Parodontalvård i allmäntandvården

Syfte
Att allmäntandvården i Norrbotten följer en enhetlig rutin för parodontalvård.

Omfattning
Allmäntandvården Folktandvården, Region Norrbotten.

Parodontal diagnostik vid revisionsundersökning

Vuxna (18 år och äldre)
Screening d.v.s. ficksondering runt alla tänder samt granskning av aktuella röntgenbilder används för att avgöra om fullständig fickstatus behöver tas.

Om ficksondering runt tänder/tandimplantat avslöjar multipla blödande ytor, förekomst av patologiska (blödande) tandköttsfickor på 4 mm eller djupare alternativt rikliga mängder plack/tandsten, så ska fullständig parodontal undersökning (fickstatus, plaqueindex, BVS, mobilitet, furkationsinvolvering) registreras innan behandlingen påbörjas. Ibland behöver nytt besök bokas för denna registrering i Carita (fliken Parod)!

Röntgenbilder som används för diagnostik ska tydligt avbilda bennivån. Vid behov tas stående bitewing samt apikala röntgen av ök/uk front för att kunna bedöma bennedbrytning hos patienter med aktiv parodontit. Patientansvarig tandläkare bedömer behovet av apikalröntgen eller helt röntgentandstatus inkl. panorama (se rutin om röntgen av tandhygienist).

Från 18 års ålder betraktas patienten som en vuxen individ. Parodfliken ska signeras från det året patienten fyller 18 år och framåt. I samband med revisionsundersökning skall fullständig fickdjupsmätning på alla tänder utföras åtminstone en gång mellan **18–19 år**. Ambitionen är att inga ungdomar ska lämna Folktandvårdens organisation med odiagnostiserad parodontal sjukdom.

Barn och unga (under 18 år)
Kliniska riskmarkörer som bör beaktas:

- Supra- och subgingival tandsten.
- Marginal bennedbrytning/vertikala benfickor på röntgen.
- Gingivit som inte läker ut trots behandling.
- Ökat fickdjup vid sondering.

Generella riskfaktorer:

- Genetiska faktorer.
- Etnicitet.

- Systemsjukdomar och syndrom som till exempel Ehler Danlos syndrom, diabetes Typ I, Down syndrom, hypofosfatasi, histosytosis X, Papillon-Lefèvre.
- Rökning.

Det är viktigt att ha tillgång till bra och aktuella röntgenbilder (bitewing) vid diagnostik av karies och parodontit. På röntgen ska man kunna tydligt se och bedöma den marginala benkanten. En ben nivå på 2 mm eller mer från emalj-cementgränsen, förekomst av supra- eller subgingival tandsten eller fördjupade tandfickor indikerar en fullständig fickdjupsmätning i hela bettet oavsett ålder.

Ficksondering bör inte utföras utan indikation innan det permanenta bettet etablerats eftersom det kan skada parodontiet och även medföra feldiagnostik på grund av pseudofickor i växelbettet. Från 15 års ålder utförs däremot screening d.v.s. lätt och skonsam ficksondering runt alla tänder som registreras i R2. Om man hittar patologiska tandköttsfickor eller ser kliniska riskmarkörer går man vidare med en fullständig fickdjupsmätning i hela bettet. Fråga gärna om patientens föräldrar eller syskon har eventuella parodontala problem! Vid behov kan även föräldrar eller syskon behöva kontrolleras med avseende på parodontal situation.

Gällande parodontala klassifikationer (Norrbottens modell)

Klassificering av parodontitpatienter - indelning i sjukdomsstadier.

Sjukdomsstadier		Stadie I	Stadie II	Stadie III	Stadie IV
Svårighetsgrad	Benförlust i röntgenbilder	Inom koronal tredjedel av rot (<15%)	Inom koronal tredjedel av rot (15% - 33%)	Överstiger koronal tredjedel av rot	
	Tandförlust	Ingen tandförlust orsakad av parodontit		Förlust av ≤ 4 tänder orsakad av parodontit	Förlust av ≥ 5 tänder orsakad av parodontit
Komplexitet	Fick djup	Max PPD ≤ 4mm	Max PPD ≤ 5mm	PPD ≥ 6mm	Utöver komplexitet för stadie III: Behov av bettrekonstruktiva åtgärder på grund av: - nedsatt tuggfunktion -tandmobilitet > grad 2 - bettkollaps - tandvandring - < 20 kvarvarande tänder (10 antagonist-par)
	Furkations-involveringar	Inga vertikala bendefekter ≥ 3mm Ingen furkationsinvolvering grad II eller III		Vertikala bendefekter ≥ 3 mm Furkationsinvolvering grad II & III	
Utbredning		Sjukdomens utbredning för varje stadie: Lokal (<30% av tänderna), Generell eller molar/incisiv-mönster.			

Klassificering av parodontitpatienter - prognosgrader.

