

Anvisningar

Barntandvård i Blekinge för barn, ungdomar och unga vuxna

Barntandvård i Blekinge

Barn- och ungdomstandvården är ett prioriterat område som utvecklas i förhållande till det samhälle vi lever i. Barn- och ungdomstandvården i Blekinge arbetar enligt FN´s Barnkonvention för barnets bästa. Det är viktigt att ha gemensamma riktlinjer att arbeta efter för bästa möjliga vård, att erbjuda vård på lika villkor och att samtidigt kunna mäta våra resultat.

Målsättning:

- arbeta för en positiv attityd till förebyggande tandvård hos barn, ungdomar och unga vuxna samt att ge kunskap om den egna möjligheten att påverka tandhälsan.
- ge en positiv inskolning till tandvårdsmiljön.
- korrekt diagnostik, terapiplanering, dokumentation och kommunikation med barnet/familjen.
- ge en vård som syftar till att minimera barnets/ungdomens behov av tandvård i framtiden.

Nyckelord för barntandvården i Blekinge är:

- Evidensbaserat arbetssätt
- Målstyrning
- Helhetssyn på barnet och familjen med barnet i fokus för barnets bästa

Omhändertagande – och ansvarsnivå

Teamtandvården öppnar möjlighet till nya arbetsformer med engagemang från alla yrkeskategorier och med tydlig inriktning på förebyggande vård.

Tandläkaren. Varje barn, ungdom och ung vuxen inom den organiserade tandvården ska ha en ansvarig tandläkare. Ansvar för diagnostik, bedömning av tand/bettutveckling, terapiplanering, riskbedömning och beslut om revisionsintervall ligger på patientansvarig tandläkare. Ansvar för den första undersökningen vid 3 års ålder ligger alltid på tandläkaren.

Tandhygienisten arbetar på egen legitimation vad gäller diagnostik av karies och parodontala sjukdomar. Tandläkaren kompletterar med sin mer övergripande kunskap avseende bettutveckling/bettfunktions- kontroll och smärta, protetiska ställningstagande och bedömning av bildtagning utöver bw.

Tandsköterskan med lång erfarenhet av barn- och ungdomstandvård och kompetens kan självständigt ta hand om inskolning och kariesprofylax. Tandsköterskan kan hjälpa tandläkaren/tandhygienisten att samla in underlag för diagnostik och terapiplanering.

Teamtandvård

- Tandläkaren har vårdansvaret för patienten samt arbetsledarroll i teamet
- Folktandvården har områdesansvar 0–23 år (ansvar för att alla barn/ungdomar/ unga vuxna i landstinget erbjuds vård).

Barnet kallas första gången till folktandvårdens tandsköterska/tandhygienist vid ett års ålder.

Upptäcks karies, kallas barnet med förälder med täta intervaller för profylax.

- Samarbete med Barnhälsovården innebär bla att läkaren gör en munhåleundersökning och tittar på barnets tänder i samband med hälsoundersökningen vid 1 års ålder. Barn/ungdomar med behandlingssvårigheter som tandvårdsrädsla, sprutträdsla och/ eller funktionsnedsättning kallas oftare till teamet för regelbunden inskolning och profylax som anpassas till den enskilda individens behov.
- För barn, ungdomar och unga vuxna 3-23 år gäller fritt vårdval; Folktandvården eller privat tandläkare.
- Tandläkare ansvarar för diagnostik, terapiplanering, riskbedömning, beslutar om nästa kallelse samt när röntgen ska tas.
- Barn, ungdomar och unga vuxna 3- 23 år kallas inom teamet efter individuell riskbedömning.
 - Barn med manifesta kariesangrepp riskbedöms som ökad risk för ny karies och kallas mer frekvent till tandvårdsteamet för profylax och inskolning hos tandsköterska/tandhygienist samt tandläkare som utvärderar inskolningen, prognosbedömer och utför behandling så att vårdbehovet vid varje revision blir mindre.
- Undersökning av barn- och ungdomar i åldrarna 3, 6, 9, 12 år är obligatoriskt och utförs alltid av tandläkare. Ytterligare en obligatorisk undersökning utförs vid 18 eller 19 års ålder av tandhygienist eller tandläkare.
- Barn i riskålder eller med ökad kariesrisk som karies i primära tänder, nedsatt allmäntillstånd eller medicinering samt funktionsnedsättning med minskad möjlighet till egenvård, erbjuds komma till teamet för extra profylax inklusive fluor-lackning 2 gånger/år eller med intervall anpassat för individens kariesrisk och vårdbehov.
- Information om Frisktandvård/avgiftsbelagd vuxentandvård görs senast vid 23 år.

