

Oral hälsa kurs 17

C-uppsats 10 poäng

**Förekomst och lokalisation av gingivala retraktioner hos
patienter mellan 20-29 år som behandlas på
Tandhygienistprogrammet i Kristianstad
– en journalstudie**

Datum för examination 2005-05-30

Författare: Marie Lindgard

Gunilla Giertz

Handledare: Lillemor Jannesson

Examinator: Stefan Renvert

SAMMANFATTNING

Syftet med studien var att undersöka förekomst och lokalisation av gingivala retraktioner hos patienter mellan 20-29 år som behandlas på Tandhygienistprogrammet i Kristianstad. Studien genomfördes som en journalstudie, där basjournalens förstasida granskades på 295 basjournaler. Gingivala retraktioner fanns endast registrerade på 3 % (n=10) av journalerna. I 53 % (n= 157), hade tandborstningsskador registrerats. Tandborstningsskador var oftast registrerade vid premolarerna, 36 %. På 38 % av basjournalerna fanns ingen tandyta registrerad. Slutsatsen är att gingivala retraktioner sällan var registrerade vilket antyder att journalföringen bör förbättras och förtydligas.

ABSTRACT

The aim of the study was to examine the prevalence and the location of gingival recessions among patients between 20-29 years of age, who are treated on the Dental Hygienist Programme at the University of Kristianstad. The study was performed as a retrospective study of dental records. We examined dental records from 295 patients. Gingival recessions were only noted in 3 % (n=10) of the records. In 53 % (n=157) of the records toothbrush trauma were recorded. Trauma from tooth brushing was most commonly registered in the premolar area. In 38 % of the dental records no information regarding tooth surfaces were found. The conclusion of our study is that recordings of gingival recessions are rare maybe due to improper registrations in the dental journals, referring that these routines ought to be improved and refined.

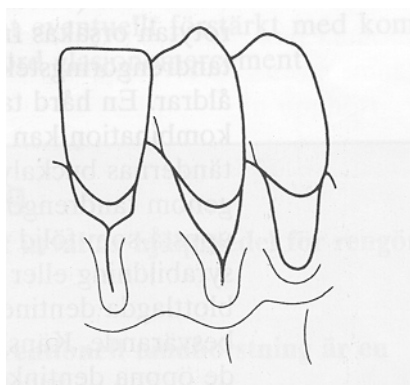
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1-4
Ålder	2
Anatomiska faktorer	2
Fysiologiska faktorer	2
Patologiska faktorer	2-3
Tandborstskador	3
SYFTE	4
MATERIAL OCH METOD	4
ETISKA ASPEKTER	4
RESULTAT	5-7
Kön	5
Ålder	5
Gingivala retraktioner	5
Tandborstskador	5
Lägesbestämning	5-6
Defektens utseende	7
Snuslesion och dess utseende	7
DISKUSSION	7-9
Metoddiskussion	7
Resultatdiskussion	8-9
SLUTSATS	9
REFERENSER	10-11
Undersökningsformulär	Bilaga 1
Basjournal	Bilaga 2

INLEDNING

Gingivala retraktioner karakteriseras av att den marginala gingivan är apikalförskjuten i förhållande till emalj-cementgränsen (Kassab & Cohen, 2003). Definitionen av gingivala retraktioner är, enligt den Amerikanska Akademien för Parodontologi, när den marginala gingivalranden ligger apikalt om emalj-cementgränsen (Baker & Spedding, 2002).

Gingivala retraktioner kan vara lokalt eller generellt förekommande och kan involvera en eller flera ytor (Smith, 1997), och kan förekomma på både buccal/labialytor och palatinal/lingualytor, liksom approximalt och cirkulärt runt tanden (Baker & Spedding, 2002). Utseendet på retraktionen kan vara en V-formad inskärning mitt på buccalytan eller vara mer utbredd på hela buccalytan (Widenheim et al., 1997).



Olika utseende på gingivala retraktioner (Widenheim et al., 1997).

Det finns en vedertagen klassifikation av Miller på gingivala retraktioner, som tar hänsyn till hur mycket av rotytan som är blottad (Wennström et al., 2003).

