SBU KARTLÄGGER
PUBLIKATION NR: 377
ISBN: 978-91-987555-6-5
PUBLICERAD: 14 APRIL 2024
NEDLADDAD: 27 APRIL 2025

Psykisk hälsa och munhälsa

En kartläggning av systematiska översikter

Innehåll

Sammanfattning 4
Syfte och bakgrund 4
Metod 4
Huvudresultat 5
Innehållsdeklaration 5
Citera denna rapport 5
1. Inledning 6
1.1 Uppdrag och syfte 6
Faktaruta 1.1 Systematiska översikter 7
1.2 Målgrupper 7
2. Bakgrund 8
2.1 Psykisk hälsa och munhälsa 8
2.2 Definition av psykisk hälsa och psykisk ohälsa 8
2.3 Definition av munhälsa 9
2.4 Tandvårdsstöd 10
3. Metod 12
3.1 Frågeställningar 12
3.2 Urvalskriterier 12
3.3 Utformning av evidenskartor 14
3.4 Process för urval av studier 14
4. Urval av studier 17
5. Resultat 18
5.1 Evidenskartor 18
5.2 Tandvårdens perspektiv 18
5.3 Primärvårdens och psykiatrins perspektiv 21
6. Diskussion och överväganden för praktik och forskning 25
6.1 Överväganden för praktik 25
6.2 Överväganden för forskning 28
7. Medverkande 29
7.1 Projektgrupp 29
8. Ordförklaringar och förkortningar 31
9. Referenser 33

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/377

ISBN 978-91-987555-6-5

Sammanfattning

Syfte och bakgrund

Syftet med denna kartläggning är att identifiera systematiska översikter som studerat kopplingar mellan munhälsa och psykisk hälsa, och på ett överskådligt sätt göra de systematiska översikterna tillgängliga i evidenskartor (interaktiva kartor) som visar:

- psykisk hälsa hos personer som har eller upplever besvär av påverkad munhälsa,
- interventioner som ges av tandvården som kan förbättra psykisk hälsa,
- munhälsa hos personer med psykisk ohälsa, samt
- interventioner som ges av primärvården eller psykiatrin som kan förbättra munhälsa.

Metod

En litteratursökning utfördes i januari 2024 i fyra databaser: Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Medline och PsycInfo. Litteratursökningen identifierade 3 448 artiklar och efter granskning visade sig 169 av dem passa in i en eller flera av de fyra evidenskartorna. De systematiska översikter som studerat munhälsa hos personer med psykisk ohälsa lades in i två kartor: en där populationen representerar de med psykisk ohälsa och en där populationen representerar de som har eller upplever besvär av påverkad munhälsa. De systematiska översikter som undersökt interventioner delades också in i två kartor: en för de översikter som studerat interventioner inom tandvården, och en för de översikter som studerat interventioner som ges av primärvård eller psykiatri. De systematiska översikternas metodologiska kvalitet (risk för bias) bedömdes med hjälp av granskningsmallen Snabbstar. I evidenskartorna går det att filtrera fram översikter utefter vad de studerat, till exempel typ av psykisk ohälsa, typ av påverkad munhälsa, åldersgrupp och specifika interventioner, samt efter SBU:s bedömning av översikternas risk för bias. Det finns också länkar i evidenskartorna som leder till varje systematisk översikt. Både identifiering av översikter och risk för bias-bedömning utfördes av två projektledare oberoende av varandra. Evidenskartorna presenterar inte översiktförfattarnas slutsatser.

Huvudresultat

I evidenskartorna finns 122 översikter som studerat psykisk hälsa hos individer som har eller upplever besvär av påverkad munhälsa och 114 översikter som studerat munhälsa hos individer med psykisk ohälsa. Samtidigt har endast 10 översikter studerat effekten av interventioner från tandvården för att förbättra den psykiska hälsan och 26 översikter har studerat interventioner från psykiatrin eller primärvården för att förbättra munhälsan.

I korthet visar evidenskartorna både den forskning som finns, men också att det finns ett behov av ytterligare forskning om kopplingar mellan, och insatser som kan förbättra, personers psykiska hälsa och munhälsa. Exempelvis är det tydligt att psykisk ohälsa kan påverka munhälsan negativt och vice versa. De relativt få översikter som studerat effekter av interventioner indikerar att tandvårdsinsatser kan förbättra den psykiska hälsan medan insatser från psykiatrin och primärvården kan förbättra munhälsan hos personer med psykisk ohälsa. Förutom att ge en bild av kunskapsläget kan evidenskartorna utgöra ett stöd för myndigheter och yrkesverksamma inom tandvård, psykiatri och primärvård, i deras framtida arbete för att förbättra psykisk hälsa och munhälsa.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- En kartläggning av systematiska översikter

Granskat och sammanställt befintligt sammanställt forskningsunderlag tillsammans med externa sakkunniga:

- Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa sakkunniga

Citera denna rapport

Citera denna rapport

SBU. Psykisk hälsa och munhälsa: en kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2024. SBU Kartlägger 377. [accessed date]. Available from: https://www.sbu.se/377

1. Inledning

Kartläggningen initierades efter en dialog med Socialstyrelsen som lyft behovet av att visa om det finns sammanställd vetenskaplig kunskap om kopplingar mellan munhälsa och psykisk hälsa, samt om interventioner givna av tandvården eller primärvård/psykiatri kan leda till en förbättrad psykisk hälsa respektive munhälsa.

Socialstyrelsen har sedan tidigare identifierat vikten av att uppmärksamma personer med psykiska funktionsnedsättningar som har sämre somatisk hälsa, inklusive munhälsa, jämfört med övriga befolkningen. Socialstyrelsen konstaterar också att bristande samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård innebär svårigheter för att tillgodose komplexa behov hos personer med psykisk funktionsnedsättning [1].

1.1 Uppdrag och syfte

Denna rapport syftar till att identifiera och granska systematiska översikter för att:

- kartlägga kopplingar mellan psykisk hälsa och munhälsa
- kartlägga tandvårdsinsatser som kan förbättra psykisk hälsa samt psykologiska, psykosociala eller psykiatriska interventioner som kan förbättra munhälsa.

Resultatet av kartläggningen är fyra evidenskartor som visar var det finns respektive saknas tillförlitliga systematiska översikter, se Faktaruta 1.1 för beskrivning av systematisk översikt.

Faktaruta 1.1 Systematiska översikter

En systematisk översikt är en sammanställning av resultat från sådana studier som med systematiska och explicita metoder har identifierats, valts ut och bedömts kritiskt och som avser en specifikt formulerad fråga. En välgjord systematisk översikt ska uppfylla höga krav på tillförlitlighet och reproducerbarhet och följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller systematiska fel påverkar slutsatserna. Hit hör:

- en preciserad fråga
- en uttömmande sökning efter all relevant litteratur för den fråga som behandlas
- risk för bias-granskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna
- extraktion av data och tabellering av de studier som har inkluderats
- sammanvägning av resultaten från de inkluderade studierna i till exempel en metaanalys
- en bedömning av hur välgrundade resultaten och slutsatserna är (evidensgradering)
- reproducerbarhet: redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för att sålla fram den relevanta litteraturen samt hur sökning och granskning skett.

