

Nationella riktlinjer för tandvård

Stöd för styrning och ledning

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	2021-9-7549
Illustration	Jan Funke
Foto	Matton/Fancy/Veer/Corbis
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , september 2021

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om tandvård för barn och vuxna.

Riktlinjerna ska stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder, och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i tandvården. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i tandvården, till exempel i rollen som politiker, tjänsteman eller verksamhetschef. De kan även vara användbara för dig som möter patienter i tandvården.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen i tandvården, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade hälsotillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering. Socialstyrelsen planerar att börja utvärdera tandvården under 2022–2023, med utgångspunkt i riktlinjernas indikatorer.

Alla intressenter kan diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens bedömningar, rekommendationer och indikatorer i denna version av riktlinjerna, i en bred och öppen process. Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen också att medverka i ett antal regionala seminarier för beslutsfattare och andra berörda. Där kan din sjukvårdsregion eller enskilda region redovisa en analys av vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser riktlinjerna kommer att få för er.

Du som vill kan dessutom skicka skriftliga synpunkter på riktlinjerna, senast 31 januari 2022. Se instruktionerna på Socialstyrelsens webbplats (socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer). Under 2022 publicerar vi sedan en uppdaterad version av riktlinjerna, där vi tagit hänsyn till de synpunkter vi fått.

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
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag	9
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare.....	9
Större revidering 2021	10
Socialstyrelsens typer av rekommendationer.....	11
Socialstyrelsen utvärderar tandvården med hjälp av indikatorer.....	13
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	13
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030.....	14
Om munhälsa och tandvård	15
Så utvecklas munhälsan och tandvården i Sverige	15
Så organiseras tandvården i Sverige.....	18
Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar	21
Huvudbudskap: Satsa mer på förebyggande insatser i samverkan.....	22
Främja munhälsan hos alla som besöker tandvården.....	22
Främja barns munhälsa	24
Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor	26
Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla	30
Främja munhälsan hos vuxna med risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras.....	32
Främja munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd	35
Rekommendationer del 2: Utredda och diagnostisera.....	40
Huvudbudskap: Bedöm risker och satsa mest på dem med störst behov	41
Systematiska arbetssätt	41
Intervall för basundersökning (revisionsintervall)	43
Datortomografi: CBCT-undersökning	45
Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera	47
Huvudbudskap: Satsa mer på effektiv behandling och samtalsstöd.....	48
Särskilda tandvårdsbehov hos barn	48
Kariesskador som behöver repareras	53

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	55
Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten ..	60
Smärta och käkfunktionsstörningar	65
Tandlöshet och bettavvikelser.....	70
Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik tandvård	78
Kompletterande kunskapsstöd	82
Projektorganisation	87
Referenser	92
Bilaga 1. Översikt av centrala rekommendationer	95
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	109
Bilaga 3. Versionshistorik.....	113
Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben	114

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 att förebygga till stor del.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om tandvård till framför allt beslutsfattare. Vi rekommenderar insatser för att främja hälsa och förebygga sjukdomar, utreda och diagnostisera samt behandla och rehabilitera. Många rekommendationer är kvar sedan den tidigare versionen av riktlinjerna från 2011, ibland något justerade. Du som redan arbetar med att implementera dem kan fortsätta det arbetet med stöd av de nya riktlinjerna. Nu finns dessutom 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 symptom. Sådan orsaksinriktad behandling behöver bli vanligare i tandvården, särskilt vid karies.

Med stöd av de systematiska arbetsätten kan tandvården också kalla varje patient till basundersökningar lagom ofta. Det betyder att patienter med hög risk för dålig munhälsa undersöks oftare (en gång per 1–1,5 år) än patienter med låg risk (en gång per 2–3 år). På så sätt får patienterna med hög risk bättre tillgång till tandvården och sannolikt bättre munhälsa på sikt, medan patienterna med låg risk sparar tid och pengar.

Tandvården är viktig för att förebygga ohälsa

En god munhälsa är viktig för människors allmänna livskvalitet. Munhälsan påverkar bland annat den psykiska hälsan, näringsintaget och risken för infektioner och inflammationer i hela kroppen.

Tandvården behöver därför förebygga dålig munhälsa, till exempel genom att uppmärksamma ohälsosamma matvanor, rökning med mera – riskfaktorer som är gemensamma för flera munsjukdomar och andra sjukdomar. Tandvården kan ge stöd vid sådana ohälsosamma levnadsvanor tillsammans med annan hälso- och sjukvård, för att främja munhälsan och därmed även

den allmänna hälsan. En del tandvårdspersonal har kompetens att arbeta med beteendeförändringar, till exempel med metoderna rådgivande samtal och 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 med 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 sin dagliga munvård.

Munhälsan och tandvården behöver bli mer jämlik

Det finns skillnader i både munhälsa och tandvård i Sverige. Munhälsan är till exempel generellt sämre hos personer med låg inkomst, kort utbildning eller olika funktionsnedsättningar än i 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 mer 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 194 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 riktlinjerna från 2011, och presenterar rekommendationerna på ett nytt sätt.

➔ **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 377 rekommendationer (*Tillstånds- och åtgärdslista*) och kunskapsunderlaget för rekommendationerna.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågor där behovet av vägledning är särskilt stort. I uppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i tandvården, den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten (den kommunala omsorgen) används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i vården och omsorgen genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller brukargrupp. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg, och att främja en god hälsa för alla.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i tandvården. Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som politiker, tjänsteman 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
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

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 måste 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

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 hälsotillstånd och åtgärder. De gäller i första hand allmäntandvård, men vissa rekommendationer gäller också specialisttandvård.

Sedan riktlinjerna publicerades förra gången, 2011, har de utökats med rekommendationer för två nya grupper: barn samt personer som behöver särskilt stöd på grund av funktionsnedsättningar med mera. Socialstyrelsen avser att fördjupa barnperspektivet i riktlinjerna framöver. Några nya områden har också tillkommit: implantatkirurgi (med rekommendationer om att installera tandimplantat) och odontologisk radiologi (med rekommendationer om datortomografi). Dessutom ligger 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 tidigare. Urvalet är snävare, och gäller framför allt åtgärder där det finns praxisskillnader och stort behov av vägledning.

Vidare har vi uppdaterat en del av de tidigare rekommendationerna, eftersom kunskapsläget förändrats. Vi har också strukit vissa rekommendationer, till exempel när en behandling blivit inaktuell och när tandvården inte längre behöver vägledning. Analysen av vägledningsbehovet har bland annat utgått 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 fluoridtandkräm i förskolan och fluoridlackning i skolan, för barn i områden där invånarna generellt har hög risk för dålig munhälsa, behandling av erosioner (tandskador) samt tobaksförebyggande program i tandvårdens regi. Mer forskning behövs på flera områden (se också kapitlet *Om munhälsa och tandvård*, avsnittet *Många kunskapsluckor*).

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

Slutligen presenteras rekommendationerna 2021 i en ny form jämfört med 2011. Språket är också mer anpassat till läsare utan sakkunskap i tandvård.

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

Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Socialstyrelsen rekommenderar tandvården att erbjuda vissa åtgärder till patienter med vissa hälsotillstånd (se kapitlet *Rekommendationer del 1–3*).

Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens olika 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.
Icke-göra	Åtgärder som tandvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja tandvården att sluta använda åtgärderna (utmönstra dem).

Effektiva åtgärder vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

För att kunna ge rekommendationer om vilka åtgärder som är mest angelägna, rangordnar Socialstyrelsen åtgärder för olika hälsotillstånd. Rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- hälsotillståndets svårighetsgrad (utgångspunkt för rangordningen)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Hälsotillståndets svårighetsgrad avgörs av hur mycket tillståndet påverkar personens munhälsa, och i vissa fall personens allmänna hälsa. Endast åtgärder för hälsotillstånd med *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 åtgärder har vi bedömt dels utifrån svårighetsgraden hos det hälsotillstånd man vill förebygga, dels utifrån risken för att patienterna drabbas av hälsotillståndet.

Åtgärdens effekt handlar om nyttan för patienten, och bedöms utifrån ett vetenskapligt underlag – den bästa tillgängliga kunskapen. I vissa fall är det

dock inte möjligt att uttala sig om en åtgärds effekt utifrån ett vetenskapligt underlag, på grund av att det vetenskapliga stödet saknas eller är otillräckligt. Då kan det i stället vara aktuellt att samla in bästa tillgängliga kunskap om en åtgärd i form av beprövad erfarenhet. För att göra det använder Socialstyrelsen en systematisk konsensusprocess.

Åtgärdens kostnadseffektivitet avgörs av nyttan 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:

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

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utveckling) om

- en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- en åtgärd har införts i vården trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten

– samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När verksamheter utvärderar åtgärdens effekt kan tandvården få ny kunskap. Kunskapen kan produceras i form av en vetenskaplig rapport eller en lokal utvärdering utifrån registerdata, om hur åtgärden används och vilka effekter den får för patienterna. Kunskapen kan också utgå från beprövad erfarenhet hos yrkesverksamma.

Icke-göra betyder att åtgärden bör utmönstras

Socialstyrelsen ger rekommendationen icke-göra när tandvården bör sluta använda en åtgärd för att

- åtgärden inte har någon effekt, eller mycket sämre effekt än annan behandling
- de negativa effekterna är mycket större än de positiva för patienten
- åtgärden visar något som inte påverkar den fortsatta utredningen eller behandlingen.

Socialstyrelsen utvärderar tandvården med hjälp av indikatorer

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. Utvärderingarna utgår från indikatorer som tas fram i riktlinjearbetet, men belyser också andra aspekter.

Indikatorerna för tandvården är tänkta att spegla ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna och olika aspekter av god vård. Målet är också att du ska kunna 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.

Kunskapen från Socialstyrelsens utvärderingar används bland annat när vi uppdaterar de befintliga riktlinjerna. Utvärderingar kan till exempel visa tandvårdens fördelning och kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter.

Socialstyrelsen fastställer ofta även nationella målnivåer i olika riktlinjearbeten. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling, och är alltså nivåer som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör sträva efter att nå. De fastställs enligt en beprövad modell, som inkluderar både statistiska underlag och konsensusprocess [3].

→ Läs mer:

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av alla indikatorer för tandvården.
- Indikatorerna redovisas även mer utförligt i rapporten *Indikatorer för tandvård* på Socialstyrelsens webbplats – se socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

→ Kommande publiceringar:

- När de nationella riktlinjerna har uppdaterats 2022, planerar Socialstyrelsen också att publicera nationella målnivåer för tandvården. Samtidigt 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 rangordna 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 samhällsrelaterade 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 parodontit och hjärt-kärlsjukdomar och diabetes. Munhälsan påverkar också näringsintaget, risken för infektioner och inflammationer i resten av kroppen och den vardagliga livskvaliteten: att kunna tugga bra och känna sig frisk och bekväm i munnen.