Millers klassificering av gingivala retraktioner.

- Class 1: Marginal tissue recession not extending to mucogingival junction. No loss of interdental bone or soft tissue.
- Class 2: Marginal tissue recession extends to or beyond the mucogingival junction. No loss of interdental bone or soft tissue.
- Class 3: Marginal tissue recession extends to or beyond the mucogingival junction. Loss of interdental bone or soft tissue is apical to the cemento-enamel junction, but coronal to the apical extent of the marginal tissue recession.
- Class 4: Marginal tissue recession extends beyond the mucogingival junction. Loss of interdental bone extends to a level apical to the extent of the marginal tissue recession.

Man har funnit olika faktorer som kan orsaka gingivala retraktioner exempelvis ålder, anatomiska faktorer, fysiologiska faktorer, patologiska faktorer och tandborstskador (Kassab & Cohen, 2003).

Ålder

Det är generellt accepterat att gingivala retraktioner är kliniska fynd som ökar med åldern (Löe et al., 1992; Serino et al., 1994). Löe et al. (1992), jämförde i en longitudinell studie förekomsten av gingivala retraktioner hos män boende i Oslo, och män på Sri Lanka i åldersgruppen 15-50 år. Norrmännen hade regelbundet fått tandvård och utförde daglig tandborstning, medan männen på Sri Lanka aldrig hade fått någon tandvård och tandborstning var okänd för dem. Studien visade att vid 20 års ålder hade $\geq 60\%$ av norrmännen någon gingival retraktion, vid 30 års ålder hade retraktionerna ökat till $\geq 70\%$ och vid 50 års ålder till $\geq 90\%$. Vid jämförelse med männen från Sri Lanka, hade dessa vid 20 års ålder $\geq 30\%$ någon gingival retraktion, vid 30 års ålder $\geq 90\%$ retraktioner och vid 50 års ålder fanns retraktioner till 100% . De 30-åriga norrmännen hade oftast retraktioner på buccalytorna, medan de 30-åriga männen från Sri Lanka ofta hade både buccala, linguala och approximala retraktioner. I en studie av Serino et al. (1994), undersökte man förekomsten av buccala gingivala retraktioner hos personer bosatta i Sverige, under en 12-årsperiod i olika åldersgrupper. Man fann, att vid baseline hade sju procent i gruppen 18-29 år gingivala retraktioner, och att dessa ökade till 40% i åldersgruppen 45-65 år. Vid utvärderingarna efter 5 och 12 år fann man att samtliga åldersgrupper hade ett ökat antal gingiva retraktioner.

Anatomiska faktorer

Anatomiska faktorer som har relaterats till gingivala retraktioner är fenestrering, blottläggning av det alveolära benet, malplacering av tand i tandbågen och onormal tanderuption. Dessa anatomiska faktorer samverkar och kan bidra till att den alveolära benplattan blir tunnare än normalt, och en retraktion kan uppstå. Blottläggning av det alveolära benet kan uppstå vid en tanderuption, eller om tanden är buccalställd i tandbågen (Kassab & Cohen, 2003).

Fysiologiska faktorer

Ortodontisk behandling i sig, orsakar inte gingivala retraktioner. Det finns dock faktorer som bör beaktas inför en ortodontisk behandling, när tänderna flyttas labialt, vilken kan orsaka en blottläggning av det alveolära benet. Här bör man då ta hänsyn till den gingivala vävnadens tjocklek, eftersom den kan påverka uppkomsten av en retraktion. En tunn gingiva i kombination med tandborstskador eller gingivit, vid ortodontisk behandling, kan ge upphov till skador på mjukvävnaden (Wennström & Pini Prato, 2003).

Patologiska faktorer

Det är inte helt klarlagt vilka patologiska förändringar som uppträder vid en retraktion. Man har dock funnit, att om rotytan täcks av tunn vävnad, finns större risk att retraktion uppstår (Baker & Spedding, 2002). Gingivala retraktioner kan även vara en konsekvens av parodontal behandling. Både kirurgisk och icke-kirurgisk behandling kan orsaka retraktioner, och vid djupare fickor ser man ett mer uttalat tecken på retraktion av den marginala gingivan, än vid grunda fickor. Scaling och rotplaning orsakar mindre retraktioner än kirurgisk behandling (Wennström et al., 2003).

