



# Bettfysiologi

Behandlingsstöd för allmäntandvården vid orofacial smärta och käkfunktionsstörning.

# Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)

- Vanligaste tillstånden
- Klinisk diagnostik
- Väldefinierad undersökningsmetodik
- Hög diagnostisk säkerhet
- Översatt till många språk
- Två axlar, Axis I och Axis II
- I: Kliniskt tillstånd
- II: Faktorer som påverkar risk och prognos

## Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\* and Orofacial Pain Special Interest Group†

Eric Schiffman, DDS, MS  
Richard Ohrbach, DDS, PhD  
Edmond Truelove, DDS, MSD  
John Look, DDS, PhD  
Gary Anderson, DDS, MS  
Jean-Paul Goulet, DDS, MSD  
Thomas List, DDS, Odont Dr  
Peter Svensson, DDS, PhD, Dr Odont  
Yoly Gonzalez, DDS, MS, MPH  
Frank Lobbezoo, DDS, PhD  
Amira Michelotti, DDS  
Sharon L. Brooks, DDS, MS  
Werner Ceusters, MD  
Mark Drangsholt, DDS, PhD  
Dominik Ettlin, MD, DDS  
Charly Gaul, MD  
Louis J. Goldberg, DDS, PhD  
Jennifer A. Haythornthwaite, PhD  
Lars Hollender, DDS, Odont Dr  
Rigmor Jensen, MD, PhD  
Mike T. John, DDS, PhD  
Antoon De Laat, DDS, PhD  
Reny de Leeuw, DDS, PhD  
William Malvar, DDS, PhD  
Marylee van der Meulen, PhD  
Greg M. Murray, MDS, PhD  
Donald R. Nixdorf, DDS, MS  
Sandro Palla, Dr Med Dent  
Arne Petersson, DDS, Odont Dr  
Paul Pionchon, DDS, PhD  
Barry Smith, PhD  
Corine M. Visscher, PT, PhD  
Joanna Zakrzewska, MD, FDSRCSI  
Samuel F. Dworkin, DDS, PhD

Author affiliations are listed at the end of this article.

**Correspondence to:**  
Dr Eric Schiffman  
Department of Diagnostic and  
Biological Sciences  
6-320 Moos Tower  
School of Dentistry  
University of Minnesota  
Minneapolis, MN, USA 55455  
Fax: (612) 625-0138  
Email: sch1001@umn.edu

\*International Association for Dental Research,  
†International Association for the Study of Pain.

6 Volume 28, Number 1, 2014

© 2014 BY QUINTESSENCE PUBLISHING CO, INC. PRINTING OF THIS DOCUMENT IS RESTRICTED TO PERSONAL USE ONLY.  
NO PART MAY BE REPRODUCED OR TRANSMITTED IN ANY FORM WITHOUT WRITTEN PERMISSION FROM THE PUBLISHER.

