



SVENSKA  
PEDODONTI  
FÖRENINGEN

# ***BARNTANDLÄKARBLADET***

SVENSKA PEDODONTIFÖRENINGENS MEDLEMSBLAD

NUMMER 2 – 2008/ÅRGÅNG 21





## In Svenska Pedodontiföreningen 2008

### Styrelsen

Ordf.	Gunilla Klingberg	Mun-H-Center Odontologen, Medicinaregatan 12 A 413 90 Göteborg
Sekr.	Christer Ullbro	
Kassör	Karin Ridell	
Ledam.	Ingrid Andersson-Wenckert	Margaret Grindefjord Sven-Åke Lundin Georgios Tsilingaridis

### Norra sektionen

Ordf.	Hans Forsberg	
Sekr	Catarina Falk-Kieri	
Kassör	Carin Pilebro	
Ledm.	Anna-Lena Erlandsson	John-Erik Nyman

### Södra sektionen

Ordf.	Berit Söderholm	
Sekr.	Elisabeth Lager	
Kassör	Gunilla Magnusson	
Ledm.	Margareta Borgström	Åsa Hasselblad- Larsson

### Västra sektionen

Ordf	Tobias Fagrell	
Sekr.	Ted Lundgren	
Kassör	Britt Alander	
Ledam.	Gunilla Klingberg	Johanna Norderyd Marianne Rythén

### Östra sektionen

Ordf.	Lena Permert	
Sekr.	Eva Bergman	
Kassör	Sofie Hübel	
Ledam.	Marianne Lillehagen	Majid Mirabdolbaghi

## Innehåll:

Från redaktionen	3
Ordförande har ordet	4-
Intervju med Anna-Karin Holm och Birgitta Bäckman	6-
Pedodontist i glesbygd	8
This is Africa	9
Barnhistoria Ny specialist	10
Uppföljning av narkospatienter	11
Boktips	12
Nordiskt kompetensmöte	13-
FDI	15-
Karies hos 4-åringar	16
Barntandvårdsdagar	17-
Sektionerna	19
ST-tandläkare	20-
EAPD i Dubrovnik	21
	16-17

### Omslagsbild:

En ny bild av skickliga Umeå-fotografen Jörgen Viklund. Två magnifika fjällugglor var under flera veckor i vintras synliga på Röbbäcks-slätten nära centrala Umeå. Carin Pilebro och John-Erik Nyman hade glädjen att se den ena, seglande, sedan sittande på en uttjänt lada, spanande efter byte. En bild som etsat sig fast och som hjälper oss att längta lite till snö och vinter. Tänk om ugglorna kommer tillbaka!

Umeå 081125

## Från redaktionen

### Hej igen!

Ett nytt nummer av Barntandläkarbladet har vuxit fram under hösten. Vi har i detta nummer försökt få en lite norrländsk touche och bl. a. bitt några av våra numer icke aktiva pedodontister ge sin syn på sin yrkesverksamma tid i Västerbotten.

Vi vill tacka alla bidragsgivare och ser naturligtvis gärna att det inkommer fler alster. Läs till exempel Eva Leksells berättelse om patienten Anton. Är det fler som har härliga berättelser ur livet så kan ni väl delge oss andra!

När det här skrivs, i slutet av november, har vintern kommit hit till Västerbotten; några minusgrader och ett vitt täcke över naturen. Jag vet att entusiastiska skidåkare redan har vallat och åkt iväg och att skridskoåkarna hann få en tur på Nydalasjö-isen innan snön kom.

Nu önskar vi på redaktionen er alla en riktigt fin avslutning på år 2008, en God Jul och Ett Gott Nytt År!

Redaktionen genom Carin Pilebro och John-Erik Nyman



## På gång....

24 december 2008	Julafton
5-6 februari	Odontologiska temadagar i Örebro
1-4 april 2009	IADR, Miami, USA
2-3 april	Vårmöte Norden Ark
14-16 maj	EAPD har workshop och kurs i ämnet MIH Helsingfors
17-20 juni 2009	IAPD, München, Tyskland
2-5 september 2009	FDI Singapore
24-25 september	Barntandvårdsdagar Uppsala
2-6 juni 2010	EAPD Harrogate, England
25-28 aug 2010	IADH, Ghent, Belgien

## Nästa nummer:

Artiklar, insändare och bidrag insändes till norra sektionens redaktion senast den 15 april 2009.

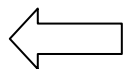
Skicka till: [carin.pilebro@odont.umu.se](mailto:carin.pilebro@odont.umu.se)

Materialet bör bifogas i mail i rtf-format eller som Word-fil. Redaktionen förbehåller sig rätten att redigera och ev. korta insända texter.

*OBS! Inga bilder inklistrade i text.*

Text och bild skall skickas som separata bilagor.

Bilder bör vara i JPG-format med en upplösning på minst 300 dpi. (cirka 1024x1280 bildpunkter)



Pepparkakstider

## Ordföranden har ordet

Visst är det härligt med entusiaster. Jag har en given favorit på detta tema – Martin Emtenas. Ringer det någon klocka? Inte? Han lägger hela sin själ i att visa hur fascinerande och fantastisk vår natur är. Han har jagat mullvad, dykt efter bläckfiskar, flugit skärmflyg med glador och nu senast gosat med grodor och paddor – allt detta i Mitt i Naturen på SVT, ett av ganska få program som jag brukar försöka se. Mannen fullkomligt sprudlar av glädje och han gör allt för att vi som tittare ska kunna förstå vad det handlar om. Om han kunde skulle han sända med luktteve, jag lovar. Kom hem igår efter några timmar på tåg och hann precis lagom till Martin och en grönfläckig padda. Man kan fundera på vad det har med pedodonti att göra. Jag vet egentligen inte. Men nog har vi många entusiaster som är beredda att verkligen satsa för att våra grupper, barn- och ungdomspatienterna, ska få det de rätteligen borde få. Vi gillar ibland vår uppgift lite för mycket, vi är duktiga på att leverera men kanske inte alltid lika bra på att visa hur duktiga vi är.

Tiden går fort när man har roligt eller var det kanske när man har för mycket att göra, eller kanske både och? Det finns anledning att fundera över detta ibland. För Svenska Pedodontiföreningen är det nog det senare, alltså både och-et. I samband med Föreningsmötet vid FDI kunde vi konstatera att vi under 2008 bidragit med ca 87.000 kronor till olika former av stipendier. Det handlar om de fyra större stipendierna för forskning som vi delade ut vid Barntandvårdsdagarna. I ärlighetens namn ska vi väl säga att ett av dessa – MEDA resestipendium möjliggörs genom att MEDA står för fiolerna men de pengarna är inte med i beloppet ovan. Alltså tre egna stipendier, vidare fem personer som fått Stiftelsen Barntandvårdsdagars Stipendium för nyblivna specialister, lika många kommer att få utmärkelsen Årets pedodontistudent. Och som lök på laxen fick 11 ST-tandläkare bidrag med 2.000 kronor var för att kunna delta i Vårmetet. Vår ambition är dessutom att Vårmetet bara ska bära sina egna kostnader och inte generera något överskott. Ni som medlemmar får då ett bra kurstillfälle till lägsta möjliga kostnad. Ganska häftigt om man tänker efter. Och dessutom möjligt *enbart* tack vare att vi driver Barntandvårdsdagarna. Våra 150 medlemmar betalar 150 kronor per år i medlemsavgift.....

Ska då passa på att tjata lite om dessa dagar igen. I år arrangerades konferensen för 15:e gången! Vi lockade strax över 300 deltagare och ekonomiskt tror vi att vi i bästa fall hamnade på break even. I skrivande stund har vi inte fått sluträkningen. Vi vet sedan tidigare att storstadsområdena brukar innebära ett större ekonomiskt risktagande. Det beror på att omkostnaderna är högre där, till exempel lokaler, måltider etc samt att det av någon anledning alltid är svårare att locka deltagare. Det är ändå viktigt att kunna förlägga konferensen till storstäder och det är möjligt tack vare att vi byggt upp ett kapital under åren. Vi har ju haft goda år också och överskottet från ett sådant år gör det möjligt att både klara ett sämre år och att kunna bidra ekonomiskt till svensk pedodonti på det sättet vi faktiskt gör. Just nu är ekonomin god, men även föreningens ekonomi påverkats av börsen. En del av vårt kapital ligger i olika fonder. Det är möjligt att vi som en konsekvens av detta tvingas att se över t ex storleken på något stipendium eller kursavgifterna vid Vårmetet och Barntandvårdsdagar. Men ambitionen är att kunna använda våra pengar på ett klokt sätt och framför allt så att det gagnar barn- och ungdomstandvården.

2009 års Vårmetet kommer att äga rum i Bohuslän, på Nordens Ark den 2-3 april. Jodå, du läser rätt. Det blir djurpark nästa år. Vårmetet i Karlstad lockade många, men betydligt färre än vanligt. Så nu tänkte vi fjäska med barnasinnat. Vem kan motstå en djurpark och dessutom en djurpark som arbetar med bevarandeprojekt för flera arter som lever i klimat som liknar vårt egna här på norra halvklotet. Titta in på [www.nordensark.se](http://www.nordensark.se) så kan du stifta bekantskap med såväl djur som verksamhet. Och för de av er som är oroliga över komforten, man behöver alls inte ligga i tält och man behöver inte mata vargar. Vi kommer att bo på hotell och pensionat men vi jobbar på att få in djurparken även i programmet. Därtill har vi ett fantastiskt och alltid aktuellt kurstema – **Smärta**. Mer information finner du i samt med detta nummer av Barntandläkarbladet. Kan då också passa på att berätta att vi beslutat sponsra kursavgiften med 1000kr då vi tycker att mötet är viktigt och ekonomin tillåter det. Avdraget är redan gjort på anmälningsblanketten. ST kommer att kunna söka bidrag om ytterligare 1000 kr. Information om det skickas som vanligt till ST-handledarna. Boka redan nu av den 2-3 april i era almanackor och tidböcker ni får bara inte missa Vårmetet 2009!

Sen har vi då Barntandvårdsdagarna 2009 i Uppsala den 24-25 september. Temat är **Vanliga ovanligheter i barn- och ungdomstandvården** och kommer att beröra emaljavvikelse, MIH, akut omhändertagande av trauma, digital röntgen och diagnostik. Alltså många olika saker som alla i barntandvården möter. Det kommer att vara en konferens som passar som hand i handske i utbildning för allmäntandvårdens team. Ni som har breddutbildningar planerade eller nischteam eller vad det kan vara som behöver kontinuerlig fortbildning – det här är kursen de inte får missa. Alltså lobba för kursen på alla sätt och åk själva. Alternativet är ju lite att ni själva behöver hålla i den här typen av utbildningsinsatser för allmäntandvårdens team i landstinget. Nu fixar ju vi allt det praktiska... Och dessutom är Barntandvårdsdagarna jätteviktiga för Svenska Pedodontiföreningens arbete. Snälla – hjälp oss att få många deltagare!