En välgjord systematisk översikt ger läsaren möjlighet att bedöma tillförlitligheten i slutsatserna och att kontrollera om någon viktig litteratur inte har kommit med i bedömningen.

1.2 Målgrupper

Kartläggningen riktar sig till Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan och andra myndigheter men även till professioner inom tandvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, ätstörningsmottagningar, beroendemottagningar samt primärvård. Andra viktiga målgrupper är forskningsfinansiärer, forskare och allmänheten.

Resultaten av kartläggningen kan också vara relevanta för nätverk av aktörer verksamma inom området såsom NPO tandvård, NPO psykisk hälsa, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) tandvårdsnätverk, Privattandläkarna, Sveriges Tandhygienistförening, Nätverk för styrning och ledning av psykiatrin (SKR), Första linjen nätverk (SKR) med flera.

2. Bakgrund

2.1 Psykisk hälsa och munhälsa

Att ta hand om sina tänder kan vara lika utmanande för en person som lider av psykisk ohälsa som för någon med en fysisk funktionsnedsättning. Psykisk ohälsa kan exempelvis göra att personen inte prioriterar tandvård och/eller behöver ta mediciner som ger muntorrhet eller missfärgning av tänder. Även tandgnissling, kräkning, svält eller frekvent intag av sockerhaltig föda påverkar munhälsan negativt.

Förlust av tänder kan ge tuggsvårigheter och leda till såväl en ovilja att äta som till att välja bort mat som behöver tuggas. Det kan också leda till en ovilja att prata, skratta och le. Även snedställda tänder, under- eller överbett kan påverka psykisk hälsa. Det kan vara stigmatiserande genom att man kan känna sig bedömd och nedvärderad. Självkänslan kan sjunka och möjligheterna att skapa sociala kontakter kan minska. Personer med psykisk ohälsa tenderar att dra sig undan, och en försämrad tandhälsa kan öka isoleringen ytterligare [2] [3].

Tandvårdsinsatser kan motverka detta. Med nya tänder eller förbättrad tand- och ansiktsestetik kan självkänslan stärkas vilket kan skapa förutsättningar för förbättrade levnadsvillkor. Även tandvårdens upplysning om vilken påverkan psykisk ohälsa har på tänderna kan hjälpa drabbade personer att söka eller ta emot hjälp [2].

I tandvårdens uppdrag ingår att regelbundet träffa barn och ungdomar till och med 23 års ålder som är en grupp med rätt till kostnadsfri tandvård[1]. En majoritet av vuxna individer träffar tandvården relativt regelbundet, men till skillnad mot de yngre är tandvården inte längre kostnadsfri, vilket kan påverka besöksfrekvensen hos vuxna.

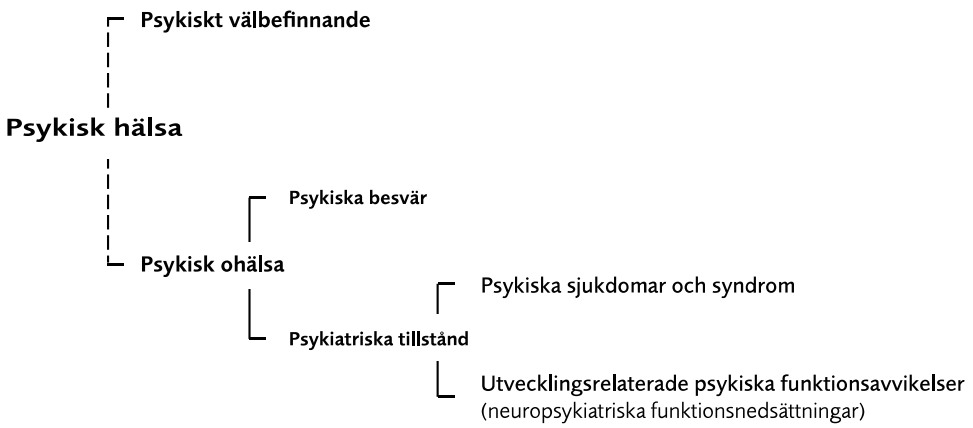
[1.] Regeringen avser år 2025 att sänka åldern för fri tandvård från 23 år till 19 år, i enlighet med förslaget i betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) [4].

2.2 Definition av psykisk hälsa och psykisk ohälsa

I vår definition av psykisk hälsa utgår vi huvudsakligen från en begreppsmodell som tagits fram av SKR, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SBU [5]. Modellen ger en förenklad beskrivning av hur olika begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra i syfte att underlätta förståelsen för, och en enhetligare användning av begreppen.

Psykisk hälsa presenteras som ett paraplybegrepp som delas in i psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Dessa är inte varandras motsatser utan kan samexistera. Psykiskt välbefinnande är inte detsamma som frånvaro av psykisk ohälsa, utan det handlar om ett tillstånd som omfattar både välbefinnande och funktionsförmåga. Psykisk ohälsa omfattar psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiska besvär, till skillnad från psykiatriska tillstånd, definieras som psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos inte är uppfyllda. De kan uttryckas som exempelvis oro, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. Psykiatriska tillstånd delas in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (neuropsykiatriska funktionsnedsättningar). Psykiska besvär i denna modell utgörs därmed av självrapporterade psykiska besvär, medan psykiatriska tillstånd utgörs av diagnostiserade eller diagnostiserbara tillstånd, det vill säga sådant som Socialstyrelsen beskriver med hjälp av data från myndighetens register.

Figur 2.1 Modell som beskriver hur begrepp inom området psykisk hälsa förhåller sig till varandra.



2.3 Definition av munhälsa

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar munhälsa som ett tillstånd i munnen, tänderna och de orofaciala strukturerna, som gör det möjligt för individer att utföra väsentliga funktioner som att äta, andas och tala [6]. Det omfattar psykosociala dimensioner som självförtroende, välbefinnande samt förmågan att umgås och arbeta utan smärta, obehag eller förlägenhet. Vi har valt att använda denna definition av munhälsa.

Munhälsan kan försämras av personens vanor som exempelvis eftersatt munvård, kostvanor och rökning, men den kan också försämras av sjukdom som exempelvis sjukdomar eller behandlingar som påverkar salivfunktion eller individens förmåga att sköta sin munhygien. Medfödda bett- eller

tandavvikelser som läpp-, käk- och gomspalt, under- eller överbett, mineraliseringsstörningar av tänder kan av individen upplevas som en ohälsa, estetisk eller funktionell.

