Råd och föreskrifter - tandvård för barn och unga i region Halland

Hitta i dokumentet

Syfte
Bakgrund
Mål
Genomförande
Krav på vårdgivare
Dokumentation
Odontologiskt omhändertagande
Anvisning 0–2 år
Anvisning primära bettet 3–6 år
Anvisningar växelbett 7–12 år
Att kontrollera på barn ca 10–12 år
Anvisningar permanenta bettet
Revisionsintervall
Uteblivande/Orosanmälan
Vårdrapportering och riskbedömning
Akuttandvård
Trauma
Medicinska riskfaktorer
Sjukdomar/tillstånd som medför ökad risk för orala sjukdomar
Munslemhinneförändringar hos barn och unga
Behandlingssvårigheter
Behandling av kariessjukdom
Behandling av erosioner/mineraliseringsstörningar
Endodontisk behandling
Parodontala sjukdomar
Ortodonti
Samverkan mellan allmäntandvård och tandregleringsspecialist
Bettutveckling
Tandreglering utförd inom allmäntandvård
Tandreglering utförd av Specialisttandvård
IOTN, Index of Orthodontic Treatment Need
IOTN: 5 undergrupper
Aplasier
Retentionsprinciper
Länkar
Bilagor
Uppdaterat från föregående version
Bilaga 1 – Behandlingskontrakt Tandreglering
Bilaga 2 – Brev till målsman – Tandregleringsanvisning

Syfte

Rutinen tydliggör vad som ingår i tandvården för barn och unga i region Halland.

Bakgrund

Vårdnadshavare till barn kan från och med det kalenderår barnet fyller tre år välja vårdgivare för den tandvård som erbjuds av Region Halland. Den tandvård som är nödvändig för funktionellt och estetiskt godtagbara bettförhållanden är avgiftsfri för den enskilde. Den avgiftsfria tandvården för barn och unga administreras och ersätts via Tandvårdsenheten, Region Halland.

Råd och föreskrifter - tandvård barn och unga i region Halland är framtaget tillsammans med Specialistkliniken för pedodonti, Hallands sjukhus, och Specialistkliniken för ortodonti, Närsjukvården.

Mål

Det övergripande målet med tandvården för barn och unga (tom 19 år) är en god och jämlik munhälsa och tandvård på lika villkor för alla. Region Hallands barn och unga ska erbjudas högkvalitativ och lättillgänglig tandvård.

- Tandvård för barn och unga ska bedrivas i enlighet med de bestämmelser som finns i Tandvårdslagen (1985:125) Tandvårdslag (1985:125) | Sveriges riksdag

och övriga lagar eller förordningar som är tillämpliga för verksamheten samt enligt de överenskommelser som träffats mellan Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och staten.
- Vård och omhändertagande av barn och unga ska följa FN:s konvention om barnets rättigheter.
- Olikheter i barnens munhälsa skall identifieras och utjämnas genom effektiva, hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser av god kvalitet. Särskild vikt skall läggas på evidensbaserade förebyggande åtgärder. Nationella riktlinjer tandvård 2022
- Tandvården skall vara hälsoinriktad och stimulera till egenvård. En helhetssyn skall finnas avseende patientens orala hälsa. Planerad insats ska ske utifrån barnets totala hälsa, sociala situation samt prognos för behandlingen
- Vården skall tillgodose patientens behov av trygghet. Smärtfrihet skall eftersträvas och sedering skall vid behov erbjudas
- Tandvård för barn och unga skall bedrivas i samarbete med hälso-och sjukvården, BVC, skolor, och förskolor. Se rutin Samverkan barntandvård och barnhälsovård (BVC)
- Tandhälsoinformation skall erbjudas individuellt vid cirka 12 månaders ålder
- Barn i åldrarna 0–2 år skall vid behov ges vård inklusive specialisttandvård
- Varje individ inom den organiserade tandvården för barn och unga i åldrarna 3–19 år skall ha en ansvarig tandläkare
- Barn och unga skall erbjudas vård efter individuella behov. Bettutvecklingen skall bevakas av ansvarig tandläkare. För patienter som är friska och/eller som inte bedöms behöva ortodontisk bettövervakning kan intervallet förlängas till högst 24 månader. Intervallet mellan undersökning av tandläkare kan förlängas till 48 månader om undersökning däremellan utförs av tandhygienist
- Specialist skall konsulteras vid behov
- Tandvården skall arbeta för att tobaks- eller drogbruk upptäcks och behandling erbjuds i samarbete med hälso-och sjukvård. Samtliga patienter skall från tolv års ålder tillfrågas om användning av tobak och nikotin.”
- Barn och unga som är bosatta i andra regioner skall erbjudas akut vård.

När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Tandvården ska bedrivas med utgångspunkt i den enskildes behov av tandvård och ska innehålla förebyggande åtgärder, sjukdomsbehandling och åtgärdande av uppkomna skador samt behandling av bettavvikelser, missbildningar och förvärvade defekter. Särskild vikt ska läggas vid att främja en god munhälsa, förebygga sjukdom och sjukdomsbehandling. Behandlingen ska vara orsaksinriktad, med fokus på attityd-/beteendepåverkan, fluoridanvändning, goda kostvanor och munhygien/egenvård.

Genomförande

Krav på vårdgivare

Det odontologiska ansvaret för att varje individ får adekvat tandvård ska ligga hos namngiven legitimerad tandläkare och det ska framgå av journalen. Tandvården kan utföras av legitimerad tandläkare, legitimerad tandhygienist eller av tandsköterska, med hänsyn taget till formell kompetens och regler om delegering enligt Socialstyrelsens anvisningar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård - Patientsäkerhet

Vårdgivare som ersätts för barns och ungas tandvård ska:
• vara legitimerad tandläkare eller ha legitimerad tandläkare anställd
• inneha F-skattsedel
• ha en patientförsäkring som gäller de patienter man har vårdansvar för
• uppmärksamma de individuella önskemål och behov som patienten har
• vara väl insatt när det gäller nya riktlinjer, material och metoder
• ska alltid erbjuda en högkvalitativ tandvård.

I övrigt gäller krav på vårdgivare att vara anslutna till det statliga tandvårdsstödet hos Försäkringskassan.

Om vårdgivarens verksamhet upphör eller om verksamheten förändras ska Tandvårdsenheten meddelas senast 3 månader innan.

Ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas vid kliniken, i enlighet med Socialstyrelsens utgivna föreskrifter.

Dokumentation

Journal, röntgenbilder och andra handlingar av betydelse för tandvården ska följa patienten vid byte av vårdgivare. Patienten eller vårdnadshavare måste dock lämna medgivande. Med hänsyn till gällande föreskrifter måste journalhandlingar arkiveras hos ursprunglig vårdgivare.

Odontologiskt omhändertagande

Vården ska inriktas på att förebygga och behandla sjukdom och vid behov åtgärda de skador som uppstår. Det individuella omhändertagandet baseras på:
1. Hälsofrämjande åtgärder, det vill säga stödja den friska individen så att den fortsätter vara frisk
2. Profylax/sjukdomsförebyggande åtgärder vid identifierad sjukdomsrisk, det vill säga åtgärder som görs för att förebygga att sjukdom uppstår eller utvecklas
3. Sjukdomsbehandling som syftar till att behandla och förhindra progression av befintlig sjukdom i munhålan. Uppmärksamma ev mineraliseringsstörningar
4. Reparativa och rehabiliterande åtgärder som görs för att återställa bettet från skador och funktionsförluster.

Anvisning 0–2 år

1-års besöket ska innehålla:
• anamnes
• klinisk undersökning
• information om barnets tänder
• information om munhälsa och om hur karies kan förebyggas
• riskbedömning avseende utveckling av sjukdom i munnen

Undersökning, diagnostik och riskbedömning

- Besökstillfället ska ses som ett tillfälle för vårdnadshavaren att diskutera barnets munhälsa samt få råd om egenvård och hälsobeteende. Besöket är ett viktigt tillfälle för attityd-/beteendepåverkan av vårdnadshavaren
- Kostens samband med karies, avseende innehåll och intagsfrekvens, betonas särskilt
- Motivera för tandborstning med fluoridtandkräm två gånger dagligen utförd av en vuxen
- Vid besöket ska 1-åringen riskbedömas med avseende på framtida kariesutveckling. Grunden för riskbedömningen är anamnes (sociala förhållanden, generell hälsa, eventuell medicinering, kost- och munhygienvanor samt användning av fluoridtandkräm) och en enkel klinisk undersökning. Viktiga iakttagelser kan göras genom att lyfta överläppen och granska överkäksincisiverna
- Vid ökad kariesrisk ges regelbunden profylax
- Öppna kaviteter bör täckas med IRM alternativt glasjonomer, lämpligt med sedering. Vid svårare skador rekommenderas extraktion om indicerat.

Anvisning primära bettet 3–6 år

Undersökning, diagnostik, riskbedömning och terapiplanering

- 3-åringar ska undersökas av tandläkare
- Beakta risken för icke kliniskt diagnostiserbar approximalkaries vid täta approximala kontakter

- Om fullständig undersökning inte kan utföras på grund av rädsla, behandlingsomognad eller om barnet inte samverkar i tandvårdssituationen ska inskolning göras och åtföljas av ny undersökning senast inom sex månader. Om undersökning ej går att utföra trots inskolning rekommenderas sedering som hjälpmedel.

Bettutveckling
- Kommer alla primära tänderna?
- Om frontalt öppet bett, föreligger sugovana?
- Ktr frontal invertering, framförallt om det är tvångsföring.

Profylax
- Sugvanor diskuteras och avvänjning tillrådes. Information om kost och karies till barn och vårdnadshavare
- Tandborstträning vid behov
- Vid djupa fissurer i första molaren och kariesrisk ska fissurförsegling utföras.

Sjukdomsbehandling
- Behandlingen ska vara orsaksinriktad, attityd-/beteendepåverkande samtal med barn och vårdnadshavare
- Primära tänder med apikal parodontit extraheras
- Reparativa och rehabiliterande åtgärder
- Kariesskada i primär tand ska åtgärdas reparativt om kariesangreppet inte bedöms kunna avstanna med sjukdomsbehandlande åtgärder
- Kariesskada ska alltid åtgärdas då risk för tandvärk eller infektionsspridning föreligger.

Anvisningar växelbett 7–12 år

Undersökning, diagnostik och riskbedömning
- Om barnet inte samverkar i tandvårdssituationen trots inskolning, överväg sedering
- Barnet kan förväntas klara tandborstning själv först vid 10–12 års ålder
- Tecken på gingivit, fästeförlust, djupa fickor och tandsten beaktas
- Var uppmärksam på eventuella mineraliseringsstörningar och behandla dessa vid behov.

Bettutveckling
Att kontrollera på barn i åldern ca 7–9 år
- Aplasi eller övertal
- Förstorat horisontellt överbett med läppdysfunktion/ dålig läppslutning. Traumarisk?
- Frontal invertering
- Djupt bett med gingival påbitning
- Om frontalt öppet bett, föreligger sugovana?
- Tvångsförande korsbett
- Saxbett. Visa för ortodontist om fler än en tand eller tvångsfört
- Avvikande eruption av incisiver och 6:or.

Att kontrollera på barn ca 10–12 år
- Var är hörntanden belägen?
- Kommer alla permanenta tänderna? Aplasi? Övertal?
- Diastema mediale, finns det ett förtjockat läppband?
- Förstorat horisontellt överbett med läppdysfunktion/dålig läppslutning eller som är estetiskt störande
- Djupt bett med slemhinnepåbitning
- Retroklinerade överkäksincisiver som hindrar underkäkens tillväxt
- Tvångsförande korsbett
- Saxbett. Visa för ortodontist om fler än en tand alternativt tvångsförande.

Kom ihåg att vid ca *10 års* ålder skall hörntandens läge och position vara kartlagd, och inskriven i daganteckningen. Intraorala röntgen (från två olika projektioner) skall tas om:

- Hörntand inte kan palperas buccalt
- Laterala tippar buccalt/distalt
- Kontralateral har erupterat för mer än 6 månader sedan
- Andra eruptionsstörningar såsom ektopisk eruption av 6: or, agenesi premolarer och infraocklusion av primära molarer har ett visst samband med hörntandsproblematik
- Hereditet, dvs nära släkting som haft hörntandsproblematik
- Vid ektopiskt läge av hörntand är förstahandsterapin att extrahera den primära hörntanden och sedan ta en röntgenkontroll efter 9 månader. Om läget/positionen inte har förbättrats, konsultera en ortodontist
- Om läget/positionen kraftigt avviker från den normala positionen på icke erupterad hörntand så tag gärna *direkt kontakt* med ortodontist så att en adekvat behandling ej fördröjs
- Om misstanke om resorptionsskador på angränsande permanenta tänder föreligger så ombesörj snarast att adekvata röntgen tas och *kontakta ortodontist.*

Profylax

- Information om kost och karies till patient och vårdnadshavare
- Tandborstträning vid behov
- Vid djupa fissurer i premolarer eller molarer och/eller vid hög kariesrisk, ska fissurförsegling utföras.