Tandborstskador

Tandborstningens effekter på gingivala retraktioner har undersökts, och det har visats att en kraftfull och felaktig teknik kan orsaka gingivaretraktioner (Kassab & Cohen, 2003). I en pilotstudie utvärderade Checchi et al. (1999), förekomsten av gingivala retraktioner på buccalytor hos tandläkarstuderande vid Tandläkarhögskolan i Bologna. I studien jämförde man första årets studenter med femte årets studenter, och fann att antalet retraktioner var högre hos femte årets studenter, samtidigt som att man kunde se att deras munhygien förbättrats. Utbildningsnivå, daglig borstning och tandborstteknik visade sig vara betydelsefulla faktorer som ökade retraktionerna (Checchi et al., 1999). Goutoudi et al. (1997), fann statistiskt signifikant samband mellan hård tandborstteknik och antalet gingivala retraktioner. Även Checchi et al. (1999), fann indikationer på att enkel tandborstningsteknik (d.v.s. horisontella, vertikala och roterande rörelser) var associerad med större antal retraktioner.

I befolkningsgrupper med god munhygien hittades de gingivala retraktionerna på buccalytorna (Löe et al., 1992; Müller, et al., 2002), i motsats till befolkningsgrupper som inte fått någon munvårdsbehandling, där samtliga ytor drabbades av retraktioner (Löe et al., 1992). Retraktioner hos unga individer fanns nästan uteslutande på buccalytorna och dessa ytor hade en större progression vid utvärderingstillfällena (Löe et al., 1992; Müller et al., 2002). Före 25 års ålder drabbades i stort sett inga approximala ytor, oavsett om någon munhygien hade utförts eller inte (Löe et al., 1992). Studier har också visat att maxillans molarer och premolarer är de som drabbas mest av retraktioner, samt att det är den högra sidan av maxillan som i högre grad är utsatt (Checchi et al., 1999; Müller et al., 2002). Müller et al. (2002) fann dessutom att män hade något större risk att drabbas av gingivala retraktioner än kvinnor.

Rotytan på tanden exponeras vid gingivala retraktioner, vilket kan upplevas oestetiskt, leda till sensibilitet, samt ökad risk för rotytekaries. Exponerade rotytor är också känsligare för

abrasion (Kassab & Cohen, 2003). Gingivala retraktioner är ofta en källa till oro för patienten och bekymmersam i den kliniska situationen för behandlaren (Smith, 1997). Tidigare studier (Checchi et al., 1999; Loe et al., 1992; Müller et al., 2002) har visat att gingivala retraktioner är vanligt förekommande bland unga vuxna. För att få större kunskap om hur vanligt förekommande gingivala retraktioner är hos unga patienter i den kliniska vardagen, har vi valt att studera anteckningarna på basjournalens första sida. Förekomst av gingivala retraktioner och vilka tänder som är utsatta, samt om och hur dessa registreras på en utbildningsklinik.

SYFTE

Att undersöka förekomsten och lokaliseringen av gingivala retraktioner hos patienter mellan 20 – 29 år som behandlas på Tandhygienistprogrammet i Kristianstad.

MATERIAL OCH METOD

Ett undersökningsformulär (bilaga 1) konstruerades och variablerna som insamlades var: ålder, kön, gingivala retraktioner, tandborstskador, defektens utseende samt lägesbeskrivning. En pilotstudie genomfördes för att undersöka om konstruktionen av formuläret fungerade i praktiken. I pilotstudien ingick 20 slumpmässigt utvalda journaler i åldersgruppen 30 – 35 år, som behandlas av studenter vid Tandhygienistprogrammet i Kristianstad, och vi undersökte tio journaler var för att kalibrera oss. Studien genomfördes under februari månad 2005. Underlaget för vår studie bestod av samtliga patienter i åldrarna 20 – 29 år, som behandlades av studenter vid Tandhygienistprogrammet i Kristianstad, sammantaget 301 patienter, (februari 2005). Vår studie baserades på journalgranskning, där vi granskade basjournalens första sida (bilaga 2) och noteringarna på denna. Den statistiska bearbetningen av materialet utfördes i databasen SPSS (Statistical Package of Social Sciences, version 12,0).