Nästan alla barn och vuxna i Sverige besöker tandvården regelbundet. Tandvård är ett stort vårdområde 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 ojämlig och skiljer sig både mellan regioner och mellan områden och grupper i samma region. Dålig munhälsa har ofta samband med låg inkomst, kort utbildning, dålig allmän hälsa och olika funktionsnedsättningar [8]. Men skillnaderna i befolkningen minskar, främst mellan olika grupper av äldre personer. Samtidigt riskerar skillnader i munhälsa att befästas på grund av en ökad ojämlikhet i samhället¹, i kombination med finansieringsmodellen där patienterna själva betalar den största delen av tandvården. Det skriver tandvårdsutredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* (SOU 2021:8) (se också avsnittet *Så organiseras tandvården i Sverige*).

Barns munhälsa: Många barn har haft karies någon gång. En del har flera kariesskadade tänder, och detta är vanligast i områden med låg socio-ekonomisk status² [9]. Karies i mjölkttänder blev också vanligare bland 3–11-åringar under 2010–2018, men den negativa trenden bröts sedan för de yngsta barnen [7]. Munhälsan riskerar dock fortfarande att försämrans även för äldre barn och ungdomar på sikt, eftersom karies i mjölkttänderna ofta beror på ohälsosamma levnadsvanor som sedan kvarstår.

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)

² Områden där en stor del av invånarna har låg inkomst och kort utbildning.

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 [10]. 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 [11].

Vuxnas munhälsa har länge förbättrats i de flesta åldersgrupper [12, 13]. Karies och fyllningar har till exempel minskat hos 35–65-åringar [7]. Samtidigt finns tydliga skillnader kopplade till inkomst och utbildning, och omkring en tredjedel av befolkningen besöker inte tandvården alls för regelbundna kontroller [9]. Sådana så kallade basundersökningar är viktiga för att förebygga ohälsa. År 2020 uppgav dessutom 10 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 [14].

Vidare ökar karies och fyllningar hos 80-åringar och äldre, framför allt för att de har fler egna tänder än tidigare. 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 (den kommunala omsorgen), för att möta de ökade behoven av vård och behandling.

➔ **Läs mer i**

- Socialstyrelsens lägesrapporter från 2021: *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård* [9] och *Vård och omsorg för äldre* [15]
- *Årsrapport 2020* 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 [10].

Covid-19-pandemin riskerar att öka skillnaderna

Tandvården har påverkats av covid-19-pandemin på flera sätt, visar Socialstyrelsens analyser. Tandvårdsbesöken minskade i alla åldersgrupper under pandemins första månader, och särskilt bland äldre personer med sämre munhälsa. Därmed finns risk för uppdämda tandvårdsbehov hos de grupper som behövde mycket tandvård redan före pandemin.

➔ **Läs mer i**

- stöden på Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/stod-till-tandvarden
- Socialstyrelsens faktablad i tre delar, om hur pandemin påverkat besöken i tandvården [16-18].

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.

Efterfrågan på tandvårdspersonal väntas öka framöver. Det beror bland annat på stora pensionsavgångar och på att andelen äldre ökar i befolkningen, vilket även ökar tandvårdsbehovet. Det kommer att behövas fler tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. Dessutom råder brist på specialistutbildade tandläkare.

Vidare finns regionala skillnader i tillgången till personal. Till exempel har de tre storstadsregionerna störst tillgång till tandläkare, medan personaltätheten i övriga landet varierar. Den digitala utvecklingen kommer dock 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 professioner i tandvården, till exempel dietister, hälsovetare och psykologer.

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens nationella planeringsstöd från 2021 [19].

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:**

- 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 [20].

Stärkt samverkan med annan hälso- och sjukvård

Tandvården och den övriga hälso- och sjukvården behöver samverka systematiskt, till exempel kring barn, personer med kroniska sjukdomar, äldre och personer som behöver särskilt stöd (på grund av funktionsnedsättningar med mera). Detta är även viktigt för att avlasta närstående, som annars behöver ta ett stort ansvar [21]. En väl fungerande samverkan bidrar till att förebyggande insatser når rätt målgrupp, och till att patienternas vård och behandling blir säkrare och effektivare. Även Världshälsoorganisationen (WHO) uppmanar till sådan samverkan, och till att fokusera mer på förebyggande insatser [22].

Samverkan kräver dock att tandvården inkluderas i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete med bättre samordning. Dessutom behöver läkar- och sjuksköterskeutbildningarna tydligare belysa kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa [23].

Samtidigt finns goda förutsättningar att stärka samverkan, eftersom regionerna är huvudman för både Folk tandvården 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 [23].

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 [23]
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [24].

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 är indelad i en offentlig och en privat vårdverksamhet. Ungefär lika många tandläkare och tandhygienister arbetar i privat som i offentlig regi, 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 för vuxna, där det finns nio olika specialiteter. Barntandvård drivs 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, och den största delen av de äldre patienterna går till privattandläkare.

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.
- **Regionerna** finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov.

Totalt kostade tandvården i Sverige cirka 31 miljarder kronor 2019 (inklusive patienternas kostnader) [25]. 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).

Det finns också tandvårdsstöd som regionerna ansvarar för och finansierar. Det gäller framför allt personer med risk för dålig munhälsa till följd av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, och 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 [26] beskriver hur regionerna kan tillämpa bestämmelserna, enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.
- På 1177.se och Försäkringskassans webbplats finns information till patienter om tandvårdsstöden.

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 eller arbetar med tandvårdsstöd på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

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 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 vården med hjälp av indikatorer.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem 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 (och id-nummer som även finns i webbilagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i>)
 Så påverkas tandvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
 Så utvärderar vi tandvården	Beskrivning av de indikatorer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

→ **Läs mer:**

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

Huvudbudskap: Satsa mer på förebyggande insatser i samverkan

Tandvården möter de flesta barn och vuxna regelbundet. Därför finns unika förutsättningar att upptäcka och förändra ohälsosamma levnadsvanor 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 munhygienvanor.

För att det hälsofrämjande arbetet ska fungera väl i hela landet behöver personal få utbildning och kompetens i samtalsbaserade metoder som motiverar 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 fluorid tandkräm. Fluorid kan minska risken för att syror från söta produkter 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*).

Rekommendationer till tandvården – främja munhälsan hos alla som besöker tandvården

Id	Främja munhälsan hos personer som ...	genom att ...	Prioritet
A1.1	<ul style="list-style-type: none"> • besöker tandvården och • har 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, natriummonofluorofosfat 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 hälsotillstånd med stor svårighetsgrad, till exempel 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 fluorid tandkräm 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 behöver dock bli mer systematisk och regelbunden, vilket innebär en viss ökad tidsåtgång och därmed en viss kostnadsökning. 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 O18).

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 mjölk tänder tidigt på grund av karies, vilket kan påverka bettutvecklingen och öka risken för tandvårdsrädsla och karies i de permanenta tänderna.

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.

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 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 om mat- och munhygien-vanor 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, för barn som får vård hos flera instanser och behöver särskilt stöd på grund av till exempel en funktionsnedsättning. Tandvård kan då inkluderas i barnets vårdplan. Denna samordning kräver en god samverkan mellan de olika aktörerna i vårdkedjan.

Vidare kan tandvården förebygga karies genom att behandla med fluoridlack eller utföra en så kallad fissurförsegling (täcka tuggytan med ett plastmaterial) på vissa barn som nyss har börjat få permanenta molarer (kindtänder). Det kan till exempel vara aktuellt för vissa barn med hög risk för karies eller barn som inte besöker tandvården regelbundet av någon anledning. Användningen av åtgärderna varierar dock stort mellan olika regioner, och en del erbjuder någon av åtgärderna till alla barn.

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 och 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 och får vård från flera instanser, som behöver samordnas med tandvården 	övriga aktörer i vårdkedjan kring barnet	3
31	<ul style="list-style-type: none"> är 6–15 år och 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	Främja <u>endast i undantagsfall</u> munhälsan hos 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 ett hälsotillstånd med 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 tandvård samordnad med annan vård, som bedöms ge stor patientnytta.

Låg prioritet har däremot fissurförsegling för alla barn som nyss har börjat få permanenta kindtänder. Fissurförsegling bör endast utföras i vissa fall, 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. 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. Samtidigt är insatserna mer kostnadseffektiva i områden med hög risk, så riktade satsningar kan vara motiverade på många ställen. Detta ökar tandvårdens kostnader på kort sikt. Många regioner har dock redan väl utvecklade samarbeten med till exempel familjecentraler i områden med hög risk (barnvårdscentralen, 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 för 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 hälsa. 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 sjukvårdsverksamheter 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 O18)
- hur individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs (indikator O27).

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 försämrans av ohälsosamma levnadsvanor, som är vanliga i befolkningen [27]. 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 (erosion). 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. Därför kan tandvården tidigt identifiera ohälsosamma levnadsvanor som påverkar munhälsan, och därmed även den allmänna hälsan. Dessutom finns personal i tandvården med kompetens att arbeta med beteendeförändringar, framför allt tandhygienister. Därför ger Socialstyrelsen här rekommendationer som även ingår i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [27].

Du som planerar tandvård kan i samråd med beslutsfattare i annan hälso- och sjukvård ta ställning till vem som bäst kan utföra åtgärderna i er region, och som tandvården kan remittera till vid behov, till exempel en dietist, rökavvänjare eller hälsocoach. Patienterna kan också få stöd via den nationella Sluta-röka-linjen eller Alkoholnlinjen.

Det handlar framför allt om att erbjuda samtalsstöd för att patienterna själva ska vilja och kunna ändra ohälsosamma levnadsvanor som påverkar munhälsan. Patienter med karies kan till exempel behöva ändra matvanor, och patienter med sjukdomar i vävnader kring tänder eller tandimplantat kan behöva ändra munhygienvanor. Vi rekommenderar dels rådgivande samtal, dels kvalificerat rådgivande samtal (se beskrivningen i rutan *Stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor: rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal*).

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 hälsa*). Vanligen ingår samtal, information och praktiska övningar, och åtgärden är oftast strukturerad och teoribaserad.

Stöd för att ändra ohälsosamma levnadsvanor kan vara särskilt motiverat inför planerade operationer i munnen. Framför allt kan ett stort antal komplikationer förebyggas om patienten avstår från rökning och riskbruk av alkohol 4–8 veckor före operationen. Även efter operationen är det viktigt att inte röka eller dricka alkohol.

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. Båda metoderna innebär att tandvårdspersonal eller annan hälso- och sjukvårdspersonal för en personcentrerad dialog med patienten, anpassad till ålder, hälsa, risk för ohälsa med mera. Patienten görs 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 också en teoribaserad och strukturerad åtgärd, till skillnad från enbart rådgivande samtal. Det betyder att åtgärden bygger på vissa tydliggjorda antaganden om hur och varför den fungerar, och innehåller vissa fördefinierade komponenter.* Åtgärden 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*.

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	<ul style="list-style-type: none"> är 2–12 år och har ohälsosamma matvanor eller är otillräckligt fysiskt aktiva** 	familjestödsprogram	5*
Id	Främja munhälsan hos vuxna som ...	genom att erbjuda ...	Prioritet
99	<ul style="list-style-type: none"> ska opereras i munnen och röker 	<ul style="list-style-type: none"> kvalificerat rådgivande samtal och nikotinläkemedel 	1*
5, 9	<ul style="list-style-type: none"> har ohälsosamma matvanor eller röker dagligen 	kvalificerat rådgivande samtal	2*
100	<ul style="list-style-type: none"> ska opereras i munnen och har ett riskbruk av alkohol 	rådgivande samtal	3*
3	<ul style="list-style-type: none"> har en sjukdom i vävnader kring tänder eller tandimplantat och har otillräcklig munhygien 	kvalificerat rådgivande samtal	5
4		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.