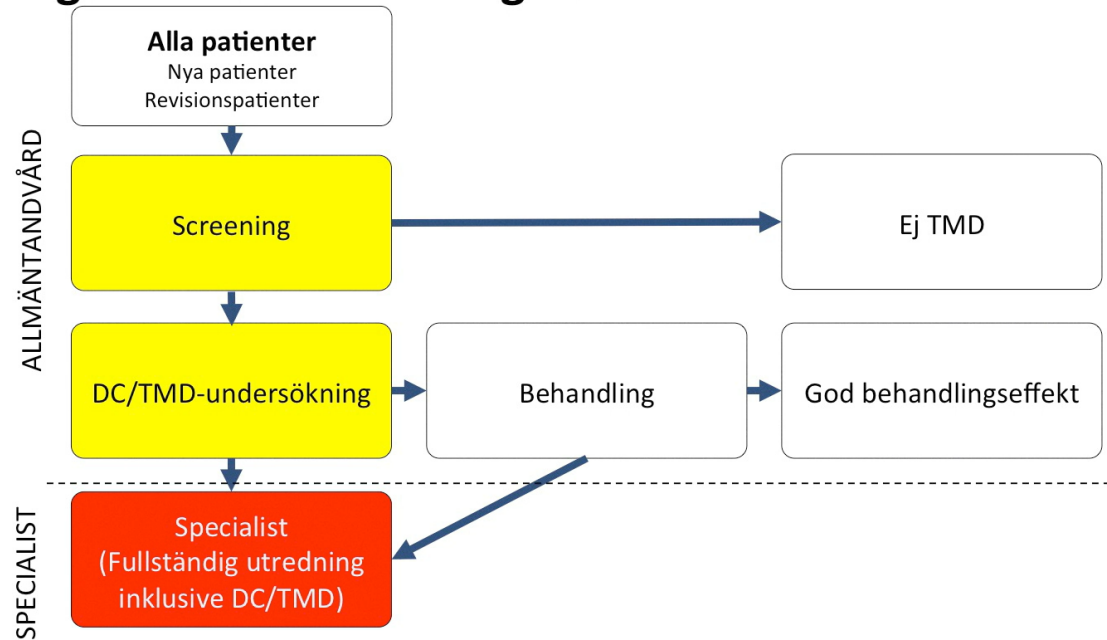
**Aims:** The original Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) Axis I diagnostic algorithms have been demonstrated to be reliable. However, the Validation Project determined that the RDC/TMD Axis I validity was below the target sensitivity of  $\geq 0.70$  and specificity of  $\geq 0.95$ . Consequently, these empirical results supported the development of revised RDC/TMD Axis I diagnostic algorithms that were subsequently demonstrated to be valid for the most common pain-related TMD and for one temporomandibular joint (TMJ) intra-articular disorder. The original RDC/TMD Axis II instruments were shown to be both reliable and valid. Working from these findings and revisions, two international consensus workshops were convened, from which recommendations were obtained for the finalization of new Axis I diagnostic algorithms and new Axis II instruments. **Methods:** Through a series of workshops and symposia, a panel of clinical and basic science pain experts modified the revised RDC/TMD Axis I algorithms by using comprehensive searches of published TMD diagnostic literature followed by review and consensus via a formal structured process. The panel's recommendations for further revision of the Axis I diagnostic algorithms were assessed for validity by using the Validation Project's data set, and for reliability by using newly collected data from the ongoing TMJ Impact Project—the follow-up study to the Validation Project. New Axis II instruments were identified through a comprehensive search of the literature providing valid instruments that, relative to the RDC/TMD, are shorter in length, are available in the public domain, and currently are being used in medical settings. **Results:** The newly recommended Diagnostic Criteria for TMD (DC/TMD) Axis I protocol includes both a valid screener for detecting any pain-related TMD as well as valid diagnostic criteria for differentiating the most common pain-related TMD (sensitivity  $\geq 0.86$ , specificity  $\geq 0.98$ ) and for one intra-articular disorder (sensitivity of 0.80 and specificity of 0.97). Diagnostic criteria for other common intra-articular disorders lack adequate validity for clinical diagnoses but can be used for screening purposes. Inter-examiner reliability for the clinical assessment associated with the validated DC/TMD criteria for pain-related TMD is excellent ( $\kappa = 0.85$ ). Finally, a comprehensive classification system that includes both the common and less common TMD is also presented. The Axis II protocol retains selected original RDC/TMD screening instruments augmented with new instruments to assess jaw function as well as behavioral and additional psychosocial factors. The Axis II protocol is divided into screening and comprehensive self-report instrument sets. The screening instruments' 41 questions assess pain intensity, pain-related disability, psychological distress, jaw functional limitations, and parafunctional behaviors, and a pain drawing is used to assess locations of pain. The comprehensive instruments, composed of 81 questions, assess in further detail jaw functional limitations and psychological distress as well as additional constructs of anxiety and presence of comorbid pain conditions. **Conclusion:** The recommended evidence-based new DC/TMD protocol is appropriate for use in both clinical and research settings. More comprehensive instruments augment short and simple screening instruments for Axis I and Axis II. These validated instruments allow for identification of patients with a range of simple to complex TMD presentations. *J Oral Facial Pain Headache* 2014;28:6–27. doi: 10.11607/jofp.1151

**Key words:** diagnostic criteria, diagnostic reliability, diagnostic validity, sensitivity, specificity, temporomandibular disorders