ETISKA ASPEKTER

Etiskt tillstånd söktes hos det Etiska rådet, institutionen för hälsovetenskaper Kristianstad högskola. Ansökan godkändes den 28 januari 2005 (Dnr ER2005-1). Vi behandlade journalerna konfidentiellt och detta innebär att identiteten aldrig röjs eller missbrukas (Ejlertsson, 1996). Endast vi som undersökare kommer att ha tillgång till materialet som kommer att förvaras inlåst. Efter redovisning, godkännande och arkivering av C-uppsats kommer arbetsmaterialet att förstöras.

RESULTAT

Sex av de 301 patienterna hade inte blivit undersökta när studien genomfördes och har därför räknats som bortfall.

Kön

Av de 295 basjournalernas första sida som granskades var 201 (68 %) kvinnor och 94 (32 %) män.

Ålder

Den undersökta åldersgruppen var mellan 20 till 29 år, och hade en medelålder på 25 år. De vanligaste förekommande åldersgrupperna inom materialet var 24 till 26 år (n=150), medan 20 och 21- åringarna endast representerades utav fyra stycken.

Gingivala retraktioner

Förekomst av gingivala retraktioner fanns registrerat på tio av de 295 granskade basjournalerna (3 %).

Tandborstskador

På 157 (53 %) av basjournalerna fanns tandborstskador registrerade. Antalet kvinnor med tandborstskador var 110 (55 %) och antalet män 47 (50 %).

Tabell 1. Antal personer i respektive åldersgrupp med en eller flera gingivala retraktioner och/eller tandborstskador.

ålder	antal pers. med skador	procentuell andel i resp. åldersgrupp
29	9	60 %
28	15	58 %
27	19	50 %
26	30	60 %
25	28	58 %
24	26	50 %
23	25	63 %
22	14	64 %
21	1	33 %
20	0	0 %

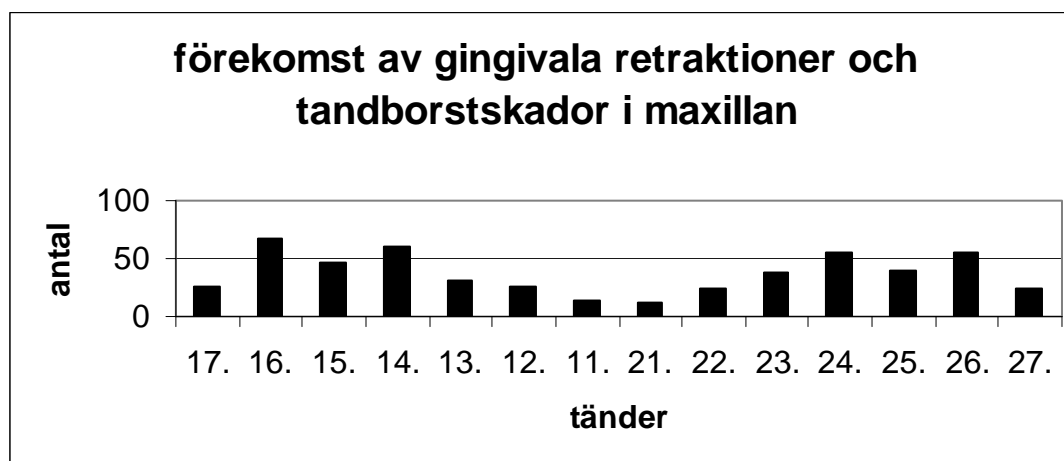
Lägesbestämning

Den tand i bettet som hade registrerats med flest tandborstskador eller retraktioner var 16, 23 %. Generellt sett i materialet var sexorna de tänder som var mest utsatta, de utgjorde cirka 20 % av de antecknade skadorna. Sett till det totala antalet skador utgjorde premolarerna den största procentuella gruppen, 36 %, molarerna, 33 %, incisiver, 17 % och caniner, 14 %. Registrerade skador på buccala ytor var 58 % och skador på linguala ytor 4 %. Inga approximala ytor fanns registrerade.

