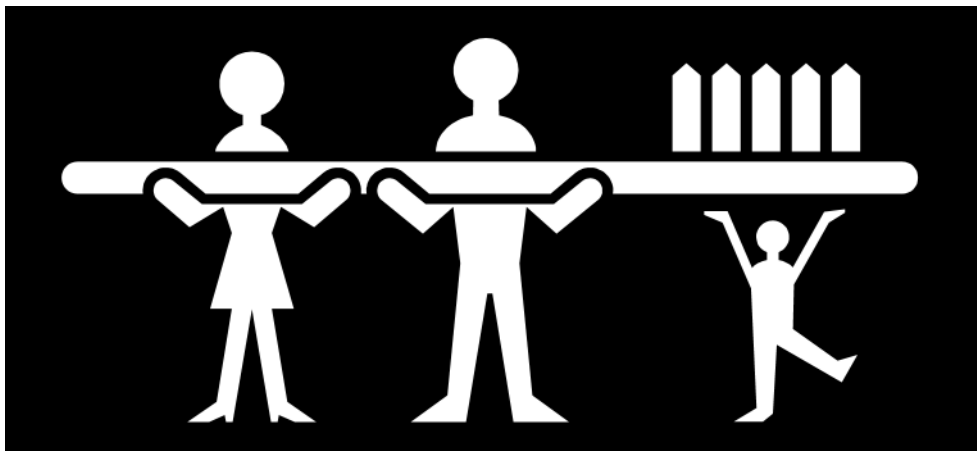


Riktlinjer för barn- och ungdomstandvård, Folktandvården Kronoberg

Innehåll

1. [Mål och strategier](#)
2. [Omhändertagande- och ansvarsnivå](#)
3. [Riskbedömning, vårdnivå](#)
4. [Inskolning till tandvård](#)
5. [Tandhälsovårdsprogram 0-2 år](#)
6. [Allmäntandvård 3-19 år](#)
7. [Medicinska riskfaktorer](#)
8. [Riktlinjer för röntgenundersökningar](#)
9. [Kariesterapi och val av fyllnadsmaterial](#)
10. [Behandling av gravt kariesskadade bitt](#)
11. [Gingivit, parodontit](#)
12. [Tandolycksfall](#)
13. [Smärtkontroll och sedering](#)
14. [Kollektiva förebyggande åtgärder](#)
15. [Fluoranvändning, fluor i dricksvatten](#)
16. [Kostvanor](#)
17. [Saliv- och bakterietester, klorhexidinanvändning](#)
18. [Protetik](#)
19. [Ortodonti](#)
20. [Epidemiologi](#)



Barntandvården är folktandvårdens viktigaste uppgift. För oss som arbetar med barntandvård är det viktigt att vi har gemensamma riktlinjer att arbeta efter.

Tandhälsovården är ett prioriterat område, och måste hela tiden utvecklas och förändras i förhållande till det samhälle vi lever i.

Teamtandvården öppnar möjlighet till nya arbetsformer med ökat patientengagemang och en tydlig tandhälsovårdsinriktning.



Mål

Övergripande mål:

- Barn och ungdomar ska ha friska tänder i ett fungerande bett.
- Barn och ungdomar och deras föräldrar skall erhålla tillräckliga kunskaper för att själva kunna ta ansvar för sin/sitt barns munhälsa.
- Barn och ungdomar ska inte behöva få ont i tänderna.
- Vården ska bedrivas på ett sätt som optimerar Kooperation och minimerar framtida tandvårdsrädsla.

Specifika mål:

- Tandhälsan hos barn och ungdomar ska förbättras.
- Epi-uppgifter ska registreras vid varje fullständig behandlingsomgång.
- Mätbara mål ska formuleras.
- Akuta besvär skall prioriteras och behandling ska erbjudas samma dag.
- Tillgängligheten skall vara god.

Strategier

- Folkhälsoperspektivet ska vara vägledande i verksamhetsplaneringen.
- Barn, ungdomar och vårdnadshavare ska bli medvetna om det egna ansvaret för tandhälsan, och få insikt i sin egen förmåga och möjlighet att bibehålla god oral hälsa.
- Alla barn och ungdomar ska erbjudas regelbunden och fullständig vård.
- Tandvårdens ansvar ska omfatta samtliga sjukdomar och andra avvikande tillstånd i munhålan.
- Vården ska grundas på diagnostik och riskbedömning. Detta ska till grund för behandling, prognos och revisionsintervall.
- Bettutvecklingen ska följas, avvikelser från det normala bedömas och vid behov behandlas.
- Ansvarig tandvårdspersonal ska ha kännedom om den enskilda patientens allmänna hälsotillstånd.
- Förtroendefulla relationer ska skapas mellan barn/ungdomar-vårdnadshavare och tandvårdspersonal.
- Barnets integritet ska beaktas.
- Smärtfri behandling ska eftersträvas. Barnets behov av förberedelse och eventuell sedering ska uppmärksammas.
- Vid behov ska barnet ges möjlighet till systematisk inskolning. Metoden ”systematisk inskolning med acceptansgradering” bör användas.
- Relevanta epidemiologiska data ska ligga till grund för uppföljning och utvärdering på klinik- och länsnivå.
- Kontinuerlig fortbildning i barntandvård ska bedrivas.

ligga

Kvalitetssäkring

Med kvalitetssäkring menas de processer som initierar, mäter och värderar kvalitet, samt leder till olika kvalitetsförbättrande åtgärder.

- Kontinuerlig kvalitetsutvärdering ska bedrivas på såväl klinik- som länsnivå.
- Gemensamma verktyg för kvalitetsutvärdering tas fram centralt i samarbete med klinikerna.
- Praktiska och effektiva utvärderingssystem som involverar tex kariesepidemiologi, patientenkäter, teknisk kvalitetsbedömning och biverkningsregistrering är en förutsättning för att kvalitetssäkring ska fungera på ett tillfredsställande sätt.

2. Omhändertagande – och ansvarsnivå

Tandvården bör bedrivas som teamtandvård, där samverkan sker mellan olika personalkategorier. Ansvaret för diagnostik, terapiplanering, riskbedömning och beslut om revisionsintervall ligger hos tandläkaren.

Varje barn och ungdom inom den organiserade tandvården ska ha en ansvarig tandläkare. Ansvaret för den första undersökningen vid 3 års ålder liksom den vid 19 års ålder ligger hos tandläkaren.

Intervallen mellan undersökning av tandläkare får som regel inte överstiga 24 månader, se dock nedan beträffande tandhygienistens kompetens.

Mellan de ordinarie tandläkarundersökningarna kan tandläkare delegera munhygienkontroller till tandsköterska. Det förutsätter att tandsköterskan har kontakt med den ansvarige tandläkaren för att kunna rapportera eventuella avvikelser.

I tandsköterskans kompetens ingår att informera om tandsjukdomar och deras förebyggande, insamla statusuppgifter, ge munhygieninstruktion, utföra puts och polering av tänder, fluorlackning, antimikrobiell behandling, samt att ta röntgenbilder efter anvisningar av ansvarig tandläkare eller tandhygienist.

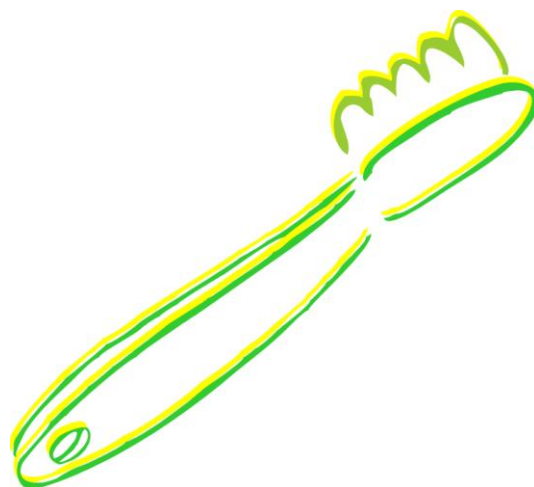
- I tandhygienistens kompetens ingår diagnostik vad avser karies och parodontit. Detta förutsätts gälla på sk revisionspatienter. Undersökningar avseende karies och parodontit kan således överlåtas till tandhygienist. Om så sker kan intervallen mellan tandläkarundersökningar utsträckas till maximalt 36 månader, under förutsättning att ingen annan avvikelse kräver tandläkarbedömning.

Om barn, ungdom eller vårdnadshavare särskilt önskar konsultation mellan revisionsundersökningarna bör tid erbjudas.

Det är av största vikt att de olika personalgrupperna som arbetar inom tandvården har en gemensam syn på diagnostik, terapiplanering och prognosbedömning.

Barn och ungdomar kontaktas minst två gånger ytterligare inom behandlingsperioden om de uteblivit.

Tandvården ska arbeta aktivt för att barn som uteblir skall komma till kliniken. Orsaken till uteblivande ska utredas, och dokumenteras i journalen.



3. Riskbedömning och planering av revisionsintervall inom Barn – och ungdomstandvården

För att kunna erbjuda adekvat vård med rätt revisionsintervall och hos rätt vårdgivarkategori, ska patienterna, efter en riskbedömning, indelas i olika riskgrupper, och därefter få vård enligt olika nivåer.

Enligt socialstyrelsens rekommendation bör det maximalt vara tre år mellan undersökningar hos tandläkare.

Riskgrupp 1

Riskgrupp 2

Riskgrupp 3

Riskbedömning sker i samverkan med patient/förälder.

Odontologiska faktorer, medicinska faktorer och familjefaktorer ska beaktas vid riskbedömning.

Inom Barn –och ungdomstandvården är det oftast kariesrisken som har betydelse för behandling/planering. Om parodontala skador eller bettavvikelser finns, måste hänsyn tas till dessa faktorer.

Risikfaktorer för karies:

Odontologiska riskfaktorer

- Plack på buccal- och lingualytor.
- Blödning vid sondering/tandborstning.
- Flera nya initiala skador buccalt/lingvalt och/eller ny karies eller kariesprogression approximant.
- Stor tidigare karieserfarenhet.
- Djupa fissurer.

Medicinska riskfaktorer

- Kronisk sjukdom.
- Handikapp.
- Låg salivsekretion.

Familjesociala riskfaktorer

- Fler än 6 kostintag/dag.
- Tandvårdsrädsla.
- Kooperationsproblem.
- Språksvårigheter.
- Upprepade uteblivanden.
- Syskon och/eller föräldrar kariesaktiva.

Kommentarer:

Fluorlackning används speciellt till barn i riskgrupp 2 och 3. Generellt gäller att riskytor och nyeruiterade tänder bör fluorlackas. Informera patienten/föräldern om *varför* vi fluorlackar. Det är viktigt att i journalen dokumentera terapiplan, behandling, förebyggande åtgärder och uppföljning.

Riskgrupp 1

*Förslag till revisionsintervall för undersökning och förnyad riskgruppering:
18 månader.*

Observera att bettutvecklingen kan kräva tätare kontroller.

Låg kariesrisk, inga odontologiska riskfaktorer. Låg tidigare kariesförekomst.

Basprogram (utöver den generella fluorsköljningen):

- Information om tandsjukdomar och deras förebyggande, samt vikten av egenansvar.
- Fluortandkräm, ”sila skum metoden”.
- Munhygienkontroll, tandborstinstruktion.
- Fluorlack till nyeruiterade tänder eller tänder under eruption.
- Fissurförsegling vid djupa fissurer.
- Mellankontroll till tandsköterska eller tandhygienist för tandhälsokontroll eller revisionsundersökning vid behov.

Riskgrupp 2

*Förslag till revisionsintervall för undersökning och förnyad riskgruppering:
12 månader.*

Observera att bettutvecklingen kan kräva tätare kontroller

Viss kariesrisk. Någon eller några odontologiska riskfaktorer. Måttlig tidigare kariesförekomst.

Basprogram + tilläggsprogram 1

Basprogram (utöver den generella fluorsköljningen):

- Information om tandsjukdomar och deras förebyggande, samt vikten av egenansvar.
- Fluortandkräm, ”sila skum metoden”.
- Munhygienkontroll, tandborstinstruktion.
- Fluorlack till nyerupterade tänder och tänder under eruption.
- Fissurförsegling vid djupa fissurer.

Tilläggsprogram 1:

- Förstärkt fluorprofylax/fluorbehandling i hemmet.
- Generell fissurförsegling molarer. Överväg fissurförsegling 05:or.
- Återbesök till tandsköterska eller tandhygienist för orsaksinriktad kariesbehandling och fluorbehandling. Antal gånger för återbesök bedöms individuellt.

Riskgrupp 3

*Förslag till revisionsintervall för förnyad undersökning och riskgruppering:
6-12 månader.*

Observera att bettutvecklingen kan kräva tätare kontroller

Hög kariesrisk. Alltid odontologiska riskfaktorer i kombination med faktor/-er ur annan grupp. Hög tidigare kariesförekomst.

Basprogram + tillägsprogram 1 + tillägsprogram 2

Basprogram (utöver den generella fluorsköljningen):

- Information om tandsjukdomar och deras förebyggande, samt vikten av egenansvar.
- Fluortandkräm, ”sila skum metoden”.
- Munhygienkontroll, tandborstinstruktion.
- Fluorlack till nyrupterade tänder och tänder under eruption.
- Fissurförsegling vid djupa fissurer.

Tillägsprogram 1:

- Förstärkt fluorprofylax/fluorbehandling i hemmet.
- Generell fissurförsegling molarer. Överväg fissurförsegling 05:or.
- Återbesök till tandsköterska eller tandhygienist för orsaksinriktad kariesbehandling och fluorbehandling. Antal gånger för återbesök bedöms individuellt.

Tillägsprogram 2:

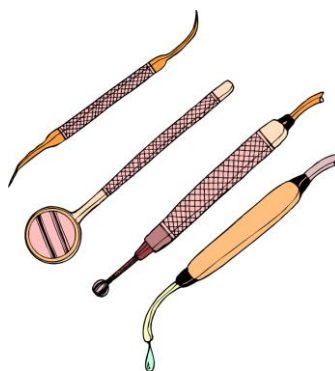
- Kombination med medicinsk risk:
 - Eventuell klorhexidinbehandling.
 - Besöksfrekvens/stödåtgärder anpassas efter sjukdom/handikapp, medicinering och risker för orala komplikationer.
- Kombination med familjefaktorer:
 - Familjens ansvar betonas ytterligare.
 - Ökad besöksfrekvens med lämpliga stödåtgärder.
 - Vid tandvårdsrädsla utredning av orsaksfaktorer och systematisk inskolning.
 - Vid språksvårigheter använd tolk.

Om medicinsk risk och/eller familjerisk finns: Överväg remiss till sjukhustandvården/konsult pedodontist.

4. Systematisk inskolning

Vid all tandvård är det viktigt att både barn och ungdomar får tid att lära sig hur behandling går till. En bra metod för inskolning är ”inskolningstrappan”. Patienten tränas i att positivt acceptera ett steg i taget.

1. Komma in i behandlingsrummet.
2. Titta på stolen, spola vatten, prova sugarna, titta på spegel och lampa.
3. Sitta i stolen.
4. Spegel i munnen.
5. Sond på nagel och på tand.
6. Bläster på hand och på tand.
7. Sug på handen och på tand.
8. Ligga ner i behandlingsstolen.
9. Undersökning med spegel, sond och bläster.
10. Polera med pasta på nageln och tänder.
11. Spola vatten med vinkelstycket i munnen.
12. Ytanestesi på kindens insida.
13. Spets av kanyl mot läppens insida.
14. Injektion.
15. Lagning eller extraktion.



Metoden innebär att man introducerar ett steg i taget. Vid varje steg ska patientens reaktion observeras. Om patienten accepterar detta steg, fortsätter man med nästa. Om patienten inte accepterar ger man patienten mer tid och fortsatt träning.

För att vänja barnet använder man sig lämpligen av ”tell-show-do” metoden. Berätta först, visa sedan, sist provar man.