2021 → Kort DC/TMD för allmäntandvård

# Omhändertagande av patienter med orofacial smärta och käkfunktionsstörningar

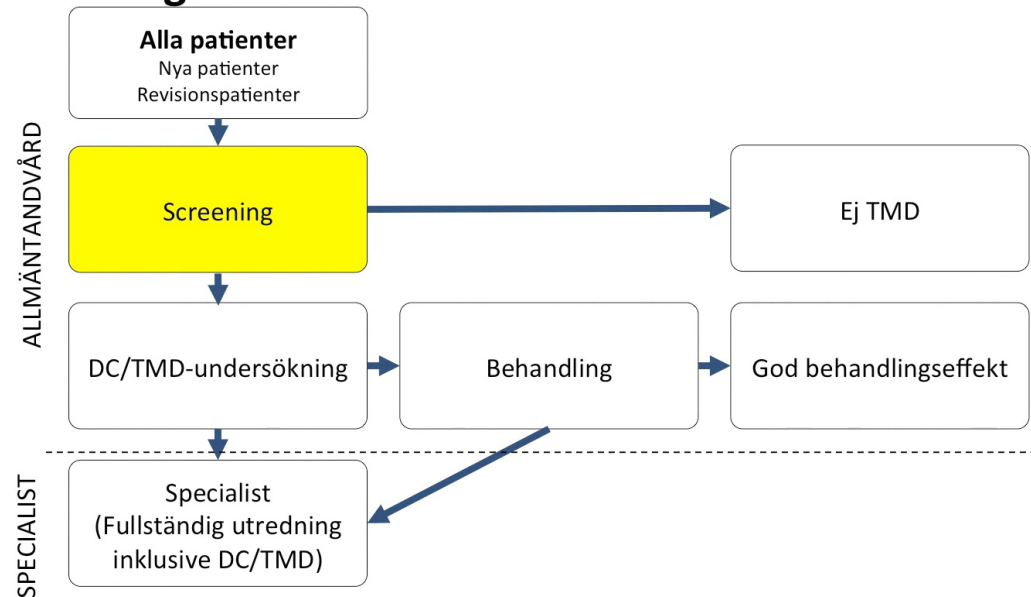
## Diagnos- och behandlingsnivåer



- Anamnes/screeningfrågor
- Lämna ut frågeformulär
- Klinisk undersökning
- Behandling

# Screeningfrågor för att identifiera patienter med sannolik DC/TMD-diagnos

## Screening



Om svar **"JA"** på en eller flera frågor -  
motiverat med DC/TMD undersökning

## Indikatorfrågor: 3Q/TMD

1. Gör det ont i tinningen, ansiktet, käklederna eller käkarna en gång i veckan eller oftare?
2. Gör det ont när du gapar eller tuggar en gång i veckan eller oftare?
3. Har du låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?

Nilsson et al. 2005, 2006  
Lövgren et al. 2016, 2018

# Frågeformulär Axis I – symtombeskrivning

## Symtombeskrivning

### Huvudsakliga besvär

1 Vilka är dina huvudsakliga besvär?

- Smärta i käken, tinningen, örat eller framför örat  (A)  
Käkledsljud eller upphakningar  (B)

### Smärta i ansikte, käkar eller tinningen

2 Vilket alternativ beskriver bäst dina eventuella smärtor i käken, tinningen, örat eller framför örat på någon sida under den senaste månaden?

- Välj ETT alternativ  Ingen smärta  
Vid svar "Ingen smärta", gå till fråga 5.  Smärtan kommer och går  
 Smärtan finns hela tiden

3 Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) din smärta från käken, tinningen, örat eller framför örat under den senaste månaden?

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 När började detta smärtproblem?  år \_\_\_\_\_

### Huvudvärk

5 Har du haft huvudvärk i tinningen under den senaste månaden?

- Vid svar "Nej", gå till fråga 7  Ja  Nej

6 Har någon av följande aktiviteter påverkat (lindrat eller förvärrat) huvudvärken i tinningregionen under den senaste månaden?

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tugga hård eller seg mat  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gapa eller röra käken framåt eller åt sidorna                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanor som att bita samman, pressa/gnissla tänder eller tugga tuggummi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andra aktiviteter som att tala, kyssa eller gäspa                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Käkledsljud

7 Har du upplevt något ljud från käkleden när du har rört käken under den senaste månaden?

- | Ja                       | Nej                      | Hö                       | Vä                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Käklåsning

8 Har din käke någonsin låst eller hakat upp sig för ett ögonblick så att den inte gick att öppna fullständigt?  
Vid svar "Nej": gå till nästa frågeformulär

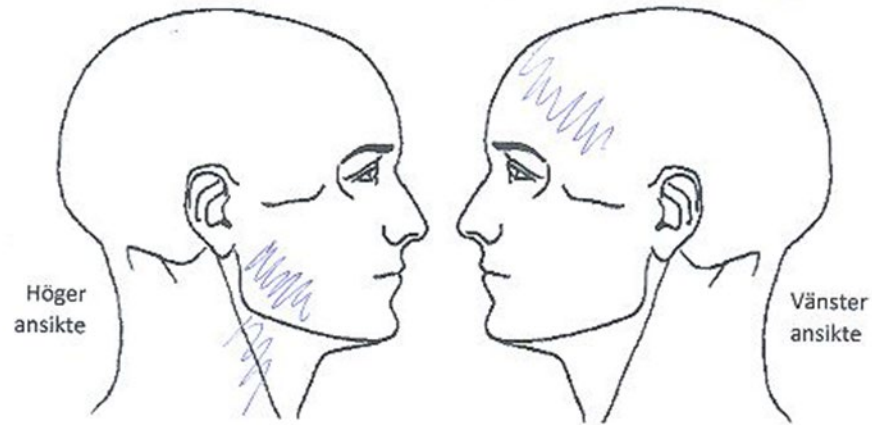
- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

