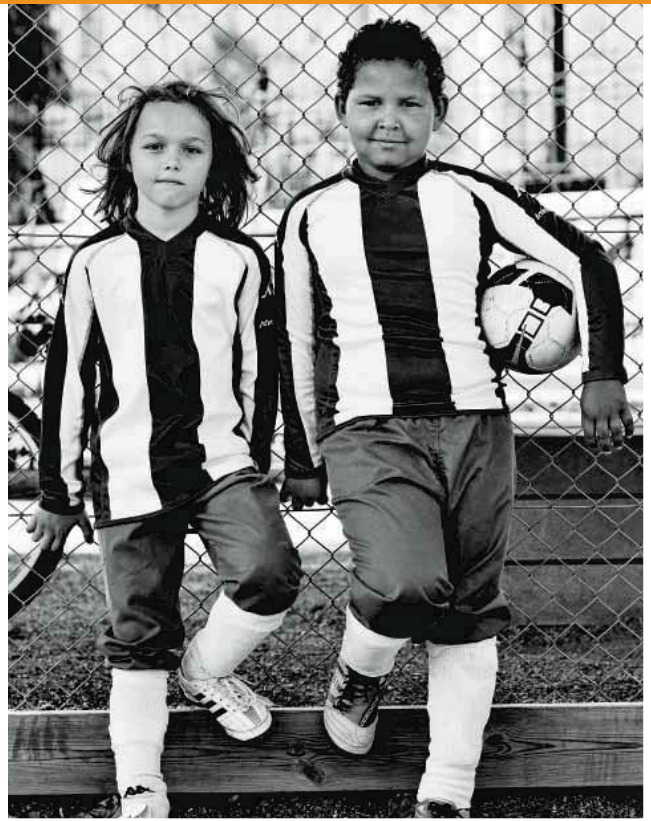




## Program för kariesprevention Barn och ungdomar





## INNEHÅLL

	Sid
<b>Inledning</b> _____	<b>3</b>
<b>Program för att förebygga karies</b> _____	<b>4</b>
<b>Till dig som informerar</b> _____	<b>6</b>
<b>Att förebygga karies hos barn och ungdomar</b> _____	<b>7</b>
<b>Riskgruppering</b> _____	<b>9</b>
<b>Intervall mellan bitewing</b> _____	<b>10</b>
<b>Informationsmaterial till barn och vårdnadshavare</b> _____	<b>11</b>
<b>Litteraturlista</b> _____	<b>12</b>
<b>Bakgrund</b> _____	<b>13</b>

## INLEDNING

Det finns cirka två miljoner barn och tonåringar i Sverige. Tandhälsan har förbättrats över tid, men skillnaderna mellan olika områden ökar. I de flesta områden har så gott som alla 19-åringar en god tandhälsa, men i vissa områden har över 90 procent karies.

Vi på Folktandvården Stockholm arbetar för att göra Stockholms munnar gladare, friskare och mer jämlika. Vårt viktigaste hållbarhetsmål är förbättrad tandhälsa och arbete med förebyggande tandvård för alla. Därför gör vi extra insatser för att förebygga karies hos barn och ungdomar i riskområden. I samarbete med professor Ingegerd Mejäre har vi utvecklat ett preventionsprogram som bygger på aktuell vetenskaplig forskning.

Sedan 2004 genomför vi detta program på alla våra allmäntandvårdskliniker i länet.

Programmet omfattar två delar:

- Ett brett basprogram för alla barn och ungdomar, med fokus på de åldersgrupper som löper störst risk att drabbas av karies (åldrarna 3, 5, 7 och 13 år).
- Ett förstärkt basprogram för riskområden.

De viktigaste insatserna för barnens tandhälsa görs i hemmet, genom bra matvanor och tandborstning med fluortandkräm morgon och kväll. Preventionsprogrammets budskap fluor, vila, vatten, kolla möter barn, ungdomar, föräldrar och andra vuxna på våra kliniker, i skolor, på barnavårdscentraler och i digitala miljöer.

De utvärderingar som gjorts sedan programmet infördes visar att arbetet ger resultat – med ett gemensamt och effektivt arbetssätt med fokus på barn i riskåldrar och i riskområden förbättrar vi tandhälsan i länet.

