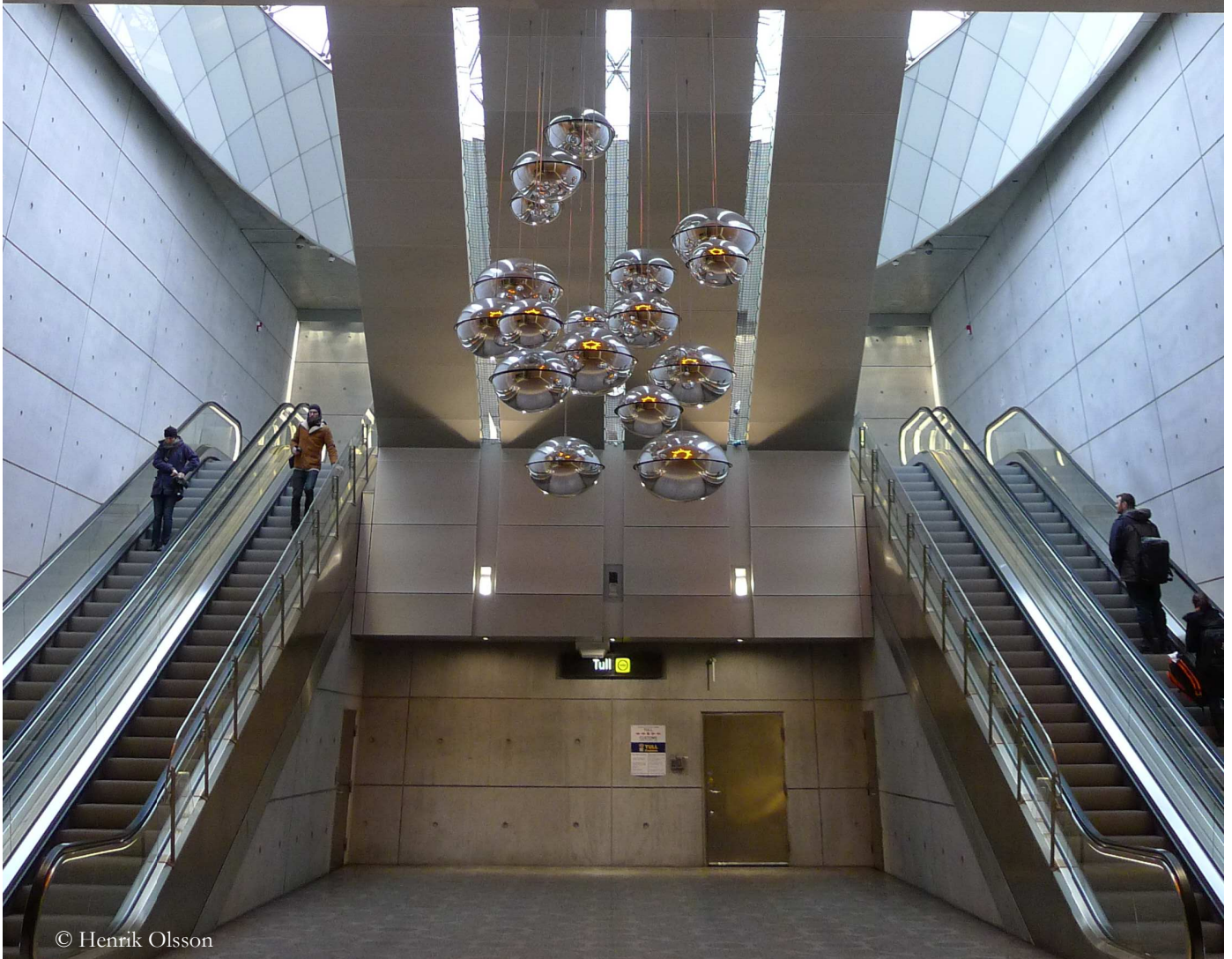




Barntandläkarbladet

Svenska pedodontiföreningens medlemsblad

Nummer 1—2013/Årgång 26



© Henrik Olsson



Svenska Pedodontiföreningen 2013

Styrelsen

Ordf. Christer Ullbro
Skr. Tita Mensah
Kassör Catarina Falk-Kieri
Ledam. Margaret Grindefjord
Susanne Brogårdh-Roth
Gunilla Klingberg
Georgios Tsilingaridis

Norra sektionen

Ordf. Catarina Falk-Kieri
Skr. John-Erik Nyman
Kassör Carin Pilebro
Ledam. Anna-Lena Erlandsson
Ann Hultgren Talvilahti

Södra sektionen

Ordf. Margareta Borgström
Skr. Elisabeth Lager
Kassör Gunilla Magnusson
Ledam. Åsa Hasselblad Larsson
Henrik Olsson

Västra sektionen

Ordf. Britta Sillén
Skr. Marianne Rythén
Kassör Britt Alander
Ledam. Johanna Norderyd
Nina Sabel

Östra sektionen

Ordf. Maria Reventlid
Skr. Andreas Dahlander
Kassör Monica Barr Agholme
Ledam. Sofie Hübel
Mia-Mariana Penttinen

Innehåll

Sid 3	På gång
Sid 3	Från redaktionen
Sid 4	Ordförande har ordet
Sid 6	Anna-Lena Hallonsten
Sid 9	Rapport från sektionerna
Sid 9	Presentation ST-tandläkare
Sid 10	Från pedodontist till TePe-specialist
Sid 11	Rapport från sektionerna
Sid 12	Vårmetet
Sid 13	Autoreferat: Oral hälsa och JIA
Sid 15	Presentation ST-tandläkare
Sid 16	Smartare än en femteklassare
Sid 18	Att verka där behovet är som störst
Sid 20	Fyrtio år med barntandvård



© Katarina Nilsson, Helsingborg

Från redaktionen

Hej!

Nu är sommaren snart här och ni har fått nummer 3 av Barntandläkarbladet i er hand. Många av oss har precis varit på ett mycket intressant och välorganiserat vårmöte på Lejonaldals slott i en vacker miljö och med ett härligt väder. Det är alltid lika kul att träffa kollegor från hela Sverige och om man har möjlighet kan jag varmt rekommendera dessa träffar.

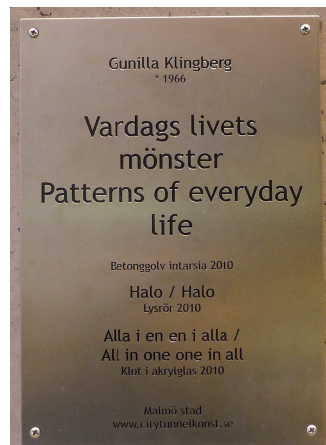
Omslagsbilden på detta nummer visar utsmyckningarna på station Triangeln, Citytunneln i Malmö. Konstnären bakom detta heter Gunilla Klingberg och är en svensk bildkonstnär född i Stockholm. Den ornamentala utsmyckningen på golvet kallar hon ”Vardags livets mönster” och de dekorativa övervakningskloten för ”Alla i en en i alla”. Halon i taket är urladdningsrör formade som en stor sol. När ni tittar på omslagsbilden kan ni tänka er hur vår nya professor i pedodonti vid Tandvårdshögskolan kommer farande uppför rulltrappan mot ingången till sin arbetsplats på Smedjegatan. Vi är så glada för att Gunilla Klingberg har börjat hos oss i Malmö och det känns som ett spännande sammanträffande att hennes namn har smyckat just denna uppgång.

I detta nummer har vi två artiklar vilka handlar om två pedodontister, som har betytt mycket för svensk barn tandvård. Intervjun med Anna-Lena Hallonsten är en spännande tillbakablick hur bl.a lustgasen kom in i vår behandlingsarsenal. När Lars Matsson tillträdde sin tjänst i Malmö skrev han i Barntandläkarbladet om ”Tankar i huvudet på en ny professor” och nu när han övergår till professor emeritus tyckte vi det var spännande att sluta cirkeln. Utan att vi pratat med Lars hade vi planerat in en artikel om Rosengårdsmodellen – Hur ser den ut idag?

Därför föreslår vi att ni först läser Lars artikel och sedan bidraget ”Att verka där behovet är störst”.

Vi tackar er alla varmt för bidragen till detta nummer och är väldigt glada för nya inslag till nästa nummer.

Varm och solig sommar önskar vi er alla från redaktionen



På gång...

2013

- 6-9 sept Third Copenhagen Trauma symposium, Köpenhamn
- 19-20 sept Barntandvårdsdagarna, Skövde
- 6-8 nov NFH's XXI Nordiska Möte och Generalförsamling, Lilleström, Norge
- 14-16 nov Riksstämman, Stockholm

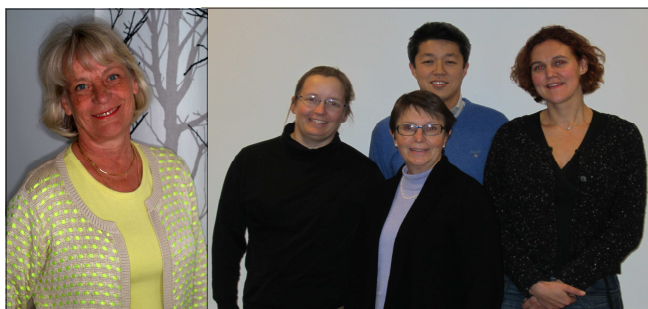
2014

- 5-8 juni EAPD, Sopot, Polen

Nästa nummer:

Bidrag till tidningen insändes till Henrik Olsson på adress henrik.olsson@mah.se. Materialet bör bifogas i mail i rtf-format eller som Word-fil. Redaktionen förbehåller sig rätten att redigera och ev korta ner insända texter.

OBS! Text och bild ska skickas som separata bilagor. Bilder bör vara i JPG-format med en upplösning på minst 300dpi.



Fr v: Margareta Borgström, Åsa Hasselblad Larsson, Gunilla Magnusson, Henrik Olsson och Elisabeth Lager

Ordförande har ordet...

Sitter på tåget från Stockholm efter vårmötets första dag på Lejondals slott. Jag kan inte låta bli att fundera på vad vårmötet betyder för oss pedodontister? Är det timmarna i föreläsningssalen eller är det alla de kontakter som knyts under pauser, luncher och middagar som betyder mest? Vikten av nya kontakter och nätverk ska inte underskattas.

Trots möjligheten till regelbunden digital kontakt via sociala medier så är behovet av att i samtal utbyta tankar och erfarenheter fortsatt stort. Inte minst av den anledningen så är det glädjande att se det stora antalet ST-tandläkare som tar aktiv del i såväl diskussioner som i sociala aktiviteter under mötet.

Under de senaste åren har också deltagandet i samseminarierna för ST-tandläkare ökat och de har nu blivit en viktig del av seminarieprogrammen i ST-utbildningen. Under hösten hoppas jag att det finns möjlighet att organisera en ST-handledarträff och att där kanske kunna samordna flera seminarier mellan utbildningsorterna för ett bättre resursutnyttjande.

Föreläsningarna under torsdagen på vårmötet var mycket matnyttiga och gav mig en hel del tankar kring det radiologiska arbete som följer med den kliniska verksamheten. Det är viktigt att vi se över våra röntgenrutiner och att vi funderar på om den information, som en utvidgad radiologisk undersökning ger, verkligen motiverar en ökad stråldos.

Utanför den speciella miljö som en kort vistelse i slottsmiljö erbjuder så

väntar en omvärld med förändrade villkor för såväl allmän som specialiserad barntandvård. Barntandvård måste få kosta! Att identifiera de patienter som löper ökad risk för att utveckla oral ohälsa eller behandlingsproblem kräver tid och kunskap och motverkas av pressade behandlingstider, men även av att barntandvård delegeras till den grad att barnen alltför sällan möter en tandläkare. Förutsättningar för att bedriva bra barntandvård varierar i våra olika landsting och det är kanske inte förvånande att även epidemiologin visar på en varierande tandhälsa. En bra barntandvård torde vara en bra utgångspunkt för, och en god investering i, en framtida god oral hälsa.



Från flera håll har jag fått frågan om jag som pedodontist är positiv till att nationella riktlinjer för barn och ungdomstandvård kommer till stånd. Det är jag mycket positiv till därför att det kommer att ange vilka krav som bör ställas på den tandvård som bedrivs i barn- och ungdomstandvården och ange den ambitionsnivå som vården

måste ha. Nationella riktlinjer kan bli den rikslikare som barn- och ungdomstandvården behöver.