Reparativa och rehabiliterande åtgärder

- Kariesskada i primär tand ska alltid åtgärdas då risk för tandvärk, infektionsspridning eller risk för ogynnsamma tandvandringar föreligger
- Vid åtgärd av kariesskada på primära tänder ska kvarvarande funktionstid beaktas. Tänder med kort funktionstid kvar i munnen-temporära fyllningar alternativt extraktion för att underlätta munhygienen och förebygga infektion, särskilt 04: or där extraktion oftast är ett bra behandlingsval.
- Fyllningsterapi vid aktiva karieslesioner med kavitetsbildning
- Primära tänder med apikal parodontit extraheras
- Vid behov av omfattande rehabiliterande behandlingar ska behovet av inskolning och risken för tandvårdsrädsla beaktas, särskilt om patienten i dessa åldrar saknar tidigare erfarenhet av behandling.

Anvisningar permanenta bettet

Anamnes

- Sociala förhållanden uppmärksammas
- Kost-, munhygien-, och tobaksvanor diskuteras
- Screening av smärta eller funktionsstörning i käkarna.

Undersökning, diagnostik och riskbedömning

- Förekomst av karies i de tidiga tonåren ökar risken för ny kariesutveckling under perioden
- Vid djupa fissurer i premolarer eller molarer och/eller vid hög kariesrisk, ska fissurförsegling utföras
- Tänder med kort funktionstid kvar i munnen-temporära fyllningar alternativt extraktion för att underlätta munhygienen och förebygga infektion, särskilt 04: or där extraktion oftast är ett bra behandlingsval
- Tecken på gingivit, fästeförlust, djupa fickor och tandsten beaktas
- Vid behov ska specialisttandläkare konsulteras.

Att kontrollera på ungdomar över 13 års ålder

- Finns alla permanenta tänder och har alla eruperat? (OBS! Om permanent tand har erupterat så förväntas kontralateral eruptera inom ca 6 månader, kontrollera att anlag finns om så ej skett)
- Större frontala horisontella avvikelser
- Större frontala samt laterala vertikala avvikelser
- Större transversella avvikelser framför allt om de är tvångsförande eller ger en försämrad tuggförmåga
- Estetiskt störande bettavvikelser (subjektiva och objektiva behandlingsbehov.

Revisionsintervall

Alla 3-åringar ska erbjudas undersökning och behandling. Intervallet mellan övriga undersökningar och behandlingsinsatser ska styras och anpassa efter individens behov. Nationella riktlinjer tandvård 2022

För patienter som är friska och/eller som inte bedöms behöva ortodontisk bettövervakning kan intervallet förlängas till högst 24 månader. Intervallet mellan undersökning av tandläkare kan förlängas till 48 månader om undersökning däremellan utförs av tandhygienist.

Orosanmälan/Uteblivande

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) 14 kap. 1 § andra stycket är samtliga anställda i Region Hallands verksamheter skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om verksamheten får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.
Orosanmälan till socialtjänsten - barn .pdf

Barn som undviker tandvård har ofta ett stort behandlingsbehov. Det är därför viktigt att försöka få kontakt med familjen och motivera till tandvårdsbesök. Se åtgärder för barn med många uteblivande
Barn som misstänks fara illa

Vårdrapportering och riskbedömning

Rapportering i Barn2011 ska ske med följande uppgifter:

- Datum för undersökning
- Undersökning utförd av tandhygienist ska registreras med åtgärdskod 111 eller 112. Tandläkare åtgärd 101
- Datum för nästa undersökning (högst 24 månader)
- Riskgruppering (1,2, eller 3)
- Epidemiologiska data (vid undersökningstillfället)

Akuttandvård

- Vårdgivaren ska vid behov erbjuda akuttandvård för de patienter som är listade hos denne. Akuttandvård ingår i vårdansvaret och ersätts inte särskilt
- Om akuttandvård inte kan erbjudas på grund av att kliniken är stängd, ska patienten hänvisas till annan vårdgivare
- Om akuttandvård ges av annan vårdgivare än den som har patienten listad, ska ekonomisk ersättning lämnas av den vårdgivare som har vårdansvaret.

Trauma

- Traumaskadade tänder skall omhändertas så snabbt som möjligt. För terapival hänvisas till DentalTraumaGuide.org. Dental Trauma Guide – Dental treatment guidelines for primary and permanent teeth.
- Rådgör med specialist i oklara fall. Omhändertagandet är viktigt vid trauma
- Överväg alltid sedering om ett akut behandlingsbehov finns
- Snabb smärtlindring är viktig, ge analgetika så snart patienten kommer till kliniken.

Medicinska riskfaktorer

Odontologiska sjukdomar eller tillstånd får inte försvåra det medicinska tillståndet.
Det finns barn och ungdomar som av olika orsaker har behov av särskilt omhändertagande (se grupperna I och II nedan) och som har en tandvårdsproblematik som följer dem genom hela livet. Det är därför angeläget att vården är strukturerad och långsiktigt planerad.
Baserat på Prioriteringsutredningen Prioriteringar-patientsakerhet.pdf | Vårdgivarguiden kan prioritering av odontologiskt omhändertagande göras enligt följande:

Grupp I
Barn och unga vuxna vars medicinska säkerhet äventyras och vars allmäntillstånd försämras avsevärt om odontologiskt vårdbehov ej tillgodoses.