Preventionsprogrammet är numera tongivande för det förebyggande arbetet i hela landet.

Låt oss fortsätta hjälpas åt att ge alla barn och ungdomar i länet en god tandhälsa!

Stockholm 2018-07-20

Eva Ljung

Vd



# PROGRAM FÖR ATT FÖREBYGGA KARIES SAMMANFATTNING

## BASPROGRAM – GÄLLER ALLA ATV-KLINIKER

### Alla barn/ungdomar i åldrarna 3, 5, 7 och 13 år – riskåldrar för karies

- Undersökning och nödvändig behandling
- Lär ut tandborstningsteknik, gnuggmetoden, och informera om fluor, vila, vatten och nya tänder.

### Så här lär man ut tandborsttekniken

1. Låt barn/vårdnadshavare visa hur de borstar tänderna.
2. Korrigera och visa rätt teknik på barnet. Visa gnuggmetoden.
3. Låt barn/vårdnadshavare visa att de behärskar tekniken.
4. Tandborste delas ut.

**Visa nyframbrutna tänder och eventuellt plack/karies. Dela ut folder för aktuell åldersgrupp.**

### Informera: "Fluor, vila, vatten, kolla!"

Koncentrera informationen till huvudbudskapen:

1. Borsta tänderna noggrant med fluortandkräm i två minuter. Sila skummet mellan tänderna och drick/skölj inte med vatten efter borstning. Barn mellan 0- ca 6 år bör få hjälp med borstning av vuxen, både morgon och kväll. Barn som går i skolan kan träna själva på morgonen men med övervakning av en vuxen. På kvällen bör en vuxen hjälpa barnet med borstningen. För små barn ska tandkrämsmängden anpassas efter barnets ålder, se tabell nedan.
2. Var uppmärksam på nya tänder eftersom de är extra mottagliga för karies. Visa nya tänder i munnen och informera noga om första molaren, sexårstanden.
3. Låt tänderna vila minst ett par timmar mellan varje måltid. Undvik småätande och drick vatten vid törst. Godis högst en gång i veckan (lördagsgodis).

Ålder	Fluorkoncentration	Mängd	Frekvens
6 mån - 2 år	1000 ppm	Ytterst lite på borstens stråtoppar	1 - 2 ggr/dag
2 år - 6 år	1000 - 1450 ppm	Årtstorlek (barnets lillfingernagel)	2 ggr/dag
> 6 år	1450 ppm	Full borste (ca 2 cm)	2 ggr/dag

Källa: [Internetodontologi.se](http://Internetodontologi.se)



0-2 år



3-5 år



5-7 år



9-13 år

## FÖRSTÄRKNING FÖR BARN MED STOR KARIESRISK I RISKOMRÅDE 1-2 (Tandvårdsenhetens områdesindelning)

### Förstärkning för barn med stor kariesrisk

**7- och 13-åringar med stor kariesrisk:** Fluorlacka 6:or och 7:or två gånger med 2-4 veckors mellanrum. Vid båda tillfällena används åtgärd 205.

**Barn med stor kariesrisk:** Upprepa basprogrammet i samtliga åldrar. Ytterligare profylaxbehandling görs efter individuell bedömning.

### Förstärkning för barn/ungdomar med särskilda behov

Tandvårdsrädda barn eller barn med sjukdom/funktionshinder som gör det särskilt viktigt att undvika karies.

6:or bör fissurförseglas så snart de erupterat (*se Guideline Fissurförsegling*). Åtgärd 70A.

## FÖRSTÄRKNING FÖR BARN MED STOR KARIESRISK I RISKOMRÅDE 3-4 (Tandvårdsenhetens områdesindelning)

**2-åringar:** Kallas och behandlas enligt basprogrammet. Undersökning/notering synligt plack och karies (initial och manifest). Nyframbrutna tänder samt plack och karies visas för vårdnadshavaren (vid uteblivande: åtgärd UBP).

**5-7-åringar:** Fissurförsegla 6:or så snart som möjligt efter eruption (*se Guideline Fissurförsegling*). Åtgärd 70A.

**7-åringar:** Fluorlacka 6:or två gånger med 2-4 veckors mellanrum.

Vid båda tillfällena används åtgärd 205 i T4 (vid uteblivande: åtgärd UBP).

