19.3	Djup bendefekt vid tandimplantat (associerad med periimplantit), vuxna	Rekonstruktiv behandling – emaljmatrixprotein som tillägg till lambåkirurgi	10
C19.4	Djup bendefekt vid tandimplantat (associerad med periimplantit), vuxna	Rekonstruktiv behandling – kombination av rekonstruktiva metoder som tillägg till lambåkirurgi	FoU
C20.1	Furkationsinvolverad tand, grad III, underkäksmolar (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit, stadium 3–4), vuxna	Tunnelering	5
C21.1	Furkationsinvolverad tand, grad II–III (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit, stadium 3–4), vuxna	Rotseparation eller rotresektion	5
C22.1	Furkationsinvolverad tand, grad II (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit, stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – membran (GTR) som tillägg till lambåkirurgi	6
C22.2	Furkationsinvolverad tand, grad II (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit, stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – emaljmatrixprotein som tillägg till lambåkirurgi	6
C22.3	Furkationsinvolverad tand, grad II (associerad med avancerad till mycket avancerad parodontit, stadium 3–4), vuxna	Rekonstruktiv behandling – benersättningsmaterial som tillägg till lambåkirurgi	FoU
C23.1	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand, vuxna	Rekonstruktiv kirurgi – lambåteknik	6
C23.2	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand, vuxna	Rekonstruktiv kirurgi – tilläggsbehandling med bindvävnadstransplantat	5
C23.3	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand, vuxna	Rekonstruktiv kirurgi – tilläggsbehandling med membran (GTR)	icke-göra

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
C23.4	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand, vuxna	Rekonstruktiv kirurgi – tilläggsbehandling med emaljmatrixprotein	5
C23.5	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand, vuxna	Rekonstruktiv kirurgi – fritt mjukvävnadstransplantat (gingiva-transplantat)	icke-göra
C23.6	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tand, vuxna	Rekonstruktiv kirurgi – tilläggsbehandling med kollagenmatris vid lambåkirurgi	10
C24.1	Lokal mjukvävnadsretraktion vid tandimplantat, vuxna	Rekonstruktiv kirurgisk behandling	9
C25.1	Läkemedelsorsakad gingival överväxt (omfattande hyperplasi), vuxna	Infektionskontroll – professionell tandrengöring och munhygieninstruktion som enda åtgärd	9
C25.2	Läkemedelsorsakad gingival överväxt (omfattande hyperplasi), vuxna	Kirurgisk behandling i kombination med infektionskontroll och stödbehandling	4
C26.1	Nekrotiserande gingivit och parodontit, vuxna	Infektionskontroll – mekanisk och medikamentell	2
C27.1	Parodontal abscess, vuxna	Dränage och systemisk antibiotikabehandling	2
C28.1	Parodontit som en manifestation av systemisk/genetisk sjukdom, vuxna	Infektionskontroll (icke kirurgisk och kirurgisk) och frekvent stödbehandling	2

Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
D1.1	Pulpa exponerad via friskt dentin, vuxna	Pulpaöverkappning med kalciumhydroxid	4
D1.2	Pulpa exponerad via friskt dentin, vuxna	Pulpaöverkappning med mineral trioxid aggregat (MTA)	4
D1.3	Pulpa exponerad via friskt dentin, vuxna	Pulpaöverkappning med bondingmaterial	icke-göra
D1.4	Pulpa exponerad via friskt dentin, vuxna	Partiell pulpotomi	4
D1.5	Pulpa exponerad via friskt dentin, vuxna	Pulpektomi	6
D2.1	Pulpa exponerad via kariat dentin, vuxna	Överkappning	6
D2.2	Pulpa exponerad via kariat dentin, vuxna	Partiell pulpotomi	6
D2.3	Pulpa exponerad via kariat dentin, vuxna	Pulpektomi	3
D3.1	Pulpanekros utan apikal parodontit, vuxna	Rotbehandling (nekrosbehandling)	3
D4.1	Pulpanekros med apikal parodontit, vuxna	Rotbehandling (nekrosbehandling)	3
D4.2	Pulpanekros med apikal parodontit, vuxna	Rensning och rotfyllning vid ett tillfälle	3