Vid ohälsa relaterad till mun eller munregionen, självupplevd eller diagnostiserad, finns ingen heltäckande term. Vi har därför valt att beskriva det som påverkad munhälsa eller att en person har eller upplever besvär av påverkad munhälsa (tillstånd i munnen, tänderna och de orofaciala strukturerna).

2.4 Tandvårdsstöd

I lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd står i §3 att Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd för:

1. förebyggande tandvård, och
2. tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma:

   - frihet från smärta och sjukdomar,
   - förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller
   - ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilken tandvård som ska ingå i högkostnadsskyddet, hur hög ersättningen ska vara samt referenspriser för olika tandvårdsåtgärder. TLV beslutar om tandvårdsstöd som ska lämnas för förebyggande tandvård samt för tandvårdsbehandling som bidrar till att:

- åtgärda smärta eller sjukdomar
- ge förmåga att äta, tugga eller tala utan större hinder
- ge ett utseendemässigt godtagbart resultat

En grundläggande skillnad mellan hälso- och sjukvård och tandvård i Sverige är patientens egenavgift. Den vuxna patientens tandvård betalas i hög grad av patienten själv. Finansieringen kan således påverka patientens vilja och förmåga att besöka tandvården och skulle därmed också kunna påverka omfattningen av individer som tar del av sjukdomsförebyggande, hälsofrämjande och behandlande interventioner.

Som ett skydd mot höga kostnader finns det ett statligt tandvårdsstöd som omfattar den vuxna patienten. Genom det statliga tandvårdsstödet kan patienten även vara berättigad ekonomiskt stöd för förebyggande insatser. Detta gäller exempelvis vid muntorrhet muntorrhet orsakad av långvarig läkemedelsbehandling. För vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar, exempelvis svår psykisk funktionsnedsättning, finns det även andra regionala ekonomiska stöd, som kan berättiga till tandvård till hälso- och

sjukvårdsavgift [7]. Med det regionfinansierade tandvårdsstödet kostar ett besök i tandvården lika mycket som ett besök i sjukvården. Vidare finns ett statligt så kallat särskilt tandvårdbidrag (STB) på 600 kronor per halvår som får användas till undersökning och förebyggande tandvård.

Tandvården är kostnadsfri för barn och unga till och med det år hen fyller 23 år. Vad gäller tandreglering är den avgiftsfri för de barn och ungdomar som har störst behov av tandreglering.

3. Metod

Denna rapport har utgått från processen SBU Kartlägger som syftar till att identifiera områden där det finns, respektive saknas, tillförlitlig sammanställd forskning i form av systematiska översikter. Processen genomförs i följande steg:

1. frågeställningar och urvalskriterier
2. utformning av struktur för evidenskartor
3. litteratursökning
4. bedömning av relevans av de systematiska översikter som litteratursökningen fann
5. granskning av risk för bias av de systematiska översikter som bedömdes relevanta
6. kategorisering av de systematiska översikterna i evidenskartor.

3.1 Frågeställningar

Från tandvårdens perspektiv: Vad finns det för systematiska översikter som studerat psykisk ohälsa hos personer som har eller upplever besvär med påverkad munhälsa? Vad finns det för systematiska översikter som studerat interventioner som ges eller som skulle kunna ges av tandvården för att förbättra en persons psykiska hälsa?

Från primärvårdens och psykiatrins perspektiv: Vad finns det för systematiska översikter som studerat påverkad munhälsa hos personer med psykisk ohälsa? Vad finns det för systematiska översikter som studerat interventioner som ges eller som skulle kunna ges av psykiatri eller primärvård för att förbättra en persons munhälsa?

3.2 Urvalskriterier

Urvalskriterier är strukturerade i enlighet med modellen PECO[2] för att undersöka kopplingar mellan psykisk ohälsa och påverkad munhälsa och modellen PICO[3] för att kartlägga tandvårdsinsatser vid psykisk ohälsa samt insatser inom psykiatri eller primärvård som kan förbättra munhälsa.

2. Population, exposure, control, outcome
3. Population, intervention, control, outcome

Från tandvårdens perspektiv

PECO (påverkad munhälsa relaterat till psykisk ohälsa)	PICO (interventioner utförda av tandvården)
Population: Barn, unga, vuxna, äldre (alla åldrar)	Population: Barn, unga, vuxna, äldre (alla åldrar) med diagnostiserad eller självrapporterad psykisk ohälsa
Exponering: Påverkad munhälsa	Intervention: Alla interventioner som tandvården kan ge eller hänvisa till, exempelvis tandvårdsbehandling och rehabilitering, information från tandvården om hälsofaktorer och munhygienfrämjande åtgärder, hänvisning till psykiatri eller primärvård
Kontroll: Ingår inte	Kontroll: Ingen insats eller annan insats. Kontrollgrupp är inte nödvändigt
Utfall: Utfall relaterade till psykisk ohälsa: psykiska besvär (till exempel oro, ensamhet) och psykiatriska tillstånd (t ex depressiva syndrom, dysmorfofobi)	Utfall: Psykiska besvär, psykiska sjukdomar och syndrom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Från primärvårdens och psykiatrins perspektiv

PECO (psykisk ohälsa relaterat till påverkad munhälsa)	PICO (interventioner utförda av psykiatri eller primärvård)
Population: Barn, unga, vuxna, äldre (alla åldrar)	Population: Barn, unga, vuxna, äldre (alla åldrar) med diagnostiserad eller självrapporterad psykisk ohälsa
Exponering: Psykiska besvär, psykiska sjukdomar och syndrom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	Intervention: Alla interventioner som barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, äldrepsykiatri och primärvård kan ge eller hänvisa till för att förbättra munhälsa. Till exempel interventioner såsom psykologiska och psykosociala insatser, ändrad läkemedelsbehandling eller hänvisning till tandvården
Kontroll: Ingår inte	Kontroll: Ingen insats eller annan insats. Kontrollgrupp är inte nödvändigt
Utfall: Utfall relaterade till påverkad munhälsa, till exempel svårighet att äta eller tugga, smärta, muntorrhet eller kväljningsreflexer	Utfall: Påverkad munhälsa (till exempel kariesförekomst, tandförluster, försämrad tuggfunktion), smärta och huvudvärk (kopplad till tandvård/munhälsa), tandvårdsrädsla, kväljningsreflexer

3.2.1 Studiedesign

Enbart systematiska översikter som baserat sina resultat på kvantitativa eller kvalitativa data inkluderas.

3.2.2 Ytterligare avgränsningar

Systematiska översikter på engelska eller skandinaviska språk publicerade i peer-reviewed tidskrifter.