Kariespreventionsprogram

Arbets sättet innebär att vi ska arbeta på ett evidensbaserat sätt med kariesprofylax, d v s som det finns vetenskapligt underlag för att det ger bra resultat.

- **Evidensbaserad profylax**
 - Tandborstning med fluortandkräm två gånger/dag
 - Kostinformation fokuseras till regelbundna måltider, vatten vid törst och lördagsgodis.
 - Fissurförsegling av 6:or på patienter med karies i primära molare.
 - Fluorlackning (Duraphatlack 22mg/ml) 2 gånger/år på riskpatienter
 - Fluorsköljning i skolor
- **Evidensbaserad kariesterapi**
 - Kariesdiagnostik efter visuell/taktil undersökning i kombination med röntgenbilder
 - Bite-wing enligt schema, noggrant tagna och avlästa.
 - Lagning av approximala skador när de har spridning i dentinet.
 - Lagning av oklusala skador vid substansförlust.
- Informationsbroschyrer för olika åldersgrupper samt information om fluor och egen brunn finns. Broschyrer riktade till barn/ungdomar och föräldrar inför perioder i barnets liv då det erupterar tänder och det därför föreligger högre kariesrisk.
 1. **Nu är det dags att börja borsta** (0–4 år). Tandborstning introduceras.
De barn som har karies i den här åldern finner vi ofta bland de kariesaktiva tonåringarna. Därför är det viktigt att barn och förälder skolas in regelbundet

om det finns behandlingssvårigheter. Inskolningen ger profylax och förbereder barn och föräldrar inför ett eventuellt kommande behandlingsbehov.

2. **Har du fått några nya?** (5 - 13 år). 6-årsmolaren som tar 60-70 % av tandvårdens tid, erupterar nu bakom sista mjölkanden. Studier visar att karies i 6-årsmolaren i regel har sin början under det första året efter eruptionen. Föräldrar och barn uppmanas att tidigt upptäcka tanden med målsättningen att borsta den från eruptionsstarten.

I åldern 10–13 år kommer de flesta permanenta tänderna. Studier visar att karies i premolarer och 7:or har sin början under de tre första åren efter eruptionen. Små initiala kariesangrepp ska hållas i schack med tandborstning två gånger dagligen.

Folkhälsoinriktat arbetsätt

Idag är andelen barn och ungdomar som är helt kariesfria eller har långsamt progredierande karies hög. Målsättningen är att andelen kariesfria barn och ungdomar skall öka.

- Varje barn- och ungdom undersöks av tandvårdsteamet, riskgrupperas och konsekvenserna av denna bedömning följs. Varje barn får individuell och kollektivt anpassad profylax samt inskolning
- Utåtriktad verksamhet
 - Tandhälsolektion i skolorna, klass 3 och 5. Tandhälsolektionen utförs med fluorsköljning i riskskolor avseende karies. Tobaksinformation ges i klass 7.
 - Tandhälsobudskap i allt vi gör: ”Fluor – Vila – Vatten”
 - Samarbete med barn- och familjehälsa i kommun och landsting för det enskilda barnets och/eller barngruppens bästa.
 - Profylaxresurser riktade till individer och områden med ökat vårdbehov.
- Pedodontinätverk för samarbete mellan allmän- och specialisttandvård.
- Strukturerat samarbete med Barnhälsovården (BHV)
 - Information om kost och munhygien enligt ”Rikshandboken Barnhälsovård” av BHV-sköterskan. <http://www.rikshandboken-bhv.se>
 - Läkaren som undersöker barnet vid 1 års ålder gör samtidigt en ”tandkontroll”. Remiss till tandvården vid misstanke om karies.
 - Individuell kallelse till tandvården vid 1 års ålder för munhälsosamtal och riskbedömning.
- Information som ges av Mödrahälsovården (MHV)
 - Tandhälsan finns i åtanke vid föräldrainformation inför barnets födelse.
 - Folktandvårdens folder ”Egen brunn?” angående fluorhalten i barnets dricksvatten finns tillgänglig på MHV och lämnas ut vid behov