Det har kommit en lagrådsremiss på den s.k. Behörighetsutredningen som inte föreslår någon förändring vad avser antalet odontologiska specialiteter eller av ST-utbildningen. Det innebär bland annat att det inte blir någon förlängd tid för ST-utbildningen. Det ligger dock ett förslag på att landstingen har skyldighet att erbjuda platser för ST-utbildning, men exakt vad detta betyder är jag frågande till. Socialstyrelsens nationella råd för specialiseringstjänstgöring ska enligt remissen utökas med kompetens även på tandvårdsområdet. Därigenom kan myndigheten få råd och hjälp i frågor som rör tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

Ett expertmöte kring 'Antibiotikabehandling av infektioner i munhålan' kommer att hållas den 10-11 september. Arrangörer är Läkemedelsverket, SMI och Tandvårds-Strama. Göran Dahllöf och under-tecknad kommer att delta för pedodontiföreningens räkning. Ett klagörande av riktlinjerna för antibiotikabehandling är önskvärt och det hoppas jag kan bli resultatet av detta möte.

Det är åter dags för en nationell verksamhetssammanställning för pedodontiklinikerna. Sammanställningen avser 2013 och det är mycket arbetsbesparande att redan nu se över de uppgifter som ska samlas in och fundera på hur du lättast kan göra det. Vissa uppgifter kan säkert de digitala journalsystemen ge, medan andra kan behöva extraheras med hjälp av it-

expertis i det egna landstinget. Jag kommer under denna månad att skicka ut det formulär som är underlag för sammanställningen. Med 30 års verksamhetsuppföljning får vi ett bra verktyg för analys av hur pedodontins verksamhet har förändrats och ett förväntat bra stöd för hur ST-utbildningen borde förändras i takt med att remissindikationer och behandlingspanorama ändras. Det ger också underlag för en diskussion om vår arbetssituation och behov av antalet tjänster i de olika landstingen.

Sammanställningen av den enkät som gjordes under våren 2012 avseende antalet pedodontister och pedodontistens uppdrag i de olika landstingen, är klar. Det framkommer – inte helt oväntat - att antalet barn per tillgänglig klinisk behandlingstimma varierar över landet. Några andra slutsatser ser jag inte att vi kan dra ur den enkäten även om innehåll och omfattning av olika pedodontiaktiviteter finns redovisade.

Pedodontiföreningens historia är nu nedskrivet och korrekturläses av några av de som är inblandade. Göran Koch och Sven-Åke Lundin har gjort ett fantastiskt jobb och det är med stort intresse som jag läst. Tanken är att alla medlemmar ska få ta del av detta med ett eget exemplar i tryck. I skrivande stund funderar jag på om inte barn-

tandvårdens historia kan vara värd att uppdatera. Stora förändringar har skett under en relativt kort period och Göran och Sven-Åke kanske är sugna på flera historiska uppdrag?

Åldersbedömningar har för många pedodontikliniker blivit en förvirrande och arbetsbelastande verksamhet. Pedodontister är väl skickade att göra åldersbedömningar vid tillväxtutredningar på yngre barn. Men, vi ska inte göra de bedömningar som migrationsverket föranstaltar när det gäller uppehållstillstånd eller andra migrationsärenden. Jag har på vår klinik ordnat det så att i de fall röntgenavdelningen får remisser på åldersbedömning i migrationsärenden så delges de patologiska fynd som kommit fram vid undersökningen till ansvarig tandläkare. Underlaget för åldersbedömningen skickas sedan till Migrationsverket som i sin tur uppmanas kontakta Rättsmedicinalverket i Solna för utlåtande.

Under flera år har vi i styrelsen kritiserat oss själva för att vi inte arbetat med vårdpolitiska frågor eller engagerat oss i debatter avseende övergripande barn- tandvårdsfrågor. Tiden och kraften har - som jag så många gånger tidigare sagt – inte räckt till mer än planering och genomförande av vårmöten och Barn- tandvårdsdagar. Ett sätt att öka kun-

skapen om effekten av olika reparativa eller förebyggande behandlingar eller av tandhälsa och tandvårdsbehov i olika grupper av barn och ungdomar är att starta nationella kvalitetsregister. Det finns framförallt inom sjukvården otaliga sådana register tillgängliga för varierande diagnoser och behandlingar. Den kunskap som de genererar ska kunna leda till en bra och säker vård och skulle kunna bli ett användbart instrument inom barn- och ungdomstandvården.

Sist, men inte minst: Jobba för att få er själva och era kollegor i allmäntandvården att åka till Barntandvårdsdagarna i Skövde. Vårmöten, stipendier och styrelsearbeten finansieras av de små men värdefulla överskott som Barntandvårdsdagarna ger. Det är därför viktigt att vi alla hjälps åt med att sprida information om dagarna i Skövde och att därigenom öka antalet deltagare. Ingen har väl kunnat undvika annonserna i Tandläkartidningen, men det är angeläget att informationen når alla i teamen. Ämnet i år är 'Barntandvård i förändring' och kommer bland annat att ha tillbakablickar på vad som hänt sedan de första Barntandvårdsdagarna 1994. Har vården utvecklats eller har de 20 åren passerat obemärkt?

Christer



Anna-Lena Hallonsten

Pedodontist, lustgaspionjär och sann humanist

Anna-Lena Hallonsten har en diger meritlista som tandläkare och inspiratör, men den kommer inte att redovisas i sin helhet här. För att nämna några saker så har hon arbetat aktivt i styrelsen för Nordisk förening för handikapptandvård, både som ordförande och som ledamot under många år, och även i International Association of Dentistry for the Handicapped. Det finns långa listor artiklar, kapitel i läroböcker som hon författat själv eller varit medförfattare till.

Alla som arbetar med pedodonti (och många andra inom odontologins värld) vet att Anna-Lena är en mycket duktig och uppskattad pedodontist – men något som inte alla vet är att hon har ett papper på att hon inte är lämplig som specialist, skrivet av en vid tiden verksam professor!

I denna artikel ser Anna-Lena Hallonsten tillbaka på vad som hänt med barn- och ungdomstandvården sedan hon började arbeta med den i början av 1970-talet.

Anna-Lenas väg till odontologin

Hon hade en faster Ella som hon såg upp till och som hon även var till utseendet lik. Faster Ellas man, Alve Wickman, var privatpraktiserande tandläkare i Klagstorp, beläget ”söder om landsvägen” i Skåne.

När Anna-Lena som liten satt hemma hos sin faster och farbror och täljde vaxgubbar av Tenax-vax hade hon ingen tanke på att bli tandläkare.

Anna-Lena var väldigt förtjust i faster Ellas docka – Lisa – som fastern haft som liten. Den sitter nu på en stol på Anna-Lenas veranda och tittar på oss medan jag intervjuar Anna-Lena.

Hon berättar att på den tiden tjänade



man bra med pengar som privatvårdsläkare. Konkurrensen från Folkstandvården var obetydlig i Klagstorp.

Faster Ella var laborant och det yrket var lockande för Anna-Lena. Hennes mamma uppmuntrade henne att läsa vidare efter studenten och det bar iväg till Göteborg och Chalmers Tekniska Högskola. Där stannade Anna-Lena några månader tills hon kom på att det var med människor hon vill arbeta, inte på ett laboratorium.

Hon började istället på Tandläkarhögskolan i Malmö, men de inledande ämnena kemi, anatomi och histologi lästes

i Lund, där hon bodde på Södra Esplanaden.

Idag har hon och Jens en lägenhet i samma hus på samma adress.

De tidiga yrkesåren

Som nybakad tandläkare, 1967, arbetade Anna-Lena några år i Eslöv och var sedan tillbaka på Tandläkarhögskolan i Malmö. Hos Arvid Syrrist var det ett härligt gäng som arbetade, berättar Anna-Lena, och hon lockades att fortsätta där, för att arbeta med barn. De som Arvid samlat runt sig var ett trivsamt gäng – och gemensamt var att de såg det lilla barnet som en växande individ, inte som en liten vuxen, och de anpassade kraven i tandvården till barnets förmåga att samarbeta och förstå.

En kollega som Anna-Lena speciellt minns från den tiden är Karin Edlund .

Sedan var Anna-Lena ett år på Eastmaninstitutet i Stockholm, där det även fanns barnläkare som höll till på bottenplanet. Ingeborg Stålhane var chef på Eastman efter Lars Granath, som hade fått en professur i Malmö. Gull Bjuggren betydde mycket som arbetskamrat för Anna-Lena under tiden i Stockholm.

Anna-Lena fortsatte till Eastmaninstitutet i Rochester, USA. Där fanns en chef, Basil Bibby, som var Anna-Lenas handledare, och förutom honom mötte hon många intressanta och fantastiska människor där.

1973 flyttade hon från Rochester till odontologen i Jönköping, där Göran Koch redan fanns.

Hon började på ortodontiavdelningen hos Hans Siwe, samtidigt som Jüri Kurolo fanns där. 1975 var hon färdigutbildad speci-



alist i pedodonti.

Samarbetet med Göran Koch hade startat och som vi vet utvecklades det under många årtionden framåt.

Även om man var en ”snäll” pedodontist ställde man stora krav på det lilla barnet i tandbehandlingssituationen på 60-talet. Krav som inte var anpassade till barnets ålder och psykiska utvecklingsnivå.

Anna-Lena var inte nöjd med det förhållningssättet, och hon, barnpsykiatrikern Ulla Rydå och tandsköterskan Rachel Berg började ge kurser om barnpatienter och deras utveckling. De undervisade om hur man anpassar vården med hänsyn till individuell utvecklingsnivå.

De första svenska lustgasanvändarna

Under 1940- och -50-talen hade många individuella ansökningar gjorts från tandläkare att självständigt få använda lustgassedering vid tandbehandling. Det ansågs inte finnas tillräcklig kunskap om allmän medicin hos tandläkarna för att säker behandling skulle kunna ges, så inga tillstånd gavs förrän tidigt 50-tal, då endast sju tandläkare fick temporära tillstånd att behandla patienter med kväveoxidul (ett äldre namn för lustgas, N₂O).

Ansvarig på Medicinalstyrelsen hade själv utbildat dessa. Däravande sakkunnig i anestesifrågor vid Medicinalstyrelsen, docent Torsten Gordh, gav efter 1955 inga ytterligare tillstånd.

I USA hade Anna-Lena fått utbildning i lustgassedering, och provat att arbeta med det. Hon hade sett vad lustgas kan erbjuda tandvårdspatienter med olika behandlingsproblematik. Tillbaka i Sverige åkte Anna-Lena till Köpenhamn för att studera hur lustgassedering fungerade där. I Köpenhamn hade detta använts inom tandvården sedan 1955. Hon togs emot av tandläkare Bette Ruth. En försöksverksamhet startades i Malmö och Jönköping, där vården utfördes på kliniken för oral kirurgi.

Ulla Schröder arbetade tillsammans med narkosläkaren Elsebeth Krantz i Malmö och i Jönköping samarbetade Anna-Lena med narkosläkaren Gudrun Helm. Initialt tyckte Gudrun att Anna-

Lena var för ung och oerfaren, berättar Anna-Lena. Göran Koch hade dock god kontakt med Gudrun sedan sin tid som privatpraktiker i Malmö, där hon sövt Görans patienter, och han påverkade Gudrun i positiv riktning. Gudrun var också mycket imponerad av professor Bertil Löfström, som drev arbetet framåt, kanske delvis för att han ville sätta Linköping på kartan där det fanns ett nytt universitet.

Lustgasen - ökad acceptans och spridning

På ett pedodonti-möte i Ronneby presenterade Göran, Gudrun och Anna-Lena resultat från försöksverksamheten, och det blev ett positivt mottagande. Resultaten var mycket lovande och goda och de redovisades även i en artikel i tandläkartidningen 1976 (Hallonsten, Helm, Koch, Krantz, Schröder).

Alla involverade ville gå vidare och söka få godkännande för att använda lustgassedering inom tandvården.

Enligt Anna-Lena var den dittills allmänna synen på lustgas inom tandvården att den inte behövdes utan man kunde använda makt i stället, dvs att hålla patienten.

Behovet av sedering var dock stort, speciellt hos barn och funktionsnedsatta. Professor Bertil Löfström, som även var vetenskapligt råd i anesthesi kontaktades.