9 Var låsningen eller upphakningen så allvarlig att den begränsade din förmåga att gapa och störde din förmåga att äta?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

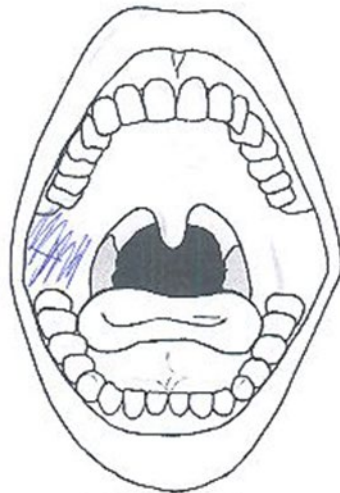
# Frågeformulär Axis I

- smärtlokalisering, utbredning

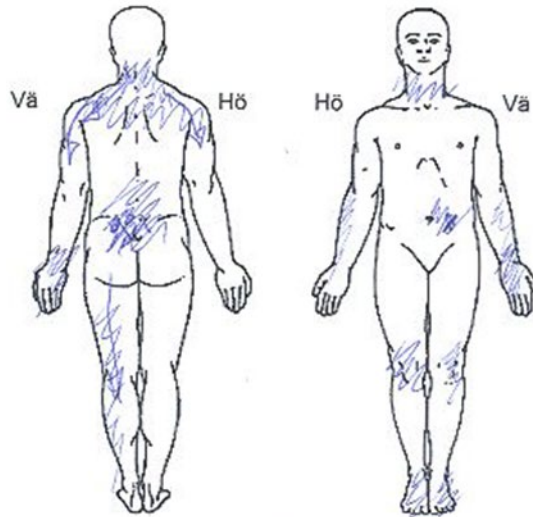


**Smärteckning**

<input type="checkbox"/> Lokal smärta (käksystem)	<input type="checkbox"/> Regional smärta (lokal smärta + smärta i nacke)	<input type="checkbox"/> Generaliserad smärtutbredning (smärta utöver regional smärta)
---	--	--



Mun och tänder



# Frågeformulär Axis II - smärta och dess konsekvenser, stämningssläge

## Smärta och dess konsekvenser

Hoppa över frågorna om du inte haft någon smärta under de senaste tre månaderna

1. Hur ofta har du haft smärta under de senaste tre månaderna?

Aldrig  Vissa dagar  De flesta dagar  Alla dagar

2. Under de senaste tre månaderna, hur ofta begränsade smärtan ditt liv eller arbetsförmåga?

Aldrig  Vissa dagar  De flesta dagar  Alla dagar

Tänk nu på smärtan du haft under de senaste sju dagarna...

3. Vilken siffra beskriver bäst din smärta i genomsnitt? (Ringa in siffran)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smärta Värsta tänkbara smärta

4. Vilken siffra motsvarar bäst hur smärtan har begränsat dina möjligheter att uppskatta livet under de senaste sju dagarna? (Ringa in siffran)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen begränsning Begränsar helt och hållet

5. Vilken siffra motsvarar bäst hur smärtan begränsat dina allmänna aktiviteter under de senaste sju dagarna? (Ringa in siffran)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen begränsning Begränsar helt och hållet

## Sinnesstämning och oro

Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än varannan dag	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Känner dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+
Totalt	_____			

Om du kryssat i att du haft något av dessa problem, hur stora svårigheter har dessa problem förorsakat dig på arbetet, eller för att ta hand om sysslor hemma, eller komma överens med andra människor?

Inga svårigheter alls  Vissa svårigheter  Stora svårigheter  Extrema svårigheter

# Klinisk undersökning

## Kort DC/TMD



Bekräfta smärtlokalisering(er)  
 Rörelseomfång  
 Smärta/huvudvärk vid käkrörelser  
 Käkledsljud  
 Palpationssmärta m temporalis, m masseter och käkled

### Klinisk undersökning för kort DC/TMD

INFORM

Datum

Personnr \_\_\_\_\_ Patient \_\_\_\_\_ Undersökare \_\_\_\_\_

#### SMÄRTA HÖGER SIDA SMÄRTA VÄNSTER SIDA

1a. Lokalisation av smärta under den senaste månaden (välj alla alternativ som passar) (A)  
 Ingen  Temporalis  Masseter  Käkled  Ingen  Temporalis  Masseter  Käkled

1b. Lokalisation av huvudvärk under den senaste månaden (välj alla alternativ som passar) (A)  
 Ingen  Tinning  Annan  Ingen  Tinning  Annan