**13-åringar:** Fluorlacka 6:or och 7:or två gånger med 2-4 veckors mellanrum. Vid båda tillfällena används åtgärd 205 i T4 (vid uteblivande: åtgärd UBP).

## BASPROGRAMMET – EXTERN VERKSAMHET – GÄLLER ALLA ATV-KLINIKER

**BVC:** Information till **förstagångsföräldrar/vårdnadshavare** (*se informationsmaterial för BVC*).

Åtgärd 201 används i T4 (vid uteblivande: åtgärd UBP).

Registrering i T4 vid BVC-information är obligatorisk. Registrera erupterade tänder samt notera plack/karies. Dela ut Barnboken samt tandborste.

**Skolan:** Lektion i förskoleklass (åk 0) och åk 5, anpassas till områdets språkliga och kulturella förhållanden. Använd Folktandvårdens undervisningsmaterial.

## FÖRSTÄRKNING AV BASPROGRAMMET I RISKOMRÅDE 3-4 – EXTERN VERKSAMHET

**BVC:** Information till **alla nyblivna föräldrar/vårdnadshavare** (*se informationsmaterial för BVC*).

Åtgärd 201 används i T4 (vid uteblivande: åtgärd UBP).

Registrering i T4 vid BVC-information är obligatorisk. Registrera erupterade tänder samt notera plack/karies. Dela ut Barnboken samt tandborste.

**Skolan:** Lektion i förskoleklass (åk 0) och åk 5. Introduktion av fluorsköljning som sedan utförs av läraren 1 gång/vecka eller 2 gånger/mån. Lektionerna anpassas till områdets språkliga och kulturella förhållanden. Använd Folktandvårdens undervisningsmaterial.



## TILL DIG SOM INFORMERAR

Använd informationsmaterialet och informera med hjälp av det. Krångla inte till det och fokusera på våra huvudbudskap, var tydlig och kontrollera att budskapen nått fram.

### Fyra huvudbudskap – fluor, vila, vatten, kolla

- Borsta tänderna noggrant med gnuggmetoden och fluortandkräm i två minuter, morgon och kväll. Sila skummet mellan tänderna och drick/skölj inte med vatten efter borstning.
- Låt tänderna vila, åtminstone ett par timmar, mellan varje måltid (gäller även drycker förutom vatten).
- Drick vatten vid törst. Ät godis högst en gång i veckan. Lördagsgodis.
- Kolla! Var uppmärksam på nya tänder, de är extra mottagliga för karies.

### Till vårdnadshavare med barn 0-2 år

Använd informationsmaterialet för BVC ”Borsta, vila, kolla” och foldern 0-2 år.

**1-åring:** Lyft på barnets överläpp och inspektera överkäksincisiverna. Finns det plack eller initial karies? Informera i så fall om detta och boka tid för uppföljning/behandling.

Notera erupterade tänder samt eventuella fynd i journalen. Tandborste delas ut.

**2-åring:** Lär ut tandborstningsteknik-gnuggmetoden. Drick/skölj inte med vatten efter borstning. Tandborste delas ut.

Betona vikten av vårdnadshavarens hjälp med borstning, både morgon och kväll.

### Till vårdnadshavare med 3-åring

• Lär ut tandborstningsteknik-gnuggmetoden. Drick/skölj inte med vatten efter borstning. Tandborste delas ut.

• Fluor, vila, vatten, kolla – använd foldern 2-4 år när du informerar.

Betona vikten av vårdnadshavarens hjälp med borstning, både morgon och kväll.

### Till vårdnadshavare med 5-åring

• Tala om att första molaren (sexårstanden) kommer inom ungefär ett år. Visa i barnets mun var tänderna bryter fram. Betona vikten av att borsta första molarens ocklusalytor varje dag med fluortandkräm, så snart tanden brutit fram.

• Lär ut tandborstningsteknik-gnuggmetoden. Sila skummet! Drick/skölj inte med vatten efter borstning. Tandborste delas ut.

• Fluor, vila, vatten, kolla – använd foldern 5-7 år när du informerar.

Betona vikten av vårdnadshavarens hjälp med borstning, både morgon och kväll.