Våren 1976 började man planera för en försöksutbildning för pedodontister och sjukhustandläkare. Den skulle bestå av två veckor anestesiauskultation, en veckas teori samt en veckas träning på tandbehandling med lustgassedering på patienter. Efter att försöksverksamheten utvärderats skulle man ta ställning till om tandläkare skulle kunna fortsätta att självständigt få använda lustgassedering.

Vid den här tiden var det Johan Hedin som var medicinalråd och han sände ansökan på remiss till Socialstyrelsens föredragande i anesthesi och intensivvård, docent Börje Hallén.

I april 1977 kom svaret – man var i stort sett positiv. Det ställdes stora krav på att man noga kontrollera apparatens medicinskt-tekniska standard och säkerhet. Socialstyrelsen tillsatte en

arbetsgrupp där bland andra Göran Koch ingick. Då kunskapen om tandbehandling under lustgassedering var liten i denna grupp gjordes en studieresa till Köpenhamn, Malmö och Jönköping. Denna resa gjorde att alla i gruppen fick stor förståelse för att tandläkare hade behov av, och kunde använda lustgassedering, och att det skulle vara till stor nytta för patienterna.

De första kurserna genomförs

Samtidigt hade Östra högskoleregionen avsatt medel till en enstaka kurs i lustgasanalgesi som skulle hållas på Odontologiska Institutionen i Jönköping, om en ansökan gick igenom. Många hade anmält intresse för att gå kursen.

Kursen ”Utbildning av tandläkare i generell smärtlindring med speciell hänsyn till lustgasanalgesi” genomfördes som en försökskurs hösten 1977. Tjugo personer deltog och Bertil Löfström var kursansvarig. Ytterligare en försökskurs hölls 1979 med 20 deltagare och efter utvärdering 1980 skrevs föreskrifter där tandläkare gavs rätt att efter genomgången utbildning använda lustgasanalgesi vid tandbehandling.

1982 försvarade Anna-Lena Hallonsten sin avhandling ”Nitrous oxide-oxygen sedation in dentistry”. Kursboken *Sedering inom tandvården*, skrevs av Anna-Lena Hallonsten, Göran Koch och Bertil Löfström och kom ut 1988.

Den strukturerade modellen för införandet av lustgassedering inom tandvården har kopierats av Norge, Finland och Nederländerna. Idag är kurserna EU-anpassade och omfattar 11,5 högskolepoäng.

Sammanfattning av erfarenheter

När lustgasanvändningen inom tandvården 1998 firade 25 årsjubileum, presenterade Anna-Lena en 20-års uppföljning.

En enkätintervju gjordes med tandläkare som fått lustgasutbildning och man fick svar från 632 av 1219 tandläkare. Sjuttioen kurser hade under dessa 20 år getts på olika orter, varav 43 i Jönköping. Svaren visade att cirka 60 % av de behandlade patienterna var



Stor humanist

Alla ska må bra, även de små. Alla behöver bli sedda och lyssnade till, även de som inte har ett språk. Också en treärings tyckande har betydelse och det gäller även för den som på grund av fysiska och/eller psykiska orsaker inte kan tala själv.

Anna-Lena berättade om en pojke med ett talhandikapp som hon en gång för länge

sedan behandlade, och hur lätt det var att tala över hans huvud med hans mamma, utan att fråga pojken eller ge honom den tid han behövde för att svara. När hon fick klart för sig att pojken var helt med mentalt och hade egna önskemål beträffande vården lovade hon sig själv att aldrig göra om det. Denna erfarenhet och insikt ändrade Anna-Lenas förhållningssätt mot patienten för all framtid.

Nästan 100% av patienterna var positiva till lustgassedering och 80% av tandläkarna. Cirka 60% av tandläkarna upplevde dock problem med lönsamheten i samband med lustgasanvändning.

Biverkningarna vid lustgassedering ligger på en mycket låg nivå. Man har på cirka 250 000 behandlingar fått allvarliga biverkningar i en frekvens av 1/10 000, cirka hälften av dessa inom sjukhustandvården.

Idag arbetas det för att man ska kunna fortsätta med lustgassedering inom både tandvård och sjukvård på ett miljömässigt acceptabelt sätt, och man har på en del ställen redan installerat lustgasrenare.

sedan behandlade, och hur lätt det var att tala över hans huvud med hans mamma, utan att fråga pojken eller ge honom den tid han behövde för att svara. När hon fick klart för sig att pojken var helt med mentalt och hade egna önskemål beträffande vården lovade hon sig själv att aldrig göra om det. Denna erfarenhet och insikt ändrade Anna-Lenas förhållningssätt mot patienten för all framtid.

Förändring över tid

När Anna-Lena blickar bakåt på sin tid i pedodontins tjänst anser hon att synen på barnet har förändrats mycket över tid. Tidigare dominerade en mer auktoritär syn på barnet som tandvårdspatient. Olika hjälpmedel, såsom lustgas och bedövning med ”The Wand” är två viktiga saker som bidragit till att det är lättare att vara barnpatient idag än det var på 60- och 70-talen, liksom den övriga tekniska utvecklingen.

Samtalstekniken har utvecklats oerhört. Ett bra första samtal med aktivt lyssnande gör att patient och föräldrar lättare blir positivt inställda till den fortsatta vården, en nyckel till fortsatt lyckat omhändertagande, anser Anna-Lena.

Ritterstolen som uppfanns i Rochester tycker hon egentligen var bättre än de stolar som finns idag. Den kunde anpassas till patientens storlek, armstöden kunde anpassas bättre, liksom rygg och huvudstöd. Såväl 3-åring som 19-åring kunde sitta och ligga be-

kvämt. För de patienter som hade cerebral pares kunde man bibehålla sittande läge med stöd för fötterna med vinklade ben, vilket bidrog till att förhindra spasm, något som lätt utlöses när patienten ligger plant.

Hur många av tandläkarna på Odontologiska Institutionen i Jönköping har inte blivit sedda och lyssnade till av Anna-Lena när det har varit problem – stora eller små. Efter Jönköpingstiden, som slutade 1993, var det Köpenhamn som fick ta del av Anna-Lenas yrkeskunskaper.



När detta skrivs, 10 november, brukar vi skåningar fira Märten gås. Det får mig att minnas en fantastisk middag, bland många andra, hos Anna-Lena i hennes vackra våning på Brunnsgratan i Jönköping. Vi hade svartsockpa i tallriken, gåsen och äpplekakan stod på tur på menyn och Anna-Lena var klädd i hembygdsdräkt och med rosor på kinderna. På väggen fanns det vackra Flora Danica-porslinet som kommer från faster Ella, hon som var gift med tandläkaren i Klagstorp. På en annan vägg fanns en oljemålning föreställande nämnda faster, ack så lik Anna-Lena. Den värme, vänlighet och omtanke som strålade från Anna-Lena då var överväldigande, och den finns kvar där lika stark ännu.

*Maria Reventlid
Ordförande i ÖSP*



Rapport från Västra Sektionen

Under stora delar av 2012 pågick arbetet med förberedelser inför riksstämman i Göteborg.

I oktober hade vi glädjen att ta emot vännerna i VSP här i ett (givetvis tillfälligt!) gråmulet Karlstad.

Temat för dagen var oral motorik och språk och Irene Johansson, som varit pionjär inom området och driver Karlstadsplattan i privat regi, föreläste för oss. Dagen ingick som seminarium för våra ST-tandläkare och det blev intressanta diskussioner.

Efter en god buffélunch på Nöjesfabriken var det på eftermiddagen dags för årsmöte.

Joanna Malinowski, som begärt att få sluta som ordförande, avtackades.

Följande styrelse valdes:

Britta Sillén, ordf
Marianne Rythén, sekr
Britt Alander, kassör
Johanna Norderyd, ledamot
Nina Sabel, ledamot

Till hösten, den 16 oktober, är vi bjudna till Borås och under dagen kommer överläkare Rebecca Rupröder och bettfysiolog Alvaro Campos att hålla föredrag om JIA. Dessutom blir det årsmöte.

Vid pennan

Britta Sillén, ordf

Rapport från Östra Sektionen

Jag har just bevistat vårmötet tillsammans med många andra trevliga och engagerade tandläkare. Mycket givande dagar i underbar miljö och härligt väder.

I samband med årsmötet i februari var det många som tog chansen att lyssna på den eminente Jens O Andreasen från Danmark. Under flera timmar delade han med sig av sitt enorma kunnande om tanderuptioner, vad som kan gå fel, och hur man bäst agerar när så sker. Kvällen avslutades med en gemensam buffé och många passade på att ställa frågor till föreläsaren.

Höstens program är inte riktigt klart ännu, men det finns planer på en träff med föreläsning. Troligen blir den i oktober, och det blir då det sista ÖSP-mötet i det "gamla" Eastman.

Styrelsen ser ut enligt följande:

Maria Reventlid, ordf
Andreas Dalhander, sekr
Monica Barr Agholme, kassör
Sofie Hübel
Mia-Mariana Penttinen

Maria Reventlid, ordf



Presentation av ST-tandläkare

Gabriella Willis, Lund

Jag påbörjade min specialistutbildning i Malmö oktober 2011 och min kliniska placering är i Lund. Tandläkarutbildningen gick jag i Göteborg. Examen togs januari 2001.

Uppvuxen i Halmstad, där jag även jobbade några år inom allmäntandvården innan jag började min meriteringstjänst på Pedodontiavdelningen, Tandvårdshögskolan Malmö, 2008. Något specialintresse har jag ännu inte inom pedodon-

tin, tycker det är bra om det är så brett och varierande som möjligt, till en början.



Jag är inte bara tandläkare, utan även mamma till favoritflickorna Saga och Emily. Fritiden tillbringar jag gärna med familj och vänner. Tycker som så många andra om att resa, gärna till storstäder och värme. Kroatien och Korsika är några av mina favoritresmål. Läser gör jag också gärna. Vill också nämna att jag har två ST-kollegor som heter Charlotte Eckersten och Juliane Kleber.

Gabriella Willis

Från pedodontist till TePe-specialist

Redan i unga år stod det klart för mig att jag ville arbeta i vården. På gymnasiet gjorde jag min prao vid oralkirurgen i Kristianstad, och det var då jag bestämde mig för att bli tandläkare.

Min grundutbildning gick jag i Göteborg, vilket följdes av tjänstgöring både inom folktandvård och privat tandvård. Så småningom sökte jag mig till tandvårdshögskolan i Malmö och tjänstgjorde vid flera avdelningar. Ganska snart fastnade jag för pedodonti och fortsatte sedan med specialist- och forskarutbildning.

En bit in i utbildningen kontaktades jag av ett rekryteringsföretag och

utbildningen. Dessutom tyckte jag om det jag gjorde och kände att jag hörde hemma inom pedodontin. Istället påbörjade jag min tjänstgöring som pedodontist och trivdes bra med det.

När jag efter några år i yrket såg att TePe Munhygienprodukter sökte en specialist i odontologi kändes tiden mogen att prova på något helt annat. Där jag ändå kunde få användning för min utbildning och kompetens. Att det var just TePe underlättade mitt beslut att söka tjänsten, eftersom jag kunde stå bakom deras produkter till 100 %. Jag såg TePe som ett ytterst seriöst företag som värdesätter relationen till den odontologiska professionen och är lyhört för dess synpunkter. Därför var det med glädje jag fick jobbet. Tjänsten hade inte funnits tidigare så jag hade viss möjlighet att sätta min egen prägel på den.

Som odontologiskt ansvarig på TePe ser jag till att allt som skrivs och sägs är odontologiskt korrekt, även om säljperspektivet naturligtvis finns med. Jag deltar i företagets produktutveckling och håller mig uppdaterad inom odontologisk forskning relaterad till våra produkter. Jag ansvarar även för utbildning, såväl internt som externt, och har glädje av mina år som lärare när jag träffar studenter från olika tandvårdsutbildningar.

TePe har en uttalad strävan att öka medvetenheten om förebyggande tandvård och oral hälsa. Som ett led i detta besöker vi universitet runt om i världen för att föreläsa om vikten av god munhygien och plackkontroll kring tänder och implantat. Det är stimulerande och ger en gedigen inblick i odontologins villkor på olika marknader. Visst

blir det ibland många och långa resor, men jag har ett stort stöd från familjen och det är en lyx att ha någon att längta efter. Jag trivs mycket bra i min nuvarande yrkesroll. Det jag ibland kan sakna är kontakten med patienterna, alla dessa barn med speciella behov som ger så mycket, men jag har fortsatt min rådgivande roll genom www.tepekids.com, TePes sajt om barn och tandvård, dit föräldrar kan vända sig med frågor om sina barns tänder.