För att beskriva hur barnet accepterar behandlingen användes följande:

Acceptansgradering:

1. Negativ acceptans. Momentet går inte att genomföra.
2. Tveksam acceptans. Momentet går att genomföra, men patienten visar tecken på rädsla, motstånd eller obehag.
3. Positiv acceptans. Momentet går att genomföra utan svårigheter. Inga negativa reaktioner, avspänd patient.

5. Tandhälsovårdsprogram 0-2 år

Riktlinjer för Folk tandvården, Kronoberg.

”Första kontakten med tandvården”

En av tandvårdens allra viktigaste uppgifter är att ge råd till unga föräldrar, skapa förtroendefulla relationer och förmedla baskunskaper om munhygien, kost och tandhälsa.

Det lilla barnets kontakt med tandvården är av stor betydelse. Att föräldrar och barn har en positiv inställning till tänder och tandvård och bra relationer med vårdgivaren, är avgörande för att skapa en god framtida tandhälsa hos våra barn och ungdomar.

I våra riktlinjer för verksamheten ingår en förebyggande tandvård riktad mot småbarnsföräldrar enligt nedan:

Barnet kallas med förälder för tandhälsovårdsinformation 2 ggr, vid ca 1 år och vid ca 2 års ålder.

1 års besöket

Vid ca.1 års ålder kallas barn och föräldrar för första gången antingen till BVC eller till folk tandvården. Om besöket sker individuellt eller i grupp avgör kliniken själva.

Folk tandvården ansvarar för kallelsen, lokal kan upplåtas av BVC om möjlighet finns till detta. Tandhygienist eller tandsköterska ansvarar för hälsosamtalen och friskidentifierar barnet. Folder ”Bra start för friska tänder” (grön) delas ut.

Vid ohälsa eller risk för ohälsa genomförs en fördjupad intervju och barnet följs upp med individuellt stödprogram. Barn som har en ökad kariesrisk bör ha kontakt med en tandläkare.

Mål för 1-års besöket:

Att stärka goda vanor och tidigt upptäcka och hjälpa barn som riskerar sjukdom i munnen. Verksamheten bör inriktas på att ge de föräldrar, som är i behov av särskilt stöd och hjälp, en individuellt anpassad tandhälsainformation och ett individuellt utformat tilläggprogram.

Hälsosamtal inriktas på följande områden:

- Nya tänder är känsliga, det blir lätt kariesskador i nya tänder.
- Tandborstning från första tanden med en liten klick tandkräm morgon och kväll, där fluorens kariesförebyggande effekt särskilt betonas. Barn som tidigt får sina tänder borstade har friskare tänder längre fram i livet. Tandborstning på kvällen är särskilt viktigt att genomföra.
- Fluorhalten i tandkräm för barn mellan 6 månader och 2 år bör vara 500ppm. För barn mellan 2 år och 6 år bör fluorhalten vara 1000 ppm. För barn under 2 år går det bra att använda tandkräm med fluorhalt på 1000 ppm, om man tar en liten mängd tandkräm.

- Bra matvanor är viktiga. Undvik småätande och söta drycker. Barn som utvecklat kariesskador vid tre år har redan fått glass, kex och godis oftare än kariesfria barn. Barn med karies får oftare söta drycker i nappflaska.
- Vatten är bästa törstsläckaren.
- Sockerrestriktion. Vänta med sockerhaltiga produkter så länge det går och sedan högst en gång i veckan, ”lördagsgodis”. Max 100g godis och sötsaker/vecka är en bra regel. Diskussion med föräldrarna om hur man hanterar godis, läsk och dylikt.
- Mediciner kan påverka tandhälsan.
- Napp- och tumsugning.
- Förlängd amning kan ge ökad risk för karies.

Besöket omfattar även (om möjligt)

- Kontroll av tanderuption
- Kontroll av plackförekomst och karies på överkäksincisiverna med optimalt ljus. (ficklampa). Plack på tänderna i överkäksfronten är en riskfaktor.
- Tandborstningsinstruktion till förälder. Föräldrarna ska kunna borsta sitt barns tänder med tandborste.

2 års besöket

Vid 2 års ålder kallas barn och föräldrar till folktandvården individuellt. Tandhygienist eller tandsköterska ansvarar för hälsosamtalet och friskidentifierar barnet. Folder ”Bra start för friska tänder” (rosa) delas ut.

Vid ohälsa eller risk för ohälsa genomförs en fördjupad intervju och barnet följs upp med individuellt stödprogram. Barn som har en ökad kariesrisk bör ha kontakt med en tandläkare

Mål för 2-års besöket

Att stärka de goda vanorna som fanns vid 1-årsbesöket och/eller tidigt upptäcka och hjälpa barn som riskerar sjukdomar i munnen.

Verksamheten bör inriktas på att ge de föräldrar som är i behov av särskilt stöd och hjälp en anpassad tandhälsainformation och ett individuellt utformat stödprogram.

- Besöket omfattar hälsosamtal med inriktning som anges ovan för 1-års besöket.
- Allmän anamnes.
- Kontroll av tanderuption
- Kontroll av plackförekomst, gingivit och karies. De barn som vid 2 års ålder har karies har i allmänhet även kariesskador buccalt i ök-fronten. För de barn som ej koopererar vid tandkontroller kan det därför räcka med att inspektera överkäksincisivernas buccalyta. Optimalt ljus bör användas. (Ficklampa)

Allmänna riktlinjer för 1 och 2 åringar

Basprogram 1-2 år

- Tandborstning två gånger dagligen med fluortandkräm. Tandborstning på morgonen bör ske efter frukost och på kvällen efter sista målet före sängdags.
- Fluorhalten i tandkräm för barn mellan 6 månader och 2 år bör vara 500ppm. För barn mellan 2 år och 6 år bör fluorhalten vara 1000 ppm. För barn under 2 år går det bra att använda tandkräm med fluorhalt på 1000 ppm, om man tar en liten mängd tandkräm.
- En bra måltidsordning.

Kariesriskfaktorer för förskolebarn

Odontologiska faktorer

- Barn som vid ett års ålder uppvisar plack eller initialkaries på överkäksinciverna.

Beteendefaktorer

- Barn med sömnstörningar som äter och dricker på natten
- Nappflaska med söt dryck
- Barn som sällan eller aldrig får sina tänder borstade
- Barn med bristfällig fluortillförsel
- Barn som långtidsammas (mer än 1 år med täta skvättar)
- Barn med beteendeavvikelse

Sociala/kulturella faktorer

- Barn till föräldrar som båda invandrat till Sverige. Asylsökande/flyktingar
- Barn som uteblivit från hälsokontroller
- Tandvårdsrädsla hos föräldrar
- Syskon med dålig tandhälsa
- Familj i livskris

Medicinska faktorer

- Barn med långvariga sjukdomsperioder/kronisk sjukdom/sjukdom/funktionshinder
- Barn med medicinering som ger salivnedsättning
- Barn med allergi/astma
- Barn med uppfödningproblem/födoämnesallergi.

Tilläggsprogram

Urval

Alla barn med initiala och/eller manifesta kariesskador ska få behandling.

Det viktigt att utreda orsaken till att det finns karies. Barn med initial eller manifest kariesskada vid ett eller två års ålder måste ges ett snabbt omhändertagande. Ju yngre barnet är ju snabbare sker kariesutvecklingen.

Behandling av initiala kariesskador syftar till remineralisering. För att detta ska kunna åstadkommas krävs optimal munhygien och fluortillförsel.

Även manifesta kariesskador på buckal och lingualytor kan med framgång fås att avstanna med hjälp av optimal munhygien och fluortillförsel.

Manifesta skador på ocklusalytor och approximala ytor åtgärdas med fyllningsterapi. Rådgör med sjukhustandvården.

Barn utan synlig karies, men som bedöms som riskindivider, ska ha ett utökat omhändertagande med regelbundna besök hos profylaxtandsköterska eller tandhygienist.

Program

Dessa barn kräver ett individuellt och regelbundet omhändertagande med stöd och uppmuntran till föräldrarna för att snarast bryta ogynnsamma vanor och mönster.

Programmets omfattning är helt beroende på Kooperation och uppnådda resultat. Ofta kräver dessa barn mycket stora vårdinsatser som dock måste ses i perspektiv av en mindre framtida resursåtgång och bättre tandhälsa.

Förslag till åtgärder för barn som riskerar att utveckla karies

- Uppföljning av tandborstinstruktion. Försök att stödja föräldrarna så att de kan få tandborstningen att fungera optimalt.
- Intensiv fluorlackning alternativt var tredje månad. Fluortabletter rekommenderas.
- Fördjupad kostrådgivning.
- Information av sockerfria alternativ Xylitolgodis.
- Samråd med BVC/barnhälsovård i lämpliga fall.

Värt att komma ihåg:

Det krävs tre faktorer för att föräldrarna ska klara egenvården för tänderna:

- Föräldrarna tycker att tänderna är viktiga.
- Kunskap om hur man håller tänderna friska.
- Möjlighet att praktiskt klara uppgiften



Hälsodeklaration

Barnets namn:.....Personnummer.....

Föräldrars/vårdnadshavares namn, adress, hemtelefon, arbetstelefon/mobiltelefon:

.....

.....

Har ditt barn någon hjärtsjukdom, annan allmänsjukdom eller funktionsnedsättning?

.....JaNej

Om ja, ange vilken.....

Använder ditt barn någon medicin regelbundet?JaNej

Om ja, ange vilken.....

Har ditt barn någon allergi?JaNej

Om ja, ange mot vad.....

Ammas ditt barnJaNej

Äter eller dricker ditt barn på natten?JaNej

Om ja, ange vad.....

Vad tycker ditt barn om att dricka?.....

Hur ofta borstas barnets tänder?Sällan1g/dag2 ggr/dag

6. Allmäntandvård 3–19 år

Utvecklingsperiod

3-åringen är oftast behandlingsmogen men har kort uthållighet. Utvecklingskriser förekommer speciellt i 4- och 6-årsåldern. Pubertetsperioden kan innebära komplikationer i det odontologiska omhändertagandet. Först från 10-12 års ålder kan det förväntas att barnen klarar tandborstning själv.

Undersökning, diagnostik och riskbedömning

Diagnostik, terapiplanering och riskbedömning görs av tandläkare. Arbetsuppgifter kan utföras av tandhygienist och/eller tandsköterska enligt socialstyrelsens anvisningar. Riskgrupp och revisionsintervall (avser tiden till nästa tandläkarundersökning) bestäms av tandläkare, dokumenteras i journal och i klinikens bevakningssystem. Om barnet ej samverkar i tandvårdssituationen bör ytterligare inskolning ske. Röntgenbilder tas efter individuella indikationer. I bett med approximala kontakter i sidopartierna rekommenderas bitewing från omkring 5 års ålder.

Förebyggande vård

Förebyggande vård planeras och genomförs på individuella grunder. Uppmärksamhet bör riktas på psykosociala bakgrundsfaktorer. Munhygien betonas framförallt vid perioder av tanderuption. Vid djupa fissurer i 6:or och 7:or och/eller hög kariesrisk rekommenderas fissurförsegling. Extern verksamhet inom barnomsorg och skolor bör genomföras.

Uppföljning

Vid varje revisionstillfälle rapporteras relevanta epidemiologiska data som möjliggör uppföljning och utvärdering på klinik- och länsnivå.

Tandsjukvård 3-19 år

Tidig riskgruppering och individanpassade profylaxåtgärder är väsentliga för att undvika kariesutveckling. Behandling ska ske med effektiv smärtkontroll. Sederin och narkos används vid behov.

Karies

All karies behandlas nonoperativt eller operativt.
Behandling av primära tänder ska ske med beaktande av tandens kvarvarande tid och bettsituation.

Gingivit/parodontit

Vid kraftig plackbelastning/blödning vid tandborstning eller sondering ska särskilda munhygieniska åtgärder sättas in, kontrolleras och följas upp.

Sub- och supragingival tandsten skall avlägsnas.

Tecken på fästeförlust diagnostiseras, behandlas och följes upp. Vid behov samråd/remiss till pedodontist/Parod avd.

Tandolycksfall

Se sep bilaga

Bettutveckling

Se sep bilaga

Andra orala förändringar

Slemhinneförändringar, akuta infektioner, generella eller lokala tandutvecklingsstörningar och andra sjukliga förändringar i munhålan utreds, diagnostiseras, terapiplaneras och behandlas.

Kroniskt sjuka och/eller funktionshindrade barn och ungdomar.

Utredning, diagnostik och rådgivning.

Vid behov samråd/remiss till behandlande läkare och/eller pedodontist/sjukhustandvården.

Åldersgrupp 17 – 19 år*Egenansvar*

För denna åldersgrupp gäller dessutom egenansvar. Individens ansvar för sin tandhälsa betonas ytterligare och motivationen förstärks.

Särskild information ges till 19-åringar i avsikt att stimulera till fortsatt regelbunden tandvård.

Service

När ungdomar fortsätter sin skolgång på annan ort åligger det hemmakliniken att underlätta deras möjligheter till tandvård på den egna kliniken eller hos annan tandläkare.

7. Medicinska riskfaktorer

Anamnesen ska uppdateras vid varje revision

Ansvarig tandvårdspersonal ska ha kännedom om den enskilda patientens hälsotillstånd.

Odontologiska sjukdomar eller tillstånd får inte försvåra det medicinska tillståndet på kort eller lång sikt.

I de fall sjukdomen i sig ger upphov till ökad risk för tandsjukdom är det vårdgivarens uppgift att sätta in förebyggande åtgärder. Barn med allmänmedicinska sjukdomstillstånd, funktionshinder eller avvikande utveckling hamnar dock ofta utanför den organiserade barnhälsovården och kan vara svåra att nå med rådgivning i tidig ålder.

Behandling bör utföras med särskild hänsyn till barnets sjukdom/funktionshinder, som kan kräva t ex särskild inskolning, sedering eller annan förberedelse. Samråd med ansvarig läkare eller behandlingsteam.

Konsultation hos eller remiss till specialist i pedodonti /sjukhustandvården kan behövas, speciellt för tillstånd där allmäntandläkaren inte ser tillräckligt många fall för att vinna erfarenhet.

På följande sidor ges exempel på tillstånd och sjukdomar som kan påverka orala förhållanden och/eller oral funktion och som kräver speciell uppmärksamhet och omhändertagande.

Information om sällsynta sjukdomar och mindre kända funktionshinder finns bl a på
www.sos.se/smkh/index.htm
www.mun-h-center.com
www.sallsyntadiagnoser.nu
www.gsv.se/sgc
www.agrenska.se

Vårdprogram för odontologiskt omhändertagande vid vissa diagnoser finns tillgängliga på Svenska Pedodontiföreningens hemsida:
www.spf.nu

Medicinska riskfaktorer:

Diagnos

Odontologisk risk

Astma/allergi

Förhöjd kariesrisk p g a medicinering, ev olämpliga kostvanor och dryckesvanor vid muntorrhet.
Gingivit/parodontitrisk är högre vid ev medicinering med korticosteroider.
Obs! även risk för allergi mot odontologiska material.



Autism och autismliknande syndrom

Gruppen inrymmer diagnoserna infantil autism, autismliknande tillstånd, Asperger syndrom och även Tourette's syndrom.
Karakteristiska symtom är bl a starkt begränsad förmåga att interagera med omvärlden och uttalade kommunikationssvårigheter. Stereotypa rörelsemönster och tvångshandlingar förekommer vid t ex Tourette's syndrom.
Autismspektrumstörning medför i sig ingen risk för nedsatt munhälsa, men handikappet försvårar ofta introduktion av munhygien.
Godis används ofta för att lugna eller belöna barn med nedsatt kommunikationsförmåga.
Kooperation till tandbehandling är svår att uppnå och kan kräva omfattande träning och förberedelse med t ex bilder på behandlingsrum, -stol och olika behandlingsmoment. Träningen bör starta så tidigt som möjligt. Byte av behandlare och behandlingsrum bör undvikas.