Riskytor och riskåldrar

- Risken för att kariesskadan progredierar snabbt är större ju yngre individen är.
- **6:or** är vanligaste tanden för ocklusala djupa kariesangrepp
- **15, 25 distalt** är ytor med störst kariesrisk
 - dvs. initialkaries där innebär störst risk för snabb progression
- **46, 36 distalt**
 - näst störst risk för snabb progression.
- **16, 26 distalt** har lägsta risken för snabb progression

Riskbedömning

Riskbedömning av patientens orala hälsa görs på grundval av kunskap om den sociodemografi patienten lever i samt på anamnes och status. Kariesförekomst och kariesrisk utgör en del av riskbedömningen liksom parodontal hälsa och allmän hälsa. Riskbedömningen ger som resultat låg, måttlig eller hög risk att utveckla sjukdom.

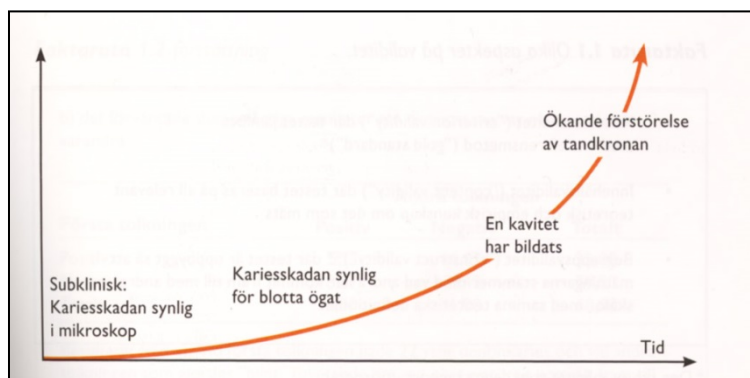
- **Karies:**
 - Aktivitet
 - Kost
 - Munhygien
 - Tidigare karies
 - Fluorexponering
 - Övrigt
- **Parodontal risk:**
 - Aktivitet
 - Munhygien
 - Tobaksbruk
- **Allmänt:**
 - Sjukdomar
 - Mediciner
 - Kooperation/kommunikation
 - Tandvårdsrädsla

Bite-wingundersökning (bw) hos barn och ungdomar

Tandläkaren avgör när röntgen ska tas med stöd av följande schema:

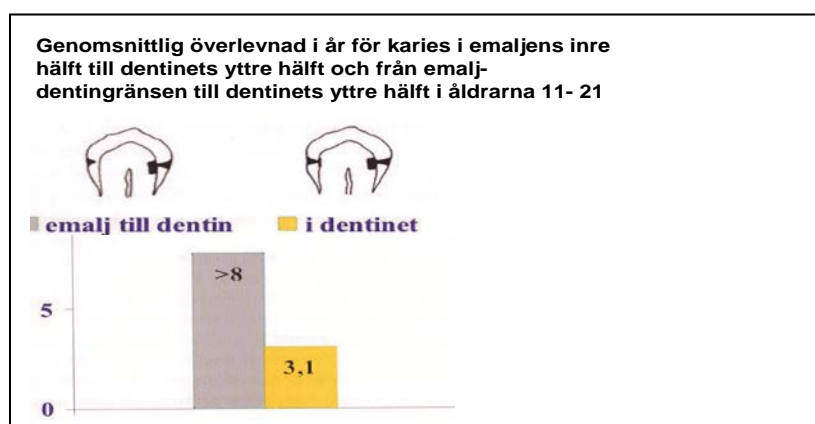
Basåldrar	Intervall till nästa bite wing	
	Liten risk	Stor risk
5-6 år	3-4 år	1 år
9 år	3-4 år	1 år
12-13 år	2 år	1 år*
15-16 år	3 år	1 år*

* vid många skador i emalj-dentingransen: 6 månader (Espelid 2003)



Tidsaxeln speglar tidsförhållandet mellan olika stadier i kariesskadans utveckling.