*Anna Olofsson
Specialist i odontologi, TePe*



ombads söka en tjänst på ett företag inom det privata näringslivet. Jag hade aldrig tidigare tänkt tanken att det fanns möjligheter för mig utanför tandvården. Det lät onekligen spännande, men passade inte alls eftersom jag var mitt i min specialistutbildning. Ett liknande erbjudande dök upp ett år senare, men jag var fortfarande inte klar med

Tuggmotstånd



episil®

BARRIÄREN MOT SMÄRTA

Smärta, svårigheter att äta, svälja, tala och sova är vanligt vid oral mukositis, ett inflammatoriskt tillstånd i munslimhinnan som ofta uppkommer som en biverkan vid cancerbehandling. episil® ger snabb smärtlindring och skyddar munslimhinnan vid oral mukositis och andra tillstånd med blåsor och sår i munnen. episil® är enkel att applicera, saknar kända biverkningar och har en smärtlindrande effekt i upp till åtta timmar. episil® är utvecklad av Camurus AB och registrerad som medicinteknisk produkt inom EU.

**Mer information, kontaktuppgifter
och hur du gör beställningar hittar
du på episil.se**



Camurus AB, Ideon Science Park, 223 70 Lund
episil@camurus.com | 046-286 57 30 | www.episil.se



En kort resumé från Vårmetet

”Röntgen inombarntandvård—var står vi idag?”

Fredrik Bryndahl övertandläkare vid tandläkarhögskolan i Umeå tog oss med på en svindlande resa sedan Wilhelm Conrad Röntgens upptäckt 1895 av röntgenstrålning. Behövs verkligen en CBCT inför ett operativt avlägsnande av en mesiodens eller räcker det med en lägesbestämning med hjälp av intraorala bilder?

Fredrik Bryndahl talade om strålhygien – en fråga om berättigande och optimering och att hushålla med fotonerna, en central fråga inför röntgenbildstagnation. Ger strålningen en nytta för patienten som är större än den skada den orsakar och är röntgenundersökningen anpassad så att stråldosen blir så liten som är rimligt? På eftermiddagen förde Hans Göran Gröndahl ut oss på en ”radiologisk odysse i barn och ungdomshavet.” Hans Göran visade på många olika patologiska tillstånd som hade varit lätta att missa om inte granskningsförhållandena och tiden är optimala. Alla vi som lyssnade på denna föreläsning fick öppnat röntgenögonen ännu lite bättre.

Dagen som förutom intressanta föreläsningar bjöd på sol, värme, vitsippor i full blom och kaffepaus utomhus avrundades med en mycket god middag med utsikt över glittrande vatten.



Bildkollage av Juliane Kleber, ST-tandläkare i Malmö.

På fredagen var temat forskning. Kristoffer Andersson ST-tandläkare informerade om sitt projekt ang OI/DI och han kommer återkomma till oss med mer info längre fram.

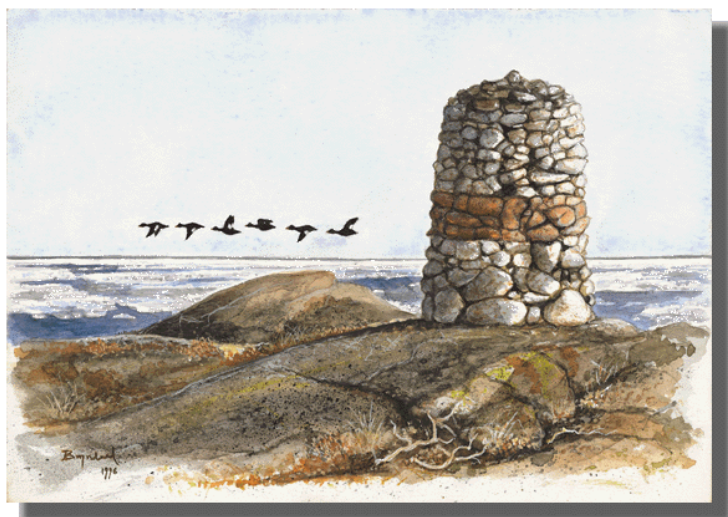
Göran Dahllöf och Gunilla Klingberg diskuterade olika aspekter gällande forskning. Göran informerade om den nationella forskningsgruppen som 2011 hade ett möte i Malmö. Han berättade om

den svenska odontologiska forskningen idag, var vi står, problem och möjligheter samt hur vi ligger till nationellt och internationellt. Det ställs högre krav på forskningen idag.

Gunilla Klingberg tog upp etiska aspekter på forskning och även vilken forskning som bör prioriteras. Det finns kunskapsluckor inom tandvården som man inom SBU identifierat som bör prioriteras. Det behövs analytiska prospektiva studier samt reviews och att vi ransonerar deskriptiva studier. Det finns planer på två nationella forskningsstudier som presenterades.

Margaret Grindefjord redogjorde för ett projekt, ART vid karies i primära tänder. Birgitta Jälevik redogjorde för en behandlingsstudie av MIH. I små grupper diskuterade vi olika förutsättningar för att de nationella projekten skall kunna utföras. Bland det svåra är att motivera landstingen till att stötta projekten ekonomiskt, då vi har ganska strama ekonomiska ramar. Dagen avslutades med föreningsmöte. Vi tackar för ett trevligt vårmetet!

Margareta Borgström och Lisa Lager



Ratan av Fredrik Bryndahl

Oral hälsa och juvenil idiopatisk artrit (JIA)

Vad gör vi i tandvården för barn med käkledsproblem och barnreumatism? Den frågan fick jag av barnreumatologerna på Astrid Lindgrens barnsjukhus, vilken så småningom ledde till min avhandling. På barnsjukhuset vet de inte vart de ska vända sig med käkledsproblematik, ansåg barnreumatologerna. För en tredjedel av JIA patienterna upplevs ätsvårigheter som betydliga, faktiskt av högre dignitet än gångsvårigheter enligt sjukhusets mätmetoder (CHAQ, Sällfors C).

Diagnostik förbises i revisionstandvården

Flera barn passerar obemärkt tandvården, har kanske redan fått en mindre haka innan ett knä svullnade upp så att de fick rätt diagnos och adekvat medicinering. Det finns flera orsaker till detta 1. Barnen vet inte att något kan göras för deras käksmärta 2. Barnen har svårt att sätta ord på vad de har för besvär 3. De vet inte alltid vart de ska söka för besvären, kanske redan sökt sjukvården där man inte hittat något. Men juvenil idiopatisk artrit (JIA) är en betydligt ovanligare åkomma än besvär från tuggapparaten. Idag när käkproblematik uppmärksammas och registreras i barn- och ungdomstandvårdens revisionstandvård så kommer JIA i käkleden sannolikt att diagnostiseras tidigare.

När jag blivit inbjuden att föreläsa för öron- och barnläkare har jag förstått att även de anser att de missar diagnosen och behöver öka sin kunskap. Exempelvis en patient som söker med öron/huvudvärk kan egentligen ha käkledssmärta.

Samarbete med bettfysiologer

Min avhandling är skriven under handledning av bettfysiologer och barnreumatolog och har därmed fått del av

deras kompetens. Det är en styrka eftersom vi pedodontister har kravet på oss att vi ska kunna hela det odontologiska behandlingspanoramats för barn och ungdomar. Jag har inte träffat på någon pedodontist som inte är varmt tacksam för de bettfysiologer som vill ta sig an JIA barnen. Bettfysiologer växer inte på träd och i mitt lilla landsting Blekinge där vi bara har en konsulterande bettfysiolog blir det jag som tar hand om JIA barnen.

Odontologisk behandling

Vi har knappt 50 barn med JIA i Blekinge och det tar mig cirka tre timmar i veckan av min kliniska tid att ta kontroll, göra smärt/artritdiagnostik, en del bettskenor, käkledsinjektioner, delge reumatologen information vid misstanke om ökad sjukdomsaktivitet samt samarbete med övriga odontologiska specialister (tandhygienist, parodontolog, käkkirurg, ortodontist, bettfysiolog).

Viktigt är att smärtpunkter, rörlighet, bettförhållanden, asymmetrier, gingiva och subjektiva symtom noggrant registreras vid varje undersökningstillfälle eftersom även en till synes helt okomplicerad patient plötsligt kan få förändringar och då är ett tillförlitligt status överdligt. I mitt avhandlingsarbete var de flesta patienter fina och utan större vårdbehov men i statistiken döljer sig de enstaka mera vårdkrävande. Det går inte att göra som vid kariesdiagnostik urskilja ”riskpatienter” och fokusera på dem eftersom käkledsengagemang inte går att förutsäga. (Förutom att de som redan har käkledsengagemang med större sannolikhet får ytterligare bekymmer.)

Medicinsk behandling

De nya biologiska läkemedlen och bättre användning av de gamla har gjort att barn med JIA idag ser friska ut. När jag började som pedodontist

var det vanligt att barnen satt i rullstol och 25% hade mikrognati. Idag är den vanligaste medicineringen NSAID, följt av lågdos-Methotrexate och därefter de biologiska vilka alltid injiceras. Trots intensiv medicinering och en välkontrollerad sjukdom kan käkleden drabbas av artrit beroende på 1. JIA är en fluktuerande sjukdom 2. Käkleden svarar ibland sämre på medicinering. 3. Sjukdomsbilden har förändrats och den medicinering barnet står på är inte längre adekvat. Dessutom kan käkledsartrit vara helt ”tyst”, det vill säga att patienten inte känner något som helst obehag. Alla studier inklusive mina visar att den kliniska undersökningen är en mycket säkrare indikator på artrit aktivitet i käkleden än subjektiva symtom.

Käksmärta och funktionsnedsättning

Mikrognati är ovanligt men smärta i ansikte/käkar/huvud och funktionsnedsättning är vanligt, en femtedel av barnen i vårt material ansåg sina käkproblem allvarliga och påverkade livet allvarligt. Att lindra detta, föreslå copingstrategier, aktivera och uppmuntra till ökad rörlighet trots smärta blir tandläkarens roll.

Gingivan påverkas

Dessutom ska inte gingivan glömmas, papillatrofi blir vanligare med åren, vilket ofta missas i allmäntandvården (eftersom de mäter fickdjup). Det samlas plaque under kontaktpunkten vilket inte går att avlägsna med vanlig tandborstning. Min erfarenhet är att JIA patienterna svarar mycket bra på tandhygienistbehandling och studier visar att tandköttspatologi avstannar på de patienter som lyckas hålla plaquet borta.

Bland JIA patienter i Argentina har attachment loss registrerats hos JIA patienter och förekomsten av tandloss-

ning är ökad hos patienter med motsvarande sjukdom hos vuxna, reumatism.

Ett ämne i tiden

Inte visste jag att JIA och käkleden skulle bli så stort när jag började mitt avhandlingsarbete. Möjligheterna till diagnostik och behandling har ökat dramatiskt vilket gör att de forskningskongresser som går av stapeln varje år får allt fler deltagare från hela världen. De odontologiska radiologerna Tore Larheim och Björn Ögaard startade det hela i Oslo. Antalet publikationer i ämnet ökar i samma takt.

Det är en intressant och givande del av mitt arbete som pedodontist, tycker jag. Det är en så tacksam och trevlig patientgrupp.

Avhandlingsarbetet

Syftet med min avhandling var att få kunskap om den orala hälsan, det vill säga vilket odontologiskt behandlingsbehov som föreligger hos barnen med JIA.

Det blev fyra delarbeten:

Studie 1 + 2 var en fall – kontrollstudie på 41 barn med JIA i åldrarna 10 – 19. Barnen fick ett frågeformulär, undersöktes av både pedodontist (Eva Leksell), bettfysiolog (phd Britt Hedenberg-Magnusson), hygienist (Lisbeth Eklund) och medicinskt (dr Bosse Magnusson). Professor Malin Ernberg utgjorde vårt vetenskapliga stöd. Salivprov och bite-wing togs, utlåtandet från panoramat avlästes.

Studie:

Intraorala fynd

Käkfunktion och smärta

Barnens egna ord (kvalitativ metodik), 6 – 16 år.