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
D5.1	Pulpanekros med apikal parodontit där ortograd rotbehandling bedöms ha hög risk för komplikationer, vuxna	Apikalkirurgisk behandling med retrograd fyllning	6
D6.1	Ofullständigt rotfylld tand utan apikal parodontit med exponerat rotkanalssystem, vuxna	Revisionsbehandling	6
D6.2	Ofullständigt rotfylld tand utan apikal parodontit utan exponerat rotkanalssystem, vuxna	Revisionsbehandling	10
D7.1	Rotfylld tand med apikal parodontit, vuxna	Revisionsbehandling	6
D7.2	Rotfylld tand med apikal parodontit, vuxna	Apikalkirurgisk behandling med retrograd fyllning	6
D7.3	Rotfylld tand med apikal parodontit, vuxna	Apikalkirurgisk behandling utan retrograd fyllning	8
D8.1	Symtomatisk pulpit då karies uppmjukningszon inte nått pulpan, vuxna	Symtomatisk behandling – fullständig kariesexkavering – försegling med temporär eller permanent fyllning	2
D9.1	Symtomatisk pulpit där karies uppmjukningszon eller annan mikrobiell invasion nått pulpan, vuxna	Symtomatisk behandling – kariesexkavering – försegling med temporär fyllning	6
D9.2	Symtomatisk pulpit där karies uppmjukningszon eller annan mikrobiell invasion nått pulpan, vuxna	Symtomatisk behandling – pulpotomi och försegling med temporär fyllning	2
D9.3	Symtomatisk pulpit där karies uppmjukningszon eller annan mikrobiell invasion nått pulpan, vuxna	Symtomatisk behandling – pulpektomi och kalciumhydroxid-inlägg eller permanent rotfyllning	4
D9.4	Symtomatisk pulpit där karies uppmjukningszon eller annan mikrobiell invasion nått pulpan, vuxna	Symtomatisk behandling – systemisk antibiotikabehandling	icke-göra
D10.1	Symtomatisk apikal parodontit utan påverkat allmäntillstånd, vuxna	Symtomatisk behandling – enbart utrymning av pulpakavum	4
D10.2	Symtomatisk apikal parodontit utan påverkat allmäntillstånd, vuxna	Symtomatisk behandling – fullständig rensning av rotkanalssystemet	2
D10.3	Symtomatisk apikal parodontit utan påverkat allmäntillstånd, vuxna	Systemisk antibiotikabehandling som tillägg till rensning av rotkanalssystemet	10
D10.4	Symtomatisk apikal parodontit utan påverkat allmäntillstånd, vuxna	Enbart systemisk antibiotikabehandling i det akuta skedet	9
D11.1	Symtomatisk apikal parodontit med spridning och påverkat allmäntillstånd, vuxna	Antibiotikabehandling och dränage	2
D12.1	Frakturerat instrument i rotkanalen, vuxna	Rotbehandling och rotfyllning till instrumentfragmentet	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
D13.1	Rotperforation vid rotbehandling, vuxna	Förslutning av perforation med MTA	4

Smärta och käkfunktionsstörningar

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
E1.1	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Kvalificerat rådgivande samtal (beteendemedicinsk prevention och behandling)	4
E1.2	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Rörelseträning	6
E1.3	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Töjning	4
E1.4	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Akupunktur	6
E1.5	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Terapilaser	8
E1.6	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)	9
E1.7	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Paracetamol	6
E1.8	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Antiinflammatorika (NSAID)	5
E1.9	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Opioider	8
E1.10	Käkfunktionsstörning utan närmare specifikation (TMD UNS), vuxna	Bettskena	4
E2.1	Symtomatisk diskförsjutning med återgång, vuxna	Rådgivning samt koordinationsträning	6
E2.2	Symtomatisk diskförsjutning med återgång, vuxna	Stabiliseringsskena	5
E2.3	Symtomatisk diskförsjutning med återgång, vuxna	Reponeringsskena	6
E3.1	Handikappande symtomatisk diskförsjutning med återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Dissektomi eller diskreponering	3
E3.2	Handikappande symtomatisk diskförsjutning med återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Modifierad kondylotomi	4
E3.3	Handikappande symtomatisk diskförsjutning med återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Artroskopi	7

