FTV BoU Riktlinjer vid undersökning och odontologisk riskbedömning av barn och ungdomar



Innehåll:

[1 Barn och ungdom - allmänna riktlinjer 3](#_Toc459641239)

[2 Anamnes 3](#_Toc459641240)

[2.1 Hälsodeklaration – uppdateras vid varje akut besök och undersökning. 3](#_Toc459641241)

[3 Status och diagnostik 4](#_Toc459641242)

[3.1 Klinisk undersökning 4](#_Toc459641243)

[3.2 Röntgenundersökning 4](#_Toc459641244)

[3.3 Kariesdiagnos 6](#_Toc459641245)

[3.4 Bettdiagnos 7](#_Toc459641246)

[3.5 Bettfysiologisk diagnostik 8](#_Toc459641247)

[4 Riskbedömning – Kariologisk och Bettutveckling 10](#_Toc459641248)

[4.1 Kariologisk riskbedömning 10](#_Toc459641249)

[4.2 Primära dentitionen 2 år 11](#_Toc459641250)

[4.3 Primära dentitionen 3-6 år 11](#_Toc459641251)

[4.4 Permanenta dentitionen 6-22 år 13](#_Toc459641252)

[4.5 Anpassning till digitalt beslutsstöd för riskvärdering i T4 15](#_Toc459641253)

# Barn och ungdom - allmänna riktlinjer

Regionen har ett lagstadgat ansvar att alla barn (0-22 år) får regelbunden tandvård. Alla barn/ungdomar ska ha en ansvarig tandläkare vilket ska framgå av journalen. Journalen ska innehålla relevanta uppgifter för att säkerställa en god och säker vård. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation av patientbehandling inom tandvården, SOSFS 2008:14, ska utgöra grunden för journaldokumentation inom tandvården. Ett fungerande system för avvikelsehantering och händelseanalys ska finnas.

# Anamnes

## Hälsodeklaration – uppdateras vid varje akut besök och undersökning.

Till den första kallelsen kan även bifogas ett frågeformulär som behandlar allmän hälsa, medicinering samt frågor kring barnets munhälsa. Det är även viktigt att få kunskap om barnets levnadsförhållanden, finns flera vårdnadshavare, till vem skickas kallelsen?(Bilaga 1-3)

Hälsodeklarationen pappersvariant som skickas ut till patienten vid kallelsen är att betrakta som en journalhandling och måste hanteras därefter. Scannas in och sparas i datajournalen.

Att tidigt etablera en bra dialog med barnets vårdnadshavare är värdefullt bland annat med tanke på barnets framtida besök och positiva syn på tandvård och sin munhälsa.

Tandvården bör anta en helhetssyn på barnet och familjen samt ta initiativ till samarbete med barn- och skolhälsovården vid behov. När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Tolk används vid tecken på språksvårigheter.

Anamnesen bör innehålla uppgifter om:

* Kroniska sjukdomar och funktionshinder
* Allergier
* Födoämnesintolerans
* Ofta infekterad (>10 infektioner/år)
* Barnet kontrolleras av läkare regelbundet

**Social situation**

* Familjens attityd till tandvård/Återbud/Uteblivande
* Invandrarbakgrund
* Tandvårdsrädsla hos förälder/syskon
* Kariessituationen hos syskon
* Rökning hos förälder

**Matvanor**

* Problem med maten/nattmål
* Sackarosrika mellanmål/läskkonsumtion
* Ätstörningar/övervikt och fetma

**Munhygienvanor**

* Tandborstvanor.
* Synligt plack på överkäksincisiverna i primära bettet.
* Fluorexponering.

**Tobaksvanor**

* Rökare
* Snusare
* Både rökare och snusare

# Status och diagnostik

## Klinisk undersökning

Diagnostik baserar sig på den kliniska undersökningen. Registrering av käkfunktion/smärta, befintliga primära respektive permanenta tänder, bettförhållanden, gingiva och slemhinnor.

Occlusalytor blästras torra för att möjliggöra adekvat inspektion med avseende på karies.

