

SBU BEREDER • RAPPORT 334/2021

Vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården

Publicerad på SBU:s webbplats 2021-09-28.



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK OCH SOCIAL
UTVÄRDERING

Vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården

Innehållsförteckning

SBU:s sammanfattning.....	2
1. Bakgrund och Syfte	3
2. Metod för det vetenskapliga underlaget	3
3. Resultat	5
4. Projektgrupp	5
5. Referenser.....	6
Bilagor, www.sbu.se/334	19

SBU:s sammanfattning

Vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården

Syfte

Att ta fram vetenskapligt underlag för 27 Tillstånd- och Åtgärdspar (TÅ-par) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården.

Bakgrund

Socialstyrelsen uppdaterar sina nationella riktlinjer för vuxentandvården. I samband med uppdateringen ska Socialstyrelsen även utöka riktlinjerna så att de inkluderar alla åldrar och individer oavsett sjukdomsbakgrund. I denna rapport redovisas det vetenskapliga underlaget som tagits fram till Socialstyrelsen avseende 27 TÅ-par. Det utgör ett av de underlag som Socialstyrelsen använder för att ta fram rekommendationer inom nationella riktlinjer för tandvården.

Metod

För varje TÅ-par har en systematisk litteratursökning utförts efter den frågeställning som Socialstyrelsen definierat. Den litteratur som fångades upp i litteratursökningen har granskats av två personer, oberoende av varandra, som har bedömt ifall studierna är relevanta för frågeställningen. För de studier som var relevanta har en bedömning av risk för bias (snedvridning) genomförts av två personer, oberoende av varandra. Slutligen har resultaten från de relevanta studier som håller låg till måttlig risk för bias sammanvägts och det sammanvägda resultatet har evidensgraderats. Inga hälsoekonomiska eller etiska aspekter har analyserats.

Resultat

Resultaten för varje TÅ-par redovisas separat.

Projektgrupp

SBU

Helena Domeij, projektledare
Irene Edebert, biträdande projektledare
Maria Ahlberg, projektadministratör
Ann Kristine Jonsson, informationsspecialist

Sakkunniga

Andreas Cederlund, odontologie doktor, specialisttandvårdschef, Folktandvården Stockholm
Aron Naimi-Akbar, docent odontologisk epidemiologi och övertandläkare käkkirurgi, Malmö Universitet
Hans Sandberg, tandläkare, medicine doktor, affilierad till Karolinska Institutet
Pia Skott, övertandläkare orofacial medicin, Folktandvården Stockholm AB
Svante Twetman, professor emeritus, Det Sundhedsvidenskapelige Fakultet, Københavns Universitet

1. Bakgrund och Syfte

Socialstyrelsen uppdaterar sina nationella riktlinjer för vuxentandvården. I samband med uppdateringen ska Socialstyrelsen även utöka riktlinjerna så att de inkluderar alla åldrar och individer oavsett sjukdomsbakgrund. I denna rapport, som har sammanställts under år 2019, redovisas det vetenskapliga underlaget som SBU har tagit fram till Socialstyrelsen avseende 27 Tillstånd- och Åtgärdspar (TÅ-par). Underlaget utgör ett av de underlag Socialstyrelsen använder för att ta fram rekommendationer inom nationella riktlinjer för tandvården.

Syfte med denna rapport: Att sammanställa vetenskapligt underlag för 27 TÅ-par i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvården.

2. Metod för det vetenskapliga underlaget

2.1 Frågeställningar

Varje TÅ-par har en egen frågeställning. Om TÅ-paret gäller bedömning av effekten av en metod jämfört med effekten av en annan eller ingen metod är frågeställningen definierad som ett PICO, dvs. med en i förväg bestämd Population, Intervention, Control (jämförelse) och Outcome (utfall/effektmått). Om TÅ-paret handlar om bedömning av diagnostisk tillförlitlighet för en metod jämfört med en annan metod är frågeställningen definierad som ett PIRO, dvs. Population, Index-test, Referenstest, Outcome (sensitivitet/specificitet). Frågeställningarna är sammanfattade i Tabell 1 (Frågeställningar för TÅ-paren (PICO/PIRO)).