Klinisk bedömning av artrit jämförd med magnetkamerans information

Sammanfattning:

Studie 1:

Karies: Ökad förekomst men ej signifikant (mätt enbart på 6:or).

Gingiva: Ökad förekomst av papillatrofi och blödning vid sondering. Blöd-



Bild 1. 14-årig flicka med JIA och papillatrofi

ningen vid sondering minskade vid plaquefrihet samt vid intag av antiinflammatoriska mediciner (även NSAID).

Plaque: Ökad förekomst av plaque.

Munslemhinna: Det var betydligt vanligare med munsår, mukositer och långvariga läppfissurer hos barn med JIA. De var också allvarigare eftersom de oftare ledde till ättsvårigheter.

Tandborstningssvårigheter: Signifikanta svårigheter att borsta tänderna, till största delen beroende på gapsvårigheterna men också svaghet i handen och till viss del beroende på illamående.

Ättsvårigheter: Signifikant ökade ättsvårigheter vilka rapporterades av samma patienter som rapporterade ansiktsvärta i studie 2. Många undviker att tugga och gapa.

Slutsatsen blev att JIA påverkar den intraorala hälsan. Barnen behöver empati och copingstrategier för sina munslemhinneproblem, ät- och tandborstningssvårigheter samt kontakt med tandhygienist.

Studie 2

Ansikts/käksmärta: 22% hade smärta i vila vilket inga av kontrollerna hade.

Smärta i funktion (tugga, gapa): 70% av JIA barnen, 1% av kontrollerna.

Huvudvärk två gånger i veckan eller mer: 60% av JIA barnen, 5% av kontrollerna. 14% hade daglig huvudvärk.

Funktionsavvikelser: 33% av JIA patienterna gapade mindre än 40 mm. Alla kontroller gapar normalt.

Kliniska smärtfynd: Palpationsömheter av käkleden 70% av JIA patienterna och 2% av kontrollerna.

Sextio procent av käkmuskulerna öm-made vid palpation, 12% hos JIA patienterna.

Korrelation med sjukdomsaktivitet:

Graden av palpationsömheter över käkleden hade en svag korrelation till läka-rens bedömning av sjukdomsaktivite-ten. Graden av palpationsömheter över käkmuskulerna hade en signifikant kor-relation till patientens uppfattning av sjukdomsaktiviteten.

Konvex profil: 56% av JIA patienterna och 5% av de friska.

Mikrognati: En av JIA patienterna, ingen av de friska.

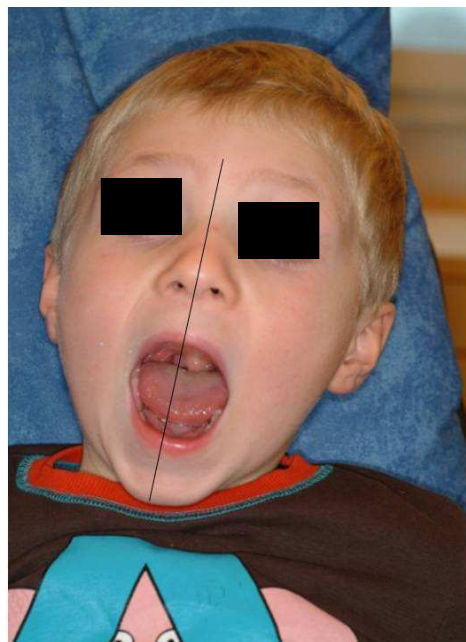


Bild 2. 6-årig pojke som gapar snett på grund av artrit i vänster käkled

Slutsatsen blev att barn med JIA behö-ver regelbunden uppföljning av sina kliniska symtom eftersom de avspeglar sjukdomsaktiviteten bättre än de subjektiva symtomen. Barnen behöver också uppmuntran, behandling och hjälp med copingstrategier. Bild 2.

Studie 3

Intervjuer med 15 barn med JIA i åld-rarna 6 – 16 år analyserades med kvali-tativ metodik, Grounded Theory vilket resulterade i en modell som reflekterar hur barn med JIA agerar och tänker angående sin orala hälsa och kontakt med tandvården (fig 1).

Slutsats: Viktigt för att kunna ge pro-fessionell vård till barn med JIA visade sig vara att visa intresse och empati för

personen, fråga precisa frågor för status och anamnes, ge stöd och föreslå positiva coping strategier, informera om behandling, berätta var du finns om symtomen skulle blossa, att behandla och slutligen alltid nämna något som är positivt om sjukdomen och personen (implementera hopp inför framtiden).

Studie 4

Syftet var att jämföra hur den kliniska misstanken om inflammation i käkleden överensstämmer med informationen från magnetkameran (MRI). MRI anses idag vara den gyllene standarden för diagnostik av artrit. Vi fann att minskad translation korrelerade starkast med graden av inflammation, följt av palpationsömheter över käkleden. Maximal gapförmåga och strukturella förändringar på panoramat visade också korrelation om än svagare. Alla patienter upplevde subjektiva symtom men graden av dessa gav ingen korrelation med MRI.

Slutsatsen blev att stark klinisk misstanke om ledinflammation ofta kan bekräftas med magnetkameraundersökning.

Länk till avhandlingen:

<http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/41293>

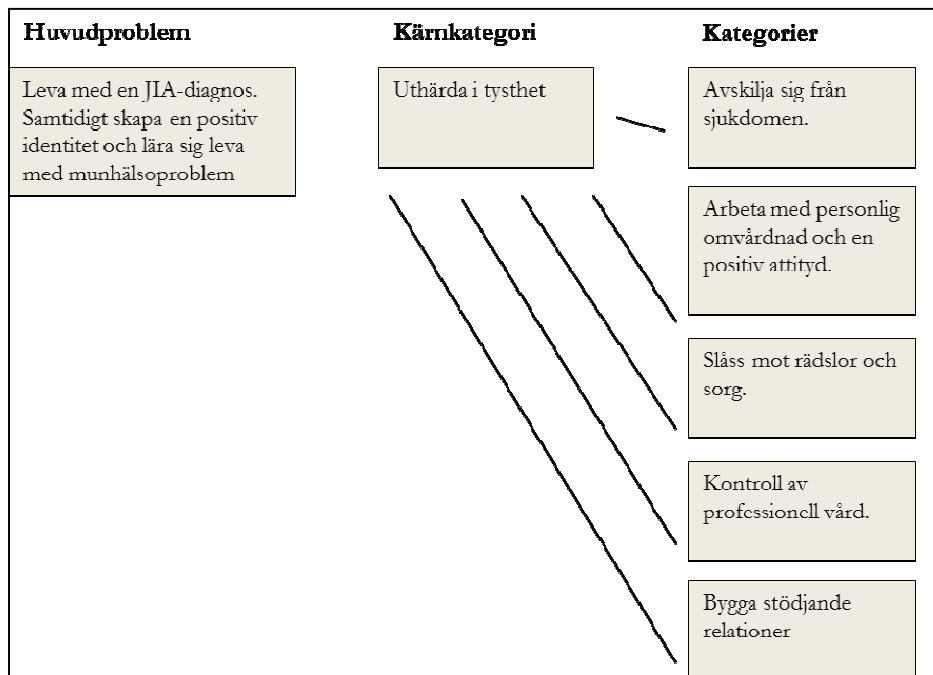


Fig 1

Fortsatt forskning

Tiden efter disputationen har präglats av föreläsningar och det intresset är jag naturligtvis glad för. Det är många spännande möjligheter som öppnar sig eftersom käksmärta är ett så outforskat område som samtidigt röner ett allt större intresse. I Italien finns många duktiga specialister som är framåt och som vill ha samarbete. Dessutom gav kvalitativa studier mersmak, de skulle jag vilja göra fler av.

I mitt landsting Blekinge förekommer

forskning på äldre individer där jag bidrar med att studera käksmärta (i samarbete med Malin Ernberg och en reumatolog). Blekinge är ett fantastiskt bra landsting (bland annat) för forskningsintresserade.

*Eva Leksell
Övertandläkare*

Presentation av ST-tandläkare

Juliane Kleber, Malmö

Jag heter Juliane Kleber och jag är 37 år gammal. Född och uppvuxen i Berlin och där har jag också gått min tandläkarutbildning med examen 1999.

Efter två verksamma år i Berlin tog jag chansen och flyttade till Gotland där jag jobbade som tandläkare på en av Visbys folktandvårdskliniker. Där vaknade min tidigare önskan till liv igen, att jobba mer med barn. En tjänst som nisch-tandläkare blev ledig och det kändes precis rätt. Det var brist på specialisttandläkare på Gotland efter Christina Hammarström slutat som konsult 2004. Under tiden som nisch-tandläkare hade jag ett fantastiskt stöd av specialisterna inom de andra specialiteter som finns samlade på Visby

lasarett.

I oktober 2011 fick jag min ST-tjänst inom Pedodonti på Tandvårdshögskolan i Malmö med klinisk placering i Malmö. Detta blev anledningen att lämna fina Gotland och bosätta sig i



mitten av Skåne med pendlingsavstånd till det mesta inom Skåne.

Varför jag vill jobba med barn och ungdomar? Jag tycker det är fantastiskt kul och utmanande att jobba med barn och ungdomar och att väcka deras nyfikenhet och intresse för olika situationer inom tandvården.

Privat är jag sambo med Uwe som följde med från Tyskland till Gotland. Där föddes även våra två barn Arne (7 år) och Kajsa (5 år).

När tid är över sjunger jag i kör eller läser en bok. Jag älskar renaissmusik och ibland spelar jag trumpet eller flöjt. Jag och familjen blev mycket medeltidsinspirerade på Gotland.

Juliane Kleber

Smartare än en femteklassare

December 2011 försvarade jag, över-
tandläkare Tobias Fagrell, Special-
istkliniken för Pedodonti och sjuk-
hustandvård SU/Möln dal, min av-
handling; Molar Incisor Hypomine-
ralization, vid Sahlgrenska akade-
min, Göteborgs Universitet.

Avhandlingen belyser vissa av de kun-
skapsluckor som finns kring en vanlig
mineraliseringsstörning i emalj, Molar
Incisor Hypomineralization (MIH).



Ett urval av tänder som diagnosticerats med MIH.

Under 1970-talet rapporterade tandlä-
kare en typ av mineraliseringsstörning i
tandemaljen kallad MIH. Störningen,
som drabbar 6-årständerna och fram-
tänderna, yttrar sig som vit-bruna
fläckar på tänderna och kan variera i
svårighetsgrad från missfärgade områ-
den till sönderfall av emaljen

Studier visar att MIH förekommer med
en prevalens mellan 10 och 20 procent,
etiologin är fortfarande okänd. Ett fler-
tal faktorer har föreslagits som orsak
men ingen enskild orsak har ännu ej
kunnat förklara etiologin.

Problemen för de drabbade är exem-
pelvis en uttalad känslighet samt en
ökad kariesförekomst i tänderna. Tän-
derna riskerar också att gå sönder av
tuggtrycket när de väl börjar användas.
Eftersom barn med MIH kräver betyd-

ligt mer tandvård än andra barn löper
de också större risk att utveckla tand-
vårdsrädsla.

Som en del av avhandlingen redovisa-
des en klinisk tandundersökning av ca
17 000 barn avseende MIH. Medi-
cinska och sociala data från dessa barn,
vilka alla ingick i den så kallade ABIS-
studien (Alla Barn I sydöstra Sverige,
Universitetet i Linköping) Undersök-
ningen har följt barnen från födseln

och upp till tolv års
ålder. I samband
med den prospek-
tiva ABIS-studien
har de insamlade
4000 olika variabler
analyserats för
sambandet med
MIH.

Resultaten i studien
visar att barn i som
ammades längre än
sex månader, och
där man inte intro-
ducerat välling eller
bröstmjölk ersätt-
ning före sex månaders
ålder, löpte en fem gånger

högre risk att utveckla MIH.

Avhandlingen visar också att MIH-
tändernas överkänslighet beror på att
tänderna, även om
de ser hela ut, kan
ha ett poröst ytskikt
och en mycket po-
rös emalj. Detta
leder till att bakte-
rier från munnen
kommer in i tän-
derna och orsakar
inflammation i
pulpa dentin kom-
plexet..

Den lägre hårdhet-
en förklarar också
varför de drabbade
tänderna spontant

går sönder (post eruptivt sönderfall).