→ Läs mer:

- I [bilaga 3](#) kommenterar vi terminologin kring åtgärderna för att ändra ohälsosamma levnadsvanor, som vi uppdaterat sedan förra gången dessa riktlinjer publicerades, 2011. Kvalificerat rådgivande samtal kallades till exempel beteendemedicinsk prevention och behandling 2011.
- I avsnittet [Främja munhälsan hos vuxna med risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras](#) finns mer specifika rekommendationer om att förebygga karies.
- I *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [27] finns fler rekommendationer på området.

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.

De lägre prioriterade åtgärderna har en högre kostnad i förhållande till nyttan, eller gäller hälsotillstånd med lägre svårighetsgrad.

Rekommendationerna på detta område är hämtade från *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [27], 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 stor svårighetsgrad och inte 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, och det kan 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 tandvården 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 [28].

Den ökade kostnaden för satsningarna i tandvården kompenseras på lång sikt av besparingar, 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. Därmed behövs färre reparativa och sjukdomsbehandlande åtgärder.



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 egen munhygien regelbundet.

Små barn med tandvårdsrädsla bör få inskolning i tandvården steg för steg. Med metoden tell-show-do (berätta-visa-pröva) minskar osäkerheten i

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.

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. Barn är oftast mogna för tandvård vid cirka 2,5 års ålder. Ibland behövs dock insatser även för yngre barn, och även då rekommenderas metoden tell-show-do. Metoden kan dessutom vara lämplig för äldre barn.

Tandvårdsrädsla hos lite äldre barn och hos vuxna behandlas också 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, men 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 1–5 år och 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 och har svår tandvårdsrädsla 	erbjuda KBT med exponering	3

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

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. Åtgärden 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 mycket stor svårighetsgrad, och behandlingen är effektiv. Kostnaden bedöms dock vara måttlig i förhållande till nyttan, vilket har påverkat prioriteten.

Så påverkas tandvården

Tandvårdspersonal som möter barn under 6 år kan själva skola in barnen 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 om 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 små barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad (indikator T13).

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

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

Främja munhälsan hos vuxna med 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 karies och att bromsa kariesskador 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. Sockret omvandlas till en syra av bakterier i munnen, som med tiden ger kariesangrepp. Patienter som får i sig mycket socker kan därför behöva stöd för att minska konsumtionen. Risken för karies ökar också vid till exempel dålig munhygien och muntorrhet.

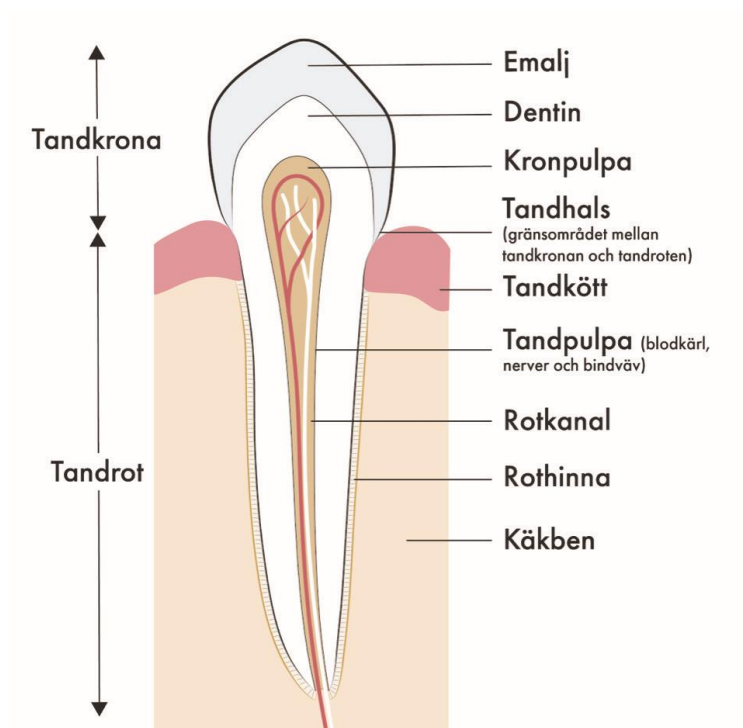
En tidig kariesskada visar sig på emaljen, tuggytorna och sidorna av tanden (kronkaries), men även tandens rot kan drabbas om den blottas (rotkaries) (se figur 1). Risken för rotkaries är förhöjd hos äldre personer, som ofta har fler blottade tandhalsar.

Fluorid har länge använts för att förebygga karies – det gör tänderna mer motståndskraftiga mot kariesangrepp. Patienter med förhöjd risk för karies kan därför erbjudas fluorid, till exempel i form av natriumfluoridlösning, fluoridgel, fluoridlackning 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 porerna 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 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	<ul style="list-style-type: none"> förhöjd risk för karies eller tidig karies som riskerar att förvärras och ett högt sockerintag 	stöd för att minska sockerintaget (frekvens och mängd)	3
B12.3, B12.4, B12.1, B12.11	förhöjd risk för rotkaries	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena tandkräm med 5 000 ppm NaF eller fluoridlackning minst 2 gånger per år 	3
B3.10	förhöjd risk för kronkaries	fluoridlackning minst 2 gånger per år	3
B3.2, B3.3		<ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning eller fluoridgel i skena 	4
B15.5, B15.6, B15.4, B15.12	tidig rotkaries som riskerar att förvärras	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena tandkräm med 5 000 ppm NaF eller fluoridlackning minst 4 gånger per år 	4

Id	Främja munhälsan hos vuxna med ...	genom att erbjuda ...	Prioritet
B6.11, B6.5	tidig kronkaries som riskerar att förvärras	<ul style="list-style-type: none"> • fluoridlackning minst 4 gånger per år <i>eller</i> • 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

→ 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 behandla* finns rekommendationer om att bedöma risken för sjukdomar i munnen och registrera tandskador (erosioner) systematiskt. Se avsnittet *Systematiska arbetsätt*.

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 befintliga skador sprider sig genom emaljen. Ett minskat sockerintag är den viktigaste åtgärden för patienter med högt sockerintag. 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 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. Vidare bedöms fluorid ha något bättre effekt innan en patient fått karies än när patienten redan fått det. Därför har åtgärderna vid förhöjd risk för karies något högre prioritet än åtgärderna vid tidig karies. Patienter med tidig karies har dock i regel även förhöjd 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 en mer tekniskt krävande åtgärd, som kostar mer än fluoridbehandling.

Så påverkas tandvården



Tandvården behöver bli bättre på att ge förebyggande behandling, som samtalsstöd och fluorid, till vuxna med tidig karies eller förhöjd risk för karies. Endast cirka 20 procent av patienterna får sådan behandling i dag,

enligt kvalitetsregistret SKaPa. Särskilt 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 fem indikatorer som är relevanta för att följa upp hälsan hos personer med 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 vuxna med munsjukdom eller besvär som förbättras eller avstannar efter behandling (indikator O11)
- självupplevd munhälsa hos barn och vuxna (indikator O13)
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O14)
- förekomst av kariessjukdom hos personer över 24 år (indikator O15).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer 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)*). Patienter som har svårt att ta sig till en tandvårdsklinik behöver dessutom tandvård i boendemiljön, till exempel förebyggande åtgärder, enklare lagningar och protesjusteringar.

Vidare behöver tandvården samordna sina insatser med annan hälso- och sjukvård, för 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. 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 karieslagning, 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 rehabilitering efter genomförd tandvård, för att förbättra tuggfunktionen, estetiken och livskvaliteten. Behovet är högst individuellt, och tandvårdspersonalen behöver bedöma det i en respektfull dialog med patienten (detta krävs även 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 från flera instanser, 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 och är sköra och har en total livssituation som medför att de inte gagnas av behandlingen 	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 och inte klarar vanlig lagning (fyllningsterapi) 	reparera tänderna med handinstrument: atraumatic restorative treatment (ART)	6
Id	Främja <u>endast i undantagsfall</u> munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd och ...	genom att ...	Prioritet
88	<ul style="list-style-type: none"> har karies eller bedöms riskera att få det <i>eller</i> har gingivit eller bedöms riskera att få det 	behandla med 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.
- Socialstyrelsens lägesrapport *Vård och omsorg för äldre* från 2021 har särskilt fokus på munhälsa hos äldre [15].



Så har vi prioriterat

De två högst prioriterade åtgärderna gäller hälsotillstånd med 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 nyttan. Även att upprätthålla patientkontakten vid återbud eller uteblivet besök bedöms ge stor patientnytta. Samma sak gäller tandvård i boendemiljön, men 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 och 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 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 nyttan. Åtgärden kompletterar andra åtgärder 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 åtgärdens lämplighet. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.

Klorhexidinpreparat har däremot generellt ingen kliniskt relevant effekt på karies eller gingivit, och kostnaden bedöms vara mycket hög i förhållande till nyttan. 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 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 sex 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)
- andelen kommuner som arbetar med långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård i samverkan med tandvården (indikator T5)
- 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 O25)
- hur individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs (indikator O27).

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*.

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 eller arbetar med tandvårdsstöd på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

- Systematiska arbetsätt
- 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.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
 Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av de hälsofillstånd 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 som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

➔ **Läs mer:**

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av de centrala rekommendationerna.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer – även de som inte är

centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag* och *Metodbeskrivning* samt rapporten *Indikatorer för tandvård*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

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. 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 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 och bedöma risken för erosioner, med hjälp av ett erosionsindex. Erosioner är skador på tänderna som ofta beror på ett frekvent intag av sura produkter.

Riskbedömningen har ofta ett stödverktyg i journalsystemet. Den leder vidare till att tandvårdspersonalen utreder och behandlar orsakerna till de upptäckta riskerna eller skadorna – inte bara symtomen. Samtidigt behöver skador som redan har uppstått repareras. Det fortsatta omhändertagandet behöver planeras i samråd med patienten (se vidare avsnittet *Intervall för basundersökning*).

Orsaksinriktad utredning och behandling behövs till exempel vid smärta och funktionsstörningar i käkmuskulerna 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 [29].

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 och cystor [30-33].

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 och • 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 och • besöker tandvården för undersökning 	upptäcka smärta och funktionsstörningar i käkarna	3
E36	<ul style="list-style-type: none"> • är över 12 år och • har smärta och funktionsstörningar i käkarna 	ställa diagnos i systemet DC/TMD	3
72	<ul style="list-style-type: none"> • 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 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.

I dag får till exempel 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)
- andelen tandvårdskliniker som använder klassifikationssystemet DC/TMD vid smärta och käkfunktionsstörningar (indikator T10)
- andelen tandvårdskliniker som arbetar systematiskt för att säkerställa att barn i åldern 9–13 år med eruptionsstörningar av hörntänder diagnostiseras (indikator T11)
- 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 rapporten *Indikatorer för tandvård*.