Vän av ordning undrar förstås, vad är det då för arbete föreningen gör förutom att ordna kurser? Faktiskt ganska mycket annat också! Under det senaste året har vi gjort färdigt prioriteringsdokumentet. Detta ska nu finnas på hemsidan och när du läser detta har vi antagligen redan arbetat på lite olika sätt för att sprida information om det. Dokumentet är viktigt inte minst med tanke på de diskussioner som förs i allt fler landsting om krav på prioritering av vilken vård som ska utföras. Ibland förs diskussionen utifrån önskemål om prioritering av det viktigaste, ibland identifiering av det som är minst viktigt, andra gånger fokuserar man på evidensgradering. Tandvårdsstödet koppling av ersättning till diagnos och nationella riktlinjer utgör också en ingångsvinkel i prioriterandet. Vi måste vara med i dessa diskussioner och värna om de patientgrupper vi företräder – barn och ungdom. Vi i styrelsen framhåller i många olika sammanhang vikten av att just dessa grupper får sin berättigade del av tandvårdens resurser. Om man vill hålla nere kostnaderna för rehabiliterande behandlingar på sikt så måste man satsa på de unga medan de fortfarande är unga och friska. Prioriteringsdokumentet är en viktig pusselbit i det sammanhanget och det läses med fördel tillsammans med kvalitetsdokumentet!

I början av 2009 kommer vi också att göra en uppföljning av specialistenkäten – de 30 frågorna. Information om detta har gått ut flera

gånger under året och nu senast i oktober till alla klinikansvariga. Genom enkäten får vi möjlighet att faktiskt mäta hur pedodontiverksamheten ser ut. Har antalet patienter som remitteras ökat? Hur ser köerna till behandling, narkos mm ut? Hur fördelar sig arbetstiden för pedodontisterna mellan klinik, utåtriktad verksamhet, egen utbildning och forsknings- och utvecklingsarbete? Nu är det 25 år sedan vi började med detta och vi har ett guldläge genom att vi vet så mycket om hur specialisttandvården för barn och ungdom ser ut i landet. Men enkäten gör sig inte av sig självt. Dels krävs hjälp och arbete från er som arbetar på klinikerna ute i landet. Sedan måste styrelsen sätta sig ner och sammanställa och skriva rapport. Till vår hjälp kommer vi, precis som för 5 år sedan, att ha ett webbaserat system för att fylla i enkäten. En tjänst vi köper genom vår webbyrå, men som också besparar oss mycket arbete. Vi tycker att det är väl investerade pengar.

Så om man gör något slags bokslut över 2008 – nog sjutton gick tiden fort, vi har jobbat mycket, men vi har också åstadkommit väldigt mycket bra. Nästa år är det nya tag och vi hoppas förstås att se dig på Vårmetet och sen på Barntandvårdsdagarna vill vi se dig tillsammans med ditt team och en massa kollegor från allmäntandvården i just ditt landsting. Njut nu av helgerna så hörs vi i januari! Och om ni vill fascineras av grönfläckig padda så finns denna utrotningshotade art på, just det, Nordens Ark. Varför inte anlända redan den 1 april?!

Tele:arb. 031 750 92 00 bost. 031 336 80 28  
[gunilla.klingberg@vgregion.se](mailto:gunilla.klingberg@vgregion.se)



**Grönfläckig padda**

En liten kommentar från redaktionen:  
Den i ingressen nämnde Martin Emtenas deltog i oktober i Umeå Universitets stora jubileumshögtid, där han delade plats med nyutnämnda professorer och pristagare till vetenskapliga priser. Martin fick Västerbottenskurirens jubileumsfonds publicistiska pris 2008. ”Martin Emtenas har genom sin kunnskap, spontanitet och sitt engagemang gett ett snart 30-årigt program en ny dimension. Genom ett varmt, personligt och ödmjukt förhållningssätt till djur och natur ökar han förståelsen för biologisk mångfald och ett hållbart samhälle.” Det är klart att vi pedodontister faller för honom!

## Till detta "norrländska" nummer av Bladet

har en intervju gjorts med två, nu pensionerade, pedodontister i Umeå som haft stor betydelse för barntandvårdens utveckling, **professor emerita Anna-Karin Holm** och **docent Birgitta Bäckman**.



Intervjun gjordes av Ylva-Britt Wahlin och Ingrid Andersson-Wenckert och den presenteras i sammanfattande text.

*Ni har haft en position inom ämnet pedodonti med en framstående yrkeskarriär och forskningsinriktning och dessutom ett stort antal uppdrag. Det har medfört en helhetssyn som inte har varit statisk och en överblick, som gör era synpunkter extra intressanta. Därför vill vi gärna att ni berättar för Barntandläkarbladet om de händelser inom barntandvården som ni upplevt som särskilt viktiga.*

År 1938 hade den svenska riksdagen beslutat att alla barn mellan 6 och 16 år skulle få kostnadsfri tandvård inom Folktandvården. Men bristen på tandläkare var stor och 1960 fick fortfarande bara 60 % av barnen mellan 7-15 år behandling. Tandstatus hos barn och ungdomar var också mycket dåligt, i Västerbotten hade 100 % av 13-åringarna och över 80 % av småbarnen karies i slutet av 60-talet. Tandläkarhögskolans kandidatklänik som erbjöd gratis tandvård också för små barn var populär – i varje fall hos föräldrarna. En liten radannonser i lokalpressen om så kallad småbarnsundersökning medförde köer av föräldrar med barn långt ut på gatan.

En stor och viktig händelse var satsningen på kariesförebyggande åtgärder som påbörjades i slutet av 1960-talet. Det blev mer och mer tydligt att tandläkarna inte skulle kunna laga ikapp karies – helt andra åtgärder behövdes för att bryta kariesutvecklingen. Västerbotten var tidigt ute. Tack vare ett gott samarbete mellan professorerna Hans Grahnén i pedodonti och Stig Sjölin i pediatrik startades information på BVC tidigt. Fluorsköljningar infördes i grundskolor och förskolor. Att använda fluortandkräm blev en självklarhet. I väntrummen satte man in "diavisorn" med hälsobudskap, som föräldrar kunde studera medan barnet behandlades. Kjell Lönnå skrev en sång för små barn om hur tänderna skulle borstas och lördagsgodis blev ett begrepp. Hela tandvårdsteamet engagerades i det förebyggande arbetet – inte minst viktiga var profylaxkurserna för tandsköterskor.

En viktig händelse var också den nya tandvårdslagen 1973. Den innebar att vi kunde kalla in barnen redan vid 3 års ålder och behandla till 19 års ålder. Tidigare, då barnen undersökts för första gången först vid 6 -7 års ålder var de primära tänderna ofta extraktionsmässiga och 6:orna kariesade. Tidiga pulpa- och rotbehandlingar var vanligt. Nu kunde behandling och framför allt förebyggande arbete startas tidigt också på tandklinikerna.

Fram till början av 1980-talet ansåg man att fluorens systemiska effekt var den mest betydelsefulla, dvs fluor skulle tillföras under tändernas hela mineraliseringstid. Så småningom stod det klart att fluor har sin största betydelse lokalt vilket var en stor och viktig händelse som förändrade fluorprofylaxen. Att rekommendera fluortabletter blev nu inte lika nödvändigt även om de också hade lokal effekt. För lokal fluorbehandling hade man tidigare använt pensling med fluorlösning. När fluorlacket Duraphat introducerades i början av 1970-talet togs det tacksamt emot och man insåg alltmer vikten av den lokala effekten av fluor. Ett nytt profylaxhjälpmedel var också fissurförseglingarna som infördes i början av 1960-talet.

En pedodontist skulle ha en naturlig och god förmåga att ta hand om de barn som skulle behandlas. Inga hjälpmedel - förutom lokalbedövning - behövdes för den duktiga

pedodontisten. Vid ett möte i början på 1970-talet i Umeå mellan barnläkare, anestesilog och pedodontister diskuterades möjligheter till effektivare *sedering inför tandvård på barn*. Premedicinering med Diazepam infördes med, till att börja med, stort motstånd från den egna kåren som tyckte att pedodontisterna i Umeå drogade barnen. Det fanns också anesthesiologer och barnläkare som tyckte att tandläkare inte skulle ”kvacka med Valium”. Lars Orelund, som då var professor i farmakologi i Umeå stödde däremot helhjärtat sedering med bensodiazepiner i tandvården. Tillsammans med Anders Stenström, då nyanställd på pedodonti, utarbetades rutiner för sedering.

Ytterligare en viktig händelse inom barntandvården var att vi på 1980-talet också fick möjlighet att använda lustgas som sedering. Idag är bägge metoderna allmänt accepterade och det finns nog ingen pedodontist som vill vara utan möjlighet till sedering inom barntandvården.

**Birgittas forskning** kom i början av 1980-talet att fokuseras på ärftliga mineraliseringsstörningar i emaljen. För att kunna fastställa ärftlighetsmönster började hon sitt nomadliv i Västerbotten. Över ett tusen barn skulle undersökas och föräldrarna utfrågas. Inga datorer fanns och god kunskap krävdes om hur och när bussturena gick. Det blev så småningom en fin avhandling om amelogenesis imperfecta. Några år senare kunde Birgitta och hennes medarbetare också presentera på vilken kromosom defekten, som orsakar en variant av amelogenesis imperfecta finns.

När Socialstyrelsen gav uppdraget att i Umeå bygga upp Kunskapscentrum i norr för sällsynta diagnoser och funktionshinder i början av 2000, fick Birgitta ansvaret för detta. Här i den norra delen av Sverige bor 10 % av befolkningen på 50 % av landets yta. Det medför naturligtvis alldeles speciella problem med långa avstånd för patienterna, om man är en person med en ovanlig diagnos och bosatt i en avlägsen del av regionen. Och genetiken har naturligtvis stor betydelse. I vår del av Sverige har vi en högre prevalens av vissa ärftliga sjukdomar än i resten av landet. Kunskapscentrum är nu en väl förankrad institution i regionen.

Vi har också bett Anna-Karin och Birgitta att ge var sin personlig reflektion i slutet av denna intervju.