Exklusionskriterier:

- Interventioner som utförs av socialtjänst, skola eller samhällsvård för barn och unga ingår inte i kartläggningen.
- Interventioner utförda av tandvården där det inte framgår att utfall är relaterade till psykisk ohälsa eller psykiskt välbefinnande.
- Översikter med primärt fokus på personer med Alzheimers sjukdom eller andra demenssjukdomar.

3.3 Utformning av evidenskartor

Evidenskartorna är utformade av projektledarna tillsammans med sakkunniga inom området. Varje karta består av en interaktiv tabell där systematiska översikter och deras innehåll kan filtreras fram. Totalt har fyra evidenskartor utformats, två som utgår från tandvårdens perspektiv och två som utgår från primärvården och psykiatrins perspektiv.

3.4 Process för urval av studier

3.4.1 Litteratursökning

En strukturerad och uttömmande litteratursökning utfördes i januari 2024 av projektets informationspecialist i samarbete med de sakkunniga inom området. Litteratursökningen genomfördes i Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, Medline och PsycInfo. En fullständig sökdokumentation med alla detaljer återfinns i Bilaga 1.

3.4.2 Bedömning av relevans

Två projektledare granskade oberoende av varandra titel och sammanfattning (abstrakt) för de studier som identifierades i litteratursökningarna. Granskningen genomfördes med hjälp av gallringsverktyget Rayyan [12]. De sammanfattningar som uppfyllde urvalskriterierna, eller där det fanns en osäkerhet om de uppfyllde kriterierna beställdes i fulltext och granskades av två projektledare oberoende av varandra. Granskningen genomfördes med hjälp av gallringsverktyget Covidence [13]. Eventuella oenigheter vid fulltextgranskning löstes genom diskussion för att nå konsensus. Studier som granskades i fulltext och som inte uppfyllde kriterierna sorterades bort och orsak till exklusion noterades av projektledarna (Bilaga 2).

3.4.3 Överförbarhet

Vid relevansgranskning av systematiska översikter gjordes en bedömning utifall att den interventionen som studerades i översikten används eller skulle kunna användas av tandvård respektive psykiatri eller primärvård i Sverige.

3.4.4 Kategorisering av systematiska översikter

Samtliga inkluderade systematiska översikter kategoriserades utifrån vilka förbestämda populationer, exponeringar, interventioner, utfall och övriga kategorier som ingår i kartläggningen. Detta arbete gjordes av två projektledare. En översikt kunde märkas med mer än en population, exponering, intervention och utfall, om översikten hade inkluderat det.

3.4.5 Bedömning av risk för bias

Två projektledare har, oberoende av varandra, bedömde risk för bias för de inkluderade systematiska översikterna. Som stöd användes de frågor som finns beskrivna i granskningsmallen Snabbstar som är uppdelade i sex delsteg [8]. En systematisk översikt granskades upp till det steg där båda granskarna ansåg att den hade genomförts på ett otillräckligt sätt. Covidence användes för att genomföra granskningen av risk för bias. Kartläggningen inkluderar däremot inte någon bedömning av risken för bias för de primärstudier som ingår i de systematiska översikterna.

3.4.6 Kriterier för acceptabel risk för bias

För att en översikt skulle anses ha acceptabel risk för bias (låg/måttlig risk för bias) skulle den uppfylla följande tre kriterier:

1. En tydlig frågeställning och en transparent och återupprepningsbar litteratursökning som bör fånga upp studier som besvarar

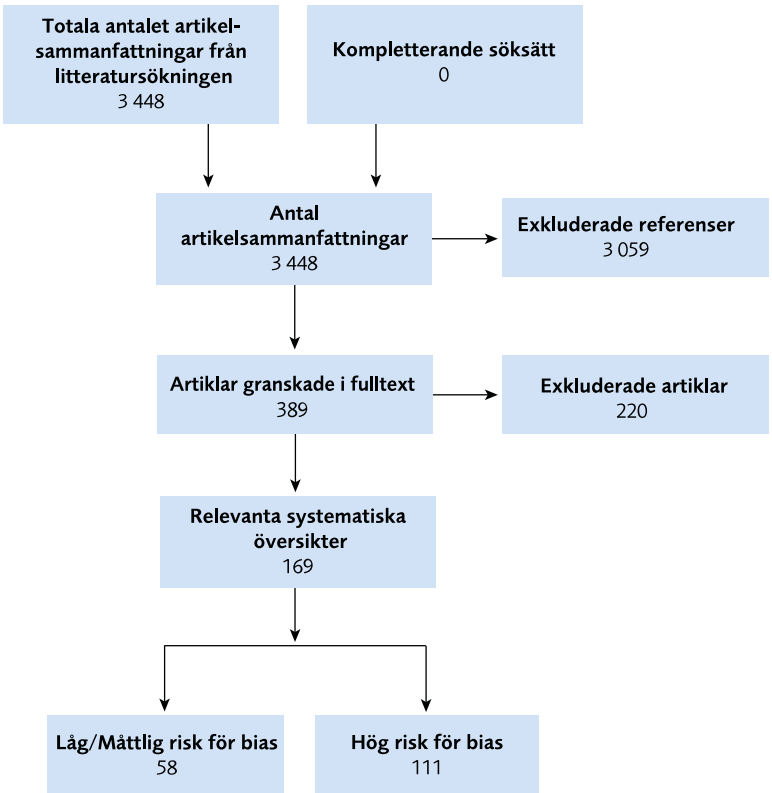
frågeställningen.
2. En relevansbedömning av granskade studier som genomförts av minst två personer oberoende av varandra.
3. En bedömning av risk för bias i översiktens inkluderade studier, som är genomförd av minst två personer oberoende av varandra och där bedömningen för varje inkluderad studie är tydlig och dess sammantagna påverkan på översiktens slutsats(er) finns beskriven.
4. En tydlig beskrivning av inkluderade studier och den data som ligger till grund för resultaten.
5. En sammanvägning, beskrivande eller statistisk, av resultaten i de inkluderade studierna.

Om en översikt brister i något av dessa steg, till exempel saknar en litteratursökning som presenterats på ett transparent sätt eller om litteratursökningen inte täcker in frågeställningen så att risken är stor att relevanta primärstudier inte kommit med i sökningen, bedömdes risken för bias som hög för översikten.

4. Urval av studier

Litteratursökningen resulterade i 3 448 artiklar. Efter granskningen av sammanfattningarna bedömdes 389 artiklar uppfylla de angivna inklusionskriterierna. Granskningen av fulltexterna resulterade därefter i att 169 systematiska översikter inkluderades, varav 58 bedömdes ha låg/måttlig risk för bias och 111 bedömdes ha hög risk för bias. I Figur 4.1 framgår selektionsprocessen i ett flödesschema. I Bilaga 2 finns en lista över de referenser som exkluderades samt främsta orsak till exklusion.

Figur 4.1 Flödesschema för selektion av studier.



