Folktandvården Sörmland	Datum:	2019-09-02
	Ansvarig:	Camilla Billing
	Dokument:	Vårdprogram karies BoU
	Rev.datum/handläggare:	2021-06-16 Margareta Fridström

VÅRDPROGRAM KARIES BARN OCH UNGDOM 0-18 år

Innehållsförteckning

VÅRDPROGRAM KARIES BARN OCH UNGA VUXNA 1

Inledning:..... 2

Terapiplanering/Planerade stödbehandlingar för alla åldrar:..... 2

BARN 0-3 ÅR: 3

BARN 4-6 ÅR: 4

BARN 7- 11 ÅR: 5

UNGDOMAR 12- 18 ÅR: 5

Bilaga 1 Vägledning inför invänjning till tandvård..... 7

Bilaga 2 BEHANDLING AV KARIES I PRIMÄRA BETTET - RIKTLINJER..... 10

Inledning:

Alla barn och ungdomar skall ha en ansvarig tandläkare

Varje barns behandling, rådgivning och intervall mellan undersökningar och hälsokontrollerna skall grundas på riskbedömning. Intervallen mellan 2 undersökningar får inte vara längre än 24 månader och för undersökning hos tandläkare max 48 månader.

Basprogram: Skall ges till alla individer i samband med undersökning. Tyngdpunkt skall ligga på vikten av tandborstning med fluortandkräm morgon och kväll. Tandborstningsteknik ska instrueras i munnen på barn i åldern 3-6 år minst vid ett tillfälle. I samband med alla undersökningar ska ett kort hälsosamtal föras. Hälsosamtalet ska koncentrerats till patientens matvanor och intag av söta drycker och godis samt budskap runt fluor, vila och vatten.

Obs! Undvik livsmedel och dryck med tillsatt socker till barn under 2 års ålder.

Förslag på frågor	Budskap
Vad brukar du dricka?	Saft och läsk är inte vardagsdryck.
Hur ofta äter du godis?	Ät godis/sötsaker högst en gång i veckan, ”lördagsgodis”
Hur går det med tandborstningen?	Borsta tänderna 2 gånger per dag med 2 cm fluortandkräm i 2 minuter.

Förstärkt basprogram och individanpassade tilläggsåtgärder utifrån orsaksutredning: Skall ges till alla individer som i riskgrupperingen hamnar i grupperna måttlig kariesrisk och hög kariesrisk. Utformas individuellt enligt uppgjord terapiplan som journalförs. Bör, förutom basprofylaktisk insats, innehålla individuellt anpassat hälsosamtal och individuellt anpassat fluorprogram. Lägg stor vikt vid att säkerställa tandborstning med hjälp av vuxen för barn under 10-12 år.

Terapiplanering/Planerade stödbehandlingar för alla åldrar:

Låg kariesrisk (riskgrupp K0) / Basprogram

Vid låg kariesrisk (K0) ingen extrakallelse för stödbehandling

Tandborstning med fluortandkräm 2 gånger/dag (med hjälp av vuxen upp till 12 år)

Kostvanor och hälsomotivation

Bra matvanor; restriktivitet med sockerhaltiga produkter som typ saft och läsk samt godis 1 gång i veckan.

Måttlig kariesrisk (riskgrupp K1) / Förstärkt basprogram

Syftar till att förstärka individens sjukdomsinsikt och egenvård.

Uppföljning och stödbehandling snarast vilket innebär:

1. Kariesutredning
2. Karieskontroll
3. Plackkontroll
4. Uppföljning av tandborstningsinstruktion. Viktigt att tillföra fluor dagligen genom regelbunden tandborstning 2 gånger/dag.
5. Fördjupad kostrådgivning. Viktigt att bryta dåliga kostvanor. Motiverande samtal ur beteendemedicinsk aspekt kan vara aktuellt. Återbesök tills man ser en positiv beteendeförändring, säkerställd tandborstning och goda kostvanor.
6. Uppföljning och stödbehandling enligt individuell plan. Målet är att patienten skall nå till riskgrupp 0.