**Anna-Karin** känner en viss tillfredsställelse när hon ser tillbaka men samtidigt också en viss besvikelse – så mycket entusiasm, engagemang och energi och inte minst resurser som lagts ner på förebyggande vård ända sedan slutet av 1960-talet, borde inte tandhälsan idag vara ännu mycket bättre än vad den är? Vem tar idag ansvaret för den förebyggande vården? Finns entusiasmen, engagemanget och energin kvar?

**Birgitta:** Efter att passionerat ha ägnat mig åt pedodonti i största delen av mitt yrkesliv, efter att ha levt inom yrket med hull och hår, ser jag nu odontologin utifrån sedan några år tillbaka. Mycket har naturligtvis blivit bättre sedan jag började arbeta. Men - jag instämmer med Anna-Karin. Varför finns karies kvar i så stor omfattning? Är det inte ett samhällsproblem att så många småbarn måste kariessaneras? Ambitionen var ju att kunna ge mer tid till de verkligt behövande barnen, de med funktionshinder och syndrom. Och - varför märks inte odontologi i hälso- och sjukvårdsdebatten?





### **Pedodontist i glesbygd.**

Remissflödet är konstant även denna höst 2008. En och annan kommer från glesbygd där patienten/familjen kanske har 25 mil eller mer att åka. Hur löser jag det så att det blir bäst för patienten, miljön och samhällsekonomiskt? Norrbotten är till ytan en fjärdedel av Sveriges totala yta. Invånareantalet är ca 250 000 och därav utgör barn och ungdomar upp till 19 år ca 55 000. Får barn- och ungdomar i glesbygd samma tillgång till specialisttandvård jämfört med dem som bor i kusten?

Jag har arbetat som pedodontist i Norrbotten i 8 år. När jag var ny här så förstod jag att man åkte ut till patienten. Man hade sedan många år tillbaka en välfungerande konsultverksamhet i specialisttandvården. Det var ett sätt att lösa frågorna jag nämnt ovan. Jag var inte alls van vid detta sätt att arbeta. Under specialistutbildningen hade vi inte ens nämnt detta sätt att arbeta på. Jag tog seden dit man kommer vilket jag inte ångrar idag.

Det blir många mil i bil, tåg eller buss. En dag eller två dagar på konsult, det beror på hur långt det är till resmålet. Resmålet kan till exempel vara Kiruna. Avresa tidig morgon från Luleå 06.16 framme ca 10.30. Nu när SJ åter tagit över så är vagnarna inte längre från 40-talet. När Tågkompaniet körde så var det så bedrövt det går inte att beskriva med ord. Tack och lov så kan allt bli bättre. Jag föredrar tåget om det finns möjlighet att välja. Jag åker ensam utan tandsköterska eftersom ansvarig tandläkare är med vid konsulterna om möjligt.

Konsultmomentet när vi träffar patienten är oftast ”live” och blir en möjlighet till utbildning utifrån frågeställningen.

Vid besöken har jag även ibland seminarier, där ämnet är anpassat till efterfråga på kliniken. I Kiruna blir det alltid två dagar varje höst. Det är underbart vackert att åka tåget 35 mil norrut. Vägen till arbetet just den dagen är som balsam för själen om vädret är bra. Höstfärgerna sprakar, ibland har den första snön kommit men inte så i år. Jag känner mig alltid välkommen och behövd. Patienterna är också tacksamma. Patienten har ibland åkt många mil till Kiruna trots att jag redan åkt 35 mil.

Frågeställningarna varierar men är trots allt likt våra remisser som kommer till klinken.

Frågeställningarna stämmer väl överens med övriga landet.

Vi har några tandläkare från andra länder som Tyskland, Portugal mm. Barntandvården har inte samma utrymme i deras utbildning som i vår svenska, det visar sig när jag möter frågorna från dem. Vi har även vakanta tandläkaretjänster i glesbygd som Pajala, Kiruna och Gällivare. Det är säkert många som undrar, varför flytta till ett glesbygds län?

Jag är född och uppvuxen i Tornedalen. Jag började min flytt söderut redan som 16-åring när jag började gymnasiet i Haparanda. Jag hamnade så småningom i Göteborg där jag gick tandläkarhögskolan.

För mig kändes det således inte helt främmande när jag blev erbjuden arbete som pedodontist i Norrbotten eftersom jag har mina rötter här. Jag kan finska eller meän kielen som det heter, vilket underlättar möten med människor. Det var inte självklart med flytt för min man och mina två söner inbitna västerbottningar som de är, men det har gått bra trots allt. Idag har min äldsta son flyttat från Norrbotten.

Sammanfattningsvis så måste jag erkänna att jag trivs väldigt bra trots att arbetsbördan ibland är stor. Att arbeta i glesbygd innebär många resor men mötet med intressanta människor och ett ständigt utbyte av kunskaper överväger all tid i bil, tåg eller buss. Jag är dock ensam pedodontist i länet och det är självklart att jag saknar kollegor, de närmaste finns 27 mil söderut i Umeå.

Vid datorn Anna-Lena Erlandsson Pedodontist i Norrbotten



## TIA - This Is Africa

Bromsarna skriker på den skrotfärdiga bussen och den röda jorden dammar upp och fyller luften, den afrikanska solen stiger över horisonten - vi är framme i Migori.

Under 6 veckor sommaren 2007 besökte vi Kenya och deltog i biståndstandvård samt utförde datainsamling till vårt examensarbete, "Oral Health Survey among 12-year old Children in Western Kenya". Studien genomfördes på missionssjukhus i Migori och Mukumu. Vår handledare på plats var Ingegerd Gustavsson, verksam tandläkare i Kenya. Migori ligger i sydvästra delen av landet intill Tanzania. Området har den högsta HIV-prevalensen i landet, 30% av den vuxna befolkningen är smittad. Detta har fått negativa följder med många föräldralösa barn som tidigt tvingats ut i arbete för att försörja sig, eller i värsta fall hamnat på gatan, där missbruk är vanligt förekommande. De flesta barn går i skolan under de år som staten subventionerar, årskurs 1-6.

De tolv timmarnas bussresa till Migori hade börjat med att vi passerade två ihjalskjutna kroppar liggandes på motorvägen. På sjukhuset i Migori var det dock lugnare, för sjukhuset hade rånats veckan innan vår ankomst. Svenska Rotarys tandläkare och inhemsk tandvårdspersonal tog väl hand om oss. Med deras hjälp åkte vi ut till skolor i kommunen och "screenade" barn. Bemötandet från skolorna var fantastiskt och disciplinen hos eleverna var anmärkningsvärd. Vi lät 12-åringarna besvara ett formulär med frågor om kost och munhygien, med hjälp av tolk då eleverna talade Kisawahili och stamspråk. Därefter undersöktes eleverna med spegel och sond. Tandstatus registrerades. Elever med behandlingsbehov fick senare vård på kliniken inne i staden. De hämtades på skolorna av sjukhusets ambulans - en Land Rover, som i Kenya rymmer ca 30 barn. Kliniken var utrustad med en unit som fungerade bristfälligt, TIA. Huvudsakligen utfördes tre terapier: extraktion, fyllningsterapi med amalgam och supragingival scaling. I undantagsfall utfördes rotfyllning (då röntgenframkallningen inte fungerade) på kapitalstarka patienter. Behandlingen på barnen subventionerades av Rotary, de vuxna dök endast upp vid smärttillstånd. Efter två härliga

veckor i Migori fortsatte vi vårt "odontologiska korståg" norrut till Mukumu.

För oss har det varit en mycket givande resa med nya insikter om hur tand- och sjukvården bedrivs i ett afrikanskt land. Profylaktisk tandvård i Kenya är obefintlig med Sveriges mått mätt - man får vara nöjd med att få tandläkarhjälp vid smärta. Begreppet "hål i en tand" har vi nu förstått den fulla innebörden av.

Björn Elmberg och Björn Lindell,  
tandläkarstudenter T10 Umeå



Snart blivande kollegorna, Björn Elmberg och Björn Lindell, i Kenya

## Vem tar störst risk patienten eller tandläkaren? eller Berättelse om hur svårt det är att känna sig själv och veta vilka egenskaper man har när man är ny i världen.

**Eva Leksell Pedodontiavdelningen  
Karlskrona**

Anton åtta år kom på remiss till pedodontin för att exa en 04:a med ostit.

Jag: *Hej Anton! Har du en dum tand du vill ha hjälp med?*

Anton: *Den förra tandläkaren försökta dra ut den men då skrek jag så att han inte kunde.*

*Sedan hängde han sig och dog. Därför vill jag inte ha hjälp med tanden.*

Mamman: *Anton fick bedövning och det gick bra. När tandläkaren skulle ta bort tanden gjorde det ont trots bedövningen, så Anton fick penicillin och sedan remiss till specialist.*

Mamma visste inte att remitterande tandläkare hängt sig (vilket han gjort) ”små grytor kan ha stora öron”. Anton går med på att prova lustgas om jag lovar att inte ta bort tanden.

Nästa besök Anton vill inte ha lustgas eftersom han inte tyckte det var bra. Efter övertalningsförsök kan han tänka sig att prova Dormicum den här gången. Efter 20 minuter är tanden ute utan att Anton skrikit eller gråtit. Mamma och Anton går mot utgången. När Anton ska ta hissen är det dock stopp på belägg. Anton vägrar totalt. Eftersom vi befinner oss på åttonde våningen och Anton är sederad måste sköterskan hjälpa mamma och Anton ner för trapporna. Under tiden får sköterskan höra att Anton blev hissrädd när han åkte hiss med sin morfar och mormor. Morfar hade svimmat och sedan avlidit. Sedan hade mamman försökt hissträna Anton varvid hon fastnade i hissen så att Anton bara såg fötterna på henne.



Nybliven specialist

## Nybliven specialist

### Äntligen i mål!

Den 2 oktober 2008 avslutade jag min ST-utbildning i pedodonti på Tandläkarhögskolan i Umeå. Examinator var professor Göran Dahllöf. Huvudhandledare under utbildningen har varit odont dr Christina Stecksén Blicks och klinisk handledare övertandläkare John-Erik Nyman. För mig har det varit tre oerhört intressanta och utvecklande år. Det har känts fantastiskt stimulerande att få fördjupa sig i alla intressanta ämnesområden, men det har tidvis också känts väldigt jobbigt. Det sista halvåret har jag i princip bott i ”drängkammaren” (ST-tandläkarnas tjänsterum) där jag suttit framför datorn med mina patientfall, en kopp kaffe och ett rör med Treo. Mina söner har ibland tittat konstigt på mig och undrat om jag är riktigt klok.

### Bakgrund:

Min tandläkarexamen tog jag 1982 här i Umeå. Intresset för barntandvård började väldigt tidigt, egentligen redan under grundutbildningen. På termin 9 hade jag hade en liten 7-årig patient som jag skulle göra en pulpaamputation på. Jag var betydligt mer nervös än vad flickan var, vilket hon märkte. Hon frågade om jag hade gjort det här förut. När jag svarade lite undvikande tog flickan min hand och sa: ”Du ska se att det går bra i allafall”.