### Till vårdnadshavare med 7-åring

• Visa första molarerna (sexårstanderna) i barnets mun. Betona vikten av att borsta dem extra noga.

• Lär ut tandborstningsteknik, gnuggmetoden. Sila skummet! Drick/skölj inte med vatten efter borstning. Tandborste delas ut. Rekommendera att vårdnadshavare hjälper barnet med tandborstning, åtminstone på kvällen, upp till 10-12 års ålder. På morgonen kan barnet träna att borsta själv, vårdnadshavare kan gärna övervaka barnets tandborstteknik.

• Fluor, vila, vatten, kolla – använd foldern 5-7 år när du informerar.

Informera noga om första molarens (sexårstanden) utsatthet och risk för karies.

### Till vårdnadshavare med 13-åring

• Tala om approximalytornas utsatthet och risk för karies. Ta befintliga bitewingbilder (eller informationsbilder om inte egen röntgen finns) till hjälp när du informerar. OBS! Individuell bedömning om det finns behov av röntgen.

• Lär ut tandborstningsteknik, gnuggmetoden. Sila skummet! Drick/skölj inte med vatten efter borstning. Tandborste delas ut.

• Fluor, vila, vatten, kolla – använd ungdomsfoldern när du informerar.



## ATT FÖREBYGGA KARIES HOS BARN OCH UNGDOMAR

### Strategier för kariesprevention

Våra kariesförebyggande åtgärder ska i princip riktas mot populationer (en grupp individer, inte enskilda individer), som vi vet löper relativt sett stor risk att utveckla karies. Det handlar om riskåldrar och riskområden. Vi ska med andra ord använda en populationsinriktad strategi.

### Riskåldrar för karies

Under de första åren efter eruption är tanden som mest kariesmottaglig, det vill säga, risken för karies är störst under den perioden. Därför ska vi koncentrera våra förebyggande insatser på åldrarna:

- 3 år (nyerupterade primära molarer)
- 5- och 7 år (förestående och nyerupterade första molarer, 6:or)
- 13 år (nyerupterade premolärer och andra molaren, 7:or).

Insatserna ska riktas mot alla barn/ungdomar i dessa åldrar.

### Riskområden

Tandhälsan är ojämnt fördelad i Stockholms läns landsting, det vill säga, i några områden finns avsevärt mer karies än i andra. För att minska skillnaderna i tandhälsa ska alla barn och ungdomar, i dessa riskområden, få särskild uppmärksamhet och prioriteras när det gäller kariesförebyggande insatser.

### Evidensbaserade kariesförebyggande åtgärder

Att arbeta med åtgärder som vi vet är kostnadseffektiva är naturligtvis en fördel. Vilka kariesförebyggande åtgärder är då evidensbaserade och kostnadseffektiva? En systematisk genomgång av kariesförebyggande metoder visar att **daglig tandborstning med fluortandkräm** är den mest kostnadseffektiva metoden för att förebygga karies. Enligt samma rapport, och även i en annan systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen, framgår att även **fluorlackning (minst 2 ggr/år)** har en kariesförebyggande effekt, utöver daglig tandborstning med fluortandkräm.

När det gäller **fissurförsegling** med resinbaserade material visar SBU-rapporten att det finns en viss evidens för att metoden har en kariesförebyggande effekt. Förutsättningen är dock att förseglingen är välgjord, och att den följs upp samt att man reförseglar vid behov. Kostnadseffektiviteten i allmänhet är dock osäker. Möjligen kan metoden vara kostnadseffektiv hos barn med hög kariesrisk. Kunskaperna om effektiviteten av fissurförsegling med glasjonomercement är bristfällig.

**Fluorsköljning** har en kariesförebyggande effekt hos individer som inte borstar tänderna med fluortandkräm varje dag. För andra metoder, som till exempel behandling med klorhexidin i olika beredningsformer, finns inget vetenskapligt stöd. För fluortuggummi och fluortabletter finns inte heller något vetenskapligt stöd och Folk tandvården rekommenderar därför inte dessa preparat (*se nationella riktlinjer*).



