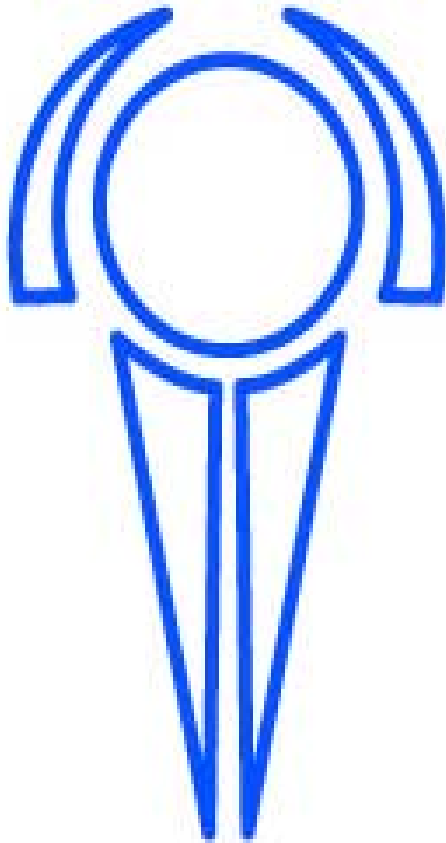


---

# Barntandläkarbladet

Svenska Pedodontiföreningens medlemsblad  
*Årgång 14- nr 1-2 - 2001*

---



- **Irland – ett land i Europas utkant**
- **Rapport från Vårmetet 2001**
- **IAPD i Paris 2001**
- **Specialiserad barn och ungdomstandvård / pedodonti**
- **Kerstin Carlstedts licentiatavhandling**
- **Information om Vårmetet 2002**
- **Rapport från sektionerna**

**Innehåll****Nr 1-2 November 2001**

Från redaktionen .....	3
Ordförande har ordet .....	4
Irland - ett land i Europas utkant.....	6
Vårmetet 26 - 28 april 2001 .....	8
Prevention in the 21st Century – World Congress on Preventive Dentistry, Beijing 2001.....	9
Rapport från IADR- kongressen i Chiba, Japan.....	10
ACTA-stipendiater på IAPD i Paris.....	10
Specialiserad barn och ungdomstandvård / pedodonti.....	12
Licentiatavhandling.....	17
Barntandvårdsdagar i Uppsala 20-21 september .....	18
Disputation .....	19
Muntips .....	20
Pristagare och stipendiater 2001 .....	21
Svenska Pedodontiföreningen svar rörande enkäten - Angående framtida behov av specialister.....	21
Information om Svenska Pedodontiföreningens program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård .....	23
Rapport från Södra sektionen.....	24
Rapport från Östra sektionen .....	24
Rapport från Västra sektionen.....	25
Rapport från Norra sektionen.....	26
Information om Vårmöte 2002 .....	27
Inbjudan till konferens om ektodermal dysplasi.....	28
Oral medicin för barn och vuxna .....	29
Anmälan till kurs.....	30
Litteraturguide.....	31

**Barntandläkarbladet****ISSN 1400-6324****Organ för****Svenska Pedodontiföreningen****Swedish Society of Paediatric Dentistry****Årgång 11; Grundad 1988****Redaktör 2001**

Anna-Karin Holm

Institutionen för odontologi/Pedodonti

Umeå Universitet

901 87 Umeå

e-mail Anna-Karin.Holm@odont.umu.se

**Redaktion 2001**

Ingrid Andersson-Wenckert, Eva Borssén,

Birgitta Bäckman, Carin Pilebro, Christina

Stecksén-Blicks

*Barntandläkarbladet* utkommer med två nummer per år, ett på våren, ett på hösten**Svenska Pedodontiföreningen 2001**

Sven-Åke Lundin, ordf

Gunilla Klingberg, sekr

Ulla Hallström, kassör

Göran Dahllöf, Margaret Grindefjord, Göran

Koch, Christina Stecksén-Blicks,

**Norra sektionen**

Bo Schelin, ordf, Agneta Ekman, Anna-Lena

Erlandsson, Birgitta Bäckman, Carin Pilebro,

**Östra sektionen**

Stein Björkman, ordf, Karin Högkil, Åsa

Högström, Margareta Lundberg, Georgios

Tsilingaridis

**Västra sektionen**

Catharina Jacobsson, ordf, Britt Alander,

Bengt Olof Hansson, Annika Juhlin,

Gunilla Klingberg, Agneta Robertsson

**Södra sektionen**

Margareta Borgström, ordf, Karin Ridell,

Helena Möller, Boel Jensen

## Från redaktionen

---

Så kommer då ett nummer av Barntandläkarbladet också år 2001.

Vårens nummer ställdes in i huvudsak för att redaktören tagit på sig alltför många uppdrag men också för att redaktionen medlemmar helt enkelt var alltför arbetsbelastade för att ha möjlighet att delta i arbetet. Vi är ju inte så många.

Detta ledde till att vi också diskuterade hur vi såg på Barntandläkarbladets framtid. Vi är väl medvetna om att beslut är taget i Pedodontiföreningens styrelse om att Östra regionen nu tar över "stafettpippen" d v s blir de som under de två följande åren skall framställa Barntandläkarbladet, och att Östra Regionens styrelse ser fram emot detta uppdrag.

Vår fundering handlar trots detta om Barntandläkarbladet som pappersprodukt. I en alltmer datoriserad värld känns det en aning "överspelat" att framställa en sådan här tidning med dess blandade innehåll av reseberättelser, referat - från möten som majoriteten av läsarna själva bevistat - samt en del allmän information, trycka densamma, och skicka ut den över Sverige.

Inte minst därför att nästan allt som trycks i Bladet skulle kunna inhämtas av varje medlem på ett förträffligt sätt från SPF:s välskötta webbsida.

Vår redaktion här i norr har inte gjort några försök att förändra tidningens innehåll utan i stort sett följt upptrampade hjulspår. Men vi tror att det skulle vara till nytta för kommande utgivare om styrelsen diskuterade igenom vad man vill med tidningen och kanske också tog reda på hur många som verkligen läser den. Även om arbetet med att framställa den inte är oöverstigligt så kräver det en viss insats, i en tid när alla redan är maximalt arbetsbelastade.

Det som är roligt med att framställa Barntandläkarbladet är att man får anledning att kontakta många kollegor och att alla är så positiva till att hjälpa till med referat, reseberättelser och annat. I detta nummer har vi till och med ett reportage *från utlandet!*

Redaktionen vill tacka alla som bidragit under "våra" två år och vi vill också önska den nya redaktionen lycka till!