Blodsjukdomar ffa leukemi

Munslemhinneförändringar av olika slag p g a medicinering och ev strålningsterapi medför stora besvär för barnet. Munsköljning med Andolex kan medföra lindring.
Andolex är antiinflammatoriskt och smärtstillande. Ska endast användas på barn över 12 år, maximalt 1 vecka i taget. Muntorrhet förekommer speciellt vid och efter strålningsterapi och medför förhöjd kariesrisk.
Tandutvecklingsstörningar kan förekomma p g a medicinering och strålningsterapi.
Odontologiskt vårdprogram finns för denna grupp av sjukdomar (Sjukhustandvården).

Blödningssjukdomar

Gingivit, odontogena inflammationer, behandlingsåtgärder som t ex depuration och injektion kan medföra blödningssjukdomar.

Celiaki

Ökad kariesrisk p g a avvikande kostvanor.
Tandutvecklingsstörningar kan förekomma.

CP-skada

Gingivit/parodontit – p g a problem med munhygien.
 Karies – av samma skäl, samt olämpliga kostvanor.
 Bettutvecklingsstörningar och oralmotoriska störningar p g a av
 hyper/hypotoni i ansiktets muskulatur samt ökad muskelaktivitet, t ex i tungan.

DAMP/ADHD

Gruppen placeras ibland inom gruppen autismliknande syndrom.
 Frekvensen i Sverige anges till 3– 6 %, och 1– 2 % har en allvarlig störning.
 Barn med ADHD är överaktiva, har svårt att koncentrera sig och kontrollera impulser.
 Barn med DAMP/ADHD kräver ofta lång inskolning.

Diabetes mellitus

Gingivit/parodontit – förhöjd risk vid svårinställd diabetes, vilket är vanligt i barn –
 och ungdomsåren. Nedsatt salivsekretion kan förekomma.

Down´s syndrom

Gingivit/parodontitrisk föreligger p g a brister i immunförsvaret och problem med
 munhygien i en del fall. Oralmotoriska störningar bör behandlas tidigt, helst i
 behandlingsteam med barnhabilitering/pedodontist och vid behov ortodontist.
 Psykiskt funktionshinder förekommer i varierande grad.
 Störningar i bettutveckling och eruption är vanliga, t ex försenad eruption, aplasier.
 Organiskt hjärtfel finns hos ca 50 %.

Epilepsi

Gingival hyperplasi förekommer vid fenytoinmedicinering; tillståndet kräver ökade
 insatser avseende munhygien/uppföljning. Observera risken för tandskador vid anfall.

Hjärtsjukdom

Kariesrisk p g a svårigheter med kost och munhygien.
 Förhöjd gingivitrisk hos barn med obehandlat cyanotiskt hjärtfel.
 Obs! Tandbehandling, även depuration, kan kräva endocarditprofylax. Rådgör med
 ansvarig läkare.

Immunbristtillstånd

Primära immunbristtillstånd kan utgöras av brist på IgA, IgG, cyklisk neutropeni,
 agammaglobulinemi eller kombinationer. Olika komponenter i immunförsvaret kan
 drabbas. Förhöjd infektionsrisk föreligger, med herpesinfektioner, candidos och ökad
 känslighet för bakteriella infektioner.

HIV/AIDS tillhör gruppen sekundära immunbristtillstånd. Hit räknas även
 immunbristtillstånd efter kemoterapi vid malign sjukdom, bortstöttningsreaktion efter
 transplantation och bristtillstånd efter långvarig korticosteriodbehandling.

Förhöjd risk för karies och gingivit.

Juvenil reumatoid artrit

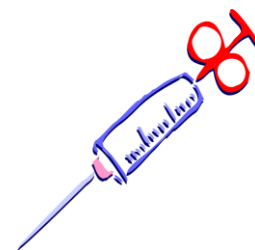
Karies/gingivitrisk är förhöjd p g a minskad salivsekretion. Nedsatt rörlighet i armar och händer försvårar munhygien; nedsatt gapningsförmåga försvårar ofta behandling. Bettutvecklingsstörningar p g a käkledsengagemang kan uppstå. Tandbehandling med blodiga ingrepp kan kräva antibiotikaproylax. Odontologiskt vårdprogram finns för denna sjukdom (Sjukhustandvården).

Laktosintolerans

Kariesrisk föreligger p g a avvikande kostvanor; barnen tål inte mjölk och mjölkprodukter.

Missbruk

Munhålan kan i många fall spegla drogmissbruk. Missfärgningar av tänder och slemhinnor, erosionsskador, tandfrakturer eller omfattande kariesskador kan ge indikation på drogmissbruk. I vissa fall är skadorna typiska för ett visst missbruk, exempelvis tandfrakturer hos heroinister eller missfärgningar och buckalkaries hos haschrökare. Skadorna blir vanligare och mera uttalade över tid.



Organtransplantation

Munslemhinneförändringar fr a gingivala hyperplasier uppstår p g a medicinering. Ökade insatser krävs avseende munvård. Tandutvecklingsstörningar kan förekomma p g a medicinering.

Psykiska sjukdomar

Kooperationsproblem ska uppmärksammas. Kariesrisken är stor om salivnedsättande medicinering förekommer.

Skelettsjukdomar

Mineraliseringsstörningar, eruptionsstörningar och bettanomalier kan iaktas i varierande grad.

Strålbehandling

Kariesrisken är förhöjd p g a nedsatt/upphörd salivsekretion. Munslemhinneförändringar medför smärttillstånd som försvårar munhygien. Tandutvecklingsstörningar är en vanlig följd av strålningsterapi mot ansiktet.



Ätstörningar, dysfagi

Erosioner av emalj kan iakttas framför allt palatinalt i överkäken, p g a alltför intensiv munhygien, kräkningar och sura uppstötningar. Ungdomar med ätstörning medger sällan att de har denna sjukdom, men rådgivning kan ges med avseende på det tillstånd de har i munnen. Uppmana patienten att inte borsta tänderna efter kräkning eller uppstötning, utan istället borsta tungan, där magsyra dröjer kvar bland papillerna och förlänger perioden med lågt pH efter kräkning.

Daglig munsköljning med fluorlösning rekommenderas, särskilt efter kräkning/uppstötning.

Särskilt omhändertagande krävs såväl psykologiskt som odontologiskt.

”Öronbarn”, frekventa ÖLI,

Kariesrisken är förhöjd hos barn med otiter och andra återkommande infektioner p g a medicinerings, febertillstånd eller olämpligt val av dryck vid feber.

Kooperationsproblem är vanliga.

8. Riktlinjer för röntgenundersökningar på barn och ungdomar

Den förbättrade tandhälsan har gjort att indikationerna för bitewing har ändrats. Årliga screeningkontroller för kariesdiagnostik är inte motiverade. Varje röntgenundersökning bör göras efter individuell bedömning.

Indikation för röntgenundersökning kan vara:

- Misstanke om approximalkaries.
- Misstanke om ocklusalkaries.
- Misstanke om fellagrade permanenta tänder (ofta 13 och 23).
- Misstanke om aplasier (framför allt 12, 22, 5:or).
- Misstanke om övertal.
- Misstanke om retention av permanent tand.
- Undersökning av alla tänder i bettet inför tandregleringsbehandling.



Bitewing för kariesdiagnostik:

Bedöm kariesrisken.

Vid **låg kariesrisk** (riskgrupp 1) **överbäg** bw ungefär vid följande åldrar:

5- eller 6-år

8-år

10-år

12-år

14-år

16-år

19-år

Vid **hög kariesrisk** (riskgrupp 2 och 3) föreslås bw 1 g/år.

Observera speciellt hög progressionsrisk vid

- 6: mesial lesion >1/2 emaljen.
- 12-13-åring med >2-3 emaljskador.
- manifesta kariesskador.
- nyligen lagad approximal skada på granntand.

Observera att röntgenundersökning kan behövas vid annan indikation än kariesmisstanke (se ovan).

9. Kariesterapi och val av fyllnadsmaterial

Primära tänder

En primär tand behandlas med beaktande av tandens kvarvarande tid och bettsituationen. All behandling av barn skall föregås av systematisk inskolning.

Smärtfrihet skall eftersträvas vid all behandling.

0-2 år

Huvudvikten i omhändertagandet läggs vid orsaksinriktade och förebyggande åtgärder.

Manifest karies förekommer oftast i ök-incisiver och ocklusalt på 54, 64. Karies i överkäksincisiver kan med fördel behandlas med fluortillförsel i kombination med god plackkontroll.

Kariesterapeutisk slipning eller handexcavering +IRM-förband är bra behandlingsalternativ vid omfattande eller atypiska skador och bör utföras under sedering. Extraktion under sedering rekommenderas för tänder med dålig prognos. Vid omfattande kariesskador krävs ofta behandling under narkos. Efter narkosbehandling är uppföljningen mycket viktig, för att förhindra nya kariesskador.

3-6 år

Det är mer angeläget att bevara andra primära molaren och hörntanden än första primära molaren. Hörntänder har större betydelse än incisiver.

Manifesta skador på primära molaren ska i första hand lagas. Approximalkaries på första primära molaren kan ofta behandlas med slipning av approximalytan och eventuellt en enytsfyllning på den slipade ytan.

Vid omfattande kariesskador på första primära molaren bör extraktion övervägas eftersom risken för platsbrist i normalbettsfallet är liten och ofta kompenseras i tandväxlingen.

Fissurförsegling av primära molarer kan vara motiverat vid hög kariesrisk.

7-12 år

Manifest karies i primära tänder skall behandlas på ett sådant sätt att barnet slipper få ont i tänderna och god munhygien skall kunna upprätthållas.

Karies distalt på andra primära molaren innebär stor kariesrisk för 6-årsmolarens mesialyta och skall behandlas.

Approximal initial karies: tandtrådsanvändning (att utföras av vårdnadshavare) och extra fluortillförsel rekommenderas.

Approximal manifest karies på primära molarer: överväg slipning, klass II-fyllning eller extraktion, beroende på tandens form, kariesskadans läge och utbredning etc.

Då 6-årständerna nått ocklusionskontakt i normalbettsfall minskar betydelsen även av andra primära molaren. Vid avsaknad av ocklusionslösning finns risk för tandvandringar i sidopartierna. Detta sker snabbare i ök än i uk, då ök 6-an snabbt roterar och mesialvandrar vid förlust av andra molaren.

Fyllningsmaterial, primära tänder

- Resinmodifierad glasjonomercement.
- Kompomer alt komposit med dentinbindning.
- IRM-förband rekommenderas om kaviteten ej är kariesfri.

Permanenta tänder

Ocklusalytan

Fissurförsegling.

Fissurförsegla molarer med djupa fissurer samt även grunda fissurer vid hög kariesrisk.

Resinmaterial utan filler, typ Delton LC rekommenderas.

Reförsegla ytor som förlorat sin försegling och som fortfarande är kariesfria.

Epidemiologisk uppföljning visar att huvuddelen av de fyllningar som utförs på barn och ungdom fortfarande görs i molarernas ocklusalytor. I terapiplaneringen skall ingå planering för lämplig tidpunkt för fissurförsegling. Tandborstinstruktion ska ges när tanden börjar eruptera.

Manifest karies.

Karierad fissur behandlas med kompositfyllning eller kompomer. Vid små ocklusala kariesskador är det väsentligt att även behandla kliniskt friska fissurer på samma tand med t ex fissurförsegling för att minska risken för ny karies i redan behandlad yta.

Approximalytan

Initial karies

Instruktion i approximalrengöring, fluortillförsel samt kostinformation.

Manifest karies (med utbredning i dentin alternativt med klinisk kavitet)

Bedöm kariesskadans progressionshastighet/djup och antalet approximala kariesskador hos individen.

Vid låg progressionshastighet, liten utbredning, få approximala angrepp: avvakta med restaurering och behandla nonoperativt, jfr initial karies.

Behandla operativt vid risk för snabb progression eller tydlig dentinutbredning. Utför tvåtåtsfyllning. Välj komposit som fyllnadsmaterial.

Fyllningsmaterial, permanenta tänder

Använd kompositmaterial och dentinbonding. Fyllningsmaterial ska innehålla röntgenkontrast. Använda material dokumenteras i journalen.
Djupa kariesskador i unga permanenta tänder: isolering av pulpanära dentin förordas.

Hypomineraliserade tänder, MIH

Hypomineraliserade incisiver och molarer benämns ofta MIH; molar incisor hypomineralization.

Mineraliseringsstörda tänder är ofta hypersensibla. Undvik blästring vid undersökning. Torka torrt med bomullspellet.

Mineraliseringsstörda molarer utan substansförlust

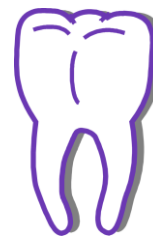
Frekvent fluorlackning för att minska hypersensibilitet.
Fissurförsegla med glasjonomermaterial.

Mineraliseringsstörda molarer med substansförlust:

Defekten exkaveras och utfylles med IRM – cement alt resinmodifierat glasjonomer/kompomer. Vid mindre omfattande skador kan ibland kompositmaterial användas. Extra fluortillförsel för egenvård ordinerar och fluorlackning genomförs vid kontrolltillfällen.

Tätare kontroller än vad patientens övriga revisionsbehov anger behövs ofta, då den mineraliseringsstörda tanden lätt faller sönder. Informera barnets föräldrar om de besvär som kan uppstå och det som störningen medför.

Överväg extraktion i svåra fall, konsultera ortodontist och planera ev extraktion i samråd med ortodontist för bestämning av lämplig tidpunkt. OPG rekommenderas.



10. Behandling av gravt kariesskadade bett

God tandhälsa är idag en självklarhet för flertalet barn och ungdomar i Sverige. Fortfarande finns dock barn i behov av särskilt omhändertagande p g a grava kariesskador.

Bakgrunden kan vara uteblivande från tandbehandling under långa perioder, bristande insikt eller omsorgsförmåga hos vårdnadshavare, barn och ungdomar i kris eller invandrabarn utan tandvårdsvana i familjen och med annorlunda kulturell tradition.

Första kontakten föranleds ofta av akuta besvär och kan ställa stora krav på klinikens serviceförmåga.



Utredning

Beakta vikten av förtroendefulla relationer och respektera patientens integritet. Lyssna på patientens/ familjens önskemål och sträva efter överenskommelser. Barn och ungdomar med stort behandlingsbehov har ofta uttalad tandvårdsrädsla, även för små åtgärder. Beakta även familjens inställning till tandvård.

Anamnes

Anamnesupptagning bör ske med hjälp av förälder eller annan vuxen – vid behov även tolk. Minderåriga anhöriga bör ej användas som tolk. Var uppmärksam på att information kan ”sällas bort” i översättningen om tolken inte är professionell. Kronisk sjukdom, medicinering, allergi är väsentliga uppgifter.

Status

Klinisk undersökning och registrering utföres så noggrant som situationen medger, senare kompletteringar kan bli nödvändiga. OPG-undersökning kan vara att föredra framför helstatus, som kan upplevas som smärtsamt. Om möjligt tas avtryck för studiemodeller och eventuellt kliniska foton tidigt i behandlingen.

Diagnostik

Bettsituation, karies och dess följdtilstånd, gingivala förhållanden och ev komplikationer till olycksfallsskador på tänder diagnosticeras.

Terapiplanering

Kort sikt

Akuta problem lindras, t ex genom grovexcavering och IRM- cement. Starta munhygien, fluortillförsel, inskolning. Använd tolk vid behov. Ställ (realistiska) krav på patienten; trötta inte ut honom/henne med punktinsatser.

Lång sikt

Planeringen bör avse behandling i perspektiv om minst fem år – inriktningen ska vara att ge god tandhälsa under resten av livet. Involvera specialist(er) redan i planeringen.