2. Incisala relationer (B) Horisontell överbitning  Om neg.  mm Vertikal överbitning  Om neg.  mm

#### 3. Underkärsrörelser (A och B)

	mm	SMÄRTA HÖGER SIDA			SMÄRTA VÄNSTER SIDA		
		Känns igen	Som huvudvärk		Känns igen	Som huvudvärk	
Maximal gapning	<input type="text"/>	Temporalis <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporalis <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporalis <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Laterotrusion åt höger	<input type="text"/>	Masseter <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masseter <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masseter <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Laterotrusion åt vänster	<input type="text"/>	Käkled <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Käkled <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Käkled <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Protrusion	<input type="text"/>	Temporalis <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporalis <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporalis <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Masseter <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masseter <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masseter <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Käkled <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Käkled <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Käkled <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

#### 4. Käkledsljud (B)

	HÖGER KÄKLED		VÄNSTER KÄKLED	
	Undersökare	Patient	Undersökare	Patient
Knäppning	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Knäppning <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Krepitation	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Krepitation <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

#### 5. Muskel/käkledsmärta vid palpation (A)

	SMÄRTA HÖGER SIDA			SMÄRTA VÄNSTER SIDA		
	Känns igen	Som huvudvärk		Känns igen	Som huvudvärk	
Temporalis (1 kp)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Temporalis (1 kp) <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Masseter (1 kp)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Masseter (1 kp) <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Käkled, lat. pol (0,5 kp)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Käkled, lat. pol (0,5 kp) <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	

#### 6. Övrigt

#### 7. Diagnoser enl DC/TMD

PATIENT	HÖGER SIDA	VÄNSTER SIDA
Myalgi <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Artralgi <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Artralgi <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Huvudvärk tillskriven TMD <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Degenerativ ledsjukdom <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Degenerativ ledsjukdom <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Diskdisplacering med återgång <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diskdisplacering med återgång <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Diskdisplacering utan återgång <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diskdisplacering utan återgång <input type="radio"/> <input type="radio"/>