Grupp II
Prevention, konserverande och rehabiliterande/habiliterande behandling avseende:
- Barn och ungdomar med svår kronisk/långvarig sjukdom och/eller funktionsnedsättning som löper ökad risk för oral ohälsa
- Barn och ungdomar med medfödda eller förvärvade missbildningar i ansikte, käkar eller tänder inklusive mineraliseringsstörningar med uttalad negativ psykologisk konsekvens
- Barn och ungdomar med komplicerade tand- och/eller käkskador efter trauma
- Barn och ungdomar med akuta smärttillstånd
- Barn under 3 år som löper ökad risk för oral ohälsa
- Barn och ungdomar med okontrollerad sjukdomsutveckling i tänder, käkar och övriga orala vävnader
- Barn och ungdomar med omfattande psykologiska behandlingsproblem
- Barn och ungdomar som lever i socialt utsatt miljö

Grupp III
Konserverande och rehabiliterande/habiliterande behandling avseende barn och ungdomar som kräver vård för mindre svåra akuta och kroniska tandsjukdomar och avvikelser i tand- och bettutveckling.

Grupp IV
Gränsfall

Grupp V
Kosmetisk tandvård som inte omfattas av den fria tandvården för barn och unga vuxna.

Barn och ungdomar inom Grupp I ska erbjudas specialisttandvård.
Barn och ungdomar inom Grupp II bör i flera fall erbjudas specialisttandvård.

Sjukdomar/tillstånd som medför ökad risk för orala sjukdomar

Barn och ungdomar med nedsatt allmänhälsa, fysisk och eller psykisk funktionsnedsättning och/eller läkemedelsbehandling har ofta större risk för oral ohälsa. Detta är viktigt att beakta vid riskbedömning, planering av revisionsintervall och vid rådgivning/profylax.

Munslemhinneförändringar hos barn och unga

Vid förekomst av munslemhinneförändringar hos barn och ungdomar behandlas dessa. Om förändringarna är svåra att diagnosticera eller ej svarar på insatt behandling, så är det lämpligt att remittera till pedodontist. Vid behov av kirurgisk åtgärd ska vävnadsprov skickas för PAD. Fotodokumentation ska ske före och efter behandling.

Region Halland

Behandlingssvårigheter

Tandvårdsrädsla är vanligt förekommande hos barn och ungdomar. Ett gott omhändertagande är av största vikt för att skapa trygghet så att behandlingen kan genomföras på ett bra sätt och bygger på barnets bemästringsförmåga. Tell-show-do teknik kan användas i alla åldrar.
Vid behov kan kan farmaka eller lustgas användas för att underlätta behandlingen.
OBS! Sedering tar aldrig tar bort vikten av inskolning, ett gott omhändertagande och god smärtlindring.
Det finns dock flera sätt att underlätta behandlingen med hjälp av olika farmaka. Lustgas är en bra sederingsform för barn och ungdomar som dock kräver viss samarbetsförmåga.

Midazolam

- Midazolam är ett bensodiazepinderivat. Bensodiazepiner är ångestdämpande, lugnande, sömngivande och kan i vissa fall ge amnesi. De har dessutom muskelavslappande och kramplösande effekt
- Midazolam påverkar receptorer i centrala nervsystemet, dessa receptorer är specifika för bensodiazepiner
- Den farmakologiska effekten av midazolam är relativt snabb och tidsbegränsad. Vaken sedering med midazolam medför en svag sänkning av medvetandegrad med intakta skyddsreflexer i svalg t.ex. hostreflexer. Patienten kan hålla fria luftvägar och kan svara på tilltal
- Midazolam har ingen analgetisk effekt men den ångestdämpande effekten kan bidra till minskad smärtupplevelse. Det är av stor vikt att patienten erhåller fullgod lokalanestesi.

Midazolam är ett narkotiskt preparat. Särskilda föreskrifter gäller för kontroll och förvaring. Förbrukningsjournal måste föras. Rätten att förskriva och färdigställa dos är förbehållet tandläkare/läkare och kan inte delegeras.
Sedering får endast utföras av tandläkare som behärskar akutsituationer/komplikationer och har kunskap om bensodiazepiner. Tandvårdens läkemedel | Kunskapsstyrning vård | SKR
FASS VÅRD | Startsida → För dig i hälso- och sjukvården eller på apotek

Rekommendation: **Midazolam APL 3mg/ml rektalgel** för både oral och rektal administrering då användandet av en beredning minskar risk för feldosering.
Det finns inget i beredning som hindrar att rektalberedning ges oralt.

Indikationer

- Barn med måttligt behandlingsbehov som inte kan behandlas konventionellt trots tillvänjning
- Behandlingsomognad på grund av låg ålder eller rädsla
- Akutbehandlingar

Friska barn (ASA 1) eller barn med lätt, välkontrollerad, systemisk sjukdom(ASA 2) kan behandlas utan läkarkontakt (ASA klassificering)

Kontraindikationer

- Överkänslighet
- Porfyri
- Myestena gravis
- Svår njursjukdom
- Svår leversjukdom
- Akut övre luftvägsinfektion
- Sömnapnè

Barn med allmänsjukdom (ASA 3) behandlas endast i samråd med ansvarig läkare/narkosläkare.
Barn som är yngre än 1 år eller väger mindre än 10 kg skall remitteras till specialisttandvården för behandling.

Matkarens
Syfte: Förebygga risk för kräkning - aspiration, leder till snabbare och bättre tillslag vid oral sedering
• Ingen fast föda senare än 2 timmar före behandling
• Klar vätska (vatten, saft) kan drickas fram till behandling
- 72 timmars karens på grapefruktjuice

Rekommenderad dos
Rektal och oral administrering: 0.4/kg kroppsvikt. Max dos 10mg
Tandvårdens läkemedel | Kunskapsstyrning vård | SKR

Tillslag
Oral administration: Midazolam ges 10 - 15 minuter före planerad behandling
Rektal administration: Midazolam ges 5 - 15 minuter före planerad behandling

Duration
1.5 - 3 timmar, maxeffekt efter ca 20 - 30 minuter
Det är individuell variation i både tillslagstid och duration

Biverkningar
- Vanligaste biverkningen är illamående
- Allvarliga biverkningar i form av andningsdepression har rapporterats
- Även agitation, aggressivitet, muskeltremor och kramper har rapporterats
- Antegrad amnesi kan fortfarande finnas i slutet av behandlingen och förlängd amnesi har rapporterats i enstaka fall.

Interaktioner
Interaktioner med andra läkemedel kan förlänga eller potentiera effekten av midazolam
Exempelvis kan viss antimykotika, erytromycin och grapejuice påverka metabolismen av midazolam med förlängd effekt som följd. Även naturmedel Johannesört påverkar metabolism.