Egenvård

Familjen och patienten behöver upplysas om sitt eget ansvar för tand- och munhälsa. Egenvård med fungerande munhygien, fluortillförsel och rimliga kostvanor är en förutsättning för att operativ behandling ska vara ändamålsenlig på sikt.

Tandsjukvård

Använd effektiv smärtkontroll och var generös med sedering. Gör det möjligt för patienten att kunna borsta tänderna utan att det gör ont.

Behandla all karies nonoperativt eller operativt. Använd successiv excivering.

Använd fyllningsmaterial som begränsar risken för kariesutveckling, t ex glasjonomercement.

Under beaktande av bettutveckling kan extraktion av destruerade molarer i de flesta fall ge ett funktionellt bra resultat. Samråd med specialist.

Om ingrepp som t ex extraktioner upplevs som traumatiskt av patient/operatör är det bra att samverka med annan tandläkare med intresse/kompetens för oralkirurgi och sedering.

Uppföljning

Kontinuerlig uppföljning kan behövas under lång tid. Utvärdering av insatta åtgärder och resurser är väsentlig.

Personalens psykosociala arbetsmiljö

Var uppmärksam på dina egna och dina medarbetares känslor, respektera och bearbeta dem.

Diskutera era reaktioner inom teamet och med kollegor efter svåra behandlingar och problempatienter.



11. Gingivit/parodontit

Primära dentitionen

Vid kraftig plackbelastning/blödning vid borstning eller sondering skall särskilda munhygieniska åtgärder sättas in och följas upp.

Vid misstanke om juvenil parodontit samråd/remiss till specialist.

Parodontala skador skall behandlas.

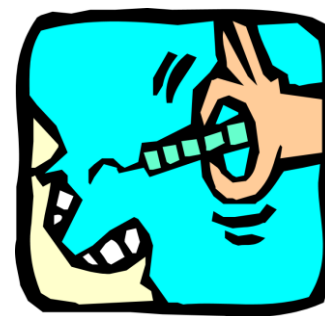
Permanent dentitionen

Vid kraftig plackbelastning/blödning vid tandborstning eller sondering skall särskilda munhygieniska åtgärder sättas in och följas upp.

Djupa tandköttsfickor/fästeförlust skall åtgärdas.

Vid misstanke om juvenil parodontit samråd/remiss till specialist.

Tandsten, fyllningsöverskott skall avlägsnas.



12. Tandolycksfall

De flesta tandskador sker bland barn och ungdomar. Vartannat barn råkar ut för skada, pojkar dubbelt så ofta som flickor. Situationen upplevs ofta mycket uppskakande och oroande av såväl patient som förälder. Tandvårdsteamet, som ska ta hand om och reda ut den ofta komplicerade situationen, behöver vara väl förberett och skapa lugn och trygghet.



Undersökning

Anamnes

Vid undersökningstillfället är det viktigt att först få en uppfattning om patientens allmäntillstånd och skadans omfattning. Vid misstanke om allvarlig skada kontakta genast läkare eller vårdcentral.

Vid det fortsatta omhändertagandet ska följande frågor ställas för att säkerställa en korrekt diagnos:

När, var och hur inträffade skadan?

Har patienten varit medvetslös, illamående, kräcks eller haft huvudvärk?

Har bittet påverkats, är sammanbitningen och rörligheten i underkäken oförändrad?

Har patienten någon allergi eller annat sjukdomstillstånd som kan påverka behandling eller läkning?

Klinisk undersökning bedömning

Undersökningen omfattar extra- och intraoral undersökning. Registrera alla mjukvävnadsskador. Djupa sår granskas noga med tanke på främmande kroppar och tandfragment. De skadade tänderna undersöks avseende lägesförändring, rörlighet, frakturer, perkussions- och tryckömhet, färgförändringar och sensibilitet.

Röntgenundersökning

En fullständig röntgenundersökning av det skadade området och granntänder är avgörande för att bedöma skadan på omgivande vävnader, graden av rotutveckling och eventuell närhet till permanenta tandanlag. Det är önskvärt med bilder tagna ur olika vinklar för att uppmärksamma rotfrakturer och även mindre skador.

Diagnostik

Med hjälp av den kliniska och röntgenologiska undersökningen ställes en diagnos som leder till olika åtgärder. Den använda klassificeringen är den av WHO rekommenderade.

Skador på gingiva:

- Laceration
- Kontusion (blåmärke)
- Abrasion

Skador på hårdvävnad och pulpa:

- Emaljinfraktion
- Emaljfraktur
- Emalj-dentin fraktur, utan pulpablotta, okomplicerad kronfraktur
- Emalj-dentin fraktur, med pulpablotta, komplicerad kronfraktur

Skador på hårdvävnad, pulpa och alveolarutskott:

- Kron-rot fraktur
- Rotfraktur
- Alveolarutskottsfraktur
- Käkfraktur

Parodontala skador:

- Konkussion
- Subluxation
- Intrusion
- Extrusion
- Lateralluxation
- Totalluxation

För omhändertagande, behandling och efterkontroller se bilaga. De följande traumariktlinjerna har utarbetats vid Pedodontiavdelningen, Odontologiska Institutionen, Jönköping.

Riktlinjer för omhändertagande av barn och ungdomar med olycksfallsskadade tänder

Allmänt

Föreliggande riktlinjer, som är en uppdatering av tidigare anvisningar, har framtagits för att tjäna som praktisk-klinisk vägledning vid omhändertagande av barn och ungdomar med traumaskadade tänder. Varje typ av skada beskrivs, följd av en kortfattad anvisning på lämplig åtgärd och rekommenderad uppföljning.

Vid tveksamhet om adekvat behandling i det enskilda fallet bör specialist i pedodonti kontaktas. Så snart det akuta behandlingsskedet är över bör en bett- och prognosbedömning ske som skall ligga till grund för den långsiktiga behandlingsplanen.

Glöm ej försäkringsanmälan!

I föreliggande riktlinjer ges rekommendationer om lämpligt uppföljningsschema som är baserat på att inga komplikationer förelegat vid föregående kontrolltillfälle

Akuta omhändertagandet

Den traumaskadade patienten bör tas omhand så snabbt som möjligt. Diagnosen skall baseras på *klinisk* och *röntgenologisk* undersökning. Rätt insatta åtgärder i tidigt skede förbättrar prognosen. Akuta åtgärder bör främst inriktas på att eliminera smärta samt skapa en gynnsam situation för läkning och rehabilitering. Samtliga i traumat involverade tänder skall **rengöras**. Behandla även gingivala skador. Glöm ej att i indicerade fall insätta klorhexidin, antibiotika och tetanusvaccin. Svenska barn erhåller i regel tetanusvaccin vid 3, 5 och 12 månaders ålder och därefter vid 10 års ålder och får därvid ett fullgott skydd för framtiden. Risk för att vaccination ej utförts föreligger hos flyktingbarn, invandrarbarn samt barn med allergier.

Uppföljning

Planmässig uppföljning, klinisk undersökning innefattande sensibilitetstest samt röntgenundersökning, ger möjlighet till tidig diagnos av eventuella komplikationer, vilka då kan åtgärdas adekvat. Generellt bör traumaskadade tänder med ej avslutad rotutveckling kontrolleras tills rotslutning skett.

Åtgärder vid komplikationer permanenta tänder

Pulpanekros

Diagnosen fastställs efter en samlad bedömning av kliniska och röntgenologiska fynd avseende sensibilitet, färgförändring, mobilitet, perkussionsömhet, periradikulära förändringar och rotresorptioner. Dessa faktorer skall sättas i relation till tidpunkten för traumat.

Behandlingen utgöres av extirpation, spolning med Dakin's lösning och inlägg med kalciumhydroxidpasta. Denna pasta bytes efter 1 månad.

Röntgenuppföljning efter 3 och 6 mån. Rotfyllning kan därefter ske om inga komplikationer föreligger. Vid fall med ej avslutad rotutveckling avvaktas rot-slutning. Vid komplikation - nytt kalciumhydroxidinlägg samt avvakta ytterligare 6 månader.

Efter avslutad behandling årlig kontroll i 4 år.

Interna och externa inflammatoriska resorptioner samt periapikala förändringar

Extirpation av pulpavävnad samt inlägg med kalciumhydroxidpasta.

Pastan bytes efter 1 månad. Röntgenuppföljning efter 3 och 6 mån.

Om resorptionen tilltar i omfattning, sker förnyad rensning och inlägg med kalciumhydroxidpasta, varefter ny uppföljning sker.

Då resorptionen avstannat och periapikala förändringarna läkt ut utföres rotfyllning. Vid fall med ej avslutad rotutveckling avvaktas rotslutning före endodontisk obturation.

Vid tveksamhet konsultera specialist i pedodonti.

Ankylos (ersättningsresorption)

Konsultera specialist i pedodonti

Obliteration

Behandlas endodontiskt endast om periapikala förändringar uppträder eller rotförankring krävs. Vid snabb obliteration av uk-incisiver kontakta specialist i pedodonti.

Missfärgning

Se anvisning om blekning, sid nn.

Åtgärder vid komplikationer primära tänder

Pulpanekros

Extraktion

Interna och externa inflammatoriska resorptioner samt periapikala förändringar

Extraktion

Intruderade tänder som medför erup-tionsstörningar av permanenta tänder

Konsultera specialist i pedodonti

Permanenta tänder

Diagnos + förklaring

Åtgärd

1. Kroninfraktion (873G0)

Sprickbildning i emaljen. Upptäcks lättast genom att låta ett ljusknippe träffa tandkronan i axial riktning.

Sensibilitetstest

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk				X		X	
Röntgenologisk						X	

Prognos: 0-3 % pulpanekros

2. Icke komplicerad kronfraktur

Kronfraktur utan pulpablotta

- a) *Emaljfraktur* = fraktur med substansförlust av emalj (873G0) Tillslipning av skarpa kanter
Sensibilitetstest
Emaljbunden kompositrestaurering

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk				X		X	
Röntgenologisk						X	

- b) *Emalj-dentinfraktur* = fraktur med (N 873G1) Sensibilitetstest
Dentinbindning, emaljbindning och kompositrestaurering. Avslaget tandfragment kan "fastlimmas" med dentin och emaljbindning

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk				X		X	
Röntgenologisk						X	

Prognos: 1-6 % pulpanekros

3. Komplicerad kronfraktur

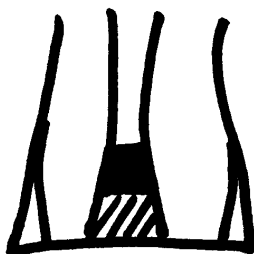
(873G2)

Kronfraktur med pulpablotta vid icke avslutad rotutveckling

a) *Liten lesion:*



b) *Större lesion*



Ytlig amputation "ad modum Cvek" utförs enligt vidstående skiss. OBS pulpan skall avskäras med cylinderdiamant och high speed. Se till att vattenkylningen fungerar effektivt. Spola sedan med fysiologisk koksaltlösning för blodstillning före applikation av sårförband. Blodkoagel får ej kvarlämnas. Calasept + eugenolfritt bakterietätt täckförband, exempelvis Coltosol. Restaurering med emaljbinden komposit. Avslaget tandfragment kan "fastlimmas" med dentin- och emaljbindning.

Koronal eller djupare amputation (se metodik ovan) där pulpasåret läggs horisontellt i klart frisk pulpa och med möjlighet att applicera sårförband (se skiss). Observera att det är viktigt att fysiologisk blodstillning erhålls före applikation av sårförband. Blodkoagel får ej kvarlämnas.

Calasept + eugenolfritt bakterietätt täckförband, exempelvis Coltosol.

Restaurering med emalj- och dentinbunden komposit.

Vid svårighet att utföra emaljbinden komposit används stålkrona under akuta skedet. Avslaget tandfragment kan "fastlimmas" med dentin- och emaljbindning.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk		X		X		X	Ärligen till rotslutning
Röntgenologisk				X		X	Ärligen till rotslutning

Kronfraktur med pulpablotta vid avslutad rotutveckling

a) *Liten lesion:*

Ytlig amputation "ad modum Cvek" (se ovan). Det bör observeras att amputation kan utföras även om viss tid förflutit sedan olyckstillfället under förutsättning att amputationssåret förläggs till frisk pulpavävnad.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk		X			X	X	
Röntgenologisk					X	X	

b) *Större lesion*

Pulpaexstirpation. Calasept 6 mån, IRM.
Skyddshätta vid behov.
Rotfyllning.
Restaurering

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk		X			X	X	Årligen i 3 år
Röntgenologisk					X	X	Årligen i 3 år

Prognos: 4-6 % pulpanekros.

4. Icke komplicerad kron-rotfraktur (873G4)

Fraktur av emalj, dentin och cement utan pulpablotta

Kron-rotfraktur skiljer sig från kronfraktur endast i tekniskt avseende. Behandlingen är alltså i princip densamma i båda fallen.

a) om frakturlinjen ej går under benkanten

Behandling som under 2b.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk				X		X	
Röntgenologisk				X		X	

b) om frakturlinjen går under benkanten

Skyddsförband. Konsultera specialist i pedodonti.

5. Komplicerad kron-rotfraktur (873G4)

Fraktur av emalj, dentin och cement med pulpablotta

a) Om frakturlinjen ej går under benkanten

Behandling som under 3. Gingivectomi kan bli nödvändig för att frilägga frakturytan så att insyn erhålles.

b/ Om frakturlinjen går under benkanten:

Akutbehandling som vid 3. Konsultera specialist i pedodonti.

6. Rotfraktur (873G3)

Fraktur som omfattar dentin, cement och pulpa

a) Tvärfraktur inom apikala tredjedelen

Betrakta den koronala delen av en rotfrakturerad tand som en luxerad eller dislocerad tand. Det apikala fragmentet lämnas utan åtgärd. Noggrann reponering och fixering i 8-10 dagar. Skonkost. Klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1%) för munsköljning 2 ggr dagligen i en vecka.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X	X	X		X	2 år
Röntgenologisk			X	X		X	2 år

b) Tvärfraktur mellersta koronala tredjedelen

Reponering och fixering. Konsultera specialist i pedodonti.

c) Snedfraktur med marginal kommunikation

Konsultera specialist i pedodonti.

d) Längsfraktur

Konsultera specialist i pedodonti.
Överväg extraktion.

Prognos: 20-26 % pulpanekros. Prognosförsämrande faktor är omfattande luxation av koronala fragmentet, avslutad rotutveckling samt koronalt belägen fraktur med marginal kommunikation.

7. Concussion (873G6)

Skada på parodontiet utan ökad rörlighet eller förflyttning av tanden. Diagnosticeras genom ömhet vid perkussionstest samt blödning från tandköttsfickan.

Skonkost. Klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1%) för munsköljning 2 ggr dagl i en vecka.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X		X		X	X	
Röntgenologisk					X	X	

Prognos: 3% pulpanekros

8. Subluxation, okomplicerad (873G6)

Tand med en horisontell rörlighet åt något håll upp till 2 mm, dock utan lägesförändring

Eliminera traumatisk påbitning. Skonkost.
Klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1%) för munsköljning 2 ggr dagligen i en vecka.
Uppföljning, se 7.

Subluxation, komplicerad (873G6)

Tand med en horisontell rörlighet åt något håll större än 2 mm, dock utan lägesförändring

Fixering 8 dagar. Skonkost.
Klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1%) för munsköljning 2 ggr dagligen i en vecka.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X	X	X		X	
Röntgenologisk			X	X		X	

Prognos: 6% pulpanekros

9. Intrusionsluxation (873G7)

Tand forcerad i apikal riktning

a) Vid öppet apex och samtidig intrusion mindre än 2-3 mm

Lämnas att spontaneruptera. Hygienbehandling.
Klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1%) för munsköljning 2 ggr dagligen i en vecka.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X	X	X		X	Årlig kontroll till rotslutning
Röntgenologisk			X	X		X	Årlig kontroll till rotslutning

b) Vid övriga intrusionssskador

Konsultera specialist i pedodonti.