# Diagnos

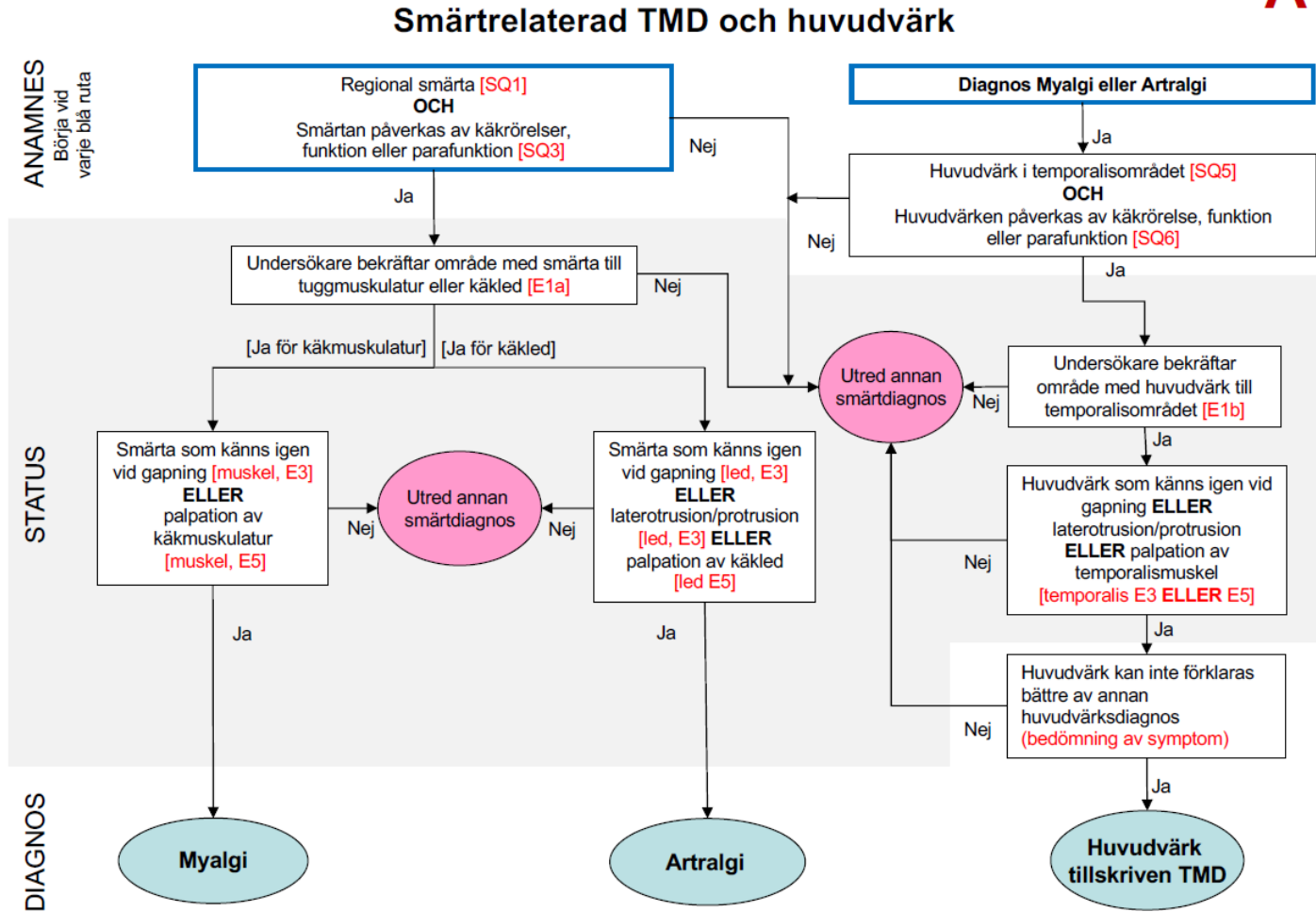
Beslutsdiagram

# Beslutsdiagram A

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)

KORT VERSION

A

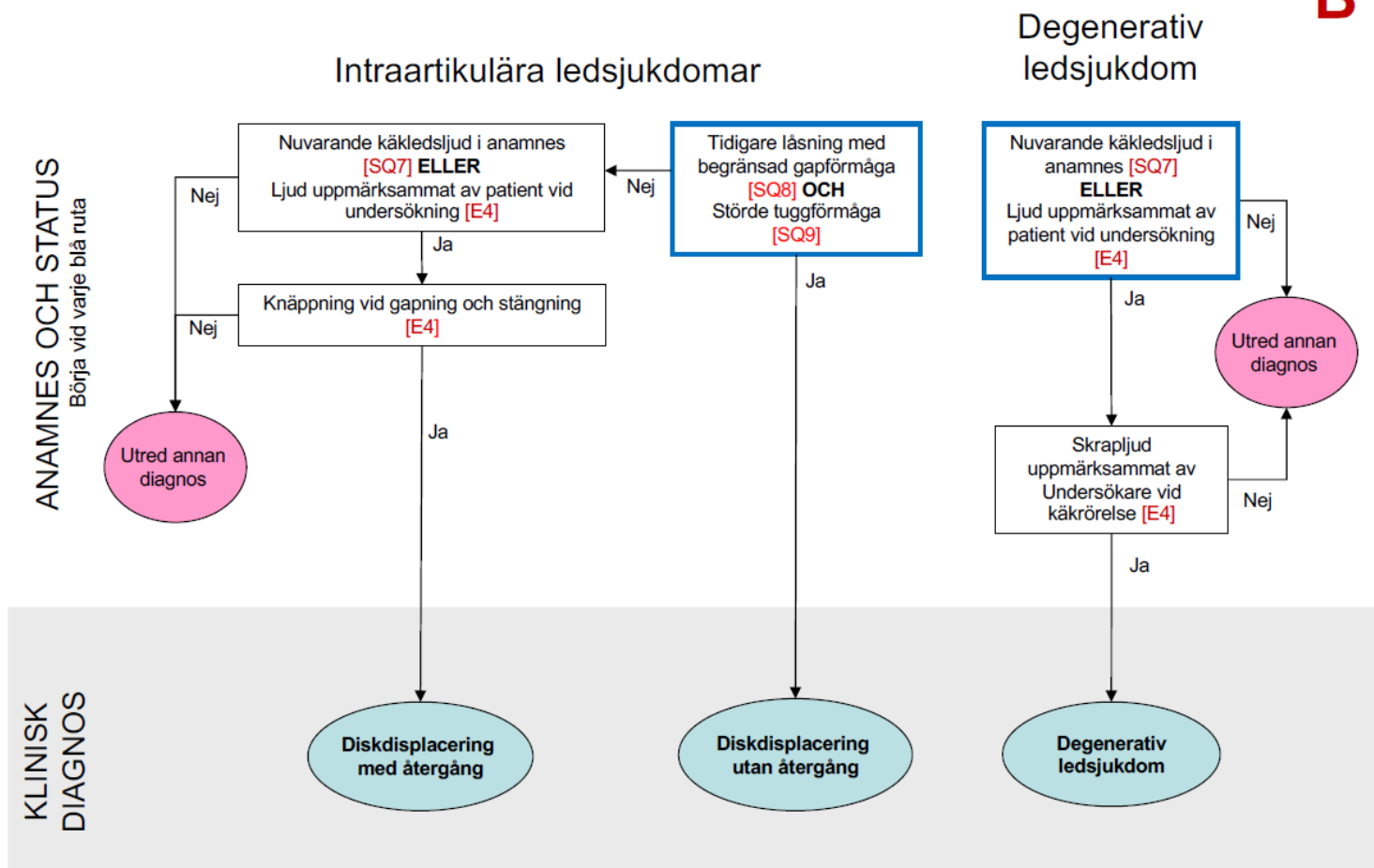


# Beslutsdiagram B

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD)