2.2 Metodik för litteratursökning

En strukturerad litteratursökning har designats och genomförts baserat på TÅ-parens frågeställningar. I de vetenskapliga underlagen för varje TÅ-par finns strategin för litteratursökningarna redovisade. Litteratursökningarna gjordes i tre databaser, Medline, Embase och Cochrane Collaboration. Både systematiska översikter och primärstudier ingick i litteratursökningen. I de flesta fall avgränsades litteratursökningen endast till termer för populationen.

2.3 Metodik för urval av studier

Den litteratur som fångades upp i litteratursökningen granskades först av två projektledare på SBU, oberoende av varandra, som läste studiernas titlar och sammanfattningar. De studier som i denna granskning bedömdes kunna svara på TÅ-parets frågeställning inkluderades och lästes i fulltext av två personer (en projektledare och en extern sakkunnig), oberoende av varandra, som bedömde ifall studierna var relevanta för frågeställningen. Vid oenigheter gjordes en konsensusbedömning som ibland även inkluderade hela projektgruppen.

2.4 Metodik för bedömning av risk för bias

Risk för bias (snedvridning) bedömdes för varje enskild studie av två personer (en projektledare och en sakkunnig) oberoende av varandra. SBU:s granskningsmallar för randomiserade kontrollerade studier, icke-randomiserade studier, diagnostiska studier eller systematiska översikter användes vid granskningen [1].

2.5 Metoder för sammanvägning av resultat

När fler studier identifierades för ett TÅ-par och dessa studier höll låg eller måttlig risk för bias sammanvägdes resultaten för de studierna, i de fall det var möjligt. Om resultaten redovisades på ett sätt så att data kunde ingå i en metaanalys gjordes det, annars sammanvägdes resultaten narrativt. Programmet Review Manager (version 5.3) användes för att utföra metaanalyser. I metaanalyserna användes en "random-effect model" och både relativ effekt (Riskkvot, RR) och absolut effekt (Riskskillnad, RD) eller medelvärdeskilnad (MD) analyserades.

2.6 Det vetenskapliga underlagets styrka

Tillförlitligheten (evidensstyrkan) till det vetenskapliga underlaget bedömdes enligt evidensgraderingsmodellen GRADE, se Faktaruta 2.1.

Faktaruta 2.1 Bedömning av tillförlitlighet enligt GRADE.

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier t.ex. i en metaanalys. Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de ingående studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: *inconsistency*)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de ingående studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: *indirectness*),
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: *imprecision*) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: *publication bias*).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: *confounders*) kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till SBU:s metodbok [1].

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕○) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕○○) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

(⊕○○○) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer)

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges ”studier saknas”, utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

3. Resultat

Bakgrund och vetenskapligt underlag till varje TÅ-par redovisas i separata avsnitt (Bilaga 1–27). Se Tabell 1 för beskrivning av frågeställningar samt hänvisning till respektive resultatbilaga.

4. Projektgrupp

4.1 SBU

Helena Domeij, projektledare

Irene Edebert, biträdande projektledare

Maria Ahlberg, projektadministratör

Ann Kristine Jonsson, informationsspecialist

4.2 Sakkunniga

Andreas Cederlund, odontologie doktor, specialisttandvårdschef, Folktandvården Stockholm

Aron Naimi-Akbar, docent odontologisk epidemiologi och övertandläkare käkkirurgi, Malmö Universitet

Hans Sandberg, tandläkare, medicine doktor, affilierad till Karolinska Institutet

Pia Skott, Dr Med, övertandläkare orofacial medicin, Folktandvården Stockholm AB

Svante Twetman, professor emeritus, Det Sundhedsvidenskapelige Fakultet, Københavns Universitet

5. Referenser

1. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020.