Prognos: 85% pulpanekros vid avslutad rotutveckling och omfattande intrusion. Detta motiverar endodontisk behandling så snart tanden är tillgänglig efter skadetillfället på tänder med avslutad rotutveckling.

10. Extrusionsluxation (873G7)

Tand delvis ute ur alveolen.
Vid omfattande extrusion, se anvisning under
exartikulation

Reponering. Fixering 8 dagar. Skonkost.
Klorhexidinlösning 1mg/ml (0,1%) för
munsköljning 2 ggr dagligen i två veckor.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X	X	X		X	
Röntgenologisk		X	X	X		X	

Prognos: 26% pulpanekros.

11. Lateralluxation (873G6)

Tand lägesförändrad i horisontal led

Se 10. Dock skall fixeringstiden vid samtidig
förekomst av krossat alveolärt ben utsträckas upp
till 6-8 veckor.

Prognos: 58% pulpanekros

12. Exartikulation (N 873G8)

Tand ute ur alveolen

Omedelbar replantation görs på olycksplatsen
under förutsättning att tandroten är hel och ren.
Kan detta ej ske, ska tanden under transport till
tandläkare förvaras fuktigt - i saliv eller mjölk.
Spola ur alveolen med fysiologisk koksalts-
lösning. Replantera. Fixera en vecka. Skonkost.
Klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1%) för mun-
sköljning 2 ggr dagligen i en vecka.
Antibiotika. Överväg tetanusvaccination.
Vid tänder med avslutad rotutveckling utförs
endodontisk behandling ca en vecka efter
olyckstillfället. Konsultera specialist i pedodonti.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X	X	X	X	X	
Röntgenologisk		X	X	X	X	X	

Prognos: Osäker - varför långtidsuppföljning rekommenderas.

13. Fraktur av omgivande ben

a) Fraktur inom alveolarutskotten
(802C, 802D mandibel, 802E, 802F maxilla)

Reponering av tänder och benfragment samt fixering. Förlängd fixeringstid beroende på skadans omfattning. Mindre, lösa benfragment avlägsnas vid öppna, splittrade frakturer. Konsultera specialist i pedodonti. Antibiotika övervägs.

b) Käkfraktur
(802C, 802D mandibel, 802E, 802F maxilla)

Sänds avd. för oral kirurgi.

Primära tänder

Behandlingen bör inriktas på att i så stor utsträckning som möjligt minska risken för följdskador på efterföljande permanenta tänder. Vidare bör behandlingen anpassas efter barnets mognad samt tändernas resorptionsgrad.

14. Infraktion (873G0)

Röntgen us. Föräldrar informeras om observans på färgförändringar, svullnad, fistel och/eller värk.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk						X	
Röntgenologisk						X	

15. Kronfraktur (N 873G1)

a) *Icke komplicerad*

Vid emalj och/eller emalj-dentinfrakturer tillslipning av skarpa kanter. Ev. restaurering med glasjonomercement eller emaljbunden komposit. Föräldrar informeras om observans på färgförändringar, svullnad, fistel och/eller värk.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk						X	
Röntgenologisk						X	

b) *Komplicerad*

Extraktion.

16. Kron-rotfraktur (873,64)

Röntgenundersökning. Extraktion

17. Rotfrakturer (873G2)

Vid lätt placering av koronala fragmentet reponeras detta. Ingen fixering.
 Vid omfattande placering och fraktur i koronala delen av roten extraktion av samtliga fragment.
 Vid subluktion av det koronala fragmentet förordas expektans.
 Klorhexidin. Skonkost. Napp ut.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X		X		X	
Röntgenologisk				X		X	

18. Subluktion (873G6)

Informera föräldrar om observans på färgförändringar, svullnad, fistel och/eller värk. Hygienbehandling. Betona vikten av noggrann munhygien. Gärna tvättning med 0,1% klorhexidin. Rekommendera skonkost närmaste dagarna. Undvik napp.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X		X	X		X	
Röntgenologisk				X		X	

19. Intrusionsluktion (873G7)

Tanden kan vara "osynlig" (=helt intruderad) och avslöjas först vid röntgenundersökning

Tanden får spontaneruption. Informera föräldrar om ev. skada på permanenta efterföljaren. Betona vikten av noggrann munhygien. Hygienbehandling. Gärna tvättning med 0,1% klorhexidin. Undvik napp. Skonkost.
 Om tanden vid röntgenundersökning visar sig ha placerats in i follikeln eller placerat ett tandanlag förordas extraktion av den intruderade tanden.
 Vid samtidig omfattande skada av alveolärt ben bör extraktion ske vid skadetillfället.
 Konsultera specialist i pedodonti.

Efterkontroll tid efter skadetillfälle	1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Klinisk	X	X	X	X	X	X	
Röntgenologisk			X		X	X	

20. Extrusionsluxation (873G6) Extraktion

21. Lateralluxation (873G6) Vid funktionsstörning eller omfattande lateralluxation sker extraktion.

Mindre luxation behandlas som subluxation (18).

22. Exartikulation (873G8) Fullständig intrusion måste kunna uteslutas.
Replantera aldrig.

23. Fraktur av alveolärt ben (802C, 802D, 802E, 802F) Reponering av större benfragment. Mindre, lösa och dåligt nutrierade benfragment avlägsnas vid öppna, splittrade frakturer. Mjukvävnad sutureras över frilagt ben. Konsultera specialist i pedodonti.

Skador i munslemhinna och gingiva (873G9)

I samband med traumatiska tandskador uppträder ofta skador i munslemhinna och gingiva. Såren bör omsorgsfullt spolras och tvättas rena med fysiologisk koksaltlösning. Smärre skador i munslemhinnan kan lämnas för spontanläkning medan större och öppna skador bör sutureras. Vid skador i gingivan, främst den marginala, är det viktigt att omsorgsfull sårtoalett sker och att "flaggande" flikar och kanter förs på plats (ev sutureras) för att gynnsam primärläkning ska ske.

Hygieninstruktion och munsköljning med klorhexidinlösning 1 mg/ml (0,1 %) 2 ggr dagligen under en vecka rekommenderas. Vid mera komplicerade fall torde understödjande professionell hygienbehandling vara indicerad under de första dagarna.

”Lathund” för uppföljning av olycksfallsskadade tänder

Se också manualen ”Riktlinjer för omhändertagande av barn och ungdomar med olycksfallsskadade tänder”

Permanent tänder

	Kontroll	Tid efter skadetillfälle						
		1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Kroninfraktion (873G0) Icke komplicerad kronfraktur - Emaljfraktur (873G0) - Ytlig emalj-dentinfraktur (873G1)	Klin Rtg				X			X
Icke komplicerad kronfraktur Djup emalj-dentinfraktur (873G1)	Klin Rtg		X		X			X
Icke komplicerad kron-rotfraktur. (873G4).	Klin Rtg		X		X			X
Komplicerad kronfraktur – kron-rotfraktur Fraktur med pulpablotta vid icke avslutad rotutveckling (873G1).	Klin Rtg		X		X			X
Komplicerad kronfraktur – kron-rotfraktur Fraktur med pulpablotta vid avslutad rotutveckling (873G1). */ vid större lesion	Klin Rtg		X			X	X	*/ Årlige n i 3 år
Rotfraktur (873G3).	Klin Rtg	X	X	X	X		X	2 år
Concussion (873G6). Subluxation, okomplicerad (873G6)	Klin Rtg	X		X		X	X	
Subluxation, komplicerad (873G1). Intrusionsluxation * (873G7).	Klin Rtg	X	X	X	X		X	*/Årlig ktr till rotslutn
Extrusionsluxation (873G6). Lateralluxation (873G6).	Klin Rtg	X	X	X	X		X	
Exartikulation (N 873G8).	Klin Rtg	X	X	X	X	X	X	

Primära tänder

	Kontroll	Tid efter skadetillfälle						
		1 v	3 v	6 v	3 mån	6 mån	1 år	Övrigt
Infraktion (873G0) Kronfraktur (873G1) Icke komplicerad	Klin Rtg							X X
Kron-rotfraktur, Extrusionsluxation (873G6). Lateralluxation (omfattande) (873G6).	I regel extraktion							
Rotfraktur (873G2)	Klin Rtg	X	X		X		X	X
Subluxation (873G6)	Klin Rtg	X		X	X		X	X
Intrusionsluxation (873G7).	Klin Rtg	X	X	X	X	X	X	X
Exartikulation (N 873G8).	Replantera ej							

13. Smärtkontroll och sedering

Smärtkontroll

Omhändertagande och behandling skall ske på ett förtroendeskapande sätt så att patient och anhöriga känner största möjliga trygghet. Systematisk inskolning med acceptgradering skall vara grund för all tandbehandling.

God smärtkontroll och vid behov sedering är viktiga faktorer för att skapa en positiv attityd till tandvård. Information och förberedelse inför injektion är av stor betydelse liksom kontroll av anestesiens effekt innan behandling påbörjas. På så sätt kan i många fall tandvårdsrädsla och/eller behandlingssvårigheter undvikas.

Analgetika

För smärtlindring vid tandvärk används paracetamol som förstahandspreparat, t ex Alvedon, Curadon m fl, se FASS.

Observera att dessa preparat även kan ordineras till ängsliga patienter, eller patienter med svårbedövade tänder, att intas 1–1½ tim före behandling i syfte att höja smärtröskeln.

Ytanestetikum

Ytanestesi bör användas före injektion. Lidocain ATL 5%, Xylocainsalva 5% eller motsvarande beredning rekommenderas och bör appliceras under minst två minuter.

Lokalanestetika

Högsta rekommenderade doser för barn beräknade efter ålder och kroppsvikt:

Högsta rekommenderade dos i ml

Ålder	Medelvikt (kg)	Carbocain-Dental	Citanest-Octapressin	Xylocain-Adrenalin
2	10	1,0	2,9	3,6
3 – 4	15	1,4	4,0	5,0
5 – 6	18	1,7	5,0	6,3
7 – 9	25	2,2	6,7	8,3
10 – 12	35	3,4	7,2*	9,0*

1 ampull innehåller 1,8 ml

*) under speciella omständigheter.

Obs! Fr o m FASS 1998 anges ändrade dosrekommendationer för vuxna. Max 5 cylinderampuller får användas vid 70 kg kroppsvikt.

Ändringen i maxdos hänför sig inte till ökad toxicitet i bedövningsmedel. Ändringen kan inte omräknas till barn direkt per kg kroppsvikt – då får barnet för lite anestesimedel.

Sedering

(lustgas, bensodiazepiner, narkos)

Barn och ungdomar med oro inför tandbehandling kan hjälpas på många sätt.

Primärt är ett gott omhändertagande mest väsentligt, men i de fall detta inte är tillräckligt finns flera farmakologiska hjälpmedel.

Mål för premedicinering och sedering är att lindra ångest och fruktan hos en patient som då kan vara avslappnad under tandbehandling, men medveten och med intakta skyddsreflexer.

För yngre barn är det ett starkt önskemål att åstadkomma amnesi, dvs minnesbortfall, för behandlingstillfället.

Före sedering måste en bedömning göras över barnets hälsotillstånd. En användbar klassificering är riskindelning enligt American Society of Anesthesiologists (ASA).

ASA klass 1:

Patient i gott skick med mycket god tolerans för fysisk ansträngning, utan någon sjukdom som generellt påverkar kroppen.

ASA klass 2:

Patient med god fysisk arbetsförmåga, dock mer begränsad än i grupp 1. Patienten kan ha en sjukdom som ger en viss allmänpåverkan tex lätt astma, välinställd diabetes.

ASA klass 3:

Patient som har en begränsad fysisk kapacitet med en generell allmänpåverkan, tex mycket högt blodtryck, svårt hjärtsjukdom, allvarlig blodbrist.

ASA klass 4:

Patient som redan i vila har tecken på sviktande vitala funktioner.

Endast barn ASA klass 1 och 2 kan komma ifråga för sedering av tandläkare. Vid medicinska komplikationer ska samråd ske med behandlande läkare.

Tillgång till syrgas skall finnas där sedering utförs. Barnet bör undvika mjölkprodukter före behandling med sedering.

Inom tandvården används tre typer av sedering:

1. Lustgassedering.
2. Sedering med bensodiazepiner.
3. Narkos.

Lustgas är förstahandsalternativet om detta finns tillgängligt.

Författningar, utbildning

Användning av lustgassedering och sedering med bensodiazepinderivat har tidigare reglerats av SOSFS 1988:17. Där krävdes av socialstyrelsen godkänd utbildning för att tandläkare skulle ha rätt att ge lustgassedering/analgesi vid odontologiska ingrepp. Denna författning har upphört att gälla och ansvaret har i stället lagts på den enskilde tandläkaren att säkerställa sin kompetens för att ge en god och säker vård åt patienten. Detta sker bäst genom utbildning och färdighetsträning, och kurser i ämnet erbjuds regelbundet. Det är också viktigt att återkommande använda de metoder man då tillägnat sig och uppnå ”volym” i sin verksamhet för att skaffa egen erfarenhet och säkerhet.

Vid sedering skall journal föras med medicinsk anamnes, patientens ålder och vikt, datum för behandling, indikation för sedering, dosering, administrationssätt, tid på dagen, effekt av sedering samt patientens tillstånd vid och tidpunkt för hemgång.

Åldersintervall – förslag till premedicinering/sedering och preoperativ analgetika:

Rektal sedering (midazolam):	1-8 år.
Oral sedering med lösning (midazolam):	3-19år
Lustgassedering	3-19 år
Lättare sedering, tabletter diazepam	10-19 år
Analgetika en timme före behandling	4-19 år

Lustgassedering

Många patienter med ängslan inför tandbehandling kan hjälpas med lustgassedering.

Behandling under lustgassedering är förstahandsalternativet vid behov av sedering, men kräver visst mått av samarbete hos patienten.

Lustgasbehandling kräver i regel ingen eftervård, eftersom patienten har normal vakenhet och normala reaktioner.

Tandbehandling under lustgassedering kräver speciell utrustning och kompetens. För att tandläkaren skall kunna ge lustgassedering krävs god kännedom om indikationer och kontraindikationer för behandling, lustgasens verknings sätt, apparatur och teknik samt arbetshygien enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

Sedering med bensodiazepinpreparat

För att tandläkare skall kunna ge *oral eller rektal sedering* till patient inför tandbehandling krävs god kännedom om preparaten och deras verknings sätt. Även annan personal bör vara väl införstådd med patientens reaktioner, såväl önskade som oönskade.

Vårdnadshavare och patient skall informeras omsorgsfullt om behandlingsmetoden och godkänna föreslagen sedering.

Behandling under sedering innebär inte att patienten alltid är avslappnad och lugn. Kraftiga protester och ohämmat aggressivt beteende kan försvåra behandlingen. Främsta målet för sedering av fr a yngre barn är amnesi, dvs minneslucka för behandlingstillfället.

Beräknad duration av tillräcklig sedering är 30-45 minuter efter tillslag, kortare duration hos små barn.

Tandläkaren måste ha förvissat sig om att vårdnadshavaren är införstådd med den tid preparatets effekt kvarstår efter behandlingen och den eftervård av barnet som erfordras. Muntlig och skriftlig information ska ges, se nedan.

Bensodiazepiner för sedering doseras efter kroppsvikt, varför våg skall finnas på kliniken.

Indikationer och kontraindikationer

Se riktlinjer för användning av Midazolam.

Observera

Förlängd effekt av preparatet uppnås vid pågående erythromycinbehandling och vid intag av grapefruktjuice. Detta innebär ingen kontraindikation men det bör observeras.

Sömnsvårigheter

Vid sömnsvårigheter dagen före tandbehandling kan Stesolid eller Apozepam tabletter användas.

Preparat:

Bensodiazepinderivatet **midazolam** (Midazolam 3mg/ml rektalgel ATL-K, Midazolam 1 mg/ml oral lösning ATL-K).