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
E3.4	Handikappande symtomatisk diskförskjutning med återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Artrocentes	7
E4.1	Symtomatisk diskförskjutning utan återgång, vuxna	Töjning som tilläggsbehandling	4
E4.2	Symtomatisk diskförskjutning utan återgång, vuxna	Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)	9
E4.3	Symtomatisk diskförskjutning utan återgång, vuxna	Glukokortikoid kombinerat med lokalanestetika applicerat med jontofores	10
E4.4	Symtomatisk diskförskjutning utan återgång, vuxna	Natriumhyaluronat intraartikulärt	10
E4.5	Symtomatisk diskförskjutning utan återgång, vuxna	Stabiliseringsskena	6
E4.6	Symtomatisk diskförskjutning utan återgång, vuxna	Ocklusal korrigering	8
E5.1	Handikappande symtomatisk diskförskjutning utan återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Dissektomi	4
E5.2	Handikappande symtomatisk diskförskjutning utan återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Artroskopi	3
E5.3	Handikappande symtomatisk diskförskjutning utan återgång som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Artrocentes	4
E6.1	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Rörelseträning (passiv töjning, leddistraktion, stretch, underkäksrörelser med motstånd, koordinationsträning och hållningsträning)	5
E6.2	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Terapilaser	10
E6.3	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Pulserande elektromagnetiska fält	10
E6.4	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Ikke invasiv radiofrekvensterapi (värmeterapi)	8
E6.5	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Capsaicinkräm	8
E6.6	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Glukokortikoid intraartikulärt	5
E6.7	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Natriumhyaluronat intraartikulärt	7
E6.8	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Ketamin intraartikulärt	10
E6.9	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Antiinflammatorika (NSAID)	4
E6.10	Käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Bettskena	4
E7.1	Akut käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Ocklusal korrigering	icke-göra
E8.1	Långvarig käkleddsmärta (artralgi), vuxna	Ocklusal korrigering	5
E9.1	Käkleddartrit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Rörelseträning	6