Efter examen jobbade jag inom Folktandvården, först i Norrbotten och sedan i Västerbotten. Vid ett par tillfällen gästspelade jag på pedodontiavdelningen på Tandläkarhögskolan i Umeå, och när det utannonserades en nationell ST-tjänst i Umeå 2005 tänkte jag: Nu eller aldrig! (med tanke på min ålder...).

### Framtid:

Jag ser fram emot nya utmaningar som pedodontist här på Tandläkarhögskolan. Det som är så fascinerande med pedodonti är att ämnet är så brett och det finns så mycket man kan göra. Klinisk handledning av studenter är ett område som jag tycker är stimulerande, naturligtvis kombinerat med eget patientarbete. Jag hoppas också på att kunna resa på konsultresor. Sedan kommer jag att arbeta vidare med mitt projektarbete inom röntgenbildtagning på barn. Till sist vill jag säga till er som funderar på att påbörja ST-utbildning i pedodonti: Tag chansen! Ni kommer inte att ångra er!

*Catarina Falk Kieri*

## **Hur går det sedan för våra narkospatienter? Uppföljning av tandbehandling under narkos utförd på barn.**

**Ulla Hallström Stalin, Centrum för specialisttandvård, Lund**  
**Helena Möller, Centrum för specialisttandvård, Helsingborg**  
**Lars Matsson, Tandvårdshögskolan, Malmö**  
**Göran Olavi, Folktandvården Skåne, Lund**

Narkostandvården utgör en stor del av pedodontins verksamhet. Den kostar också mycket pengar. År 2004 avsatte Tandvårdsnämnden 7 miljoner kronor för denna vård, utöver kostnaden för tandvårdspersonal. Det kändes angeläget att studera vad som hände med dessa patienter och hur det gick för dem i den fortsatta tandvården. Undersökningen omfattade friska barn som behandlats under narkos 2002 och 2003 vid pedodontiklinikerna i Helsingborg och Lund. 39 folktandvårdskliniker och 32 privattandläkare, som remitterat in patienterna till pedodontikliniken i Lund respektive Helsingborg, deltog i undersökningen genom att besvara ett frågeformulär. FOU-medel beviljades för studien. Projektet har godkänts av etisk prövningsnämnd.

### **Syfte**

Syftet med projektet var att studera friska patienter, som behandlats under narkos vid Specialistkliniken för barn-och ungdomstandvård/pedodonti i Lund och Helsingborg beträffande:

- Familjens gensvar vid kallelse till undersökning och patientens samarbete under de första två åren efter narkosbehandlingen.
- Kallelse till och uppföljning på hemmakliniken, riskvärdering och uppgift om patientens behandlingsbehov under samma tidsperiod.
- Patientens framtida behov av konsultation/behandling hos pedodontist så som ansvarig tandläkare uppfattar det två år efter narkosbehandling.

### **Material och metod**

Data insamlades angående 289 friska barn i åldern 4 - 14 år som behandlats under narkos vid ovannämnda pedodontikliniker under åren 2002 och 2003. Patienterna hade remitterats från allmäntandvård inom Folktandvården Skåne eller från privat tandläkare. Kriterier för att ingå i studien var följande remissorsaker: "psykologiska behandlingsproblem och/eller tandvårdsrädsla", "patologiska tillstånd i käkarna, pulpa och periradikulärt ben", "hög kariesaktivitet alternativt omfattande kariesskador". Uppgifter insamlades ur pedodontiklinikernas journaler avseende remitterande vårdgivare och klinik, remissens ankomstdatum, behandlingsdatum, antal tänder som extraherats eller lagats samt förekomst av postoperativa besvär. Från remitterande tandläkare eller, om patienten bytt vårdgivare, från ansvarig tandläkare vid studiens genomförande, insamlades data rörande stödbehandling före och uppföljning efter narkossanering, familjens gensvar vid kallelse till kliniken, patientens samarbete vid undersökning och profylax, behandlingsbehov och Kooperation till behandling samt riskbedömning och bedömning av patientens behov av ytterligare konsultation/behandling hos pedodontist i framtiden.

### **Resultat**

Data från de två klinikerna behandlades tillsammans. Patienter från olika vårdgivargrupper behandlades också tillsammans.

- Stödbehandling under väntetiden (profylax, inskolning) på hemmakliniken erbjöds 58 % av barnen. 25 % av dessa barn uteblev eller avböjde stödbehandling.
- Patienterna indelades i två grupper, 4-6 år respektive 7 - 14 år. 43 % av barnen var av utomnordisk härkomst, i den yngre åldersgruppen utgjorde denna andel 58 %. Omfattande behandling utfördes under narkosbehandlingarna, medelvärde för extraherade tänder var 5,9 och för lagningar 4,2 tänder i den yngre gruppen och 4,9 respektive 3,6 i den äldre gruppen. Postoperativa besvär av sådan omfattning att analgetika krävdes under mer än ett dygn efter behandlingen förekom hos 4 patienter totalt.

- Uppföljning på hemmakliniken inom tre månader efter narkosbehandling erbjöds 37% av barnen. Endast 11% av de barn som erbjöds tid avstod från uppföljningen. Den största andelen av barnen fick vänta längre på kontakt med hemmakliniken.
- Data från revisionsundersökning 2 år efter narkosbehandling kunde erhållas för 230 patienter. 93% av dessa samarbetade till undersökning och/eller profylax, 87 patienter (38%) hade operativt behandlingsbehov, och 14 patienter klarade ej att medverka till erforderlig behandling (6,3%). Det förelåg ingen skillnad mellan åldersgrupperna.
- Samtliga patienter har haft omfattande kariesskador. Riskbedömning vid revisionundersökning synes inte ha beaktat detta, eftersom 48% av patienterna vid första revisionundersökningen placerats i riskgrupp 1+2. Vid andra revisionstillfället var motsvarande siffra 63%. Ett fåtal tänder i munnen kvalificerar inte patienten som lågriskpatient. Livsstilen förändras inte av att barnet genomgår en tandbehandling under narkos.
- Behov av framtida konsultation/vård hos pedodontist hade bedömts för de 230 patienterna. 70% förväntades inte ha något behov av sådan konsultation eller behandling, 18% förväntades behöva specialistvård och för 12% hade ansvarig tandläkare inte tagit ställning i denna fråga.

### Konklusion

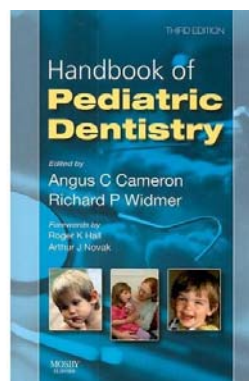
Resultaten tyder på att omhändertagande och uppföljning kan förbättras för barn som behandlats under narkos. Det har hittills inte funnits riktlinjer för denna speciella grupp av patienter. Mot bakgrund av resultaten har anvisningar för fortsatt omhändertagande för dessa patienter utarbetats.

*Ovanstående är en sammanfattning av den fullständiga rapporten*

### BOKTIPS

Handbook of Pediatric Dentistry gavs ut för första gången 1997 och i augusti i år kom den tredje upplagan ut på förlaget Mosby. Redaktörer för boken är Angus C Cameron och Richard P Widmer. Många kunniga specialister från "Australian Academy of Paediatric Dentistry" har bidragit till denna omfattande bok som riktar sig till både tandläkarstudenter, allmäntandläkare och specialister i pedodonti. Boken innehåller 13 kapitel och det mesta inom pedodonti tas upp. Ett helt kapitel handlar om karies, andra saker som tas upp är t.ex. restaurativ pedodontisk tandvård, dentala anomalier, traumabehandling och pedodontisk oral medicin och patologi. I slutet på varje kapitel finns referenser angivna och förslag på fortsatt läsning. Boken innehåller många bra kliniska bilder och även fina röntgenbilder. Jag uppskattar att boken innehåller flera bra och sammanfattande tabeller i varje kapitel samt ett appendix i slutet på boken där intressanta fakta t.ex. normala blodvärden, tillväxtkurvor, mineraliseringstider för primära och permanenta tänder finns samlat. I den här tredje upplagan har bland annat avsnittet om "behaviour management", "fluoride implementation", oral patologi och dentala anomalier utökats. Jag tycker att boken är bra! Layouten är fin, formatet är litet och boken är lätt att hitta i. Boken är skriven på ett lättansatt sätt. De fina bilderna ger värdefull information och gör denna faktsäckade bok rolig att läsa. Som ST-tandläkare i pedodonti kommer jag göra som det står i förordet och använda boken "as an essential chairside and bedside companion". Jag tycker Handbook of Pediatric Dentistry är en mycket fin bok som jag kan rekommendera varmt. Kostnaden är cirka 600kr.

Boken läst av Pamela Hasslöf



## Rapport från Nordiskt Kompetenscentermöte i Umeå

Den här gången stod Kunskapscentrum i Norr som värd för det årliga mötet. Det kom deltagare från Köpenhamn (Jette Daugaard-Jensen), från Århus (Hans Gjørup, Dorte Haubek), Oslo (Kari Storhaug, Hilde Nordgarden), Göteborg (Lotta Sjögren, Gunilla Klingberg, Marianne Bergius), Jönköping (Birgitta Bergendahl, Johanna Norderyd) samt Umeå (Christina Stecksén-Blicks, John-Erik Nyman). Några återbud decimerade skaran. Förutom detta möte, träffas vi via videokonferenser två gånger per termin. Innehållet brukar vara rapporter från de olika centra vad som pågår, fallpresentationer, något större tema.

Mötet inleddes vid 10-tiden med att Christina presenterade verksamheten vid Kunskapscentrum i Norr. Personalen består av tandhygienist på 25%, tandsköterska på 40%, samt två tandläkare på 20% vardera. De nordligaste länen omfattar 10% av Sveriges befolkning, men består av 53% av Sveriges yta. Socialstyrelsen finansierar verksamheten med 1 miljon kronor om året. En ledningsgrupp bestående av de fyra tandvårdscheferna (Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland) bestämmer inriktningen och en styrgrupp med deltagare från alla fyra landstingen fungerar som operativ ledning. Presentationen fortsatte med en beskrivning av den samlade verksamheten inom Pedodontin i Umeå. Däri inryms forskning, specialisttandvård, specialistutbildning och klinisk handledning av studenter.