Karies progredierar exponentiellt så snart kavitet bildats. (SBU 2007)



Kariesprogressionen i emalj stannar ibland helt av eller progredierar långsamt. Y-axeln visar antalet år av överlevnad (medianvärdet). (Mejåre 2004)

A. Individuellt anpassad kariesbehandling

Behandling av karies i det primära bettet

- Karies i primära bettet åtgärdas så att smärta och infektioner undviks och god munhygien möjliggörs.
- Primära molarer
 - Använd grovexcavering med handinstrument och gör rent i kavitetkanterna för att stanna upp kariesprogressionen. Använd glasjonomer/IRM som långtidsprovisorium.
 - Avvakta tandväxling och bettutveckling.
 - Lagning med glasjonomer/alternativt extraktion av i första hand 04:or
- Primära incisiver
 - Lagas inte
 - Hygienslipning, fluorlackning och tandborstning med fluortandkräm
 - Extraktion vid pulpainvolvering

Behandling av karies i växelbettet

- Primära tänder med karies kan grovexcaveras och erhålla långtidsprovisorium med glasjonomercement men om snar exfoliation efter 9 års ålder kan de lämnas utan åtgärd.
- Planera bettet och fokusera på de permanenta tänderna.
 - Fissurförsegla 6:or innan de primära tänderna är lagade (barn med karies utblir oftare och behandling av permanenta tänder riskeras)
 - Restaurera med glasjonomer/IRM och/eller slipa på mest rationella sätt så att de primära tänderna kan behållas besvärsfria till exfoliation. Extrahera vid besvär.
 - 6-årsmolar med omfattande substansförlust, pga karies eller måttlig/grav MIH (molarincisor hypomineralization): överväg extraktion som terapialternativ i det unga bettet, förslagsvis vid 8-9 års ålder

Primära tänder kan grovexcaveras utan lokalbedövning enligt ART (atraumatic restorative treatment), rent i emaljkanterna och lämna dentinkaries samt fyllas med glasjonomercement för att invänta barnets fortsatta mognad eller tandens exfoliation.

Behandling av barn i asylprocess

- **Tidig kontakt och intervention**
 - Undersökning
 - Tolk
 - Prevention
 - Vad klarar familjen?
- **Behandling**
 - Tolk
 - Behandling för att eliminera infektioner
 - Radikala behandlingar – syftar till besvärsfrihet efter behandling
 - Satsa på permanenta tänder
 - Samarbeta med pedodontikliniken

B. Ortodonti

Patientens ordinarie tandläkare utför och ansvarar för bettutvecklingskontroller tills patienten blir inskriven på specialistkliniken.

Vid avvikelser från normal bettutveckling sker bettutvecklingskontroller efter individuellt behov av patientens ordinarie tandläkare.

Allt utredningsmaterial avseende den interceptiva vården tillhandahålls av patientens ordinarie tandläkare; röntgen CBCT-underlag, modeller mm.

När ska patienten visas för ortodontist?

- Patienter med trauma och pågående resorptioner av permanenta tänder visas omgående.
- Tvångsförande korsbett, saxbett eller inverteringar i fronten visas i tidigt växelbett. 6:or bör ha erumperat. Vid ektopisk eruption av 6:or avvakta minst ½-år innan visning, för att invänta spontan-korrektion.
- Undertal och övertal visas i tidiga växelbettet.
- Stora horisontella och vertikala överbitningar visas normalt i sena växelbettet eller efter avslutad tandväxling. Extrema överbett i kombination med inkompetent läpps slutning kan visas tidigare.
- Platsbrist visas i sena växelbettet eller efter avslutad tandväxling. Kraftiga platsbrister kan behöva åtgärdas tidigare med t.ex. ex 03:or.
- Retinerade tänder visas när den normala tidpunkten för eruption väsentligt överskridits. OBS! Palpera 3:or i 9-11-årsåldern och var uppmärksam på skillnader i eruption mellan höger och vänster sida.

Patienter med behovsgrad 5, 4, 3b och 3c enligt gällande IOTN-index kan i dagsläget erbjudas kostnadsfri behandling i landstingets regi medan övriga patientgrupper får bekosta behandlingen själva.

Läs mer på

<https://regionblekinge.se/download/18.7ce4d4501666239791192909/1545298878209/Ortodontikonsultationer%20och%20iotn-index.pdf>

A. Rutiner för parodontologiskt omhändertagande

Att hos den unga individen etablera tandvårdsmedvetenhet och en god munhygien är grundläggande för att förebygga eller reducera risken för framtida sjukdomar i tänder och parodontier. Det är också angeläget att tidigt identifiera och behandla barn och ungdomar med parodontit.

