

! Referentgranskad – accepterad  
för publicering 14 april 2022.

# Systematiskt arbetsätt krävs för effektiv parodontal behandling

**Det är tveksamt om kunskapen finns inom svensk tandvård vad gäller aktiv parodontal behandling och parodontal stödbehandling, eller om patienter behandlas slentrianmässigt utan individuell riskbedömning. Bland annat visar resultat från Region Dalarna att den parodontala hälsan har försämrats under de senaste tio åren. Ett systematiskt arbetsätt krävs för att ta tillvara tandvårdens resurser effektivt, skriver författarna till denna artikel.**

”Är vår parodontala stödbehandling hållbar?” var titeln på en av programpunkterna vid 2021 års odontologiska riksstämma i Älvsjö, Stockholm. Artikel-författarna presenterade då vad de nationella riktlinjerna förespråkar gällande förekomst av parodontit och parodontal behandling. Innehållet i denna artikel har sin utgångspunkt i den föreläsningen.

## OROANDE UTVECKLING

Prevalensstudier har visat att den svenska befolkningen blivit parodontalt friskare under de senaste 40 åren [1]. Emellertid är det också klarlagt att parodontitens utbredning och allvarlighetsgrad hos yngre vuxna har ökat de senaste åren [2]. Dessutom uppvisar var femte patient tecken på parodontal

sjukdom, antalet patienter med fördjupade tandköttsfickor ökar upp till 70 års ålder men endast var fjärde patient med parodontit får infektionsbehandling [2]. Det är därför relevant att ställa sig frågan om den svenska parodontala vården är hållbar, eller om svensk tandvård lutat sig tillbaka och mis-sat en negativ utveckling.

Det är tveksamt om kunskapen finns inom tandvården vad gäller aktiv parodontal behandling och parodontal stödbehandling (fakta 1), eller om patienter behandlas slentrianmässigt utan individuell riskbedömning. Oroande resultat från Dalarna visar att den parodontala hälsan försämrats de senaste tio åren [3, 4]. Den marginala benförlusten har röntgenologiskt ökat sedan 2008 (figur 1). Tandsten, som



## Författare

**Kristina Edman** (bild),  
forskningsstrateg,  
tandhygienist, PhD,  
Region Dalarna, Uppsala  
universitet.  
E-post: kristina.edman@  
regiondalarna.se

**Ann-Marie Roos  
Jansåker**, docent, spe-  
cialist i parodontologi,  
Region Blekinge, Malmö  
universitet.

## Fakta 1. Aktiv parodontal behandling och parodontal stödbehandling

● **Aktiv parodontal behandling**  
avser behandling av olika stadier av  
parodontit.

Behandlingen innefattar informa-  
tion om parodontitens orsaker och  
sjukdomsförlopp, beteendeför-  
ändringar (munhygieninformation  
och information om tobak) samt  
supra- och subgingival mekanisk in-  
fektionssanering kvadrantvis, alter-  
nativt ”full mouth” där rengöringen

sker vid ett till två tillfällen inom 24  
timmar. Kirurgisk behandling kan  
också bli aktuell [12].

● **Parodontal stödbehandling**  
avser uppföljning efter en avslutad  
aktiv behandling där antingen ett  
lyckat resultat har uppnåtts eller  
där det kvarstår parodontal inflama-  
tion och patienterna riskerar att  
återinsjukna i parodontal sjukdom  
eller att den progredierar.

Det individuellt utformade stöd-  
behandlingsprogrammet innefattar  
kontroll av den parodontala hälsan  
och riskfaktorer, reinstruktion i  
munhygien, subgingival rengöring i  
kvarstående fickor samt profes-  
sionell mekanisk borttagning av plack.  
Intervallen är individuella (2–4  
gångar/år) och tar 45–60 minuter  
[12].