OBS! Tänder med mineraliseringsstörningar, speciellt 1:a molarer med MIH kan vara mycket sensibla och ska behandlas enligt bifogade anvisningar.

## Röntgenundersökning

Röntgenundersökning görs på individuell indikation och bara om den bedöms kunna bidra med viktig diagnostisk information som inte kan fås på annat sätt.

Sannolikheten för att en röntgeninducerad cancer kommer att inträffa på grund av dental röntgen bedöms vara mycket liten, men större än noll.(SBU 2007)

**Förskolebarn**

Individuell indikation

* Vid manifesta ocklusala kariesskador
* Vid misstanke om approximala kariesskador
* Intraorala bilder vid utredning och diagnostik av traumaskadade tänder
* Intraorala bilder vid misstanke om avvikelser/patologi.
* Vid approximala kontakter ska bitewing-undersökning övervägas vid 5-6 års ålder.

Bakgrund

Knappt hälften av femåriga barn utan sonderbar karies hade approximala kariesskador som endast kunde diagnostiseras med hjälp av bite-wing röntgen. Endast 9% av de approximala angreppen diagnostiserades utan bite-wing. (Stecksén-Blicks et al.1983, Raadal et al. 2000). Bilden ger oss även en uppfattning om när sexårsmolarerna bryter fram. Viktig information till föräldrarna

**Skolbarn**

Individuell indikation

* Bedöma progression av emaljkaries approximalt
* Kraftig infraposition av primära molarer
* Försenad eller asymmetrisk eruption av permanenta tänder till exempel ektopisk eruption
* Vid 8-10 års ålder bör anlag till samtliga tänder, utom visdomständer, synas på röntgen.
Går det inte att identifiera tandanlagen på bitewing-bilden i denna ålder bör röntgen-undersökningen utökas med apikalbild i aktuellt område eller panoramaröntgen.
* Vid misstanke om störd eruption ska hörntanden lägesbestämmas senast vid 9-10 år ålder.

**Lägesbestämning av hörntänder**.

Indikationer

* Om hörntanden inte kan palperas på normal plats, trots en i övrigt normal bettutveckling.
* Asymmetrier i palperbarhet mellan höger och vänster sida.
* Tydliga eruptionsskillnader (över 6 månader) mellan höger och vänster sid
* Vid lateraler som är både proklinerade och distaltippade.

För lägesbestämning krävs 2 intraorala röntgenbilder tagna med tydligt skilda strålriktningar.
Det är viktigt att relationen mellan hörntanden och laterala incisivens rot syns tydligt på bilden

## Kariesdiagnos

Kombination av visuell-taktil undersökning och röntgen är mer tillförlitlig än metoderna var och en för sig (evidensstyrka 3). SBU Rapporten ”Karies- diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling” fastställer också att det är lättare att utesluta än att fastställa karies och att det finns goda möjligheter att identifiera barn och ungdomar som löper liten risk för karies under de närmaste 2-3 åren (evidenstyrka 1).

**Behandlingsstrategi i förskoleåldern.**

Om kariessjukdomen inte kan kontrolleras är den första kariesskadan början på en lång rad av behandlingar. Det är viktigt att så långt som möjligt försöka förhindra progression av kariesprocessen. Behandling med fluorlack kan göras månadsvis under en 3-månadersperiod, men det viktigaste är att bryta dåliga kostvanor och tillföra fluor genom regelbunden tandborstning.

Manifest karies på primära molarens ocklusalyta kan behandlas med temporär restaurering efter handexcavering eller försiktig borrning med lågvarvsvinkelstycke. Kavitetens emaljkanter ska vara rena, uppmjukad tandsubstans avlägsnas i så stor utstäckning som möjligt, utan att få smärtreaktion från barnet (så kallad ART-teknik, där pulpanära karierat dentin lämnas). Är barnet litet kan det ibland vara svårt att vara säker på fyllningens kvalitet, sätt då upp ny tid för kontroll. Vid bedömning av omfattande manifesta kariesskador är det viktigt att bevara för bettet värdefulla tänder. Extraktion bör i första hand övervägas av gravt kariesskadade första primära molaren.