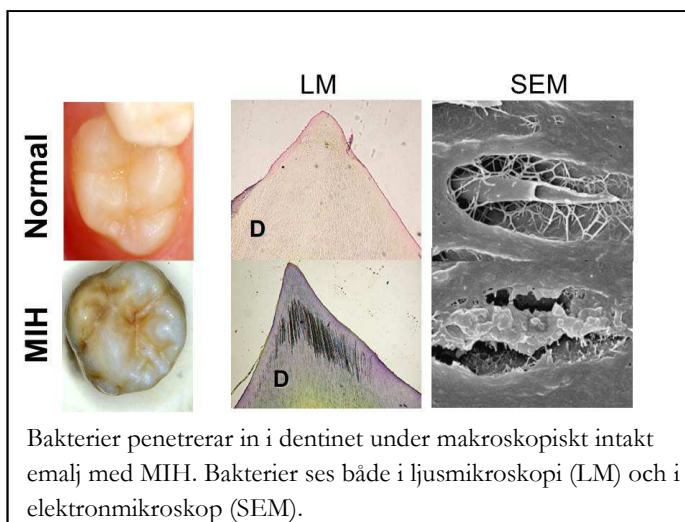
Avhandlingen visar också att
ameloblasterna drabbas tidigt och då
tappar sin förmåga att maturera den
primärt anlagda emaljen. En känslig
period är runt 6 månaders ålder, vilket
kunde visas både i den kliniska såväl
som i de histologiska studierna.

Ytterligare en slutsats av avhandlingen
är att barn som drabbas av MIH bör få
ett särskilt omhändertagande hos tand-
vården och vårdas enligt en individuell
behandlingsplan.

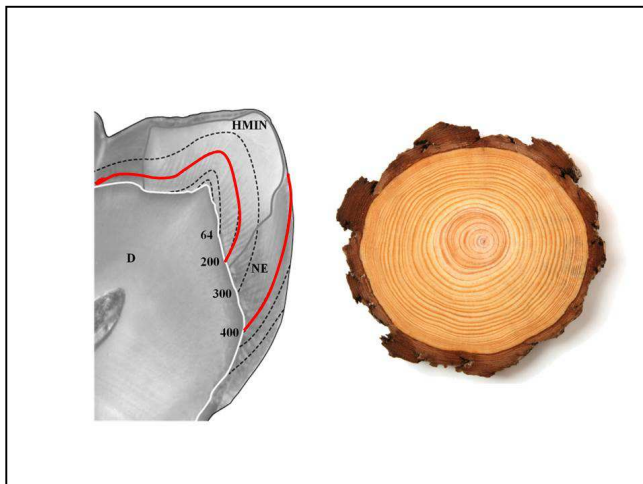
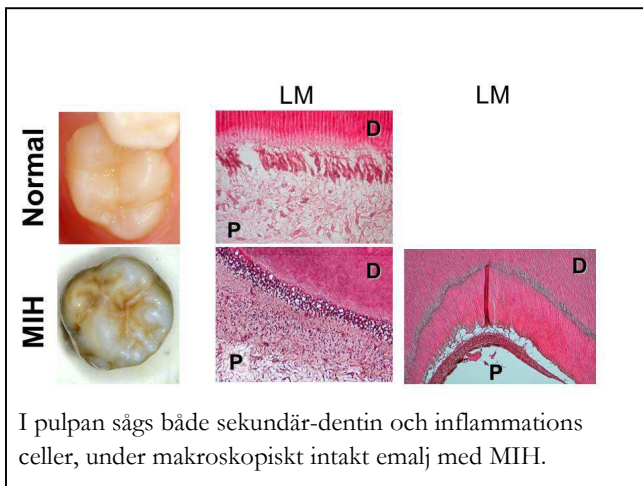
Delarbeten:

I. Fagrell TG, Dietz W, Jälevik B,
Norén JG. Chemical, mechanical and
morphological properties of hypo-
mineralized enamel of permanent first
molars. *Acta Odontol Scand.*
2010;68:215-22.

II. Fagrell TG, Lingström P, Olsson
S, Steiniger F, Norén JG. Bacterial in-
vasion of dentinal tubules beneath ap-
parently intact but hypomineralized
enamel in molar teeth with molar in-
cisor hypomineralization. *Int J Paediatr
Dent.* 2008;18:333-40.



Bakterier penetrerar in i dentinet under makroskopiskt intakt
emalj med MIH. Bakterier ses både i ljusmikroskopi (LM) och i
elektronmikroskop (SEM).



Emaljens mineralisering kan beräknas likt årsringar på ett träd. I avhandlingen sågs ingen MIH emalj ha startat sin mineralisering efter ca 200 dagar.

III. Fagrell TG, Dietz W, Lingström P, Steiniger F, Norén JG. Effect of ozone treatment on different cariogenic microorganisms in vitro. *Swed Dent J.* 2008;32:139-47.

IV. Fagrell TG, Ludvigsson J, Ullbro C, Lundin SA, Koch G. Aetiology of severe demarcated enamel opacities - an evaluation based on prospective medical and social data from 17,000 children. *Swed Dent J.* 2011;35:57-67.

V. Fagrell TG, Salmon P, Melin L, Norén JG. Onset of Molar Incisor Hypomineralization (MIH). In press.

Länk till avhandlingen: <http://gupea.ub.gu.se/handle/2077/26278>.

Tobias Fagrell
Odontologie doktor, övertandläkare

Rapport från Södra Sektionen

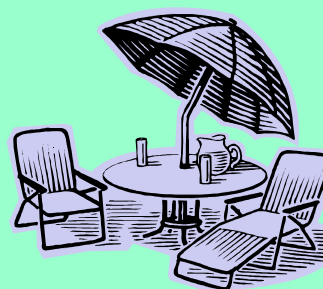
Så har äntligen vintern släppt sitt grepp och efter en lång väntan exploderar nu naturen. Man ser från dag till dag hur blommor och träd knoppar och slår ut i blom. Jag brukar alltid få en påminnelse att skriva denna rapport när palmerna i Trelleborg plockas fram och i år tänkte jag att det nog inte blir så eftersom allt varit försenat. Men döm om min förvåning när jag körde längs havet i morse och såg hur alla palmer återigen prydde infarten.

I april månad hade vi vårt årsmöte och vi hade bjudit in professor Björn Klinge, som även är dekanus vid Odontologiska fakulteten vid Malmö Högskola. Titeln på Björns föreläsning var "Munnen – hjärtefråga: något om kopplingen orala sjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar". På ett pedagogiskt och mycket trevligt sätt framförde han de senaste rönen inom kopplingen mellan parodontitassocierade bakterier och hjärt-kärlsjukdomar. Vi tyckte vi hade ett toppen ämne, men ändå kom det alldeles för få lyssnare till detta högtintressanta föredrag. Hur ska vi kunna locka fler till våra lokala föreningsmöten?

Vi som arbetar i Folk tandvården Skåne väntar på att Folk tandvården ska bolagiseras. Regionstyrelsen har föreslagit regionfullmäktige att ta ett beslut om att från och med 1 januari 2014 överföra verksamheten i förvaltningen Folk tandvården Skåne till ett helägt aktiebolag. Detta för att Folk tandvården Skåne ska få bättre förutsättningar att agera på en konkurren utsatt marknad och att det skapas en tydligare gräns mellan Region Skånes beställarroll och Folk tandvården Skånes utförarroll, vilket gynnar konkurrensneutraliteten på tandvårdsmarknaden. Beslutet skulle tas nu i maj men ärendet bordlades efter att socialdemokraterna initierade en minoritetsbordläggning. Ärendet planeras att tas upp igen vid nästa regionfullmäktigemöte i juni. Från den 1:e maj infördes LOV för barn och ungdomar inom allmäntandvården och om cirka 1 år planeras LOV för specialisttandvården i Skåne.

När ni får tidningen i er hand står semestern säkert för dörren och ni önskas en trevlig sommar.

Margareta Borgström
ordf



Att verka där behovet är störst

Det senaste året var medeltalet för kariesskadade tänder 0,33 för åldersgruppen 3-19 år i Folk tandvården Skåne. Det verkar som att våra barn och ungdomar har god tandhälsa. Eller? På den friskaste kliniken var siffran 0,07. På de två med sämst tandhälsa 0,77. Vissa barn och ungdomar har god tandhälsa. Men andra inte (Figur 1).

vid- och gruppriktad prevention (Figur 2).

Den populationsinriktade preventionen innebär att alla våra barn kallas från 11 månaders ålder till och med det år de fyller 19 år. Vid första besöket ges tandhälsainformation och barnets munhälsa bedöms. Om brister framkommer erbjuds ytterligare besök. Från 3 års ålder undersöks alla barn i inter-

profylax innefattande utredning och uppföljning, vår individinriktade prevention.

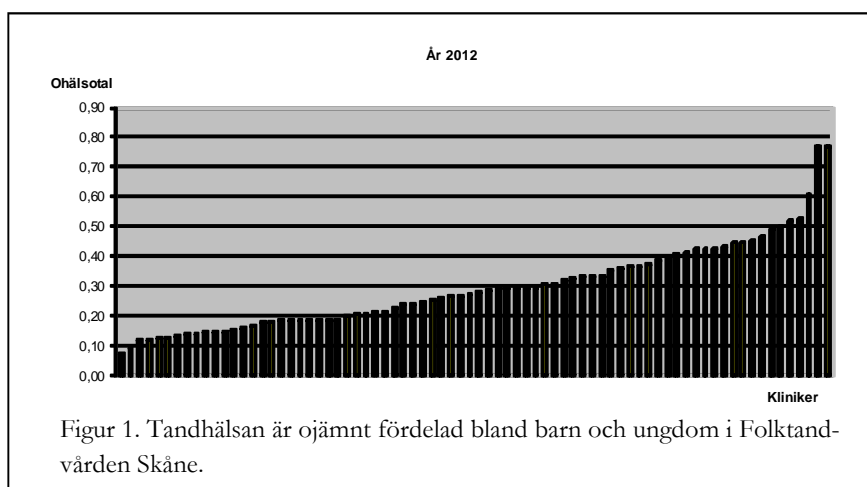
Den gruppriktade preventionen utgår från att riskområden identifieras genom det så kallade ohälsotalet, medeltalet dt/DT för alla 3-19-åringar som behandlats under året (karies i primära tänder 3-6 åringar och i permanenta tänder 7-19-åringar). Ohälsotalet är en grov indikator på tandhälsoläget i barn- och ungdomspopulationen i sin helhet och för varje klinik. En kliniks upptagningsområde definieras som riskområde om ohälsotalet är $\geq 0,5$. I dessa riskområden bedriver vi speciella hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Insatser i riskområden

Kliniker som identifierats som riskområden har ansvar för att bedriva gruppriktade insatser utifrån analys av klinikkens epidemiologi gällande barn och ungdomar. Även grupper av barn och ungdomar med ökad risk i icke-risk områden kan bli aktuella för insatser.

De extra insatser som görs i riskområden ska vara evidensbaserade i så stor utsträckning som möjligt. Sedan snart 10 år tillbaka är vår prioriteringsordning för vad som ska genomföras:

1. Småbarnsverksamhet enligt Rosengårdsmodellen.



Figur 1. Tandhälsan är ojämnt fördelad bland barn och ungdom i Folk tandvården Skåne.

Uppdrag

Ett övergripande uppdrag för tandvården i Region Skåne är att tandhälsan bland barn och ungdomar ska förbättras genom att bevara tandhälsan där den redan är god samt att förbättra tandhälsan för de som har sämre förutsättningar.