## **Basprogram för alla barn i riskåldrar för karies**

Vår huvuduppgift är att lära och motivera barn och föräldrar att borsta tänderna noggrant två gånger varje dag med rätt teknik, gnuggmetoden, och med fluortandkräm. Gör de inte redan det då? Nej, en alltför stor del av barnen gör inte det. En finsk studie visar att 32 % av 12-åringar inte borstar tänderna varje dag. En enkätundersökning som våra fluortanter har gjort i åk 5 visar att 23 % av eleverna borstar tänderna en gång per dag eller mer sällan. Vårt mål blir därför att få barn och föräldrar att förstå att regelbunden, noggrann tandborstning är ett effektivt sätt att förhindra karies. Det är vår utmaning. Det kan låta banalt, men det är en utmaning.

## **Förstärkt basprogram för alla barn i riskområden**

Alla 2-åringar kallas till mottagningen. De undersöks och föräldern får information, instruktioner och feedback på tandborstningsteknik, gnuggmetoden. Dessutom fissurförseglas första molarens ocklusalytor, så snart som möjligt efter eruption, på barn med approximal manifest karies/restaureringar i primära molarer. Kan effektiv torrläggning åstadkommas, används resinbaserade material (plast). Är bedömningen att det inte är möjligt att hålla torrt, används glasjonomercement som förseglingsmaterial. Det materialet har relativt dålig retentionsförmåga och därför bör reförsegling göras efter cirka sex månader. I riskområden är det också aktuellt att fluorskölja i skolan. Lokala praktiska förutsättningar får avgöra hur ofta fluorsköljning kan ske. Läraren sköter sköljningen en gång i veckan eller två gånger i månaden. Fluorsköljning ska ske i förskoleklass (åk 0) och åk 5.

I samband med introduktion av fluorsköljningarna ges anpassade lektioner i förskoleklass (åk 0), åk 5 och i förberedelseklasser (FBK), åk 0-9.

## **Information om matvanor och kost till alla barn och ungdomar**

Information om matvanornas och kostens betydelse ska göras på ett enkelt sätt med följande budskap: "Småät inte och låt tänderna vila mellan måltiderna, släck törsten med vatten och ät godis högst en gång per vecka". Effekten av enbart information om kostens betydelse är inte evidensbaserad. Det betyder inte att kostfaktorerna är oviktiga. Information om kostens betydelse ska ges på BVC samt i samband med lektionerna i skolan. Observera att Folk tandvården inte ger råd om amning. Hänvisa vårdnadshavaren till BVC-sköterskan. Där det gäller mat och dryckesvanor är detta till stor del ett kulturellt fenomen. Där behöver vi arbeta mer övergripande tillsammans med andra institutioner. Det är med andra ord till stor del ett folkhälsoarbete och handlar till exempel om att ta bort läskautomater i skolan.



## RISKGRUPPERING

Riskgrupperingen har förenklats, och det finns nu bara två alternativ: liten kariesrisk och stor kariesrisk. Barn/ungdomar som bedöms som ”stor kariesrisk” ska informeras om detta, men eftersom man inte har kunnat visa att det har någon nämnvärd effekt att ge ett avancerat och omfattande individuellt program, ska de i princip ha samma program som alla får vid undersökningstillfällena vid de obligatoriska riskåldrarna (3, 5, 7 och 13 år). De som klassificeras som stor kariesrisk återkommer dock också i icke obligatoriska åldrar och får därigenom information, instruktion och feedback på tandborstning oftare än lågriskpatienterna. Detta gäller som regel. Undantag från regeln finns naturligtvis; det goda omdömet får inte sättas ur spel. Det finns barn och ungdomar där vi av olika skäl måste sätta in speciella förebyggande åtgärder. Men huvudregeln gäller.

### Definitioner på kariesrisk hos barn och ungdomar

**A = allmän risk, K = kariesrisk**

**Liten risk = A0 och A1 samt K0 och K1 Stor risk = A2 och/eller K2**

#### Allmän risk Barn och ungdomar

- A0** Frisk, goda kost- och munhygienvanor.
- A1** Obetydligt behandlingspåverkande sjukdom/medicinering.  
Enstaka åb/ub.  
Mindre goda kost- och munhygienvanor.
- A2** Måttligt behandlingspåverkande sjukdom/medicinering.  
Tandvårdsrädsla, behandlingssvårigheter.  
Frekventa åb/ub, kommunikationskrävande.  
Dåliga kost- och munhygienvanor.