*Anna-Karin Holm*

### *In Memoriam*

Karin Edlund, december 2000

Ulf Göland, september 2001

Sigrid Arvidsson, oktober 2001





Vid varje tillfälle hittills har någon representant från något av våra nordiska grannländer varit med. För första gången – faktiskt – kunde vi med glädje notera att varje landsting i hela Sverige var representerat med konferensdeltagare. Alla vita fläckar inom barn- och ungdomstandvården är utplånade. Tack - Ann-Christin Grevér och medarbetare för ett superfint arrangemang och väl genomförda dagar i Uppsala 2001.

Nästa år kommer Barntandvårdsdagarna att vara i Göteborg – Svenska Mässan – den 27-28 september. Agneta Robertsson och medarbetare är som hon själv uttryckte det ”supertaggade” och lovar ett lika fint arrangemang som i Uppsala.

Avstampet 2000 – Svenska Pedodontiföreningens gemensamma projekt in i framtiden samlar fortsatt flera deltagare. Ur ursprungligen – vid vårmötet 2000 i Sunne – 40 olika framtagna projekt är cirka 10-15 aktiva. Alla i Avstampet 2000 ingående projekt kommer att redovisas i en sammanfattningsskrift i samband med Riksstämman.

Svenska Pedodontiföreningens vårdprogram börjar uppmärksammas. Det senast publicerade, ”Svenska Pedodontiföreningens program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård” har citerats och utgjort underlag för flera landstings egna vårdprogram.

Programmet är bland annat utsänt till landets beställarenheter. Informationen om detta finns på annat ställe i denna tidning. Arbetet kring vårdprogram fortsätter nu och det som närmast är tänkt utgöra en efterföljare är ”Etiska överväganden i barn- och ungdomstandvården”. Utgivningarna av vårdprogram rimmar väl med SPF's stadgar att värna om kvaliteten och att stimulera till aktiviteter inom ämnesområdet på lokal, regional och nationell nivå.

SPF's engagemang i svensk- barn och ungdomstandvård är stort och viktigt. Inte minst nu under pågående utredning Tandvårdsöversyn 2000. Ett ”remissvar” med svar på frågor till utredarna är insänt. Detta finns på annat ställe i tidningen. Säkert har många av Er synpunkter på dessa båda skrifter. Svara, kommentera och debattera gärna. Debattsidan i vår tidning är till för att användas!

Efter denna fantastiska sommar så är nu hösten här. Lika vacker även den och med underbar värme. Jag brukar önska GOD JUL i denna spalt men tycker det känns ovanligt tidigt i år.

Alla Ni hårt arbetande pedodontister tillönskas så småningom en välbehövlig vila och såväl en GOD JUL som ett GOTT NYTT ÅR. Jag är säker på en fortsatt hög aktivitet i vår förening under 2002. Utredningen Tandvårdsöversyn skall vara klar i mars – SBU – rapporten om evidensbaserad kariesprevention innan sommaren och våra kära Barntandvårdsdagar kommer i september!!

/Sven-Åke Lundin

telefon arbete:

036-325356

telefon hem:

036-710595

telefon mobil:

070- 5900946

e-mail:

[sven-ake.lundin@ltjkpg.se](mailto:sven-ake.lundin@ltjkpg.se)



## Irland - ett land i Europas utkant

Anna Dyster-Aas och Jan Östlund

**A**tt leva och arbeta på Irland är ett äventyr när man kommer från ett ganska välstrukturerat land som Sverige. Samhällskulturen är ett mellanting mellan den man kan uppleva i Sydeuropa och i Vilda Västern. Oorganiserat och charmigt! Människor vi mött är mycket vänliga och sociala. Den normala mötesplatsen är puben. Där avhandlas allt väsentligt. Man bjuder sällan någon till sitt hem. Gammal tradition? Bostäder mer än 15 år gamla är normalt trånga och vardagsrum byggs fortfarande mycket små. Husens storlek räknas i antalet sovrum.

Traditionell irländsk musik kan vara svår att hitta utanför de populära turistorterna. Normalt sker ingen annonsering utan man måste ha tur och/eller goda kontakter för att hitta de små pubarna där lokala förmågor spelar. Ofta ställer sig någon upp från publiken och sjunger spontant. Stämningen är hög.

Städerna är ganska lika. Naturen är däremot mycket omväxlande och ibland dramatisk. Här finns allt från milslånga sandstränder till höga klippväggar som stupar lodrätt ner i havet. Avstånden är inte långa men vägarna dåliga och avstånd anges därför oftast i tid och inte i kilometer. Irland är en grön ö även om grönskan ofta består av mossa och starr. Ett perfekt land för kryddörter i trädgården. Timjan och rosmarin kan plockas året om. Vädret växlar snabbt. Ett irländskt talesätt säger att man kan ha fyra årstider under en dag. Här där vi bor har vi samma årsnederbörd som Halmstad. Irlands syd- och västkust är dock blötare. Ett gott råd: Lämna aldrig huset utan paraply!

### Offentlig tandvårdsorganisation

När vi kom till Irland för drygt fyra år sedan trodde vi att tandvårdsorganisationen skulle vara ganska lik den i England. Men ack vad vi bedrog oss!

Vår erfarenhet baseras på hur det ser ut i den norra delen av republiken, North Eastern Health Board, där vi tjänstgjort inom tre av de fyra counties. Samtal med irländska kollegor i andra delar av landet tyder dock på att de regionala skillnaderna inte är stora.

För att få utöva tandläkaryrket måste tandläkare varje år registrera sig hos Dental Council. Kostar ca 1000 SEK per år. Irish Dental Association är den fackliga organisationen. Anslutningsfrekvens är ca 50 %.

Den irländska fria barntandvården är statligt finansierad. Högsta ansvarig är Department of Health and Children. Därunder finns 10 statligt finansierade Health Boards, varav tre ligger i Dublinområdet.

Health Boards har ansvar framför allt för sjukvård, barnhälsovård, åldringsvård, institutioner för handikappade, särskolor och tandvård. Irland består av 26 counties. Ett Health Board består normalt av flera counties som bildar sjukvårdsdistrikt med sin egen ledning. Varje county har ett eget litet sjukhus, en del har två.

Inom tandvården har varje county en distriktstandvårdschef (Principal) som lyder direkt under ledningen i Health Board. The Principal fungerar som klinikchef för tandvårdsklinikerna inom sitt område. Tandläkartätheten är låg, klinikerna är små och har i regel 1-2 tandläkare. Partiellt bemannade enmans annexklinik är vanligt. I vårt Health Board finns en klinik för fyra tandläkare. För varje tandläkare finns en tandsköterska. Extrapersonal är mycket ovanligt. Tandhygienister finns i regel i varje county och pendlar mellan flera kliniker. Hygienistens huvuduppgifter är fissurförsegling och munhygieninstruktioner.