Midazolam har kortare halveringstid och bättre effekt än tidigare använda diazepam-preparat, som dessutom har aktiva metaboliter vilka kan ge upphov till sederingseffekt flera timmar efter avslutad behandling.

Bensodiazepinderivatet **diazepam** (Stesolid, Apozepam) i tablettform kan rekommenderas för till äldre barn och ungdomar, för att uppnå en lugnade effekt, utan att pat blir gravt sederad. Dosering: 5-10 mg kvällen före behandlingen, samt 5-10 mg 1-2 timmar före behandlingen. (Se Fass.) Observera att diazepam har mycket längre halveringstid än midazolam, varför midazolam är förstahandspreparat.

Eftervård

Sedering enligt någon av ovan angivna anvisningar ger patienten kraftig påverkan under c:a 30 – 45 minuter från det att preparatet givits. Patienten skall stanna kvar på kliniken till dess sederings effekten avklingat och föräldern känner sig trygg, c:a 1 – 1 1/2 timme efter applicering av preparatet. Barnet skall kunna stå och gå med stöd av målsman. Patienten skall övervakas i hemmet, och får inte leka ute ensam, cykla eller utöva annat som ställer krav på balans och koordination.

Irritation och aggressionsutbrott kan förekomma under de påföljande 4 – 6 timmarna. Skriftlig information om preparat, förväntad effekt och ev biverkningar samt eftervård skall lämnas till målsman. (Förslag, se sista sidan i detta avsnitt).

Riktlinjer för användning av :

Midazolam 3mg/ml rektalgel ATL-K vid premedicinering rektalt inför tandbehandling av barn 1–7 år.

Midazolam 1 mg/ml oral mixtur ATL-K vid premedicinering peroralt inför tandbehandling av barn och ungdomar.

Användning förutsätter genomgången utbildning i lustgassedering eller separat kurs avseende bensodiazepiner. Andningsoxygen skall finnas tillgängligt på kliniken.

Riktlinjerna för Folktandvården, Landstinget Kronoberg är framtagna i samarbete med anesthesiöverläkare Gunnar Lindberg, Centrallasarettet Växjö och anesthesiöverläkare Anders Hald, Lasarettet Ljungby och bygger på anvisningar från Odontologiska Institutionen, Pedodontiavd, Jönköping.

Midazolam

Midazolam är ett bensodiazepinderivat med uttalade sedativa och hypnotiska egenskaper samt även muskelrelaxerande, antikonvulsiva och anxiolytiska egenskaper

Biverkningar

Den vanligaste biverkningen är illamående. Sällsynta biverkningar är andningsdepression, agitation, aggressivitet, muskeltremor och kramper.

Indikationer

Sedering av friska barn (ASA 1 och ASA 2), som kräver odontologiskt ingrepp av begränsad omfattning, akut eller planerat, vid:

- Tidigare negativ erfarenhet av tandvård
- Generell ängslan
- Behandlingsomognad på grund av låg ålder (< 3 år) eller begåvningshandikapp

Kontraindikationer

- Överkänslighet mot ingående substanser
- Barn under 1 år och/eller <10 kg kroppsvikt
- Sömnapné
- Sänkt medvetande
- Myastenia gravis
- Porfyri
- Drogmissbruk

Förberedelse

Noggrann information till förälder om preparatets förväntade effekt.
Matkarens fast föda: 2 timmar.

Preparat

Midazolam 3 mg/ml rektalgel ATL-K till premedicinering rektalt.

OBS! Notera att klysma har en högre koncentration än oralmixturen.

- Innehåller natriumhydroxid som pH-justerande medel.
- Hållbarhet 6 mån.

Dosering

- **Barn 1 till 7-8 år: 0,4 mg midazolam/kg kroppsvikt.** Ta reda på barnets vikt och dosera exakt.
- **Maxdos Midazolam 3 mg/ml rektalgel: 10,0 mg (= 3,3 ml). Får inte överskridas.**

Vikt kg	Midazolam dos	Midazolam dos
	i mg	i ml lösning
10 – 11	4,0	1,3
12 - 13	4,8	1,6
14 - 15	5,6	1,8
16 – 17	6,4	2,1
18 - 19	7,2	2,4
20 – 21	8,0	2,6
22 – 23	8,8	2,9
24 – 25	9,6	3,2
26 och mer	10,0	3,3

Administrering

Preparatet ges på kliniken.

Tillslag

Effekten inträder efter cirka 10 minuter.

Eliminationshalveringstid

Cirka 1,5 – 3 timmar.

2. Midazolam 1 mg/ml oral mixtur ATL-K till premedicinering peroralt. OBS! Notera att oralmixturen har en lägre koncentration än klyasma.

- Innehåller sockersirap och aromämne. Konserveringsmedel: metagin.
- Hållbarhet 6 mån.

Dosering

- **Barn 1 till 7-8 år: 0,4 mg midazolam/kg kroppsvikt.** Ta reda på barnets vikt och dosera exakt. **Maxdos Midazolam 1 mg/ml oral mixtur: 10 mg (= 10 ml). Får inte överskridas.**
- **Äldre barn, tonåringar: Maxdos Midazolam 1 mg/ml oral mixtur: 10 mg (= 10 ml). Får inte överskridas.**

Vikt kg	Midazolam dos i mg	Midazolam dos i ml lösning
10 – 11	4,0	4,0
12 – 13	4,8	4,8
14 – 15	5,6	5,6
16 – 17	6,4	6,4
18 – 19	7,2	7,2
20 – 21	8,0	8,0
22 – 23	8,8	8,8
24 – 25	9,6	9,6
26 och mer	10	10

Administrering

Preparatet ges på kliniken.

Tillslag

Effekten inträder efter cirka 10 minuter.

Eliminationshalveringstid

Cirka 1,5 – 3 timmar.

Efter tandbehandlingen

- **Barn:** Patienten får lämna kliniken när föräldern känner sig trygg, men tidigast 60 minuter efter administrering av preparatet. Barnet skall övervakas av vuxen så länge sederings effekten kvarstår.
- **Ungdomar:** Ledsagare till och från kliniken. Patienten får lämna kliniken tidigast 60 minuter efter administrering av preparatet. Patienten får ej framföra motorfordon förrän efter 24 timmar.

Narkos

Tandbehandling under narkos utföres i samarbete med anestesiläkare och anestesipersonal, i regel i sjukhusmiljö.

Behandlingsomognad, uttalad tandvårdsrädsla eller andra behandlingssvårigheter i kombination med stort behov av tandsjukvård utgör indikation för behandling under narkos. Barn med funktionshinder och/eller psykisk utvecklingsstörning kan också ha behov av sådant omhändertagande.

Narkosbehandling för barn och ungdom kan genomföras efter remiss till och utredning vid sjukhustandvården.

All tandbehandling under narkos bör följas upp med riktade, preventiva åtgärder.

Till vårdnadshavaren

Information om medicinering/sedering med Midazolam

Ditt barn har idag fått Midazolam, ett läkemedel som gör tandbehandlingen mer skonsam för Ditt barn.

Läkemedlet ger vi för att dämpa ångest, oro och det verkar också så att barnet inte kommer ihåg allt om behandlingen.

I enstaka fall kan barn –trots medicinen – reagera med skrik och fysiskt motstånd både under och efter behandlingen. I de flesta fall minns barnet mycket litet av detta.

Det kan vara bra att prata med barnet om behandlingen – men tänk på att barnet minns vad du säger, inte vad som hände. Låt barnet få en bra minnesbild genom din berättelse.

Läkemedlet kan ibland ge vissa, helt ofarliga biverkningar, t.ex. tillfällig hicka och dubbelseende. Läkemedlet har också en muskelavslappande effekt. Den kan sitta i ca tre timmar, hos vissa barn betydligt längre. Undvik vilda lekar, cykelåkning, simning och lämna inte barnet ensamt under längre perioder. Barn kan t ex inte gå till skolan eller förskolan efter behandlingen, utan bör få vila hemma resten av dagen.

Efter att ha lämnat tandkliniken får barnet äta och dricka som vanligt om inget annat vidtalats.

Du kan nå Din tandläkare på telefon

14. Kollektiva förebyggande åtgärder

Barnhälsovård, förskolor, skolor; allmänt

När det gäller tandhälsainformation och rådgivning för barn och ungdom i förskole- och skolåldern, framgår målen nedan. Den enskilda kliniken kan välja metod för att förmedla denna kunskap. Det kan till exempel ske individuellt vid besök på kliniken eller i kollektiv form. Kollektiv information kan vara ett effektivt och kostnadsbesparande sätt att förmedla allmän tandhälsokunskap, samt kost- och tobaksinformation. Informationen når den enskilda individen i trygg miljö och utan att ”peka ut” någon. Det är också lättare att skapa gemensamma normer ur en kollektiv erfarenhet. De kliniker som har en fungerande utåtriktad verksamhet kan givetvis fortsätta med denna. Kollektiv verksamhet inom förskolor och skolor sker inom ramen för den allmänna barntandvårdsersättningen, dvs särskild ersättning utgår ej.



Rådgivning till småbarnsföräldrar

Tandvården har ett långvarigt samarbete med barnhälsovården.

Tandhälsovårdsråd meddelas vid barnvårdscentraler och broschyrer delas ut. I s k högriskområden kan tandvårdspersonal ge förstärkt information till småbarnsföräldrar vid BVC då barnen är 6 – 8 månader. Samråd med BVC personal!

Tandvårdspersonal ska ge tandhälsorådgivning till småbarnsföräldrar och göra en riskidentifiering och munhälsobedömning då barnet är ca 12 månader.

Jfr Allmäntandvård 0 – 2 år, samt Tandhälsorådgivning för barn upp till 3 år – manual för bedömning.

Mål för rådgivning till småbarnsföräldrar

- Ge stöd och råd innan skador uppstått.
- Identifiera riskbarn resp icke-riskbarn.
- Underlätta uppföljning av riskbarn.

Undervisning

Individuell information till barn, ungdom och vårdnadshavare prioriteras inom tandvården idag. Det finns dock goda möjligheter att nå våra patienter *kollektivt* genom undervisning i *förskola, skola och föräldragrupper*. Viktiga målgrupper för information och undervisning är också *personal med ansvar för kost och hygien* inom förskola, skola och andra barn- och ungdomsinriktade institutioner.

Information i grupp t ex i förskolan och skolan riktar sig till barn i en situation som är trygg för dem, inte emotionellt laddad som t ex tandläkarens behandlingsrum. Undervisning i skolor kan följas upp på naturligt sätt under andra lektioner.

Elever i särskolor och ev deras vårdnadshavare är en annan målgrupp. Information till *föräldragrupper* är angeläget även om det ofta sker på kvällstid genom t ex föräldramöten i barnomsorg etc.

Undervisning till *vuxna invandrare* inom den obligatoriska undervisningen i svenska för invandrare (SFI) bör prioriteras, eftersom man där kan nå föräldrar till ”riskbarn”. Här kan även ges information om t ex behandling vid tandolycksfall.

Mål för undervisning inom olika skolstadier

Förskola, lågstadium

Eleverna ska ha klart för sig att man ska borsta tänderna med fluortandkräm morgon och kväll, och att föräldrar ska borsta barnens tänder resp övervaka tandborstningen.

Tandborsträning i grupp rekommenderas om det är praktiskt genomförbart.

Barnen ska också veta att man lätt får hål i tänderna om man äter ofta, att munnen ska vila mellan målen och att vatten är den bästa törstsläckaren. Rekommendationer om ”lördagsgodis”.

Mellanstadium

Eleverna ska ha klart för sig sambandet bakterier – socker – syra – karies och att man ska borsta tänderna noga med fluortandkräm morgon och kväll.

De ska veta vad småätande innebär för tänderna, liksom vad man ska dricka för att släcka törsten.

Högstadium

Eleverna ska ha klart för sig värdet av god munhygien och fluortillförsel.

Betydelsen av kostens sockernehåll och frekvens ska vara känd.

De ska också veta något om inverkan av tobaksvanor och drogbruk på miljön i munhålan samt känna till hur parodontit utvecklas.

De ska veta att de själva har ansvaret för sin tandhälsa, ”det är mina tänder”.

Särskola

Eleverna ska tränas till bästa möjliga munhygien, utförd av anhörig eller vårdpersonal eller om möjligt själv kunna genomföra tandborstning. För övrig gäller givna mål med anpassning till individens förmåga.

Kommentar

Tandvårdens hälsovårdsinriktade uppgift kräver en aktiv insats i undervisning för barn och ungdomar och deras närmaste omgivning.

Utåtriktad verksamhet i förskolor och skolor

Omfattning

Målet är att *alla* barn ska nås av tandhälsainformation. Beträffande mål för undervisningen i olika åldrar, se ovan. Omfattningen av den utåtriktade verksamheten ska relateras till behovet i klinikens upptagningsområde. Om tandhälsan i ett område är dålig (mer än 50% sjuka) rekommenderas kollektiva metoder.

”Normal” eller ringa vårdtyngd

Förskola (3-5 år)

Studiebesök på kliniken eller verksamhet vid förskolan rekommenderas.

Skola (6-16 år)

1 besök /stadium i skolan rekommenderas.

Fluorsköljning rekommenderas.

Erbjud medverkan vid temadagar i skolan som alternativ till vanlig ”lektion”. Samråd med lärare för att passa in tandhälsoundervisningen i lämplig undervisningsperiod.

Stor vårdtyngd

Förskola

Se ovan + följande tillägg:

Samarbeta med förskolans personal för att få tandborstningen på förskolan att fungera.

Skola

Se ovan + följande tillägg:

Utökad lektionsverksamhet.

Fluorsköljning i skolan ska genomföras.

Personalorganisation

Personal som arbetar med information till barn och ungdom bör vara personligen intresserad av sådan utåtriktad verksamhet.

15. Fluoranvändning; fluoridhalt i dricksvatten

Fluoranvändning i egenvård och för kliniskt bruk

1-6 år

Basmetod

1. Fluortandkräm, 1000 ppm, liten mängd, stor som barnets lillfingernagel, vid tandborstning 2 ggr/dag från c:a 1 års ålder.
2. Fluorlackning kan eventuellt göras vid revisionsundersökning eller tandhälsokontroll.



Tilläggsmetoder

Vid diagnostiserad karies, samt då förhöjd kariesrisk föreligger enligt riskbedömning och/eller vid mineraliseringsstörning:

1. Se till att *basmetoden* fungerar hemma.
2. *Fluorlack* 1 gång/3 mån under en längre period eller intensivlackning 3 ggr under en vecka. Metoderna kan kombineras.
3. *Fluorsugtabletter, fluortuggummi*. Fluortabletter bör inte ges till barn under 3 års ålder pga. fluorosrisk vid samtidig användning av tandkräm med fluor. För barn 3-6 år bör fluortabletter endast användas under en begränsad tidsperiod, lämpligen 3-månadersperioder dvs då förhöjd kariesrisk föreligger, och dricksvattnets fluorhalt behöver då inte beaktas. Se doseringsschema nedan.

7-19 år

Basmetod

1. Fluortandkräm, 1500ppm F, ca 2 cm lång sträng på tandborsten, vid tandborstning 2 ggr/dag. Rekommendera gärna den s k ”sila-skum” -metoden.
2. Fluorlackning kan eventuellt göras vid revisionsundersökning eller tandhälsokontroll.

Tilläggsmetoder

Vid diagnostiserad karies samt då förhöjd kariesrisk föreligger enligt riskbedömning och/eller vid mineraliseringsstörning:

1. Se till att *basmetoden* fungerar hemma.
2. *Fluorlack* 1 gång/3 mån under längre tid eller intensivlackning 3 ggr under en vecka. Metoderna kan kombineras.
3. *Fluorsugtabletter, fluortuggummi*. Se doseringsschema nedan.