Under mötets gång presenterade varje centrum pågående aktiviteter. Det som togs upp, utan speciell ordning, var bl a Raredis databas (en gemensam nordisk databas för sällsynta sjukdomar), Duchenne-projektet (registrering av bestämda parametrar på ett speciellt formulär, ex gapförmåga), Atropinstudie (dreglingsproblematik, samarbete Jönköping och Linköping), Ehlers-Danlos syndrom (kommer publikation från Göteborg), screening av patienter med Kabuki-syndromet i Stockholm, Ectodermal dysplasi – klassificeringkonferens i Charleston (Birgitta Bergendahl och Johanna Norderyd), Amelogenesis imperfecta (review från Danmark. Sven Kreiborg m fl. Ej klart ännu. Ska läggas ut på nätet), Dystrofia myotonica

(träning med munskärm - pågår ett behandlingsprojekt), ”Tuggskola” (kommer snart från Mun-H-Center).

Eftermiddagen fortsatte med att sjukgymnast Gunilla Larsson från Rett Center i Östersund berättade om motorisk utveckling vid Retts syndrom. Gunilla har under våren lagt fram en licentiatavhandling vid Umeå Universitet. Hon gjorde en utmärkt genomgång av detta gåtfulla syndrom som kan betecknas som ett utvecklingsneurologiskt funktionshinder. Det är känt sedan 1983 och ca 250 diagnostiserade fall finns i Sverige. Det är fr a flickor som drabbas, men några pojkar finns också beskrivna. Debutåldern är 5-18 månader och karaktäriseras av en regressionsfas, vilken så småningom följs av en stationär fas. Den klassiska formen som drabbar ca 2/3 kännetecknas av bl. a. följande kliniska kriterier: huvudets tillväxt avtar, handstereotypier, viss avskärmning, utvecklingsstörning, andningsstörning, tandgnissling (”tandknarr”), avvikande muskeltonus, stört sönmönster. Genetiken bakom är vanligen en mutation i MECP2-genen på den långa armen av X-kromosomen. De allra flesta fall är spontanmutationer. När patienterna blir äldre/vuxna avtar stereotypierna och även tandgnisslingen. Epilepsin blir också mindre påfallande. Alla de här patienterna har olika former av andningsstörning. De kan indelas i: forceful (kraftfull), feeble (små rörelser), apneustic (andningsuppehåll), valsalvas (pressar ut luften). Allmänt gäller att individer med Retts syndrom är känsliga för morfin och morfinliknande ämnen. Har patienterna feeble och apneustic ska stor försiktighet iaktas med andningsdämpande medel, ex diazepam. Det kan vara bättre att söva dessa.

Finalen på första dagen blev Birgittas och Johannas presentation av ”Handläggning av ärftliga tillstånd inom tandvården”. Anvisningar utarbetade vid en workshop i Jönköping i april 2008. Där betonas att uppgifter om sjukdomar i släkten bör vara en naturlig del av den allmänna anamnesen. Vid fler än 1000 ärftliga tillstånd ingår kliniska tecken från munnen. Anvisningarna finns att hämta från Odontologiska Institutionens hemsida.

Andra dagen inleddes med att dr Lasse Palmér, barnhabiliteringen i Umeå, gjorde en genomgång av muskelsjukdomar hos barn/ungdomar. Han började med Duchennes muskeldystrofi och ”light-varianten” – Beckers sjukdom. Sedan följde

en hel rad olika sjukdomar. Några definitioner:  
myosit = inflammatorisk sjukdom i muskulatur.  
Dermatomyosit = inflammation i hud och muskulatur. Myotoni = svårighet att relaxera en muskel efter en viljemässig kontraktion + långsamt toniskt svar på mekanisk eller elektrisk stimulering. En muskelsvaghet som ofta startar i ansiktet.

Efter lunchen skiljdes vi åt och nästa Nordiska centermöte kommer att äga rum i Göteborg i månadsskiftet september-oktober 2009.

Några referenser som kan vara användbara:

[www.rettcenter.se](http://www.rettcenter.se)

Gunilla Larsson, licentiatavhandling – "Motor function over time in Rett syndrome – loss, difficulties and possibilities".

[www.box.net/p/SOTA-DMD](http://www.box.net/p/SOTA-DMD)

(aktuellt vårdprogram för Duchennes muskeldystrofi).

[www.lj.se/oi](http://www.lj.se/oi)

(Odontologiska institutionen. Handläggning av ärftliga tillstånd inom tandvården).

Artikel:

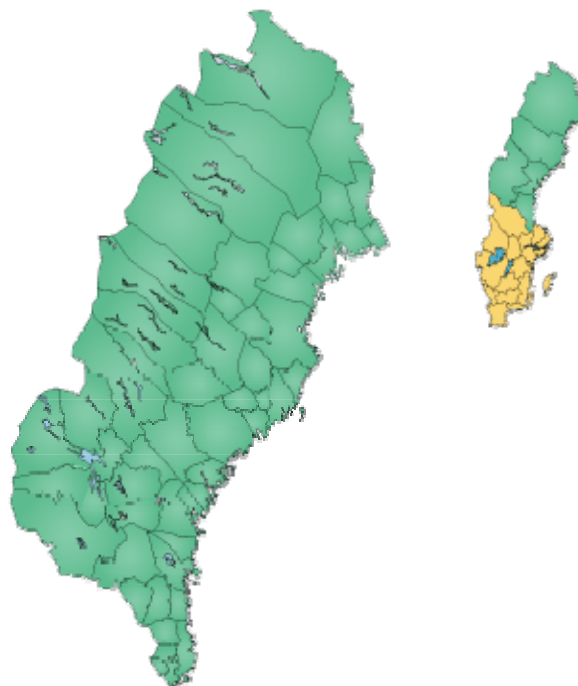
Implant Failure in Young Children with Ectodermal Dysplasia: A Retrospective Evaluation of Use and Outcome of Dental Implant Treatment in Children in Sweden.

Birgitta Bergendal, Agneta Ekman, Peter Nilsson. Int J Oral Maxillofacial Implants 2008;23:520-524.

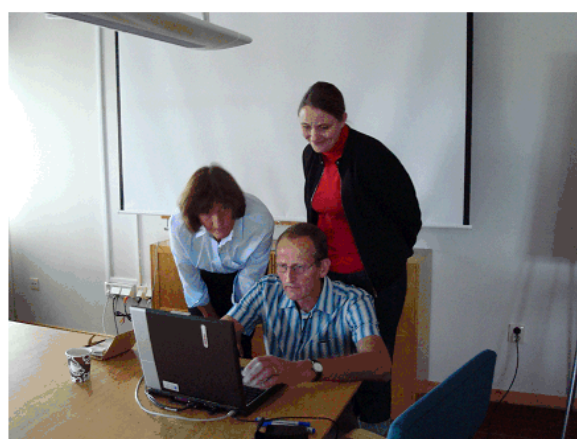
Vid pennan

John-Erik Nyman,

Umeå, Västerbotten, Norrland, Sverige



Doktor Lars Palmér



Jette Daugaard-Jensen, Hans Gjørup och Dorte Haubek

## RAPPORT FRÅN FDI

Detta var den 96:e i ordningen av ”Annual World Congress”. Senaste gången i Sverige dessförinnan var i Göteborg 1993. FDI-kongressen är som Rikstämman fast större och fler språk hörs i korridorerna, även om engelska är kongressspråket. Enligt uppgift kom många utländska deltagare, medan antalet svenska var lågt.

Lite tråkigt var, att ”Final Programme” erhöles först i samband med registreringen på kongressen. Detta gjorde att någon finplanering inte kunde göras i förhand. Temat för kongressen var ”Pioneering Prevention” och ett flertal svenska presentatörer fanns på plats.

Jag (John-Erik Nyman) började med att lyssna på ett symposium – ”*Overnutrition in the Young Patient – A Problem to Consider for the Dentists*”. Presentation inleddes av professor Claude Marcus, välkänd forskare kring barn och övervikt. Efter en period av konstant ökande antal överviktiga/feta barn, har kurvan nu planat ut – åtminstone temporärt enl professor Marcus. Orsaken/orsakerna till att detta har skett är oklart. Många är omedvetna om, hur mycket fysisk aktivitet som krävs för att förbränna kalorier. Följande exempel gavs. Hur bli av med 300 kcal? Löpning förbränner 1 kcal/kg/km. Dvs om du väger 30 kg (ungefär en 10-åring) så behöver du springa 10 km! Följande sa han också: *<3 years – don't treat my chubbiness. 80% av överviktiga och feta 6-7-åringar förblir så som vuxna.*

Gastric bypass börjar nu bli en operationsmetod även för äldre ton-åringar enligt devisen ”A stitch in time versus a life in misery”.

Professor Thomas Modéer fortsatte med att diskutera fetma som en riskfaktor för parodontit och inledde med att nämna några artiklar som beskriver parodontala förändringar i relation till BMI och midjeomfång (Saito T et al 2001, *Periodontal pockets in relation to BMI*; Al-Zharani et al 2003, *Periodontitis in relation to BMI*; Reeves et al 2006, *BW and waist circumference associated with chronic periodontitis among adolescents*). Mekanismerna bakom sambandet mellan obesitas och parodontal sjukdom är oklar. Det kan vara celladhesion, kemotaxi och fagocytos, dvs. en ökad kronisk kärinflammation. Det förekommer en ökad förekomst av pro-inflammatoriska cytokiner i tandköttsfickan hos tonåringar med

obesitas. Detta är sannolikt ett resultat av en ökad kronisk inflammation i parodontal vävnad.

Kliniskt har också påvisats ett samband mellan obesitas och ökad förekomst av patologiska tandköttsfickor. Håll gärna utsikt efter en kommande artikel i ämnet: (Modéer et al, *Periodontal disease in obese adolescents*). Professor Göran Dahllöf avslutade symposiet med att diskutera kring förändringar i matvanor hos barn och ungdomar. Dessa har varit omfattande och djupa under de senaste åren. Mat och dryck finns nu tillgängligt dygnet runt. Sammantaget med andra faktorer har detta lett till övervikt och fetma hos barn. Detta påverkar naturligtvis också förekomsten av karies och erosioner. En viktig artikel är: Vågstrand et al, *Eur J Clin Nutr* 2007; 57: 517-25 liksom Sjöberg A et al, *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 1569-78. En artikel som sammanfattar är Karlovitz et al, *Oral Health Prev Dent* 2006; 4: 137-44. En artikel av Wiegand et al, *Am J Dent* 2008; 21: 13-16 diskuterar kring emalj- och dentinförluster och tandborstning innan den erosiva attacken.