Hög kariesrisk (riskgrupp K2) / Basprogram + individanpassade tilläggsåtgärder utifrån orsaksutredning

Uppföljning och stödbehandling snarast vilket innebär:

1. Kariesutredning
2. Karieskontroll
3. Plackkontroll
4. Uppföljning av tandborstningsinstruktion. Viktigt att tillföra fluor dagligen genom regelbunden tandborstning 2 gånger/dag.
5. Fördjupad kostrådgivning. Viktigt att bryta dåliga kostvanor. Motiverande samtal ur beteendemedicinsk aspekt kan vara aktuellt. Återbesök tills man ser en positiv beteendeförändring, säkerställd tandborstning och goda kostvanor.
6. Uppföljning och stödbehandling och fluorlackning 3 månader efter sista återbesöket. Därefter stödbesök och fluorlackning enligt individuell plan. Målet är att patienten ska nå en lägre riskgrupp vid nästa undersökning.

OBS! Tänk på att barn med tidigare karies löper större risk att utveckla ny karies. Orsaksutredning skall väga tyngre i grupp K2 jämfört med K1.

BARN 0-3 ÅR:

Basprofylax och tilläggsprofylax enligt **Terapiplanering/Planerade stödbehandlingar för alla åldrar:**

Fluorprogram: Säkerställd tandborstning med fluortandkräm med hjälp av vuxen 2 gånger/dag

Behandlingsstrategi vid karies hos 0-3 år

- Orsakinriktade åtgärder är angelägna. Orsaksutredning ska vara på individuellt baserad nivå och handla om kost, allmän anamnes och sociala faktorer.
- Bristfälliga kost- och tandborstningsvanor ska följas upp direkt tills kariessjukdomen är under kontroll. Det kan krävas flera återbesök tills man ser en beteendeförändring, säkerställd tandborstning och goda kostvanor.
- Orsakinriktade åtgärder är angelägna. Orsaksutredning ska vara på individuellt baserad nivå och handla om kost, allmän anamnes och sociala faktorer.
- Initiala kariesskador ska behandlas med plackkontroll och fluor.
- Manifesta kariesskador på buckal- och lingualytor och även öppna ocklusala kariesskador kan stanna av med optimering av munhygien och fluortillförsel.
- Vid behandling med fyllningsterapi eller extraktioner krävs någon form av sedering.
- ART-fyllningar hos 2-3 åringar kan genomföras vid öppna kaviteter och i väntan på behandlingsmognad.

ART: Atraumatisk Restorativ Treatment. Excavera med handexcavator mjuk karies längs med emaljdentingränsen. Lämna kvar karies i botten på kaviteten. Kanterna skall vara rena. Tät restaurering är a och 0! Kaviteten kan fyllas med glasjonomer.

- 2-3 åringar med medicinska problem, missbildningar, grava mineraliseringsstörningar eller stort behov av rehabiliterande behandling omhändertas i samråd med pedodontist.

BARN 4-6 ÅR:

Basprofylax och tilläggsprofylax enligt **Terapiplanering/Planerade stödbehandlingar för alla åldrar:**

Fluorprogram: Säkerställd tandborstning med fluortandkräm med hjälp av vuxen
2 gånger/dag

Behandlingsstrategi vid karies hos 4-6 åringar

- Orsaksutredning ska vara på individuellt baserad nivå och handla om kost, allmän anamnes och sociala faktorer.
- Initiala kariesskador ska behandlas med plackkontroll och fluor.
- Manifesta kariesskador på buckal- och lingualytor och även öppna ocklusala kariesskador kan stanna av med optimering av munhygien och fluortillförsel.
- Om reparativ terapi behövs skall det föregås av inskolning till tandvård. De flesta barn över 3,5 års ålder betraktas kunna klara av en inskolning till tandlagning.
    - Följ anvisningarna för en strukturerad inskolning till tandlagning, se bilaga 1
- Behandling av karies i primära bettet enligt anvisningar på, se bilaga 2.

Vid tand med ocklusal riskyta eller generellt hög risk för karies, överväg fissurförsegling av nyerupterade molarer. Se riktlinjer på Insidan/ Vård/ Vårdriktlinjer/FtvS/ Ped/ Fissurförsegling av permanenta molarers ocklusalytor.

BARN 7- 11 ÅR:

Basprofylax och tilläggsprofylax enligt **Terapiplanering/Planerade stödbehandlingar för alla åldrar:**

Fluorprogram: Säkerställd tandborstning med fluortandkräm med hjälp av vuxen 2 gånger/dag

Eventuellt fluorsköljning 0,05% NaF vid progredierande karies.