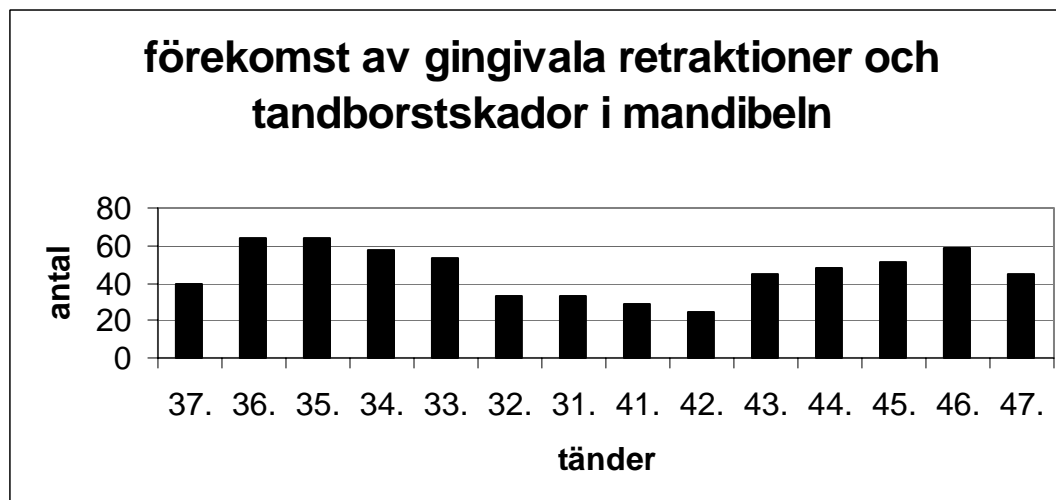
På 38 % av basjournalerna fanns ingen tandyta angiven, enbart tand med gingival retraktion eller tandborstskada.

23 % (n=270) av det sammanlagda antalet skador fanns i första kvadranten. I andra kvadranten förekom 21 % (n=249), i tredje 30 % (n=344) och i fjärde 26 % (n=302) skador.

Tabell 2. Förekomst av gingivala retraktioner och tandborstskador i maxillan.



Tabell 3. Förekomst av gingivala retraktioner och tandborstskador i mandibeln.



Defektens utseende

På tre av de 295 basjournalerna fanns anteckningar om retraktionens utseende. Två av dessa tre benämndes Y-formade.

Snuslesion och dess utseende

Det fanns anteckningar om snuslesioner på tre av basjournalerna. Utseendet antecknades som, snusleukoplaki höger överkäke buccalt, 13 till 23 buccalt och läppband.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att genomföra studien utvecklade vi ett undersökningsformulär, som användes för att se om de variabler som vi efterfrågade fanns registrerade på basjournalernas första sida. För att kontrollera om studien var genomförbar gjordes först en pilotstudie. Då upptäcktes att undersökningsformuläret behövde justeras. Variabeln snuslesion adderades på grund av att denna förekom på 10 % av basjournalernas första sida. Snusning kan ge upphov till retraktioner och Andersson & Axell (1989) fann att 23 % av snusarna, som använde lössnus, hade gingivala retraktioner, som kunde härledas till snusningen. Därför tyckte vi att det var viktigt att lägga till variabeln. Alternativet nej ändrades till ingen uppgift, då det inte kunde uteslutas att det inte förekom några retraktioner. Det kunde vara så, att det fanns anteckningar om retraktioner någon annanstans i journalen som inte hade antecknats på basjournalens förstasida. Enligt Patientjournalagen, SOSFS 1996:18, skall kliniska fynd som görs vid en undersökning noteras under rubriken ”status” (Sundberg, 2004). Under rubriken ”status” på basjournalen finns en underrubrik ”förändringar i munslemhinna och tandens hårdvävnader (exkl karies)”, där retraktioner ska antecknas.

Tidigare studier har visat att gingivala retraktioner ökar med åldern (Löe et al., 1992; Serino et al., 1994). Detta är inte något som vi har kunnat se i vår studie, då metoden inte gör det möjligt, eftersom vi inte vet om samtliga retraktioner eller tandborstskador fanns registrerade på basjournalerna.