är en riskfaktor både för att utveckla parodontit och för progression av sjukdomen [5], har ökat från 13 procent 2003 till 38 procent 2018 (figur II), och det är dessutom synligt på röntgen. Vad denna ökning beror på är svårt att säga då patienterna som besökte tandvården regelbundet uppgav att förebyggande vård är viktig. En ökning av tandstensförekomst sågs även i den senaste Jönköpingsundersökningen [6].

### STORA RISKER FÖR ALLMÄNHÄLSAN

Den ökade parodontala ohälsan är bekymmersam, då den innebär stora risker för allmänhälsan och det allmänna välbefinnandet. På senare år har det publicerats ett flertal rapporter om sambandet mellan parodontit och allmänhälsa, till exempel hjärt-kärlsjukdom [7], diabetes [8] samt graviditetskomplikationer [9]. Mot denna bakgrund kan inte vikten av god munhygien för inflammationsfrihet nog betonas och Svensk förening för parodontologi och implantologi har tillsammans med obstetriker och barnmorskornas föreningar enats om ett informationsmaterial till gravida och vårdpersonal, där vikten av god munhälsa framhålls (under bearbetning).

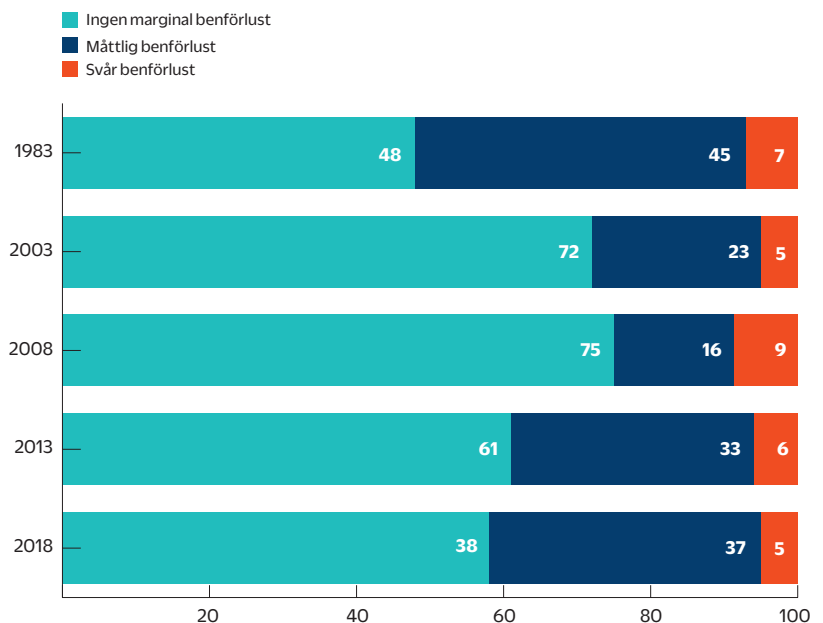
Tandhygienisterna har en viktig roll i behandlingen av patienter med parodontal sjukdom. Enligt Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPa) utför tandhygienisterna 95 procent av alla åtgärder registrerade för munhygien och supragingival infektionskontroll [10].

Hälso- och sjukvårdslagen anger en god hälsa på lika villkor för befolkningen som viktig [11], och tandvårdslagen anger att vården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på god tandvård och att särskild vikt ska läggas på förebyggande behandling [12]. För att förebygga och lyckas med behandlingen av parodontala sjukdomar krävs supragingival infektionskontroll, och patientens dagliga kontroll av biofilmen är det första steget i behandlingen av parodontit [13].