	Gradering		Grad A	Grad B	Grad C
Kriterier	Direkt bedömning av sjukdomsutveckling (progressionshastighet)	Jämförelse av röntgenbilder över tid beträffande benförlust	Ingen benförlust över 5 år	< 2 mm benförlust över 5 år	≥ 2 mm benförlust över 5 år
	Indirekt bedömning av sjukdomsutveckling (progressionshastighet)	Benförlust/ ålders-score*	< 0.25	0.25 - 1.0	> 1.0
		Case phenotype	Omfattande mängd plack/tandsten och visuella	Mängd plack/tandsten och visuella sjukdomstecken	Omfattningen av stödjevävnadsförlust är stor i
Modifierade faktorer		Rökning	Icke-rökare	Rökare: <10 cig/dag	Rökare: ≥10 cig/dag
		Diabetes	Normala blodsockervärden Ingen diabetesdiagnos	Välinställd diabetes	Diabetes med dålig blodsockerkontroll

*Bedömning av benförlust vid den värst drabbade tanden i förhållande till patientens ålder, d.v.s. benförlust i 1% av rotlängden dividerat med ålder

Klicka gärna på länken för att få dessa klassifikationer i en utskriftsbar kort-version. Ett tips är att välja ”anpassa bladet till en sida” i utskriftsalternativen så ryms innehållet på en sida som kan ”plastas” in för snabbare åtkomst och tillgång i behandlingsrummen.

Parodontal registrering i journaler

Carita

Parodregistrering görs i Carita (fliken Parod). Tandsten registreras som plack. CPI ska inte användas!

För att öka patientsäkerheten och för att kunna mäta antal gjorda parodregistreringar ska alla vuxna patienter (18+ år) som får en revisionsundersökning också ha ett signerat helstatus i parodfliken.

- Är patienten parodontalt frisk (ingen plack, tandsten eller blödande tandköttsfickor på 4 mm eller mer) startas en ny helstatus och signeras tomt.
- Är patienten parodontalt sjuk tas en fickstatus enligt gällande vårdrutin för parodontal sjukdom.

Observera att parodregistrering skall göras och signeras av legitimerad personal.

Om annan personal matar in registrering på sin inloggning ska användare ändras via knappen ”Signera” i knappmenyraden till höger om statusbilden samt att legitimerad personal ska signera.

Använd inte beteckning P1 - P4 i Caritas tandjournal! Sätter man P4 i Caritas tandjournal så ligger den kvar i grafiken tills man aktivt tar bort den.

Dokumentation i VAS

Använd gärna fraser för att förenkla och patientsäkra journalanteckningarna.

Aktuellt

Beskriv eventuella aktuella besvär (tuggproblem, värk, lösa tänder etc.). Sociala faktorer som till exempel skiftarbete, stress, stora händelser eller

ändringar i livet, förändringar i medicinering eller hälsa. Sjukdomsinsikt?
Vad har hänt sen ni träffades sist?

Sjukdomar

Fråga om allmänna sjukdomar samt sjukdomar som associeras med parodontit till exempel Reumatoid artrit, diabetes, hjärt-/kärlsjukdomar, ärftlighet av parodontit, blödningsrisk, aktuell medicinering. Bisfosfonater och skelettstärkande mediciner? Blodförtunnande eller immunsuprimerande mediciner? Infektionskänsliga? Stress? Behov av läkarkontakt eller antibiotikaprofylax vid tandbehandlingar? Uppdatera anamnes!

Hänsyn

Tandvårdsrädsla, funktionshinder, demens, nedsatt motorik eller syn, ev. ekonomi.

Profylax

Rekommenderad munhygien samt patientens kooperation avseende egenvården beskrivs. Ange patientens inställning till egenvården och intresse för behandling.

Röntgen

Beskriv eventuella rtg fynd, ange även om rtg är utan anmärkning. Sub-/supragingival tandsten, nivå och utseende på marginala benkanten, vertikala inslag, furkationsinvolveringar, fyllningsöverskott. Apikala destruktioner, karies, tandsten, frakturer.

Bedömning

Dokumentera vårdplaneringen och alternativa behandlingsförslag, patientens önskemål, intresse för behandling och prognos. Ta upp riskfaktorer (lokala, generella, systemiska), tveksamma tänder, extraktionsmässiga tänder, målsättning.

Status

Beskrivs i löpande text patientens parodontala och peri-implantära diagnoser/tillstånd. Klassificering av parodontitpatienter sker enligt sjukdomsstadier (Stadium 1, 2, 3 eller 4) och prognosgrader (Grad A, B eller C). Parodontitens utbredning/omfattning bedöms enligt följande: lokaliserad (<30% av tänderna), generaliserad eller molar/incisiv-mönster.

Granska även tidigare tagna röntgenbilder och gjorda parodregistreringar för att bedöma om det skett en förbättring, progression eller oförändrat sjukdomstillstånd. Skriv några ord om tobaksbruk, bettfysiologiska faktorer, mobilitet, estetik. Finns det några avvikande munslemhinneförändringar?

Kostnadsförslag

Kostnad för den parodontala behandlingen, utvärdering samt ev. övrig tandvård.

Information

Dokumentera lämnad information om parodontalt status, egenvård, samband parodontit och kronisk sjukdom, rökning, stress samt terapiplan, antal besök mm., ev. skriftlig information.