Vid registreringen av generell tandborstskada kunde vi inte utläsa om visdomständerna fanns eller inte. Vi har därför valt att bortse från registrering av tandborstskador eller gingivala retraktioner på dessa tänder.

Vi noterade ett bortfall på sex journaler, där patienterna ännu ej blivit undersökta, vilket gjorde att 295 journaler granskades.

Resultatdiskussion

Vi hade förväntat oss att kunna utläsa fler data på basjournalerna, än vad som visade sig vara möjligt. Generellt visade vår studie, att det fanns få gingivala retraktioner antecknade på basjournalens första sida, dessa hade istället registrerats som tandborstskador. Vi anser det tveksamt att studenter och handledare konstaterar att skadorna har uppkommit på grund av tandborstning, då man inte kan veta om detta är den enda orsaken (Kassab & Cohen, 2003). Vi ser brister i journalföringen, eventuellt behövs det en förändring av undervisningen i journalföring eller av journalen och hur gingivala retraktioner ska registreras. Resultatet kunde möjligen ha sett annorlunda ut ifall utformningen på basjournalen varit annorlunda. Hade det funnits en speciell ruta som gällde endast gingivala retraktioner skulle kanske fler anteckningar finnas här och inte som nu, när samtliga förändringar i munslemhinnan och tandens hårdvävnader (exklusive karies) ska antecknas i samma ruta. Det finns även brister i de uppgifter som antecknats, då ytor, utseende och årtal inte alltid fanns registrerade. På 38 % av journalerna fanns ingen yta uppgiven, endast 1 % hade registrerat skadans utseende.

Studenterna måste bli bättre på att registrera yta, utseende samt årtal när retraktionen observerades. I nuläget registreras sannolikt gingivala retraktioner som tandborstskador, men det finns andra orsaker till att gingivala retraktioner bildas och därför bör registrering av förekomst och lägesbeskrivning förbättras och förtydligas. Vi anser att utbildningen bör belysa journalföring regelbundet, en gång per termin, och då ha en genomgång i hur och vad som ska registreras i journalen. Vårt resultat visade att 56 % av 20- 29-åringarna hade någon gingival retraktion eller tandborstskada och detta stämmer med vad Müller et al. (2002) kom fram till. Checchi et al. (1999) och Löe et al. (1992) visade en ännu högre förekomst av gingivala retraktioner, 62 – 71 %, i samma åldersgrupp. Möjligen är det så att studenter vid en utbildningsklinik inte registrerat alla retraktioner som förekommer på basjournalens förstasida, utan i daganteckningen, och därför har vi fått fram en lägre siffra. Resultatet från vår undersökning visade inte någon skillnad i antal gingivala retraktioner eller tandborstskador mellan åldersgrupperna, om man bortser från 20- och 21-åringarna som endast var fyra till antalet.

Vi fann att molarer och premolarer var de tänder som hade flest retraktioner och detta styrks i studierna av Löe et al. (1992), Müller et al. (2002) och Serino et al. (1994). Samtliga studier vi läst, har visat att den buccala ytan är den yta som är mest utsatt för retraktioner, vilket även vi kan konstatera i vår journalstudie, trots att en stor del (38 %) av basjournalerna inte hade någon yta angiven. I vår undersökning fanns inte någon approximal yta registrerad och Löe et al. (1992) konstaterar också att detta är ovanligt i dessa åldersgrupper.

Checchi et al. (1999), Müller et al. (2002) fann i sina studier att maxillans högra sida var mest utsatt för gingivala retraktioner. Vårt resultat visade att mandibelns vänstra sida hade flest antecknade retraktioner, vilket även Knocht et al (1998) visade.

Vi fann att kvinnorna hade en något högre andel retraktioner än männen, till skillnad från vad Müller et al. (2002) visade i sin studie. Skillnaderna var inte statistiskt signifikant säkerställda i någon av studierna.