Intervall för basundersökning (revisionsintervall)

Det är viktigt att vuxna patienter⁴ 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 störst risk för dålig munhälsa får till exempel bättre tillgång till tandvården om patienterna med minst risk får färre basundersökningar. Och patienterna med minst risk sparar tid och pengar.

Flera tandvårdsorganisationer har därför olika långa revisionsintervall för patienter med låg respektive hög risk för sjukdomar i munnen, till exempel karies och parodontit. Rutinerna varierar dock i landet. Under 2015–2020 varierade revisionsintervallet från 1,1 till 3,2 år för patienter med låg risk för karies och parodontit, och från 1,1 till 2,3 år för patienter med hög risk. För patienter över 80 år var revisionsintervallet i genomsnitt knappt 2 år, oavsett risk. För sköra patienter över 60 år varierade det däremot från 3,9 till 5,5 år, vilket tyder på att tandvården behöver hålla bättre kontakt med denna grupp [7].

⁴ Socialstyrelsen ger inga rekommendationer om revisionsintervall för barn, framför allt för att generella intervall är problematiska med hänsyn till barns olika bettutveckling, och för att vägledningsbehovet är större för vuxna.

Ett längre revisionsintervall (2–3 år) för patienter med låg risk förutsätter att tandvården arbetar systematiskt för att optimera riskbedömningen. Risken behöver bedömas som låg både kliniskt och med beslutsstöd från ett riskbedömningssystem. Dessutom behöver patienten själv uppleva sin munhälsa som god eller mycket god.

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 vissa ohälsosamma levnadsvanor
- äldre patienter med tilltagande risk för försämrad allmän hälsa.

Dessa patienter behöver därmed kortare revisionsintervall.

Vid behov kan tandvårdskontakten upprätthållas mellan basundersökningarna, till exempel digitalt eller genom fysiska besök hos en tandhygienist, för att främja en fortsatt god munhälsa. Detta kan vara särskilt motiverat när revisionsintervallen är längre.

Revisionsintervall efter behov föreslås också i utredningen *När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa* [34].

Rekommendationer till tandvården – intervall för basundersökning (revisionsintervall)

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	3

→ Läs mer om att

- bedöma risker systematiskt i avsnittet *Systematiska arbetssätt*
- 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*.

Så har vi prioriterat



Åtgärderna om 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.

Så påverkas tandvården



Rekommendationerna om revisionsintervall innebär att resurser behöver omfördelas: Något fler undersökningar behövs för patienter med hög risk för dålig munhälsa (1 besök per 1–1,5 år i stället för som i dag, 1 besök per 1,1–2,3 år). Särskilt behövs fler undersökningar för sköra patienter och äldre med hög risk, som i dag undersöks för sällan. Samtidigt behövs något färre undersökningar för patienter med låg risk för dålig munhälsa (1 besök per 2–3 år i stället för som i dag, 1 besök per 1,1–3,2 år).

Detta förväntas sammantaget inte påverka antalet tandvårdsundersökningar. På längre sikt väntas tandvårdens resurser användas mer effektivt, när de riktas mot dem med störst behov, men det är inte givet att detta innebär besparingar för tandvården. En utmaning är att patienter med hög risk för dålig munhälsa kan behöva betala mer för tandvården på kort sikt. I takt med att munhälsan förbättras förväntas dock kostnaderna minska och livskvaliteten öka. Även för patienter med låg risk väntas kostnaderna minska till följd av färre undersökningar, utan att munhälsan försämras.

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 O27).

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 med större precision bland annat kan bedöma avståndet och förhållandet mellan olika strukturer än vid en vanlig röntgenundersökning. Stråldosen är dock högre, och CBCT-undersökning är enbart motiverad när den kan bidra med diagnostiskt viktig information⁵ 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). En retinerad visdomstand i underkäken kan leda till inflammation och infektion som ger svullnad och smärta, så kallad perikoronit. När man opererar bort tanden är det viktigt att kartlägga bland annat tandens form och läge, till exempel i förhållande till känslig närliggande vävnad.

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

⁵ Till exempel enligt ALADA-principen (as low as diagnostically achievable).

Rekommendationer till tandvården – datortomografi: CBCT-undersökning

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. De har osäker effekt som tillägg till röntgenundersökning, och utsätter patienten för mer strålning. Kostnaden bedöms vara måttlig till hög i förhållande till nyttan.

CBCT-undersökning kan dock vara användbar i komplicerade fall av visdomständer som inte har brutit fram. Undersökningen ökar eventuellt också möjligheten att diagnostisera rotfrakturer korrekt, för patienter med kvarstående symtom efter rotbehandling av en tand.



Så påverkas tandvården

Många tandvårdskliniker använder i dag CBCT-undersökning regelbundet. Rekommendationerna väntas därmed 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.



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 eller arbetar med tandvårdsstöd på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Många rekommendationer i denna del är desamma som förra gången de nationella riktlinjerna publicerades, 2011, ibland något justerade.

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 och bettavvikelser (protetik, ortodonti och käkkirurgi).

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

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

Textdel	Innehåll
 Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av de hälsofillstånd 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 som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området

→ **Läs mer:**

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

Huvudbudskap: Satsa mer på effektiv behandling och samtalsstöd

Det är viktigt att förebygga och bromsa karies, men större kariesskador behöver repareras. När man reparerar 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 endast ta bort en del av kariesskadan (partiell exkavering), eller ta bort den i två steg (stegvis 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.

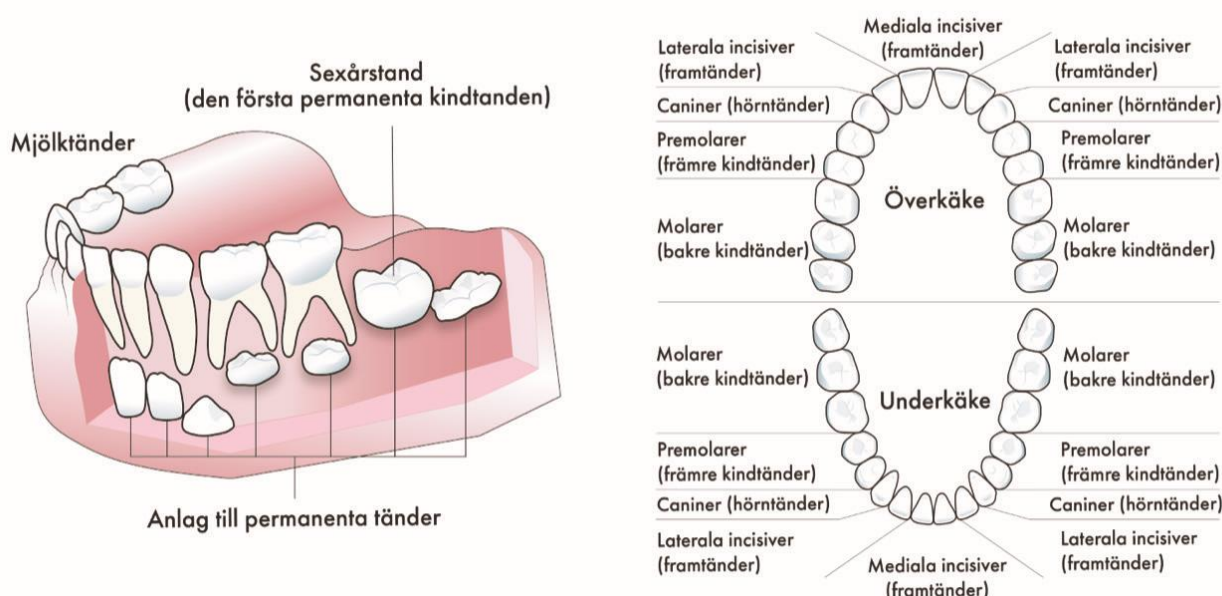
Särskilda tandvårdsbehov hos barn

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 mjölkänder med permanenta tänder på väg fram, dels de permanenta tänderna när alla kommit fram.

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

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



➔ **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 mjölkänder. 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 välavgränsade fläckar i emaljen på sexårständer, det vill säga de permanenta kindtänderna (molarerna) bakom de sista mjölkänderna. 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 första molaren, och planera för en luckslutning med tandställning när den andra molaren växer 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 behöva narkos för att behandlingen ska kunna genomföras.

Barn kan också känna obehag vid behandlingar som tanduttagning, tandlagning och tandreglering. För att undvika det kan barnen få smärtstillande läkemedel, optimalt en timme före behandlingen, till exempel paracetamol eller NSAID-läkemedel.

Rekommendationer till tandvården – tandskador och smärtlindring vid behandling

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 och har en gravt mineraliseringsskadad 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 och har ett akut eller stort behandlingsbehov 	ge lugnande läkemedel: midazolam	3
75	känner obehag vid behandlingar (procedursmärta), t.ex. vid tanduttagning	ge smärtstillande läkemedel före behandlingen (t.ex. paracetamol)	5

Bettavvikelser och avsaknad av tandanlag

En del barn har bettavvikelser eller saknar tandanlag, så att de får tandluckor när de permanenta tänderna inte växer fram som de ska (så kallad agenesi). Det är inte självklart eller angeläget 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, redan under växelbetsperioden, det vill säga perioden när barnet har både mjölkänder och permanenta tänder. Även barn med korsbett kan behöva tandreglering, om bettet glider åt sidan när barnet biter ihop (så kallat tvångsförande korsbett eller korsbett med instabil ocklusion). 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. När den andra premolaren (permanent främre kindtanden) saknas i överkäken eller underkäken, kan tandläkaren också ta bort motsvarande mjölk tand för att ge plats för luckslutning med bakomliggande tänder. Om barnet får behandlingen 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, till exempel så kallad bondad retention. Då fäster tandläkaren så kallade retentionstrådar på de tänder som flyttats.

Rekommendationer till tandvården – bettavvikelser och avsaknad av tandanlag

Id	Behandla barn som ...	genom att ...	Prioritet
53	<ul style="list-style-type: none"> saknar tandanlag för framtänder i överkäken (agenesi av lateraler) och 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 (under växelbetsperioden), t.ex. med en tandställning	4
57	har fått tänderna reglerade (ortodontisk behandling)	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 och har korsbett som glider åt sidan vid sammanbitning (korsbett med instabil ocklusion) 	reglera tänderna, t.ex. med en tandställning	5
52	<ul style="list-style-type: none"> är under 13 år inte har fått någon andra främre kindtand i underkäken eller överkäken (agenesi av andra premolaren) och har normalt bett utan platsöverskott mellan tänderna (glesställning) 	ta bort motsvarande mjölk tand, så att tandluckan kan slutas	5

→ 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 arbetsätt*.
- Tandreglering beskrivs närmare i avsnittet *Tandlöshet och bettavvikelser*. 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 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 mineraliseringskadad 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 lägre svårighetsgrad.

Luckslutning är förstahandsvalet för barn som saknar tandanlag för framtänder (laterala incisiver, 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 håller troligen fast tänderna bättre än alternativet avtagbar retention.