Daganteckning

Beskriv genomförd vård.

Vårdplan

Behandling som planeras; aktiv parodontal sanering, stödbehandling, remiss till specialistklinik eller konsultvisning. En preliminär terapiplan upprättas och revideras vid behov. Det ska framgå om terapiplanen gjorts i samråd med tandläkare. Vid behov av parodontal stödbehandling ska detta anges samt intervall. Om patienten avböjer föreslagen behandling dokumenteras det.

Prognos

God, tveksam eller dålig. När prognosen går att bedöma dokumenteras det här, för parodontal behandlingen i sin helhet och i förekommande för enskilda tänder.

Epikris

Sammanfattning och resultatet av behandlingen. Framgångsrikt? Restproblem? Patientens medverkan i behandlingen och visat intresse? Framtida prognos? Förslag på stödbehandlingens intervaller.

Debitering

Us debiteras enligt åtg. 101 (tdl), 111/112 (thyg) samt om vidare utredning/terapiplanering utförs vid us tillfället av tdl debiteras då åtg. 103.

Vid gemensam utvärdering hos tdl och thyg används åtg. 103 alt åtg. 107 för tdl vid omfattande parodontal problematik samt åtg. 113/114 för hyg.

Terapiplanering

För att välja lämplig och individuellt anpassad parodontal behandling efter undersökningen, se förenklat vårdprogram.

Terapiplanering utförs i samråd med patienten utifrån undersökningsfynd och patientens önskemål och behov.

Vid undersökning hos tandhygienist där svårbedömt vårdbehov finns konsulteras ansvarig tandläkare för gemensam terapiplanering. Behov av förbe-

handling innan parodontal sanering identifieras och planeras. Detta kan t.ex. vara extraktioner, endodonti, kariologisk behandling, splinting av mobila tänder, inslipning av bettet eller bettfysiologisk behandling.

Förenklat vårdprogram

Friskt parodontium

Hälsopromotion och beröm. Fickstatus öppnas och signeras tomt!

Blödning vid ficksondering

Informera om lämplig och individuellt anpassad egenvård. Fickstatus öppnas och signeras tomt!

Blödning vid ficksondering, supra/ eller subgingival tandsten

1. MID (Motivation, Instruktion och Depuration). Fickstatus öppnas och signeras tomt!
2. Utvärdering vid nästa rev us.
3. Patienter med supragingival tandsten sätts inte upp på kontrollistor.

4–5 mm djup patologisk tandköttsficka

1. MID, plaque registrering, fickstatus, mobilitet, furkar, BVS.
2. Munhygienkontroll 4 veckor efter avslutad behandling (vid behov).
3. Uppföljning efter ca 3 månader. Ev. nytt komplett fickstatus tas och registreras i Carita. Vid utläkning: återgå till normal revision. Vid behov: förnyad MID.
4. Utvärdering vid nästa rev us.

6 mm eller djupare patologisk tandköttsficka

1. MID, plaque registrering, fickstatus, mobilitet, furkar, BVS.
2. Munhygienkontroll 4 veckor efter avslutad behandling (vid behov).
3. Utvärdering hos tandläkare och tandhygienist. Efter ca 3 månader tar tandhygienisten nytt fullständig fickstatus. Utvärdering i samverkan med ansvarig tandläkare, vid behov sambokning. Vid utläkning och infektionskontroll avslutas aktiva fasen och stödbehandling inleds.
4. Vid persisterande fickor på 6 mm eller mer, med inflammationstecken (tandsten, blödning, pus) tas då ställning till fortsatt/kompletterande behandling (redep/op/konsultvisning/remiss parodkliniken/extraktion).

Barn och yngre ungdomar med avancerad, omfattande, grav eller snabbt progredierande parodontit (Stadium 3 eller 4, Grad C)

Behandlas i samråd med pedodontist/parodontolog.

Äldre ungdomar och vuxna med avancerad, omfattande, grav eller snabbt progredierande parodontit (Stadium 3 eller 4, Grad C) samt misstänkt peri-implantit

Behandlas i samråd med parodontolog.

Eventuell protetisk behandling

Utförs efter utvärdering av insatt parodontal behandling.

Stödbehandling av patienter med parodontit

Lämplig stödbehandling för att hålla ”status quo” planeras individuellt (vanligen var 4-6-12 månad d.v.s. 1, 2 eller 3 ggr/år). Stödbehandling är viktigt och effektivt sjukdomsförebyggande åtgärd. Det är önskvärt att patienter som har eller haft parodontit med Stadium 3 och 4, oavsett prognosgrad kan implementeras i ett regelbundet stödbehandlingsprogram för att undvika recidiv av sin sjukdom.

Patienter som är friska, autonoma och utan funktionshinder/nedsättning, informeras tydligt och noggrant om sin sjukdom, förses med individuell munhygieninstruktioner/verktyg vilka förebygger återfall, lämpliga egenvårdåtgärder och uppmuntras till att ta mer egen ansvar för sin munhälsa.

Patienten **informeras** muntligt och i förekommande fall skriftligt via individuellt anpassat informationsblad.