Tand- och sjukvården har svårt att rekrytera personal och många tjänster är vakanta.

### Barntandvårdens uppläggning

Barn kallas för undersökning och fullständig konserverande behandling i första, fjärde, sjätte och sjunde klass. Primära tänder lagas

inte utan extraheras vid tandvärk. Mellan klassundersökningarna har barnen endast rätt till fri tandvård vid tandvärk eller trauma.

Klasslistor eller datalistor över barn finnes ej. I stället utdelas i skolan i aktuella klasser ett formulär som föräldrarna ska fylla om de önskar tandvård. Dessa formulär lämnas till läraren som sänder dem till "the Principal" som sedan skickar dem till respektive klinik. Först därefter kan barnen kallas till undersökning. Kliniken känner inte till barnets existens förrän formuläret har kommit. Datorer och skrivmaskiner finns inte på tandklinikerna och journaler kan därför ibland vara svåra att tyda. Röntgen tas sällan eller aldrig vid undersökning. En patient som vid en klassundersökning registrerades som kariesfri kan efter ett par år uppvisa flera extraktionsmässiga permanenta molarer.

Kariesaktiviteten är mycket hög i vissa regioner. Befintlig epidemiologi visar inte det faktiska vårdbehovet. Tandborstning har ofta låg prioritet och normaldieten innehåller mycket sötade drycker, söta kex och godis. Många äter konstant. Organiserad tandhälsövård finns på papperet men inte i praktiken. Eftersom det är svårt att rekrytera tandläkare är vården eftersatt. Det är inte ovanligt att barn som kallas in för undersökning i sjätte klass aldrig varit hos en tandläkare. Vi ser ofta 12 åringar som gör sin debut med 4 molarer som behöver extraheras. Irländska barn är inte tåligare än svenska barn. Tandvårdsrädsla är mycket vanligt. Möjlighet att få behandling under narkos är mycket begränsat. Lagning under narkos förekommer ej inom allmäntandvården.

Nytt för i år är ett utökat vårdansvar för åldersgrupperna 4-7 och 14-16. Personalresurserna har dock inte förändrats. Health Boards har redan nu svårigheter att leva upp till det gamla åtagandet. Kommunikationen mellan departementet och de som ska utföra vården förefaller obefintlig.

### **Specialisttandvård**

Inom Health Board finns ortodonti och timanställd oralkirurg. Ortodontin sorterar under specialistsjukvården och oralkirurgen är anställd av allmäntandvården.

Ortodonti kan man få endast om man uppfyller de krav som är uppställda av Department of Health och sedan tolkade av ortodontkonsulten. Då sätts barnet på en väntelista för bedömning av rätt till behandling. Barnet måste också ha fyllt 11 år.

Det finns också ett fåtal Senior Dental Officers som har specialområden såsom pedodonti och handikappade patienter.



Drogheda, där vi bor och jobbar, är en av Irlands äldsta städer. Den ligger på ostkusten 5 mil norr om Dublin. Staden har ca 79 000 invånare varav 40% är under 25 år. Här finns två tandklinikerna som ligger i var sin hälso-central. Den ena kliniken har två tandläkare och två sköterskor medan den andra har en tandläkare och sköterska på heltid samt en hygienist med sköterska på deltid.

Att vara svensk tandläkare har inte inneburit några problem. Språksvårigheter uppstår ibland eftersom det finns många dialekter. Ibland har även de irländska sköterskorna svårt att förstå! Patienter och deras föräldrar förefaller inte vara vana att bli informerade om vad som behöver utföras och varför. Vårt svenska sätt att informera har blivit uppskattat och leder ofta till bra följdfrågor. Trots vår ofta radikala tandvård med mycket extraktioner vill de gärna komma tillbaka och tar då med syskon för konsultation.

Djungeltelegrafan fungerar nästan alltför bra. Fler barn än vi kan ta emot vill komma för behandling.



Trots att kliniken inte är en remissinstans har sjuksköterskor ofta frågor till oss och läkare inom sjukvården skickar konsultationsremisser.

Tandbehandling av barn inom offentliga tandvården på Irland är ett mycket tufft men tacksamt jobb.

Vad vi saknar? Ängsblommor och svampskogar och varma sommarkvarnar!



## Vårmötet 26 - 28 april 2001

Referat av Carin Pilebro, Umeå

Årets vårmöte var litet unikt! Tre föreningar i samverkan inbjöd till möte i Helsingborg i slutet av april. Svenska Pedodontiföreningen, NHF (Nordisk Förening för Funktionshinder och Oral Hälsa) och Svensk Sjukhustandläkarförening delade på arrangemanget som lockade tandvårdspersonal till tre gemensamma utbildningsdagar. Redan på onsdagskvällen anlände de första deltagarna för att träffas och umgås under "turande" på Öresund mellan Hälsingborg och Helsingör.

På torsdagen inledde Docent Peder Rasmussen med en noggrann genomgång av neuropsykiatriska funktionshinder hos barn och ungdomar. Efter den nyttiga föreläsningen fick diagnosen Tourettes syndrom ett ansikte! Skådespelaren Pelle Sandstrak berättade med stor humor och självkänedom om sitt liv med magiska ritualer, tics, kriminalitet och dubbelliv. Målände beskrev han sina förvirrade upplevelser under sin barndom i norsk småstad, sin ungdom med känslomässiga utbrott, kriminalitet och hopplösa relationer. En förklaring fick han först som vuxen när diagnosen Tourettes syndrom ställdes och med hjälp och stöd har han nu lärt sig leva med och hantera sitt funktionshinder.

Eftermiddagen fortsatte med att överläkare Lena Nylander redogjorde för de neuropsykiatriska diagnoserna hos den vuxne.

Fredagens symposium hade rubriken *Pedodontipatienten med särskilda behov - vad händer vid 20?* Panelen hade deltagare från Sverige (Gunilla Klingberg, Agne Nilsson och Lena Olsson), Norge (Kari Storhaug) och Danmark (Maria Malling och Anna-Lena Hallonsten. Ämnet känns angeläget men var inte helt enkelt att greppa. Olikheterna i de nordiska länderna i både organisation av tandvården och språk (danska är svårt!) bidrog till att någon klar konsensus inte gick att urskilja.

Lite besvikelse fanns efter programpunkten *Kognitiv terapi i behandlingen med människor som har tandvårdsrädsla*. De tandläkare i auditoriet som till vardags arbetar med tandvårdsrädda patienter hade här inte någon ny kunskap att hämta.

