

Riskbedömning

Beskrivning av patienterna i de olika riskgrupperna

Kariesrisk

Låg risk (0): Patient med ingen eller låg kariesaktivitet, god munhygien och goda kostvanor. Patienten koopererar och kommunicerar väl i tandvårdsituationen och har en låg eller normal kariesprevalens.

Måttlig risk (1): Patient med måttlig kariesaktivitet. Patientens munhygien och kostvanor kan ha brister. Det kan förekomma kooperations- (t.ex. pga. tandvårdsrädsla) och kommunikationsproblem samt vissa påverkande allmänna sjukdomar. Kariesprevalensen är normal.

Hög risk (2): Patient med hög kariesaktivitet. Patientens munhygien och kostvanor har brister. Det kan förekomma svåra kooperations- (pga. tandvårdsrädsla) och kommunikationsproblem samt vissa, i hög grad, påverkande allmänna sjukdomar. Kariesprevalensen är hög.

Parodontal risk

Låg risk (0): Patient med frisk gingiva och god munhygien. Patienten koopererar och kommunicerar väl i tandvårdssituationen och har ingen tidigare parodontal sjukdomserfarenhet.

Måttlig risk (1): Patient med gingivit. Patientens munhygien har brister. Det kan förekomma kooperations- (p.g.a. tandvårdsrädsla) och kommunikationsproblem samt vissa påverkande allmänna sjukdomar. Det kan förekomma tidigare parodontal sjukdomserfarenhet.

Hög risk (2): Patient med gingivit och subgingival tandsten eller parodontit. Patientens munhygien har stora brister. Det kan förekomma svåra kooperations- (p.g.a. tandvårdsrädsla) och kommunikationsproblem samt vissa, i hög grad, påverkande allmänna sjukdomar. Tidigare parodontal sjukdomserfarenhet kan förekomma.

Faktorer som underlag vid riskbedömning

Riskbedömningen utgör ett viktigt underlag för den enskilda patientens terapiplan. Det finns ett stort antal faktorer, som kan användas som underlag för en bedömning av risken att i framtiden få ny eller fortsatt utveckling av tandsjukdomar.

Olika försök att kombinera riskfaktorer har gjorts och görs i syfte att få ett så bra bedömningsunderlag som möjligt. Men det finns ingen metod, som är bättre än en erfaren tandläkares bedömning, grundat på anamnes- och statusuppgifter.

Nedan kommenteras kort ett antal faktorer av betydelse för att kunna göra en riskbedömning vad gäller utvecklingen av sjukdomarna karies och parodontit.

Tobaksbruk

Tobaksbruk är en mycket betydelsefull faktor för utveckling av parodontit.

Allmänsjukdomar

Ökad risk hos barn med astmatiska sjukdomar, allergier och s.k. ”öronbarn”.
Många mediciner innebär en ökad risk.

Sociala förhållanden; beteenden

Föräldrarnas utbildningsnivå har en koppling till kariesrisk.

Om barnet vistas i hemmet kan kariesrisken vara högre än för barn, som vistas i offentlig barntillsyn.

Närvaro av mor- och farföräldrar dagligen i hemmet medför ökad risk.

En ökad kariesrisk föreligger hos barn, som vårdas av endast en förälder.

Barn till missbrukande föräldrar och barn/ungdomar som själva är missbrukare löper ökad risk att få karies.

Barn till föräldrar med invandrabakgrund kan löpa en högre kariesrisk.

Barn och unga som placeras för vård utanför det egna hemmet löper en högre risk för sämre tandhälsa.

Munhygien; buckal plackförekomst

Plack buckalt och lingualt innebär ökad sjukdomsrisk.

Barn klarar inte att borsta rent på egen hand innan de kommit upp i 10-årsåldern.

Föräldrar kan inte eller ”hinner inte” lära barn korrekt tandborstteknik.

Kostvanor

För individen kan ett frekvent intag utgöra risk; ett begränsat intag av sockerhaltiga eller sura produkter innebär låg risk för skada medan en ökad intagsfrekvens gynnar utvecklingen av karies respektive erosionsskador.

Tidigare karieserfarenhet

Om tidigare tandvård utförts på flera approximalytor ökar risken för nya angrepp på friska granntänder 2 till 3 gånger.

Som riskbarn kan man betrakta de barn som har karies före tre års ålder, samt 12-åringen med mer än ett approximalt kariesangrepp.

Bakteriologisk miljö i munhålan

En utpräglad sur miljö i munhålan utgör en indikation på att ökad kariesrisk föreligger.

Salivegenskaper

Låg sekretionshastighet och brist på tuggstimulerad saliv är aggraverande faktorer för kariesutveckling. Bristande buffringsförmåga hos saliven medför ökad risk.

Lokala munförhållanden

Munandning är mestadels förknippat med bettförhållanden som öppet bett, uttalat postnormaltbett och smal överkäke. Andningsmönstret kan leda till uttorkning av slemhinnor och ökad risk för gingivit och parodontit.

Grava trångställningar ökar risken för karies och parodontit.

Riskåldrar

Under de första åren efter tandens eruption är risken störst att utveckla karies.

Vad det gäller primära bettet är risken att få karies störst i åldrarna 2–5 år.

I det permanenta bettet är risken att utveckla karies störst i åldrarna 6–8 år, och 12–13 år

Risktänder och riskytor för att utveckla karies

- Primära bettet: Första och andra molaren i både över- och underkäke, särskilt första molaren distalt och andra molaren ocklusalt och mesialt.
- Permanenta bettet: 6:or och 5:or, i viss mån även 7:or, särskilt då 6:or ocklusalt och mesialt, 5:or distalt i överkäken och 7:or ocklusalt och mesialt, särskilt då i underkäken

Faktorer som påverkar kariesangreppets progressionshastighet är

- personens ålder
- kariesaktivitet
- aktuell tandyta
- granntandytans status
- generell och lokal mineraliseringsgrad i emaljen (jmf mineraliseringsstörningar).

I det primära bettet tar det i genomsnitt 2–3 år att utveckla en påbörjad emaljskada till ett tydligt angrepp in i dentinet.

I det permanenta bettet tar det 2–6 år. 5:an i överkäken är här den tand som snabbast utvecklar ett sådant kariesangrepp.

För barn i åldrarna 6–12 tar det i genomsnitt 4 år att utveckla ett sådant approximant dentinkariesangrepp, medan det i åldrarna 16–23 tar i genomsnitt c:a 8 år.

Trauma

En parodontal traumaskada kan medföra ökad kariesrisk på tandens rotyta.

Fluorskydd

Tandborstning med fluortandkräm ska ske två gånger om dagen från c:a ett års ålder för att ge ett optimalt fluorskydd. Att inte använda fluortandkräm innebär en ökad risk för att barnet utvecklar karies. Endast för barn under 6 år rekommenderas barntandkräm med lägre fluorhalt.

När fluorhalten i dricksvattnet är 1–1,2 mg/liter uppnås ett optimalt tillskott utan att några biverkningar erhålls.