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
E9.2	Käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)	9
E9.3	Käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Glukokortikoid intraartikulärt	3
E9.4	Käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Natriumhyaluronat intraartikulärt	7
E9.5	Käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Antiinflammatorika (NSAID)	4
E9.6	Käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Bettskena	4
E10.1	Akut käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom, vuxna	Ocklusal korrigering	icke-göra
E11.1	Långvarig käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom som orsakat bettförändring, vuxna	Ocklusal korrigering	4
E12.1	Handikappande kronisk käkledsartit associerad med inflammatorisk sjukdom som inte lindrats efter reversibel behandling, vuxna	Käkledskirurgi	2
E13.1	Symtomatisk käkledsartros (degenerativ ledsjukdom), vuxna	Glukokortikoid intraartikulärt	7
E13.2	Symtomatisk käkledsartros (degenerativ ledsjukdom), vuxna	Natriumhyaluronat intraartikulärt	8
E13.3	Symtomatisk käkledsartros (degenerativ ledsjukdom), vuxna	Antiinflammatorika (NSAID)	6
E13.4	Symtomatisk käkledsartros (degenerativ ledsjukdom), vuxna	Opioider	9
E13.5	Symtomatisk käkledsartros (degenerativ ledsjukdom), vuxna	Stabiliseringsskena	5
E13.6	Symtomatisk käkledsartros (degenerativ ledsjukdom) med omfattande leddestruktion, vuxna	Ocklusal korrigering	5
E14.1	Käkledsankylos, vuxna	Resektion av ledhuvudet med eller utan autogen rekonstruktion	2
E14.2	Käkledsankylos, vuxna	Resektion av ledhuvudet med allogen artroplastik (ledprotes)	7
E15.1	Käkledsluxation, vuxna	Manuell reponering av luxerad käkled	2
E16.1	Förhöjd risk för käkledsluxation, vuxna	Rörelseträning efter reponering av luxerad käkled	7
E17.1	Återkommande käkledsluxation, vuxna	Kirurgisk reduktion av tuberkulum artikulare (eminektomi)	3
E17.2	Återkommande käkledsluxation, vuxna	Öppen kirurgi, förlängning av tuberkulum artikulare	7
E18.1	Käkledsfraktur, vuxna	Konservativ behandling med eller utan intermaxillärfixering	2
E18.2	Käkledsfraktur, vuxna	Öppenkirurgisk reponering	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
E19.1	Synovial chondromatos, vuxna	Synovektomi	3
E20.1	Osteochondrom, kondylhyperplasi, vuxna	Käkledsrekonstruktion med resektion	3
E21.1	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Hållningsträning	7
E21.2	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Töjning	5
E21.3	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Akupunktur	6
E21.4	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Triggerpunktsbehandling	9
E21.5	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Pulserande ultraljud	9
E21.6	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Botuliniumtoxininjektion	10
E21.7	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	NSAID eller salicylatkräm	8
E21.8	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Diazepam	10
E21.9	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Stabiliseringsskena	4
E21.10	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Mjukplastskena	6
E21.11	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Partiell skena med framtandskontakt	7
E21.12	Käkmuskelsmärta (myofasciell smärta), vuxna	Ocklusal korrigering	9
E22.1	Käkmuskelsmärta associerad med generell smärta, vuxna	Rörelseträning	6
E22.2	Käkmuskelsmärta associerad med generell smärta, vuxna	Tricykliska antidepressiva	4
E22.3	Käkmuskelsmärta associerad med generell smärta, vuxna	Bettskena	8
E22.4	Käkmuskelsmärta associerad med generell smärta, vuxna	Ocklusal korrigering	FoU
E23.1	Masseterhypertrofi, vuxna	Botuliniumtoxininjektion	FoU
E24.1	Nedsatt käkrörelseförmåga, vuxna	Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)	8
E24.2	Nedsatt käkrörelseförmåga, vuxna	Töjning	5
E25.1	Störd ansikts-käkmotorik pga pares, vuxna	Koordinationsträning	9
E25.2	Störd ansikts-käkmotorik pga pares, vuxna	Akupunktur	8
E26.1	Smärta och störd käkmotorik associerad med pisksnärtskada (WAD), vuxna	Rörelse- och koordinationsträning	7
E27.1	Huvudvärk associerad med käkfunktionsstörning, vuxna	Akupunktur	6

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
E27.2	Huvudvärk associerad med käkfunktionsstörning, vuxna	Antiinflammatorika (NSAID)	5
E27.3	Huvudvärk associerad med käkfunktionsstörning, vuxna	Bettskena	5
E27.4	Huvudvärk associerad med käkfunktionsstörning, vuxna	Ocklusal korrigering	10
E28.1	Traumatiserande ocklusion, vuxna	Ocklusal korrigering	5
E29.1	Dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt, vuxna	Bettskena	8
E29.2	Dysocklusion som inte kan verifieras kliniskt, vuxna	Ocklusal korrigering	icke-göra
E30.1	Tandslitage med risk för progression, vuxna	Beteendepåverkan	7
E30.2	Tandslitage med risk för progression, vuxna	Bettskena	5
E31.1	Bruxism och annan orofacial parafunktion, vuxna	Elektrisk biofeedback	7
E31.2	Bruxism och annan orofacial parafunktion, vuxna	Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)	10
E31.3	Bruxism och annan orofacial parafunktion, vuxna	Bettskena	6
E32.1	Idiopatisk ansiktssmärta och atypisk odontalgi, vuxna	Akupunktur	8
E32.2	Idiopatisk ansiktssmärta och atypisk odontalgi, vuxna	Terapilaser	10
E32.3	Idiopatisk ansiktssmärta och atypisk odontalgi, vuxna	Antiepileptika	4
E32.4	Idiopatisk ansiktssmärta och atypisk odontalgi, vuxna	Tricykliska antidepressiva	8
E32.5	Idiopatisk ansiktssmärta och atypisk odontalgi, vuxna	Capsaicinkräm eller Lidokainsalva	6
E33.1	Tung- och munsveda, vuxna	Beteendepåverkan	5
E33.2	Tung- och munsveda, vuxna	Farmakologisk behandling	10
E33.3	Tung- och munsveda, vuxna	Bettskena	7
E34.1	Obstruktiv sömnapné, vuxna	Behandling med oral apparatur, s.k. apnébettskena	3

