

## Riskbedömning - revisionsintervall

Folktandvården Dalarna

# RamBarn



Riskbedömningen inom barn och ungdomstandvården hjälper oss att identifiera de individer som löper risk för att utveckla sjukdom samtidigt som den skiljer ut de individer som vi ska erbjuda god tandvård för att behålla dem friska.

All behandling och individuell rådgivning skall grunda sig på riskbedömning. Det finns ej någon enstaka faktor med vilken man säkert kan förutsäga utveckling av bettavvikelse, karies, erosioner eller parodontit. Som grund för bedömning får man i stället använda alla de kännetecken som vetenskap och beprövad erfarenhet har lärt oss indikerar risk.

**Exempel på sådana faktorer är:**

- Anamnesdata
- Tidigare kariesförekomst/gingivit/parodonti/bettavvikelse/erosionsskador
- Kliniska fynd
- Röntgenfynd
- Värdering av vanor beträffande kost, munhygien och fluoranvändning.
- Moderns utbildningsnivå
- Invandrarbakgrund

I de fall någon typ av avvikelse upptäcks vid tandhälsokontroll eller undersökning skall tandläkare informeras och därefter upprätta ny behandlingsplan. **Den person som undersöker eller kontrollerar patienten är ansvarig för sin egen bedömning oavsett yrkeskategori.**

### Gingivit/Parodontit

Förskolebarnets gingiva är normalt relativt slät och rödare än den vuxnes. Redan i förskoleåldern kan bennedbrytning och/eller tandsten iakttas på bitewing. Om så är fallet skall dessa barn betraktas som högriskpatienter vilka även i det permanenta bettet kan utveckla benförluster och/eller tandsten. Förekomst av parodontit hos barn

och ungdomar är ca 1 per 1 000 i den svenska befolkningen. I andra delar av världen, främst i Asien och Afrika, är förekomsten mycket högre. I de fall det finns hereditet för parodontit, och/eller den etniska bakgrunden visar en ökad risk för parodontal sjukdom, skall bitewing tas regelbundet.

Sondera fickor runt fullständigt erupterade 6:or och 1:or och kontrollera bitewing avseende subgingival tandsten. Undvik sondering då granntänder är under eruption.

### **Bettavvikelser**

Under individens bettutveckling uppstår ibland bettavvikelser. Vissa av dessa leder till att vi vill följa upp bettet med tätare intervall. Mer omfattande bettavvikelser kräver ortodontikonsultation. Bedömning av bettet är alltid aktuellt vid patientens samtliga revisionsundersökningar och målet är att vi genom en tidig bedömning skall kunna minimera det framtida behovet av ortodontibehandling. Behandlare oavsett yrkesgrupp har alltid ansvar för att patienten får tandläkarbedömning av bettet vid rätt tillfälle utifrån dental mognad, se RamBarn-dokumentet Ortodonti

#### *För Folk tandvården*

I samband med undersökningar skriver man i us-fraser/Bettförhållanden så länge inte ortodontivisning är aktuellt. Vill man skriva något mer utförligt om ortodonti använder man rubriken "daganteckning ort".

När det blir aktuellt med visning öppnar man en ortodontiflik och skriver DHC-koden(motsvarar diagnos) i rutan "Behandlingsbehov". Man använder rubriken "daganteckning ort" om man vill beskriva bettfelet i text.

När patienten går under tandregleringsbehandling på allmäntandvårdsklinik använder man rubriken "daganteckning ort" för att skriva allt man gör som har med ortodonti att göra. Man får härigenom en samlad bild av patientens ortodontivård i fönstret "daganteckning ort" i fliken Ortodonti.

Man kan markera rubriken "daganteckning ort" i alla fönster där man kan göra anteckningar. Man bockar i rubriken i rullistan till höger om knappen man trycker på när man vill välja rubrik i ett anteckningsfönster.

#### *För privata vårdgivare*

Privata vårdgivare registrerar bettförhållandet i sin journal. Därefter skall tandläkaren göra en bedömning om och när en ortodontist skall konsulteras eller inte. Om ortodontist konsulteras registreras DHC-värdet i EPI-rapporten.

### **Karies**

Tidigare kariesförekomst har visat sig vara en relativt tillförlitlig prediktor för ny karies. Det är i regel god överensstämmelse mellan förekomsten av karies i primära och permanenta bettet hos den enskilde individen. Initial kariesskada skall behandlas för remineralisering. Manifest kariesskada (klinisk kavitet eller tydlig utbredning i dentinet enligt röntgen) skall behandlas så att nya skador och progression av befintliga skador om möjligt förhindras. Detta innebär alltså inriktning mot att stoppa kariesprocessen vilket inte låter sig göras enbart med hjälp av fyllningsmaterial. Dokumentation skall ske i dagteckningar, samt med röntgen som kan ligga till grund för bedömning av eventuell progression i senare skede.