De lägre prioriterade behandlingarna vid bettavvikelser och avsaknad av tandanlag hos barn gäller hälsotillstånd med 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 fem 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)

- självupplevd munhälsa hos barn och vuxna (indikator O13)
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O14).

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

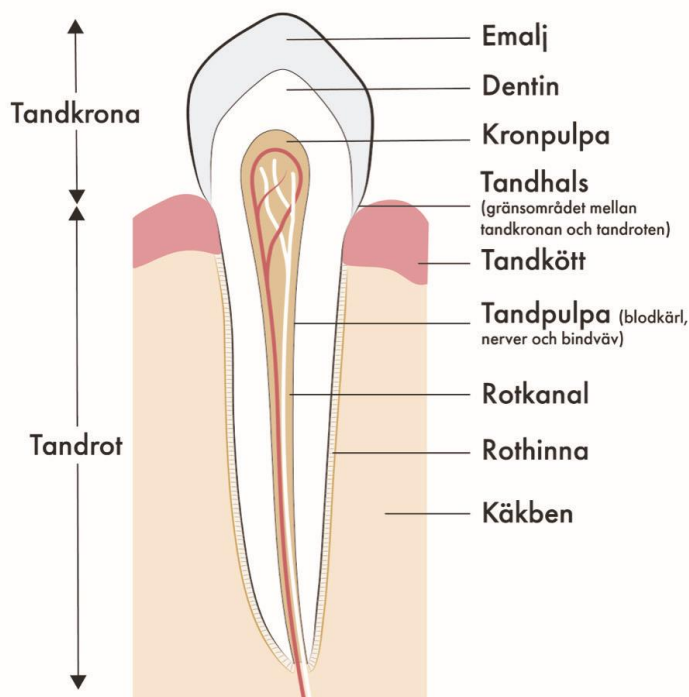
Kariesskador som behöver repareras

Det är viktigt att förebygga och bromsa karies. Men när en kariesskada hunnit bli stor och nått 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 borrar 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 nyare och ännu inte lika 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 enbart en del av kariesskadan, och lämna kvar det som ligger närmast tandpulpan (partiell exkavering). Alternativt 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.

Figur 3. Tand i genomskärning



Rekommendationer till tandvården – kariesskador som behöver repareras

Id	Reparera tänderna hos vuxna med ...	genom att ...	Prioritet
B17.1, B17.2	en kariesskada som behöver repareras	exkavera (ta bort kariesskadan) med <ul style="list-style-type: none"> • borr <i>eller</i> • exkavator 	3
B19.1	<ul style="list-style-type: none"> • en kariesskada som behöver repareras och • risk för att tandläkaren skadar granntänder under lagningen (iatrogen granntandsskada) 	exkavera och samtidigt skydda granntänderna (använda ett approximalt 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	<ul style="list-style-type: none"> • symtomfria mjölkänder eller permanenta tänder och • djup dentinkaries som riskerar att skada tandpulpan (pulpaexponering) 	<ul style="list-style-type: none"> • exkavera stegvis <i>eller</i> • exkavera partiellt 	4

→ Läs mer:

- I kapitlet *Rekommendationer del 1: främja hälsa och förebygga sjukdomar* finns rekommendationer om att förebygga och bromsa karies. Se särskilt avsnittet *Främja munhälsan hos vuxna med risk för karies och tidig karies som riskerar att förvärras*.
- Metoderna för kariesexkavering har utvecklats snabbt de senaste åren, och tandvården arbetar alltmer enligt internationell konsensus. En grupp kariesexperter från 12 länder har till exempel tagit fram konsensusrekommendationer om kariesexkavering [35] och terminologi på området [36].

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.

Vid djupa kariesskador har partiell exkavering likvärdig eller möjligen bättre effekt än stegvis exkavering, som i sin tur har likvärdig eller möjligen bättre effekt än fullständig exkavering. Partiell exkavering har dessutom en lägre kostnad i förhållande till nyttan än stegvis exkavering, men det finns inte lika lång klinisk erfarenhet. Åtgärderna har fått samma, relativt höga prioritet.

En relativt hög prioritet har också approximalt skydd för att undvika skador på grannländer i samband med exkavering. Åtgärden har en god skyddande effekt, och kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan.

Så påverkas tandvården

Behandlare väntas fortsätta ta bort kariesskador med framför allt borrh eller exkavator, eftersom Socialstyrelsen rekommenderar detta framför kemomekanisk teknik och laser. Därmed väntas inga större förändringar jämfört med i dag.

Behandlarna bör vidare ta bort djupa kariesskador partiellt eller stegvis i stället för fullständigt. De tandvårdskliniker som ändrar arbetssätt sparar inte nödvändigtvis resurser, men kostnaderna lär inte heller öka. Inte heller rekommendationen om approximalt skydd väntas påverka tandvården jämfört med i dag.

Så utvärderar vi tandvården

Socialstyrelsen har tagit fram sex 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 partiell 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 vuxna med munsjukdom eller besvär som förbättras eller avstannar efter behandling (indikator O11)
- förekomst av kariessjukdom bland barn och unga vuxna (indikator O14)
- förekomst av kariessjukdom hos personer över 24 år (indikator O15).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer 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 munhygien vanor är avgörande för resultatet, och för att övrig behandling ska fungera. Bland annat 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 rotyorna från bakterieplack och beläggningar. Kirurgi är dock ett nödvändigt komplement när infektionen är svårare att komma åt, till exempel hos patienter med djupare tandköttsfickor 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 behandlingseffekten. 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 [37]. *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

Id	Ge vuxna med parodontit ...	Prioritet
C3.1, C4.1, C4.2, C6.2, C7.1, C18.1– C18.3	<ul style="list-style-type: none"> • stöd för att förbättra munhygien • 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* finns fler rekommendationer om att stödja goda munhygienvanor, som är avgörande för behandlingen. Se särskilt avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor.*
- I webbilagan *Kunskapsunderlag* beskrivs klassificeringen av parodontit ytterligare.

Periimplantit

Periimplantit är en bakterieorsakad inflammationssjukdom i vävnader runt tandimplantat. Den kännetecknas av fortskridande förlust av benstöd, fördjupade tandköttsfickor och blödningar i tandköttet 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

Id	Ge vuxna med periimplantit ...	Prioritet
C13.1, C17.1	<ul style="list-style-type: none"> • stöd för att förbättra munhygien • 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 bedefekt 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 tandköttsfickor 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 bedefekt 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* finns fler rekommendationer om att stödja goda munhygienvanor, som är avgörande för behandlingen. Se särskilt avsnittet *Främja munhälsan hos personer med ohälsosamma levnadsvanor*.



Så har vi prioriterat

Både parodontit och periimplantit är hälsotillstånd med 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.

Mekanisk infektionsbehandling bidrar sedan 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 bedefekt 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 desinfection” inte utföras alls som tillägg till mekanisk infektionsbehandling vid parodontit, eftersom behandlingen inte har någon säkerställd tilläggs effekt. 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.

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 förbättras eller avstannar efter behandling (indikator O11)
- förekomst av parodontit hos vuxna (indikator O16)
- andelen vuxna med periimplantit (indikator O17)
- antibiotikaanvändning i tandvården (indikator O26).

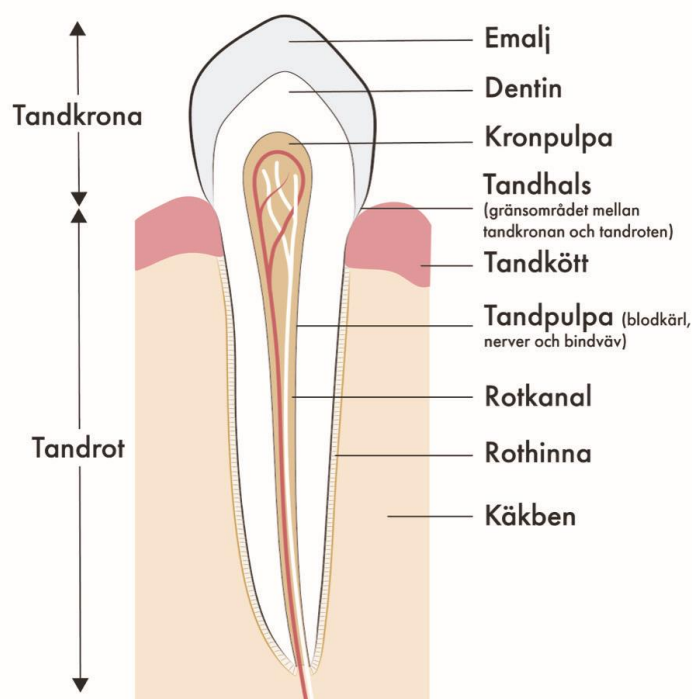
➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för tandvård*.



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. 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 kariesat 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 patienten bland annat få infektioner och tandvärk, och 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

Id	Behandla vuxna med en tandpulpa som blottats genom ...	med ...	Prioritet
D2.3	karierat dentin	pulpektomi	3
D1.1, D1.2, D1.4	friskt dentin	<ul style="list-style-type: none"> • pulpaöverkappning eller • partiell pulpotomi 	4
D2.1, D2.2	karierat dentin	<ul style="list-style-type: none"> • pulpaöverkappning eller • 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 (ett fyllningsmaterial som binder till dentin)	icke-göra

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

Död tandpulpa (pulpanekros)

Vävnaden i tandpulpan riskerar att dö om sjukdomar i pulpan inte behandlas i ett tidigt skede (pulpanekros). Det beror på att munhålan bakterier infekterar pulpavävnaden och 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.

Rekommendation till tandvården – död tandpulpa (pulpanekros)

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

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 uppstå kring 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: apikalkirurgi med retrograd fyllning. En sådan operation kan behövas om rotfyllningen inte går att göra om.

Rekommendationer till tandvården – rotfylld tand

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

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 ger ofta 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 (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 infektionskällan.

Rekommendationer till tandvården – smärta och infektion i tandpulpan och tandroten

Id	Behandla symtomen hos vuxna med pulpit (inflammation i tandpulpan), om ...	genom att ...	Prioritet
D8.1	kariesskadans uppmjukningszon inte nått tandpulpan	<ul style="list-style-type: none"> • ta bort karies (fullständig kariesskavering) och • försegla tanden, inklusive den djupaste delen av kariesskadans, med temporär eller permanent fyllning 	2
D9.2	<ul style="list-style-type: none"> • kariesskadans uppmjukningszon nått tandpulpan <i>eller</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • avlägsna kronpulpan och • försegla tanden med temporär fyllning 	2
D9.3	<ul style="list-style-type: none"> • bakterier nått tandpulpan på annat sätt 	utföra pulpektomi och ge <ul style="list-style-type: none"> • temporärt kalciumhydroxidinlägg <i>eller</i> • permanent rotfyllning 	4
Id	Behandla <u>inte</u> symtomen hos vuxna med pulpit (inflammation i tandpulpan), om ...	genom att ...	Prioritet
D9.4	kariesskadans uppmjukningszon eller bakterier på annat sätt nått tandpulpan	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 <ul style="list-style-type: none"> • påverkar allmäntillståndet och • är spridd 	<ul style="list-style-type: none"> • avlägsna infektionskällan genom att rensa rotkanalssystemet fullständigt (eller dränera på annat sätt) och • ge systemisk behandling med antibiotika 	2
D10.2	sjukdomen inte påverkar allmäntillståndet	rensa rotkanalssystemet fullständigt	2
D10.1		<ul style="list-style-type: none"> • avlägsna den döda kronpulpan och • försegla tanden med temporär 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	9
D10.3		ge systemisk behandling med antibiotika, som tillägg till fullständig rensning 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 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 åtgärden inte bedöms vara kostnadseffektiv.