KORT VERSION

**B**



# De vanligaste tillstånden DC/TMD Axis I



Huvudvärk  
tillskriven TMD



Leddiagnos:  
Artralgi  
Degenerativ ledsjukdom

Diskdiagnos:  
Diskförskjutning med/utan återgång

Muskeldiagnos:  
Myalgi



# Sammanställning frågeformulär

Axis II

Grad av nedstämdhet och oro

**Riskfaktorer och konsekvenser av smärtan**

# Sammanställning frågeformulär I

1. Hur ofta har du haft smärta under de senaste tre månaderna?

Aldrig  Vissa dagar  De flesta dagar  Alla dagar

2. Under de senaste tre månaderna, hur ofta begränsade smärtan ditt liv eller arbetsförmåga?

Aldrig  Vissa dagar  De flesta dagar  Alla dagar

3. Vilken siffra beskriver bäst din smärta i genomsnitt? (Ringa in siffran)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen smärta										Värsta tänkbara smärta

4. Vilken siffra motsvarar bäst hur smärtan har begränsat dina möjligheter att uppskatta livet under de senaste sju dagarna? (Ringa in siffran)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen begränsning										Begränsar helt och hållet

5. Vilken siffra motsvarar bäst hur smärtan begränsat dina allmänna aktiviteter under de senaste sju dagarna? (Ringa in siffran)

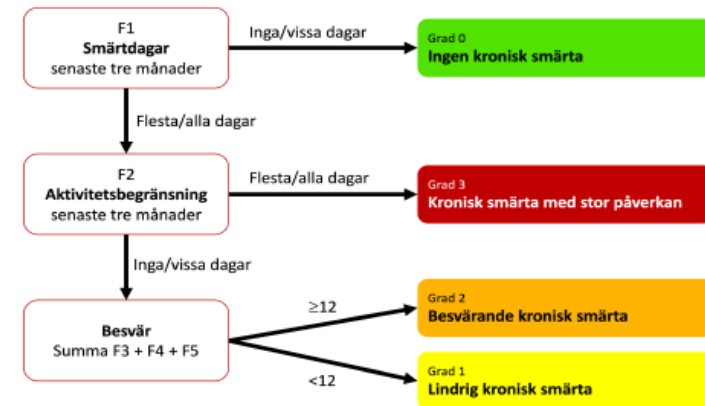
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen begränsning										Begränsar helt och hållet

Namn	Personnummer
	Datum

## Sammanställning frågeformulär

### Smärta och dess konsekvenser

Följ flödesschemat nedan för att sammanställa data i formuläret (F = fråga nr)



### Nedstämdhet, oro

Poäng	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tolkning	Normal						Gul flagga		Röd flagga				

### Smärtteckning

Lokal smärta (käksystem)  Regional smärta (lokal smärta + smärta i nacke)  Generaliserad smärtutbredning (smärta utöver regional smärta)

# Sammanställning frågeformulär II

Personnummer

Namn

Datum

## Sinnesstämning och oro

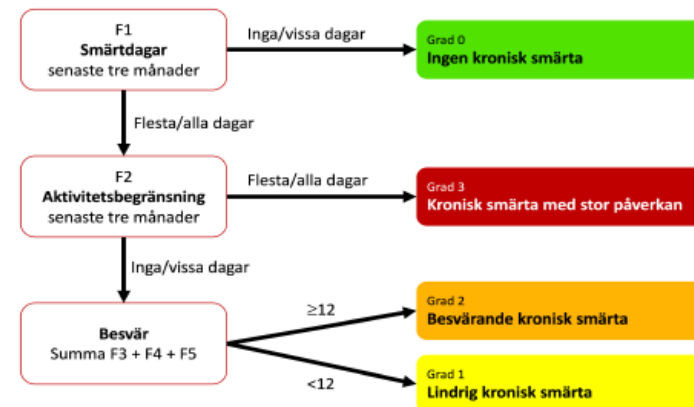
Under de senaste två veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem? Läs varje påstående noggrant och kryssa därefter i rutan.

	Inte alls	Flera dagar	Mer än varannan dag	Nästan varje dag
	0	1	2	3
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Känner dig nedstämd, deprimerad eller utan hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inte kunnat sluta oroa dig eller kontrollera din oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summa	0	+	+	+
Totalt	.....			