5. Resultat

5.1 Evidenskartor

Resultatet visas i evidenskartor (interaktiva kartor) där det framgår vilka översikter som identifierats och deras bedömda risk för bias. Två kartor är uppdelade efter intervention och utfall och två kartor är uppdelade efter exponering och utfall. I evidenskartorna presenteras därmed samtliga relevanta systematiska översikter utifrån populationer, interventioner och utfall mm. som identifierats i översikterna. Några översikter passar in i flera kartor och handlar om flera populationer och utfall. Det går att filtrera vilka systematiska översikter som visas genom att göra val i menyn ovanför evidenskartorna. Översikterna har studerat olika åldersgrupper av barn, unga och vuxna och är därför kategoriserade utifrån de övergripande åldersgrupper som de huvudsakligen fokuserat på.

Nedan sammanfattas vissa resultat baserat på de systematiska översikter som har låg/måttlig risk för bias. För mer detaljerad information se de interaktiva kartorna.

5.2 Tandvårdens perspektiv

5.2.1 Psykisk hälsa hos personer som har eller upplever besvär med munhälsa

Vi identifierade 43 systematiska översikter med låg eller måttlig risk för bias och 79 översikter med hög risk för bias som studerat förekomsten av psykisk ohälsa hos personer som har eller upplever besvär av påverkad munhälsa.

Av de 43 systematiska översikter som har låg eller måttlig risk för bias har 14 översikter studerat munhälsa och psykiska sjukdomar och syndrom, såsom depressiva syndrom, ångestsyndrom och fobier, bipolär sjukdom, schizofrenispektrumssyndrom, skadligt bruk och beroende och dysmorfofobi. Nitton översikter har studerat munhälsa och olika psykiska besvär, främst oro och ångest, nedstämdhet och stress. Tio översikter har studerar munhälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som adhd, autism eller intellektuella funktionsnedsättningar[4]. Det är vanligt att översikterna har studerat barn och unga med adhd, autism och intellektuella funktionsnedsättningar samt vuxna med psykiska sjukdomar och syndrom. Översikter med vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är få. Ingen av översikterna med låg/måttlig risk för bias har studerat munhälsa

hos barn och unga med psykiska sjukdomar och syndrom. En översikt har studerat munhälsa hos personer över 65 år. Däremot finns det flera översikter där populationens ålder är ospecificerad.

De tillstånd eller diagnoser kopplade till munhälsa som studerats hos barn och unga är karies, parodontala sjukdomar, bettavvikelser, läpp-, käk-, gomspalt (LKG), smärta samt käkfunktionsstörningar (TMD)[5] och bruxism. De tillstånd eller diagnoser som studerats hos vuxna eller ospecificerade åldersgrupper var karies, parodontala sjukdomar, avsaknad av tänder, dentala erosioner samt reaktioner i slemhinnor och salivkörtlar som burning mouth syndrome, oral mukosit, oral lichen planus och muntorrhet.

Karies, parodontala sjukdomar och TMD/bruxism förekommer både vid psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Oral lichen planus, LKG och oral mukosit förekommer hos personer med psykiska besvär, dentala erosioner och muntorrhet förekommer hos personer med psykiska sjukdomar och syndrom. Dock handlar det om ett fåtal översikter med låg/måttlig risk för bias som studerat dessa kopplingar.

Länkar till översikterna hittas i den interaktiva kartan, och i Tabell 5.1 nedan sammanfattas antal översikter och dess lokalisation i kartan för de 43 översikter som har en låg/måttlig risk för bias.

4. Vi har valt att även inkludera Downs syndrom i denna kategori.
5. Temporomandibular Disorders [9]

Tabell 5.1 Systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som studerat psykisk ohälsa hos personer som har eller upplever besvär av påverkad munhälsa.

	Utfall för psykisk ohälsa		
	Psykiska besvär	Psykiska sjukdomar och syndrom	Neuropsykiatriska funktions-nedsättningar
Personer som har eller upplever besvär med			
Tänder och dess omgivande vävnader	5	7	7
Tuggfunktion	3	1	1
Estetik	0	1	0
Munslemhinnor, salivfunktion	7	3	0
Käkleder och tuggmuskulatur	5	3	4

5.2.2 Tandvårdens insatser som kan förbättra den psykiska ohälsan

I denna rapport har vi även sammanställt en interaktiv karta över de systematiska översikter som har studerat om tandvårdsinsatser kan förbättra psykisk ohälsa. Vi identifierade tio översikter som har studerat effekten av interventioner som ges av tandvården till personer med psykisk ohälsa. Populationer i översikterna är barn, vuxna eller personer med ospecificerad ålder.

Tre av dessa översikter har låg/måttlig risk för bias och de översikterna har studerat huruvida snarkskena vid sömnapné kan minska depression, om personer med psykiska besvär eller psykiska sjukdomar och syndrom får ändrat psykosocialt välbefinnande samt psykosociala förändringar efter att de genomgått ortognatkirurgi. Vi identifierade inga systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som studerat effekten av förebyggande tandvårdsinsatser, informations- och utbildningsinsatser till personal inom tandvården eller hänvisning/remittering från tandvården till psykiatri eller primärvård. Vi identifierade heller inga översikter som studerat interventioner från tandvården till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Länkar till översikterna hittas i den interaktiva kartan, och i Tabell 5.2 nedan sammanfattas antal översikter och dess lokalisation i kartan för de tre översikter som har en låg/måttlig risk för bias.

Tabell 5.2 Systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som studerat interventioner som ges av tandvården som möter personer med psykisk ohälsa.

	Utfall för psykisk ohälsa		
	Psykiska besvär	Psykiska sjukdomar och syndrom	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
Interventioner som ges av tandvården			
Förebyggande tandvårdsinsatser	0	0	0
Behandling för att åtgärda smärta eller sjukdomar	0	1	0
Behandling för att ge förmåga att äta, tugga, svälja eller tala utan större hinder	1	1	0
Behandling för att ge ett utseendemässigt godtagbart resultat	1	1	0
Utbildning till tandvårdspersonal om bemötande vid psykisk ohälsa	0	0	0
Hänvisning/remittering för omhändertagande inom psykiatri/primärvård	0	0	0

5.3 Primärvårdens och psykiatrins perspektiv

5.3.1 Munhälsa hos personer med psykisk ohälsa

Vi har identifierat 43 systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias och 71 översikter med hög risk för bias som studerat förekomsten av påverkad munhälsa hos personer med psykisk ohälsa.