Lördagens "affischnamn" var professorn och författaren Bodil Jönsson. *Funktionshinder som drivkraft* var den lite provocerande titeln på hennes framträdande. Hennes förmåga att binda en lyssnande publik till sig har vi upplevt i många radio- och TV-program och visst stämmer det! Hon har öppnat nya vägar för de



kanske mest utsatta grupperna i samhället, de utan språk och möjligheter till sedvanlig kommunikation. Genom att utnyttja och blanda mänsklig mjukvara med nya högteknologiska hjälpmedel ser hon möjligheter till en öppnare och mer positiv tillvaro för många gravt funktionshindrade medmänniskor.

(På hemsidan <http://www.certec.lth.se> kan man läsa mer om Bodil Jönssons forskning).

Utöver alla tankeväckande föredrag, möten med kollegor och kamrater, företagspresentationer och utställningar fick vi förstås kultur,

stärkande drycker vid Ramlösa Brunn och andra fina upplevelser i Sundets Pärla.



## Prevention in the 21st Century – World Congress on Preventive Dentistry, Beijing 2001

Referat av Svante Twetman, Umeå

**K**inas tandläkarförbund arrangerade i år "Den sjunde världskongressen i förebyggande tandvård" (7<sup>th</sup> WCPD) i samarbete med WHO och IADR. Platsen var Beijing och månaden april. Mötet samlade ca 1000 tandläkare och de flesta deltagarna kom naturligtvis från Asien. Från Sverige deltog en handfull pedodontister och andra intresserade kollegor. De flesta reste med flyg, någon med den transsibiriska järnvägen (Dan Serneke) men vad jag vet tog ingen den berömda roddbåten till Kina (eller har ni glömt den låten?). Själva kongressen och boendet var förlagt till den kommande OS-byn och allt var modernt och flott men beläget rätt långt från själva centrum. Beijing är under snabb förvandling från en stad med låga hus och trånga hutonger till breda trafikstockade gator och skyskrapor och hotell med glasfasader. Mobiltelefoner är legio och västvärldens livsstil stormar fram. Mycket är till och med skyltat på engelska numera men man behöver fortfarande en textad lapp med adressen om man tar en taxi.

Mötet var välorganiserat och programmet bestod som brukligt av symposier, seminarier och rapporter. I "huvudnumren" belystes bland annat kariesprevention med fluor, tobaksprevention, screening och prevention av

oral cancer och evidensbaserad prevention. 200 rapporter med varierande innehåll presenterades. Många handlade om förebyggande program med både viktiga och behjärtansvärda insatser för utvecklingsländer. En viss språkförbistring gjorde att diskussionerna många gånger blev förvirrade och förvirrande. Självt var jag ordförande under en session med 8 kinesiska rapporter om de medicinskt och odontologiskt nyttiga i att dricka grönt respektive svart te!! Som inbiten kaffedrickare var det en sann utmaning. Svart kaffe ja, det var väl det enda som Ingegerd Mejäre och jag saknade under mötet. Jodå, vi hann med en Peking-anka, en Peking-opera, den förbjudna staden, Himmelska fridens torg och shopping också. Höjdpunkten var nog ändå besöket på den kinesiska muren! Nästa WCPD går av stapeln i Spanien. Passa på!



## Rapport från IADR- kongressen i Chiba, Japan

Referat av Ingrid Andersson-Wenckert, Umeå

**I**nternational Association for Dental Research höll sin 79:e kongress i Chiba, Japan 27-30 juni, 2001. Makuhari mässan var en



enorm, modern skapelse vid Tokyo bukten. I flera kvarter fanns skyskraper-hotell, restaurang- respektive inköps-kvarter och så, förstås, kongressbyggnader. Allt var sammanbundet med täckta arkader, som skyddade mot, den här veck-

an, en obarmhärtigt gassande sol, men också mot regn som faller häftigt periodvis.

Med Japansk precision fungerade alla arrangemang på minuten, och, med totalt 2167 presentationer i form av rapporter eller pos-

ters, var det ingen dålig prestation. Alla ämnesområden var representerade, det gällde som vanligt att läsa programmet och göra upp en strategi för att komma rätt. Att svensk barntandvård spänner över många områden syntes verkligen i rapporteringen. Till exempel representerades kariesprevention av ett symposium med Svante Twetman, fetma och karies av en rapport av Göran Dahllöf och medarbetare och grundforskning om fibroblast av Tomas Modéers forskningsgrupp. Själv representerade jag materialforskning med en rapport om sandwichfyllningar.

Sammantaget var det en kongress med alla möjligheter att lyssna och lära och, inte minst, att knyta kontakter med kolleger med samma intressen vid mottagningarna på kvällarna. Att Japan sedan är ett helt annorlunda land långt borta där solen går upp, gjorde den här kongressen till något alldeles extra.

## ACTA-stipendiater på IAPD i Paris

Referat av Karin Ridell och Boel Jensen, Malmö

**H**ändelserna i New York lade viss sordin på glädjen inför resan till Paris. I viss mån präglades även stämningen på kongressen av detta och vi hörde att många amerikaner aldrig kom iväg hemifrån. Hela åttio nationer var närvarande. Vid invigningsceremonin fick USA varma applåder och av de amerikaner som var närvarande uttryckte flera sin tacksamhet för det deltagande som visades dem.

Invigningstalaren var en fransk barnläkare som talade om smärta och smärtskattning. Upplevelser av stark smärta kan ge smärtminnen och resultera i en sänkt smärttröskel. Den initiala reaktionen på akut smärta är agi-

tation, gråt och skrik. Blir smärtan långvarig eller upprepas ofta, leder den istället till apati och undandragande.

Samma ämne, men med odontologisk vinkling togs upp av Anna-Lena Hallonsten i ett symposium där hon påpekade risken för pain-blindness bland oss terapeuter. Smärtproblemet inom tandvården har förskjutits från att gälla tandvärk till att nu gälla procedursmärta. Det är ju inte vi som avgör hur mycket smärta barnet upplever under behandlingen, det finns tandläkare som även extrahe- rar utan bedövning.

Det är spännande att höra hur man arbetar i

andra länder och världsdelar, men rent vetenskapligt känns det ändå ofta att vi har mest gemensamt med andra skandinaver. Även här hemma används ju bedövning många gånger i underkant, men det känns inte bra att höra om när man spänner fast barn i papoose-board och praktiserar "hand over mouth" tills barnet tystnar, i så stor utsträckning som är fallet. Speciellt inte när tandläkaren även undviker all form av sedering för att inte hamna i legala svårigheter.

Professor Duggal från Leeds, England, höll en timmes inspirerande föreläsning om kost och oral hälsa. Hans budskap var att det i dagens samhälle är svårt att komma med pekpinna och förbud gällande kost, sockerrestriktioner mm. Vi måste istället komma med positiva och realistiska kostråd och informera våra patienter om *hur* man kan äta för att minska risken att få karies i stället för att tala om *vad* man skall äta.