**Riskbedömning av karies i växelbettet**

De primära molarerna är betydelsefulla för en normal bettutveckling. Framförallt 05:orna har en viktig betydelse då det gäller att bibehålla utrymme för kommande permanenta molarer vilka normalt är på väg att erumpera vid tio-tolv års ålder. Sannolikt är progressionshastigheten relativt långsam efter nio till tio års ålder, vilket gör att man kan avvakta med restaurerande behandling av ytliga dentinskador.

**Kariesprogression i det permanenta bettet**

Barn med karies i primära molarer har en ökad risk att utveckla kariesmesialt i de permanenta första molarerna. Ocklusalytorna på 6:or och 7:or är som mest sårbara för karies under den första tiden efter frambrottet innan ytemaljen hunnit mogna genom fluortillskott via saliven.

Hos de flesta tonåringar är progressionen av kariesskador långsam- det gäller framför allt emaljskador, men också skador som befinner sig i emalj-dentingränsen.

Den långsamma progressionen gör att restaurerande terapi utförs relativt sent. Kavitetsbildning är en avgörande faktorn för progressionshastigheten tillsammans med individens kariesaktivitet och kariesskadans omfattning. Vid grava kariesskador på premolar eller molar kan extraktion övervägas, vid behov i samråd med specialist.

En borrskada på en grannyta i samband med preparation av klass II-kaviteter medför att risken för kariesprogression ökar ca 4ggr jfr oskadad yta. Granntandens approximalyta ska skyddas på lämpligt sätt.

## Bettdiagnos

Bettutvecklingen är individuell och normalvariationen är stor. Man måste därför indela barnen i bettutvecklingsstadier istället för att ge generella rekommendationer av undersökningar i vissa åldrar.

*Se avsnitt Riskbedömning bettutveckling*

**Eruptionsstörningar av överkäkens hörntänder**

Palpation av alveolarutskottet är den mest värdefulla kliniska metoden att diagnostisera hörntandens läge. Hörntänder kan palperas cirka 1,5 år före eruption. Normal eruptionstid är 10 år för flickor och 11 år för pojkar, men variationen är mycket stor.

* Cirka 2 % av överkäkshörntänderna erupterar ektopiskt med risk för resorptionsskador på incisiverna.
* På en 9-åring kan man i cirka 55 % av fallen palpera hörntandsanlagen och på 10 åriga barn kan man i 70 % säkerställa 3ornas läge med palpation.
* Hörntandsregionen bör palperas på barnen från 8 års ålder till dess att hörntänderna kan palperas eller beslut om utökad utredning sker.
* Vid misstanke om störd eruption ska hörntanden lägesbestämmas.

**Visdomständer**

Vid 17-19 års ålder bör visdomständer eruptionsriktning bedömas.

Parodontal diagnostik

* Bedöm synligt plack
* Tandsten
* Subgingival tandsten hos yngre barn kräver utredning.

**Gingivit**

Registrera GBI vid behov. Gingivit som kvarstår trots behandling och god munhygien kan tyda på eventuell bakomliggande sjukdom och ska utredas vidare.

Ficksondering bör ej utföras på tänder under eruption.

**Parodontit**

Fickdjupsmätning utförs mesialt på 6:or när 5:or är fullt erupterade, dock senast vid 15 års ålder. Benkanten ska vara synlig på bitewing och man ska vara uppmärksam på tecken som visar på benförlust. Om subgingival tandsten eller fickor upptäcks, görs fickdjupsmätning i hela bettet.

Speciell uppmärksamhet bör ägnas åt patientgrupper med en ökad risk att utveckla parodontal sjukdom, t.ex. inflammatoriska sjukdomar såsom juvenil idiopatisk artrit, inflammatorisk tarmsjukdom, diabetes mellitus och Downs syndrom.