De diagnoser eller tillstånd kopplade till munhälsa såsom översikterna med låg/måttlig risk för bias främst har studerat är obehag som smärta, bruxism (tandgnissling) och muntorrhet (fler än hälften av översikterna), samt besvär relaterad till funktion och sjukdom såsom karies, trauma och parodontala sjukdomar. Psykisk ohälsa hos dessa populationer varierar och kan handla om psykiska sjukdomar och syndrom (depressiva syndrom, ångestsyndrom och fobier, bipolär sjukdom, schizofrenispektrumssyndrom, skadligt bruk och beroende), neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och olika psykiska besvär (stress, ångest, nedstämdhet, isolering och ensamhet, nedsatt socialt, emotionellt och psykologiskt välbefinnande, sömnsvårigheter). I de översikter som specificerar populationens ålder är det vanligt med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar hos barn och unga, medan

psykiska sjukdomar och syndrom förekommer oftare hos vuxna. En av översikterna har studerat livskvalitet, inklusive funktion relaterat till munhälsa, hos barn och unga med suicidalitet eller självskadebeteende.

Vi identifierade också några översikter, som har en låg/måttlig risk för bias, som har studerat dentala erosioner vid ätstörningar, avsaknad av tänder och isolering samt bettavvikelser hos barn och unga med intellektuella funktionsnedsättningar. Vidare har tre översikter studerat biverkningar vid medicinering vid psykisk ohälsa i form av muntorrhet och TMD/bruxism hos patienter med depressiva syndrom, ångestsyndrom, bipolär sjukdom och schizofrenispektrumssyndrom. Munhälsa hos barn med vårdnadshavare som lider av psykisk ohälsa har studerats i två översikter.

Länkar till översikterna hittas i den interaktiva kartan, och i Tabell 5.3 nedan sammanfattas antal översikter och dess lokalisation i kartan för de 43 översikter som har en låg/måttlig risk för bias.

Tabell 5.3 Systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som studerat munhälsa hos personer med psykisk ohälsa.

	Utfall för munhälsa				
	Påverkad funktion (äta, tugga, svälja och tala)	Försämrad estetik eller dålig ande-räkt (själv-förtroende och välbe-finnande)	Smärta, tandgnissling, blödning, muntorrhet eller annat obehag	Svårighet att sköta mun-hygien eller genomgå tand-vårds-behandling	Munhälsa hos barn med vårdnads-havare som lider av psykisk ohälsa
Personer med					
Psykiska besvär	3	1	12	1	1
Psykiska sjukdomar och syndrom	8	1	6	0	1
Neuropsykiat-riska funktions-nedsättningar	5	1	6	0	0

5.3.2 Insatser från primärvården eller psykiatrin som kan förbättra munhälsan

Nio systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias och 17 översikter med hög risk för bias har studerat interventioner som syftar till att förbättra munhälsan hos personer med psykisk ohälsa. Det kan handla om interventioner som ges inom psykiatri eller primärvård, eller interventioner som genomförs av exempelvis primärvårdens professioner på en tandvårdsklinik.

Fyra av de översikter som har låg/måttlig risk för bias har studerat psykologiska eller psykosociala insatser, främst för att behandla tandvårdsrädsla eller förbättra munhygien hos barn och unga. Tre översikter har studerat effekten av information om munhygien, munsjukdomar eller egenvård som främst ges till vuxna patienter med svåra psykiatriska tillstånd som schizofrenispektrumssyndrom eller bipolär sjukdom. Två översikter handlar om justering av läkemedelsbehandling för personer med schizofrenispektrumssyndrom, en för att minska muntorrheten och en för att minska tardiv dyskinesi.

Vi har inte identifierat några systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som har studerat samverkansinsatser där både psykiatri/primärvård och tandvård är involverade. Det saknas även systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som har studerat effekten på patienters munhälsa om personal inom psykiatri/primärvård får kompetenshöjande utbildning i munvård, remitterar/hänvisar till tandvård eller samverkar med andra aktörer som exempelvis socialtjänst, skola eller patientens anhöriga.

Länkar till översikterna hittas i den interaktiva kartan och i Tabell 5.4 nedan sammanfattas antal översikter och dess lokalisation i kartan för de nio översikter som har en låg/måttlig risk för bias.

Tabell 5.4 Systematiska översikter med låg/måttlig risk för bias som studerat interventioner som ges av psykiatri eller primärvård för att förbättra patientens munhälsa.

	Utfall för munhälsa				
	Funktion (äta, tugga, svälja och tala)	Estetik och dålig andedräkt (själv-förtroende och väl-befinnande)	Smärta, tandgnissling, blödning, muntorrhet eller annat obehag	Sköta munhygien samt genomgå tandvårds-behandling	Munhälsa hos barn med vård-nadshavare som lider av psykisk ohälsa
Interventioner som ges av psykiatri eller primärvård					
Information om och hänvisning/remit-tering till tandvård	0	0	0	0	0
Utbildning till personal om mun-vård vid psykisk ohälsa	0	0	0	0	0
Information till patienter om munhygien eller munsjukdomar samt hjälpmedel för egenvård	2	0	1	3	0
Information till patienter om ohälso-samma levnadsvanor	0	0	0	0	0
Justering av läkemedel	0	0	2	0	0
Andra anpassningar i behandling	0	0	0	0	0
Hälsokontroller, munbedömnings-instrument och frågeformulär	0	0	0	0	0
Psykologiska och psykosociala behandlingar och insatser	0	0	0	4	0
Samordning och samverkan mellan psykiatri/primärvård och tandvård	0	0	0	0	0

6. Diskussion och överväganden för praktik och forskning

Denna kartläggning har identifierat och granskat systematiska översikter som studerat kopplingar mellan munhälsa och psykisk hälsa, och gjort översikterna sökbara i en eller flera evidenskartor (interaktiva kartor). Detta för att på ett överskådligt sätt sammanfatta sammanställd forskning och tillgängliggöra den för vårdgivare, forskare och beslutsfattare i digitala kartor med interaktiv funktion. Förutom att evidenskartorna ger en bild av kunskapsläget för munhälsa och psykisk hälsa kan de utgöra ett stöd för myndigheter och yrkesverksamma inom tandvård, psykiatri och primärvård, i deras framtida arbete för att förbättra psykisk hälsa och munhälsa. I följande kapitel diskuterar vi huvudsakliga fynd som framkommit i de relevanta systematiska översikter som inkluderats i denna kartläggning.

6.1 Överväganden för praktik

Personal inom tandvården träffar dagligen personer med psykisk ohälsa. Under en tandvårdsundersökning eller behandling får tandvårdspersonalen en bild av patientens psykiska mående. Det kan vara genom patientens medicinlista eller genom patientens berättelse. Det kan även vara genom observationer i den kliniska situationen som att patienten är muntorr, har frätskador på tänder på grund av ätstörningar, eller att patienten reagerar med stark rädsla eller obehag vid undersökning eller behandling. Även andra besvär som patienten uppvisar kan vara tecken på psykisk ohälsa, till exempel kan stress visa sig som huvudvärk, tandgnissling och käkledsbesvär.