Rutin och utrustning vid akutsituation
- Patienten skall aldrig lämnas ensam efter sedering har givits
- Andning och vakenhetsgrad skall observeras under hela behandlingen
- Om komplikation uppkommer skall tandbehandling avslutas omgående, andning övervakas
- och luftvägar hållas fria.
- Är patienten svår att få kontakt med aktiveras patienten.
- Syrgasutrustning skall finnas tillgänglig. Viktigt att veta hur utrustning fungerar
- Ventilationsutrustning - andningsmask i lämplig storlek skall finnas tillgängligt
- Sug färdig att använda skall finnas tillgängligt - viktigt vid kräkning

Skriftlig instruktion om rutiner vid akutläge inklusive telefonnummer dit man vänder sig skall finnas. Viktigt att träna akutrutiner.
Personal som arbetar med sedering skall genomgå HLR och HLR barn regelbundet.
Pulsoximeter (anger syremättnad i blodet och hjärtfrekvens) är ett hjälpmedel för observation.

Doseringsschema för premedicinering med Midazolam rektal lösning 3 mg/ml APL

- Oral eller rektal administration
- 0.4 mkg/kg MAX dos 10 mg

Vikt - kg	ml	mg
10 kg	1.3 ml	4.0 mg
11 kg	1.5 ml	4.4 mg
12 kg	1.6 ml	4.8 mg
13 kg	1.7 ml	5.2 mg
14 kg	1.9 ml	5.6 mg
15 kg	2.0 ml	6.0 mg
16 kg	2.1 ml	6.4 mg
17 kg	2.3 ml	6.8 mg
18 kg	2.4 ml	7.2 mg
19 kg	2.5 ml	7.6 mg
20 kg	2.7 ml	8.0 mg
21 kg	2.8 ml	8.4 mg
22 kg	2.9 ml	8.8 mg
23 kg	3.1 ml	9.2 mg
24 kg	3.2 ml	9.6 mg
25 kg	3.3 ml	10.0 mg Max dos

Behandling av kariessjukdom

För barn, eller grupper av barn som bedöms som riskpatienter, kan fissurförsegling ge ett gott skydd mot karies.

- Fissurförsegling av 6: or och 7: or ger ett mycket gott skydd mot karies och är även en utmärkt inskolningsmetod. Ställningstagande till fissurförsegling görs efter individuell bedömning av tandläkare eller tandhygienist snarast efter tandens eruption
- Motsvarande ställningstagande görs vid 7ornas eruption
- Förseglingen ska vara livslång. Den skall följas upp och revideras vid behov
- Fissurförsegling kan utföras av tandhygienist eller behörig tandsköterska (efter tandläkares diagnos/planering).
- Dentinkaries behandlas enligt principer för remineralisering alternativt med restauration". Remineralisering kan åstadkommas genom intensiv fluorbehandling och brytande av ogynnsamma vanor
- ECC (Early Childhood Caries) behöver behandlas i ett tidigt skede då denna typ av karies progredierar snabbt
- Motiverande samtal bör användas för att försöka motivera patient/familj att bryta ohälsosamma vanor/beteende.

Primära tänder

- Aktiva kariesläsioner utan kavitetsbildning behandlas med att optimera tandborstning med fluoridtandkräm samt förbättra kostvanor
- Initial karies/missfärgning i fissurer kan förseglas
- Aktiva kariesläsioner med kavitetsbildning behandlas med fyllningsterapi, temporär eller permanent, med eller utan exkavering
- All behandling ska föregås av inskolning enligt "Tell show do" modellen
- Invasiv behandling utförs med stöd av lokalanestesi
- Där postoperativ smärta förväntas efter extraktion bör paracetamol ges före eller direkt efter behandlingen
- Överväg premedicinering med midazolam vid behandling av små och/eller behandlingsomogna/rädda barn
- Bevaka eruption av sexårsmolaren och fissurförsegla och/eller behandla tanden med fluorlack.

Permanenta tänder

- Majoriteten av fyllningar utförda på barn och ungdom upp till 15 år utförs på ocklusalytor. Mycket finns att vinna om dessa kariesangrepp kan förhindras
- Ocklusalytor på 6: or och 7: or är som mest sårbara för karies under den första tiden efter frambrott innan ytemaljen hunnit mogna genom fluortillskott via saliven
- Fissurförsegling rekommenderas, även initiala skador/missfärgade fissurer kan med fördel fissurförseglas
- Vid grava skador bör extraktion övervägas och detta skall utföras vid lämplig tidpunkt i samråd med ortodonti och/eller pedodonti.

Behandling av erosioner/mineraliseringsstörningar

Erosioner

- Erosioner blir allt vanligare
- Ytstrukturen vid erosionsskada är antingen blank eller matt. Lesionen kan vara ojämn och uppvisa små konkaviteter. Oftast är ytan dock något avrundad eller platt och ger ibland ett "smält" intryck. Erosioner ses ofta palatinalt på överkäksincisiver i form av cervikala skulderbildningar eller som cuppings på första molaren.
- Orsak till erosioner delas in i yttre (sura produkter som vi stoppar i oss) och inre, vilket är olika tillstånd som medför att surt maginnehåll når tänderna (exempelvis reflux, ätstörningar).

Åtgärd: Utöver intensiv fluoridbehandling krävs utredning och behandling av orsak. Remiss till sjukvården kan bli aktuell.

Vid grava erosionsskador: Samråd med pedodontist.

Mineraliseringsstörningar

- Kan drabba både primära och permanenta tänder. Orsak kan vara ärftlig (Amelogenisis Imperfekta, Dentinogenisis Imperfekta) eller förvärvad med känd (ex fluoros) eller okänd orsak (ex MIH)
- Vid misstanke om omfattande, generell mineraliseringsstörning skall patienten remitteras till specialistklinik för undersökning, diagnos och terapiplanering
- MIH (molar insiciv hypomineralisering) är en tandutvecklingsstörning där emalj på en eller flera permanenta molarer är hypomineraliserad. Ibland i kombination med påverkan även permanenta incisiver
- Hypomineralisering utan substansförlust skall kontrolleras och fluorlackas var 2 -3:e månad under 1: a året
- 1: a molarer med hypomineralisering bör fissurförseglas
- Tänder med mineraliseringsstörning och substansförlust kan inledningsvis åtgärdas med ett glasjonomerbaserat fyllningsmaterial/IRM för att senare åtgärdas mer permanent
- Tänder med hypomineralisering är ofta hypersensibla. Var noga med fullgod anestesi och överväg sedering. Lämpligt att premedicinera med analgetika.
- Vid grava skador bör extraktion övervägas och detta skall utföras vid lämplig tidpunkt i samråd med ortodonti och/eller pedodonti.