Förekomsten av parodontit hos barn och ungdomar är ca 1/1000 i svensk population. I vissa invandrargrupper, främst från Asien är förekomsten betydligt högre. Detta är ett observandum och innebär att de flesta kliniker och vårdgivare som har ansvaret för minst 1000 barn och ungdomar har en eller flera barn och ungdomar med parodontit.

När dessa patienter identifierats rekommenderas i första hand klinisk konsultation med parodontolog eller pedodontist och vid behov remiss till parodontolog alternativt pedodontist för bedömning och ev. behandling.

Barn och ungdomar med subgingival tandsten, papillatrofi, barn och ungdomar med sjukdom eller syndrom som påverkar immunförsvaret eller förmågan till god munhygien samt barn och ungdomar som har biologiska föräldrar med parodontiterfarenhet har en ökad risk för utveckling av parodontit.

Primära dentitionen

Vid röntgengranskning värderas marginal bennivå i mjölkttandsbettet. Avstånd emalj-cementgräns till margo >2 mm föranleder fickmätning och ev. scaling. Värdering i växelbettet görs lämpligen före exfoliation av 05-or och 04-or.

Permanent dentitionen

Fickdjupsmätning utförs mesialt på 6:or när 5:or är fullt erupterade, dock senast vid 15 års ålder. Därefter sondering av 6:or mesialt vid varje undersökning.

Vid alla åldrar

- Förekomst av subgingival tandsten. Intervention enligt nedan.
- Förekomst av sänkt marginal bennivå approximant 6:or. Intervention enligt nedan.

Intervention

Om subgingival tandsten eller fickor upptäck görs registrering av plack efter infärgning, gingivit, fickdjup, mobilitet och furkationsinvolveringar i hela bettet. Åtgärder innefattande sjukdomsinformation, patientutbildning, infärgning, instruktion och scaling sätts in. I samtliga fall är det mycket viktigt att etablera en utomordentligt god plackkontroll. Vid terapivikt konsultera parodontolog. Det rekommenderas också att syskon undersöks eftersom ärftliga inslag finns.

Vid 15 års ålder eller något senare

- Information om tandsjukdomar inklusive gingivit och parodontit
- Instruktion i approximalrengöring/ borstning

Vid 18-23 års ålder

Kontroll av parodontala variabler; plack, gingivit, mobilitet, förenklad parodontal undersökning med furkationsinvolveringar. Indicerad intervention.

D. Rutiner avseende funktionsstörning i käksystemet vid undersökning from 12 år

Anamnes

- Gör det ont i tinning, ansikte, käke eller käkled en gång i veckan eller oftare?
- Gör det ont speciellt vid stora käkrörelser?
- Har du låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?
- Har du huvudvärk en gång i veckan eller oftare?
- I anamnesen ska generella led- och muskelsymptom samt övriga parafunktioner anges.

Vid positivt fynd komplettera med uppgift om

- Nagelbitning
- Tuggummituggning

Klinisk undersökning

- Maximal gapförmåga (mm)
- Tydlig palpationsömhet i m masseter superior och m temporalis anterior
- Tydlig palpationsömhet över käkleder
- Käkledsknäppning.

E. Rutiner avseende protetisk behandling

Protetik inom barn ungdomstandvården skall planeras och utföras på odontologiska indikationer och med beaktande av den unga patientens behov och mognad. Barn och ungdomar ska erhålla den vård som från odontologisk synpunkt ger ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat för varje patient.

Protetisk behandling och implantatterapi bör övervägas när andra terapimöjligheter värderats och uteslutits. I de fall där fast protetik eller implantatterapi planeras får patienten vid behov en semipermanent fast eller avtagbar ersättning, som bärs till dess att patienten nått en ålder där det bedöms lämplig att utföra planerad terapi.

Barn och ungdomar med agenesi eller tandförluster på grund av trauma visas vid ortodontikonsultation för terapiplanering så tidigt som möjligt efter diagnos, lämpligen i 8-10 årsåldern och absolut senast det år patienten fyller 17 år. Vid behov diskuterar och planerar ortodontisten lämplig behandling i samråd med multidisciplinär specialistgrupp. Samtliga patienter där implantatterapi övervägs ska planeras med specialist i oral protetik.