#### Kariesrisk

	Primära bättet Småbarn 3-6 år	Permanent bättet Barn och ungdomar
<b>K0</b>	Kariesfri och utan tidigare restaureringar.	Kariesfri och utan tidigare restaureringar.
<b>K1</b>	Används inte	Fissurkaries (ocklusalt, buckalt eller palatinalt). Enstaka ny eller ej progredierande approximal emaljkarier. Tidigare restaurerad ocklusal karies.
<b>K2</b>	≥ 1 dentinkariesskada. ≥ 1 approximal emaljkariesskada. Tidigare restaurerade kariesskador.	≥ 1 dentinkariesskada el restaurering approximalt. ≥ 1 buckal eller palatinal dentinkariesskada. ≥ 2 nya eller progredierande approximala emaljkariesskador.



## RÖNTGEN

Röntgen ska enbart tas på individuell indikation. Här följer några exempel på faktorer som bör tas med i den individuella bedömningen.

## INTERVALL MELLAN BITEWINGBILDER

Tabell 1 visar basåldrar då bitewingundersökning ska övervägas samt intervall mellan bitewingundersökningar för låg- och högriskpatienter för nya kariesskador och/eller progression av befintliga skador. Exempel på tillfällen med hög risk anges i Tabell 2. Val av intervall baseras dels på resultat från Västerhaningstudien och dels på andra publicerade arbeten [11-13].

**Tabell 1. Bitewingundersökning (bw) hos barn och ungdomar.**

Basåldrar	Intervall till nästa bw	
	liten risk	stor risk
5 år	3-4 år	1 år
9 år	3-4 år	1 år
13 år	2 år	1 år*
15-16 år	3 år	1 år*

\*många skador i emalj-dentingränsen approximant: 6 mån

**Tabell 2.** Exempel på tillfällen med hög risk för nya approximala karies-skador eller progression av befintliga skador, då årliga intervall mellan bw bör övervägas.

1. I primära bettet:  $\geq 1$  approximal dentinskada
2. I växelbettet (6-12 år): första molaren med en skada  $>$  halva emaljens tjocklek
3. Efter 12 –13 års ålder (approximalytor):
  - $\geq 1$  dentinskada eller restaurerad yta
  - $\geq 2$  emaljskador
  - dentinskador som inte restaureras
4. Nyligen restaurerad grannytta (risk för borrhskada)

## INFORMATIONSMATERIAL

### Foldrar som lämnas ut

#### För vårdnadshavare till barn 0-2 år (BVC)

Bra att veta om barnets första tänder

#### För vårdnadshavare till barn 2-4 år:

Viktigt att veta om tänder som växer

#### För vårdnadshavare till barn 5 och 7 år:

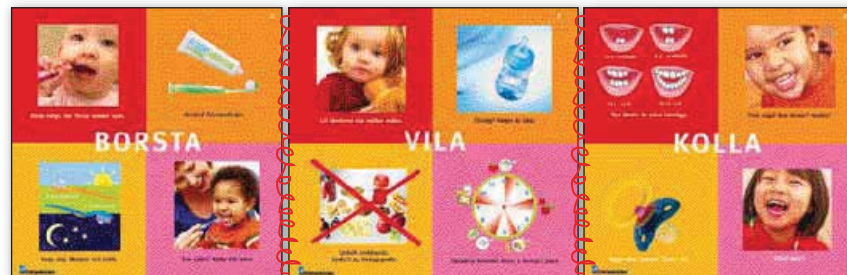
När mjölkttänderna lossnar och nya växer fram

#### För 9-13-åringar:

Nya tänder och hur man sköter dem

#### Arbetsmaterial för informatörer på BVC:

“Borsta, vila, kolla”



#### Lektioner i skolan:

Speciellt framtaget lektionsmaterial ska användas.

#### Övrigt material som ska lämnas ut till vårdnadshavare

Barnboken - Allt du behöver veta om ditt barns tänder.

Uppslagsbok från 6 månader -12 år.