**Exempel på riskfaktorer:**

* Rökning
* Övervikt och fetma
* Ärftliga faktorer. Vid fynd av aggressiv parodontit bör syskon undersökas avseende fickdjup och blödning vid sondering
* Defekt immunförsvar

## Bettfysiologisk diagnostik

Vid undersökningen bör följande frågor (TMD-SD) ställas till alla barn 12 år och äldre:

* Gör det ont i, tinning, ansikte, käke eller käkled en gång i veckan eller oftare?
* Gör det ont när Du gapar eller tuggar en gång i veckan eller oftare?
* Har Du låsningar eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?

**Diagnostik smärta och käkfunktionsstörning**För barn under 12 år är ofta återkommande smärtor i ansikte, käkar, tinningar och kring käkleden ovanliga symtom, det gäller även låsningar och upphakningar i käkleden liksom nedsatt gapförmåga. Om dessa symtom förekommer bör det föranleda remiss till specialist för bedömning/utredning.

Från 12-13 års ålder ökar andelen med ovanstående symtom. Ökningen är mest påtaglig från ca 14-15 års ålder bland flickor.

Några faktorer som ökar risken för att utveckla smärta och funktionsstörning i käksystemet är:

* Medvetenhet om tandpressning och tandgnissling
* Återkommande smärtor generellt i kroppen
* Generell ledsjukdom (juvenil idiopatisk artrit)
* Generell överrörlighet i leder.

**Klinisk undersökning/bedömning**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Svar på TMD-SD** | **Samtidiga symtom/kliniska fynd** | **Riskbedömning** |
| **Nej på samtliga 3 frågor** | * Inga regelbundet återkommande kroppsliga smärtor (ex huvudvärk, ryggvärk, magsmärtor, ledvärk)
* Inte medveten om tandpressning/tandgnissling
* Inga tecken på generell hypermobilitet
 | Låg risk att utveckla TMD under det följande året  |
| **Nej på samtliga 3 frågor** | * Regelbundet återkommande kroppsliga smärtor (ex huvudvärk, ryggvärk, magsmärtor, ledvärk) **och/eller**
* Medvetenhet om tandpressning/tandgnissling

**och/eller*** Tecken på generell hypermobilitet
 | Måttlig riskatt utveckla TMD under det följande året |
| **Ja på en eller flera av frågorna\*** | * Igenkänd smärta vid palpation över masseter och/eller temporalis **och/eller**
* Igenkänd smärta vid palpation över käkled **och/eller**
* igenkänd smärta vid käkrörelser **och/eller**
* igenkänd knäppning/upphakning från käkled vid käkrörelser
 | Hög riskatt ha TMD  |

# Riskbedömning – Kariologisk och Bettutveckling

Det är viktigt att kunna identifiera högriskpatienter innan skadorna har utvecklats för att planera och ge en effektiv förebyggande insats. Patientansvarig tandläkare ansvarar för diagnostik, bedömning av tand- och bettutveckling, riskbedömning och beslut om revisionsintervall fram till nästa tandläkarundersökning. Se dokument Anvisningar för delegering,teamarbete. Kap 2. ang patientansvarig tandläkare.

Första tandläkarundersökning sker vid 3 års ålder om inte barnet tidigare är identifierad som riskbarn. Efter 3 års ålder skall var annan undersökning utföras av tandläkare och intervallen mellan två undersökningar ska i åldern 3-6 år inte överstiga 18 månader och i åldern 7-22 24 månader.

## Kariologisk riskbedömning

Syftet med att riskbedöma är att identifiera individer som har ökad kariesrisk och ge dessa en effektiv förebyggande vård. Samtidigt är det också önskvärt att kunna identifiera individer som löper mindre risk för karies, eftersom riskbedömning även används som underlag för beslut om revisionsintervallets längd. SBU rapporten ”Karies- diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling” (2007) slår fast att tidigare förekomst av karies är den enskilt bästa prediktorn (oberoende förklarande variabel) hos såväl förskolebarn som skolbarn och ungdomar. Men framför allt hos förskolebarn ökar den prediktiva förmågan om modeller med flera prediktorer används. Vid den kariologiska riskbedömningen väger vi samman de riskfaktorer och riskindikatorer som framkommit i anamnesen och vid den kliniska undersökningen med baskunskaper på populationsnivå. En riskfaktor har direkt betydelse för sjukdomens etiologi, medan en riskindikator är en faktor som har indirekt koppling till sjukdomen, ex låg utbildning, rökning, levnadsvanor.