Senast vid 5 års ålder skall förekomst av karies och/eller progression av karies även bedömas på approximalytor. I de fall där approximalytorna inte kan inspekteras visuellt skall bitewing övervägas för att kunna utföra en riktig bedömning.

### **Erosionsskador**

Med erosionsskada på tänderna menas en förlust av hårdvävnad genom en kemisk process som inte involverar bakterier. Oftast är flera orsaksfaktorer involverade i processen. Idag är det vanligen negativa dryckesvanor och dryckesmönster samt stressrelaterad reflux som är orsaksfaktorer. Ätstörningar kan också vara en orsaksfaktor. Det finns även en ökad risk för erosionsskador hos personer med astma. Erosionsskador uppträder vanligen först på överkäksinsicivernas insida. En aktiv

---

process kan diagnostiseras genom att tandytan, när den blåstras torr, har ett matt utseende. "Cuppings" d.v.s skålformade gropar på kusptopparna är ett vanligt tecken på erosionskada. Ses vanligtvis på molarer och caniner i båda dentitionerna. Det är viktigt att upptäcka och hindra denna process i ett tidigt skede. Vid kraftigt slitage i primära bettet skall barnet utredas för dentala erosioner.

*Konklusionen blir:*

- Vid kraftigt slitage på mjölkänder -> utred eventuell erosiv orsak.
- Undersök och sondera palatinalytorna på incisiverna noga (skuldra palatinalt?)
- Titta efter skuldror och cuppings och utslätade tandytor i övriga bettet.
- Ta noggrann anamnes på dryckesvanor, dryckesmönster, stressfaktorer, astma, reflux m.m.
- Informera om risker med frekvent intag av sura drycker.
- Försegla cuppings och övriga utsatta ytor

### **Mineralisationsstörningar**

- Mindre omfattande opaciteter utan sönderfall eller subjektiva kontrolleras vid revisionsundersökningen.
- Mer omfattande förändringar där risk för sönderfall finns eller om det förekommer enstaka ilningar kontrolleras var 12 mån.

Omfattande mineralisationsstörningar med sönderfall och subjektiva besvär bör kontrolleras var 3:e månad och undersökas av tandläkare var 12:e månad till dess att slutgiltig terapi utförts.

### **Speciella riskindivider/ -grupper**

Allmänsjukdomar, övervikt, medicinering, utvecklingsstörning och andra handikapp kan i många fall innebära förhöjd risk för orala problem. Även den sociala situationen kan innebära ökad risk. Problem i hemmet, psykisk sjukdom hos förälder, skilsmässor, skolproblem, missbruk med mera är vanliga riskfaktorer. Erfarenhet och flera svenska studier visar också att barn vars bägge föräldrar har invandrarbakgrund, samt barn till korttidsutbildade mödrar, har större risk än genomsnittligt för att utveckla tandsjukdomar. Varje enskild riskgrupp är inte så stor, men tagna tillsammans utgör de en inte ringa andel av respektive åldersgrupp. Det är viktigt att sätta sig in i varje barns allmänmedicinska och sociala situation för att rätt anpassa åtgärderna. Empatisk förmåga, god samtalsmetodik samt att ta anamnesen på allvar är centralt i dessa sammanhang.

### **Revisionsintervall**

Från början skall varje barn ha en vårdplanering utförd av tandläkare. Varje personal inom tandvården som åtar sig en uppgift ansvarar själv för att han/hon har den erforderliga kompetensen för uppgiften och är individuellt ansvarig för att anlita högre kompetens när så behövs. Patienten skall kliniskt undersökas av tandläkare vid 3 års ålder och sedan riskbedömas utifrån allmänhälsa, bettutveckling, tandutveckling, oral motorik, slemhinnestatus samt ev. övriga kliniska och anamnestiska fynd. Utifrån riskbedömningen upprättas sedan en individuell behandlingsplan för barnet.

Vårdbehoven varierar idag mer än tidigare. Det är rimligt att detta återspeglar sig i revisionsintervallen. Det finns samtidigt ett visst egenvärde i regelbundna kontroller. Mellan undersökningarna, baserat på riskbedömningen, bör man i dessa fall lägga in individuellt anpassade hälsokontroller och profylaxbesök hos annan personal.