## LITTERATURLISTA

1. Hausen, H., S. Karkkainen, and L. Seppä. Application of the high-risk strategy to control dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2000;28:26-34.
2. Fjelddahl, A. Evaluation of caries prevention - a four year longitudinal study in Swedish adolescents. Licentiate Thesis. Department of Epidemiology, Public Health and Clinical Medicine, Umeå and Department of Social Medicine, Göteborg, 2001.
3. Rose, G., *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press Inc., Oxford, 1995.
4. Stenlund, H, Mejåre I, and Källestål C, Caries rates related to approximal caries at ages 11-13: a 10-year follow-up study in Sweden. *J Dent Res*, 2002; 81:455-8.
5. Mejåre I, Stenlund H, and Zelezny-Holmlund C. Caries Incidence and Lesion Progression from Adolescence to Young Adulthood: A Prospective 15-year Cohort Study in Sweden. *Caries Res*, 2004;38:130-141.
6. Att förebygga karies. En systematisk litteraturöversikt. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. SBU report No161, 2002. In Swedish.
7. Bader J.D, Shugars DA, and Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *J Dent Educ*, 2001; 65: 960-8.
8. Koivusilta, L., et al., Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J Dent Res*, 2003; 82:361-6.
9. Kay, E.J. and D. Locker, Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1996. 24(4): p. 231-5.
10. I. Mejåre, Källestål C, and Stenlund H. Incidence and progression of approximal caries from 11 to 22 years of age in Sweden: A prospective radiographic study. *Caries Res*, 1999; 33:93-100.
11. Mejåre, I. Bitewing radiographs. *Oralprofylaxe*, 2003.
12. Espelid I, Mejåre I, and Weerheijm K. EAPD guidelines for use of radiographs in children. *Eur J Paediatr Dent*, 2003; 4:40-8.
13. Qvist V, Johannessen L, and Bruun M. Progression of approximal caries in relation to iatrogenic preparation damage. *J Dent Res*, 1992; 71:1370-3.

## BAKGRUND TILL KARIESPREVENTIONSPROGRAMMET

### Skrevs när kariesprogrammet utvecklades 2004

Under flera decennier har tandvårdspersonal inom barn- och ungdomstandvården arbetat efter principen att hitta riskpatienter för ny eller mer karies för att kunna ge dem individuellt anpassade förebyggande åtgärder. Det har ofta varit dyra insatser och frågan är hur effektivt det har varit och framför allt hur effektiv den strategin är idag.

Varför arbetar vi på det sättet? Förklaringen är enkel. Vi vet att kariesbördan är ojämnt fördelad; en stor grupp barn och ungdomar har bra tandhälsa medan en mindre grupp har dålig tandhälsa. Så ser det ut idag både i Sverige och i de flesta andra industrialiserade länder. Det är då fullständigt naturligt att falla för frestelsen att satsa på riskbarnen/ungdomarna och att inte bekymra sig över dem som vi menar inte tillhör riskgruppen. De behöver väl inga extra insatser? Med begränsade resurser blir det än mer frestande att arbeta på det sättet.

Detta sätt att använda resurserna för förebyggande tandvård har dock ifrågasatts under de senaste åren, både av forskare och av tandvårdspersonal. Man frågar sig: lönar det sig verkligen att rikta den största delen av kariesförebyggande insatser – med de begränsade resurser vi har till vårt förfogande – mot en liten grupp utvalda individer? Får de bättre tandhälsa och till vilket pris?

Svaret är nej. Det lönar sig inte att lägga den största delen av våra begränsade resurser på individer som är selekterade från en population där resten har relativt god tandhälsa. Det lönar sig bättre att använda resurserna till en god basprofylax till alla. Detta har visats i flera studier. Skälen är säkerligen flera; den utvalda gruppen är svårmotiverad och följer inte våra råd, och vi har inte tillräckligt effektiva kariesförebyggande metoder för individer med hög kariesaktivitet. Ett annat skäl är att våra metoder för riskbedömning inte är särskilt precisa. Det betyder att vi ofta gör felbedömningar, till exempel, en icke riskpatient felbedöms som riskpatient och vice versa.



Folktandvården Stockholms län AB  
Magnus Ladulåsgatan 65, plan 6. Box 6420, 113 82 Stockholm  
Tel 08-123 166 00. [www.folktandvardenstockholm.se](http://www.folktandvardenstockholm.se)