

Nationella riktlinjer för tandvård

Metodbeskrivning

Bilaga

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Förord

Detta dokument är en bilaga och ingår i *Nationella riktlinjer för tandvård*. Dokumentet ger dels en generell beskrivning av Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) och socialtjänst, dels en beskrivning av vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna för tandvård.

Förutom denna bilaga består riktlinjerna även av dokumentet *Stöd för styrning och ledning* samt ett antal bilagor med bland annat kunskapsunderlag, hälsoekonomiskt underlag, indikatorer och en tillstånds- och åtgärdslista.

Mattias Fredricson
Enhetschef
Nationella riktlinjer och screening

Innehåll

Förord	3
Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer	6
Varför vi tar fram nationella riktlinjer	6
Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde	7
Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad	8
Hur vi tar fram kunskapsunderlag	9
Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder	13
Hur vi tar fram nationella indikatorer	16
Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning	17
Hur vi för en diskussion om riktlinjerna	18
Referenser	19
Bilaga 1. Frågeställningar som utgått	20

Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer

Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens mål med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Syftet med de nationella riktlinjerna för tandvård är att bidra till att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp, för att på så sätt höja kvaliteten i tandvården. De nationella riktlinjerna ska även bidra till att tandvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på frågor där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare och tandvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågeställningar inom ett område. En nationell riktlinje ger rekommendationer om åtgärder på grupp-nivå och kan med fördel vara en utgångspunkt när regionerna tar fram kunskapsstöd så som vårdprogram och vårdförlopp. Riktlinjerna innehåller däremot inte rekommendationer om hur tandvården ska organisera sig.

Beslut om vilka riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram fattas av myndigheten. Regeringen kan också ge myndigheten i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

Varför vi tagit fram nationella riktlinjer för tandvård

Denna version av de nationella riktlinjerna för tandvård är en revidering av *Nationella riktlinjer för vuxentandvård* som publicerades 2011. En revidering innebär en större omarbetning av en befintlig riktlinje där flertalet rekommendationer utvärderas på nytt, rekommendationer kan därför både tillkomma och utgå. Socialstyrelsen ser regelbundet över och förvaltar de nationella riktlinjerna för att dessa ska vara uppdaterade avseende det aktuella kunskapsläget.

Revideringen av dessa riktlinjer syftar till att säkerställa att riktlinjerna är aktuella på så sätt att de innehåller relevanta rekommendationer som baseras på bästa tillgängliga kunskap samt följer Socialstyrelsens metod och format för nationella riktlinjer.

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med en riktlinje skapas en lista med tillstånd och åtgärder, så kallade tillstånds- och åtgärdspar. Med tillstånd menar vi ett hälsotillstånd som en person kan ha i form av en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana. Ett tillstånd kan också vara risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar. Ett tillstånd kan även vara avsaknaden av en riskfaktor eller sjukdom.

Till varje tillstånd kopplar vi en åtgärd som är möjlig att utföra. Med åtgärder menar vi allt från en behandling eller insats till förebyggande, diagnostiska och uppföljande åtgärder. Exempel på åtgärder är stegvis exkavering (vid djup dentinkaries), inskolning i tandvården enligt metoden tell-show-do (vid tandvårdsrädsla hos barn) och kvalificerat rådgivande samtal (för att uppnå rökstopp inför en operation hos vuxna som röker).

Eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de frågor inom ett område där det finns behov av vägledning kan det finnas många tänkbara tillstånds- och åtgärdspar som inte inkluderas i riktlinjerna.

Hur vi avgränsat riktlinjerna för tandvård

Större delen, cirka 300, av rekommendationerna som publicerades 2011, finns kvar. Flertalet av dem har uppdaterats genom att nya litteratursökningar har genomförts och nya studier har granskats. Endast i ett fåtal fall har uppdateringen lett till att rekommendationen har ändrats (se versionshistoriken längst ned i varje enskilt kunskapsunderlag). Vi har strukit vissa av rekommendationerna från 2011, till exempel när en behandling har blivit inaktuell eller när tandvården inte längre behöver vägledning (se bilaga 1 i detta dokument). Några rekommendationer har även slagits ihop eftersom de baserades på samma vetenskapliga grund och hade samma prioritering.

Sedan 2011 har riktlinjerna utökats med rekommendationer för två nya grupper: barn samt personer som behöver särskilt stöd på grund av funktionsnedsättningar med mera. Några nya områden har också tillkommit: implantatkirurgi (med rekommendationer om att installera implantat) och odontologisk radiologi (med rekommendationer om datortomografi). Dessutom ligger större fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder för att bibehålla eller förbättra munhälsan och en del av de rekommendationer som ges inom detta område är hämtade från *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [1] (detta gäller kunskapsunderlagen med id-nummer 5, 6, 7, 8, 9, 10, 99, 100 och 101, vilka är markerade med * i TÅ-listan). Terminologin inom detta område har anpassats för att ge enhetliga budskap till patienterna från tandvården och den övriga hälso- och sjukvården (se tabell 2 i huvudrapportens bilaga 3, *Versionshistorik*).

Sedan 2011 har Socialstyrelsens mallar för kunskapsunderlag uppdaterats, och eftersom vissa underlag är kvar oförändrade sedan dess medan andra har

uppdaterats eller tagits fram från grunden, skiljer sig utformningen och layouten åt mellan olika kunskapsunderlag i bilagan *Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag*.

Hur vi bedömer tillståndets svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna görs en bedömning av tillståndets svårighetsgrad. Svårighetsgraden avgörs utifrån aktuellt hälsotillstånd och risken för framtida ohälsa.

Bedömningsarbetet utgår från en matris för att, på ett överskådligt sätt, kunna väga samman varje tillståndets påverkan på livskvalitet och livslängd. I matrisen beaktas symtom (fysiska eller psykiska) och funktionsnedsättningar, samt de praktiska och sociala konsekvenser som funktionsnedsättningarna medför. Även frekvensen med vilken tillståndet gör sig påmint beaktas. Matrisen tar också hänsyn till tillståndets varaktighet, risken för framtida livskvalitetspåverkan vid utebliven åtgärd och risken för förtida död.