Endodontisk behandling
Primära tänder

- Endodontisk behandling av primära tänder utförs generellt inte. Strategiskt viktiga 05:or kan i undantagsfall behandlas med partiell pulpektomi
- Vid läsion eller nekros är extraktion förstahandsval.

Permanenta tänder

- Vid stort behandlingsbehov och stora kariesangrepp kan extraktionsalternativet övervägas
- Vid behov konsultera specialisttandvården.

Parodontala sjukdomar

Gingivit/parodontit

- Tandborstningsinstruktioner skall ges redan vid första kontakten då barnet är mellan 0 – 2 år. Omfattande gingivit/parodontit ska behandlas och följas upp. Det är viktigt att följa upp och utvärdera tandborstinstruktion
- Gingivit som kvarstår trots behandling och god munhygien kan tyda på bakomliggande sjukdom och ska utredas vidare.

Registrering av parodontal sjukdom barn och unga vuxna
3–15 år

- Klinisk bedömning av parodontala vävnader via inspektion och på befintliga btw
- Förekomst av omfattande gingivit och/ eller subgingival tandsten som kan ses på btw föranleder generell registrering av fickdjup och blödning vid sondering
- Tänder under eruption bör ej sonderas
- Speciell uppmärksamhet ägnas åt patientgrupper med dokumenterad högre prevalens av tidig parodontal sjukdom, till exempel diabetes mellitus och Downs syndrom.
- Vid fynd av Aggressive Periodontitis (tidigare Juvenil Parodontit) bör syskon undersökas avseende fickdjup och blödning vid sondering.

15–19 år

- Registrering av fickdjup >4 mm och blödning vid sondering på samtliga tandytor i samband med revisionsundersökning.

Ortodonti

Samverkan mellan allmäntandvård och tandregleringsspecialist

Tandregleringskliniken och allmäntandvården samarbetar när det gäller omhändertagande av barn och ungdomar med bettavvikelser. Regelbundna konsultationsbesök görs efter överenskommelse med specialist i ortodonti.

Bettutveckling

Bettavvikelser ska diagnostiseras och vid behov behandlas. Faktorer av betydelse för bettutvecklingen ska diagnostiseras/registreras, såsom:

- Sugvanor.
- Munandning.
- Återkommande besvär från öron-, näs- och halsregion.
- Oralmotoriska störningar.
- Traumarisk

Tandreglering utförd av Allmäntandvård

Allmäntandläkaren ansvarar för att:

- Diagnostisera aplasier i tid, för att eventuell behandling skall ge bästa möjliga resultat
- Upptäcka bettavvikelser i tid
- Göra nödvändiga registreringar, vid behov ta röntgenbilder och informera patient och målsman inför konsultationen
- Hjälpa till med akutbehandlingar på patient som behandlas på specialistklinik.

Utföra nedanstående behandlingar:

- Bettslipning
- Extraktioner
- Avtagbar apparatur, ex klammerplåt och aktivator
- Cross-elastic
- EOD
- Quad-Helix
- Lingualbåge
- Frenulumplastik

Tandreglering utförd av Specialisttandvård

- Ortodontist ska ge konsultationer efter överenskommelse med allmäntandläkaren
- Vid konsultationen ska ortodontisten göra en bedömning av tandregleringsbehovet
- Patientens och målsmans skall informeras om föreslagen behandling. Om patient avböjer erbjudande om behandling ska tandregleringsspecialisten informera om konsekvenserna av detta. Se bilaga 2
- En tydlig behandlingsplan skall upprättas
- Patienter, som kräver en komplicerad tandregleringsbehandling, skall erbjudas specialistvård om behandlingsbehovet bedömts vara tillräckligt stort
- Kontrakt skall upprättas mellan patient/målsman-vårdgivare på tandregleringsklinik för att klargöra ansvar vad gäller behandlingstider, ekonomiskt ansvar mm
  Se bilaga 1
- Patient, som inte accepterar avslag om önskad behandling, kan begära en bedömning av prioriteringsgruppen i regionen. Ansvarig TR-klinik kallar patienten för fotodokumentation och fallet presenteras för gruppen. Om majoriteten anser att behandling skall erbjudas, är ansvarig TR-klinik skyldig erbjuda detta.

- Om vård ej bör erbjudas, kan patienten behandlas om patient/målsman betalar för vården. Vård mot betalning får endast erbjudas om TR-kliniken kan fullfölja sina åtaganden i övrigt.

Ortodontist avgör vid konsultation eller remiss var eventuell behandling skall utföras.

- Prioritering av tandregleringspatienter sker enligt IOTN-index.
- Vid 16 års ålder skall en slutlig bedömning göras av bettet. Om patienten är nöjd med sitt bett, trots ett IOTN 4–5, skall information lämnas till patient/målsman angående bettfelets omfattning och kostnader om patienten önskar behandling vid en senare tidpunkt. Denna information skall dokumenteras i journalen.

IOTN, Index of Orthodontic Treatment Need

- För att på ett rättvist vis erbjuda och behandla patienter med ett subjektivt och objektivt behandlingsbehov tillämpar vi ett index vid namn IOTN
- IOTN består av 5 grader där 1 är lägst objektivt behandlingsbehov och 5 är det största objektiva behandlingsbehovet. I varje grad (1–5) finns olika undergrupper som benämns med bokstäver
- Grad 1–2 beskriver avvikelser av främst estetisk karaktär eller där risken för framtida negativa konsekvenser för individen bedöms vara liten. Dessa patienter skall inte erbjudas behandling
- Grad 3 innehåller varierande grader av måttliga avvikelser där en professionell bedömning avgör om behandling skall erbjudas eller ej
- Grad 4–5 är av sådan karaktär att behandling bör erbjudas. Negativa konsekvenser av bettavvikelsen finns eller kommer att utvecklas.

Placering i denna 5 gradiga skala avgör inte om behandling skall utföras inom specialisttandvården eller inom allmäntandvården. Beslut om vem som utför vården sker i samråd mellan specialisttandvård och allmäntandvården.

