

Prioriteringar och patientsäkerhet i tandvård för barn och ungdomar

**Ett policydokument från
Svenska Pedodontiföreningen
2008**



SVENSKA
PEDODONTI
FÖRENINGEN

Förord

Svenska Pedodontiföreningen är en sammanslutning av tandläkare som är verksamma inom, eller har intresse av, ämnesområdet pedodonti. Föreningen har till uppgift att bevaka frågor som rör ämnesområdet inom såväl specialist- som allmäntandvården. Som ett led i detta har Svenska Pedodontiföreningen arbetat fram ett antal policydokument. Det dokument du nu håller i din hand färdigställdes under 2008 och publicerades på Svenska Pedodontiföreningens hemsida, www.spf.nu, i oktober 2008. Svenska Pedodontiföreningen har även tagit fram policydokument för Etik i barn- och ungdomstandvården samt Kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård. Även dessa går att finna på hemsidan.

Policydokumentet *Prioriteringar och patientsäkerhet i tandvård för barn och ungdom* är en revision och utveckling av ett första prioriteringsdokument som togs fram av en arbetsgrupp inom Svenska Pedodontiföreningen i november 1997. Detta publicerades i Tandläkartidningen 1998. Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) liksom FN:s Barnkonvention ligger till grund för *Prioriteringar och patientsäkerhet i tandvård för barn och ungdom*. Det har tagits fram inom styrelsen och arbetet med policydokumentet har behandlats och redovisats i samband med Förenings- och Årsmöten. I början av 2008 sändes policydokumentet ut till en referensgrupp. I gruppen ingick barnläkare, pedodontister, sjukhustandläkare, professorer i pedodonti vid lärosätena, liksom tandvårdschefer på beställar- och utförarsidan. Dokumentet förelåg färdigt i september 2008 och redovisades då för Svenska Pedodontiföreningens medlemmar i samband med Föreningsmöte vid FDI kongressen i september 2008.

Stockholm oktober 2008

Styrelsen för Svenska Pedodontiföreningen

Gunilla Klingberg, ordförande

Christer Ullbro

Karin Ridell

Ingrid Andersson-Wenckert

Margaret Grindefjord

Sven-Åke Lundin

Georgios Tsilingaridis

Bakgrund

Detta dokument har tagits fram av Svenska Pedodontiföreningen

- som ett led i kvalitetsutvecklingen av barn och ungdomstandvården,
- som ett underlag för vårdplanering för att med beaktande av Tandvårdslagens intentioner kunna säkerställa tillräckliga resurser för olika grupper av barn och ungdomar inom tandvårdens ram,
- för att de grupper som fortfarande har en hög sjukdomsutveckling och hög oral sjukdomsrisk skall garanteras omhändertagande och vård,
- för att genom identifiering av barn och ungdomar med stort odontologiskt vårdbehov öka förståelsen hos sjukvård, förskola/skola och sociala myndigheter för vikten av oral hälsa samt utveckla samarbetet mellan allmän- och specialisttandvård.

Barn- och ungdomspatienten

Barn och ungdomar är individer i psykisk och fysisk utveckling och graden av autonomi varierar beroende på ålder och mognad. Föräldrar, vårdpersonal och andra vuxna har som uppgift att se till barnets bästa och på olika sätt stötta barnet samt vara beredda att vikariera autonomi. En bärande princip i FN:s Barnkonvention är principen om Barnets bästa (artikel 3) som anger att i alla beslut och åtgärder som rör barn och ungdomar skall barnets bästa komma i främsta rummet. Som en viktig del i att förverkliga Barnkonventionen inom hälso- och sjukvården ingår att stärka personalens barnkompetens. Begreppet barnkompetens inbegriper kunskap om barns och ungas behov samt om familjers villkor och situation. Barnkompetens innefattar också kunskap om barns psykiska och fysiska utveckling samt kompetens i kommunikation och bemötande av barn och deras föräldrar/vårdnadshavare. Barnkompetens förvärvas genom formell utbildning, tjänstgöring och långvarig erfarenhet av möten med barn i arbetet (sk förtrogenhetskunskap). Omhändertagandet av barn och ungdomar inom tandvården kräver att personal har hög barnkompetens.

Ansvarig huvudman för barn- och ungdomstandvården har ett lagfäst ansvar att tillgodose samtliga barns och ungdomars vårdbehov på lika villkor samt verka för god oral hälsa genom samverkan med såväl vårdnadshavare som den unga individen. Med tandvård avses såväl prevention som konserverande, rehabiliterande och habiliterande behandling.

Munhälsan kännetecknas idag av en ökad polarisering mellan grupper med god respektive dålig hälsa. Det finns också barn och ungdomar som pga sjukdom, funktionsnedsättning eller annan orsak har behov som ställer krav på ökad kompetens hos behandlaren. Bland dessa barn och ungdomar är det många som har en ökad risk för ohälsa som följer dem genom hela livet. Det är därför angeläget att vården är strukturerad och långsiktigt planerad. Detta ökar trygghetskänslan för barnet/ungdomen och vårdnadshavaren.