Den sammanvägda svårighetsgraden av de olika dimensionerna bedöms sedan enligt en fyrgradig skala:

- mycket stor svårighetsgrad
- stor svårighetsgrad
- måttlig svårighetsgrad
- liten svårighetsgrad

I graderingen eftersträvas ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom det egna området. Mycket stor svårighetsgrad står med andra ord för betydande eller långvariga inskränkningar av hälsan eller stor risk för förtida död alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

Hur vi bedömt tillståndets svårighetsgrad i riktlinjerna för tandvård

Hälsotillståndets svårighetsgrad avgörs av hur mycket tillståndet påverkar personens munhälsa, och i vissa fall personens allmänna hälsa.

I den aktuella riktlinjen är det projektledningens experter på området som har utfört bedömningarna av svårighetsgrad för de nya kunskapsunderlagen. De har utgått från de olika aspekterna som nämns ovan, med stöd av matrisen och Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.

I de kunskapsunderlag som togs fram 2011, var det experter inom de olika områdena, som tillsammans med prioriteringsgruppen, utförde bedömningen av svårighetsgrad. De dimensioner som ingick i bedömningen av svårighetsgrad 2011 var a) smärta och obehag b) vävnadsskada c) funktion mätt som förmåga att äta, tugga och tala samt d) tillståndets påverkan på individens psykosociala situation. Bedömningarna från 2011 respektive 2021 är jämförbara eftersom de dimensioner som har bedömts, väsentligen inte skiljer sig åt.

I den aktuella riktlinjen varierar svårighetsgraden från liten till mycket stor bland de tillstånd som har bedömts och de anges dels i kunskapsunderlaget, dels i den externa bilagan *Tillstånds- och åtgärdslistan*.

Hur vi tar fram kunskapsunderlag

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag

Socialstyrelsen samarbetar med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) vid framtagandet av de vetenskapliga underlagen. Båda myndigheterna använder sig av samma metodik för att söka, granska och sammanställa resultat från vetenskaplig litteratur även om tillvägagångssätten ibland kan skilja sig något. Information om SBU:s metod finns på www.sbu.se. Vetenskapliga underlag framtagna av SBU finns även publicerade på deras webbplats.

Socialstyrelsen anlitar vetenskapligt meriterade experter inom aktuellt riktlinjeområde för att granska vetenskapliga studier som ska ligga till grund för det vetenskapliga underlaget. Med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister gör experterna en systematisk litteratursökning. I första hand söker informationsspecialisterna efter systematiska översikter, och i andra hand efter enskilda studier.

De effekter av en åtgärd som vi avser att utvärdera ska i första hand vara till särskilt stor nytta för patienten. Exempel på sådana mått är förbättrad överlevnad, livskvalitet och förbättrad funktionsförmåga. Beroende på det område som riktlinjerna gäller kan det dock finnas olika typer av effektmått som är viktiga att utvärdera.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Studier som bedöms ha stor risk för systematiska fel exkluderas och ingår inte i sammanställningen av en åtgärds effekt. Vi sammanställer och formulerar slutsatser om åtgärdens effekt på tillståndet utifrån de granskade studierna, detta presenteras i ett vetenskapligt underlag. I sammanställningen anges med vilken evidensstyrka som varje slutsats har dragits (se tabell 1a). Underlaget ska ge experterna i prioriteringsgruppen (se avsnitt *Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder* nedan) stöd i att rangordna åtgärden utifrån dess effekt på tillståndet och med hänsyn till evidensstyrkan (eller den vetenskapliga grunden).

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans ”The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation”) [2] som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyrgradig skala – mycket låg, låg, måttlig och hög tillförlitlighet. Tabell 1b beskriver översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell åtgärd vid ett specifikt tillstånd.

Tabell 1a. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka*	Förklaring
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. Bedömningen är att resultatet stämmer.
Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕○)	Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten. Bedömningen är att det är troligt att resultatet stämmer
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. Bedömningen är att det är möjligt att resultatet stämmer.
Mycket låg tillförlitlighet (⊕○○○)	Innebär ytterst begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten. Tillgängliga studier har låg kvalitet eller studier av likartad kvalitet är varandra motsä- gande. Det går inte att bedöma om resultatet stämmer.

*I några vetenskapliga underlag uttrycks slutsatserna med den äldre GRADE-definitionen, d.v.s. starkt vetenskapligt underlag (hög tillförlitlighet), måttligt starkt vetenskapligt underlag (måttlig tillförlitlighet), begränsat vetenskapligt underlag (låg tillförlitlighet) och otillräckligt (mycket låg tillförlitlighet).

Tabell 1b. Evidensgradering av studier enligt GRADE

Graderingen utgår bland annat från studiedesign, studiekvalitet, överförbarhet och studie-
resultatets säkerhet

Evidensstyrka*	Studiedesign	Sänker graderingen	Höjer graderingen för ob- servationsstudier
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Randomiserade kontrollerade studier (utgår från ⊕⊕⊕⊕)	Bristar i studiernas tillförlitlighet (högst -2)	Stor effekt och inga san- nolika förväxlingsfaktorer (confounders) (högst +2)
Måttlig tillförlitlig- het (⊕⊕⊕○)		Bristande överens- stämmelse mellan studierna (högst -2)	Tydligt dosresponsam- band (högst +1)
Låg tillförlitlighet (⊕⊕○○)	Observationsstu- dier (utgår från ⊕⊕○○)	Bristande överför- barhet (högst -2)	Förväxlingsfaktorer (confounders) som inte kontrollerats för borde ha bidragit till större effekt om de tagits med i analysen (hög sannolikhet för att ef- fekttestimatet är en un- derskattning av den sanna effekten) (högst +1)
Mycket låg tillför- litlighet (⊕○○○)		Bristande precision (högst -2)	
		Hög sannolikhet för publikationsbias (högst -1)	-

*I några vetenskapliga underlag uttrycks slutsatserna med den äldre GRADE-definitionen, d.v.s. starkt vetenskapligt underlag (hög tillförlitlighet), måttligt starkt vetenskapligt underlag (måttlig tillförlitlighet), begränsat vetenskapligt underlag (låg tillförlitlighet) och otillräckligt (mycket låg tillförlitlighet).

