

## STB och F-tandvård – lathund

STB (FK)
För patienter som på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har ett ökat behov av förebyggande tandvård.

DIAGNOSER	Intyg	Salivprov krävs
Ulcerös colit	Behöver inte förnyas	
Chrons sjukdom	Behöver inte förnyas	
Tarmsvikt	Behöver inte förnyas	
Cystisk fibros	Behöver inte förnyas	
Sjögrens syndrom (tidigare HSE S 13)	Behöver inte förnyas	
Muntorrhet pga. strålning inom ÖNH regionen (tidigare HSE S 14)	Behöver inte förnyas	Ja
Organtransplantation	Behöver inte förnyas	
KOL med ordinerad syrgas eller näringsdryck	Behöver inte förnyas	
Immunosuppression pga. läkemedelsbehandling (ATC koder L01 och L04)	Förnyas efter 4 år	
Frätskador och anorexi, bulimi eller reflux. Frätskador ska finnas dokumenterade i journalen.	Förnyas efter 4 år	
Svårinställd diabetes	Förnyas efter 4 år	
Muntorrhet pga. långvarig medicinering (minst 6 månader, om ingen salivsekretion alls räcker 3 månaders lm intag)	Alternativt LM förteckning, förnyas efter 4 år	Ja
Pågående dialysbehandling	Förnyas efter 4 år	

F - grupper (HSE)
För patienter som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling.

DIAGNOSER
1. Svår psykisk funktionsnedsättning
2. Parkinsons sjukdom
3. Multipel skleros
4. Cerebral pares
5. Rheumatoid artrit
6. Systemisk lupus erythematosus (SLE)
7. Sklerodermi
8. Amyotrofisk laterar scleros, (ALS) - OBS! Funktionsbedömning krävs ej
9. Orofacial funktionsnedsättning
10. Kvarvarande symtom 6 mån efter hjärninfarkt eller hjärnblödning(stroke)
11. Sällsynta diagnoser

**Läkarintyg:** högst 3 månader gammalt innan första åtg. påbörjas. Scannas in i journalen.

**Salivprov:** tuggstim högst 0.7 ml/min i 5 min. samt vilosaliv högst 0.1 ml/min i 15 min.

**Förhandsprövas till FK (i undantagsfall) vid osäkerhet om patienten har rätt till STB**

**STB innebär:**

600 kr:1 jan, 1 juli

Kan delas på flera åtg.

Går ej att spara

Inte ersättningsgrundande

Efterhandskontroller

**Användas till åtg.:**

101, 103, 111, 112, 113, 114, 161, 162,

201, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 213, 214, 250, 251, 252

311, 312, 313, 314, 321, 341, 342, 343, 350, 351, 352

Betalning av Frisktandvård.

**Läkarintyg** krav, med funktionsbedömning

Tandvårdsintyg: F 1-11

**Vad ersätts?** Bastandvård. Fast protetik/implantat ingår ej.

OBS! From 2024 ersätts F-tandvård med förhöjd taxa.

**FHB till Tandvårdsgruppen krav vid:**

> 40 000 kr under behandlingsperioden.

Vid all avtagbar protetik förutom rebas, lagning (dvs. åtg. 811, 822, 823, 831, 832, 833, 834, 835, 836).

Tidsdebitering.

Tandreglering.

Åtg. 200-serien > 6 ggr per 12-månadersperiod.

Åtg. 343 > 4 ggr per 12-månadersperiod.

Åtgärder som saknar referenspris