SLUTSATS

Vi har granskat basjournalernas förstasida avseende förekomst av gingivala retraktioner och lokalisation av dessa. Vi fann att gingivala retraktioner sällan var registrerade, vilket antyder att journalföringen bör förbättras och förtydligas. Förslag till förbättring kan ske genom årlig aktualisering av patientjournallagen (SOSFS 1996:18) och därigenom stärka klinikens kvalitetsäkringsarbete.

REFERENSER

Andersson G & Axell T (1989). Clinical appearance of lesions associated with the use of loose and portion-bag packed Swedish moist snuff: a comparative study. *J Oral Pathol Med* 18(1):2-7.

Baker P & Spedding C (2002). The aetiology of gingival recession. *Dent update* 29:59-62.

Checchi L, Daprile G, Gatto MRA & Pelliccioni GA (1999). Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilote study. *J Clin Periodontol* 26: 276-280.

Ejlertsson G (1996). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik* (pp 36). Lund: Studentlitteratur.

Goutoudi P, Koidis PT & Konstantinidis A (1997). Gingival recession: A cross-sectional clinical investigation. *Eur J Prosthodont Rest Dent* 5 (2); 57-61.

Kassab MM & Cohen RE (2003). The etiology and prevalence of gingival recession. *JADA* 134:220-225.

Khocht A, Simon G, Person P & Denepitiya JL (1993). Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol* 64:900-905.

Löe H, Ånerud Å & Boysen H (1992). The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* 63:489-495.

Müller HP, Stadermann S & Heinecke A (2002). Gingival recession in smokers and non-smokers with minimal periodontal disease. *J Clin Periodontol* 29:129-136.

Serino G, Wennström J, Lindhe J & Eneroth L (1994). The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* 21:57-63.

Smith RG (1997). Gingival recession. Reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J Clin Periodontol* 24:201-205.

Sundberg H (2004). Tandvårdens författningssamling. Handbok för tandvårdspersonal (pp.74-85). Stockholm: Gothia AB.

Wennström JL, Heijl L & Lindhe J (2003) Periodontal surgery: access therapy. I J. Lindhe (Red), Clinical Periodontology and Implant Dentistry (pp.556-557). Oxford: Blackwell Munksgaard.

Wennström JL & Pini Prato GP (2003) Mucogingival therapy – periodontal plastic surgery. I J. Lindhe (Red), Clinical Periodontology and Implant Dentistry (pp.577-649). Oxford: Blackwell Munksgaard.

Widenheim J, Renvert S & Birkhed D (1997). Förebyggande tandvård (pp.57-58). Stockholm: Gothia AB.

UNDERSÖKNINGSFORMULÄR

Kön: Man

Kvinna

Födelseår: _____

Gingivala retraktioner: Ja

Ingen uppgift

Tandborstskador: Ja

Ingen uppgift

Lägesbestämning: Tand/yta: _____

Defektens utseende: V-form:

U-form:

Y-form:

Annan uppgift:

Ingen uppgift:

Snuslesion: Ja

Ingen uppgift

Utseende: _____

Klinik

Basjournal

Blad nr

Personnr

Namn

Yrke

Adress

Tfn bost

Tfn arb

Anamnes		Överkänslighetsreaktion	
<input type="checkbox"/> Cirkulationsbesvär	<input type="checkbox"/> Blödningstendens	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatit
<input type="checkbox"/> Mediciner			
Övriga anamnesuppgifter			
Lokalt status			
Bettyp		Ocklusion (djupbett, öppet bett, korsbett, saxbett osv)	
<input type="checkbox"/> Neutralbett	<input type="checkbox"/> Postn bett	<input type="checkbox"/> Pren bett	
Tänder (undertal, retinerad osv)		Tandsten är	
Bettfysiologisk status (käkledsbesvär osv)		Förändringar i munslimhinna o tandens hårdvävnader (exkl karies)	
Datum	Röntgenfynd	Tandlöshet	Protes
		<input type="checkbox"/> ök <input type="checkbox"/> uk	<input type="checkbox"/> hel ök <input type="checkbox"/> hel uk <input type="checkbox"/> part ök <input type="checkbox"/> part uk
		Anm	
Datum	Komplettering anamnes och status	Datum	Terapiplanering
Datum	Remisser el kompl utredningar		
Datum	Profylaktiska åtgärder		