Tabell 1 Frågeställning för TÅ-paren.

Resultat redovisas i	TÅ-par (SBU:s numrering)	Population (Tillstånd)	Intervention/ Indextest (Åtgärd)	Jämförelse	Utfall	Frågeställning
Bilaga 1	TÅ-19	Symtomatisk apikal parodontit, i akutskedet (utan påverkan på allmäntillståndet). Icke rotfylld tand.	Utrymning av kavum + senare fullständig behandling Alla tänkbara material och tekniker.	Fullständig rensning (dvs. instrumentering) av rotkanalssystemet. + rotfyllning vid samma tillfälle eller senare. Alla tänkbara material och tekniker.	Smärta i akutskedet efter åtgärd. Apikala förhållanden Tandöverlevnad	Vilken effekt har fullständig rensning (dvs. instrumentering) av rotkanalssystemet jämfört med utrymning av kavum på smärta i akutskedet och på apikala förhållanden vid symtomatisk apikal parodontit?
Bilaga 2	TÅ-20	Symtomatisk apikal parodontit, i akutskedet (utan påverkan på allmäntillståndet). Icke rotfylld tand. Permanent tänder med slutet apex.	Systemisk antibiotikabehandling som tillägg till fullständig rensning (instrumentering) av rotkanalssystemet. Antibiotika vid engångstillfälle eller som hel kur (5–10 dagar).	Fullständig rensning (instrumentering) av rotkanalssystemet. Alla tänkbara material och tekniker.	Smärta i akutskedet efter åtgärd. Apikala förhållanden Tandöverlevnad.	Vilken effekt har systemisk antibiotikabehandling som tillägg till fullständig rensning av rotkanalssystemet jämfört med enbart fullständig rensning på smärta i akutskedet och på apikala förhållanden vid

			<p>Alla tänkbara antibiotika.</p> <p>Alla tänkbara material och tekniker.</p>			symtomatisk apikal parodontit?
Bilaga 3	TÅ-21	<p>Symtomatisk apikal parodontit, i akutskedet.</p> <p>Icke rotfylld tand.</p> <p>Permanenta tänder med slutet apex.</p>	<p>Systemisk antibiotikabehandling och fullständig behandling vid senare tillfälle.</p> <p>Alla tänkbara antibiotika.</p> <p>Hel kur (5–10 dagar).</p>	<p>Fullständig rensning (instrumentering) av rotkanalssystemet och rotfyllning vid samma tillfälle, eller senare.</p> <p>Alla tänkbara material och tekniker.</p>	<p>Smärta i akutskedet efter åtgärd.</p> <p>Apikala förhållanden.</p> <p>Tandöverlevnad.</p>	Vilken effekt har systemisk antibiotikabehandling jämfört med fullständig rensning (instrumentering) av rotkanalssystemet på smärta i akutskedet och på apikala förhållanden vid symtomatisk apikal parodontit?
Bilaga 4	TÅ-22	<p>Pulpanekros med apikal parodontit</p> <p>Icke rotfylld tand.</p> <p>Permanenta tänder med slutet apex.</p>	<p>Fullständig rensning (instrumentering) och rotfyllning av rotkanalssystemet vid ett behandlingstillfälle.</p> <p>Senare fullständig behandling.</p>	<p>Fullständig rensning (instrumentering) av rotkanalssystemet vid flera behandlingstillfällen.</p> <p>Senare fullständig behandling.</p> <p>Alla tänkbara</p>	<p>Apikala förhållanden</p> <p>Symtomfrihet</p> <p>Tandöverlevnad</p> <p>Smärta</p>	Vilken effekt har fullständig rensning (instrumentering) av rotkanalssystemet vid ett behandlingstillfälle jämfört med fullständig rensning av rotkanalssystemet vid flera tillfällen på apikala förhållanden och symtomfrihet vid