Tabell 1c. Evidensgradering när slutsatsen bygger på SBU:s systematiska översikter

(Detta gäller kunskapsunderlag framtagna 2011)

Evidensstyrka	Förklaring
1	Minst två randomiserade studier av högt bevisvärde.
2	En randomiserad studie med högt bevisvärde samt minst två med medelhögt bevisvärde och entydiga resultat.
3	Minst två randomiserade studier med medelhögt bevisvärde och entydigt resultat.
Otillräckligt vetenskapligt underlag	Enbart studier av lågt bevisvärde eller där den systematiska kunskapsgenomgången visat avsaknad av studier.

Tabell 1d. Socialstyrelsens tidigare skala för evidensgradering

(Detta gäller kunskapsunderlag framtagna 2011)

Evidensstyrka	Förklaring
Gott vetenskapligt underlag	Minst två prospektiva kontrollerade studier eller en systematisk översikt av högt bevisvärde med entydiga resultat.
Visst vetenskapligt underlag	Minst en prospektiv kontrollerad studie (av interventions- eller observationstyp) med högt bevisvärde, alternativt minst två prospektiva kontrollerade studier av lägre kvalitet men som pekar i samma riktning.
Expertgruppsbedömning	Socialstyrelsens expertgrupp bestående av omkring tio ämnesspecialister bedömer behandlingens effekter baserat på klinisk erfarenhet och bästa tillgängliga kunskap.

Hur vi tagit fram det vetenskapliga underlaget i riktlinjerna för tandvård

Socialstyrelsen har anlitat ett 40-tal vetenskapligt meriterade experter för att ta fram nya eller uppdatera befintliga vetenskapliga underlag till tandvårdsriktlinjerna. Samtliga experter har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att det inte föreligger något hinder för att delta i riktlinjearbetet.

Socialstyrelsen har även samarbetat med SBU som tagit fram vetenskapliga underlag för några av rekommendationerna inom följande områden: endodonti, karies, parodontologi, pedodonti, personer med behov av särskilt stöd, protetik och radiologi. Samtliga vetenskapliga underlag som SBU har tagit fram finns på SBU:s webbplats, www.sbu.se.

När det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

För vissa åtgärder saknas det vetenskapligt underlag eller bedöms evidensstyrkan av andra orsaker som otillräcklig, vilket innebär att det inte går att uttala sig om effekter, bieffekter eller önskade effekter. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning kan Socialstyrelsen överväga om det är möjligt att samla in beprövad erfarenhet av åtgärden. För att kunna vägleda hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) eller socialtjänsten, och för att kunna

rangordna tillstånds- och åtgärdspar, krävs då ett ställningstagande om en åtgärd rimligen kan anses medföra större nytta än olägenhet. Ställningstagandet formuleras som ett eller flera påståenden.

Socialstyrelsen använder en modell för att systematiskt samla in beprövad erfarenhet. Modellen går ut på att – utifrån ett så kallat konsensusförfarande – bedöma om det råder enighet om en åtgärds effekt. Genom ett anonymt förfarande via en webbaserad enkät får yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) eller socialtjänsten – en så kallad konsensuspanel – på egen hand (och inte vid en gemensam samling) ta ställning till en åtgärds nytta och olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera konsensuspåståenden. Socialstyrelsen sammanställer sedan resultaten och konsensus gällande ett visst påstående anses vara uppnått när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dessa är samstämmiga i sina svar. Om konsensus inte uppnås kan påståendet omformuleras maximalt två gånger. Om inte konsensus uppnås stryks frågeställningen.

Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna för tandvård

I de nationella riktlinjerna för tandvård skiljer sig metoderna för att ta vara på beprövad erfarenhet åt mellan riktlinjerna som publicerades 2011 respektive 2021.

I kunskapsunderlagen från 2011 användes i vissa fall konsensusförfarandet som beskrivs ovan, då vetenskaplig evidens saknades. I andra fall var det Socialstyrelsens expertgrupper, bestående av cirka tio ämnesspecialister, som bedömde åtgärdens effekter utifrån klinisk erfarenhet och bästa tillgängliga kunskap. De kunskapsunderlag som har bedömts av en expertgrupp avslutas alltid med texten ”expertgruppsbedömning”. Vid revideringen av dessa riktlinjer har expertgruppsbedömningen behållits i de fall det inte har tillkommit ny kunskap.

I kunskapsunderlagen från 2021 har en stor konsensuspanel, bestående av cirka 470 kliniskt verksamma tandhygienister och tandläkare, deltagit i konsensusförfarandet. Konsensuspanelen har haft en god spridning över landet med både privat- och offentligt anställda och alla relevanta områden inom tandvården representerade. Rekrytering till konsensuspanelen skedde med hjälp av bland annat det nationella programområdet för tandvård, professions-, specialist- och ämnesföreningar samt lärosätena.

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet med hjälp av en konsensuspanel för totalt 51 frågeställningar i tandvårdsriktlinjerna. Påståendena formulerades i samråd med experterna i projektledningen. Under konsensusförfarandet skickades enkäter med påståenden i regel till samtliga i konsensuspanelen. Vid ett fåtal tillfällen skickades enkäten endast till specialister inom det aktuella området, då projektledningen bedömde att det endast var de som kunde ta ställning till påståendet. Enkäten skickades dock alltid till minst 30 personer. Antal svarande med erfarenhet av åtgärden, samt grad av samstämmighet, varierade mellan olika frågeställningar och framgår av respektive kunskapsunderlag.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella hälsotillståndet och vilken evidens som finns för det.

Även de hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska utvärderingar med relevans för de aktuella tillstånds- och åtgärdsparerna inom riktlinjeområdet. Tillstånd och åtgärder i dessa sökningar utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjen innehåller flera möjliga åtgärder för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla åtgärder. De effektmått som vi helst använder för att värdera kostnadseffektiviteten inom hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår. Inom tandvården kan man exempelvis se på antal kariesade, saknade och fyllda tandytor (så kallade DMF).