Kommentar om lackning med Duraphat:

För fluorlack med Duraphat (2,26% F) gäller följande doseringar: För primära bettet max 0.25 ml (=5.7 mg fluor), för växelbettet max 0,40 ml (=9mg fluor), för permanenta bettet max 0,75 ml (=17 mg fluor). De angivna värdena överskrids inte om lacket appliceras i ett tunt skikt på riskområden i bettet. (ett kryddmått är 1 ml)

Fluorbehandling i hemmet

Fluorsugtabletter, fluortuggummi

Förskrivs enl schema nedan.

Dosering per dag av tabletter eller tuggummi á 0,25 mg

Ålder	mg/dag
3 – 6 år	0,50
7 – 12 år	0,75
13 – vuxna	1,5

Det finns fluortabletter av tre olika fabrikat: Dentan, Dentirol och Fludent. Det är bra att variera mellan olika smaker, för att barnet inte ska ”tröttna på” tableterna.

För barn som har ökad kariesrisk, oftast på grund av att tandborstningen inte fungerar och/eller olämpliga kostvanor, behövs ett utökat omhändertagande från tandvården.

Barnet med förälder bör komma på täta kontroller hos tandhygienist eller tandsköterska för stöd och råd om kost och munhygien, samt fluorlackning.

För många barn är intag av fluortabletter i hemmet en bra tilläggsprofylax.

Följande doser rekommenderas:

Dosering

Ålder	Rek maximal fluordos per dag (mg)	Antal tabletter á 0,25 mg
3-6 år	0,50	1-2

Dosering till barn under 12 år skall bestämmas av tandvårdspersonal.

För barn som är mindre än 3 år är fluortabletter olämpligt, p g a risk för emaljfluoros, samt risk att barnet sätter i halsen.

Det finns möjlighet för klinikerna att köpa hem fluortabletter och dela ut till barn i åldern 3-6 år, som har ökad kariesrisk. För att vi ska dela ut fluortabletter kostnadsfritt gäller följande:

- 1. Barnet ska vara i åldern 3-6 år.*
- 2. Barnet ska ha en ökad kariesrisk.*
- 3. **Kliniken ska ha ett utökat omhändertagande av barnet, med regelbunden stödbehandling hos tandhygienist eller tandsköterska, vanligen var 3:e månad.***
- 4. Kliniken ska sätta en klisterlapp på burken med ordinationen.*
- 5. Om föräldrar ber om fluortabletter för barn i aktuell ålder lämnar vi ut tabletter, även om inte finns någon ökad kariesrisk.*

Munsköljning

0,025 % eller 0,05 % NaF lösning kan användas för daglig munsköljning för barn > 6 år. Skölj helst efter måltid eller på kvällen.

Fluor användning; fluoridhalt i dricksvatten

Bedömning av dricksvatten

Enligt Livsmedelsverkets föreskrifter (SLVFS 2001:30) om dricksvatten bedöms vattnet som otjänligt vid fluoridhalt 1,5 mg/l.

Enligt Socialstyrelsens försiktighetsmått (SOSFS 2003:17) för dricksvatten bedöms vattnet som tjänligt med anmärkning vid 1,3 mg/l pga. risk för tandemaljfläckar (fluoros) samt otjänligt vid fluoridhalt 6,0 mg/l pga. risk för fluoridlagring i benvävnad (osteofluoros)

Bedömningen gäller när en halt är lika med eller högre än angivet värde. Bedömningen gäller för uppmätta värden i såväl kommunalt vattenverk som enskild brunn.

Vid bedömning av vatten med fluoridhalt >1,3 ppm bör råden nedan alltid ges för att emaljfläckar ska kunna undvikas.

Fluorhalt mg/l, ppm	Tjänligt m anmärkning	Otjänligt	Kommentarer
1,3	ja		Risk för tandemaljfläckar.
1,3-1,5	ja		Vattnet bör inte ges i större omfattning till barn under ½ års ålder.
1,6-4,0	ja		Vattnet bör endast ges i begränsad omfattning till barn under 1 ½ års ålder.
4,1-5,9	ja		Vattnet bör endast ges i begränsad omfattning till barn under 7 år och endast vid enstaka tillfällen till barn under 1 ½ år.
6,0	nej	ja	Risk för fluorinlagring i benvävnad (osteofluoros). Vattnet bör inte användas till dryck och livsmedelshantering.

Praktisk anvisning för användning av fluoridhaltigt dricksvatten

Tabellen ger vägledning i hur man praktiskt kan tolka uttrycken ”ej i större omfattning” och ”endast i begränsad omfattning”

Ändamål	Omfattning på vattnets användning	
	”ej i större omfattning” Fluorid 1,3-1,5 mg/l	” i endast begränsad omfattning” Fluorid 1,6-6,0 mg/l
Bordsdryck, eller till saft vid regelbundna måltider	Används inte	Används inte
Oregelbundet mellan huvudmåltider	Kan användas	Endast enstaka tillfällen
Välling, modersmjölksersättning	Används inte	Används inte
Kräm, soppa etc, ”då och då” ” ” ” 7 dagar/vecka”	Kan användas Används ibland	Enstaka tillfällen Används inte
Annan matlagning; sås tex	Kan användas	Kan användas
Tandborstning	Kan användas	Kan användas

Efter LIVSMEDELSVERKET; Dricksvattenenheten, G Guzikowski, 1:e kemist, 91-04-17

16. Kost och kostrekommendationer

Kost

Kostrådgivning och kostrekommendationer överensstämmer för såväl allmän som oral hälsa. De allmänna rekommendationerna om kost och kostvanor är mycket enkla och förutsätts kända. Tidigt grundlagda, goda kostvanor ger bäst förutsättningar för framtiden.

Livsstil

Kostvanor är beroende av livsstil och dagens unga föräldrar, barn och ungdomar har ofta andra vanor och värderingar än tandvårdspersonal. Det är väsentligt att kunna möta unga familjer/barn/ ungdomar i deras situation och föreslå förbättringar utifrån den. Alltför höga mål och ambitiösa program för den enskilde löper risk att bli orealistiska. Förändring av kostvanor är erkänt svår att uppnå, och målet för vår kostupplysning är att förmå alla föräldrar att ge sina barn bra kostvanor från början. Förbättring av kostvanor är särskilt väsentlig då munhygien är dålig.



Kulturbakgrund

Kulturtradition och ursprung har stor betydelse för kostvanorna. I många av världens länder är vattenledningsvattnet inte drickbart, och det är naturligt att köpa läsk/sötad dryck även till små barn. Uppfattningen om vad som är bra för små barn att äta växlar också i olika kulturkretsar.

Amning

Bröstmjolk är spädbarnets naturliga och bästa kost, och amning rekommenderas av all barnmedicinsk expertis. Tät tröstamning då barnet fått tänder medför dock förhöjd risk för karies. Långvarig amning bidrar också till att öka barnets smak för sött.

Kostproblem

Kronisk sjukdom, allergier, tillfälliga infektioner eller krissituation i familjen kan orsaka tillfälliga eller mer bestående avvikelser beträffande kostvanor – ofta till det sämre. Individuell rådgivning är väsentlig. ”Försämring” som medför kariesrisk kan i viss utsträckning kompenseras med förbättrad munhygien, fluortillskott etc. Observera särskilt gruppen funktionshindrade barn/ungdomar med nedsatt oralmotorisk förmåga. Tugg och sväljproblem kan medföra långa måltider, kvarliggande matrester i munnen och nedsatt förmåga till rengöring i munhålan med hjälp av tunga och läppar/kinder.

Ätstörningar

Anorexi och bulimi medför risk för såväl erosioner som förhöjd kariesaktivitet. Rekommendera munsköljning med fluorlösning eller alkaliskt mineralvatten i samband med självframkallad kräkning. Tandborstning av tänderna bör undvikas efter kräkning, i stället rekommenderas den sjuke/sjuka att borsta tungan för att eliminera effekt av magsyra som dröjer kvar på tungan.

Undernäring

Generell undernäring förändrar bl a kroppens proteinsyntes och tex sammansättningen av placket. Trots nedsatt näringsintag kan kariesaktiviteten stiga dramatiskt under sådana perioder och hela munhälsan försämras påtagligt.

Missbruk

Drogmissbruk förändrar ofta individens sociala situation inklusive kostvanor drastiskt och tillsammans med drogeffekt t ex muntorrhet, kan detta ge bl a snabb kariesutveckling.



17. Saliv- och bakterietester, klorhexidinanvändning

Saliv - och bakterietester

Saliv - och bakterietester kan användas som ett led i utredningsarbetet, som pedagogiskt hjälpmedel och motivation under behandling och i uppföljningsarbetet.

Tester (tuggstimulerad saliv)

- Sekretionshastighet.
- Buffertkapacitet.
- Förekomst av mutansstreptokocker.
- Förekomst av lactobaciller.

Material

- Paraffin i bitar, tratt, graderat provrör.
- Dentobuff (Orion Diagnostica), tolkningsmall.
- Dentocult SM Strip mutans (Orion Diagnostica), och Dentocult LB (Orion Diagnostica).

Salivsekretionshastighet

Patienten tuggar paraffinbiten mjuk och sväljer bildad saliv. Därefter påbörjas tidtagningen. Patienten tuggar på paraffinbiten i 5 min och spottar ut bildad saliv i tratt/aprovrör. Beräkna antalet ml, bortse från ev skumskikt. Lågt värde: <0,7 ml/min.

Buffertkapacitet

Täck testfältet på en Dentobuff med saliv från provet. Efter 5 min jämförs färgomslaget med medföljande färgskala. Lågt pH <4,0.

Mutansstreptococcer, lactobaciller

1 ml saliv överföres till Dentocult LB och/eller Dentocult SM Strip Mutans. Dentocult LB kan odlas 7 dygn i rumstemperatur, eller 2 dygn i värmeskåp. Dentocult SM Strip Mutans kan endast odlas i värmeskåp 2 dygn. Mutansstreptococcer: >1 milj/ml: högt värde; ökad kariesrisk, <100.000/ml: lågt värde. Lactobaciller: >100.000/ml: högt värde; tyder på högt sockerintag, <10.000/ml: lågt värde.

Användning av klorhexidin

Klorhexidin kan användas vid behandling av patienter med hög kariesaktivitet eller kariesrisk. Behandlingen bör inledas med och efterkontrolleras med bakterietest avseende S mutans. Klorhexidin har en väl dokumenterad effekt på gingivit genom att minska supragingival plackbildning och kan användas då andra åtgärder bedöms otillräckliga. Klorhexidin är även effektivt vid behandling av läkemedelsinducerade gingiviter.

Vid tandborstskador på slemhinna är klorhexidinbehandling ett alternativ till tandborstning under läkningsperioden.

Välj något av nedanstående alternativ. Det är bl a patientens intresse för egenvård som avgör valet.

Tandborstning med 1 % klorhexidingel som alternativ till tandkräm 1–2 ggr/dag under 2 veckor.

Individuell plastsked med 1% klorhexidingel (ca 2 cm) 5 min/dag i ca 2 veckor i hemmet om god kooperation kan förväntas.

Behandling på kliniken vid lågt intresse för egenvård

Behandling med 1 % klorhexidingel utförd av *tandvårdspersonal* antingen med tandtråd och puts eller med individuella plastskeidar (se nedan). Båda metoderna kräver för maximal effekt behandling 2 dagar i sträck. Effekten beräknas vara cirka 3 månader.

Plastsked enligt ovan med ex tempore – beredd gel med 0,5 % klorhexidin och 0,2 % natriumfluorid. Intensivbehandling under 3x5 min under två dagar på kliniken.

Professionell rengöring med klorhexidingel

1. Gel fylls i avtrycksspruta (1 ml).
2. En kvadrant i taget torrblästras. Cellstoffrulle används för att hålla torrt
3. En klick gel appliceras vid approximalrummen.
4. Flossa med flat tandtråd på hållare. Börja med sista molarens mesialyta och flossa ytan 10 gånger och fortsätt sedan på framförvarande tands distalyta i samma approximalrum.
5. Fortsätt framåt i kvadranten och flossa även framtänderna.
6. Fortsätt därefter på samma sätt i de tre övriga kvadranterna.
7. Avsluta behandlingen med att putsa buccal-, ocklusal – och palatinalytor med klorhexidingel i gummikopp.
8. Vänta 1 min med att skölja munnen.

Individuellt framställda gelskedar

Behandling 3x5 min

1. Applicera gel i skedarna vid var tredje tand.
2. Stryk ut gelen till ett tunt lager i hela skeden.
3. Båda skedarna med gel på plats i munnen 5 minuter. Lämpligt att fördriva tiden med att läsa tidning, t.ex.
4. Därefter tas skedarna ur munnen.
5. Pat får skölja efter ½ minuts fördröjning. Gelen i skedarna spolas/torkas bort.
6. Behandlingen upprepas, en andra gång och en tredje gång.

Gingivit

Munsköljning med 10 ml 0,1 % klorhexidinlösning 1 min, 1–2 ggr/dag, under 2 veckor i hemmet.

Munhygieninstruktion.

Tandborstskador

Munsköljning med 10 ml 0,1 % klorhexidinlösning 1 min, 2 ggr/dag. Tandborstning utsättes under 2 veckor och ersätts med klorhexidinsköljning.

Munhygieninstruktion.

Patienter med funktionshinder/medicinering som medför risk för karies/gingivit

Tandborstning med klorhexidingel morgon och kväll under 1 vecka/månad. Långtidsbehandling är ej kontraindicerad.

Inaktivering

Ytspänningsnedsättande medel (natriumlaurylsulfat), som normalt finns i tandkräm, minskar påtagligt effekten av klorhexidin. Detta gäller även natriummonofluorofosfat. Intervallet mellan användning av klorhexidin och tandkräm bör därför vara minst en timme.

Tandkräm utan natriumlaurylsulfat t ex Zendium kan användas i kombination med klorhexidin.

Mycostatin interagerar med klorhexidin, så att klorhexidinetts effekt reduceras.

Natriumfluorid och klorhexidin kan blandas utan interaktion.

Till tandborstning med klorhexidin på småbarn kan gelen ”smaksättas” med liten mängd Zendium.

18. Protetik

Protetik inom ungdomstandvården skall planeras och utföras på odontologiska indikationer och med beaktande av den unga patientens behov och mognad.

Behandlingsplanering ska, där så är möjligt, göras tidigt i bettutvecklingen för att alla behandlingsalternativ ska kunna diskuteras.

Det kan t ex finnas möjlighet till ortodontisk lösning av fall med aplasier, grava kariesskador eller mineraliseringsstörningar med extraktion som följd. Även förlust av framtand pga trauma kan i vissa fall lösas genom ortodontisk förflyttning av granntänder.

Planera behandlingen i samråd med specialist.

För att protetisk behandling ska utföras måste följande krav tillgodoses:

Beakta bettutveckling och rotutveckling, speciellt vid preprotetisk/icke permanent protetik.

Ocklusions – och approximalkontakter, där sådana kan etableras, skall vara stabila.

Om preprotetisk ortodonti ska utföras, ska behandlingarna samordnas.

Odontologiska riskfaktorer ska vara under kontroll, erforderlig kariologisk och parodontal behandling ska vara genomförd.

Patient och målsman ska vara informerade om behandlingens art, omfattning, tid och risk för ev komplikationer och samtycka till behandling.

Patient och målsman ska vara informerade om att i vissa fall, där behandlingen av odontologiska skäl påbörjas sent och ej hinner avslutas inom den organiserade tandvården, kommer kostnaden för slutbehandling att belasta patienten.

Den planerade behandlingen ska ha en långsiktigt god prognos utifrån aktuell vetenskap och erfarenhet.

Diagnos

Behandlingsmöjligheter

Amelogenesis imperfecta

Säkerställ diagnos för patientens framtida behandlingsbehov. Emaljens mineraliseringsgrad är avgörande för terapival. Komposit eller keramik är förstahandsalternativ vid behandling där det kan anses möjligt att etsa och bonda emaljen. Vid stora substansförluster, samråd med specialist.

Aplasi

Tidig diagnostik är väsentlig för planering, som sker i samråd med specialist/er. Barn med oligodonti, tex vid ectodermal dysplasi, kan behöva protetisk behandling tidigt.