			Alla tänkbara material och tekniker.	material och tekniker.		pulpanekros med apikal parodontit?
Bilaga 5	TÅ-23	Ofullständigt (otät, tunn, för kort, saknas i en kanal) rotfylld tand utan apikal parodontit med exponerat rotkanalssystem när protetisk behandling planeras.	Revisionsbehandling följt av protetisk behandling med stiftförankring. Ingen avgränsning i material eller teknik.	Ingen revisionsbehandling. Följt av protetisk behandling med stift. Ingen avgränsning i material eller teknik.	Apikala förhållanden. Tandöverlevnad.	Vilken effekt har revisionsbehandling jämfört med ingen revisionsbehandling på apikala förhållanden vid ofullständigt rotfylld tand utan apikal parodontit med exponerat rotkanalssystem och planerad protetisk behandling?
Bilaga 6	TÅ-38	Djup dentinkaries med risk för pulpalesion, symtomfria primära och permanenta tänder.	Partiell (dvs ofullständig) exkavering och rekonstruktion med kompositmaterial.	Stegvis exkavering (minst 3 mån) + efterföljande rekonstruktion (oavsett material).	Pulpavitalitet. Pulpalesion (vid exkavering). Apikal parodontit. Biverkningar.	Vilken effekt har partiell exkavering på djup dentinkaries med avseende på biverkningar, apikal parodontit, pulpavitalitet och pulpalesion jämfört med stegvis exkavering?
Bilaga 7	TÅ-39	Djup dentinkaries med risk för pulpalesion, symtomfria	Partiell (dvs. ofullständig)	Direkt (dvs. fullständig)	Pulpavitalitet.	Vilken effekt har partiell exkavering på djup dentinkaries med avseende på

		primära och permanenta tänder.	exkavering och fyllning med kompositmaterial	exkavering följt av rekonstruktion	Pulpalesion (vid exkavering). Apikal parodontit. Biverkningar.	biverkningar, apikal parodontit, pulpavitalitet och pulpalesion jämfört med fullständig exkavering?
Bilaga 8	TÅ-40	Djup dentinkaries med risk för pulpalesion, symtomfria primära och permanenta tänder.	Stegvis exkavering (minst 3 mån) + efterföljande rekonstruktion (oavsett material).	Direkt (d.v.s. fullständig) exkavering följt av rekonstruktion.	Pulpavitalitet. Pulpalesion (vid exkavering). Apikal parodontit. Biverkningar.	Vilken effekt har stegvis exkavering på djup dentinkaries med avseende på biverkningar, apikal parodontit, pulpavitalitet och pulpalesion jämfört med fullständig exkavering?
Bilaga 9	TÅ-41	Dentinkaries ocklusalt i primära kindtänder (molarer), barn, 3–9 år.	Fissurförsegling	Partiell (ofullständig) exkavering.	Apikal parodontit. Kariesprogression. Pulpavitalitet. Fyllnings-/fissurförseglingsöverlevnad. Biverkningar.	Vilken effekt har fissurförsegling jämfört med partiell (ofullständig) exkavering på apikal parodontit, fyllningsöverlevnad, kariesprogression, biverkningar, pulpavitalitet vid manifest karies i

						primära kindtänder hos barn 3–9 år?
Bilaga 10	TÅ-42	Oklusalt på nyrupterade kariesfria (lite emaljkaries ok) permanenta kindtänder (molarer) Ingen begränsning i kariesaktivitet.	Fissurförsegling, oavsett material.	Fluorlackning, minst 2 ggr/år.	Dentinkaries i behandlad fissur.	Vilken effekt har fissurförsegling jämfört med fluorlackning på karies vid nyrupterade permanenta kindtänder?
Bilaga 11	TÅ-47	Visdomstand i underkäken som behöver avlägsnas.	CBCT-undersökning och efterföljande kirurgi.	Intraoral röntgenundersökning och/eller panoramaundersökning och efterföljande kirurgi	<p>Diagnostisk tillförlitlighet.</p> <p>Behandlingsresultat.</p> <p>Tandens förhållande till mandibularkanalen.</p> <p>Biverkningar (strålhygien)</p>	Hur effektiv är CBCT-undersökning jämfört med intraoral röntgenundersökning eller panoramaundersökning med avseende på diagnostisk tillförlitlighet, behandlingsresultat för efterföljande kirurgi, biverkningar och strålhygien när en visdomstand som behöver avlägsnas i underkäken?