Hur vi tagit fram det hälsoekonomiska underlaget i riktlinjerna för tandvård

När *Nationella riktlinjer för vuxentandvård* från 2011 togs fram gjordes en systematisk litteraturöversikt (se bilagan *Hälsoekonomiskt underlag*). Det vetenskapliga underlaget bedömdes då generellt vara otillräckligt för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten för olika åtgärder. När det saknades vetenskapligt underlag bedömdes istället kostnadseffektiviteten på två sätt, med skattningar alternativt modelleringar. Skattningar är överslagsberäkningar baserade på kostnaden för en åtgärd i relation till dess effekt. För ett antal rekommendationer inom områdena karies och sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat utfördes modelleringar för att bedöma åtgärders kostnadseffektivitet. I dessa modellanalyser inkluderades data från flera olika källor för att uppnå bästa möjliga kunskap. Dessa modeller kan extrapolera data för att beräkna kostnader och effekter under en längre tidsperiod. En modellanalys blir dock aldrig mer precis än vad kvaliteten på de data som inkluderas tillåter, och resultatet av dessa analyser måste därför tolkas med försiktighet. Modelleringarna har inte uppdaterats sedan publiceringen av riktlinjerna 2011, men bedöms bidra med värdefull information för de redovisade slutsatserna om bedömning av kostnadseffektivitet för flertalet av de rekommendationerna som togs fram 2011 och som fortfarande är aktuella.

Vid revideringen av riktlinjerna 2021 genomfördes systematiska litteratursökningar efter hälsoekonomisk vetenskaplig litteratur för tillstånds- och åtgärdspar där det fanns vetenskaplig evidens för åtgärdens effekt. Kostnadseffektiviteten bedömdes då utifrån identifierade hälsoekonomiska studier som bedömdes relevanta för frågeställningen. Om det saknades hälsoekonomiska studier eller om beprövad erfarenhet låg till grund för åtgärdens effekt bedömdes kostnadseffektiviteten istället genom skattningar.

Hur vi rangordnar tillstånd och åtgärder

Socialstyrelsen utformar ett förslag till rangordning där varje tillstånds- och åtgärdspar får en rekommendation efter angelägenhetsgrad baserad på en

samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, effekten av åtgärden, och dess evidens, samt kostnadseffektiviteten.

Prioriteringsarbetet för Socialstyrelsens nationella riktlinjer till hälso- och sjukvården utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Modellen utgår i sin tur från den etiska plattform som beskrivs i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Tandvården omfattas inte av den etiska plattformen, men Socialstyrelsen har valt att utgå från den nationella modellen för öppna prioriteringar även i arbetet med tandvårdsriktlinjerna.

I prioriteringsarbetet finns representation från olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel tandläkare, läkare, socionomer, psykologer och fysioterapeuter), aktuella vårdnivåer (till exempel närsjukvård och regionsjukvård). I arbetet finns även representation från olika delar av landet.

Åtgärdena rangordnas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger åtgärder med högst prioritet. Siffran 10 anger åtgärder som ger ingen eller mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden vid det aktuella tillståndet.

Varje riktlinjeområde rangordnas för sig, och man jämför de olika åtgärdena för ett tillstånd inom just det området. Däremot är ramarna för rangordningen densamma i alla riktlinjer:

- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre effektiva.
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden rangordnas högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder som kan betecknas som andrahandsval rangordnas lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre rangordningen blir beror på hur mycket sämre effekten är, eller hur mycket högre kostnaden per effekt (kostnadseffektivitetskvoten) är.

Förutom rangordningssiffrorna kan tillstånds- och åtgärdspar bli klassificerade som så kallade *icke-göra*-rekommendationer eller *FoU*-rekommendationer. *Icke-göra* innebär att åtgärden ska utmönstras ur hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten för att

- det finns vetenskaplig dokumentation för att åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- balansen mellan negativa och positiva effekter är påtagligt ogynnsam för individen
- fyndet av den diagnostiska åtgärden inte påverkar den fortsatta handläggningen.

FoU står för forskning och utveckling och innebär att åtgärden endast ska genomföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller det finns ett motstridigt vetenskapligt underlag och
- ytterligare forskning kan tillföra ny kunskap.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område tittar vi särskilt igenom det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna för att se om ny kunskap tillkommit så att vi kan rangordna dessa.

För att nå konsensus i prioriteringsgruppen gällande rangordningen av tillstånd och åtgärder har en modifierad Delphimetod använts. I korthet innebär metoden att kunskapsunderlagen som ligger till grund för rangordningen har skickas ut till prioriteringsgruppen via en webbenkät. Gruppens deltagare har sedan individuellt lämnat förslag på rangordning, FoU eller icke-göra för varje tillstånds- och åtgärdspar. I enkäten finns även möjlighet att kommentera och motivera sitt förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs och anonymiseras, och skickas därefter ut till gruppen tillsammans med en ny webbenkät. Prioriteringsmedlemmarna får därmed möjlighet att revidera sina tidigare svar utifrån övriga medlemmars kommentarer och förslag till rangordning. Vid efterföljande fysiska möten har prioriteringsgruppen utgått från den andra omgångens resultat och har efter en diskussion kommit fram till ett slutgiltigt förslag om rangordning som hela gruppen står bakom.

Hur vi rangordnat tillstånd och åtgärder i riktlinjerna för tandvård

Rekryteringen av deltagare till prioriteringsgruppen har skett genom nominering från det nationella programområdet för tandvård, Sveriges Folktandvårdsförening, tandvårdsnätverket, Sveriges tandläkarförbund, Tandhygienistföreningen, ämnesföreningarna, äldretandvårdscentra, lärosätena samt privata vårdgivare. Prioriteringsgruppen har bestått av sammanlagt 26 personer som representerar olika vårdnivåer, olika delar av landet och har en bred kompetens och praktisk erfarenhet av kliniskt arbete inom tandvården. De yrkesgrupper som har varit representerade är tandläkare och tandhygienister. Både allmäntandläkare och specialister har deltagit och alla ämnesområden har varit representerade. Flera av medlemmarna i prioriteringsgruppen har utöver en bred klinisk kompetens även arbetat som forskare, tjänstemän eller chefer inom tandvården. Två av deltagarna har företrätt patienternas perspektiv och har nominerats från Socialstyrelsens äldreråd respektive funktionshindersnämnd.