Onsdagen fortsatte för mig (John-Erik) med ett lunchföredrag av Gunnar Wetterberg som kåserade om Axel Oxenstjärna – svensk kansler på 1600-talet som enligt Gunnar Wetterberg var vår ende Europeiska statsman. Den som tidigare har lyssnats på Wetterberg's speciella berättarteknik fick nu avnjuta detta på engelska. Magnifikt! Efter denna föredragning är det inte svårt att förstå, varför vi svenskar är som vi är, med Luther ständigt svävande omkring oss.

För mig avslutades sedan onsdagen med att slinka in på en föreläsning av Allan G Farman, USA. Han pratade om ”Multi-Dimensional Imaging for Dental and Maxillofacial Practice”. Jag kom in några minuter efter han startat, så något missade jag, men han ägnade inledningsvis lång tid att beskriva sig själv, vilka tidskrifter han publicerat sig i, etc. Detta påminner mig om min tid i Saudi-Arabien då jag var på en ortodontikongress med inbjuden amerikan som huvudföreläsare. Han avslutade sin levnadsbeskrivning med att visa ett diplom från ett maratonlopp han deltagit i! Nåväl, jag hade lite svårt att hänga med i dr Farmans turer, men vid ett tillfälle pratade han om CIA, utan jag förstod sammanhanget. Icke desto mindre visade han en bildserie som inleddes med en profilbild med en molar liggande vid 1-ornas rötter med kronan buccalt och rötterna palatinalt. Nästa bild visade kofferdam applicerat runt näsan

och med några filar stickande ut ur densamma. Den projicerade molaren skulle alltså rotbehandlas. Nästa bild visade molaren rotfylld, men, det blev visst lite ”overfilling”, så avslutningsbilden visade ett par points stickande ut ur ena örat! Då drog undertecknad iväg till ett väntande tåg.

Jag, Ingrid Andersson-Wenckert, deltog i ett seminarium om Child Abuse, - Vad vet du om barnen i din praktik? – vilket inleddes av IAPD-generalen Gerald Wright. Ett svårt tema som hanterades på välavvägt sätt. På en internationell kongress är det naturligtvis extra viktigt att fundera över värderingar. Vad är övergrepp? Gerald Wright visade på en enkät som hade ställts till personer från olika nationer och där 70 % ansåg att det var OK med ”hard spanking” och 20 % att ett så kallat papoose board där barnet fjättras av ett nät eller hand-over-mouth tills barnet slutar skrika, var acceptabla tekniker för att hantera svårbehandlade barn i praktiken! Knappast något för oss i Skandinavien. Om vi här inte använder fysiskt våld öppet, så kan nog däremot emotionella övergrepp förekomma oftare och åstadkomma stora skador. Clive Friedman beskrev sedan på ett fascinerande sätt vad som händer i hjärnan vid tidiga trauma av emotionell natur, hur skador kan uppstå på Prefrontal Cortex i hjärnan och ge bestående beteendestörningar. Då kändes det nästan som en lättnad att få gå och lyssna på en föreläsning om försegling av approximalkaries med Claes Göran Emilsson och en mycket intressant professor från Colombia vid namn Stefania Martignon. Tanken är ju ytterst tilltalande, men hur gör man för att komma åt? Det gjorde man genom separerligaturer eller kilar och tunn folie, som skyddade granntanden och sedan försegling efter etsning. En 18-månaders uppföljning har nyligen publicerats med relativt goda resultat. Bäst effektivitet fick man vid försegling av angrepp till emalj-dentingränsen på individer med hög kariesrisk.

Det blir en hel del socialt på kongresser, så ock på denna. En del gamla kursare, intressanta fynd i någon dentalmonter, lite skvaller med kollegor från Sörmland och Västerbotten och helt plötsligt var det fredag och ett intressant symposium kring ”Comprehensive Dental Care for the Child Patient – From Prevention to Specialist

Paediatric Dental Care in Sweden”. Våra kollegor Christina Stecksén-Blicks, Margaret Grindefjord och Christer Ullbro redogjorde för den svenska modellen. Christina inledde med att tala om kariesepidemiologi, riskfaktorer och riskindikatorer samt prevention. Margaret fortsatte med behandling av kariessjukdomen i olika åldrar, samt kvalitetsfaktorer. Christer avslutade med att tala om den specialiserade barntandvården. Trevliga presentationer som väl speglade den svenska barn- och ungdomstandvården av idag.

Vid pennorna:  
Ingrid Andersson-Wenckert  
John-Erik Nyman



---

## Karies och bakgrundsfaktorer hos 4-åriga barn i Umeå under 40 år

Den orala hälsan i förskoleåldern har en stor betydelse för den framtida orala hälsan. Därför är periodiska och välkontrollerade studier av oral hälsa och dess bakgrundsfaktorer viktiga underlag för vilka mål tandvårdens förebyggande arbete ska riktas mot då bakgrundsfaktorerna kan variera från en tid till en annan beroende på livsstilsförändringar.

I Umeå har en serie tvärsnittsstudier av karies och bakgrundsfaktorer insamlats med samma metoder och kriterier under 40 år; 1976-2007. Det som gör serien unik är att karies registrerats med samma kriterier och metoder och samma enkäter har använts. Uppgifter om karies, tandborstningsvanor, fluoranvändning och kostvanor finns beskrivna från 1967, 1971, 1976, 1980, 1987, 1992, 1997, 2002 och 2007.

Resultaten från den senaste studien finns att läsa i: **Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children – a 40-year perspective.** *International Journal of Paediatric Dentistry* 2008; 18: 317–324.



## Rapport från Barntandvårdsdagar 4 – 5 september 2008

De 15:e barntandvårdsdagarna gick av stapeln i det gamla Slagthuset i Malmö (väl renoverat, förstås, och det var man ju tacksam för). Solen sken och en riktigt typisk Malmövind blåste. Utanför Slagthuset vred sig Turning Torso mot skyn och studenter från alla världens hörn strömmade mot Malmö Högskola ute i det gamla hamn/varvsområdet. Jag, som vuxit upp i Malmö kände hur det fanns en ny, häftigare puls och framtidstro i min gamla stad, även om regionen naturligtvis har många problem att brottas med. ”Kost, som berör. Beteende – näring - njutning” var temat den här gången. Tanken var att knyta samman kost och dess betydelse för oral hälsa med den viktiga folkhälsoaspekten. Varför äter vi som vi gör, och vad får det för effekter?

Är du vaken, Lars? sjöng Berga skolas musikklass bland annat. Med tandvårdschef Helena Ozolins-Carlson som moderator inledde Gunilla Klingberg den första dagen med att påminna om FN:s Barnkonvention, som undertecknats av Sverige. Vi måste låta principen om barnets bästa bilda bas för vår verksamhet, måste arbeta för allas rätt till en god tandhälsa.

Karin Sharma gav sedan lysande exempel på kulturella skillnader, på hur lätt vi missförstår varandra för att vi uttrycker oss olika i olika delar av världen. ”Kultur handlar om att ta hänsyn”, men det svenska sättet att se framtiden som en väg framåt, där tiden avgörs av visarna på klockan (Punktlighet är en dygd!) kolliderar lätt med andra kulturers syn på tid. Är framtiden kanske istället kanske något som finns bakom pannan på varje individ, eller finns ingen framtid? Är nuet det enda väsentliga? Om vi vill kunna kommunicera med och påverka individer från andra kulturer ska vi ta till oss Karin Sharmas slutord ”Förståelse är halva boten”.

Genom Charlotte Erlanson-Albertsson fick vi sedan veta vad det är som gör att vi vill ha socker, och hur vi ibland kan komma så långt som till ett äkta beroende. När vi äter socker får vi frisättning inte bara av stressbefriande endocannabinoider. Kroppens belöningssystem dopamin styr oss mot att vi ”vill ha” och ger oss

smak för det söta. Kroppen svarar på syntetiska sötningsmedel på detta sätt, men man får också en insulinfrisättning, som ökar på sockersuget och förvirrar kroppen.

Vill man minska sockersuget ska man därför undvika syntetiska sötningsmedel, minska exponeringen för sött och gärna äta zink- och krominnehållande grönsaker, som tomater och gröna blad (sic!).

Peter Lingström föreläste sedan om ”Kost och tandhälsa – inte bara socker”. Det är inte brist på fluor som ger karies. Det är brist på balans i munhålan, mellan angrepp och försvar. Alltför ofta använder vi oss av en ”down-stream approach”, det vill säga vi attackerar symptomen istället för att söka orsakerna till karies.

Kostens roll är mera oklar nu, eftersom eventuella kariogena effekter kan maskeras av fluorens skyddande effekt. Olika födoämnen har olika kariogen effekt, men det är framför allt frekvensen som är avgörande. Vill vi göra en kostanalys ska vi ställa de eviga frågorna: Vad, hur ofta, när, hur, var och varför?

Eftermiddagen avslutades av Ann-Katrin Johansson och Carl-Fredrik Arnelund, som på kunnigt och medryckande sätt beskrev dentala erosioners etiologi, diagnos och terapi. Erosioner är vanligare än man tror, och särskilt unga pojkar, som ersätter mjölk med stora mängder läsk varje dag, är utsatta. Studiemodeller och eventuellt foto hjälper oss att dokumentera och bedöma progression.

För att behandla måste man försöka komma åt grundorsaken – ha en ”up-stream approach”. En patient som förnekar problemet och är i en aktiv erosiv period ska ha minimal behandling. Man kan temporärt använda sig av flytande komposit, man kan använda mjukplastskenor med fluorgel för att komma åt ilningar. När det sedan är dags för mer permanent terapi, är det viktigt att normal betthöjd återställs först, ofta kan då en betthöjning göras med en så kallad Dahlskena.

Inspirerade och uppfyllda av alla kunskaper fick vi sedan njuta av god mat och ”En riktig jävla krogshow” med sång och välblandad humor av tre Skånetöser.

Svante Twetman inledde sedan fredagens program med att på sitt medryckande sätt beskriva vad man vet om probiotika, dess effekter i munhålan och i övriga kroppen. Det var fascinerande att tänka på

hur man troligen kan påverka och få bestående positiv effekt på vilka bakterier som koloniserar munhålan, om man bara börjar tidigt (<1år). Har man blivit äldre och vill ha positiv effekt på hela mag-tarmkanalen får man räkna med att inta probiotiska födoämnen regelbundet. Troligen är det en fördel med sådana som innehåller 2-3 olika bakteriestammar. Vi ska arbeta med naturen, inte mot den.

Sist av alla odontologiska ämnen talade Pernilla Lif-Holgerson om Xylitol. Är det naturligt sött och nyttigt? Att det är naturligt är klart. Det är en sockeralkohol som extraheras bland annat ur björkflis, men det är också en kroppsegen substans, en intermediär produkt i glukosmetabolismen. In vitro har Xylitol tydlig effekt på S.mutans. In vivo finns det ännu inte tillräcklig evidens för förmågan att hämma karies.