Omfattande undersökningar om samband mellan kost och karies gjordes under tidsperioder när fluortillskott inte var lika vanligt som i dag. Föreläsaren menar att vi idag skall tala om för våra patienter att *om* vi borstar våra tänder noga och använder fluor, kan vi också tillåta oss mera sötsaker.

Ett ganska spektakulärt framträdande gjorde en privatpraktiserande tandläkare från USA. Han behandlar enbart barn och ungdomar och har specialdesignat sin praktik för att göra tandläkarbesöket så positivt och roligt som möjligt för sina patienter. Under sin rapport visade han mängder av diabilder från praktiken varvat med citat från Walt Disney om barn och barns rättigheter. På frågan från åhörarna om hur han tog om hand barn med behandlingsproblem och huruvida han använde någon form av sedering, berättade han att på de enstaka patienter som ej samarbetade användes HOM-metoden (hand over mouth) efter skriftlig överenskommelse med föräldrarna. Inte heller han använde sedering. Hans presentation stod i kontrast mot många andras reflektioner och omhändertagande av barn och var kanske svårt att ta till sig för kon-

gress-deltagare från länder med andra förutsättningar.

Kongressen hade tre officiella språk, franska, engelska och spanska. Simultantolkning har sina sidor, ibland saknades engelsk tolk, någon gång försvann översättningen mitt i, och en gång lät tolken så sömning att det bara irriterade och man försökte förstå franskan istället. Är det så man har det i Bryssel, får man hoppas att deltagarna är väl preparerade med skriftliga underlag.

Vi hade båda posterpresentationer. Karins handlade om *Endodontic treatment during childhood and adolescence* och Boels om *Oral or rectal midazolam as a preanaesthetic sedative in children subjected to dental treatment*. Flera grupper hade sina presentationer samtidigt i samma lokal, så vissa störningsmoment förekom. Vi fick dock säga det vi planerat och responsen vi fick från kollegor med samma intressen kändes inspirerande.

Vi bodde på ett litet hotell på gångavstånd från kongressen, nära Triumfbågen. Näst sista kvällen hittade vi en trevlig tartine-resturang med de mest fantastiska anrättningar serverade på bröd. Eftersom vi inte ville riskera att bli mindre nöjda sista kvällen vågade vi oss dit igen. Med nordbors tidiga middagsvanor var vi naturligtvis kvällens första gäster och fick glada leenden från kocken och de två servitörerna som satt och småpratade utanför restaurangen när vi kom. Lika fantastiska tartines och förstklassig service.

Tack ACTA för stipendiet till resan och forskning!



## Specialiserad barn och ungdomstandvård / pedodonti

### Dåtid – Nutid – Framtid

Detta dokument är framtaget inom projektet Avstamp 2000 av Kristina Palm, som är verksamhetschef för specialiserad barn- och ungdomstandvård/pedodonti i region Skåne. Det är bl a avsett att användas för kommunikation med tandvårdsledning och beställare och för att visa på behovet av utökade resurser inom ämnet.

Tandvårdslagen SFS 1985: 125: § 7

Huvudmannen har att svara för ;

- *Regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar tom det år de fyller 19 år*
- Specialisttandvård för vuxna
- Övrig tandvård för vuxna i den omfattning landstinget bedömer lämplig

### Bakgrund

Från att i huvudsak ha arbetat med s.k. tandvårdsrädda barn och ungdomar (egentligen: barn och ungdomar med samarbetsvärigheter i tandvårdssituationen) remitterade från distriktstandvården, har pedodontistens resurser allt mer kommit att tas i anspråk för barn och ungdomar med olika funktionshinder; dvs fysiska, psykiska, medicinska, sociala samt kommunikativa funktionshinder. Dessa brukar definieras enligt följande

I-V (Handikapptandvård. Alborn B, Hallonsten A-L.)

### *I Fysiskt funktionshinder.*

Funktionshinder, som beror på nedsatt rörelseförmåga på grund av :

- Skador i nervsystemet (neurologiska förändringar) som vid cerebral pares (CP), polio, epilepsi, parkinsonism, multipel scleros (MS).
- Olycksfallsskador som vid frakturer i armar och ben.
- Reumatiska sjukdomar.
- Muskelsjukdomar.

Till gruppen med fysiska funktionshinder räknas också syn- och hörselskador.

### *II Psykiskt funktionshinder.*

Funktionshinder genom svårigheter eller oförmåga att förstå, vilja eller kunna som beror på :

- Psykiska sjukdomar.
- Psykiska utvecklingsstörningar.
- Demenser.

### *III Medicinskt funktionshinder.*

Funktionshinder, som utvecklats till följd av ett långvarigt kroniskt sjukdomstillstånd som vid diabetes, allergi,, blödarsjukdom och hjärt-kärlsjukdom.

### *IV Socialt funktionshinder.*

Funktionshinder som utvecklats till följd av förändringar eller förhållanden, som inverkar på den sociala anpassningen t ex drogmissbruk, kriminalitet och utslagning från arbetslivet.

För barns vidkommande avses här den grupp barn som pga föräldrars/vårdnadshavares bristande omvårdnadsresurser – ej får del av erbjuden tandvård, ej får hjälp i hemmet med nödvändig munhygien, ej får hjälp i hemmet med ur tandhälsosynpunkt, adekvat kosthåll, ej förmår samarbeta i tandvårdssituationen pga svagt föräldra / vuxenstöd eller pga traumatiska erfarenheter under uppväxten.\*

\*Mitt eget förtydligande.

### *V Kommunikativt funktionshinder.*

Funktionshinder, som innebär svårigheter att förstå och/ eller att göra sig förstådd. Kommunikativt funktionshinder kan finnas i alla ovan uppräknade funktionshindersgrupper och innefattar också hörsel- och synnedsettningshinder.

ning, tal – och språksvårigheter samt tillstånd som inverkar på intelligensen.

Andelen barn - och ungdomar med fysiska, psykiska och medicinska funktionshinder ökar beroende på att allt fler nyfödda med förlösningsskomplikationer klaras till livet samt att dessa barn, *och andra svårt sjuka*, får en allt längre medellivslängd genom de medicinska landvinningar som gjorts inom barn - och ungdomsmedicinen.

Dessa patienter remitteras ofta till den specialiserade barn- och ungdoms - tandvården, dels pga svårigheter att samarbeta till tandvård dels pga speciell oral patologi knuten till funktionshindret där bl a svårigheter som t ex dysfagi – svårigheter att suga, tugga, svälja, samt dreglingsproblematik kan föreligga – liksom andra, ofta atypiska orala problemställningar.