Behandlingsstrategi vid karies hos barn 7-11 år

- Orsaksutredning ska vara på individuellt baserad nivå och handla om kost, allmän anamnes och sociala faktorer.
- Initiala kariesskador ska behandlas med plackkontroll och fluor.
- Manifest karies ska behandlas. Om reparativ terapi behövs skall det föregås av inskolning till tandvård.
    - Följ anvisningarna för en strukturerad inskolning till tandlagning, se bilaga 1
- Behandling av karies i primära bettet enligt anvisningar, se bilaga 2.
- Vid tand med ocklusal riskyta eller generellt hög risk för karies, överväg fissurförsegling av nyerupterade molarer. Se riktlinjer på Insidan/ Vård/ Vårdriktlinjer/FtvS/ Ped/ Fissurförsegling av permanenta molarers ocklusalytor.

UNGDOMAR OCH UNGA VUXNA 12-18 ÅR:

Basprofylax och tilläggsprofylax enligt **Terapiplanering/Planerade stödbehandlingar för alla åldrar:**

Fluorprogram: Säkerställd tandborstning med fluortandkräm 2 gånger/dag.

Fluorsköljning 0,2% vid måttlig eller hög kariesrisk

Behandlingsstrategi vid karies på permanenta bettet hos ungdomar och unga vuxna 12-19 år

Motiverande samtal runt kariesproblematik och kostanamnes.

- Orsaksutredning ska vara på individuellt baserad nivå och handla om kost, oral hygien, allmän anamnes och sociala faktorer.
- Initiala kariesskador ska behandlas med plackkontroll och fluor
- Manifest karies ska behandlas. Reinskolning till tandlagning vid behov.
    - Följ anvisningarna för en strukturerad inskolning till tandlagning, se bilaga 1
- Minimalt invasiv metod skall användas vid reparativ behandling.

    - Se riktlinje på Insidan under Vård/Vårdriktlinjer FtvS/Endo/Stegvisexkavering
- Motiverande samtal runt kariesproblematik.
- Kostutredning.

Patienten med måttlig eller hög kariesrisk (K1,K2) kan behöva ytterligare åtgärder som tillägg till den dagliga användningen av fluortandkräm. Det finns många fluorpreparat och valet anpassas till individ och efter evidens. Det bästa fluortillägget är det tillägg som regelbundet administreras av individen.

Alternativ:

- Fluorsköljning 0,2% som tillägg till egenvård
- Ökad fluorfrekvens. Fluortillförsel kan ökas från 2 gånger per dag till 3 gånger per dag (morgon, middag och kväll).
- Högfluortandkräm Duraphat® (5000ppm F). ***Obs! från 16 år***. Används istället för vanlig tandkräm minst 2gånger/dag. Fabrikanten rekommenderar 3gånger/dag i minst 3 månader men studier har visat effekt på användning 2 gånger/dag.

Bilaga 1 Vägledning inför invänjning till tandvård

Inskolningstrappan bygger på tell-show-do tekniken, som innebär att man för varje nytt moment i behandlingen berättar för barnet vad som skall göras, därefter visar barnet och till sist utför momentet som en övning. Det är viktigt att initialt inför inskolningen upprätta en behandlingsöverenskommelse med föräldern/barnet samt tydliggöra de krav som ställs på barnet när det gäller kommunikation och samarbete. För att lyckas med inskolningen krävs en tvåvägskommunikation, dvs. att barnet förstår, kan följa enkla instruktioner, utifrån sin förmåga och sitt sätt svarar på frågor samt kan och vågar ge uttryck för sina egna upplevelser. Barn som inte kan svenska behöver en tolk.

I trappsteget nedan visas översiktligt och i stigande svårighetsgrad de lika invänjningsstegen. Om barnet tvekar eller inte klarar av ett moment är det viktigt att det momentet upprepas tills barnet känner sig tryggt innan man ökar svårighetsgraden. Vid behov kan även tidigare steg repeteras.