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

Rekommendationerna om smärta och infektion i tandpulpan gäller hälsotillstånd med 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. Behandlingen ökar också 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 liten eller måttlig svårighetsgrad. Revisionsbehandling och rotpetsoperation 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 rotkanalssystem, eftersom kostnaden är mycket hög i förhållande till nyttan.

Så påverkas tandvården



Socialstyrelsen rekommenderar pulpektomi framför pulpaöverkappning för patienter med blottad tandpulpa på grund av karies. Detta kan få konsekvenser för tandvården, eftersom pulpaöverkappning fortfarande är vanligt i dag. Pulpaöverkappning innebär visserligen en kortare behandlingstid och kräver mindre tandvårdsresurser på kort sikt, men risken är stor att patienterna ändå behöver rotbehandling på sikt. Om tandvården i stället utför pulpektomi kan kostnaderna därmed minska på längre sikt, för både tandvården och patienterna.

Så utvärderar vi tandvården



Socialstyrelsen har tagit fram sju 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)
- andelen vuxna som förlorat en tand orsakat av sjukdom (indikator O4)
- antal kvarvarande egna tänder hos vuxna (indikator O6)
- andelen vuxna med munsjukdom eller besvär som förbättras eller avstannar efter behandling (indikator O11)
- förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna (indikator O14)
- förekomst av kariessjukdom hos personer över 24 år (indikator O15)

- effekt av rotbehandlingar (indikator T16)
- antibiotikaanvändning i tandvården (indikator O26).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer 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 känner 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: Utreda 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 arbetsätt*.
- 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 UNS⁶). 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	<ul style="list-style-type: none">• kvalificerat rådgivande samtal• tøjning <i>eller</i>• bettskena	4
E1.8	smärtlindrande läkemedel: NSAID	5

Käkfunktionsstörningar relaterade till käkleden

Patienter kan få olika besvär om käkledsdysk har förskjutits och hamnat i fel läge. Symtomatisk diskförskjutning med återgång innebär att käkleden knäpper, hakar upp sig och låser käken vid upprepade tillfällen. Symtomatisk diskförskjutning utan återgång innebär att käkledsdysken 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.

⁶ Från engelskans "temporomandibular disorders" och svenskans "utan närmare specifikation".

Rekommendationer till tandvården – käkfunktionsstörningar relaterade till käkleden

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	<ul style="list-style-type: none"> symtomatisk diskförskjutning <i>eller</i> käkledsmärta 	kvalificerat rådgivande samtal	4*
E4.1	symtomatisk diskförskjutning utan återgång	töjning	4
E6.9, E6.10	käkledsmärta	<ul style="list-style-type: none"> smärtlindrande läkemedel: NSAID <i>eller</i> 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 käkledsmärta	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 käkmuskler

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 käkmuskler

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 – dysokklusion som inte kan verifieras kliniskt.

Rekommendationer till tandvården – käkfunktionsstörningar relaterade till tandkontakter (okklusion)

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	käkfunktionsstörningar relaterade till tandkontakter (okklusion) – oavsett typ	kvalificerat rådgivande samtal	4*
E28.1	traumatiserande okklusion	okklusal korrigerig: bettslipning	5
Id	Behandla <u>inte</u> personer med ...	med ...	Prioritet
E29.2	dysokklusion som inte kan verifieras kliniskt	okklusal korrigerig: 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 matvanor 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	<ul style="list-style-type: none"> onormalt tandslitage <i>eller</i> 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 fått allmän information och råd. De flesta käkfunktionsstörningar vi tar upp har en stor påverkan på munhälsan.

Töjningsövningar, bettskenor och smärtlindrande 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 nyttan.

Att slipa bettet har vidare stor effekt på käkfunktionsstörningar med traumatiserande ocklusion, som är ett hälsotillstånd med 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 åtgärder 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 fyra 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)
- andelen vuxna med munsjukdom eller besvär som förbättras eller avstannar efter behandling (indikator O11)
- andelen barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen (indikator O12).



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

Tandlöshet och bettavvikelser

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 samhället och inställningen till tandförluster förändrats.

Det är dock inte självklart eller angeläget 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, och om behandling vid bettavvikelser. Vi ger också rekommendationer om den implantatinstallation som behövs när man valt implantatkirurgi som behandling.

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 *implantatstött krona* fästs på ett implantat som 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 *tandstött bro* stödjer sig på de tänder som gränsar till tandluckan, medan en *implantatstött bro* stödjer sig på ett implantat som 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 implantatstött bro eller någon form av avtagbar protes (så kallad täckprotes eller total plattprotes). I underkäken är förstahandsvalet i regel en implantatstött 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

Id	Behandla vuxna med total tandlöshet i ...	med ...	Prioritet
G1.1– G1.3	överkäken	<ul style="list-style-type: none"> • implantatstött bro • implantatstött täckprotes <i>eller</i> • 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 implantatstött 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

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
11.1, 11.3, 11.7	i framtandsområdet	<ul style="list-style-type: none"> • tandreglering: luckslutning med tandställning • tandstött bro <i>eller</i> • implantatstött krona (gäller enbart överkäken) 	3
11.2, 11.4		<ul style="list-style-type: none"> • tandreglering: förbehandling med tandställning inför tandersättning <i>och/eller</i> • tandstött extensionsbro 	4
12.7		implantatstött krona (gäller enbart underkäken)	5
11.5, 190, 191		tandstött bro: <ul style="list-style-type: none"> • emaljrefinerad metallförstärkt bro med 2 stödtänder <i>eller</i> • emaljrefinerad 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	<ul style="list-style-type: none"> tandstödd bro <i>eller</i> 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: emaljreinerad 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. Luckorna kan vara för stora för att tandreglering ska vara ett alternativ.

Rekommendationer till tandvården – flertandsluckor

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande flertandslucka med ...	Prioritet
G5.1, G5.6	<ul style="list-style-type: none"> tandstödd bro <i>eller</i> 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	emaljreinerad 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 upp till 5 intilliggande tänder kan till exempel ha svårt att tugga och tala. Att sakna mer än 5 intilliggande tänder kan också påverka till exempel den allmänna hälsan, välbefinnandet, livskvaliteten, arbetsförmågan och det sociala livet.

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

Rekommendationer till tandvården – frändstandlöshet

Id	Behandla vuxna med funktionsnedsättande frändstandlöshet med ...	Prioritet
G3.3	implantatstött bro	3
G3.4	implantatstött extensionsbro	4
G3.5	tandstött extensionsbro	5
G3.1, G3.2	<ul style="list-style-type: none"> • avtagbar partialprotes eller • kombinationsprotes 	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna med funktionsnedsättande frändstandlöshet med ...	Prioritet
G3.7	tandstött 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 implantatstött 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.

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 borrguide 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 som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten

Id	Behandla vuxna som har partiell eller total tandlöshet i överkäken eller underkäken ...	med ...	Prioritet
112	och har nyinstallerade tandimplantat	konventionell belastning (tandersättningen sätts in först efter en läkningsperiod)	5
43		implantatinstallation med digitalt planerad guddad kirurgi	6
46	och har nyinstallerade tandimplantat	direktbelastning (tandersättningen 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		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

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.

De flesta bettavvikelser hos vuxna 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.

Rekommendationer till tandvården – bettavvikelser

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 <i>eller</i> • underbett: frontal invertering, med eller utan tvångsföring (när underkäken glider åt sidan 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	korsbett: <ul style="list-style-type: none"> • enkelsidigt men inte tvångsfört <i>eller</i> • dubbelsidigt 	10



Så har vi prioriterat

Partiell och total tandlöshet är hälsotillstånd med 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 protesen kan lossna, jämfört med att ha tänder som sitter fast. Vid total tandlöshet fungerar protesen 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. 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 benaugmentation förstahandsvalet, för att implantatet ska kunna installeras. Implantatet har då lika stor chans att överleva som vid sinuslyft med benaugmentation (inopererat käkben eller benersättningsmaterial), men risken för komplikationer är mindre. Kostnaden bedöms vara låg i förhållande till nyttan. Andrahandsvalet är

benaugmentation, medan korta tandimplantat som möjliggör behandling utan benaugmentation kan vara att föredra i underkäken. I underkäken överlever korta tandimplantat lika bra som längre tandimplantat, som installerats efter benaugmentation.

Vid bettavvikelser är tandreglering med tandställning oftast en effektiv behandling. 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 lägre svårighetsgrad, där tandreglering har mindre effekt.

Så påverkas tandvården

Det är svårt att bedöma hur tandvården kommer att påverkas av rekommendationerna om tandlöshet och bettavvikelser. 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 och bettavvikelser medför inga större förändringar av tandvårdens nuvarande arbetssätt och resursbehov.

Så utvärderar vi tandvården

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

- antal kvarvarande tänder hos vuxna (indikator O6)
- andelen unga vuxna som behandlats för bett- och tandpositionsavvikelser (indikator O8)
- andelen barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen (indikator O12)
- andelen vuxna med en eller flera tand- eller implantatstödda konstruktioner som är i funktion efter 5 år (indikator T15).

➔ **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

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [38]
- i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi [39]
- 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, även om det kan uppfattas som utmanande att få medarbetare att arbeta på nya sätt [38]. Ledarskapet är centralt i denna process [40].

Regionernas nya struktur för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården väntas bli 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 socialtjänsten (den kommunala omsorgen)?

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 med att arbeta på nya sätt och vill ta till sig förändringen. 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 till exempel 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 anpassa det till ett tidigare arbetssätt i stället för att 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 [41, 42].

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 [41]. 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.

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.

En nationell arbetsgrupp inom det nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) tar också fram en övergripande handlingsplan för patientmedverkan, samverkan mellan olika vårdgivare och riskanalys i tandvården.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats:

- patientsakerhet.socialstyrelsen.se
- socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vardehygien/basala-hygienrutiner.

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* [27].

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 för olika sjukdomsområden innehåller även rekommendationer om munhälsa eller tandvård:

- 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 bland annat undernäring och smärta. Socialstyrelsen rekommenderar därför diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument, för personer med demenssjukdom.
- Personer med **schizofreni och schizofreniliknande tillstånd** har en ökad risk för kroppslig ohälsa, inklusive försämrad munhälsa. Munhälsan kan till exempel försämrans 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 schizofreniliknande 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 kan behöva inkludera tandvårdspersonal i stroketeamet.

→ Läs mer:

- *Nationella riktlinjer för vård vid diabetes* [43]
- *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* [44]
- *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd* [45]
- *Nationella riktlinjer för vård vid stroke* [46].