Remisser gällande barn och ungdomar som tillhör gruppen med sociala funktionshinder ökar också samtidigt som problematiken för dessa patienter blir allt tyngre såväl avseende oral patologi som levnadsförhållanden. Det senare försvårar ofta för den unge att er hålla adekvat tandvård och det kan medföra att livslång tandvårdsrädsla utvecklas.

Det är alltså vanligt att barn och ungdomar med olika funktionshinder, inte minst sociala sådana, samt barn / ungdomar med akuta och / eller kroniska allmänsjukdomar, har svårigheter att samarbeta i tandvårdssituationen. Detta kan förekomma under en kortare eller längre period i livet men kan också vara ett tillstånd som följer barnet/ den unge livet ut.

*Detta får emellertid inte utgöra ett hinder för att adekvat, odontologisk undersökning och behandling kommer till stånd i rätt tid!*

Behandlingspanoramata för ovan beskrivna patienter varierar stort och omsluter i stort sett alla odontologiska problemområden, såväl hårdvävnadssjukdomar som sjukdomar i mjukvävnad. Det är vanligt att den orala problematiken hos den enskilda patienten har en atypisk karaktär.

Antalet remisser till pedodontist har sedan flera år i Sverige legat inom ramen för 1-2 %

av befolkningsunderlaget av barn och ungdomar. Hur stort inslaget av patienter med funktionshinder enligt ovan utgör *antalsmässigt* är vanskligt ange i dagsläget då flera olika registreringssystem föreligger – men en beräkning utifrån populationen inom region Skåne talar för att ca 30 % utgörs av denna grupp. *Tidsmässigt vet vi att dessa patienter tar avsevärt mer tid i anspråk än patienter utan funktionshinder.*

## Nutid

### Förändrade lagar och förordningar

Anledningen till att barn och ungdomar med eller utan funktionshinder synliggjorts på ett tydligare sätt de sista 10 åren är, förutom det *ökande antalet individer med funktionshinder* – en följd av både *nationellt* och *internationellt samarbete för barn* i samhället.

### 1989 – FN's Konvention om Barns

**Rättigheter.** Ratificerad av Sverige 1989. Ett grundläggande dokument som sätter barnet i fokus för det politiska samhällsbygget dvs – skola, familjerätt, arbetsliv, hälso - och sjukvård mm.

### 1993 – FN's Standardregler för funktionshindrade.

Ett 75-tal nationers samarbete för att strukturera arbetet för funktionshindrade människors rätt till ett värdigt liv. *Barn med funktionshinder är speciellt prioriterade.*

### 1994 –LSS –Lagen om särskilt stöd för funktionshindrade.

Som en följd av det internationella samarbetet togs denna lag i svensk riksdag 1994. Den innebar att statliga medel ställdes till förfogande för att förverkliga intentionerna i FN's Barnkonvention och i enlighet med Standardreglerna för Funktionshindrade.

### 1995 – SOU 1995:5.

### Prioriteringsutredningen - Vårdens svåra val.

Den s.k. prioriteringsutredningen föreslår att resurser inom hälso - och sjukvården tillförsäkras de mest behövande patientgrupperna genom att dessa definieras. Svensk Pedodon-

tiförening har utarbetat ett sådant dokument att användas inom den organiserade barn- och ungdomstandvården.

### 1998 – SOU 1998:5 Bemötandeutredningen

F.d. socialminister Bengt Lindqvist – själv sen ungdomen drabbad av funktionshinder avseende synen, har varit ansvarig för utredningen som beskriver olika funktionshindrades syn på, och erfarenhet av - samhällets sätt att möta och bemöta dem som individer – i olika situationer i skola, arbetsliv, friluftsliv, hälso- och sjukvård mm. Utredningen ligger till grund för den satsning (SISU) som nyligen startat genom statliga medel för att synliggöra och förbättra den funktionshindrades situation i samhället – med utgångspunkt från deras egna erfarenheter. Barnperspektivet är här en självklarhet!

### 2000-04-01 - Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso och sjukvården

Denna utredning har tillkommit efter ett beslut i riksdagen 1999, för att följa upp intentionerna i FN's Barnkonvention. Rapporten presenteras i färdigt skick under början av november 2001. Här framläggs bl a förslag till hur kompetensen hos barnspecialister inom alla vårdområden skall kunna bibehållas, spridas samt utvecklas inom primärvårdens distriktsmottagningar och allmäntandvårdens tandvårdsteam. Bl a rekommenderas samtliga landsting inrätta pedodontitjänst samt tillse att utbildningskapacitet vad avser specialister i pedodonti och ortodonti föreligger fullt ut.

### Framtid

Krav på tandvård för barn och ungdomar med behov av särskilt omhändertagande.

Tandvård för barn och ungdomar med funktionshinder har hittills varit eftersatt (Nordblom et al. Skaraborgsenkäten 1996, Ekman, A. Tandvård för funktionshindrade barn och ungdomar, Fridh & Widenheim. Validitet och reliabilitet inom barn – och ungdomstandvården inom Malmöhus län).

För att möta kraven på god tandvård för funktionshindrade barn och ungdomar samt *vidareutveckla* detta omhändertagande *krävs utökat samarbete* med de medicinska, psykiatriska och habiliterande barn- och ungdomsspecialiteterna inom specialistsjukvården.

Detta utvecklande arbete kan avse t ex:

- **Förbättrade rutiner för planläggning** av odontologiska behandlingsinsatser som ett led i det totala omhändertagandet av barn- och ungdomspatienten.
- **Utökat samarbete kring s.k. orofaciala problemställningar** – t ex dysfagi ( sug, tugg, sväljsvårigheter), talproblem, dreglingsproblem mm samt de nya, odontologiska behandlingsmetoder avseende oralmotorik som numera står till buds.
- **Utökat samarbete kring ätstörningar** – anorexia och bulimia nervosa samt obesitas – kraftig övervikt.
- Förbättrade rutiner för omhändertagande av barn och ungdomar **inför och efter tandbehandling under narkos**.
- Utvecklandet av **rutiner för att fånga upp inneliggande barn / ungdomar** vid tex barnmedicinsk och barn – och ungdomspsykiatrisk klinik.
- Utveckla tekniken för **kommunikation med hjälp av bilder** för de barn och ungdomar som har funktionshinder avseende bl a perception - tex synkronisering av sinnesintryck .