7. Restaurering med eller utan stöd av lustgas

6. Injektion och stegvis invänjning till restaurering

5. Invänjning till injektion

4. Invänjning till bläster, sug och PTR (professionell tandrengöring)

3. Invänjning till att ligga ner i behandlingsstolen

2. Dialog (tvåvägskommunikation)

1. Behandlingsöverenskommelse

Efter överenskommelse om invänjning till tandvård seriebokas tre besök med cirka en veckas mellanrum.
Besök 1 omfattar stegvis invänjning till bläster, sug och vibrationsträning. Patienten tar del av träningen via patientspegel. Patientens acceptans av behandlingen kan kontrolleras genom att avslutningsvis utföra professionell tandrengöring med roterande instrument (PTR) varvid patienten bör ligga avslappnad i behandlingsstolen.
Besök 2. Patienten bör nu vara mogen för stegvis injektionsträning. Ytanestesi appliceras i omslagsvecket i överkäken och en liten mängd lokalanestesi injiceras i den bedövade slemhinnan. Hemläxa blir att träna på känslan av att vara bedövad och hur det känns när bedövningen avtar.
Besök 3. Stegvis inskolning till tandlagning vilket föregås av injektion. Börja alltid med att välja ut en lämplig tand för ”provlagning”, tex första mjölkmolaren. Innan provlagningen läggs alltid ytanestesi och en liten mängd lokalanestesi. Gå sedan stegvis igenom behandlingsgången vid lagning. Genom att göra en fissurförsegling (lagning) avverkas ingen tandsubstans.

Tiden för inskolning till injektion är mycket individuell och beror till stor del på barnets tidigare erfarenheter. Det är ofta här man kör fast och då gäller det att man tar sig tid att arbeta på ett lugnt och förtroendeingivande sätt. Det är när man tappar patientens förtroende och behöver backa flera steg i inskolningstrappan som det kostar tid.
Hoppa inte över den sista lektionen för att spara tid (Besök3). Den förtydligar att man måste bedöva inför en lagning och är samtidigt en kontroll att patienten klarar injektion. Det är mycket viktigt att patienten accepterar injektionsmomentet innan man börjar med tandlagningar.

Nedan följer pedodontiklinikens inskolningsschema. Ett tips är att låta barnet titta i patientspegel under hela inskolningen. Detta har visat sig förbättra samarbetet. Att räkna under träningsmomentet underlättar för barn som har svårt att ligga still.

I detalj kan första inskolningstillfället se ut så här (inskolning till bläster, sug och PTR):

1. Bläster mot handflata medan du räknar till 2, och därefter mot en framtand. Räkna till 2 utan att blästra och därefter under pågående blästring.
2. Visa sugen utanför munnen.Träna därefter mot handflata medan du räknar till 2, stegvis från tyst sug till full sugeffekt. Öka svårighetsgraden genom att träna mot en kind först extraoralt och därefter intraoralt mot kind, tunga och tänder.
3. Träna bläster och sug tillsammans mot en framtand medan du räknar till två.
4. Visa vinkelstycke med putsborr mot tumnagel och träna därefter mot en tand på samma sätt som med bläster och sug.
5. Avsluta med att putsa, skölja och suga upp vattnet på en tand medan du räknar till 2. Förankra inskolningen genom att putsa hela bettet kvadrantvis med gummikopp och tandpasta. Efter varje kvadrant sköljs tänderna med vattnet som sugs upp med sugen. Uppmana patienten att andas genom näsan för att lättare klara av momentet.

I detalj kan andra inskolningstillfället se ut så här (inskolning till injektion):

1. Ytbedövningssalva på bomullsrulle regio 14 vid omslagsvecket.
2. Peta med rak sond mot den bedövade gingivan medan patienten tittar i spegel.
3. Jämför rak sond och kanyl (kanyl kvar i sitt hölje) och visa mot bedövad gingiva att det känns lika när gingivan är bedövad.

Tell-show-do:
Titta på dessa två! Olika handtag men längs ut på spetsen är de lika. Nu ska jag göra likadant med den här (med plasthandtag) som med sonden(silverhandtag) för att visa dig att det inte är någon skillnad.

4. Sätt i ampull och visa sprutan komplett monterad.
5. Förberedd patienten på nålsticket genom att träna med rak sond på hand och mot kind med lätt tryck.

6. Tala om för patienten att första droppen kan kännas men att dropparna efter inte känns lika mycket om man ligger alldeles stilla. Underlätta genom att komma överens om ett visst antal droppar och räkna under tiden du injicerar. Detta underlättar för patienten att ligga stilla som överenskommet.

Tex.
Du skall få ”tre sömdroppar” till din tand. Vi räknar dropparna högt till tre och sedan tar vi bort pinnen. Du har fått ”sovsalva” på tandköttet och ligger still, andas och slappnar av. Första droppen kan kännas som ett myggbett ungefär. Dropparna som kommer efter känns mindre och mindre.

7. Injicera en liten mängd bedövningsmedel.
8. Informera om att bedövningen släpper om några timmar. Hemläxa blir att träna på känslan av att vara bedövad och hur det känns när bedövningen avtar.