Samtliga deltagande experter har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att det inte förelegat något hinder för att delta i prioriteringsgruppen.

Totalt har nio prioriteringsmöten hållits under arbetet med tandvårdsriktlinjerna och sex av dessa har varit digitala på grund av restriktionerna orsakade av covid-19-pandemin.

Endast åtgärder för hälsotillstånd med *mycket stor* svårighetsgrad har fått prioritet 1–2 i dessa riktlinjer, med ett fåtal undantag. När svårighetsgraden är *stor* har åtgärden fått som högst prioritet 3 (med ett undantag), när den är *måttlig* högst 5 och när den är *liten* högst 7. Förebyggande åtgärder har vi bedömt dels utifrån svårighetsgraden hos det hälsotillstånd man vill förebygga, dels utifrån risken för att patienterna drabbas av hälsotillståndet. I rekommendationerna som är hämtade från *Nationella riktlinjer för prevent-*

ion och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [1] har hälsotillståndens svårighetsgrad dock inte medfört en gräns för högsta möjliga prioritet på samma sätt som för övriga rekommendationer i dessa riktlinjer. Till exempel förekommer prioritet 2 för vissa rekommendationer, trots att hälsotillståndet har en *stor* svårighetsgrad och inte *mycket stor*.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För varje riktlinje tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp och utvärdera att hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten utför de åtgärder som riktlinjerna rekommenderar, samt olika kvalitetsaspekter i den vård och omsorg som erbjuds. En indikator kan exempelvis vara andelen personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med diabetes som röker, väntetid till kranskärldröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska

- ha vetenskaplig rimlighet (så kallad validitet), det vill säga bygga på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård och omsorg och att den verkligen mäter det den avser mäta
- vara relevant, det vill säga ha betydelse för områden där det finns problem, behövs förbättringar och där vård- och omsorgssystemet respektive socialtjänsten kan påverka det som indikatorn mäter
- vara mätbar, det vill säga vara beskriven så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt – exempelvis ska termer och begrepp vara tydligt definierade.

Hur vi tagit fram indikatorer i riktlinjerna för tandvård

De indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för *Nationella riktlinjer för tandvård* speglar ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna. Dessutom finns andra indikatorer med stor relevans för området, så som rapportering till kvalitetsregister, vilka anknyter till de olika aspekterna av god vård. Det vill säga att vården är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

De flesta indikatorerna är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med en utvecklingsindikator menar vi att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp indikatorn på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

Socialstyrelsen har fokuserat på att ta fram indikatorer som ska spegla de centrala rekommendationerna i riktlinjerna och de viktigaste aspekterna av god vård. Indikatorerna följer därmed förflyttningen i de nationella riktlinjerna, med till exempel ett större fokus på att främja hälsa och förebygga ohälsa. Indikatorerna omfattar även resultat av behandlingar och utfallsmått som ger en helhetsbild av hur det går för patienterna och om vården blir bättre när riktlinjerna efterlevs.

En mer utförlig beskrivning och en indikatorförteckning finns i indikatorbilagan som finns att hämta på www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/.

Nationella målnivåer tas fram för ett urval av indikatorerna enligt en beprövad modell och ingår som en del av riktlinjerna till slutversionen.

Hur vi arbetar med stöd för styrning och ledning

Som ett stöd för styrningen och ledningen i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten, väljer Socialstyrelsen ut ett antal tillstånds- och åtgärdspar som vi beskriver närmare både vad gäller hur vi har prioriterat och vad de förväntas få för konsekvenser i förhållande till nuvarande praxis. Oftast gäller det åtgärder som inte utförs i tillräcklig utsträckning i dag men borde utföras, och åtgärder som utförs i dag men inte borde utföras. Det handlar alltså om de rekommendationer som i störst utsträckning kan komma att påverka praxis och resursfördelningen inom området.

Beräkningen av de ekonomiska konsekvenserna utgår från en bedömning av gapet mellan dagens användning i praxis inom området och en förväntad nivå när Socialstyrelsens rekommendation införs i hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten. Data och uppgifter kan hämtas från kvalitetsregister, Socialstyrelsens hälsodataregister, databaser hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Statistiska centralbyrån och Sveriges kommuner och regioner samt publicerade studier och rapporter. Dessutom har vi en dialog med experter och yrkesverksamma inom området.

I det fortsatta arbetet fram till en slutlig version tas ytterligare underlag fram som baseras på analyser av rekommendationernas konsekvenser som sjukvårdsregionerna själva gör, detta som en del av förberedelserna och genomförandet av regionala seminarier (se avsnitt *Hur vi för en diskussion om riktlinjerna*). Dessa analyser är viktiga i det fortsatta arbetet fram till en slutlig version av riktlinjerna, där dessa analyser inkluderas.

Hur vi arbetat med stöd för styrning och ledning i riktlinjerna för tandvård

I ett led att utveckla de nationella riktlinjerna och att göra rekommendationerna mer tillgängliga, har rapporten *Stöd för styrning och ledning* delvis fått ett nytt utseende. Förändringarna har främst inneburit att flera aspekter av rekommendationerna, så som deras prioritering, konsekvenser samt på vilket sätt de kommer att utvärderas, samlats på samma ställe. I rapportens kapitel med rekommendationer kan beslutsfattare därmed få en snabbare och bredare överblick över respektive delområde.

I tidigare riktlinjer har Socialstyrelsen formulerat rekommendationerna för de åtgärder som har rangordning 1-10 som att de *bör, kan* eller *bör undvika att* erbjudas vid ett visst tillstånd.