Användningsområden såg Pernilla främst som komplement till fluorbehandling, till mammor med mycket karies, till riskpatienter, gärna i tuggummiform för samtidig salivstimulering.

”Vågen” gick genom aulan när vi på morgonen fick veta att det var Boris Möller, som skulle vara vår avslutande kock. Han var också oerhört professionell och höll oss trollebundna med diskussioner om vad det är som gör mat attraktiv.

**SMAK, KONSISTENS, FORM och FÄRG!** fick avsluta Barntandvårdsgårdarna 2008

Vill ni veta mer, gå in på Pedodontiföreningens hemsida, [www.spf.nu](http://www.spf.nu), där några av föreläsningarna är utlagda.

Vid pennan  
Ingrid Andersson-Wenckert

Istid vid havet



Stipendiater på Barntandvårdsgårdarna:



Från vänster:

Tobias Fagrell, Mölndal fick Svenska Pedodontiföreningens Rese och forskningsstipendium; **Effect of ozone on cariogenic microorganisms in oral biofilm – an in vivo study**

Danijela Toft Malmö Stiftelsen Barntandvårdsgårdars Stipendium för forskning och utveckling: **Förskolebarns acceptans för dentalröntgen – en jämförelse mellan digital och analog teknik**

Anna-Lena Sundell, Jönköping MEDA resestipendium 2008 Forskningsrapport: **Profylax 90 – vad hände sedan IAPD Munchen 2008 och slutligen**

Susanne Brogårdh-Roth, Malmö som fick Arvid Syrrist Rese och forskningsstipendium **För tidigt födda barn - kartläggning av risker för oral hälsa, dentala trauma och MIH**

Odontologiska Utbildningsenheten, Örebro  
inbjuder till

**ODONTOLOGISKA TEMADAGAR**

Tema: Den hälsoekonomiska ekvationen i  
specialisttandvården

*Politik - Tandvårdsledning - Profession -  
Etik*

**Torsdag den 5 februari kl 09.00 – 17.00**

**Fredag den 6 februari kl 08.30 – 13.30**

**Plats:** City Konferenscenter, Klostergatan  
23, Örebro

[www.citykonferenscenter.com](http://www.citykonferenscenter.com)

## Rapporter från sektionerna

### Rapport från Östra sektionen, november 2008

Hösten inleddes med examination av två nya pedodontister på Eastman. Andreas Dahlander och Joakim Andersson vilka på ett lysande sätt framförde sina examensföreläsningar. Joakim och Andreas kommer huvudsakligen att arbeta på tre ytterkliniker som hör till Eastman pedodonti. Joakim på Eastman Handen och Andreas på Eastman Södertälje samt Eastman Sollentuna.

Den 23:e oktober ordnade ÖSP en kurs med rubriken "När, hur och varför ska vi behandla primära tänder".

Föreläsare var Margaret Grindefjord och Ingrid Andersson-Wenckert. Intresset var mycket stort med närmare 60 st tandläkare från olika allmäntandvårdskliniker i Stockholm. Även Nyköping, Eskilstuna samt Katrineholm var representerade. Föreläsningarna var mycket uppskattade då detta är ett angeläget ämne som vi alla brottas med i vardagen.

Närmast kommer styrelsen att planera inför årsmötet i februari nästa år.

Ösp styrelse önskar alla en God Jul!

Stockholm 2008-11-11  
Lena Permert, ordförande

### Rapport från Södra sektionen

Dagarna blir allt kortare och det börjar bli kallare även i Södra Sverige. 2008 lider mot sitt slut.

Vissa förändringar har skett inom pedodontiverksamheten i Skåne, den mest betydelsefulla är att pedodontikliniken i Trelleborg har stängt och tjänsterna överförts till specialistkliniken i Malmö. Det finns inga långa avstånd i Skåne, men självklart blir tillgängligheten sämre för våra patienter och samarbetet med allmäntandvården mindre.

SSP har haft ett styrelsemöte och ett allmänt möte under hösten. Det allmänna mötet var välbesökt och vi hade bjudit in såväl medicinsk som odontologisk sakkunskap avseende sedering inom barn- och ungdomstandvården. Det är ett angeläget och intressant ämnesområde att debattera. Lustgasen är på väg ut inom narkosvården, vad kommer att hända inom

tandvården? Ligger vi rätt i våra rekommendationer när det gäller användningen av bensodiazepiner? En studie av Birgitte Udlum, Anna-Lena Hallonsten och Sven Poulsen, Midazolam conscious sedation in a large Danish municipal dental service for children and adolescents, publicerad i International Journal of Pediatric Dentistry 2008; 18: 256-261, ger en bra sammanfattning av var vi idag står i denna fråga. Mötet kunde inte enas i alla delar, så diskussionen fortsätter.

Gott Nytt År  
Berit Söderholm, ordf i SSP

### Rapport från Norra sektionen

I Umeå har, som nämnts på annat ställe, Catarina Kieri examinerats som ny pedodontist. Samtidigt har 2 nya ST anställts. För övrigt har arbetet med Barntandläkarbladet tagit nästan all vår energi!!

Vackra bilder från sommarens Dubrovnik –läs rapporterna!



## ST-tandläkare i Umeå X 3

**Namn:** Anne Hultgren Talvilahti

**Ålder:** 36 år

**Familj:** Gift med Jani (ST i käkkirurgi Umeå) och tre barn; 1, 4 och 7 år gamla.

**Bor:** Ett stenkast från jobbet med en fantastisk utsikt med solnedgång över Ume älv!

**Grundutbildningort:** Stockholm, var färdig januari 1997.

**Typ av ST-tjänst:** Nationell.

**Hur långt kommen i ST-utbildningen:** Började i april 2006, men eftersom yngsta dottern föddes en bit in i utbildningen är jag färdig till sommaren 2010...

**Kliniskt specialintresse:** Har alltid varit intresserad av patienternas subjektiva upplevelse av tandläkarbesöken. De kroniskt sjuka barnen känns som en mycket angelägen patientgrupp, men det mesta inom pedodontin är mycket intressant.

**Därför vill jag bli pedodontist:** Mitt intresse föddes i Huddinge när jag på grundutbildningen hade min första 3-åring på undersökning. Pojken hade redan före besöket bestämt sig för att INTE gapa. Anamnes togs upp i korridoren, pojken krälade under ett bord. Han blev snabbt nyfiken på vad som fanns inne i behandlingsrummet – och förvånad när han var färdig!

**Aktuella projekt:** Har översatt och validerat ett enkätformulär gällande barns munhälsa-relaterade livskvalitet.

**Fritidsintressen:** Familjen är mycket utomhus, året om. Skidåkning, cykelutflykter och svamplockning är härligt. Sent på kvällarna brukar jag ibland smita iväg och spela innebandy med ett gäng glada tjejer...

**Mailadress:** [anhu0009@student.umu.se](mailto:anhu0009@student.umu.se)



**Namn:** Pernilla Lif Holgerson

**Ålder:** 36 år

**Familj:** Ja! Gift med Mats. Två barn Oscar (10 år) och Filip (6 år). Sedan får man inte glömma Svante, vår vilda hamster som håller oss vaken om nätterna...

**Bor:** I Sävar, ca 2 mil norr om Umeå.

**Grundutbildningsort:** Umeå

**Typ av ST-tjänst:** Nationell.

**Hur långt kommen i ST-utbildningen:** Är alldeles grön!

**Kliniskt specialintresse:** måste återkomma senare...

**Därför vill jag bli pedodontist:** Har alltid velat arbeta med barn. Tycker att man ibland ser förbi barnen och de känslor och rädslor de kan ha för oss (tandläkare). Att bli/vara pedodontist ser jag som utmanande, utvecklande och inspirerande!

**Aktuella projekt:** Jag disputerade 2007 i ämnet Pedodonti, gick under namnet "tuggummitanten" hos mina försöksdeltagare dvs. jag gjorde kliniska interventionsstudier med olika xylitolprodukter, i huvudsak tuggummi. Nu är jag projektledare i en mamma-barn studie där vi på olika sätt undersöker transmissionen av mutans, amningens påverkan på kolonisationen av mutans m.m. Jag handleder även tandläkarstudenter i examensarbeten.

**Fritidsintressen:** Barnens aktiviteter (fotboll, ishockey, handboll), fotbollstränare, träna själv (spinning, gympa, etc), på vintern skoter, åka skidor. Läs böcker. Allt som man måste när man har hus, tomt, bilar, potatisland, husvagn, mopeder...

**Mailadress:** [pernilla.lif@odont.umu.se](mailto:pernilla.lif@odont.umu.se)



Namn: Pamela Hasslöf

**Ålder:** 30 år

**Familj:** Sambo med Anders, vår dotter 1 år och hunden Brutus.

**Bor:** I Umeå.

**Grundutbildningsort:** Umeå

**Typ av ST-tjänst:** "Forsknings-ST" dvs halvtid ST och halvtid doktorand, en kombinationstjänst om tar 6 år.

**Hur långt kommen i ST-utbildningen:** Började mars 2007, men har inte kommit så långt eftersom jag har varit föräldraledig i drygt ett år.

**Kliniskt specialintresse:** Inget speciellt ännu, vi får se vad det mognar fram till.

**Därför vill jag bli pedodontist:** Jag tycker att det är fantastiskt kul och en stor utmaning att arbeta med barn och ungdomar!

**Aktuella projekt:** Jag går doktorandutbildning parallellt med min ST-utbildning. Forskningsprojektet handlar om probiotiska bakterier och oral hälsa hos förskolebarn. Vi undersöker de probiotiska bakteriernas egenskaper i labbet, t.ex. deras förmåga att hämma mutans. Vi tittar även på hur de påverkar bakteriefloran och kariesrisken hos förskolebarn genom kliniska interventionsstudier.

**Fritidsintressen:** Träna t.ex. bodypump och spinning. Tycker om att vara ute i naturen t.ex. vandra i fjällen och segla på Västkusten, åka skidor och skoter. Eftersom vi precis blivit radhusägare tycker jag just nu att det är väldigt kul att besöka inredningsaffärer.

**Mailadress:** [pamela.hasslof@odont.umu.se](mailto:pamela.hasslof@odont.umu.se)



## Reseberättelser från EAPD i Dubrovnik

Här följer inte mindre än TVÅ reseberättelser från EAPD-kongressen i maj/juni i år. En rapport kommer från Judit Hansson, Odontologen i Göteborg och ytterligare en från Anne Talvilahti Hultgren, ST-tandläkare i Umeå. Håll till godo.