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-vaegledning-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 (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. Nationellt centrum för kvinnofrid har tagit fram stödmaterial om detta till personal i tandvården.

Du som arbetar i tandvården⁷ 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

- Nationellt centrum för kvinnofrids webbplats: nck.uu.se
- Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/barn-och-unga/barn-som-far-illa
- 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

⁷ Tandvården är en sådan myndighet som avses i socialtjänstlagens uttryck ”myndigheter vars verksamhet berör barn och unga”.

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 kunskapsstyrningvard.se.

Stöd under covid-19-pandemin

Du som arbetar i tandvården har en viktig roll i att minska smittspridningen och skydda riskgrupper under covid-19-pandemin. Socialstyrelsen ger information och stöd om detta.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats: socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/stod-till-tandvarden.

Projektorganisation

Projektledning

Gabriella Beckvid Henriksson	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Sven Bågesund	tandläkare, Praktikertjänst AB, Eksjö
Ellinor Cronqvist	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Göran Dahllöf	professor, Karolinska Institutet, Stockholm
Ulrika Jarrolf	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 – 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, specialisttandvården, 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 Akademin, 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 – SBU

Maria Ahlberg	administratör, SBU
Andreas Cederlund	övertandläkare, områdeschef specialiststandvård, Folk tandvården Stockholm
Helena Domeij	projektledare, enhetschef, SBU
Iréne 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, Folk tandvården Stockholm
Sofia Tranæus	enhetschef, SBU
Svante Twetman	professor emeritus, Københavns universitet, Danmark

Prioriteringsarbetet

Ann-Catrin André Kramer	odontologie doktor, universitetslektor, Karlstads universitet, FoU-ledare tandvård, område öster, Folk tandvården Västra Götaland
Lena Augustsson	patientföreträdare, Svenska kommunalt pensionärernas förbund
Helén Björmark	övertandläkare, Folk tandvården 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, Folk tandvården Sörmland
Anders Hedenbjörk Lager	odontologie doktor, universitetslektor, övertandläkare, Malmö universitet
Sara Hed Rann	tandhygienist, specialiststandvården Gävle sjukhus, Folk tandvården Gävleborg (fill 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 Ericsson Åström	tandläkare, verksamhetschef, Praktikertjänst AB, Östersund
Hans Östholm	prioriteringsordförande, tandläkare, biträdande registerhållare SKaPa, Karlstad

Arbetet med indikatorer

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 Wärmberg 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. Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
9. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
10. Munhälsa och tandvård för placerade barn. Socialstyrelsen; 2020.
11. 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.
12. 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.
13. 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). I. Review of findings on oral care habits and knowledge of oral health. Swed Dent J. 2015; 39(2):57-68.
14. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2021. Folkhälsomyndigheten; 2021.
15. Vård och omsorg för äldre. Socialstyrelsen; 2021.
16. Effekter av covid-19 på besök i tandvården, del 1. I: Socialstyrelsen, red.; 2020.
17. Effekter av covid-19 på besök i tandvården, del 2. I: Socialstyrelsen, red.; 2020.
18. Effekter av covid-19 på tandvårdsbesök bland barn och vuxna, del 3. 2021.
19. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2021. Socialstyrelsen; 2021.

20. 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.
21. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära - Underlag till en nationell strategi. Socialstyrelsen; 2021.
22. 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>
23. Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård - Slutrapport 2019. Socialstyrelsen; 2019.
24. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/Ledningssystem/>
25. Nationalräkenskaper - Hälsoräkenskaper. 2019. Hämtad 2021-07-01 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/>
26. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård. Socialstyrelsen; 2004.
27. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2018.
28. Tobaksavvänjning inom tandvården i Östergötland - uppföljning 2016. Region Östergötland; 2016.
29. 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.
30. Ericson, S, Kurol, J. Incisor resorption caused by maxillary cuspids. A radiographic study. *Angle Orthod*. 1987; 57(4):332-46.
31. Ericson, S, Kurol, PJ. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines: a CT study. *Angle Orthod*. 2000; 70(6):415-23.
32. 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.
33. 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.
34. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Betänkande av utredningen om jämlik tandhälsa. SOU 2021:8. Statens offentliga utredningar; 2021.
35. 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.

36. 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.
37. 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.
38. Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
39. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder, rapport 2016:2 i CMT:s rapportserie. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016.
40. 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.
41. Hofmann, B. Biases distorting priority setting. *Health Policy.* 2020; 124(1):52-60.
42. Norredam, M, Album, D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2007; 35(6):655.
43. Nationella riktlinjer för vård vid diabetes. Socialstyrelsen; 2018.
44. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.: Socialstyrelsen; 2017.
45. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Socialstyrelsen; 2018.
46. Nationella riktlinjer för vård vid stroke Socialstyrelsen; 2020.
47. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Översikt av centrala rekommendationer

De nationella riktlinjerna för tandvård innehåller 194 centrala rekommendationer, som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för dig som beslutar om utbud och resurser i tandvården. De presenteras med förklarande texter i kapitlen *Rekommendationer del 1–3* ovan. Här ger vi en översikt av de centrala rekommendationerna. De omfattar följande områden:

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

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad lista över alla 377 rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation, finns i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se. Där är rekommendationerna mer fackspråkligt formulerade, utifrån professionens perspektiv.

Rekommendationer del 1: Främja hälsa och förebygga sjukdomar

Främja munhälsan hos alla som besöker tandvården

Id	Främja munhälsan hos personer som ...	genom att ...	Prioritet
A1.1	<ul style="list-style-type: none">• besöker tandvården och• har 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, natriummonofluorofosfat eller aminfluorid med 1 000–1 500 ppm fluorid*	3

*För barn från 6 månader till 2 år rekommenderas 1 000 ppm fluorid.

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 och 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 och får vård från flera instanser, som behöver samordnas med tandvården 	övriga aktörer i vårdkedjan kring barnet	3
31	<ul style="list-style-type: none"> är 6–15 år och 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	Främja endast i undantagsfall munhälsan hos 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

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	<ul style="list-style-type: none"> är 2–12 år och har ohälsosamma matvanor eller är otillräckligt fysiskt aktiva** 	familjestödsprogram	5*
Id	Främja munhälsan hos vuxna som ...	genom att erbjuda ...	Prioritet
99	<ul style="list-style-type: none"> ska opereras i munnen och röker 	<ul style="list-style-type: none"> kvalificerat rådgivande samtal och nikotinläkemedel 	1*
5, 9	<ul style="list-style-type: none"> har ohälsosamma matvanor eller röker dagligen 	kvalificerat rådgivande samtal	2*
100	<ul style="list-style-type: none"> ska opereras i munnen och har ett riskbruk av alkohol 	rådgivande samtal	3*
3	<ul style="list-style-type: none"> har en sjukdom i vävnader kring tänder eller tandimplantat och har otillräcklig munhygien 	kvalificerat rådgivande samtal	5
4		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.

**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.

Främja munhälsan hos personer med tandvårdsrädsla

Id	Främja munhälsan hos personer som ...	genom att ...	Prioritet
70	<ul style="list-style-type: none"> är 1–5 år och 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 och har svår tandvårdsrädsla 	erbjuda KBT med exponering	3

Främja munhälsan hos vuxna med 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	<ul style="list-style-type: none"> förhöjd risk för karies eller tidig karies som riskerar att förvärras och ett högt sockerintag 	stöd för att minska sockerintaget (frekvens och mängd)	3
B12.3, B12.4, B12.1, B12.11	förhöjd risk för rotkaries	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena tandkräm med 5 000 ppm NaF eller fluoridlackning minst 2 gånger per år 	3
B3.10	förhöjd risk för kronkaries	fluoridlackning minst 2 gånger per år	3
B3.2, B3.3		<ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning eller fluoridgel i skena 	4
B15.5, B15.6, B15.4, B15.12	tidig rotkaries som riskerar att förvärras	<ul style="list-style-type: none"> 0,2-procentig NaF-lösning fluoridgel i skena tandkräm med 5 000 ppm NaF eller fluoridlackning minst 4 gånger per år 	4
B6.11, B6.5	tidig kronkaries som riskerar att förvärras	<ul style="list-style-type: none"> fluoridlackning minst 4 gånger per år eller 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

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 från flera instanser, 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 och • är sköra och har en total livssituation som medför att de inte gagnas av behandlingen 	avvakta med behandling (expektans)	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 och • inte klarar vanlig lagning (fyllningsterapi) 	reparera tänderna med handinstrument: atraumatic restorative treatment (ART)	6
Id	Främja <u>endast i undantagsfall</u> munhälsan hos vuxna som behöver särskilt stöd och ...	genom att ...	Prioritet
88	<ul style="list-style-type: none"> • har karies eller bedöms riskera att få det och • har gingivit eller bedöms riskera att få det 	behandla med klorhexidinpreparat, dagligen	10

Rekommendationer del 2: Utreda och diagnostisera

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 och 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 och besöker tandvården för undersökning 	upptäcka smärta och funktionsstörningar i käkarna	3
E36	<ul style="list-style-type: none"> är över 12 år och har smärta och funktionsstörningar i käkarna 	ställa diagnos i systemet DC/TMD	3
72	<ul style="list-style-type: none"> är 9–13 år 	diagnostisera störningar i hörtändernas framväxt (eruptionsstörningar)	3

Intervall för basundersökning (revisionsintervall)

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	3

Datortomografi: CBCT-undersökning

Id	Gör endast i undantagsfall 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

Rekommendationer del 3: Behandla och rehabilitera

Särskilda tandvårdsbehov hos barn – tandskador och smärtlindring vid behandling

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 och 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 och har ett akut eller stort behandlingsbehov 	ge lugnande läkemedel: midazolam	3
75	känner obehag vid behandlingar (procedursmärta), t.ex. vid tanduttagning	ge smärtstillande läkemedel före behandlingen (t.ex. paracetamol)	5

Särskilda tandvårdsbehov hos barn – bettavvikelser och avsaknad av tandanlag

Id	Behandla barn som ...	genom att ...	Prioritet
53	<ul style="list-style-type: none"> saknar tandanlag för framtänder i överkäken (agenesi av lateraler) och 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 (under växelbetsperioden), t.ex. med en tandställning	4
57	har fått tänderna reglerade (ortodontisk behandling)	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 och har korsbett som glider åt sidan vid sammanbitning (korsbett med instabil ocklusion) 	reglera tänderna, t.ex. med en tandställning	5
52	<ul style="list-style-type: none"> är under 13 år inte har fått någon andra främre kindtand i underkäken eller överkäken (agenesi av andra premolaren) och har normalt bett utan platsöverskott mellan tänderna (glesställning) 	ta bort motsvarande mjölkttand, så att tandluckan kan slutas	5

Kariesskador som behöver repareras

Id	Reparera tänderna hos vuxna med ...	genom att ...	Prioritet
B17.1, B17.2	en kariesskada som behöver repareras	exkavera (ta bort kariesskadan) med <ul style="list-style-type: none"> • borr <i>eller</i> • exkavator 	3
B19.1	<ul style="list-style-type: none"> • en kariesskada som behöver repareras och • risk för att tandläkaren skadar granntänder under lagningen (iatrogen granntandsskada) 	exkavera och samtidigt skydda granntänderna (använda ett approximalt 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	<ul style="list-style-type: none"> • symtomfria mjölk tänder eller permanenta tänder och • djup dentinkaries som riskerar att skada tandpulpan (pulpaexponering) 	<ul style="list-style-type: none"> • exkavera stegvis <i>eller</i> • exkavera partiellt 	4