* Alla skall riskbedömas
* Riskbedömningen görs primärt vid undersökning
* Riskbedömning ska utvärderas när patienten är färdigbehandlad och revisionsintervall fastställs därefter.
* Riskbedömning utförs av legitimerad personal.
* Förändringar i riskbedömning och vårdplanering görs i samråd med ansvarig tandläkare

## Primära dentitionen 2 år

Alla barn ska ha haft en första tandvårdskontakt innan 2 års ålder via BVC där tandvården deltar vid föräldraträffar eller att barnet uppsökt kliniken efter tandvårdscreening via frågeformuläret ” Frågeformulär till föräldrar med små barn” utförd på BVC.

I första hand gäller att inrikta sig på att hitta barn med ökad risk för sjukdom. Erbjuda ett hälsosamtal. Sondera erupterade tänder om möjligt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riskfaktorer | Ej risk | Risk |
| Allmänhälsa | Frisk  | Sjukdom eller funktionshinder |
| Munhygien | Inget synligt plack ÖK-fronten | Synligt plack ÖK-fronten  |
| Fluorexponering | Dagligen | Oregelbundet |
| Matvanor | Ua | Belastande faktorer |
| Social situation | Ua | Belastande faktorer |
| Kariesaktivitet | Ingen/låg  | Hög |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revisionsintervall | 12 månader  | 12 månader |

## Primära dentitionen 3-6 år

Socioekonomiska faktorer har stor betydelse i den tidiga kariesutvecklingen, utifrån variabler som utbildningsnivå och invandrarbakgrund kan riskområden identifieras där preventiva insatser på gruppnivå bör diskuteras. Det är viktigt att vi drar nytta av en sådan kunskap och stöttar föräldrar som har en komplicerad social situation. Målet måste vara att förebygga karies hos alla barn från tidig ålder.

Kariesförekomsten hos svenska ”smååringar” är låg, men det är viktigt att varje tecken på karies uppmärksammas och behandlas. Hos förskolebarnet är livstilsfaktorer ett föräldraansvar, tandvårdens resurser skall vara ett stöd i ett ev. förändringsarbete, men föräldrarnas inställning och vilja till förändring är avgörande.

* Barn med riskfaktorer/tidiga tecken på karies bedöms som risk.
* Utred kariessituationen.
* Upprätta en behandlingsplan i samråd med patientansvarig tandläkare.
* Förskolebarn med ingen eller obetydlig risk för karies kallas med revisionsintervall på cirka 18 månader.
* Barn med riskfaktorer/tidiga tecken på karies bör följas med relativt täta intervall, 12 mån under hela förskoleåldern.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riskfaktorer | Ej risk | Risk |
| Allmänhälsa | Frisk  | Sjukdom eller funktionshinder |
| Munhygien | Inget synligt plack ÖK-fronten | Synligt plack ÖK-fronten  |
| Fluorexponering | Dagligen | Oregelbundet |
| Matvanor | Ua | Belastande faktorer |
| Social situation | Ua | Belastande faktorer |
| Kariesaktivitet | Ingen/låg  | Hög |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revisionsintervall | 18 månader | 12 månader |

**Allmän hälsa**

* Kroniska sjukdomar och funktionshinder
* Födoämnesintolerans
* Ofta infekterad (>10 infektioner/år)

**Social situation**

* Syskon med karies
* Återbud/uteblivande
* Tandvårdsrädsla hos förälder/syskon
* Rökning hos förälder

**Munhygienvanor**

* Synligt plack ÖK-fronten
* Oregelbunden tandborstning utan vuxenhjälp

**Fluor**

* Låg fluorexponering

**Matvanor**

* Söta mellanmålsprodukter 1 gång/dag eller mer
* Söta drycker (törstsläckare)
* Nattmål

**Kariesaktivitet**

* Manifest kariesskada
* Nya eller progredierande approximala emaljskador.