Implantatterapi kan i första hand komma i fråga vid agenesi/aplasi av incisiv, hörntand eller premolar.

Se även Regelverk avgiftsfri tandvård; <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/for-varldgivarer/tandvard/avgiftsfri-tandvard-till-personer-3-23-ar/regelverk-avgiftsfri-tandvard-for-personer-3-23-ar.html>

F. Visdomständer

Position för visdomständer och omgivande benstruktur samt granntänder bör undersökas och riskbedömas av tandläkare inom ramen för den avgiftsfri barn- och ungdomstandvården.

Bedömning bör ske från 15-års ålder. Dock senast då undersökning 18-19 år utförs ska en bedömning göras av tandläkare. Evidens finns för bättre benläkning om operativt avlägsnande av visdomstand utförs före 24 års ålder.

Terapival för visdomstand

Visdomständer utan kliniska symptom eller radiologiska tecken på patologi

Ingen behandling vid

- Total benretention oavsett ålder
- Total mjukvävnadsretention – om patient är över 25 år

Ingen behandling men klinisk och radiologisk kontroll vid

- Total mjukvävnadsretention – om patient är under 25 år
- Partiell retention – om patient är över 25 år

Operativt avlägsnande bör alltid övervägas vid

- Partiell retention – om patienten är under 25 år, vid mesioangulär position och bred anläggningsyta mot granntand

Visdomständer med kliniska symptom, radiologiska tecken på patologi eller övriga terapeutiska indikationer**Operativt avlägsnande alternativt kausal behandling vid**

- Samtliga retentionsgrader – oavsett ålder. Lämplig terapi avgörs från fall till fall

Fall där profylaktiskt avlägsnande är motiverat

- Immunosupprimerade patienter där tanden kan sonderas i fickan
- Strålning mot visdomstandsregionen
- Inför infektionskänslig kirurgi
- Käkfraktur där 8:an förhindrar/försvårar reposition eller är en uppenbar infektionsrisk
- Inför ortognat kirurgi där visdomstand interfererar med osteotomisnitten

G. Rutiner "Barn som far illa"

Enligt 14 kap 1§ socialtjänstlagen (SoL) har all personal som arbetar med barn-ungdomar skyldighet att anmäla till socialtjänsten om de i sitt arbete får kännedom eller misstänker att barn-ungdom far illa.

Ange åtgärdskod 99soc/99socS i behandlingsplanen vid orosanmälan till socialtjänsten.

Barn i riskmiljö

För utförligare anvisningar hänvisas till:

- Folktandvårdens riktlinjer
- Landstingets handlingsplan: Barn som far illa
- Socialstyrelsens handlingsplan: Barn som far illa
- Tandläkarförbundets skrift nr 9 i serien Kunskap och kvalitet: Barn som far illa.

Uteblivanden och sena återbud

- Vid uteblivande kontaktas målsman/patienten per telefon. Fråga om orsak till uteblivandet, erbjud ny tid som också skickas per post. Ge stöd och uppmuntran
- Vid frekventa uteblivanden och återbud skickas ett brev med information om tandvårdens anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagen, i de fall patient är under 18 år

- Kontakt kan även tas med skol- eller barnhälsovården samt migrationsverket för att uppmärksamma problemet och kunna erbjuda samarbete/stöd därifrån
- Kontakt/anmälan till socialtjänst vid stort behandlingsbehov, funktionsnedsättning och/eller sjukdom som medför ökad risk för sämre munhälsa och om barnet/ungdomen (yngre än 18 år) uteblir även efter information per brev

Rutiner "Barn som närstående/anhörig"

Enligt 2g§ hälso-sjukvårdslagen(HSL) ska all vårdpersonal särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel, oväntat avlider. Ange åtgärds-koder DUO55 alternativt DUO56 på behandlingsplanen.

- Fråga barn-ungdom, förälder om information, stöd och hjälp angående aktuell situation har givits
- Erbjud möjlighet till kontakt med skolhälsovård eller kurator på sjukhuset Karlshamn/Karlskrona
- Vid misstanke om att barn-ungdom yngre än 18 år far illa ska orosanmälan till socialtjänsten göras

Folktandvårdens kansli

Karlskrona den 27 december 2018

Ovanstående dokument är revision av ursprungsdokument "Barntandvård i Blekinge 2010"