Tandlöshet

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
G1.1	Total tandlöshet i överkäken som ger funktionsstörning, vuxna	Total plattprotes	2
G1.2	Total tandlöshet i överkäken som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött bro	2
G1.3	Total tandlöshet i överkäken som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött täckprotes	2
G2.1	Total tandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning, vuxna	Total plattprotes	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
G2.2	Total tandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött bro	2
G2.3	Total tandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött täckprotes	3
I1.1	Entandslucka i frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Luckslutning med ortodontisk apparatur	3
I1.2	Entandslucka i frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Förbehandling med ortodontisk apparatur inför tandersättning	4
I1.3	Entandslucka i frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött bro	3
I1.4	Entandslucka i frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött extensionsbro	4
I1.5	Entandslucka i frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Emaljretinerad bro – metall-förstärkt, med två stödtänder	6
I90	Entandslucka i frontsegmentet (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Emaljretinerad bro – metall-förstärkt, med en stödtand	6
I91	Entandslucka i frontsegmentet (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Emaljretinerad bro – i keramik, med en stödtand	6
I1.7	Entandslucka i överkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött krona	3
I2.7	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött krona	5
I3.1	Avsaknad av tand eller tänder i sidosegment, vuxna	Luckslutning med ortodontisk apparatur	7
I3.2	Avsaknad av tand eller tänder i sidosegment, vuxna	Förbehandling med ortodontisk apparatur inför tandersättning	7
I3.3	Entandslucka i sidosegment som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött bro	5
I3.4	Entandslucka i sidosegment som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött extensionsbro	6
I3.5	Entandslucka i sidosegment som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstött krona	5
I3.6	Entandslucka i sidosegment som ger funktionsstörning, vuxna	Emaljretinerad bro – metall-förstärkt, med två stödtänder	8
G5.1	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött bro	3
G5.2	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött bro med minst en stiftförankrad stödtand	4
G5.3	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött bro med extension	5
G5.4	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstött bro på tänder med reducerat benstöd	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
G5.5	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Tand- och implantatstödd bro	5
G5.6	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstödd bro	3
G5.7	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Avtagbar partialprotes	6
G5.8	Flertandslucka som ger funktionsstörning, vuxna	Emaljretinerad bro – metall-förstärkt, med två stödtänder	8
G3.1	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Avtagbar partialprotes	6
G3.2	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Avtagbar partialprotes/kombinationsprotetik	6
G3.3	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstödd bro	3
G3.4	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Implantatstödd bro med extension	4
G3.5	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstödd bro med extension	5
G3.6	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Ortodontisk distalisering i kombination med tandstödd bro	4
G3.7	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstödd bro med minst en stiftförankrad tand och med extension	8
G3.8	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Tandstödd bro på tänder med reducerat benstöd och med extension	4
G3.9	Friändstandlöshet som ger funktionsstörning, vuxna	Tand- och implantatstödd bro	5
G6.1	Enskild tand i frontsegment (3:a till 3:a) med måttlig till stor defekt som medför funktionsstörning, vuxna	Krona – metall-keramik/kärnförstärkt helkeramik/glaskeramik	4
G6.2	Enskild tand i frontsegment (3:a till 3:a) med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning, vuxna	Fasad keram	4
G6.3	Enskild tand i frontsegment (3:a till 3:a) med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning, vuxna	Fasad komposit	6
G7.1	Enskild tand i sidosegment med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning, vuxna	Krona – metallkeramik och kärnförstärkt helkeramik	6
G7.2	Enskild tand i sidosegment med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning, vuxna	Onlay keram	6
G8.1	Enskild tand med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning och som kräver rotbehandling, vuxna	Krona med stiftförankring (laboratorieframställt eller klinikframställt)	3
G8.2	Enskild tand med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning och som kräver rotbehandling, vuxna	Krona utan stiftförankring	4