## Permanenta dentitionen 6-22 år

SBU rapporten ”Karies- diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling” (2007) slår fast att hos såväl förskolebarn som skolbarn och ungdomar är tidigare förekomst av karies den enskilt bästa prediktorn när det gäller att förutse kariesutvecklingen. I den så kallade North Carolina-studien som omfattade ca. 4 000 barn (6 och 10 år vid start) gav tidigare förekomst av karies och ”klinisk känsla” hos tandläkaren det bästa prediktiva värdet.

Skiljelinjen i omhändertagande går mellan patienter med hög risk och övriga.

* Patienter med en hög kariesrisk definieras utifrån tydliga kariologiska parametrar.
* Belastande psykosociala faktorer från tidig barndom t ex upprepade uteblivanden påverkar tandhälsan i ett längre tidsperspektiv. Att tidigt etablera goda munhygien- och matvanor har stor betydelse för att upprätthålla en god munhälsa senare i livet

Barn och ungdomar som bedöms löpa en obetydlig eller måttlig risk att utveckla sjukdom kallas enligt vårdplan med ett revisionsintervall på 18-24 månader.

Barn med hög risk kallas med betydligt kortare revisionsintervall och får hjälp och stöd oftare.

Den tilläggsprofylax som ges till individer i högriskgruppen är baserad på en orsaksutredning och skall grundas på ett antagande om ”compliance” (möjlighet till samarbete).

|  |  |
| --- | --- |
| **Ingen/Låg kariesrisk** | **Hög kariesrisk** |
| Ingen eller högst en dentinskada approximaltIngen eller högst en restaurering approximaltEn ny eller progredierande emaljskada | Mer än en ny eller progredierande approximal emaljskadaMer än en ny dentinkariesskada approximaltMer än en restaurerad approximalytaKariesangrepp på ytor som inte är kariesbenägna |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anamnestisk risk 0** | **Anamnestisk risk 1** | **Anamnestisk risk 2** |
| Patient utan behandlingspåverkande sjukdom eller medicineringInga belastande sociala förehållanden.Tidigt etablerade goda munhygien- och matvanor. | Obetydligt behandlingspåverkande sjukdomEnstaka uteblivanden, återbudMindre goda munhygienvanorMindre goda matvanor | Belastande psykosociala faktorerUpprepade uteblivandenTandvårdsrädslaOregelbundna munhygienvanor. Dåliga matvanor, övervikt och fetma. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Riskgrupp 0**Revisionsintervall 24 mån | **Riskgrupp 1**Revisionsintervall 18 mån | **Riskgrupp 2**Revisionsintervall 12 mån |

## Anpassning till digitalt beslutsstöd för riskvärdering i T4

Det digitala beslutsstödet för riskbedömning av barn och ungdomar grundas på samma riskfaktorer som för riskbedömning av vuxna. Det innebär att riskbedömningen har fyra riskfaktorer som bedöms, allmän risk, teknisk risk, kariologisk risk samt parodontal risk. Som komplement till dessa har en tilläggsfaktor, kost och munhygien, tillförts. Ortodontisk risk, fylls i manuellt.

Olika riskfaktorer som skall värderas i de olika riskgrupperna

**Allmän risk**

* Sjukdom och medicinering
* Familjens attityd till tandvård/Återbud/Uteblivande
* Invandrarbakgrund
* Tandvårdsrädsla hos förälder/syskon
* Kariessituationen hos syskon
* Käkfunktionsstörning

**Parodontal risk**

* Patologiska fickor
* Tobaksbruk

**Teknisk risk**

* Rotbehandlade tänder
* Flera flerytsfyllningar
* Attrition

**Kariologisk risk**

* Erosionskador
* Nya karies angrepp och/eller progression av befintliga
* Övervikt eller fetma

**Kost och munhygien**

* Hög läsk konsumtion
* Frekvent småätande
* Oregelbundna tandborstvanor
* Bristande munhygien

**Riskbedömning bettutveckling**

**Lägesbestämning av hörntänder**.

Indikationer

* Om hörntanden inte kan palperas på normal plats, trots en i övrigt normal bettutveckling.
* Asymmetrier i palperbarhet mellan höger och vänster sida.
* Tydliga eruptionsskillnader (över 6 månader) mellan höger och vänster sid
* Vid lateraler som är både proklinerade och distaltippade.