Bilaga 12	TÅ-48	Inte eruperad överkåkhörntand och risk för resorption på lateralen, barn.	CBCT-undersökning + efterföljande kirurgi	Intraoral röntgenundersökning eller panoramaundersökning + efterföljande kirurgi	Behandlingsresultat för efterföljande kirurgi. Diagnostisk tillförlitlighet av resorption på laterala incisiven. Biverkningar inklusive strålhygien.	Hur effektiv är CBCT-undersökning jämfört med intraoral röntgenundersökning eller panoramaundersökning med avseende på diagnostisk tillförlitlighet av resorption på laterala incisiven, behandlingsresultat för efterföljande kirurgi, biverkningar och strålhygien hos barn med överkåkhörntand som inte är eruperad och det finns risk för resorption på lateralen?
Bilaga 13	TÅ-58	Periimplantär mukositis.	Mekanisk infektionsbehandling som tillägg till egenvård. Ingen avgränsning hur ofta eller på vilket sätt.	Munhygieninstruktioner och resinstruktion. Egenvård (tandborstning 2 ggr/dag).	Blödning. Fickförslutning. Livskvalitet. Uppföljning minst 3 mån.	Vilken effekt har mekanisk infektionsbehandling som tillägg till egenvård jämfört med enbart egenvård på blödning, fickförslutning och

						livskvalitet vid peri-implantär mukositis?
Bilaga 14	TÅ-59	Periimplantär mukositis.	Kemisk infektionsbehandling (daglig munsköljning eller annan applicering med klorhexidin) som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling.	Egenvård och mekanisk infektionsbehandling.	Blödning. Fickförslutning. Livskvalitet. Biverkningar. Uppföljning minst 3 mån.	Vilken effekt har kemisk infektionsbehandling som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling jämfört med enbart egenvård och mekanisk infektionsbehandling på blödning, fickförslutning och livskvalitet vid peri-implantär mukositis?
Bilaga 15	TÅ-66	Periimplantit.	Kemisk infektionsbehandling (daglig munsköljning eller annan applicering med klorhexidin) som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling.	Egenvård och mekanisk infektionsbehandling.	Blödning. Fickförslutning (PPD ≤5 mm). Stödjevavnadsförändring. PROM. Implantatöverlevnad.	Vilken effekt har kemisk infektionsbehandling som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling jämfört med egenvård och mekanisk infektionsbehandling på blödning, fickförslutning, stödjevavnadsförändring, livskvalitet och

						implantatöverlevnad vid periimplantit?
Bilaga 16	TÅ-67	Periimplantit.	Kirurgisk behandling (lambåkirurgi) som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling. Endast åtgärd för infektions och inflammationsfrihet.	Egenvård och mekanisk infektionsbehandling.	Blödning. Fickförslutning (PPD ≤5 mm). Stödjevavnadsförändring. PROM. Implantatöverlevnad.	Vilken effekt har kirurgisk behandling (lambåkirurgi) som tillägg till egenvård och mekanisk infektionsbehandling jämfört med egenvård och mekanisk infektionsbehandling på blödning, fickförslutning, stödjevavnadsförändring, livskvalitet och implantatöverlevnad vid periimplantit?
Bilaga 17	TÅ-75	Procedursmärta, t.ex. vid tanduttagning, barn.	Smärtstillande läkemedel (paracetamol, NSAID), 1 h preoperativt.	Inga smärtstillande läkemedel preoperativt.	Procedursmärta. Postoperativa besvär. Går behandlingen att genomföra, Kooperation.	Vilken effekt har preoperativa smärtstillande läkemedel (t.ex. paracetamol, NSAID) jämfört med inga preoperativa smärtstillande läkemedel med