En patient som är nöjd med den behandling som den fått av tandvården känner förhoppningsvis en glädje eller lättnad över att behandlingen är klar och blev till personens belåtenhet. Känslan av nöjdhet varierar mellan individer och kan bero på vilka förväntningar personen hade. Lever man med psykisk ohälsa kan den nöjdheten skuggas av det som man brottas med i sitt psykiska mående, men det kan också vara så att nöjdheten upplevs starkare just för att man får uppleva något positivt. För personer med ätstörningar kan en insikt om skador på tänder förhoppningsvis leda till att personen söker och får hjälp för sin ätstörning eller blir mer mottaglig för insatser från hälso- och sjukvården. Att få en behandling för en stressinducerad huvudvärk eller få en bettrehabilitering eller tandreglering som förbättrar utseende och tuggförmåga kan även det leda till en bättre psykisk hälsa. Denna kartläggning har identifierat översikter som visar att det finns forskning om effekten av tandvårdsbehandlingar på den psykiska hälsan.

Det är viktigt att tandvårdspersonal är medveten om och tänker på att tandvården kan bidra till att personer med psykisk ohälsa mår bättre. Om patienten känner sig trygg med att berätta om sin psykiska ohälsa och lyfter en önskan om att få vård av primärvården eller psykiatrin behöver det finnas kommunikationsvägar som förenklar kontakt med primärvården och psykiatrin. Denna kartläggning visar att det saknas översikter med bra metodologisk kvalitet som studerat samverkan mellan tandvård och psykiatri/primärvård, vilket talar för att det finns en stor förbättringspotential inom detta område.

En grundpelare för att en god kommunikation med patient och andra vårdinrättningar är att det finns kunskap. Det behövs kontinuerlig kunskapsinhämtning och anpassning av arbetssätt för att tandvården på bästa sätt ska kunna möta patienterna utifrån deras behov [10]. En person som är deprimerad är kanske inte mottaglig för rutinmässiga egenvårdsinstruktioner, utan behöver få en instruktion som är anpassad för just den personen. I denna kartläggning identifierades ingen översikt som studerat utbildning till tandvårdspersonal om bemötande vid psykisk ohälsa.

Hos personer med psykisk ohälsa finns en risk att munhälsan påverkas av flera skäl. Fobier relaterade till tandvård är en aspekt, men olika former av psykisk ohälsa kan göra det svårt att etablera regelbundna tandvårdskontakter. Människor med psykisk ohälsa kan ha levnadsvanor, eller behöver ta medicin, som ökar risken för sämre munhälsa, exempelvis genom muntorrhet. Det är också vanligt att personer med psykisk ohälsa har svårigheter med att upprätthålla goda egenvårdsinsatser, exempelvis för att egenvård glöms bort eller för att det är kostsamt. Vid psykisk sjukdom är det inte ovanligt att munhälsan blir eftersatt [2] [4]. Här kan psykiatrin och primärvården stötta personerna genom att påminna dem om vikten av att sköta sin munhygien och att munhygienen är helt beroende av personens egenvård (tandborstning och fluoridsköljning mm.) samt kosthållning. Denna kartläggning har identifierat systematiska översikter som studerat justering i medicinering vid schizofrenispektrumssyndrom samt information till patienter med schizofrenispektrumssyndrom eller bipolär sjukdom om munhygien, munsjukdomar och hjälpmedel för egenvård. Däremot saknas översikter som studerat information till patienter om ohälsosamma levnadsvanor.

Tandvårdsrädsla, liksom ekonomisk utsatthet, kan också bidra till att personer med psykisk ohälsa undviker tandvård [11]. Det är därför viktigt att uppmärksamma munhälsan vid besök i hälso- och sjukvården, till exempel med enkla frågor eller munbedömningsinstrument. Denna kartläggning har identifierat översikter som visar att det finns forskning om effekten av psykologiska och psykosociala behandlingar på tandvårdsrädsla.

Att uppmärksamma munhälsan leder erfarenhetsmässigt till att fler personer med munhälsoproblem söker tandvård och får möjlighet till adekvat behandling. Primärvården och psykiatrin kan även upplysa patienterna om vikten av att regelbundet besöka tandvården för undersökning och förebyggande eller behandlande tandvård. Remittering till tandvården kan ske vid behov. Även här är det viktigt med en god kommunikation mellan primärvård/psykiatri och tandvården. De patienter som inte har en regelbunden tandvårdskontakt kan få det svårt att få en besökstid till tandvården, i synnerhet i de delar av Sverige där det är bristande tillgänglighet till tandvård. Kartläggningen har inte identifierat översikter som studerat remittering/hänvisning av patienter till tandvården eller annan information om tandvården.

Personalen inom psykiatri och primärvård har möjlighet att hjälpa patienter med psykisk ohälsa genom att informera dem om att de kan ha rätt till olika tandvårdsstöd. Exempelvis finansierar regionerna tandvårdsstöd till personer med stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, såsom svår psykisk funktionsnedsättning och samtidiga stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomföra tandvårdsbesök, och till personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser eller som omfattas av LSS[6].

Vården kan även informera och stötta patienterna i deras möjlighet att få ekonomiskt stöd för förebyggande tandvård (särskilt tandvårdsbidrag, STB), för exempelvis muntorrhet på grund av långvarig läkemedelsbehandling. I de flesta fall behövs ett intyg från hälso- och sjukvården om att patienten uppfyller de kriterier som krävs för att vara berättigad ekonomiskt stöd.

Sammanfattningsvis kan tandvården bli bättre på att uppmärksamma personer med psykisk ohälsa och likaså kan psykiatrin eller andra instanser som träffar individer med psykisk ohälsa bli bättre på att uppmärksamma att dessa individer kan behöva stöd av tandvården. Psykiatrin och även primärvården kan göra insatser som kan förbättra eller förebygga dålig munhälsa, till exempel genom psykologiska och sociala insatser eller remittering till tandvården. Personer med exempelvis svår psykisk funktionsnedsättning eller extrem tandvårdsrädsla kan också vara berättigade ekonomiskt stöd för sin tandvård.

[6] Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

6.2 Överväganden för forskning

Kartläggningen visar en stor diskrepans mellan antalet systematiska översikter med sammanställd kunskap om kopplingar mellan psykisk hälsa och munhälsa å ena sidan och antalet översikter om interventioner å andra sidan. Med andra ord innebär det att även om det finns viss kunskap om olika patientgruppers komplexa hälsobehov, så saknas det kunskap om insatser som kan ges patienter i behov av multiprofessionell vård. Kunskaper om kopplingen mellan munhälsa och psykisk hälsa behöver därmed öka inom både tandvården, primärvården och psykiatrin. En ökad samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård kan leda till att individens samlade behov tillgodoses på ett bättre sätt.