## Sammanställning frågeformulär

### Smärta och dess konsekvenser

Följ flödesschemat nedan för att sammanställa data i formuläret (F = fråga nr)



### Nedstämdhet, oro

Poäng	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tolkning	Normal					Gul flagga			Röd flagga				

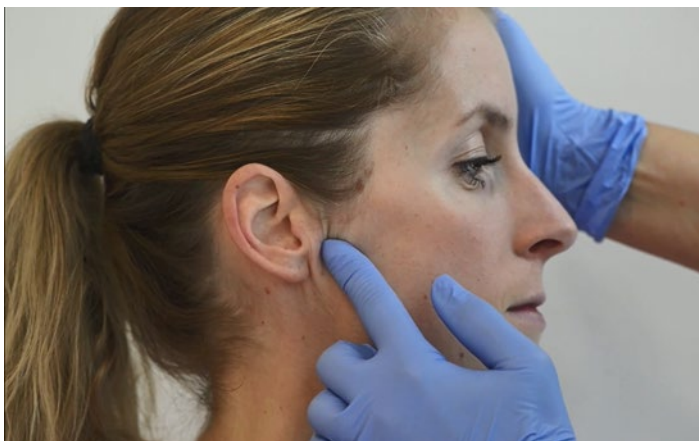
### Smärteckning

- Lokal smärta (käksystem)       Regional smärta (lokal smärta + smärta i nacke)       Generaliserad smärtutbredning (smärta utöver regional smärta)



# Nationellt vårdprogram för bettfysiologi i allmäntandvården

Vårdprogrammet baseras på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och lägger till information om uppföljning, intervall för uppföljning och debiteringsinformation.





# Myalgi / Huvudvärk tillskriven TMD

Myalgi / Huvudvärk tillskriven TMD						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärdskod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik		107, 108		103	103, 107
	Information om käsystemet och orsaksfaktorer		311		311, 312	
	Kvalificerad rådgivning	4	311, 314		311, 312	
	Individanpassad motorisk aktivering	4	606			
2	Stabiliseringsskena	4/5	601, 602	*		
	Mjuk bettskena vid mjölk tandbett/växelbett		604	*		
3	Paracetamol, NSAID (akuta tillstånd)	5	-			

\* Funktionskontroll av bettskena kan ej debiteras upp till tre månader efter utlämnandet.

# Artralgi

Artralgi						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärdskod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik Information om käksystemet och orsaksfaktorer Kvalificerad rådgivning	4	107, 108 311 311, 314		103 311, 312 311, 312	103, 107
2	NSAID	4				
3	Stabiliseringskena Mjuk bettskena vid mjölktdandsbett/växelbett	4	601, 602 604	* *		
4	Individanpassad motorisk aktivering (undvik vid akuta tillstånd)	5	606			

# Diskförskjutning med återgång

Diskförskjutning med återgång – med ledsmärta och/eller intermittent låsning						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärdskod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik		107, 108		103	103, 107
	Information om käksystemet och orsaksfaktorer		311		311, 312	
	Kvalificerad rådgivning	6	311, 314		311, 312	
	Individanpassad motorisk aktivering	6	606			
2	NSAID (akuta tillstånd)	4				
3	Stabiliseringsskena	5	601, 602	*		
	Mjuk bettskena vid mjölkttandsbett/växelbett		604	*		

\* Funktionskontroll av bettskena kan ej debiteras upp till tre månader efter utlämnandet.

Diskförskjutning med återgång – utan ledsmärta och utan intermittent låsning						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärdskod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik		107, 108			
	Information om käksystemet och orsaksfaktorer		311			

# Diskförskjutning utan återgång

Diskförskjutning utan återgång – med ledsmärta och inskränkt rörelseförmåga						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärdskod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik		107, 108		103	103, 107
	Information om käksystemet och orsaksfaktorer		311		311, 312	
	Kvalificerad rådgivning	4	311, 314		311, 312	
2	NSAID (akuta tillstånd)	4				
	Individanpassad motorisk aktivering, passiv töjning	4	606			
3	Stabiliseringsskena	6	601, 602	*		
	Mjuk bettskena vid mjölkttandsbett/växelbett		604	*		

Diskförskjutning utan återgång – utan ledsmärta, med inskränkt rörelseförmåga						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärdskod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik		107, 108		103	103, 107
	Information om käksystemet och orsaksfaktorer		311		311, 312	
	Kvalificerad rådgivning	4	311, 314		311, 312	
	Individanpassad motorisk aktivering, passiv töjning	4	606			

# Degenerativ leedsjukdom

Degenerativ leedsjukdom – utan leedsmärta						
Ordning	Åtgärd	NR	Åtgärds-kod	Funkt.ktr. 1–2 veckor	Uppföljning 2–4 veckor	Utvärdering 3 månader
1	Undersökning och diagnostik Information om käk-systemet och orsaksfaktorer		107, 108 311			