Samverkan mellan allmän- och specialisttandvård

Förutom samverkan mellan allmän- och specialisttandvård krävs samverkan mellan odontologiska och medicinska specialiteter såsom barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabilitering, barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri samt med sociala myndigheter, skola och förskola. Detta samarbete lägger grunden för ett kostnadseffektivt omhändertagande genom att diagnostik och terapiplanering genomförs tidigt.

Vid val av behandling ska det vetenskapliga underlaget för behandlingen beaktas, dvs bästa tillgängliga vetenskapliga bevis/ev evidens. För att ge god vård ska evidens kombineras med kliniskt kunnande hos behandlaren och vidare ska patientens unika situation och önskemål vägas in. Då flera typer av behandlingar även inom barn- och ungdomstandvården saknar systematiska utvärderingar av behandlingseffekt ställs krav på kontinuerlig uppföljning och utvärdering av utförd vård och att prioriteringar och på att val av behandlingsmetoder kontinuerligt ses över.

I syfte att säkerställa att barn- och ungdomspatienter får tillgång till god tandvård på lika villkor, vilket är en förutsättning för god hälsa, har Svenska Pedodontiföreningen följande riktlinjer. Riktlinjerna avses vara en hjälp vid planering och fördelning av resurser för barn och ungdom inom tandvårdens område.

Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) redovisar fem prioriteringsgrupper:

Prioriterings- grupp	Vårdinnehåll
I	Vård av livshotande akuta sjukdomar och sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ (lindrande) vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.
II	Prevention med dokumenterad nytta. Habilitering/rehabilitering mm enligt hälso- och sjukvårdslagens definitioner.
III	Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
IV	Gränsfall
V	Vård av andra skäl än sjukdom och skada

Prioriteringar i barn- och ungdomstandvården

Baserat på Prioriteringsutredningen kan prioritering av odontologiskt omhändertagande göras enligt följande:

Grupp I

- Barn och ungdomar vars **medicinska säkerhet** äventyras och vars allmäntillstånd försämras avsevärt om odontologiskt vårdbehov ej tillgodoses.

Grupp II

- Prevention med dokumenterad nytta för odontologiska sjukdomstillstånd.
- 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 bettutvecklingen.

Grupp IV

- Gränsfall

Grupp V

- Kosmetisk tandvård som inte omfattas av den fria barn- och ungdomstandvården, till exempel tandsmykke, tandblekning.

Barn och ungdomar inom Grupp I ska erbjudas specialisttandvård. Barn och ungdomar inom Grupp II bör i flera fall erbjudas specialisttandvård. Denna består i konsultation, terapiplanering eller konserverande/rehabiliterande/habiliterande behandling. Det är huvudmannens skyldighet att tillse att kompetens och resurser på såväl specialist- som allmäntandvårdsnivå finns tillgängliga för dessa patientgrupper.

I övervägandet av val av kompetens- och behandlingsnivå skall alltid barnets bästa beaktas. Detta kan innebära att barn och ungdomspatienten i vissa fall kan behandlas inom allmäntandvården, medan patienten i andra fall måste behandlas inom specialisttandvården. I flera fall kan delar av behandlingen utföras på specialistklinik (t ex utredning och terapiplanering), medan andra delar tas om hand inom allmäntandvården (t ex prevention inklusive individualiserad prevention, konserverande behandling). Beslutet rörande behandlingsnivå fattas utifrån främst medicinska, psykologiska och odontologiska faktorer. Även graden av barnkompetens hos behandlaren inom allmäntandvården måste vägas in. Samarbete mellan allmän- och specialisttandvård är viktigt i många enskilda patientfall.

Vårdbehov och angelägenhetsgrad

Vårdbehov och behandlingens angelägenhetsgrad* påverkas av flera olika faktorer. Dessa beskrivs i fem dimensioner (se bilaga 1):

- medicinska faktorer – innefattar medicinsk sjukdom och risk, fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning samt social funktionsnedsättning,
- psykologiska faktorer – inbegriper barn- och ungdomspatientens förmåga att medverka vid tandbehandling beroende på ålder, kommunikationsaspekter och tandvårdsrädsla,
- odontologiska faktorer – täcker den odontologiska diagnosen, behandlingens komplexitet samt tekniska svårigheter vid behandling,
- akutnivå – tar hänsyn till subjektiva besvär och graden av smärta samt risken för komplikationer om behandlingen fördröjs,
- prevention – innefattar typ av preventiv åtgärd i förhållande till risk för sjukdomsutveckling respektive risker förknippade med genomförande av behandling. Med detta avses t ex fall där det föreligger balans mellan risk- och hälsofaktorer hos en patient, men där patientens sjukdom eller funktionsnedsättning innebär att den odontologiska behandlingen eller orala sjukdomen i sig innebär risk för patienten.

I varje enskilt fall kan patienten bedömas utifrån de olika dimensionerna. Dimensionerna är i sin tur nivåindelade från **Nivå A** som innebär högsta angelägenhetsgrad till **Nivå D** som motsvarar frisk individ i behov av basnivå i det odontologiska omhändertagandet.