För lägesbestämning krävs 2 intraorala röntgenbilder tagna med tydligt skilda strålriktningar.
Det är viktigt att relationen mellan hörntanden och laterala incisivens rot syns tydligt på bilden

**Bettutvecklingsstadier enligt Björk och Krebs:**

* DS01=primära tänder under eruption
* DS02=primära dentitionen komplett
* DS1 =tidigt växelbett (incisiver under eruption)
* DS2 =mellanperiodens växelbett (incisiverna fullt erumperade)
* DS3 =sent växelbett (hörntänder och premolarer under eruption)
* DS4 =ungt permanent bett(hörntänder och molarer fullt erumperade)

Riskbedömning bettutveckling utförs av tandläkare vid alla undersökningar i åldrarna **6-13 år**

Registreras sedan i datajournal under bettutvecklingsrisk.

**DS1. Tandläkare gör en bedömning av:**

* Tvångsförd transversell och sagittal avvikelse
* Grav utrymmesavvikelse
* Antalsvariationer tex. tandövertal resp tandundertal
* Ektopisk eruption
* Funktionell avvikelse (läpp- och tungfunktion) med stor horisontell överbitning

**Klassificera graden av risk enl. följande:**

1. *Ingen risk* för avvikande bettutveckling bedöms föreligga till nästa revisionsundersökning.
2. Viss risk föreligger. Fastställ lämpligt intervall 6 månader för bettutvecklingskontroll. Vid tveksamhet konsultera erfaren kollega/alt sätt patienten på konsult med specialist under perioden.
3. *Hög el. omedelbar risk.* Pat. får tid hos tandläkare för utredning/behandling. Visas specialistkonsult/Konsultationsremiss till ortodontist.

**DS2. Tandläkaren gör en bedömning av:**

* Uttalad sagittal, vertikal och transversell avvikelse
* Grav utrymmesavvikelse
* Avvikelse i tandutveckling ex tandövertal resp. tandundertal, retentioner, infraocklusion
* Avvikelser i tandframbrott. Risk för sekundära skador på angränsande tänder ex en resorption av lateral incisiv. Obs! Eruptionskontroll av överkäkens hörntänder
* Funktionell avvikelse (läpp- och tungfunktion)

**Klassificera graden av risk enl. följande:**

1. *Inga avvikelser* bedöms föreligga. Pat. ”friskförklaras” avseende bettutvecklingen och bedöms få en normal bettutveckling.
2. *En fortsatt kontroll av bettutvecklingen* bedöms indicerad. Fastställ lämpligt intervall för bettutvecklingskontroll. Bettutvecklingen. bedöms då av tandläkare.
3. *Risk* som medför ett omedelbart omhändertagande av tandläkare. Visas specialistkonsult/Konsultationsremiss till ortodontist.

Bilaga 1.

Frågor om din hälsa

Personnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Förnamn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Efternamn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adress \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Postnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postadress\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Tel hem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobiltel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel Arbete\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Vårdnadshavare 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Vårdnadshavare 2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |  | Ja | Nej |
| Är ditt barn fullt friskt? | ⁭ | ⁭ | Är ditt barn allergiskt mot något? | ⁭ | ⁭ |
| Tar det några mediciner?Om ja, vad ………………………..……………………………………. | ⁭ | ⁭ | Om ja, vad …………………………………… |  |  |
| Har ditt barn några sjukdomar eller funktionshinder?Om ja, vad …………………………………… | ⁭ | ⁭ | Har ditt barn några besvär från munnen?Om ja, vad?……………………………………. | ⁭ | ⁭ |
| Är ditt barn ofta infekterat? | ⁭ | ⁭ |  |  |  |
| Öron-näsa-halssjukdomar? | ⁭ | ⁭ |  |  |  |
| Har ditt barn någon smittsam sjukdom? | ⁭ | ⁭ |  |  |  |

Övriga upplysningar ………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………...