Vetenskapligt finns det olika vägar att gå för att förstärka kunskapsläget. För de områden där det saknas systematiska översikter med bra metodologisk kvalitet behövs det i första hand en sådan. För de områden där vi identifierat en systematisk översikt med låg eller måttlig risk för bias, där översikten drar slutsatsen att det behövs mer forskning, kan det behövas fler primärstudier med bra kvalitet eller en uppdatering av den systematiska översikten, beroende på om det har tillkommit studier sedan översikten sammanställdes.

7. Medverkande

7.1 Projektgrupp

7.1.1 Sakkunniga

- Ylva Ginsberg, specialistläkare i psykiatri, docent i psykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
- Elisabeth Wärnberg Gerdin, tandläkare, fil. dr, medicinalråd i tandvård och munhälsa, Socialstyrelsen
- Filip Arnberg, leg psykolog, docent i klinisk psykologi, Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet

7.1.2 Kansli

- Projektledare: Helena Domeij, Uliana Hellberg
- Informationsspecialist: Ann Kristine Jonsson
- Projektadministratör: Elisabeth Gustafsson
- Samordnare SBU Kartlägger: Maria Ahlberg
- Projektansvarig chef: Jonas Bergström

7.1.3 Bindningar och jäv

Sakkunniga har i enlighet med SBU:s krav lämnat deklarationer om bindningar och jäv. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisats där är förenliga med myndighetens krav på saklighet och opartiskhet.

7.2 SBU:s vetenskapliga råd

SBU:s vetenskapliga råd har informerats om innehållet i evidenskartorna.

- Svante Twetman, Köpenhamns universitet, ordförande (tandvård)
- Anna Ehrenberg, Högskolan Dalarna, vice ordförande, (omvårdnad)
- Magnus Svartengren, Uppsala universitet (arbetsmiljö)
- Ulrik Kihlbom, Karolinska institutet (etik)
- Ylva Nilsagård, Örebro universitet (fysioterapi)
- Titti Mattsson, Lunds universitet (etik, juridik)
- Katarina Steen Carlsson, Lunds universitet (hälsoekonomi)

- Jahangir Khan, Göteborgs universitet (hälsoekonomi)
- Mussie Msghina, Örebro universitet (medicin)
- Britt-Marie Stålnacke, Umeå universitet (medicin)
- Sverker Svensjö, Falun och Uppsala universitet (medicin)
- Eva Uustal, Linköpings universitet (medicin)
- Carina Berterö, Linköpings universitet (omvårdnad)
- Ata Ghaderi, Karolinska institutet (psykologi)
- Petter Gustavsson, Karolinska institutet (psykologi)
- Martin Bergström, Lunds universitet (socialt arbete)
- Lena Dahlberg, Högskolan Dalarna (socialt arbete)
- Urban Markström, Umeå universitet (socialt arbete, funktionstillstånd- och funktionshinder)
- Christina Nehlin Gordh, Uppsala universitet (socialt arbete)

7.2.1 Specialgranskare

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

Mussie Msghina, docent, överläkare, Institutionen för medicinska vetenskaper, Institutionen för klinisk neurovetenskap / Örebro Universitet, Karolinska Institutet

8. Ordförklaringar och förkortningar

Adhd
Attention deficit hyperactivity disorder

Bias
Snedvridning av forskningsresultat eller slutsatser till följd av brister i upplägg eller genomförande av en studie

Dysmorfofobi
Fixering vid en inbillad defekt av utseendet

Evidenskarta
Presentation av de forskningsstudier som finns för ett specifikt forskningsområde i en digital karta med interaktiv funktion

HTA
Health technology assessment

LKG
Läpp-, käk-, gomspalt

LSS
Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Metaanalys
Statistisk analysmetod för att kvantitativt väga samman resultat från primärstudier av samma diagnosmetod eller insats.

NPO
Nationella programområden

Orofacial
Som hör till mun och ansikte

Ortognatkirurgi
Kirurgisk korrigering av käkbenen

PECO
Population, exponering, control, outcome

Peer-reviewed
Kvalitetsgranskade, referentgranskning

PICO
Population, intervention, control, outcome

SKR
Sveriges Kommuner och Regioner

STB
Särskilt tandvårdsbidrag

TLV
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

TMD
Temporomandibular disorders, käkfunktionsstörningar

WHO
World Health Organization

9. Referenser

1. Socialstyrelsen. Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Aspekter av betydelse. Artikelnr: 2023-10-8755. Stockholm; 2023. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-10-8755.pdf
2. Berggren J, Holmgren M. Självupplevd oral hälsa hos individer med psykisk ohälsa/Self-perceived oral health in individuals with mental illness. Kristianstad: Kristianstad University; 2020. Available from: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1440182/FULLTEXT01.pdf.
3. 1177. Stort tandvårdsbehov vid psykisk sjukdom. Västra Götalandsregionen. [accessed April 10 2024 2024]. Available from: https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/stort-tandvardsbehov-vid-psykisk-sjukdom/.
4. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Regeringens proposition; 2023. [accessed April 3 2024]. Available from: https://www.regeringen.se/contentassets/e1afccd2ec7e42f6af3b651091df139c/utgiftsomrade-9-halsovard-sjukvard-och-social-omsorg.pdf.
5. SKR. Begrepp inom området psykisk hälsa. Sveriges Kommuner och Regioner, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen; 2020. Available from: https://skr.se/download/18.4d3d64e3177db55b1663b360/1615533855867/PM_Begrepp-inom-omradet-psykisk-halsa.pdf.
6. Oral health. Världshälsoorganisationen (WHO). [accessed 9 April 2024 2024]. Available from: https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1.
7. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. [accessed April 3 2024]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-12-53.pdf.
8. SBU. SNABBSTAR Granskningsmall för att översiktligt bedöma risken för snedvridning/systematiska fel hos systematiska översikter. In: Utvärdering av metoder i hälso- och sjukården och socialtjänsten - en metodbok. Stockholm: SBU; 2023. [accessed April 4 2024]. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/oversiktligt_bedoma_risken_snedvridning_systematiska_fel_systematiska_oversikter.pdf.
9. Socialstyrelsen. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Nationella riktlinjer för tandvård. [accessed April 3 2024]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-9-8114.pdf.
10. Sinem K, Merna J. Yrkesverksamma tandhygienisters upplevda kunskap om psykisk ohälsa vid bemötande och behandling av personer som lider av depression [Dissertation]. Karlstad: Karlstad; 2023. Available from:

https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1770822&dswid=234.
11. Berggren et al. 30 år med tandvårdsrädsla. Tandläkartidningen. 2008;100 (12):58-61. Available from: https://www.tandlakartidningen.se/media/408735/30ar_tandvardsradsla_s58_61.pdf.
12. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews 5, 210; 2016.
13. Covidence systematic review software. Available at www.covidence.org. Melbourne, Australia: Veritas Health Innovation. Available from: www.covidence.org.