Patienter som inom allmäntandvården bedöms vara IOTN grad 1–2 skall inte visas eller remitteras till specialistklinik. Om patient eller målsman så kräver skall remiss skickas till prioriteringsgruppen för bedömning av behovet. Grad 3–5 visas hos allmäntandläkaren.

IOTN: 5 undergrupper

- Grupp 5: Stort behandlingsbehov
- Grupp 4: Avsevärt behandlingsbehov
- Grupp 3: Måttligt behandlingsbehov
- Grupp 2: Litet behandlingsbehov
- Grupp 1: Inget behandlingsbehov dvs obetydliga avvikelser från idealbettet

Sagitellt

Positiv Horisontell överbitning

- 5.a: Mer än 9 mm hövb
- 4.a: Mer än 6 mm men mindre än 9 mm hövb
- 3.a: Mer än 3,5 mm men mindre än 6 mm med inkompetent läppslut
- 2.a: Mer än 3,5 mm men mindre än 6 mm med kompetent läppslut

Negativ Horisontell överbitning

- 5.m: Mer än -3,5 mm hövb
- 4.m: Mer än – 1mm men mindre än -3,5 mm hövb med tuggproblem eller käkledsbesvär
- 3.b: Mer än -1 mm och mindre än -3,5mm hövb utan funktionella besvär
- 2.b: Mer än 0 mm men mindre än -1 mm hövb

Vertikalt
Positiv Vertikal överbitning

- 4.f: Djupt bett med traumatisk slemhinnepåbitning
- 3.f: Djupt bett med slemhinnepåbitning utan trauma
- 2.f: Djupt bett utan slemhinnepåbitning

Frontalt (neg vövb) eller lateralt öppet bett)

- 4.e: Frontala eller laterala öppna bett med mer än – 4mm vövb
- 3 e: Frontala eller laterala öppna bett mer än -2mm men mindre än – 4mm vövb
- 2.e: Mer än -1 mm men mindre än – 2mm vövb

Transversellt

- 4c: Anteriort korsbett (invertering) eller posteriort korsbett med tvångsföring där tvångsföringen är över 2 mm
- 3.c: Anteriort korsbett (invertering) eller posteriort korsbett med tvångsföring där tvångsföringen är över 1 mm men mindre än 2 mm
- 2.c: Anteriort korsbett (invertering) eller posteriort korsbett med tvångsföring där tvångsföringen är mindre än 1 mm.

Avvikelser enstaka tänder

- 4.d: Avståndet mellan brutna kontaktpunkter är större än 4 mm
- 4.k: Sammanlagda frontala glesställningen är större än en tandbredd
- 3.d: Avståndet mellan brutna kontaktpunkter är större än 2 mm men mindre än 2 mm
- 2.d: Avståndet mellan brutna kontaktpunkter är över 1 mm men mindre än 2mm

Tandantal

- 5.i: Förhindrad tanderuption, retention
- 5h: Agenesi (mer än 1 tand i en kvadrant eller frontsegment) 4.h: Agenesi (1 tand i en kvadrant eller frontsegment)
- 4.x: Övertalig tand
- 4 t: Full eruption hindras av tippad granntand

Exempel på övriga avvikelser

- 4 p: LKG och liknande anomalier
- 5 s: Djupt infraockluderande primära tänder
- 4.y: Avvikande tandanatomi

Aplasier

- Att upptäcka aplasier i rätt tid är viktigt för en genomtänkt planering av vården
- De viktigaste och vanligaste aplasierna är 35, 45 samt 12 och 22. Viktiga tecken på aplasi är utebliven exfoliation 75 och 85 samt stort parallellt diastema 11–21
- Vid diagnostiserad aplasi bör ortodontist konsulteras. Behandlingen bör inriktas på en lösning utan konstgjorda material
- För att ersätta aplasi av 12 och 22 kan man ofta välja att låta sidorna i överkäken vandra fram och låta 13 och 23 ersätta 12 och 22. Beroende på käkarnas relation kan kompensatorisk extraktion i underkäken krävas
- Vid aplasi av den 2: a premolaren bör man i första hand inrikta sig på mesialvandring av molarer. Gäller i båda käkar

- Vid normal käkrelation och om patienten har persisterande 75 eller 85 bör man behålla dessa. Visar de primära tänderna tidiga tecken på att gå förlorade, bör man konsultera ortodontist för ställningstagande till extraktion av 75 och 85 för att tillåta mesialvandring av 36 och 46
- Det är viktigt att informera patienten om risken för restluckor efter extraktioner. Vid stora käkar och normal käkrelation bör implantatstödd protetik övervägas.

Retentionsprinciper

- Efter all tandregleringsbehandling finns risk att tänderna kan flytta sig tillbaka. För att undvika detta får patienterna efter avslutad behandling retentionsapparatur. Det kan vara retainer, essixskena eller retentionsplåt. Det är ortodontisten som bestämmer vilken retentionsapparatur som passar den behandlade patienten.
- I remissvar/epikris från ortodontisten finns rekommendationer om retentionsbehov och fortsatt handläggning av retentionsapparaturen. Fotodokumentation finns i patientens datajournal.
- Det är av stor vikt att retentionsapparaturen kontrolleras avseende på munhygien, kariesförekomst och gingivit i anslutning till retentionstrådar och att passformen av den avtagbara apparaturen kontrolleras och eventuellt justeras.
- Tandregleringskliniken lämnar 1 års garanti på retentionsapparatur. När patienten avslutas och avskrives från avdelningen för ortodonti övergår ansvaret för retentionskontroller till allmäntandvården.

Frakturerad retainer:

- Premolar-premolar (4–4) räcker att den sitter i sin helhet i 1 år. Därefter räcker det generellt med retention 3–3
- Efter 3 år kan man behålla retainer 2–2. Fraktur mellan 2–2 kräver oftast ny retainer
- Essixskena med små hål orsakade av gnisslig/press kräver ingen omgörning. Vid beläggningar på den avtagbara apparaturen kan corega tabletter användas, apparaturen får aldrig kokas
- Vuxna patienter som är tandreglerade kräver oftast permanent retention
- Vid kariesrisk eller tandlossningssjukdom där hygienen inte tillåter fortsatt retention med retainer, överväg att avlägsna den limmade tråden. Då får man acceptera eventuell tandförflyttning. Alternativet är att fortsätta retinera med en essixskena.