Bilaga 2.

**Namn:……………………………………………………….. Personnr:…………………**

**För att du ska få bästa vård är vi tacksamma för att du besvarar följande**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** | Om ja komplettera |
| Har du hjärtbesvär och/eller inopererad protes?  |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du lätt för att blöda? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Är du överkänslig för något? Allergi? Bedövningsmedel ? Penicillin Latex? Annat ? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du någon smitta som din läkare bett dig informera om vid kontakt med tand eller sjukvård ? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du blivit strål- och/eller cellgiftsbehandlad? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Tar du några mediciner?Vilka? alternativmedicin ? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du någon sjukdom?  |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Hur ofta äter du under en dag ? räkna med läsk och godis  |    |  |
| Hur ofta borstar du tänderna per dag ? |    |  |
| Undviker du fluor ? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Röker du ? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Snusar du ? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du ont i tinning, ansikte, käke och/eller käkled en gång i veckan eller oftare?  |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Gör det ont vid gapning och/eller tuggning en gång i veckan eller oftare? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du låsningar och/eller upphakningar i käken en gång i veckan eller oftare?  |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du något funktionshinder? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Har du varit med om kränkning, olycka, våld eller liknande? |  [ ]  |  [ ]  |  |
| Känner du oro inför tandvårdsbesök? Markera med X på linjen!(mycket oro) **10****0** (ingen oro) |
| Övrigt ? |

 Datum………………………. Underskrift……………………………………………………………………………………………………

Mobil…………………………………………………….. e-post……………………………………………………………………………………………………………

Bilaga 3

Hälsodeklaration barn



|  |
| --- |
| Riskklassificering enligt American Society of Anaesthesiologists (ASA)modifierad för tandvård |
| Klass | Hälsotillstånd | Betydelse för tandvård | Riskklassificering enligt ASA |
| 1 | Friska patienter | Ingen | ASA 1 |
| 2 | Patienter med mindre allvarlig allmänsjukdom, t ex balanserad hypertoni (högt blodtryck) diabetes, lindrig astma | Normalt liten betydelse vid tandvård men viss vaksamhet krävs | ASA 2 |
| 3 | Patienter med allvarliga allmänsjukdomar som medför inskränkningar i livsföringen men inte arbetsoförmåga, t ex hjärtinsufficiens, under senaste året genomgången infarkt, svårbehandlad hypertoni, diabetes med följdkomplikationer, svår astma, pågående allvarlig infektion…. | Behandlande läkare bör konsulteras, behandlingarna begränsas och stress undvikas | ASA3 |
| 4 | Patienter med allvarliga allmänsjukdomar som innebär ständigt livshot t ex aktuell hjärtinfarkt, gravt hjärtfel och avancerad hypertoni, diabetes och njursjukdom med allvarliga följdkomplikationer. | Behandlande läkare konsulteras, endast akuttandvård, omfattande ingrepp bör utföras på sjukhus | ASA 4 |
| 5 | Patienter som beräknas avlida inom 24 timmar | Tandvård inte aktuell | ASA 5 |

**Litteratur**

Alm Anita. On dental caries and caries-related factors in children and teenagers. Thesis 2008.

SBU. Karies- diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling” 2007.

Disney et al. The University of North Carolina Caries Risk Assessment study: further developments in caries risk prediction. Community Dent Oral Epidemiol 1992;20:64-75

SBU rapporten Karies- diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007).

Stecksén-Blicks et al. Diagnosis of approximal caries in pre-school children. Swed. Dent J

7:179-184.

Raadal M, Amarante E, Espelid I. Prevalence, severity and distribution of caries in a

group of 5-year-old Norwegian children. Eur J Paediatr Dentistry 2000;1:13-20.