### **Riskfaktorer**

Hur ofta ett visst barn behöver besöka kliniken och vilken personalkategori som vid respektive tillfälle behöver se barnet, grundar sig på tandläkarens riskbedömning och behandlingsplan. Denna plan skall kontinuerligt omvärderas. Tidigare har man framförallt bedömt kariesrisk, parodontal risk, bettutvecklingsrisk och medicinsk risk. Till riskfaktorerna förs även sociala riskfaktorer och risk för erosionskador. Många medicinska riskfaktorer motiverar extra uppmärksamhet från tandvårdens sida och ibland att behandling och övervakning läggs upp enligt särskilda rutiner. Man kan inte

ta för givet att barnet självt eller föräldrarna alltid påpekar viktiga medicinska händelser och/eller diagnoser. Mycket kan också hänt sedan föregående undersökningstillfälle. Av denna anledning skall anamnesen kontinuerligt uppdateras och behandlaren följa upp vad som hänt sedan sist i form av läkarbesök, mediciner, skolförhållanden, familjeförhållanden och så vidare. I de fall anamnesen ändras kan detta leda till en annan riskvärdering och därmed en annan behandlingsplan. Den slutliga bedömningen av aktuell behandlingsbehovsrisik blir således ett resultat av respektive undersökares kliniska och anamnestiska bedömning. Detsamma gäller även bettutvecklingsrisik även om det här bara gäller att ta ställning till om det existerar någon risk eller ej. Vid varje revisionstillfälle skall riskbedömning och riskgruppering noteras i journalen.

## Kriterier för bedömning av parodontal risk 0-19 år

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Parodontal risk: Ja</b>  | Bennivån ses på röntgen vara >2 mm från emaljcementgränsen<br>Fickor > 2 mm i primära bettet<br>Fickor > 4 mm i permanenta bettet<br>Förekomst av subgingival tandsten<br>Förekomst av supragingival tandsten i molarpartierna   |
| <b>Parodontal risk: Nej</b> | Gingivit på grund av undermålig munhygien. Ge munhygieninstruktioner och följ upp slemhinnan.<br>Vid ihållande gingivit trots optimerad munhygien bör dock allmänmedicinsk utredning övervägas.<br>Supragingival tandsten, ingen egentlig riskfaktor men tandsten bör avlägsnas vid revisionsundersökning. |

## Kriterier för bettutvecklingsrisik 0 - 19 år

**B-risk: J (Ja)** Risk för eller etablerad bettutvecklingsstörning föreligger.

**B-risk: N (Nej)** Ingen risk för bettutvecklingsstörning föreligger.

Betydelsen av "B-risk" kan naturligtvis variera i hög grad. Om det enligt anamnesen framkommer att det är ett typiskt släktdrag med progeni så föreligger självklart B-risk.

Samtidigt motiverar detta i sig inte extra täta kontroller under förskoleåldern, då någon behandling ändå knappast är aktuell i primära bettet.

En inverteringsrisik av eruperande incisiver å andra sidan, kan motivera täta kontroller under den kritiska fasen, då en enkel åtgärd i rätt tid kan betyda mycket för möjligheterna att undvika mer komplicerad behandling senare.

## Kriterier för bedömning av kariesrisk i olika åldrar

### Primära bettet (0-6 år)

#### Allmänhälsa

- Kronisk sjukdom
- Födoämnesintolerans
- Täta infektioner (>10 infektioner/år)

#### Psykosocial situation

- Syskon med karies
  - Återbud/UB
  - Tandvårdsrädsla hos familjemedlem
  - Rökning / missbruk / psykisk sjukdom i familjen
-

- Förälder med låg utbildningsnivå eller invandrarbakgrund

**Kostvanor**

- Söta mellanmål 1 gång/dag eller mer
- Söta drycker som törstsläckare
- Måltider nattetid