						avseende på smärta, postoperativa besvär och Kooperation hos barn med procedursmärta (t.ex. vid tanduttagning)?
Bilaga 18	TÅ-80	Infektion eller risk för infektion p.g.a. obehandlat tillstånd (t.ex. vid rotrester/parodontit, mukositis), vuxen person med behov av särskilt stöd.	Avvaktan med behandling (dvs. exspektans)	Sedvanliga odontologiskt behandlande åtgärder, t.ex. extraktion eller mekanisk infektionsbehandling.	Allmäntillstånd. Infektionsfrihet. Livskvalitet.	Vilken effekt har exspektans jämfört med sedvanlig odontologisk behandling på allmäntillstånd och infektionsbelastning vid infektion/risk för infektion p.g.a. obehandlade tillstånd hos en vuxen person med behov av särskilt stöd?
Bilaga 19	TÅ-84	Dentinkaries (alla tandytor) med progression, vuxen person med behov av särskilt stöd.	Pensling med 38 % silverdiaminfluorid, minst en gång per år.	Sedvanlig fluorbehandling (t.ex. lackning eller annan behandling). Ingen begränsning i hur ofta/sällan.	Avstannad karies. Livskvalitet. Biverkningar. Tandöverlevnad.	Vilken effekt har pensling av 38 % silverdiaminfluorid 1 gång/år på manifest karies hos en vuxen person med behov av särskilt jämfört med sedvanlig fluorbehandling?

Bilaga 20	TÅ-85	Dentinkaries (alla tandytor) med progression, vuxen person med behov av särskilt stöd.	Pensling med 38 % silverdiaminfluorid, minst en gång per år.	Sedvanlig fyllningsbehandling, ingen begränsning i material/teknik.	Avstannad karies. Livskvalitet. Biverkningar. Tandöverlevnad.	Vilken effekt har pensling av 38 % silverdiaminfluorid 1 gång/år på manifest karies hos en vuxen person med behov av särskilt jämfört med att göra en sedvanlig fyllningsbehandling?
Bilaga 21	TÅ-86	Dentinkaries, vuxen person med behov av särskilt stöd. Även ta med barn i underlaget.	Atraumatic restorative treatment (ART).	Exkavering (fullständig) och traditionell fyllningsterapi. Ingen begränsning på material eller teknik.	Förekomst av karies vid fyllning. Livskvalitet. Fyllningsöverlevnad. Apikal parodontit. Pulpavitalitet.	Vilken effekt har ART på karies hos en vuxen person med behov av särskilt stöd jämfört med traditionell fyllningsterapi?
Bilaga 22	TÅ-87	Dentinkaries, vuxen person med behov av särskilt stöd.	Atraumatic restorative treatment (ART).	Ingen åtgärd.	Livskvalitet. Pulpavitalitet. Apikal parodontit.	Vilken effekt har ART på karies hos en vuxen person med behov av särskilt stöd jämfört med ingen åtgärd?
Bilaga 23	TÅ-90	Entandslucka.	Emaljretinerad bro i metall med en stödtand.	Emaljretinerad bro i metall med två stödtänder.	Konstruktionsöverlevnad (> 5år).	Vilken effekt har en emaljretinerad bro i metall med en stödtand

					Livskvalitet	jämfört med emaljretinerad bro i metall med två stödtänder med avseende på konstruktionsöverlevnad (> 5 år) hos person med entandslucka?
Bilaga 24	TÅ-91	Entandslucka.	Emaljretinerad bro i keramik med en stödtand.	Emaljretinerad bro i keramik med två stödtänder.	Konstruktionsöverlevnad (> 5år). Livskvalitet.	Vilken effekt har en emaljretinerad bro i keramik med en stödtand jämfört med emaljretinerad bro i keramik med två stödtänder med avseende på konstruktionsöverlevnad (> 5 år) hos person med entandslucka?
Bilaga 25	TÅ 8:1	Initial kronkaries (utan kavitet) på ocklusalytor med risk för progression. Vuxna.	Fissurförsegling med resinbaserade material som tillägg till daglig tandborstning.	Ingen behandling, fluoridlackning, utöver daglig tandborstning med fluoridtandkräm.	Kariesprogression. Fyllning.	