### I

Efter min specialistexamen 2006 erhöll jag Stiftelsen Barntandvårdsdagens stipendium för nyblivna specialister i pedodonti.

Stipendiet har jag använt till att åka till EAPD kongressen i Dubrovnik.

Jag hade bestämt mig för att söka ett privat boende nära kongresshotellet. Efter en stunds sökande på nätet hittade jag det. Ett hus där det fanns två rum och en lägenhet att hyra och som låg ca 50 m från kongresshotellet. Och som om inte det var nog, det fanns även en tandläkarmottagning i huset.

Värdinnans dotter, Zana är tandläkare och hon har sin privatpraktik i huset. Jag besökte Zanas praktik som är mycket liten men modern och välutrustad. Hon behandlar både barn och vuxna patienter.

I Kroatien är det fri tandvård för barn och ungdomar upp till 18 år. För de vuxna finns två olika betalningssystem. Om patienten önskar kan hon registrera sig i något som liknar vår Försäkringskassa. Tandvården är då kostnadsfri för patienten och tandläkaren får en mindre ersättning från försäkringskassan. Enligt Zana blir vården därefter. Det andra systemet är att patienten betalar 100% av tandvårdskostnaden.

Kongressen bjöd på många intressanta föreläsningar.

Första dagens symposium handlade om laser inom barntandvården.

På andra dagens förmiddag var temat: Towards painless paediatric dentistry.

Jaap Veerkamp talade om stegvis inskolning och vikten av att lyckas redan vid första steget. Lyckas man där är chansen större att man lyckas även med kommande steg. "The first cut is the deepest."

Han tog också upp att obehandlad eller felbehandlad smärta hos nyfödda kan orsaka högre smärtekänslighet och ökad smärteaktion i framtiden. John Meehan från England talade om

injektion och injektionsteknik. Han betonade vikten av långsam injektionsteknik. Under eftermiddagen kunde vi höra om pedodonti förr, nu. Här hade Göran Kock en intressant föreläsning om pedodontin i Sverige. Tredje dagens tema var trauma. Jens Andreasen talade om en traumadatabas och en kommande trauma guide. Mycket spännande och intressant. Temat för sista dagens symposium var: Restorative materials for the medically compromised child. En av föreläsarna här var Göran Dahllöf.

Efter kongressen hade jag förstås också lite tid över till några utflykter, bl.a. till den vackra ön Mljet som är en nationalpark och ligger drygt en timmes båtfärd från Dubrovnik. Jag hann också se den gamla stadsdelen av Dubrovnik och promenera på den nära 2 km långa stadsmuren i högsommarvärmen.



Judit Hansson, Göteborg

## II

EAPD i Dubrovnik 29 maj - 1 juni 2008

Efter att haft ett antal mornar med 5 grader varmt i Umeå, kändes det härligt att flyga till Dubrovnik! Som rese-sällskap hade jag hela familjen; mannen Jani och barnen 1, 4, och 7 år gamla. På Arlanda var vi flera ST, doktorander och pedodontister som valt samma flyg vidare till Kroatien, bl. a. Gunilla Pousette-Lundgren, Linda Rosén, Pernilla Lif Holgerson och Christina Stecksén-Blicks

När planet landade strömmade den varma medelhavsvärmen emot oss! På väg mot hotellen passerade vi Dubrovniks stadskärna snett nedanför oss, med den pittoreska hamnen och den vackra muren som omger Gamla stan. Dubrovnik grundades under den första halvan av 600-talet dels av en grupp flyktingar från Epidaurus och dels av slaver. De två grupperna bosatte sig på varsin sida av en kanal. På 1100-

talet fylldes denna kanal igen och sedan dess har de två olika bosättningarna varit förenade i Dubrovnik. I och med det byggdes muren runt Dubrovnik som skydd mot bl.a. araber, serber, makedonier och venetianer. Denna mur, som är ca 4 km lång och på sina ställen 6 meter hög, står kvar än idag som ett kärt turistmål då man kan vandra runt och se ner i Dubrovnik, och ut mot det öppna havet...

Att staden haft god ekonomi visar sig i den fantastiska stenläggningen med marmor i hela Gamla stan. Detta är en fröjd för familjer med barnvagn. Under 1990-talet drabbades Dubrovnik av Balkankriget vilket fortfarande visar sig i form av kulhål i husfasaderna.

Efter att ha hittat till hotellet tog familjen ett välbehövligt bad och vi njöt av att inta middagen med utsikt över vattnet.

Dagen efter vi ankommit startade pre-congress på Hotel Rixos Libertas, med Dubrovniks bästa utsikt över havet. Efter registreringen gick en del av Umeådeltagarna (jag, Cristina Stecksén-Blicks och Linda Rosén) ut för att under några timmar utforska staden.

Luc Martens tog en resumé från ”extension for prevention” till ”filling without drilling” vilket inledde dagen om laser i tandbehandling. Att kunna avlägsna hårdvävnad, att minska behovet av lokalanestetika i kombination med att få en uppruggad steril yta nämnde han som laserns främsta fördelar. Men han nämnde även den stora investeringskostnaden, att behandlingen kunde bli tidskrävande och att det tog relativt lång tid att lära sig tekniken.

På torsdagskvällen var vi många som minglade runt på hotellets terrass...

På fredagen välkomnades kongressdeltagarna med folkdräkter och lokala delikatesser.

Öppningsceremonin började med att Kroatiens nationalsång sjöngs av barnkör. Kongressens ordförande Ilija Skrinjaric välkomnade alla deltagare till EAPD, och nämnde Dubrovnik som världsarv.

EAPDs president Richard Weibury frågade ”Do we neglect the dentily neglected? Han tog upp hur barn mår internationellt och alla vi svenska barn tandläkare kunde sträcka på oss då Sverige på denna lista kom på andra plats, efter Tyskland. Första symposiet ”Towards painless paediatric dentistry” hölls av Jaap Veerkamp, Benjamin Peretz och John G Mehan. Där nämndes stegvis inläring, att tidig smärtsam behandling kan ge en större smärtkänslighet flera år efter. Skattning av

barns smärtupplevelse under tandbehandling gavs konklusionen: tandläkare undervärderar smärtan medan föräldrar övervärderar den samma. Därefter föreläsning om hur man hanterar barns beteende under injektion; att ha en lugn och förtroendeingivande miljö, använda vissa distraktionsmoment, avslappningsövningar etc.. Det nämndes att man skulle aspirera under injektion, ha rumstempererade ampuller och alltid använda nya kanyler -vilket visar att vi var på en internationell arena... Långsam injektion poängterades, vilket var mindre smärftullt för patienten och gav bättre tillslag på anestesin. Till lunch inbjöds ST-tandläkare och doktorander att äta lunch på terrassen för att utveckla internationella nätverk; kollegor från Danmark och Frankrike satt vid bordet. Intressant att utbyta erfarenheter och idéer! Eftermiddagen ägnades åt "Paediatric dentistry in Europe: past, present and future". Martin Curzon tog en historisk tillbakablick till när barnen överhuvudtaget började nämnas i dokument eller började avbildas på målningar. Göran Koch redogjorde hur den svenska barntandvården varit upplagd de senaste femtio åren. Sverige ligger bra till! Luc Martens diskuterade olikheter i utbildningar, vilka olika möjligheter som fanns i framtiden och Constantine Oulis diskuterade pedodontin som specialitet. På lördagen startades symposiet "Dental injuries in children: prevention and treatment" av Jens O Andreasen. Dynamisk gick han igenom basalt, vad händer vid traumat, vad skall vi åtgärda, hur gör vi det? Vilken läkning kan vi förvänta oss? Många sidors anteckningar blev det när han gav forskningsresultat från "mount Evidence". Martin Hope och Monty S Duggal nämnde bl.a. plastisk guttaperka och att MTA behöver längre stelningstid än fabrikanten anger. Lördag kväll var vissa deltagare på "Gala dinner" och fick, enligt ryktet, inte varmrätten förrän vid midnatt.. Ni som var där fick uppleva det! Jag var ute med familjen och åt en bläckfiskrisotto som mest såg ut som motorolja utblandat med ris. Men restaurangen var trevlig, personalen vänlig och utsikten över hamnen i Dubrovnik magnifik! Symposiet "Restorative materials for the medically compromised child" söndag morgon inleddes av Göran Dahllöf som tog upp den ökande andelen kroniskt sjuka barn, att dessa barn ofta ser tandläkare mindre ofta trots större behov. Elektrisk tandborste ger mindre plack

enligt Cochrane-studie (Robinson et al 2005). Med riktig riskbedömning, fungerande plackkontroll och en rimlig kost kan många av dessa barn förbli friska i munnen. Luc Marks diskuterade vilka fyllningsmaterial vi skall använda på våra sjuka barn; amalgam har bäst långtidsprognos, men de flesta ocklusala fyllningar håller relativt bra. Vid klass II fyllningar kan stålkoronor och kompositer vara att föredra men kompositer kan fungera bra i approximala fyllningar vid god Kooperation. Nämnde även att fluoravgivning initialt kan öka vid mycket högt intag av läsk för att inom 14 dagar avta. George Eliades diskuterade senare huruvida amalgam fortfarande var ett aktuellt material i pedodontin.

Under kongressen var det många posters som redovisades, och många "Oral sessions" med 15 minuter långa föreläsningar. Intressant sätt att uppdatera sig om vad som händer inom pedodontin internationellt. Under söndagen troppade deltagarna av successivt, jag åkte till hotellet där familjen väntade efter soliga dagar på stranden. Dubrovnik är en härlig stad att besöka, med kulturella inslag, härlig atmosfär och välordnat för svenska småbarnsföräldrar som gillar bilbarnstolar, cykelhjälmor och drickbart kranvatten...

Under resan inleddes även en pilotstudie huruvida MIH orsakas av utbrott av vattkoppor i åldrarna 1-4 år. Sonen kom knappt på planet hem p.g.a. sina prickar och tjejerna blev prickiga som tuppar lagom till midsommar! Återkommer om några år med case report!

Från Anne Hultgren Talvilahti, Umeå



Mingel i Dubrovnik

## VIKTIGT UNDER 2009



Välkommen till  
Svenska Pedodontiföreningens

*VÅRMÖTE 2009*

*Kurstema: SMÄRTA*

torsdagen och fredagen den 2 - 3 april

Plats:

Nordens Ark

Åby säteri

Hunnebostrand

Tel +523-79590



Barntandvårdsdagarna 2009  
Uppsala den 24-25 september.

Tema:

**Vanliga ovanligheter i barn- och ungdomstandvården**  
emaljavvikelser, MIH,  
akutomhändertagande av trauma,  
digital röntgen och diagnostik.