*Det är också synnerligen viktigt att vissa funktionshindrade barn och ungdomar, utifrån odontologisk fackkunskapsbasis, framdeles blir undersökta, diagnosticerade och bedömda av pedodontist, tidigt i livet för tidig terapiplanering med fokus på förebyggande insatser.*



En annan viktig uppgift för pedodontisten i framtiden är att vidareutveckla diagnosticeringsinstrumenten för att differentialdiagnostisera den problematik som brukar benämnas "psykologiska behandlingsproblem" utifrån andra kriterier än "samarbetsvårigheter i tandvårdssituationen". Ett utagerande beteende i tandvårdssituationen kan för den oinvidge se likadant ut oavsett orsak. Behandlingsstrategin för att möta dessa "samarbetsvårigheter" skiljer sig emellertid liksom den uppföljande behandlingen, *beroende på bakomliggande orsakskomplex.*

Eftersom svårigheter av typen "samarbetsproblematik" ofta finns nära vid behandling av dels den mycket unga individen, dels den funktionshindrade individen, är det av vikt att vidareutveckla metoder för prediktion, behandling och uppföljning av behandlingskomplikationen "samarbetsvårigheter". Det är också nödvändigt att under liknande former verka för att förhindra att tandvårdsrädsla utvecklas. Pedodontistens fördjupade teoretiska kunskaper och dito förtrogenhetskunskap om det lilla barnets / den växande individens speciella behov och uttryckssätt är viktiga att ta till vara eftersom en stor generationsväxling inom den specialiserade pedodontin står för dörren och värdefull kunskap kan gå förlorad om inte särskilda insatser riktas mot denna personalgrupp. Grundutbildningen för allmäntandläkare innehåller idag endast 5 poäng i ämnet psykologi.

#### **Andra åligganden för pedodontisten.**

Förutom omhändertagande av barn och ungdomar enligt ovan, behöver pedodontisten även i framtiden

- Utredda och ev behandla tandutvecklingsstörningar och störningar i tandframbrott
- Utredda, ev. behandla samt långsiktigt planera åtgärder vid tandolycksfall.
- Utredda, ev. behandla samt upprätta vårdprogram för speciella grupper av barn och ungdomar med allmänsjukdom som på-

verkar tänder/tandhälsa och orala funktioner

- Utredda och ev behandla ovanligare sjukdomstillstånd i käkar och orala mjukvävnader
- Utredda och ev. behandla tandlossningssjukdomar i det unga bettet
- Delta i tandhälsovårdsarbete
- Vara rådgivare och handledare i frågor som rör specialiteten
- Delta i efterutbildning av tandvårdspersonal
- Beskriva det behov av tandvård som finns i populationen barn och ungdom
- Bevaka och bedriva forskning inom specialiteten
- Ha en samordnande funktion för de barn/unga som har många olika sjukvårds / tandvårdskontakter pga sin tandvårdssituation

*Samtliga beskrivna åtaganden förutsätter samverkan med andra odontologiska specialiteter,, sjukhus – och tandhälsovård, barnmedicinska specialiteter samt inte minst allmäntandvårdens tandvårdsteam.*

#### **Den specialiserade barn - och ungdomstandvårdens utåtriktade verksamhet.**

Framtidens utåtriktade verksamhet för pedodontisten innebär ett fortsatt nära och utvecklat samarbete med:

- Övriga odontologiska specialiteter samt sjukhustandvården
- Specialistsjukvården för barn och ungdom
- Allmäntandvården – speciellt via klinikchefer och av barn - och ungdomstandvård särskilt intresserade tandvårdsteam
- Tandhälsovården
- Individ – och familjeomsorgen (fd "socialen"), skolor, förskolor m fl.

*Den utåtriktade verksamheten i form av kurser / utbildningsprogram och auskultations- tjänstgöring bör utformas som riktad utbildning, noggrant planlagd samt med uppföljning över tid.*

Speciellt utrymme bör ges allmäntandvårdens team med speciellt intresse för barn- och ungdomstandvård.

Specialisttandläkaren i pedodonti förutsätts förmedla sin kunskap såväl i undervisning för grupper inom tandvården som för andra yrkeskategorier.

Forskning och utbildning behöver ske som tvärvetenskapliga projekt över ämnesgränserna för medicin, habilitering och psykiatri / psykologi.

#### **Framtida behov av pedodontistens specialkunskaper.**

Antalet remisser till specialisttandvården för barn- och ungdom kan med all sannolikhet förväntas öka. Barn och unga med behov av särskilt omhändertagande ökar stadigt i antal. Samtidigt ökar föräldrars krav på fullgod tandvård även för denna patientgrupp.

Däremot behöver varje remitterad patient i framtiden inte representera ett så tungt och tidskrävande omhändertagande som i dagsläget är fallet. Detta förutsätter emellertid en utökad kompetens hos allmäntandvårdsteamerna att tidigt skilja ut t ex barn med vissa funktionshinder som medför risk för oral ohälsa och/eller risk för samarbetssvårigheter, för tidig bedömning, diagnostisering och terapiplanering i samråd med pedodontist. Sådana instrument för ”sortering” av patienter finns redan men används endast till en del. Kariesriskbedömning och riskbedömning avseende parodontal sjukdom är sådana instrument – *liksom använ-*

*dandet av adekvat formulär som underlag för det anamnestiska samtalet.*

#### **Nytt arbetskoncept för specialisttandvården i pedodonti.**

Pedodontistens arbetskoncept behöver analogt till ovan också förändras mot ett mera konsultativt arbetssätt med regelbundna besök på plats i allmäntandvården. Rätt patient kan då tidigt få pedodontistens hjälp och enklare problematik kan lösas i ett tidigt skede genom handledning till allmäntandvårdsteamet. Detta innebär kvalitetsmässigt bättre vård för den enskilde patienten utifrån dennes individuella vårdbehov, kortare behandlingstid hos pedodontist och vidare kan omhändertagandet på allmänkliniken koncentreras och reduceras till ett förebyggande tandhälsoarbete som skall kunna utföras av härför väl utbildade team. Dessa team skall tidigt kunna konsultera pedodontist - utan att patienten remitteras – för rådgivning/ terapidiskussion medan den orala problematiken ännu är i sin linda och grava skador inte hunnit utvecklas. Så är i dagsläget inte fallet.

#### **Detta arbetssätt kräver dock utökade resurser för den specialiserade barn- och ungdomstandvården/ pedodontin i region Skåne.**

Kristina tar gärna emot frågor eller synpunkter på dokumentet på epostadress: [kristina.palm@skane.se](mailto:kristina.palm@skane.se) eller på adress Folk-tandvårdens kansli, Box 1, 221 00 Lund.



## Licentiatavhandling

### A longitudinal study of palatal plate therapy in children with Down syndrome. Effects on oral motor function.

Kerstin Carlstedt, Stockholm

#### *Inledning*

Barn med Down syndrom (DS) har en generell muskelhypotoni som ger en nedsatt funktion i den orofaciala muskulaturen, med bl.a. försämrad sväljning, sugning och artikulation samt ökad munandning.