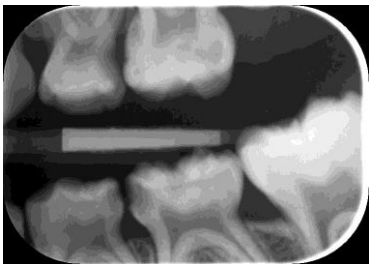
I detalj kan tredje inskolningstillfället se ut så här (Injektion och stegvis inskolning till restaurering):

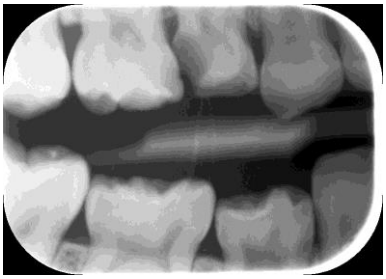
1. Ytbedövning följt av injektion ca 1/4 ampull förslagsvis regio 14 i omslagsvecket.
2. Välj ut lämplig tand och visa hela behandlingsgången vid fissurförsegling.
3. Fissurförsegla förslagsvis 54o och avsluta med puts av ocklusalytan.
4. Patienten är nu redo för tandbehandling!

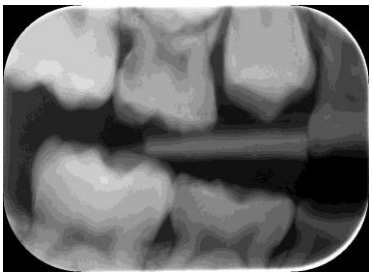
Bilaga 2 BEHANDLING AV KARIES I PRIMÄRA BETTET - RIKTLINJER

Ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat innebär att i det primära bettet ska kariesangrepp åtgärdas så att

- Smärta och infektioner undviks
- God munhygien möjliggörs
- Normal tuggfunktion upprätthålls och tidiga extraktioner som leder till ökad risk för trångställning undviks

ÅLDER	**BEHANDLING**
1-3 år	• Kontroller och profylax som högriskpatient • Avvakta invasiv behandling, invänta mognad • Vid omfattande karies – fyllningsterapi/extraktion under sedering eller narkos • Barn under 1 år och mindre än 10 kg remiss till Pedodonti Barn under 3 år och mindre än 15 kg konsultera vid behov Incisiver: Säkerställ tandborstning och följ upp Molarer: Grovexkavering med handinstrument och långtidsprovisorium med glasjonomercement
3-6 år	• Incisiver: kan hygienslipas eller lämnas vid god OH • Molarer: vid risk för pulpaläsion/djupt dentinkaries ○ 04:or extraheras ○ 05:or restaureras. Undvik läsion genom att lämna djuptliggande karies (partiell exkavering). Långtidsprovisorium med glasjonomer. <u>Exempel:</u>  Rekommenderas extraktion 64 pga djupt dentinkaries och trolig pulpal involvering. Partiell exkavering 65 och 75 för att undvika pulpaläsion. Restaurering 74.

6-9 år	• Vid beslut om lagning görs en individuell bedömning beroende på tandens kvarvarande funktionstid, möjlighet att hålla rent och risk för besvär
	• Lämna tänder nära exfoliering
	• Molarer: vid risk för pulpaläsion/djupt dentinkaries
	  ○ 04:or extraheras
	  ○ 05:or restaureras. Undvik läsion genom att lämna djuptliggande karies (partiell exkavering). Långtidsprovisorium med glasjonomer. <u>Undvik skada på 6:ans mesialyta</u>
	
	<u>Exempel:</u>
	 
	
	Rekommenderas extraktion 54 pga djupt dentinkaries med trolig pulpal involvering

9-12 år	• Lämna tänder nära exfoliering
	• Vid risk för pulpaläsion/djupt dentinkaries
	  ○ 04:or extraheras
	  ○ 05:or extraheras
	
	<u>Exempel:</u>
	 
	
	Rekommenderas att 55 lämnas utan åtgärd pga tanden är nära exfoliering och att behandla 16:ans mesialyta med fluorlackning var 3:e månaden tills exfoliering

Materialval

- Initiala kariessakador behandlas med fluorlack
- Glasjonomer är förstahandsvalet för definitiva restaureringar i primära tänder. Komposit är ett andrahands alternativ.
- Som långtidsprovisorium efter grovexcavering eller partiell excavering rekommenderas glasjonomer