Bilaga 26	TÅ 8:2	Initial kronkaries (utan kavitet) på ocklusalytor med risk för progression. Vuxna.	Fissurförsegling med glasjonomercement (gpa) som tillägg till daglig tandborstning.	Ingen behandling, fluoridlackning, utöver daglig tandborstning med fluoridtandkräm.	Kariesprogression. Fyllning.	
Bilaga 27	TÅ 9:1	Initial kronkaries (utan kavitet) på approximalytor med risk för progression. Vuxna.	Försegling med resinbaserade material (resininfiltration) som tillägg till daglig tandborstning.	Ingen behandling, fluoridlackning, utöver daglig tandborstning med fluoridtandkräm.	Kariesprogression. Fyllning.	

ART=Atraumatic restorative treatment, gpa = glasjonomercement, NSAID=Non-steroidal anti-inflammatory drug, PPD=Probing Pocket Depths, PROM=Patient Reported Outcome Measure

Bilagor, www.sbu.se/334

- Bilaga 1 Vetenskapligt underlag TÅ-par 19
- Bilaga 2 Vetenskapligt underlag TÅ-par 20
- Bilaga 3 Vetenskapligt underlag TÅ-par 21
- Bilaga 4 Vetenskapligt underlag TÅ-par 22
- Bilaga 5 Vetenskapligt underlag TÅ-par 23
- Bilaga 6 Vetenskapligt underlag TÅ-par 38
- Bilaga 7 Vetenskapligt underlag TÅ-par 39
- Bilaga 8 Vetenskapligt underlag TÅ-par 40
- Bilaga 9 Vetenskapligt underlag TÅ-par 41
- Bilaga 10 Vetenskapligt underlag TÅ-par 42
- Bilaga 11 Vetenskapligt underlag TÅ-par 47
- Bilaga 12 Vetenskapligt underlag TÅ-par 48
- Bilaga 13 Vetenskapligt underlag TÅ-par 58
- Bilaga 14 Vetenskapligt underlag TÅ-par 59
- Bilaga 15 Vetenskapligt underlag TÅ-par 66
- Bilaga 16 Vetenskapligt underlag TÅ-par 67
- Bilaga 17 Vetenskapligt underlag TÅ-par 75
- Bilaga 18 Vetenskapligt underlag TÅ-par 80
- Bilaga 19 Vetenskapligt underlag TÅ-par 84
- Bilaga 20 Vetenskapligt underlag TÅ-par 85
- Bilaga 21 Vetenskapligt underlag TÅ-par 86
- Bilaga 22 Vetenskapligt underlag TÅ-par 87
- Bilaga 23 Vetenskapligt underlag TÅ-par 90
- Bilaga 24 Vetenskapligt underlag TÅ-par 91
- Bilaga 25 Vetenskapligt underlag TÅ-par 8.1
- Bilaga 26 Vetenskapligt underlag TÅ-par 8.2

Bilaga 27 Vetenskapligt underlag TÅ-par 9.1

Bilaga 28 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 19–21

Bilaga 29 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 22

Bilaga 30 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 23

Bilaga 31 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 38–41 samt 86–87

Bilaga 32 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 42

Bilaga 33 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 47 och 48

Bilaga 34 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 58, 59, 66 och 67

Bilaga 35 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 75

Bilaga 36 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 80

Bilaga 37 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 84 och 85

Bilaga 38 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 90 och 91

Bilaga 39 Exkluderade studier samt studier med hög risk för bias för TÅ-par 8.1, 8.2 och 9.1