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
G8.3	Enskild tand med måttlig till stor defekt som ger funktionsstörning och som kräver rotbehandling, vuxna	Extraktion och implantat med krona	5
43	Partiell eller total tandlöshet, vuxna	Implantatinstallation med digitalt planerad guddad kirurgi	6
45	Begränsad bentillgång vid implantatoperation i underkäke vid partiell tandlöshet, vuxna	Installation av implantat (minst 6 mm långa) som möjliggör behandling utan benaumentation	5
46	Nyinstallerade implantat vid partiell eller total tandlöshet, vuxna	Direktbelastning	7
105	Begränsad bentillgång vid implantatoperation i överkäken vid partiell tandlöshet, vuxna	Installation av implantat (minst 6 mm långa) som möjliggör behandling utan benaumentation	6
107	Begränsad bentillgång vid implantatoperation i överkäken, vuxna	Tvåstegsbehandling: benaumentation med läkningsperiod före implantatinstallation	5
108	Begränsad bentillgång vid implantatoperation i överkäken, vuxna	Sinuslyft utan autologt ben eller benersättningsmaterial	4
112	Nyinstallerade implantat vid partiell eller total tandlöshet, vuxna	Konventionell belastning	5
115	Enskild tand som ska extraheras och ersättas med tandimplantat, vuxna	Tandutdragning och installation av tandimplantat vid samma behandlingstillfälle	7

Bettavvikelser

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
F1.1	Kraniofaciala syndrom och/eller defekter med för individen kvarvarande bett- och tandpositionsavvikelser, vuxna	Ortodonti som del i en multidisciplinär betthabitering	3
F2.1	Stort horisontellt överbett (med ofullständig läppslutning), vuxna	Reduktion av överbettet med ortodontisk apparatur	4
F3.1	Måttlig grad av frontal invertering utan tvångsföring, vuxna	Korrigerig av invertering med ortodontisk apparatur	5
F4.1	Frontal invertering med tvångsföring, vuxna	Behandling med ortodontisk apparatur	5
F5.1	Djupt bett, vuxna	Reduktion av vertikal överbitning med ortodontisk apparatur	7
F6.1	Öppet bett, vuxna	Reduktion av öppet bett med ortodontisk apparatur	7
F7.1	Korsbett – enkelsidigt ej tvångsförande, vuxna	Behandling med ortodontisk apparatur	10
F8.1	Korsbett – enkelsidigt tvångsförande, vuxna	Breddanpassning med ortodontisk apparatur	6
F9.1	Korsbett – dubbelsidigt, vuxna	Behandling med ortodontisk apparatur	10

Id	Tillstånd	Åtgärd	Prioritet
F10.1	Saxbett, vuxna	Behandling med ortodontisk apparatur	5
F11.1	Trångställning med placering av tänder, vuxna	Korrigerig med ortodontisk apparatur	5
F12.1	Glesställning i frontsegment med placering av tänder, vuxna	Korrigerig (av glesställning) med ortodontisk apparatur	8
F13.1	Refinerad hörntand som medfört tandlucka, vuxna	Öppen eller sluten kirurgisk friläggning och ortodontisk framdragning	7

Bilaga 2. Översikt av indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer och målnivåer för ett urval av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för tandvården (se tabell 1–3). Dessutom har vi tagit fram övergripande indikatorer med stor relevans för området (se tabell 4).

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. God vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del i Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Med hjälp av indikatorerna följer vi upp de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

De flesta indikatorer är möjliga att följa upp med hjälp av befintliga datakällor. Andra är så kallade utvecklingsindikatorer, vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att indikatorerna ska kunna användas för uppföljningar på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå användas på lokal eller regional nivå.

Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling, och är alltså nivåer som tandvården bör sträva efter att nå.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer och målnivåer för tandvården redovisas mer utförligt i rapporterna *Indikatorer för tandvård* och *Målnivåer för tandvård* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/tandvard.

Indikatorer och målnivåer för området främja hälsa och förebygga sjukdomar

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer och målnivåer för området främja hälsa och förebygga sjukdomar.