Viktigt att veta:

- Det finns ingen garanti avseende tandreglering. Eventuellt recidiv är omöjligt att förutsäga. Risken för att tänderna skall börja flyttas tillbaka minskar efter några år, men likt resterande delar av kroppen förändras även tänderna genom hela livet. Detta är viktigt att patienten upplyses om
- För att resultatet av ortodontisk behandling skall hålla länge är också rekommendationen att patienten behåller retentionsapparaturen en längre period. Om patienten vill vara säker på att tänderna behåller sin nuvarande plats så måste retentionstråden vara limmad på baksidan av tänderna och den avtagbara apparaturen skall fortsatt användas
- Det är mycket viktigt att patientens egenansvar betonas och att noggranna journalanteckningar finns kring de rekommendationer patienten får
- Patienter som är behandlade på tandregleringskliniken i Region Halland får skriftlig rekommendation kring sin retentionsapparatur.

Region Halland

Länkar

Tandvårdslag (1985:125) | Sveriges riksdag

Nationella riktlinjer tandvård 2022

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård - Patientsäkerhet

Orosanmälan till socialtjänsten - barn .pdf

Barn som misstänks fara illa

Samverkan barntandvård och barnhälsovård (BVC)

Startsida - Socialstyrelsen

Mun-H-Center - Mun-H-Center

Hos Ågrenska är det sällsynta vanligt – och viktigt! - Ågrenska - Ett nationellt kompetenscentrum för sällsynta hälsotillstånd och andra funktionsnedsättningar

Dental Trauma Guide – Dental treatment guidelines for primary and permanent teeth.

Tandvårdens läkemedel | Kunskapsstyrning vård | SKR

FASS VÅRD | Startsida → För dig i hälso- och sjukvården eller på apotek

Bilagor

Bilaga 1 – Behandlingskontrakt Tandreglering
Bilaga 2 – Brev till målsman - Tandregleringsanvisning

Uppdaterat från föregående version

Nytt styrande dokument: Råd och föreskrifter, tidigare Råd och anvisningar
Ändrat avgiftsfri ålder tom 19 år (tidigare 23 år)
Lagt till länk Nationella riktlinjer samt uppdatering och komplettering länkar

Region Halland

Bilaga 1 – Behandlingskontrakt Tandreglering

För att uppnå ett bra resultat behöver ditt barn och vi stöd av dig som målsman. Det är därför viktigt att ditt barn använder tandställningar enligt våra anvisningar, följer överenskommen tid och har en god munhygien.

Vad innebär en tandregleringsbehandling?
En tandregleringsbehandling tar tid, den kan ta mer än 2 år att genomföra och ibland innefatta avlägsnande av permanenta tänder. Under behandlingens gång besöker du tandregleringen var 4–12 vecka för att justera tandställningen. För att bibehålla det uppnådda behandlingsresultatet krävs sedan en retentionstandställning under flera år. Den får man i huvudsak sköta själv.

Skador av tandreglering.
För att undvika skador på tänderna är det viktigt att ha en mycket god munhygien, eftersom tandställningen i sig gör att det blir svårare att hålla tänderna rena. Tandköttsinflammation och kariesskador kan uppkomma under behandlingen om man inte sköter sin munhygien mycket väl. Skav mot kinder, läppar och tunga kan uppstå under behandlingen. Tänder kan också kännas lite lösa. Tandregleringsbehandlingen medför en belastning på tänderna som kan göra att rötterna blir kortare eller att tandpulpan skadas. I sällsynta fall kan en tand ta skada av tandförflyttningen så att behandlingen måste avbrytas eller tanden rotfyllas.

Viktigt att veta:

- En god munhygien krävs för att tandregleringen skall påbörjas och kunna slutföras
- Undvik godis och småätande samt söta drycker mellan måltiderna
- Ät inte seg eller hård kost/godis för att förhindra att tandställningen går sönder
- Behandlingen är kostnadsfri t.o.m. det år man fyller 19 år
- Målsman ansvarar för att barnet följer behandlingen och de angivna instruktionerna
- Ditt barn får alltid en ny tid efter besöket hos oss. Tiden lämnas direkt till barnet eller medföljande målsman
- Om nästa tid ligger många månader fram i tiden skickas kallelse per post till folkbokföringsadressen
- Vi påminner normalt sett om tiden via SMS om man har lämnat ett mobilnummer. Uteblivet SMS kan ej ses som att tiden inte gäller
- Tiden räknas som överenskommen och godkänd om tidlapp lämnas till barnet eller skickats per post. Passar inte tiden: Kontakta oss i god tid så ändrar vi den
- Du som målsman är skyldig att informera dig om återbesökstider. I och med undertecknande av detta dokument är målsman betalningsskyldig avseende uteblivandeavgiften.
- Behandlingen förlängs eller avbryts om ditt barn missköter eller inte kommer på överenskomna tider.
- Om man under behandlingens gång flyttar, kan den nya regionen i vissa fall kräva betalning för fortsatt behandling
- Tandregleringen ansvarar inte för att behandlingen förlängs eller inte kan slutföras inom den fria ungdomstandvården till exempel p.g.a. studier eller längre vistelse på annan ort.
- Detta dokument är en journalhandling.
- Dokumentet är giltigt under hela behandlingsperioden, vilken kan sträcka sig över flera år.

Jag/vi tackar JA till tandregleringsbehandling

Bilaga 2 – Brev till målsman – Tandregleringsanvisning

Tackat nej till tandregleringsvisning eller tandregleringsbehandling

Till målsman för

…….

Din son/dotter har idag tackat nej till erbjudande om tandregleringsbehandling, visning för tandregleringsspecialist eller remiss till tandregleringsklinik för bedömning och eventuellt behandling av den bettavvikelse som konstaterats. Om behandlingen sker inom tiden för kostnadsfri barntandvård är den gratis.

En tandregleringsbehandling är oftast en behandling som tar lång tid, den kan vara i upp till 2 år eller längre. Det innebär att om man ångrar sig så sent, att man inte hinner färdigt inom tidsramen för kostnadsfri barntandvård, kommer man att få betala kostnaden för den behandling som sker från och med den 1/1 det år man fyller 20 år.

Om behandling ändå önskas, var god kontakta ansvarig tandläkare snarast.

Med vänliga hälsningar,

……
Tandläkare
Folktandvården