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat – parodontit

Id	Ge vuxna med parodontit ...	Prioritet
C3.1, C4.1, C4.2, C6.2, C7.1, C18.1– C18.3	<ul style="list-style-type: none"> • stöd för att förbättra munhygien • 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

Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat – periimplantit

Id	Ge vuxna med periimplantit ...	Prioritet
C13.1, C17.1	<ul style="list-style-type: none"> • stöd för att förbättra munhygien • 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 bedefekt 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 tandköttsfickor 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 bedefekt vid ett tandimplantat 	10
Id	Ge <u>inte</u> vuxna med periimplantit ...	Prioritet
C15.5	systemisk behandling med antibiotika, som enda behandling	icke-göra

Sjukdomar och symptom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten – blottad tandpulpa

Id	Behandla vuxna med en tandpulpa som blottats genom ...	med ...	Prioritet
D2.3	karierat dentin	pulpektomi	3
D1.1, D1.2, D1.4	friskt dentin	<ul style="list-style-type: none"> • pulpaöverkappning <i>eller</i> • partiell pulpotomi 	4
D2.1, D2.2	karierat dentin	<ul style="list-style-type: none"> • pulpaöverkappning <i>eller</i> • 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 sårforband (ett fyllningsmaterial som binder till dentin)	icke-göra

Sjukdomar och symptom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten – död tandpulpa (pulpanekros)

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

Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten – rotfylld tand

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

Sjukdomar och symtom i tandpulpan och vävnaden runt tandroten – smärta och infektion i tandpulpan och tandroten

Id	Behandla symtomen hos vuxna med pulpit (inflammation i tandpulpan), om ...	genom att ...	Prioritet
D8.1	kariesskadans uppmjukningszon inte nått tandpulpan	<ul style="list-style-type: none"> ta bort karies (fullständig kariesekkivering) och försegla tanden, inklusive den djupaste delen av kariesskadan, med temporär eller permanent fyllning 	2
D9.2	<ul style="list-style-type: none"> kariesskadans uppmjukningszon nått tandpulpan eller bakterier nått tandpulpan på annat sätt 	<ul style="list-style-type: none"> avlägsna kronpulpan och försegla tanden med temporär fyllning 	2
D9.3		utföra pulpektomi och ge <ul style="list-style-type: none"> temporärt kalciumhydroxidinlägg eller permanent rotfyllning 	4
Id	Behandla <u>inte</u> symtomen hos vuxna med pulpit (inflammation i tandpulpan), om ...	genom att ...	Prioritet
D9.4	kariesskadans uppmjukningszon eller bakterier på annat sätt nått tandpulpan	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 <ul style="list-style-type: none"> • påverkar allmäntillståndet och • är spridd 	<ul style="list-style-type: none"> • avlägsna infektkällan genom att rensa rotkanalssystemet fullständigt (eller dränera på annat sätt) och • ge systemisk behandling med antibiotika 	2
D10.2	sjukdomen inte påverkar allmäntillståndet	rensa rotkanalssystemet fullständigt	2
D10.1		<ul style="list-style-type: none"> • avlägsna den döda kronpulpan och • försegla tanden med temporär 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	9
D10.3		ge systemisk behandling med antibiotika, som tillägg till fullständig rensning av rotkanalssystemet	10

Smärta och käkfunktionsstörningar – käkfunktionsstörning – övergripande diagnos

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

Smärta och käkfunktionsstörningar – käkfunktionsstörningar relaterade till käkleden

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	<ul style="list-style-type: none"> • symtomatisk diskförskjutning eller • käkledssmärta 	kvalificerat rådgivande samtal	4*
E4.1	symtomatisk diskförskjutning utan återgång	tøjning	4
E6.9, E6.10	käkledssmärta	<ul style="list-style-type: none"> • smärtlindrande läkemedel: NSAID eller • 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 käkledsmärta	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.

Smärta och käkfunktionsstörningar – käkfunktionsstörningar relaterade till käkmuskulerna

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.

Smärta och käkfunktionsstörningar – 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.

Smärta och käkfunktionsstörningar – onormalt tandslitage, tandpressning och tandgnissling

Id	Behandla personer med ...	med ...	Prioritet
E1.1	<ul style="list-style-type: none"> • onormalt tandslitage <i>eller</i> • 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.

Tandlöshet och bettavvikelser – total tandlöshet i överkäken eller underkäken

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

Tandlöshet och bettavvikelser – entandsluckor

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
11.1, 11.3, 11.7	i framtandsområdet	<ul style="list-style-type: none"> • tandreglering: luckslutning med tandställning • tandstödd bro <i>eller</i> • implantatstödd krona (gäller enbart överkäken) 	3
11.2, 11.4		<ul style="list-style-type: none"> • tandreglering: förbehandling med tandställning inför tandersättning <i>och/eller</i> • tandstödd extensionsbro 	4
12.7		implantatstödd krona (gäller enbart underkäken)	5
11.5, 190, 191		tandstödd bro: <ul style="list-style-type: none"> • emaljreinerad metallförstärkt bro med 2 stödtänder <i>eller</i> • emaljreinerad metallförstärkt bro eller bro i keramik med 1 stödtand 	6
Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
13.3, 13.5	i sidopartiet	<ul style="list-style-type: none"> • tandstödd bro <i>eller</i> • implantatstödd krona 	5
13.4		tandstödd extensionsbro	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna med en funktionsnedsättande entandslucka ...	med ...	Prioritet
13.6	i sidopartiet	tandstödd bro: emaljreinerad metallförstärkt med 2 stödtänder	8

Tandlöshet och bettavvikelser – flertandsluckor

Id	Behandla vuxna med en funktionsnedsättande flertandslucka med ...	Prioritet
G5.1, G5.6	<ul style="list-style-type: none"> tandstött bro <i>eller</i> implantatstött bro 	3
G5.3	tandstött extensionsbro	5
G5.7	avtagbar protes	6
Id	Behandla <u>endast i undantagsfall</u> vuxna med en funktionsnedsättande flertandslucka med ...	Prioritet
G5.8	emaljretinerad bro: metallförstärkt med 2 stödtänder	8

Tandlöshet och bettavvikelser – frändstandlöshet

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

Tandlöshet och bettavvikelser – tandlöshet som behandlas med implantatkirurgi: installation av implantaten

Id	Behandla vuxna som har partiell eller total tandlöshet i överkäken eller underkäken ...	med ...	Prioritet
112	och har nyinstallerade tandimplantat	konventionell belastning (tandersättningen sätts in först efter en läkningsperiod)	5
43		implantatinstallation med digitalt planerad guidad kirurgi	6
46	och har nyinstallerade tandimplantat	direktbelastning (tandersättningen 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		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

Tandlöshet och bettavvikelser – bettavvikelser

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 <i>eller</i> underbett: frontal invertering, med eller utan tvångsföring (när underkäken glider åt sidan 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	korsbett: <ul style="list-style-type: none"> enkelsidigt men inte tvångsfört <i>eller</i> dubbelsidigt 	10

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer 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. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen 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.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer för tandvården redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för tandvård* på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [47]. 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.

Indikatorer för området främja hälsa och förebygga sjukdomar

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

Tabell 1. Indikatorer för området främja hälsa och förebygga sjukdomar

Nummer	Namn	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 små barn med behandlingsrädsla eller behandlingsomognad	70
T4	Systematiskt arbete för att upprätthålla tandvårdskontakt med vuxna vid återbud eller uteblivande	76
T5	Långsiktig och kontinuerlig utbildning av vård- och omsorgspersonal i munvård	78
T6	Samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan	79

*Utvecklingsindikator

Indikatorer för området utreda och diagnostisera

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

Tabell 2. Indikatorer för området utreda och diagnostisera

Nummer	Namn	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
T9	Systematiskt arbete för att identifiera smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	13
T10	Användning av klassifikationssystem vid smärta och käkfunktionsstörningar hos barn och vuxna	18
T11	Systematiskt arbetssätt för barn med eruptionsstörningar	72

Indikatorer för området behandla och rehabilitera

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

Tabell 3. Indikatorer för området behandla och rehabilitera

Nummer	Namn	Rekommendationens id
T14*	Partiell exkavering vid djup dentinkaries	38
T15	Funktionstid för tand- och implantatstödda fasta konstruktioner hos vuxna	
T16	Effekt av rotbehandlingar hos vuxna	

*Utvecklingsindikator

Övergripande indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram följande övergripande indikatorer för tandvården.

Tabell 4. Övergripande indikatorer för tandvård

Nummer	Namn
O1	Rapportering av data till nationella kvalitetsregister
O2	Vuxna med en eller flera tänder som åtgärdats på nytt
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
O8	Unga vuxna som behandlats för bett- och tandpositionsavvikelser
O9*	Barn och vuxna som behandlas för erosionsskador
O10	Vuxna med periimplantit som får behandling
O11	Vuxna med munsjukdom eller besvär som förbättras eller avstannar efter behandling
O12*	Barn och vuxna som är nöjda med tandvårdsbehandlingen
O13**	Självupplevd munhälsa hos barn och vuxna
O14	Förekomst av kariessjukdom hos barn och unga vuxna
O15	Förekomst av kariessjukdom hos personer 24 år och äldre
O16	Förekomst av parodontit hos vuxna
O17	Vuxna med sjukdom i vävnader kring tandimplantat, periimplantit
O18***	Barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information för att själva kunna förebygga munsjukdomar
O19***	Barn och vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information om behandlingsalternativ

Nummer	Namn
O20	Vuxna som upplever sig ha fått tillräcklig information om behandlingskostnad
O21**	Barn och vuxna som upplever att de har blivit respektfullt bemötta
O22**	Barn och vuxna som har avstått från att söka tandvård trots behov
O23	Vuxna som av ekonomiska skäl har avstått från att söka tandvård trots behov
O24*	Barn och vuxna som anser att de fått tid när de upplevt behov
O25	Vuxna som får munhälsobedömning eller nödvändig tandvård
O26	Antibiotikaanvändning i tandvården
O27*	Individuellt anpassade revisionsintervall efterlevs för barn och vuxna

*Utvecklingsindikator

**Utvecklingsindikator för 12-åringar

***Utvecklingsindikator för personer under 18 år

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 hälsofillståndet periimplantit.
2021	<p>Riktlinjerna publicerades i den nuvarande versionen, efter att ha reviderats 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 och 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>

Tabell 2. Uppdaterad terminologi för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder

Åtgärd i Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011	Motsvarighet i Nationella riktlinjer för tandvård 2021
hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling	hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling
standardiserad rådgivning	–
rådgivande samtal	rådgivande samtal (ofta med uppföljning vid ett eller flera tillfällen)
rådgivande samtal med särskild uppföljning	
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 redovisas i sin helhet i rapporten:

- Indikatorer för tandvård.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.