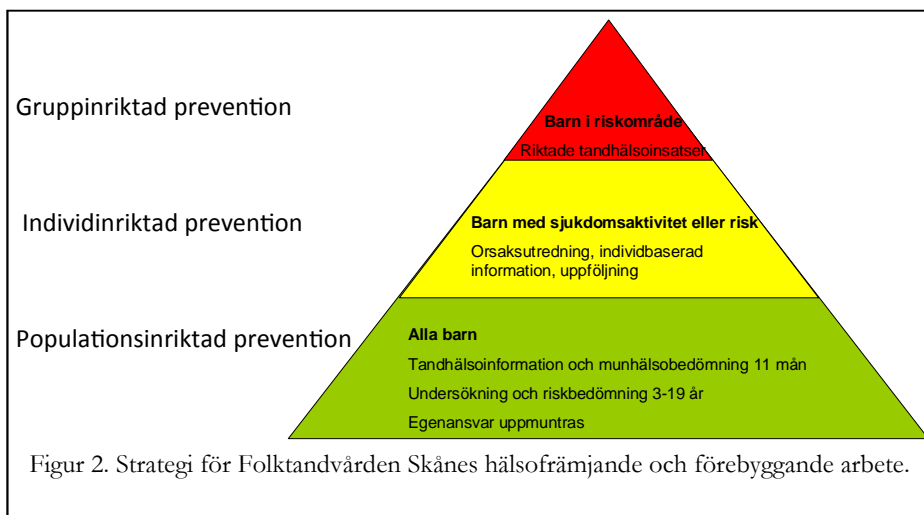
Ett mer specifikt uppdrag för Folk tandvården Skåne är att bedriva riktade tandhälsoinsatser och projekt med folkhälsoinriktning i områden med avsevärt sämre tandhälsa än genomsnittet och/eller socioekonomiskt utsatta områden.

Folk tandvården Skånes strategi

I Folk tandvården Skåne får ca 190 000 barn och ungdomar, 80% av åldersgruppen i Skåne, ta del av vårt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Vårt sätt att genomföra uppdraget är en kombination av populations-, indi-

vall utifrån individuell risk. Alla får ta del av basprofylax i form av råd om egenvård och egenansvar uppmuntras.

Vid undersökningstillfällena riskbedöms alla barn. Till sin hjälp har behandlarna ett datorstöd, R2, i vilket resultatet för karies och modifierande faktorer är viktigt för vårdplaneringen. Anger riskbedömningen förhöjd risk eller sjukdomsaktivitet utökas omhändertagandet med tilläggs- eller intensiv-



Figur 2. Strategi för Folk tandvården Skånes hälsofrämjande och förebyggande arbete.

2. Fluorsköljning i skolor där användningen av fluortandkräm inte är optimal.

3. Undervisning och träning i tandborstning och användning av fluortandkräm i 0-klasser och på lågstadiet. Speciellt viktigt i förberedelseklasser och inom särskolan.

4. Projekt avseende utbud i skolcafe-terior.

Undervisning i kost och munhygien för föräldrar med utländsk bakgrund till exempel via SFI, vid föräldramöten, MVC, babycafé och öppen förskola.

Rosengårdsmodellen - studierna

Rosengårdsmodellen är ett populationsbaserat tandhälsoprogram för föräldrar till förskolebarn. Modellen har utvärderats i vetenskapliga studier avseende kariesförekomst och resultatet av föräldrautbildning, mutansstreptokockförekomst, förekomst av dental fluoros samt kostnadsanalys. Studierna genomfördes på Folk tandvården Rosengård i en mångkulturell stadsdel i Malmö. Slutsatserna var:

- Lägre kariesökning (lägre kariesförekomst) hos de 5-åringar som ingick i programmet sedan 2 års ålder än i referensgruppen.
- De största vinsterna gjordes under det första året då programmet var som mest intensivt.
- Användningen av fluortabletter var betydligt vanligare hos barnen som deltog i programmet.
- Fluortandkräm användes av nästan samtliga barn i båda grupperna.

- Kostvanorna förbättrades signifikant under första året i programmet, men ingen större skillnad efter 3 år.

- Föräldrarnas hjälp med tandborstningen förbättrades hos barnen i programmet, men detta påverkade inte plackmängd och gingival blödning.

- Deltagande i programmet var högt.

- Tandhälsoprogrammet hade ingen effekt på mutansstreptokockförekomsten.

- Introduktion av fluortabletter vid 2 års ålder resulterade inte i ökad förekomst av dental fluoros.

- Nettokostnaden för det preventiva programmet var 30 Euro per barn upp till 5 års ålder.

Flera barn hade vid starten vid 2 års ålder manifest karies, vilket visar betydelsen av att nå familjerna ännu tidigare.

Rosengårdsmodellen 2013

Rosengårdsmodellen bedrivs idag vid så kallade Tandborstenheter av sex kliniker, fyra i Malmö (Rosengård, Nydala, Södervärn och Hyllie), en i Landskrona och en i Helsingborg. Tre av dessa enheter ligger i familjecentraler tillsammans med barnhälsovård, öppen förskola och andra barn/föräldraaktiviteter. På Tandborsten Rosengård har verksamheten pågått i över tio år medan övriga kliniker har varit igång 2-5 år.

Just nu pågår omställning till Rosengårdsmodellen 2013, en modell framtagen utifrån studier och medarbetares erfarenheter. Startåldern är 7 månader, därefter fyra täta besök i 2-årsåldern. Tandborste, tandkräm och informationsbroschyr på lämpligt språk delas ut vid varje besök och initiala kariesangrepp fluorlackas. Från 3 års ålder görs riskbedömning i R2 och fluortabletter delas ut till riskbarn (gul eller röd kariesstapel i R2:s munhälsoprofil (Figur 3)).

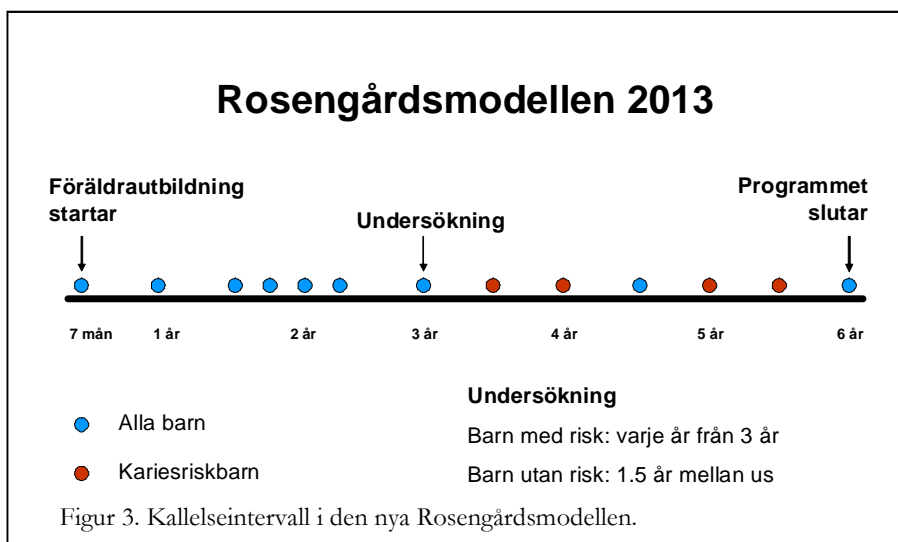
Fluorsköljning och undervisning i skolan

Förutom dessa sex Tandborstenheter genomförs drygt 30 olika insatser av medarbetare på 20 av våra kliniker. Fluorsköljning är den vanligaste insatsen. I de flesta fall sker sköljningen på skolor, ibland av tandvårdspersonal, ibland av lärare. I vissa områden där skolorna inte anser sig kunna fluoroskölja, finns fluorlösning för hemmabruk att hämta på kliniken. I tre projekt utförs fluorlackning i skolor en gång per termin och i ett drygt 10-tal projekt sker undervisning om munhälsa till barn i skolan, till föräldrar på SFI, Babycafé och barnhälsovården. Även projekt som syftar till att påverka sortimentet i skolkiosker pågår. Många av projekten har fortgått i flera år medan några, t ex ett där ”ej avhörda barn” följs upp och kallas igen, är relativt nya.

Förbättras tandhälsan?

Hälsofrämjande och förebyggande arbete är långsiktigt. Och kräver tålamod. Ut- och inflyttning i områden försvårar uppföljning. I tabell 1 visas glädjande nog att den långsiktiga trenden på Folk tandvårdsnivå är positiv. Den tydligaste förbättringen syns i ohälsotalet. Dels i en sänkning av medeltalet från 0,51 till 0,33, dels i en radikal minskning av antalet kliniker med ohälsotal som överstiger 0,5. Från 32 av 78 kliniker (41%) till 11 av 76 kliniker (14%) på tio år. Ojämligheten i tandhälsa bland barn och ungdomar kan därför sägas ha minskat på populationsnivå.

När Rosengårdsstudierna startade 1999 var ohälsotalet bland barnen i området högst av Folk tandvården Skånes kliniker, 1,91. Idag har ohälsotalet mer än



halverats, och är 0,77. Kliniken är fortfarande ett riskområde, men med en betydligt bättre tandhälsa. Framgångsfaktorer som nämns är samarbete med barnhälsovård, apotek och invandrarföreningar, att personal har kunskap

motiverande samtal och genom att skapa tillfälle för kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyte. Vår strategi är att använda rätt metod i rätt åldersgrupp med rätt personal på rätt plats.

Källor

Variabel	2002	2012
Ohälsotal	0,51	0,33
Andel 3-åringar med deft=0	92 %	94 %
Andel 6-åringar med deft=0	69 %	68 %
Andel 12-åringar med DFT=0	57 %	57 %
Andel 19-åringar med DFT=0	22 %	29 %
Medeltal DFT hos 12-åringar	1,06	0,98
Medeltal DFT hos 19-åringar	3,9	3,1
Medeltal DFSa hos 19-åringar	1,4	1,3
Andelen 19-åringar med DFSa=0	61 %	63 %

Tabell 1. Tandhälsotrend bland barn och ungdom i Folktandvården Skåne under 10 års tid.

om olika kulturer och språk, ett för målgruppen anpassat utbildningsmaterial samt att tvåvägskommunikation används i mötet med föräldrar.

Tandhälsomål på lång sikt

Våra övergripande tandhälsomål för 2020 är att 80% av Folktandvården Skånes 6-åringar är kariesfria och att ingen klinik har ohälsotal > 0,5. För att nå dessa mål är det viktigt att bli starka den professionella kompetensen. Detta gör vi genom t ex utbildning i

- Folktandvården Skånes ledningsinformationssystem, LIS.
- Redmo Emanuelsson I. Mutans streptococci--in families and on tooth sites. Studies on the distribution, acquisition and persistence using DNA fingerprinting. *Swed Dent J Suppl.* 2001;(148):1-66. Avhandling.
- Wennhall I, Mårtensson EM, Sjunnesson I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Caries-preventive effect of an oral health program for pre-school children in a low socio-

economic, multicultural area in Sweden: results after one year. *Acta Odontol Scand.* 2005;63:163-167.

- Wennhall I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Outcome of an oral health outreach programme for pre-school children in a low socioeconomic multicultural area. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18:84-90.
- Wennhall I, Matsson L, Twetman S. Salivary mutans streptococci in 6-year-old children from a multicultural suburban area after attending an oral health program. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2008;9:94-97.
- Eckersten C, Pylvänen L, Schröder U, Twetman S, Wennhall I, Matsson L. Prevalence of dental fluorosis in children taking part in an oral health programme including fluoride tablet supplements from the age of 2 years. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20:347-352. Epub 2010 Jul 18.
- Wennhall I, Norlund A, Matsson L, Twetman S. Cost-analysis of an oral health outreach program for pre-school children in a low socioeconomic multicultural area in Sweden. *Swed Dent J.* 2010;34:1-7.

*Ing-Mari Redmo Emanuelsson
Vårdutvecklare/övertandläkare
Folktandvården Skåne*

Fyrtio år med barntandvård

Lars Matsson ser tillbaka

Min väg in i pedodontin var spikrak. Engagerade pedodontilärare under grundutbildningen gjorde att jag blev intresserad av barntandvård och därtill kom det progressiva klimatet och den starka forskningsaktiviteten vid avdelningen i Malmö.

När jag var student, och under min första anställning vid avdelningen 1970, var Arvid Syrrist professor och under honom arbetade de båda docen-

terna Göran Koch och Lars Granath. Ulla Schröder och Miomir Cvek höll på med sina avhandlingar och man kan säga att avdelningen kokade av kreativitet. Som ung, nyutexaminerad tandläkare med barntandvårdsintresse var detta platsen man skulle vara på. Och att själv börja forska var självklart. 1970-talet handlade för min del om amanuensjobb på fakulteten delat med sjukhustandvård inom Folktandvården och därefter specialistutbildning och disputation. 1980-talet inleddes med

docentur och ett år som gästforskare i Kalifornien och kort därefter flytt till Umeå. Där hade jag elva fina år tillsammans med en mycket engagerad och kompetent grupp pedodontister, innan det var dags att återvända till Malmö och professuren i pedodonti.

