

Riskbedömning - revisionsintervall

Folktandvården Dalarna

RamBarnStöd



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 har en låg risk för att utveckla sjukdom och därför inte bedöms ha ett omfattande behov av förebyggande eller operativ behandling utan ska erbjudas en god bastandvård.

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

Senast vid tre års ålder skall alla barn kallas för undersökning. Barn som vid screening på BVC bedömts som riskpatienter kallas in tidigare enligt remiss från Folkhälsofunktionen. Alla barn skall senast vid sex års ålder kliniskt undersökas av tandläkare och riskbedömas utifrån allmänhälsa, bettutveckling, tandutveckling, oral motorik, slemhinnestatus samt ev. övriga kliniska och anamnestiska fynd. Utifrån riskbedömningen upprättas sedan en individuell behandlingsplan för barnet. Tandhygienister och tandsköterskor som undersöker barn innan första undersökningen hos tandläkare ansvarar för att uppmärksamma avvikelser och tillgodose att barnet vid behov undersöks, terapiplaneras och riskbedöms av tandläkare. Utifrån riskbedömningen upprättas sedan en individuell behandlingsplan och revisionsintervall för varje barn.

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.

Risikfaktorer

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 erosionsskador. 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 bettutvecklingsrisk 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

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

Kriterier för bettutvecklingsrisk 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 släkdrag 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 inverteringsrisk 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.

Kariesriskfaktorer

Kostvanor

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

Munhygienvanor

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

Fluorid

- Låg exponering för fluorid

Kariesaktivitet

- Manifest kariesskada
- Nya eller progredierande emaljskador

Tidigare kariessjukdom

Riskindikatorer

Allmänhälsa

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

Psykosocial situation

- Syskon med karies
 - Återkommande återbud/UB
 - Tandvårdsrådsla hos familjemedlem
 - Rökning / missbruk / psykisk sjukdom i familjen
 - Förälder med låg utbildningsnivå eller invandrarbakgrund
-

Kariesrisk i primära bettet (0-6 år)

Ingen/Låg kariesrisk	Hög kariesrisk
Högst 2 riskindikatorer Ingen karieserfarenhet	Minst 3 riskindikatorer eller minst en ny kariesskada eller minst en progredierande kariesskada



Lågrisk (1)	Högrisk (2)
Revisionsintervall 18 mån	Revisionsintervall 12 mån

Kariesrisk i växelbett och permanenta bettet (7-23år)

Ingen/Låg kariesrisk	Hög kariesrisk
Högst en ny eller progredierande emaljskada eller Ingen / högst en dentinskada approximalt eller Ingen / högst en restaurerad approximalyta senaste två åren	>1 ny eller progredierande approximal emaljkariesskada eller >1 ny dentinkariesskada approximalt eller >1 restaurerad approximalyta senaste två åren eller Kariesangrepp på ytor som inte är kariesbenägna



Anamnestisk lågrisk	Anamnestisk mellanrisk	Anamnestisk högrisk
Patient utan sjukdom eller medicinering som påverkar tandbehandlingen. Inga belastande sociala förhållanden.	Sjukdom som obetydligt påverkar tandbehandlingen Enstaka UB/ återbud Inga belastande sociala förhållanden.	Allmänsjukdom /medicinering som påverkar tandbehandlingen Belastande psykosociala faktorer Upprepade UB/ återbud Tandvårdsrädsla

Goda kost- och munhygienvanor. Fluorexponering 2ggr/dag	Mindre goda kost- och/eller munhygienvanor. Fluorexponering <2ggr/dag	Oregelbundna munhygienvanor. Dåliga matvanor, förekomst av övervikt eller fetma. Ingen fluorexponering
↓	↓	↓
Lågrisk (1) 7-15år: Revisionsintervall 24 mån 16-23år: Revisionsintervall 30 mån	Mellanrisk (2) Revisionsintervall 18 mån	Högrisk (2) Revisionsintervall 12 mån

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

Hjälpstext:

Grön stapel	Ingen eller låg progression av karies	(Låg risk)
Gul stapel	Måttlig progression av karies	(Mellanrisk)
Röd stapel	Hög progression av karies	(Högrisk)