Efter dialog med några av de beslutsfattare, som riktlinjerna i första hand vänder sig till, så har Socialstyrelsens fattat beslut om att denna indelning ska

utgå. En viktig orsak till det är att det funnits tillfällen där formuleringar inneburit ett motstridigt budskap. Exempelvis för åtgärder, som av vården ansetts vara en rutinåtgärd, men som fått en rangordning som inte omfattats av den mer skarpa formuleringen *bör*. Istället rangordnas nu rekommendationerna av olika åtgärder endast genom rangordningssiffran.

I *Nationella riktlinjer för tandvård* görs undantag från detta när det gäller främst rangordning 8, 9 och 10, som kompletteras med formuleringen "*erbjud endast i undantagsfall*" alternativt "*undvik om möjligt*". Det beror på att dessa riktlinjer i större utsträckning än andra används av behandlare, som stöd för beslut som rör individer, och just när det gäller prioriteringarna 8, 9 och 10 har vi bedömt att budskapet bör förtydligas."

Hur vi för en diskussion om riktlinjerna

Socialstyrelsen ger ut en första version av riktlinjerna som diskuteras på regionala eller nationella seminarier för beslutsfattare. Vanligen är det sjukvårdsregioner och i vissa fall kommuner som anordnar seminariet. De gör bland annat en beskrivning av praxis och en analys av hur riktlinjerna kan komma att påverka deras verksamhet.

Det finns även möjlighet för övriga intressenter, såsom yrkesföreningar, patient- och brukarorganisationer och allmänheten att lämna skriftliga synpunkter på den första versionen.

Konsekvensanalyserna och synpunkterna är viktiga för Socialstyrelsen i det fortsatta arbetet. När de regionala eller nationella seminarierna är genomförda och Socialstyrelsen har tagit ställning till eventuella skriftligt inkomna synpunkter publiceras sedan en uppdaterad version av riktlinjerna.

Referenser

1. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2018.
2. Grade Working group. GRADE. Hämtad 2021-06-01 från <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
3. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.

Bilaga 1. Frågeställningar som utgått

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
A2.1	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där bristande munhygien är en riskfaktor	Standardiserad rådgivning	Metoder för beteendepåverkan	Åtgärden "standardiserad rådgivning" har utgått. Åtgärden motsvaras av "enkla råd" inom HSV vilket ses som en självklar del vid ett behandlingstillfälle och är grunden för mer omfattande åtgärder, t.ex. rådgivande samtal.
A2.2	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där bristande munhygien är en riskfaktor	Rådgivande samtal	Metoder för beteendepåverkan	Ersätts av ny rekommendation med id 4.
A2.3	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där bristande munhygien är en riskfaktor	Rådgivande samtal - med särskild uppföljning	Metoder för beteendepåverkan	Ersätts av ny rekommendation med id 4.
A2.4	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där bristande munhygien är en riskfaktor	Beteendemedicinsk prevention och behandling	Metoder för beteendepåverkan	Ersätts av ny rekommendation med id 3.
A3.1	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där rådande matvanor är en riskfaktor	Standardiserad rådgivning	Metoder för beteendepåverkan	Åtgärden "standardiserad rådgivning" har utgått. (Se ovan, A2.1).
A3.2	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där rådande matvanor är en riskfaktor	Rådgivande samtal	Metoder för beteendepåverkan	Ersätts av ny rekommendation med id 7 (från NR ohälsosamma levnadsvanor).
A3.3	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där rådande matvanor är en riskfaktor	Rådgivande samtal - med särskild uppföljning	Metoder för beteendepåverkan	Ersätts av ny rekommendation med id 7 (från NR ohälsosamma levnadsvanor).