Tabell 1. Indikatorer och målnivåer för området främja hälsa och förebygga sjukdomar

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå	Rekommendationens id
T1*	Kvalificerat rådgivande samtal för vuxna med ohälsosamma matvanor	–	5
T2*	Kvalificerat rådgivande samtal om rökstopp för vuxna som röker och som ska genomgå operation i munnen	–	99
T3	Systematisk samverkan mellan tandvård och barnhälsovård för barn 0–6 år i områden med hög risk för dålig munhälsa	–	110
T13	Inskolning för barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad	100 % av tandvårdsklinikerna som behandlar barn arbetar med detta	70
T4	Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande	100 % av tandvårdsklinikerna arbetar med detta	76
T5	Samverkan för långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård	100 % av kommunerna samverkar med tandvården kring detta	78
T6	Samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan	–	79

*Utvecklingsindikator

Indikatorer och målnivåer för området utreda och diagnostisera

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer och målnivåer för området utreda och diagnostisera.

Tabell 2. Indikatorer och målnivåer för området utreda och diagnostisera

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå	Rekommendationens id
T7	Bedömning av risk för munsjukdom hos barn och vuxna	–	1
T12	Revisionsintervall för vuxna med förhöjd risk för dålig munhälsa	–	109
T8	Barn och vuxna med munsjukdom som får orsaksinriktad behandling	–	2

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå	Rekommendationens id
T9	Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	100 % av tandvårdsklinikerna arbetar med detta	E35
T10	Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	100 % av tandvårdsklinikerna använder detta	E36
T11	Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionstörningar	100 % av tandvårdsklinikerna arbetar med detta	72

Indikatorer och målnivåer för området behandla och rehabilitera

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer och målnivåer för området behandla och rehabilitera.

Tabell 3. Indikatorer och målnivåer för området behandla och rehabilitera

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå	Rekommendationens id
T14*	Selektiv exkavering vid djup dentinkaries	–	38
T15	Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna	≥ 90 % av de vuxna med en eller flera fasta tand- eller implantatstödda konstruktioner har inte behövt någon kompletterande åtgärd inom 5 år	–
T16	Effekt av rotbehandlingar hos vuxna	≥ 90 % av de vuxna med en eller flera rotfyllda tänder har inte behövt ta bort en redan rotfylld tand eller behövt någon ytterligare endodontisk åtgärd på en redan rotfylld tand inom 5 år	–

*Utvecklingsindikator

Övergripande indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen har tagit fram följande övergripande indikatorer och målnivåer för tandvården.

Tabell 4. Övergripande indikatorer och målnivåer för tandvård

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå
O1	Rapportering av data till nationella kvalitetsregister	–
O2	Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt	≤ 15 % av alla med fyllningar behöver göra om dem inom 3 år ≤ 10 % av alla med kronor behöver göra om dem inom 5 år

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå
O3	Barn och vuxna som förlorat tand efter åtgärd	–
O4	Vuxna som förlorat tand orsakat av sjukdom	–
O5	Vuxna som förlorat tandimplantat orsakat av periimplantit	–
O6	Kvarvarande egna tänder hos vuxna	–
O7	Vuxna som fått åtgärden kvalificerat rådgivande samtal vid munsjukdom eller besvär	≥ 50 % av alla med käkfunktionsstörning, karies eller parodontit har fått åtgärden
O8	Unga vuxna som behandlats för bett- och tandpositionsavvikelse	–
O9*	Barn och vuxna som behandlas för erosionsskador	–
O10	Vuxna med periimplantit som får behandling	–
O11	Barn och unga vuxna med munsjukdom som avstannar efter behandling	–
O12	Vuxna med munsjukdom eller besvär som avstannar efter behandling	≥ 85 % för karies ≥ 75 % för parodontit
O13*	Barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen	–
O14**	Självupplevd munhälsa hos barn och vuxna	–
O15	Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna	≥ 90 % kariesfria 6-åringar
O16	Förekomst av kariessjukdom hos personer 24 år och äldre	–
O17	Förekomst av parodontit hos vuxna	–
O18	Vuxna med sjukdom i vävnader kring tandimplantat, periimplantit	–
O19***	Barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information för att själva kunna förebygga munsjukdomar	–
O20***	Barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information om behandlingsalternativ	–
O21	Vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information om behandlingskostnad	–
O22**	Barn och vuxna som upplever att de har blivit respektfullt bemötta	–
O23**	Barn och vuxna som har avstått från att söka tandvård trots behov	–
O24	Vuxna som av ekonomiska skäl har avstått från att söka tandvård trots behov	–