Vad har hänt inom vårt ämnesområde under den här fyra årtiondena? Det går förstås inte att fånga i en kort artikel här i Barntandläkarbladet. Och alla skapar vi vår egen bild av vad som

The University Hospital in Copenhagen now offers a 2 days course in:

ACUTE TREATMENT OF TRAUMATIC DENTAL INJURIES

presented by 10 international specialists. It is a well known fact that the initial treatment offered to a trauma patient can either optimize or compromise healing.

In this symposium all immediate and later treatment procedures will be critically analysed. Furthermore the current status of pulp regeneration as well as ridge preservation by decoronation will be presented.

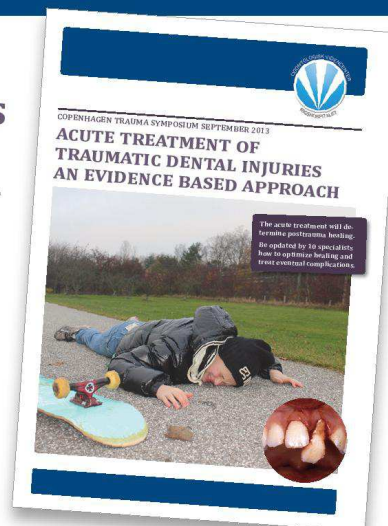
Scientific program:

www.dentaltraumaguide.org/Pictures/Kursus/Traumesymposium2013.pdf

Registration:

www.dentaltraumaguide.org/tilmelding.aspx

Registration fee: DKK 2800,- (€ 375)



Jens Ove
Andreassen

Eva
Lauridsen

Leif K.
Bakland

Lars
Andersson

Olle
Malmgren

Monty
Duggal

Barbro
Malmgren

Asgeir
Sigurdsson

Simon S.
Jensen

Tove
Wigen

skett och gör vår egen värdering av betydelsen av olika förändringar. Här kommer min version i korthet.

På 60-talet var tandhälsan hos barnen i Sverige mycket dålig, inte minst i Malmö. Det var naturligtvis tråkigt för barnen, men bra för utbildningen. Gravt karierade bett var vanligt långt ner i förskoleåldern och extraktion av 6:or var legio, och som student och ung lärare fick man ta hand om eller åtminstone se det mesta som förekom inom barntandvården. Årtiondet präglades av utveckling och optimism. Tandvården var prioriterad och vi släpptes in på barnvårdscentraler och mödravårdscentraler. Fluortandkrämen fick sitt genombrott, fluorsköljningarna i skolorna drog igång och fluortabletterna introducerades. Tandvården fanns i skolor och på dagis. Aldrig har barntandvården haft en sådan stark position i tandvården och i samhället.

70-talet startade i samma anda av uppbyggnad. Som ung tandläkare i Malmö Folk tandvård upplevde jag att alla idéer man hade togs emot positivt av tandvårdsledningen. Specialisttandvården i landet etablerades och snart fanns det specialister i pedodonti i flertalet lands-

ting. Tandhälsan förbättrades successivt och när jag kom till Umeå i mitten av 80-talet fann jag en kariessituation som skiljde sig drastiskt från den jag var van vid, trots en rejäl förbättring även i Malmö. Skillnaden mellan Umeå och Malmö berodde naturligtvis på skillnader i befolkningsstruktur, men sannolikt också på lyckade tandhålsavårdssatsningar i Västerbotten. Där hade Hans Grahnén och Anna-Karin Holm byggt upp ett nära samarbete med Folk tandvården och Barnhälsovården och jag upplevde att fakulteten och landstinget, mer än vad man var van vid från andra landsändar, gick hand i hand i arbetet med barntandvården.

Och sedan återkomsten till Malmö 1995. I Tandvårdshögskolans upptagningsområde hade befolkningsstrukturen förändrats drastiskt och en tredjedel av barnen hade utländsk härkomst. Kariesbilden hos barnen kring Möllevångstorget liknade i stort den som vi mötte när jag gick min utbildning på 60-talet. Samtidigt visade Folk tandvårdens statistik på stora skillnader inom Malmö. I de västra stadsdelarna med havsutsikt hade 10% av förskolebarnen manifest karies, i de östra delar-

na med hög invandrartäthet var siffran 65%. Mot denna bakgrund föddes Rosengårdsprojektet. Inger Wennhall var klinikchef på en av klinikerna i Rosengård och Ulla Schröder ansvarig för barntandvården inom Malmö Folk tandvård. Inger tog initiativ till projektet och Svante Twetman, som då var adjungerad professor i Malmö, styrde upp det hela vetenskapligt. Självt fanns jag med i bakgrunden och stod för förankringen vid fakulteten. Studier visade tydligt att med konventionella preventiva åtgärder kan man förändra kariesbilden drastiskt, också i ett multikulturellt område som Rosengård.

Det finns många "rosengårdar" i Sverige och flera liknande projekt har startats i olika delar av landet. Våra och andras erfarenheter visar att det går att komma tillrätta med kariesproblemen i invandrartäta områden, men med oro i världen och en fortsatt flyktinginvandring skapas hela tiden nya scenarier för tandvården att förhålla sig till. När en generation barn och föräldrar från problemområden i världen passerat, kommer nästa våg. Här ligger en av pedodontistens utmaningar: Att följa kariesutvecklingen i riskområden, identifiera problemen och initiera preventions-

program. I Kronobergs län har jag haft möjlighet att följa arbetet med att kartlägga tandhälsan hos anhöriginvandrade barn från Somalia och diskutera fram ett preventionsprogram för dessa barn, som beräknas komma att uppgå till ca 400 barn bara i detta landsting. Liknande kartläggning och sjösättning av riktade preventionsprogram kommer att behövas i alla landsändar. Flyktingströmmen från Syrien t ex, kommer säkert att påverka tandvården och kräva insatser från pedodontister runt om i landet.

En reflektion man kan göra när man diskuterar barns tandhälsa är hur uppfattningen av kariesproblemets storlek skiftar beroende på vem man pratar med. I och för sig är det inte så konstigt. Vi arbetar med olika populationer och bildar oss en uppfattning om problemets storlek utifrån våra egna dagliga erfarenheter. När jag flyttade tillbaka till Skåne upptäckte jag som sagt stora skillnader i tandhälsa mellan Malmö och Umeå, och när jag talade med kollegor från tandkliniker i villastadsdelarna i Malmö fick jag en annan bild av kariesproblematiken än när jag talade med kollegor från Rosengård. Som specialist i pedodonti möter man ett remissklientel med stort vårdbehov, ofta med en komplicerande familjesituation eller funktionsnedsättning och bildar sin uppfattning om vårdbehov och vårdtyngd utifrån det. För att kunna föra en tydlig och trovärdig dis-

kussion inom tandvården och med administratörer och politiker krävs att vi står på en epidemiologiskt säker grund. Kartläggning av vårdbehov och behov av preventiva insatser är därför en viktig del av specialistens arbete. Pedodontispecialisten måste bl. a. av den anledningen ha goda kunskaper i epidemiologi och vetenskaplig metodik.

Det leder mig in på det senaste årets arbete med att stärka den kliniska forskningen inom ämnesområdet och betydelsen av att bedriva forskning i större grupper. Arbetet inleddes för ett par år sedan vid ämneskonferensen i Malmö. En del gemensamma aktiviteter har redan kommit igång och jag tycker mig se att ett par större forskningsprojekt börjar ta form där kompetenser från olika delar av pedodontikretsen i landet länkas samman. Det gläder mig mycket - inte minst det faktum att ST-tandläkarna involveras. Det bådär gott för framtiden. Alla pedodontister bör få chansen att på något sätt delta i forskningsarbetet. Det utvecklar ämnet och ger trovärdighet för pedodontin, oavsett var och i vilken position man tjänstgör. Alla som arbetar med specialistvård i pedodonti behöver inte vara forskare, men en grundläggande vetenskaplig utbildning innebär att man kan tolka och värdera ny forskning och översätta nya forskningsresultat till en fungerande klinisk verksamhet. Det borde vara varje tand-

vårdschefs dröm att ha specialister av sådan kaliber i sitt landsting.

När jag just tillträtt professuren i Malmö skrev jag en artikel liknande denna i Barntandläkarbladet. Där oroadade jag mig för kommande pensioneringar inom pedodontistkåren. Situationen var mest alarmerande i Skåne-Blekinge. Under min period som dekanus i Malmö träffade jag regelbundet tandvårdsscheferna i de södra landstingen för att gemensamt planera specialistutbildningen i Sydsverige. Det var slående hur positiva tandvårdsscheferna var till vår specialitet. I nära samarbete med de södra landstingen har vi sedan slutet av 90-talet utbildat 8 specialister, och förnyringen av kåren i vår landsända har i stort sett klarats av. Hur kom det sig att tandvårdsscheferna var så positiva till pedodontispecialiteten? Så har det ju inte alltid varit. För mig är svaret självklart. Den generation specialister i pedodonti som nu gått i pension har med sin kompetens och sin förmåga att lösa allmäntandvårdens dagliga problem visat att det finns behov och efterfrågan av en stark sista instans i vårdkedjan. Dessa pedodontister utbildades när specialiteten var ung. Dagens unga specialister med sin gedigna utbildning kommer att lämna samma goda omdöme efter sig. Det är jag helt övertygad om!

*Lars Matsson
Professor emeritus*





Kursavgift: 4358 kr. I kursavgiften ingår för- och eftermiddagskaffe, lunch och kvällsarrangemang torsdag, samt förmiddagskaffe fredag. Kursavgiften kommer att faktureras vid anmälan.

Sista anmälningsdag: 15 augusti 2013.

Senare anmälan OK i mån av plats

Logi: Bokas genom MCC. Hotellkostnaden kommer att faktureras och skall betalas före kongressens början.

Hotell	Enkel 18 sept	Dubbel 18 sept	Enkel 19 sept	Dubbel 19 sept
First hotell Billingehus	1005	1400	1005	1400
Clarion hotell Majoren	1350		1350	
Quality hotell Prisma	1350		1350	
Scandic Billingen	1565		1565	

Priset är per rum och natt med frukost inkluderad.

Upplysningar om hotell: MCC MeetingCongressConsulting: tel 040-369090
fax 040-369099, e-post: wb@mccmeeting.se

Anmälan skickas/faxas till: MCC MeetingCongressConsulting, Geijersgatan 2A,
216 18 Limhamn. Fax 040-369099

Anmälan kan också göras på www.spf.nu

Anmälan är bindande. Erlagd avgift återbetalas ej vid återbud senare än 15/8.
Hotell återbetalas om rummet kan säljas.

VÄNLIGEN TEXTA TYDLIGT

Jag är Tandläkare Tandhygienist Tandsköterska Tandvårdsadministratör

Hotell: _____ Alternativt: _____

18-19 sept 19-20 sept

Enkelrum Dubbelrum 3-bädd Önskar ej hotell

Delar rum med _____

Namn _____ Telefon _____

Klinik _____ Landsting _____ E-post _____

Adress arbetet _____ Postnr _____

Ort _____ Faktureringsadress _____

_____ Kostnadsställe _____

Specialkost _____



SVENSKA
PEDODONTI
FÖRENINGEN

VÄLKOMMEN TILL

Barntandvårdsdagar

20-ÅRS JUBILEUM I SKÖVDE 2013

Lokal: Hotell Billingeus

Torsdag den 19 september

Kl 08.50 -17.30

Registrering och kaffe 08.00 – 08.50

- **Barn- och ungdomstandvård förr och nu - varför gick det så?**

Professor Göran Dahllöf, Stockholm

- **Sjuk, fel antal tänder eller konstiga tänder....Hur gör jag nu?**

Professor Christina Stecksén-Blicks, Umeå

- **Neuropsykiatriska tillstånd hos barn - viktigt kunskapsområde inom tandvården**

Professor Elisabeth Fernell, Göteborg

- **Kulturvärden i tandvården**

Psykolog Shervin Shahnava, Stockholm

Fredag den 20 september

Kl 08.30 – 12.30

- **Kariesförebyggande vård i stort för smått**

Övertandläkare Maria Anderson, Stockholm

- **Behandling av primära tänder**

Odont.dr Margareta Grindfjord, Stockholm

- **Özz Nujen**

Komiker

*”Barn och
ungdomstandvård
i förändring”*