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
A3.4	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisik där rådande matvanor är en riskfaktor	Beteendemedicinsk prevention och behandling	Metoder för beteendepåverkan	Ersätts av ny rekommendation med id 5 (från NR ohälsosamma levnadsvanor). Åtgärden har ändrats till kvalificerat rådgivande samtal.
B2.1	Risk för kronkaries	Tuggummi sötat med xylitol och/eller sorbitol flera gånger dagligen	Karies	Sannolikt inget behov av vägledning. Inga nya relevanta studier.
B2.2	Risk för kronkaries	Ost och probiotika	Karies	Inget behov av vägledning. Inte sannolikt att evidens tillkommer inom en snar framtid.
B2.5	Risk för kronkaries	Tandkräm med tennfluorid med 1000-1500 ppm fluor 2 gånger per dag	Karies	Inaktuellt preparat. Inga nya relevanta studier har tillkommit.
B3.1	Förhöjd risk för kronkaries	Natriumfluoridlösning 0,05% dagligen	Karies	Inget behov av vägledning.
B3.6	Förhöjd risk för kronkaries	Klorhexidinlösning	Karies	Ingen till ev. låg tilläggseffekt. Inga nya relevanta studier. Aktuell framför allt till personer med särskilda behov, se ny rekommendation med id 88.
B3.7	Förhöjd risk för kronkaries	Klorhexidingel (eller fluortandkräm med klorhexidin) dagligen	Karies	Ingen tilläggseffekt. Inga nya relevanta studier.
B3.8	Förhöjd risk för kronkaries	Essenslösning	Karies	Inget behov av vägledning. Inga nya relevanta studier. Inte sannolikt att evidens tillkommer inom en snar framtid.
B3.9	Förhöjd risk för kronkaries	Professionell tandrengöring med puts- eller polerpasta med fluor minst varannan månad	Karies	Åtgärden inte aktuell vid karies (ev. för särskilda grupper men denna rekommendation syftar inte på dessa). Inga nya relevanta studier.
B3.11	Förhöjd risk för kronkaries	Tennfluoridgel 1% minst 4 gånger per år	Karies	Inaktuellt preparat. Inga nya relevanta studier har tillkommit.
B3.12	Förhöjd risk för kronkaries	Klorhexidinlack	Karies	Ingen till låg tilläggseffekt. Inaktuell åtgärd. Inga nya relevanta studier.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
B4.1	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk där tobaksbruk är en riskfaktor	Standardiserad rådgivning	Karies	Åtgärden "standardiserad rådgivning" har utgått. (Se ovan, A2.1).
B4.2	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk där tobaksbruk är en riskfaktor	Rådgivande samtal	Karies	Rekommendationen har utgått. Åtgärden med högst prioritering från NR ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas (se ny rekommendation med Id 9).
B4.3	Oral sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk där tobaksbruk är en riskfaktor	Beteendemedicinsk prevention och behandling	Karies	Ersätts av ny rekommendation med Id 9 (från NR ohälsosamma levnadsvanor). Åtgärden har ändrats till kvalificerat rådgivande samtal.
B6.1	Initial kronkaries med risk för progression	Tuggummi sötat med xylitol och/eller sorbitol flera gånger dagligen	Karies	Sannolikt inget behov av vägledning. Högt prioriterad. Inga nya relevanta studier.
B6.2	Initial kronkaries med risk för progression	Ost och probiotika	Karies	Inget behov av vägledning. Inte sannolikt att evidens tillkommer inom en snar framtid.
B6.8	Initial kronkaries med risk för progression	Klorhexidinlösning	Karies	Ingen tilläggs effekt. Inga nya relevanta studier Aktuell framför allt till personer med särskilda behov, se ny rekommendation med id 88.
B6.9	Initial kronkaries med risk för progression	Klorhexidingel (eller fluortandkräm med klorhexidin) dagligen	Karies	Ingen tilläggs effekt. Inga nya relevanta studier.
B6.10	Initial kronkaries med risk för progression	Professionell tandrengöring med puts- eller polerpasta med fluor minst varannan månad	Karies	Åtgärden inte aktuell vid karies (ev. för särskilda grupper men denna rekommendation syftar inte på dessa). Inga nya relevanta studier.
B6.12	Initial kronkaries med risk för progression	Tennfluoridgel 1% minst 4 gånger per år	Karies	Inaktuellt preparat. Inga nya relevanta studier har tillkommit.
B6.13	Initial kronkaries med risk för progression	Klorhexidinlack	Karies	Låg prio. Ingen tilläggs effekt. Inaktuell åtgärd. Inga nya relevanta studier.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
B6.14	Initial kronkaries med risk för progression	Ozonbehandling	Karies	Underlag för evidens saknas. Inte sannolikt att det tillkommer inom en snar framtid.
B11.1	Risk för rotkaries	Tuggummi sötat med xylitol och/eller sorbitol flera gånger dagligen	Karies	Sannolikt inget behov av vägledning. Inga nya relevanta studier.
B11.2	Risk för rotkaries	Ost och probiotika	Karies	Inget behov av vägledning. Inte sannolikt att evidens tillkommer inom en snar framtid.
B11.5	Risk för rotkaries	Tandkräm med tennfluorid med 1000-1500 ppm fluor 2 gånger per dag	Karies	Inaktuellt preparat. Inga nya relevanta studier har tillkommit.
B12.2	Förhöjd risk för rotkaries	Natriumfluoridlösning 0,05% dagligen	Karies	Inget behov av vägledning.
B12.7	Förhöjd risk för rotkaries	Klorhexidinlösning	Karies	Ingen tilläggseffekt. Inga nya relevanta studier. Aktuell framför allt till personer med särskilda behov, se ny rekommendation med id 88.
B12.8	Förhöjd risk för rotkaries	Klorhexidingel (eller fluortandkräm med klorhexidin) dagligen	Karies	Ingen tilläggseffekt. Inga nya relevanta studier.
B12.9	Förhöjd risk för rotkaries	Essenslösning	Karies	Inget behov av vägledning. Inga nya relevanta studier.
B12.10	Förhöjd risk för rotkaries	Professionell tandrengöring med puts- eller polerpasta med fluor minst varannan månad	Karies	Åtgärden inte aktuell vid karies (ev. för särskilda grupper men denna rekommendation syftar inte på dessa). Inga nya relevanta studier.
B12.12	Förhöjd risk för rotkaries	Tennfluoridgel 1% minst 4 gånger per år	Karies	Inaktuellt preparat. Inga nya relevanta studier har tillkommit.
B12.13	Förhöjd risk för rotkaries	Klorhexidinlack minst 6 gånger per år	Karies	Inaktuell åtgärd. Inga nya studier som tillför evidens.
B15.1	Initial rotkaries med risk för progression	Tuggummi sötat med xylitol och/eller sorbitol flera gånger dagligen	Karies	Sannolikt inget behov av vägledning. Inga nya relevanta studier.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
B15.2	Initial rotkaries med risk för progression	Ost och probiotika	Karies	Inget behov av vägledning. Inte sannolikt att evidens tillkommer inom en snar framtid.
B15.9	Initial rotkaries med risk för progression	Klorhexidinlösning	Karies	Ingen tilläggs effekt. Inga nya relevanta studier. Aktuell framför allt till personer med särskilda behov, se ny rekommendation med id 88.
B15.10	Initial rotkaries med risk för progression	Klorhexidingel (eller fluortandkräm med klorhexidin) dagligen	Karies	Ingen tilläggs effekt. Inga nya relevanta studier.
B15.11	Initial rotkaries med risk för progression	Professionell tandrengöring med puts- eller polerpasta med fluor minst varannan månad	Karies	Åtgärden inte aktuell vid karies (ev. för särskilda grupper men denna rekommendation syftar inte på dessa). Inga nya relevanta studier.
B15.13	Initial rotkaries med risk för progression	Tennfluoridlösning 8-10% 4 gånger per år	Karies	Inaktuellt preparat. Inga nya relevanta studier har tillkommit.
B15.14	Initial rotkaries med risk för progression	Klorhexidinlack minst 6 gånger per år	Karies	Inaktuell åtgärd. Inga nya studier som tillför evidens.
B15.15	Initial rotkaries med risk för progression	Ozonbehandling	Karies	Underlag för evidens saknas. Inte sannolikt att det tillkommer inom en snar framtid.
B17.5	Karies som kräver operativ åtgärd	Exkavering med air-abrasion	Karies	Underlag för evidens saknas. Inte sannolikt att det tillkommer inom en snar framtid.