Vid prioritering av enskild patient utgår man från indelningen i Grupperna I till V. Därtill görs en bedömning av patientens vårdbehov utifrån de fem dimensionerna och nivåindelningen; patientens behov stäms av mot varje **Dimension** och i varje dimension identifieras den **Nivå** som motsvarar patientens vårdbehov. En patient kan alltså prioriteras i en högre eller lägre Prioriteringsgrupp beroende på angelägenhetsgraden i det odontologiska omhändertagandet utifrån vad som återfinns i de olika dimensionernas nivågrupperingar. Om patienten vårdbehov bedöms ligga i **Nivå A** i någon av dimensionerna ska prioritering till **Grupp I eller II** göras. Om patientens vårdbehov inte bedöms motsvara i Nivå A i någon av dimensionerna sker prioritering till Grupp II till V.

*Förutsättes etablerad behandlingsmetod. I fall med ovanlig behandling ska förväntad nytta och evidens beaktas. Nya, icke utvärderade behandlingsformer bör i första hand genomföras på specialistklinik och förutsätter särskild uppföljning och utvärdering.

Dimension	Nivå A	Nivå B	Nivå C	Nivå D
Medicinska faktorer: medicinsk risk, fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning social funktionsnedsättning	ASA III	Komplex funktionsnedsättning Sällsynt diagnos Utvecklingsstörning Svår neuropsykiatrisk problematik, autism Social riskmiljö Socialt riskbeteende	ASA II Mindre komplex funktionsnedsättning Lätt astma/allergi, Socioekonomisk riskgrupp	Helt frisk
Psykologiska faktorer: omhändertagande, kommunikation, ålder	Fobi	Tandvårdsrädsla Odontt behandlingsbehov hos barn under 3 år Behov av lugn, sedering – komplicerad problematik el behov generell anestesi	Behandlingsvårigheter Talar ej svenska Behov av inskolning Behov av lugn, sedering ej Nivå B	Helt ua
Odontologiska faktorer: odontologiskt tekniskt och/eller komplexitet sällsynthet	Ovanlig patologi Omfattande trauma Svår tandutv störm Svår komplik e trauma Stor cysta	Retinerad tand – kompl kir Tandutv störning – enklare Parod sjukd med bennedbrytn Annan icke ovanlig patologi Komplik e trauma – ej Nivå A Karies – extrema behandlingsbehov	Karies – behandlingsbehov i alla kvadranter Ektopisk eruption	Enstaka kavitet Retinerad tand – ej kompl kir Enkel extraktion
Akutnivå:	Munbottenflegmone Abscess vid öga Käkfraktur Exartikulerad permanent tand	Akut värk Pulpablotta Tandosteit – besvär Collumfraktur Stora luxations-skador	Emalj/dentin fraktur Mindre luxations-skador Tandosteit – ej besvär	Inga subjektiva besvär eller symptom
Prevention:	Individualiserad prevention där behandling/sjukdom kan innebära medicinsk risk	Individuellt riktad basprevention till patient m okontrollerad sjukdoms- utveckling	Gruppbaserad prevention	Basprevention

Referenser

1. Dahllöf G, Hallström U, Klingberg G, Koch G, Lundin S-Å, Mejäre I, Stecksén-Blicks C. Svenska Pedodontiföreningens program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård. Tandläkartidningen 2001; 93: 38-41.
2. FN konventionen om barns rättigheter. Tillgänglig via: <http://www.rb.se/www/sv/Barnkonventionen/>
3. Högström Å, Dahllöf G, Ekman A, Hallström U, Koch G, Palm K, Sundell S. Alla barn har rätt till vård på lika villkor. Tandläkartidningen 1998; 90: 77-8.
4. Klingberg G, Lundin S-Å, Dahllöf G, Erlandsson A-L, Grindefjord M, Hallström U, Koch G, Stecksén-Blicks C. Etik i barn- och ungdomstandvården. Värdegrund och rekommendation från pedodontiföreningen. Tandläkartidningen 2004;96:58-62.
5. SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. <http://www.sbu.se/sv/>
6. SFS 1985:125. Tandvårdslagen
7. SFS 1985:562. Patientjournalagen.
8. SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
9. SFS 2001:453. Socialtjänstlagen.
10. Socialdepartementet. Mötet med barnet. Barnkompetens inom hälso- och sjukvården. Art nr S 2005.031. http://www.sweden.gov.se/download/0cf43344.pdf?major=1&minor=50363&cn=attachmentPublDuplicator_0_attachment
11. Socialstyrelsen. Uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården m.m. (S97/6801/S). 2001. http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=16259934&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfg&host_id=1&page_id=509&query=barnkompetensen&hiword=BARNKOMPETENSEN+ Rapport från arbetsgruppen: http://www.sos.se/FULLTEXT/107/2001-107-13/bilaga.pdf
12. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Del 1: http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou95_501.pdf
Del 2: http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou95_502.pdf



SVENSKA
PEDODONTI
FÖRENINGEN

www.spf.nu

ISBN 978-91-633-3675-1