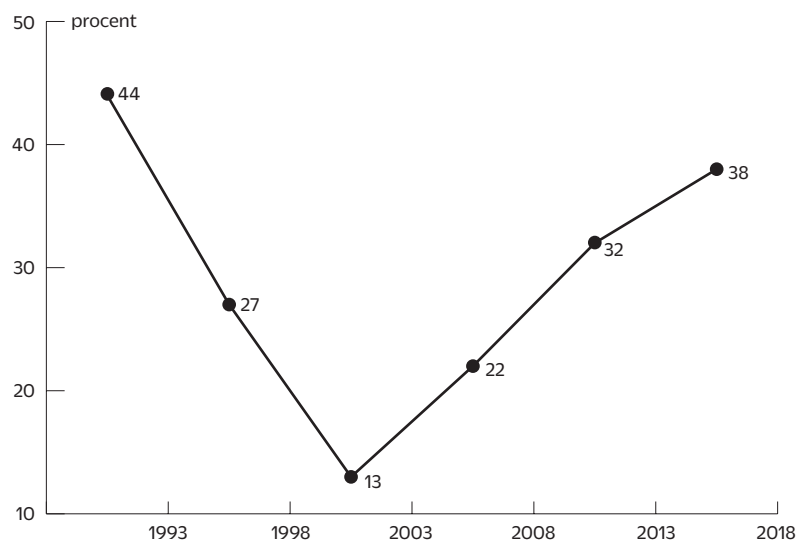
Stort fokus läggs på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i de nationella riktlinjerna (NR). Alla som besöker tandvården och är friska i munnen bör få hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling för att kunna ta ansvar för sin munhälsa på bästa sätt. Förutom patientutbildning klargörs vikten av att tidigt ställa diagnos och behandla sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat, med målet att etablera infektionskontroll och därmed förhindra omfattande framtida behandlingsbehov och lidande för individen.

### SAMARBETE KRÄVS

Samtalsbaserade metoder som motiverar patienter att ändra ohälsosamma levnadsvanor, som bristande munhygien, tobaksbruk och ohälsosamma kostvanor, ska användas, enligt NR. Tandhygienisten har kompetens att arbeta med beteendeför-



Figur I. Utvecklingen av benförlust 1983–2018.



Figur II. Andel individer med tandsten synlig på röntgen, 1993–2018.

ändringar, till exempel genom rådgivande samtal, men NR rekommenderar också kvalificerade rådgivande samtal (tidigare beteendemedicinsk prevention och behandling), och här behöver sannolikt tandhygienistens och tandläkarens kompetens ökas. NR är kända av tandhygienisterna men följs i



## ”Tandhygienisten kan inte ensam ansvara för parodontal patienten, utan samarbete med tandläkare krävs.”

varierande grad, och tyvärr har det påvisats att ”de vet vad de ska göra, men gör som de alltid brukar göra” [14]. Hinder som identifierats gällande den parodontala vården är avsaknad av etablerade rutiner, kulturen på kliniken, brist på motivation och förmåga att samarbeta med patienten, brist på tid och reflektion, ekonomiska krav på vård och brist på intresse och stöd från tandläkare [14].

Tandhygienisten kan inte ensam ansvara för parodontal patienten, utan samarbete med tandläkare krävs. Tyvärr anser en av tre tandhygienister att de har varierande eller frånvarande stöd från tandläkare och ledning, vilket påverkar deras arbetssituation negativt [15]. Uppfattningen att ens yrkeskompetens utnyttjades väl i daglig praxis och ett gott stöd från kollegor har visat sig var förknippad med hög arbetstillfredsställelse [15].

Både den aktiva behandlingen och stödbehandlingen ska vara individanpassad. Att ställa en diagnos (definitionen av ett tillstånd) är en förutsättning för att kunna planera och utföra en så optimal behandling som möjligt. För detta krävs ett bra underlag i form av status och röntgen. Utifrån dessa insamlade uppgifter kan diagnosen ställas, risk- och prognosbedömning göras samt en terapiplan upprättas. Den individualiserade riskbedömningen är ofta bristfällig och behandlingsbehovet är ofta inte relaterat till antal tandvårdsbesök [16]. Detta kan resultera i antingen överbehandling eller underbehandling, det vill säga en icke jämlik tandvård, samt felanvändning av resurser, vilket inte är etiskt försvarbart. Patienterna betalar för sin vård och de ska varken behöva betala onödig behandling eller sådant som inte utförts.