B18.1	Djup dentinkaries med risk för läsion	Stegvis (successiv) exkavering	Karies	Ersätts av ny rekommendation med id B40.
B18.2	Djup dentinkaries med risk för läsion	Indirekt överkappning (ofullständig exkavering)	Karies	Ersätts av ny rekommendation med id B38.
H1.3	Enskild tand med ringa till måttlig defekt som medför funktionsstörning	Inlägg metall (gjutet guld)	Karies	Inaktuell. Används inte i praxis.
H1.4	Enskild tand med ringa till måttlig defekt som medför funktionsstörning	Inlägg keram laboratorieframställt	Karies	Inaktuell. Används inte i praxis.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
H1.5	Enskild tand med ringa till måttlig defekt som medför funktionsstörning	Inlägg keram klinikframställt	Karies	Inaktuell. Används inte i praxis.
H1.6	Enskild tand med ringa till måttlig defekt som medför funktionsstörning	Inlägg komposit	Karies	Inaktuell. Används inte i praxis.
C5.3	Kronisk parodontit	Lokal tilläggsbehandling med klorhexidinchip	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Inaktuellt preparat..
C5.4	Kronisk parodontit	Lokal tilläggsbehandling med antibiotika	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Inaktuellt preparat.
C5.6	Kronisk parodontit	Systemisk tilläggsbehandling med antiinflammatoriskt preparat (doxycyklin i låg dos)	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Inaktuellt preparat.
C8.1	Aggressiv parodontit	Förbättrad munhygien	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C8.2	Aggressiv parodontit	Tandkräm med tillsats av antimikrobiell substans	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C8.3	Aggressiv parodontit	Munsköljning med antiseptisk lösning som komplement till tandborstning	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C8.4	Aggressiv parodontit	Rökstopp	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C9.1	Aggressiv parodontit	Mekanisk infektionsbehandling - sektionsvis - för avlägsnande av bakterioplack och mineraliserade beläggningar	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C9.2	Aggressiv parodontit	Mekanisk infektionsbehandling - "full-mouth" - för avlägsnande av bakterioplack och mineraliserade beläggningar	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
C9.3	Aggressiv parodontit	Mekanisk infektionsbehandling - "full-mouth disinfection" - för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C9.4	Aggressiv parodontit	Laser vid infektionsbehandling för avlägsnande av bakterieplack och mineraliserade beläggningar	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C10.1	Aggressiv parodontit	Spolning av tandköttfickor med antimikrobiell lösning	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C10.2	Aggressiv parodontit	Lokal behandling med klorhexidingel	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C10.3	Aggressiv parodontit	Lokal tilläggsbehandling med klorhexidinchip	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C10.4	Aggressiv parodontit	Lokal tilläggsbehandling med antibiotika	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C10.5	Aggressiv parodontit	Systemisk tilläggsbehandling med antibiotika	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C10.6	Aggressiv parodontit	Systemisk tilläggsbehandling med antiinflammatoriskt preparat (doxycyklin i låg dos)	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C11.1	Aggressiv parodontit	Kirurgisk behandling - gingivektomi för infektionskontroll	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C11.2	Aggressiv parodontit	Kirurgisk behandling - lambåkirurgi för infektionskontroll	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.
C12.1	Aggressiv parodontit	Regelbunden stödbehandling	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Utgår pga. ny klassificering av parodontit.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
C15.3	Periimplantit	Lokal tilläggsbehandling med antibiotika	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Inaktuellt preparat.
C15.6	Periimplantit	Systemisk tilläggsbehandling med antiinflammatoriskt preparat (doxycyklin i låg dos)	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Inaktuellt preparat.
C29.1	Parodontit som en manifestation av Downs syndrom	Infektionskontroll - icke kirurgisk och kirurgisk inklusive frekvent stödbehandling	Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat	Sammanslagning med befintlig rekommendation C28.1.
F11.2	Trångställning med displacement av tänder	Korrigerig med lingualt placerad fast apparatur	Bett- och tandpositionsavvikelser	Inget behov av vägledning specifikt. Slås ihop med rekommendation F11.1 som omformuleras något och behålls i riktlinjerna.
F11.3	Trångställning med displacement av tänder	Korrigerig med upplinjeringskena	Bett- och tandpositionsavvikelser	Inget behov av vägledning specifikt. Slås ihop med rekommendation F11.1 som omformuleras något och behålls i riktlinjerna.
G4.1	Frändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Avtagbar partialprotes	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.1.
G4.2	Frändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Avtagbar partialprotes/kombinationsprotetik	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.2.
G4.3	Frändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Implantatstödd bro	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.3.
G4.4	Frändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Implantatstödd bro med extension	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.4.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
G4.5	Friändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Tandstödd bro med extension	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.5.
G4.6	Friändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Ortodontisk distalisering i kombination med tandstödd bro	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.6.
G4.7	Friändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Tandstödd bro med minst en stiftföranckrad tand och med extension	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.7.
G4.8	Friändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Tandstödd bro på tänder med reducerat benstöd och med extension	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.8.
G4.9	Friändstandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning	Tand och implantatstödd bro	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med G3.9.
I1.6	Entandslucka i överkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Etsbro - fiberförstärkt	Total och partiell tandlöshet	Inaktuell. Används inte i praxis.
I2.1	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Luckslutning med ortodontisk apparatur	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med I1.1.
I2.2	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Förbehandling med ortodontisk apparatur inför tandersättning	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med I1.2.
I2.3	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Tandstödd bro	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med I1.3.

ID-nummer	Tillstånd	Åtgärd	Område	Kommentar
12.4	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Tandstödd extensjonsbro"	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med 11.4.
12.5	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Emaljrefinerad bro - metallförstärkt, med två stödtänder	Total och partiell tandlöshet	Rekommendationerna för över- och underkäke baseras på samma underlag och har samma prioritet. Sammanslagning med 11.5.
12.6	Entandslucka i underkäkens frontsegment (3:a till 3:a) som ger funktionsstörning	Etsbro - fiberförstärkt	Total och partiell tandlöshet	Inaktuell. Används inte i praxis.