Avvikande tandform

Komposit är förstahandsalternativ för uppbyggnad. Vid omfattande avvikelser kan keramisk ersättning väljas.

Dentinogenesis imperfecta

Samråd med specialist.

Grav kariesskada/Hypomineraliserade molarer

Under beaktande av bettutveckling kan extraktion av destruerade molarer i de flesta fall ge ett bra resultat.
Samråd med specialist.

Hypomineraliserade incisiver

Komposit är förstahandsval under bettutvecklingsperioden. Vid omfattande defekt/färgförändring finns indikation för keramisk ersättning, skalfasad rekommenderas. Aktuell tand skall vara fullständigt erupterad.

Traumaskadade/förlorade incisiver

Beträffande färg/formavvikelse se hypomineraliserade incisiver.
Vid tandförlust: val av etsbro styrs av om tanden ska ersättas permanent av efterföljande protetik, t ex konventionell protetik eller implantat.
Temporär etsbro: Rochette-bro rekommenderas (med retentionshål i den palatinala metallen). Etsbro för permanent bruk: välj Maryland-bro (med hel metallplatta palatinalt, utan retentionshål).
Obs! Traumaskadad tand, som senare kommer att extraheras, bör om den är infektionsfri bevaras till dess slutlig terapi planerats. På så sätt bevaras alveolarutskottets bredd, och tillväxten i det skadade området fortsätter under bettutvecklingen. Ankylotiska tänder kan behöva tas bort.
Samråd med specialist.

LKG-fall

Samråd med specialist.

Ätstörningar/erosioner

Uppehållande behandling rekommenderas under pågående sjukdom.
Kompositskydd kan utföras på utsatta ytor. Permanent protetik får aldrig utföras under aktiv sjukdomsperiod och utförs därför i regel först i vuxen ålder.

19. Ortodonti

Kontroll av bettutvecklingen ska göras kontinuerligt vid revisionsundersökningar.

Diagnostisera och utred följande:

7-9 åringar i det tidiga växelbettet

- Uttalade anteriora- och laterala tvångsförningar.
- Avvikande eruption av 6-årständer och incisiver.
- Kraftigt förstörad horisontell överbitning med läppdysfunktion.
- Aplasifall, övertal.
- Tvångsförande korsbett.
- Malockklusioner beroende på utvecklingsstörande vana.

10-12 åringar i sena växelbettet eller tidiga permanenta bettet

- Permanenta tandanlags läge och eruption (ÖK 3:or,7:or).
- Aplasifall, övertal.
- Kraftigt förstörad horisontell överbitning med läppdysfunktion.
- Djupa bett med gingival påbitning.
- Artikulationsstörande saxbett.
- Tvångsförande korsbett.
- Avvikelser som medför stora och reella psykosociala olägenheter (grava gles- och trångställningar, rotationer, tippningar och inverteringar).
- Uttalade subjektiva behandlingsbehov.

16-19 åringar innan ungdomarna lämnar den organiserade vården

- Uttalade prenatala bett,.
- Anomalifall som kan bli föremål för käkkirurgiska ingrepp.
- KBF-fall.
- Malockklusioner hos individer med bettfysiologiska besvär.
- Subjektiva behandlingsbehov som är diagnostiserade, skall vara utredda och om möjligt även färdigbehandlade.

Visning/konsultation

Alla patienter med bettfel och intresse för tandregleringsbehandling skall visas för specialist för bedömning och ställningstagande till vidare utredning. Patient med måttligt eller ringa behandlingsbehov (se nästa sida) kan för närvarande inte erbjudas behandling, och bör inte visas för tandregleringsspecialist.

Prioriteringsindex för ortodontisk behandling (från Region Skåne)

1. Mycket stort behov

- Läpp-, käk-, gomspalter.
- Syndrom med käk, bettavvikelser.
- Extrema pre-, och postnormala fall.
- Öppna bett med stor vertikal öppning och endast kontakt i molarområdet.
- Lateralt öppna bett utan molarkontakter uni- eller bilateralt.
- Totala saxbett uni- eller bilateralt.
- Aplasi, förlust eller retention av överkäkscentraler.
- Omfattande aplasier: mer än fyra tänder i en käke eller mer än två tänder i samma kvadrant.
- Omfattande traumaskador.

2. Stort behov

- Prenormala bett/frontala inverteringar med tvångsföring.
- Totala frontala inverteringar med nedsatt tuggfunktion.
- Horisontell överbitning 6 mm eller mer.
- Inkompetent läppslutning orsakad av proklinerade incisiver och/eller bimaxillär protrusion.
- Öppna bett omfattande mer än hörntand till hörntand.
- Laterala öppna bett utan molarkontakt eller mer än två tandpar på en sida.
- Djupbett med gingival irritation eller tydlig gingival impression.
- Tvångsförande korsbett.
- Tvångsförande saxbett, saxbitning första molarer eller mer än ett tandpar i samma kvadrant.
- Aplasi eller retention av lateraler i överkäken.
- Aplasi eller retention av hörntänder.
- Aplasi av mer än fyra premolarer eller mer än en premolar i samma kvadrant.
- Starkt uttalade trång-, glesställningar, rotationer eller andra positionsavvikelser som är uppenbart funktionellt och/eller estetiskt störande.
- Diastema mediale mer än två mm.
- Aplasi, traumaskador eller stora medfödda defekter på enstaka tänder där ortodontiskbehandling är lämplig.
- Återkommande smärttillstånd i käk-ansikts-huvudregionen med misstänkt bettdysfunktionsgenes.

3. Måttligt eller ringa behov

- Pre- och postnormala bett utan andra anomalidrag som kan hänföras till indexgrupperna 1 eller 2.
- Horisontell överbitning mindre än 6 mm.
- Djupbett med osäker eller ingen gingival kontakt.
- Begränsade öppna bett (liten frontal öppning eller upp till två tandpar i sidoregionen).
- Korsbett utan tvångsförning.
- Saxbitningar enstaka premolarer eller andramolarer.
- Mindre uttalade trång-, glesställningar, rotationer eller andra positionsavvikelser, vilka ej kan hänföras till indexgrupperna 1 eller 2.
- Diastema mediale 2 mm eller mindre.
- Aplasi av enstaka premolarer utan andra bettavvikelser.

4. Övervakning av hörntandens eruption i överkäken.

En viktig del i att följa bettutvecklingen är att övervaka hörntandens eruption i överkäken. Det är vanligare hos flickor än hos pojkar att hörntanden är retinerad. Man anger att frekvensen av retinerade hörntänder i överkäken är ca 2 %.

Tidig övervakning av hörntandsanlagens eruptionsväg är viktig!

Hörntanden anläggs högt vid samma tidpunkt som 6: an.

Tidpunkten för eruption är för pojkar 11,5 års ålder, för flickor ett år tidigare 10,5 års ålder. Men det kan variera stort för pojkarna mellan 9,5 år till 15,5 år för flickor från 7,5 år till 15,5 år. En enkel och viktig diagnostik är palpation. Hörntanden kan palperas 1,5 år före eruption. Om hörntanden går i retention är 7 av 10 fall enkelsidiga.

Varför är det så viktigt med kontroll och uppföljning?

Ektopiskt (utanför den normala vägen) belägna hörntänder kan orsaka resorption på incisiverna. De hörntänder som kommer palatinalt utgör större risk för resorptionsskador, men det förekommer även när hörntanden ligger buccalt. Resorption på incisivernas rötter är lika vanliga hos flickor som hos pojkar.

Palpation av hörntandsområdet skall alltså ske vid 9-10 års ålder. Om inte tanden kan palperas skall 3 io röntgen tas från 13...23 för att också lägesbestämma 13, 23. (Se separat dokument angående handläggning)

Andra varningstecken på att hörntänderna inte kommer rätt kan vara buccal tippad två/or.

Asymmetrisk situation: tanden på ena sidan har börjat eruptera, medan den andra inte kan palperas.

Arv.

Platsbrist.

Andra eruptionsstörningar: agenesi premolarer, ektopisk eruption sexor, infraocklusion av mjölktdänder.

Man har diskuterat om en vidgad follikelsäck skulle predisponera för ökad resorptionsrisk. Man konstaterar att ektopiskt erupterande hörntänder har större folliklar, med mer asymmetrisk form. Follikeln i sig orsakar inte rotresorption på angränsande incisiver.

Övervakning av ÖK hörntänder

- Helst vid 9 års ålder och senast vid 11 års ålder skall hörntandens position och läge i överkäken bestämmas.
- Palpation är en bra metod för att fastställa hörntandens läge bukkalt och avslöja ev. eruptionsavvikelser
- Om inte hörntanden kan palperas i normalt läge och barnets utveckling gör att det borde vara möjligt, rekommenderas följande handläggning
- Tre intraorala periapikala röntgen tas och ortodontist konsulteras om eruptions avvikelse föreligger
- Extraktion av primära hörntanden är lämplig åtgärd vid ektopiskt läge av hörntanden
- Fortsatt röntgenkontroll efter 6 och 12 månader
- Om ingen förbättring skett efter 12 månader får ortodontisten överta ansvaret

IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need)

1	Extremt små bettavvikelser inklusive förskjutning av kontaktpunkt mindre än 1 mm.	4 a	Ökad horisontell överbitning mer än 6 mm men mindre än eller lika med 9 mm.
2a	Ökad horisontell överbitning mer än 3,5 mm men mindre än eller lika med 6 mm med kompetent läppslutning.	4b	Negativ horisontell överbitning mer än 3,5 mm utan tugg- eller talsvårigheter.
2b	Negativ horisontell överbitning mer än 0 mm men mindre eller lika med 1 mm.	4c	Anteriort eller lateralt korsbett med mer än 2 mm avstånd mellan RP och IP.
2c	Anteriort eller posteriort korsbett med mindre än eller lika med 1 mm avvikelse mellan RP och IP.	4d	Uttalad förskjutning av kontaktpunkt mer än 4 mm.
2d	Förskjutning av kontaktpunkt mer än 1 mm men mindre eller lika med 2 mm.	4e	Extremt lateralt eller anteriort öppet bett mer än 4 mm.
2e	Lateralt eller anteriort öppet bett mer än 1 mm men mindre eller lika med 2 mm.	4f	Ökad eller fullständig vertikal överbitning med gingivalt eller palatinalt trauma.
2f	Ökad vertikal överbitning mer än eller lika med 3,5 mm utan gingival påbitning.	4h	Mindre omfattande hypodonti som kräver preprotetisk ortodonti eller ortodontisk luckslutning för att sluta luckor efter max 1 tand per kvadrant.
2g	Prenormal eller postnormal ocklusion utan några andra anomalier (upp till en halv kusbredds avvikelse).	4i	Posterior saxbitning utan några funktionella ocklusala kontakter i ett eller båda buckala segmenten.
3a	Ökad horisontell överbitning mer än 3,5 mm men mindre eller lika med 6 mm med inkompetent läppslut.	4l	Negativ horisontell överbitning mer än 1 mm men mindre än 3,5 mm med registrerbara tugg- och talsvårigheter.
3b	Negativ horisontell överbitning mer än 1 mm men mindre eller lika med 3,5 mm.	4t	Partiellt erupterade tänder, tippade och retinerade mot granntänder.
3c	Anteriort eller posteriort korsbett med mer än 1 mm men mindre än eller lika med 2 mm avvikelse mellan RP och IP.	4x	Närvaro av övertaliga tänder.
3d	Förskjutning av kontaktpunkt mer än 2 mm men mindre eller lika med 4 mm.	5a	Ökad horisontell överbitning mer än 9 mm.
3f	Djupt bett med fullständig gingival eller palatinal påbitning utan trauma	5h	Uttalad hypodonti med restaureringsbehov (mer än en tand saknas i någon kvadrant) med preprotetisk ortodonti.
Grad 1 – bör ej visas! Grad 2 – erbjuds i normalfall ej behandling Grad 3 – erbjuds i de flesta fall behandling Grad 4-5 – erbjuds behandling Högst poäng räknas. Ej sammanläggning.		5i	Förhindrad eruption av tänder (förutom tredje molaren) pga trångställning, placering, närvaro av övertaliga tänder, retinerade mjölkttänder eller andra patologiska orsaker.
		5m	Negativ horisontell överbitning mer än 3,5 mm med rapporterade tugg- och talsvårigheter.
		5p	Läpp-, käk-, gomspalter och andra anomalier.
		5s	Primära tänder infraoccluderande under tandkötet.

20. Epidemiologi

Epidemiologiska uppgifter inom Folktandvården Kronoberg

Obligatoriska uppgifter

Epidemiologiska uppgifter inrapporteras för åldersgrupperna 3,6,12,15,19 år.

Förutom registrering av kariesfria barn och ungdomar registreras ett antal sjukdomsindex.

Den epidemiologiska registreringen är under omarbeting i och med att nytt dataprogram införs.

Temporära bettet

3 och 6 år

dmft Antal manifest kariesade, extraherade, fyllda mjölkttänder (tänder extraherade pga trauma medräknas inte).

dmfs Antal manifest kariesade, extraherade och/eller fyllda tandytor i mjölkttandsbettet. Extraherad molar räknas som 3 ytor, extraherad incisiv räknas som 2 ytor. Tänder extraherade pga trauma medräknas inte.

Permanent bettet

12, 15, 19 år

DFT Antal manifest kariesade, fyllda permanenta tänder.

DFS-tot Antal manifest kariesade, fyllda ytor, permanenta tänder.

DFS-appr Antal manifest kariesade, fyllda ytor approximant, permanenta tänder.

DS-tot Antal manifest kariesade ytor, permanenta tänder.

DS-appr Antal manifest kariesade approximant, permanenta tänder.

Initialkaries tot

Initialkaries appr

Riskgruppering 3 – 19 år

Riskgrupp 1. Obetydlig/liten risk för tandsjukdomar fram till nästa revisionstillfälle.

Riskgrupp 2. Viss risk för tandsjukdomar fram till nästa revisionstillfälle.

Riskgrupp 3. Stor risk för tandsjukdomar fram till nästa revisionstillfälle.

Använda begrepp i de obligatoriska variablerna

d, D	Tand eller yta med primär manifest karies i temporära respektive permanenta bettet.
Manifest karies	Vid klinisk undersökning: klart sonderbar substansförlust. Vid röntgenundersökning: D3 (dentinkaries) dvs kariesskada som avtecknar sig som en svärtning genom emaljen och med tydlig utbredning i dentinet. Beteckningen används oberoende av vilken behandling som insätts för skadan. Fyllningsfraktur utan karies markeras ej som manifest karies.
m	Temporär tand som extraherats pga karies. För extraherade incisiver räknas 2 ytor, för extraherade temporära molarer räknas 3 ytor.
f, F	Tand eller yta med fyllning i temporära respektive permanenta bettet. Tand eller yta med defekt, frakturerad eller förlorad permanent fyllning eller med temporär fyllning betecknas som f, F. Fylld yta med sekundärkaries räknas enbart som fylld. Tandyta som är restaurerad pga traumaskada medräknas inte. Tunnelpreparation räknas som ocklusal och approximal fyllning. Fissurförseglad yta betecknas med F endast i de fall den är delvis försedd med fyllning.
t, T	Tand i temporära respektive permanenta bettet.
s, S	Tandyta i temporära respektive permanenta bettet.
a, A	Approximalyta i temporära respektive permanenta bettet.

Antalet tänder är 20 i temporära bettet och 32 i det permanenta.

Exfolierade temporära tänder räknas ej, inte heller extraherade permanenta tänder.

Hängande led och implantat räknas ej. Det kan alltså inträffa om en tidigare fylld tand extraheras att DFT och DFSA kan få ett lägre värde. De epidemiologiska uppgifterna registreras i tandvårdssystemet i samband med att barnet rapporteras som färdigbehandlat. Inrapporterade data skall avse de förhållanden som föreligger vid undersökningen.