De som behöver vård ska behandlas utifrån vedertagen vetenskap. Individuellt utformad och effektivt utförd stödbehandling efter avslutad aktiv

behandling har stor effekt för att uppnå infektionskontroll, enligt NR. Regelbunden stödbehandling är nödvändig för ett långsiktigt bestående behandlingsresultat. Den ska vara individanpassad, vanligtvis 2–3 tillfällen per år (ibland 4), och man får räkna med 45–60 minuter per tillfälle.

Anmälningar till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) påvisar brister i omhändertagandet av patienter med parodontit i form av avsaknad av diagnos, röntgenbilder och terapiplan eller bristande information till patienten om allvarlighetsgrad av sjukdomen. Sveriges parodontologer ser med oro på försämringen av både diagnostik och behandling av parodontal sjukdom. Ett systematiskt arbetssätt krävs för att ta tillvara tandvårdens resurser effektivt. Tandhygienisterna, tandläkarna, lärosätena och tandvårdsledningarna behöver rannsaka sig själva för att Sverige ska kunna hålla den höga standard på parodontal vård som vi är kända för!

### SAMMANFATTNING

Parodontit är en kronisk sjukdom som kräver livslång bevakning. Rekommendationer som främjar hälsa och förebyggande av sjukdom ska ges, och korrekt diagnostik, riskbedömning och behandling ska utföras. Vid sjukdom ska en individbaserad, aktiv behandling ges utifrån ställd diagnos. Därefter ges en individanpassad stödbehandling baserad på utfall av den aktiva behandlingen och riskbedömningen. För att kunna ge adekvat behandling och jämlik tandvård är rätt ställd diagnos och riskbedömning avgörande.

### OMNÄMNANDE

Med stöd av Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi samt Sveriges Tandhygienistförening. ●

## Referenser

1. Wahlin Å et al. Secular trends over 40 years of periodontal health and disease in individuals aged 20–80 years in Jönköping, Sweden: Repeated cross-sectional studies. *J Clin Periodontol* 2018; 45 (9): 1016–24.
2. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. Årsrapport 2020.
3. Edman K. EpiWux 2018 – Munhälsa och tandvård i Dalarna. Länk till rapport: EpiWux 2018 (regiondalarna.se).
4. Edman K et al. Periodontal health and disease in an older population: A 10-year longitudinal study. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2021; 00: 1–8. DOI:10.1111/cdoe.12656.
5. Ramseier CA, Anerud A, Dulac M, Lulic M, Cullinan MP, Seymour GJ et al. Natural history of periodontitis: Disease progression and tooth loss over 40 years. *J Clin Periodontol* 2017; 44 (12): 1182–91.
6. Norderyd O et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jonkoping, Sweden, during 40 years (1973–2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2015; 39 (2): 69–86.
7. Sanz et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *J Clin Periodontol* 2019; 47: 268–88.
8. Sanz M et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol* 2018; 45 (2): 138–49.
9. Sanz & Kornman. Working group 3 of joint EFP/AAP workshop 2013. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol* 2013 Apr; 40 Suppl 14: 164–9. DOI: 10.1111/jcpe.12083.
10. Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit. Årsrapport 2019.
11. Hälso- och sjukvårdsplan (2017:30) SFS 2021:648.
12. Tandvårdslagen (1985:125).
13. Sanz et al. Treatment of stage I–III periodontitis. The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020 Jul; 47 Suppl 22: 4–60.
14. Liss A et al. Complexity of best-evidenced practice in periodontal therapy: Views of swedish dental hygienists. *Int J Dent Hyg* 2020. DOI: 10.1111/idh.12431.
15. Liss A et al. Professional competencies and work-related support in relation to periodontal therapy and work satisfaction: A questionnaire study among swedish dental hygienists. *Int J Dent Hyg* 2018; Vol 16 Issue 3: 349–56.
16. Milosavljevic A et al. Assessment of prognosis and periodontal treatment goals among general dental practitioners and dental hygienists. *Oral Health Prev Dent* 2016; Vol 14 Issue 5: 433–41.