**Munhygienvanor**

- Synligt plack ÖK-fronten
- Oregelbundna munhygienvanor, TB utan vuxen hjälp

**Fluor**

- Låg exponering för fluor

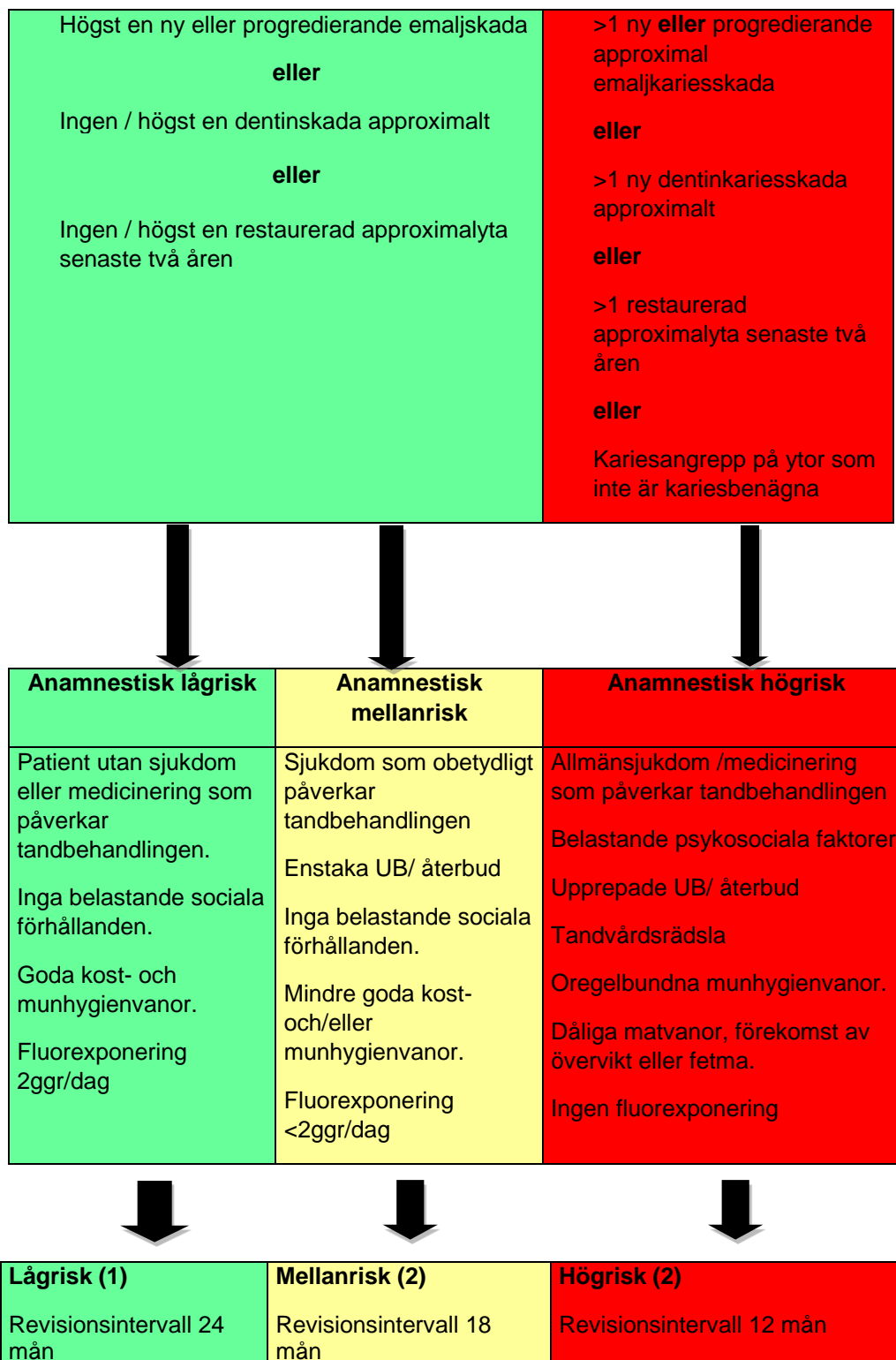
**Kariesaktivitet**

- Manifest kariesskada
- Nya eller progredierande approximala emaljskador.

**Kariesrisk permanenta bettet (7-19 år)**

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Ingen/Låg kariesrisk | Hög kariesrisk |
|----------------------|----------------|

---



## R2 Riskbedömning och karies

Värdet på stapeln baseras på beräkningar där förändringar i angivet aktuellt status

ger poäng enligt följande principer:

0 poäng = Frisk eller ingen kariesprogression

1 poäng = 0 till D1 eller D1 till D2

3 poäng = 0 till D2, D1 till D3, D2 till D3, fyllning till S eller frisk till rotkaries

5 poäng = 0 till D3

**Gränser:**

Grön stapel 0-2 poäng

Gul stapel 3-5 poäng

Röd stapel ≥ 6 poäng

**Hjälp text:**

Grön stapel Ingen eller låg progression av karies

(Låg risk)

Gul stapel Måttlig progression av karies

(Mellanrisk)

Röd stapel Hög progression av karies

(Högrisk)

---