Indikatorns nummer	Indikatorns namn	Målnivå
O25*	Barn och vuxna som anser att de fått tid när de upplevt behov	–
O26	Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård	≥ 80 % för munhälsobedömning ≥ 90 % för nödvändig tandvård
O27	Antibiotikaanvändning i tandvården	≤ 2 expedieringar per 1 000 invånare i variation mellan regionerna
O28*	Individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs för barn och vuxna	–

*Utvecklingsindikator

**Utvecklingsindikator för 12-åringar

***Utvecklingsindikator för personer under 18 år

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [58]. En indikator för god vård och omsorg ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården och omsorgen.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Så tar vi fram målnivåerna

Socialstyrelsen har en modell för att ta fram målnivåer i flera steg:

1. Vi väljer och utvecklar indikatorer (mått för god vård och omsorg).
2. Vi samlar in uppgifter från berörda register och tar fram förslag på målnivåer för indikatorerna, tillsammans med en expertgrupp.
3. Sakkunniga från berörda professioner, patientorganisationer, nationella programområden (NPO) och huvudmän ger synpunkter på förslagen.
4. Förslagen går ut på remiss.
5. Vi fastställer målnivåerna.
6. Vi ser över målnivåerna regelbundet och justerar dem vid behov.

Bilaga 3. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna för tandvård har uppdaterats några gånger sedan de först publicerades (se tabell 1). En uppdatering gäller terminologi för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder (se tabell 2).

Tabell 1. Versionshistorik för Nationella riktlinjer för tandvård

Publiceringsår	Aktivitet
2010	Riktlinjerna publicerades i en första version.
2011	Riktlinjerna justerades något efter remissvar från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter.
2013	Kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer sågs över, och en rekommendation justerades: Prioriteten ändrades från 6 till 8 för åtgärden systemisk tilläggsbehandling med antibiotika vid hälsofyllståndet periimplantit.
2021	<p>Riktlinjerna reviderades i grunden. Många av rekommendationerna från 2011 uppdaterades, eftersom kunskapsläget förändrats. Vissa rekommendationer ströks också, till exempel för att en behandling blivit inaktuell och tandvården inte längre behövde vägledning. Några rekommendationer slogs ihop.</p> <p>Dessutom kompletterades riktlinjerna med cirka 80 nya rekommendationer, med ett tydligare fokus på styrning och ledning. Bland annat inkluderades nya grupper (barn samt personer som behöver särskilt stöd) och nya områden (implantatkirurgi och odontologisk radiologi, med rekommendationer om datortomografi). Riktlinjerna fick också ett större fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder.</p> <p>Vidare inkluderades några rekommendationer som ingår i <i>Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor</i>, och terminologin anpassades för att stödja enhetliga budskap till patienterna från tandvården och den övriga hälso- och sjukvården (se tabell 2).</p> <p>Rapporten fick också en ny struktur.</p>
2022	Riktlinjerna justerades något efter remissvar från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter, och publicerades i den nuvarande versionen. Vi lade också till rekommendationer om revisionsintervall för barn (id 113–114), tandreglering för barn (id 116) och implantatkirurgi för vuxna (id 115).

Tabell 2. Uppdaterad terminologi för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder

Åtgärd i Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011	Motsvarighet i Nationella riktlinjer för tandvård från och med 2021
hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling	hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling
standardiserad rådgivning	–
rådgivande samtal	rådgivande samtal
rådgivande samtal med särskild uppföljning	(ofta med uppföljning vid ett eller flera tillfällen)
beteendemedicinsk prevention och behandling	kvalificerat rådgivande samtal (alltid med uppföljning)

Kommentar: Åtgärden standardiserad rådgivning har utgått i riktlinjerna från 2021, men det är viktigt att tandvården fortsätter att erbjuda korta, standardiserade råd om munhälsa. De blir en grund för fortsatt behandling med till exempel rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal.

Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista
- Kunskapsunderlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning.

Indikatorerna och målnivåerna redovisas i sin helhet i rapporterna

- Indikatorer för tandvård
- Målnivåer för tandvård.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/tandvard. Där kan du också söka bland alla rekommendationer i ett webbgränssnitt.