Karakteristiska drag hos dessa patienter är en frekvent tungprotrusion och ett habituellt viloläge med öppen mun. Behandling med sjukgymnastik, samt gomplatta för att stimulera den orala motoriken har introducerats av Castillo-Morales.

Gomplattan har till uppgift att stimulera basala, motoriska och sensoriska strukturer som är viktiga för en tillfredsställande orofacial funktion. Syftet med plattan är att förändra tungans viloläge uppåt/bakåt och stimulera till kontraktion av överläppen samt öka munslutningen, och på så sätt förbättra näsandning, sväljning, mimik och artikulation.

Målsättningen med denna studie var att i en prospektiv randomiserad studie undersöka effekten av behandling med gomplatta på orofaciala funktioner.

#### *Material och metoder*

Patientgruppen utgjordes av barn med DS som remitterats till avdelningen för pedodonti, Odontologiska institutionen, Karolinska Institutet. Till behandlingsgruppen rekryterades 15 barn, mellan 3 månader och 3 år vid behandlingsstart, och 15 åldersmatchade barn med DS rekryterades till kontrollgruppen. Effekten av behandling med gomplatta utvärderades efter ett år (studie 1) samt efter fyra år (studie 2 och 3, med respektive 11 barn i varje grupp).

Gomplattorna framställdes i plastmaterial med störningselement. Föräldrarna instruerades att hjälpa barnen använda plattan minst 2

gånger om dagen och cirka en timme varje gång.

I delstudie 1 videofilmades varje barn en face före behandlingsstart samt därefter var tredje månad under första året. Tiden med öppen mun och tungprotrusion mättes och jämfördes mellan grupperna. I delstudie 2 videofilmades barnen 4 år senare under ickespråklig aktivitet, och med utökad antal oralmotoriska parametrar, vilka analyserades enligt metoden i delstudie 1. I delstudie 3 undersöktes patienterna med avseende på anatomi och tonus i över- och underläpp, tungprotrusion och munöppning vid undersökningstillfället. Mimiken bedömdes på en VAS-skala av tre bedömare. De intraorala parametrarna omfattade tungans och gommen utseende, slemhinnor och tonsiller, samt diagnostik av bett och ocklusion. Skattning av artikulations- och språkförmåga gjordes av samtliga barn med uppskattning av ordförrådets storlek och sammansättning. Ett strukturerat frågeformulär besvarades av föräldrarna innehållande frågor om bl.a. andning under sömn och vakentillstånd, snarkning, dregling, sömnapnéer nattetid, talets begriplighet, uppfattning om barnets ansiktsuttryck och tungprotrusion samt ätbeteende. Varje barn filmades en face före behandlingsstart samt därefter var tredje månad fyra gånger under första året, samt efter fyra år.

#### *Resultat*

Ett års behandling med gomplatta resulterade i en signifikant minskning av variabeln ”inaktiv tungprotrusion” och en signifikant ökning av variabeln ”sluten mun” i den behandlade gruppen jämfört med kontrollgruppen utvärderat med hjälp av videoregistrering. Variabeln ”öppen mun” utgjorde cirka 50% av tiden i bägge grupperna.

Efter fyra års behandling med gomplatta visade utvärderingen med videoregistrering lägre värde på variablerna för "inaktiv muskel funktion" ( $p < 0.05$ ) och högre värde för variablerna "aktiv muskel funktion" hos den behandlade gruppen. Den extraorala undersökningen visade att överläppen var anatomiskt kort hos 19/20 barn och att färre barn diagnosticerades med en inaktiv över- och underläpp i den behandlade gruppen. Det var också en signifikant skillnad i variabeln "rundning av läppar vid tal" mellan grupperna ( $p < 0.05$ )

Hypertrofiska tonsiller med mer än 50 % obstruktion förekom hos tretton av de tjugo barnen där fem barn var tonsillektomerade. Åtta av nio barn i den behandlade gruppen rundade läpparna vid artikulation av enskilda ord och vid spontant tal, jämfört med 3/11 i kontrollgruppen ( $p < 0.05$ ). Tre av nio barn i den behandlade gruppen mot 7/11 i kontrollgruppen hade hörbar velopharynxinsufficiens, men detta var ej signifikant.

Signifikant färre barn i den behandlade gruppen hade tungan synlig utanför munnen vid undersökning under tystnad och tal ( $p < 0.05$ ), och 2/9 barn i den behandlade gruppen hade munnen slutet under en stor del av den extraorala undersökningen jämfört med 9/11 i kontrollgruppen ( $p < 0.05$ ). I föräldraenkäten uppgavs att signifikant färre barn i den behandlade gruppen snarkade nattetid ( $p < 0.05$ ).

### **Diskussion**

Denna studie är den första som beskriver långtidseffekter av behandling med gomplatta hos en grupp barn med DS som jämförts med en obehandlad kontrollgrupp. Resultaten efter ett år visar en signifikant positiv effekt på viktiga parametrar som minskning av tungprotrusion och ökad tid med stängd mun. Resultaten efter fyra år är inte lika lätta att tolka. Ingen mätbar ortopedisk effekt på bettet kunde registreras i gruppen som behandlats med gomplatta.

Resultaten visar en påvisbar effekt på artikulationen genom att den behandlade gruppen hade signifikant bättre läpprundning vid tal, dock fanns inga signifikanta skillnader på velofarynxfunktionen.

Gomplattorna har däremot haft effekt på den orala motoriken dvs. den oro-faciala och mimiska muskulaturen och på det habituella tungläget. Signifikanta skillnader mellan grupperna registrerades i motoriska parametrar som ansiktsmimik, tungprotrusion, läppaktivitet och munslutning. Vad gäller kommunikativ förmåga med ord/tecken och satslängd har ingen effekt av gomplattorna kunnat visas.

### **Konklusion**

Dessa studier visar en förbättrad oral-motorisk funktion hos barn med Down syndrom efter fyra års behandling med gomplatta jämfört med en åldersmatchad obehandlad kontrollgrupp med Down syndrom.

## **Barntandvårdsdagar i Uppsala 20-21 september**

Detta år fick samtliga sex tandsköterskor vid pedodontiavdelningen i Umeå möjlighet att besöka Barntandvårdsdagarna i Uppsala. Vi har intervjuat dem om vad de tyckte om dagarna och om programmet som hade temat: "Förskoletandvård på gott och ont."

Samtliga var överens om att det bästa av allt var att de alla kunde följas åt till Uppsala, att alla fick del av samma program och att erfa-

renheterna efteråt kunde diskuteras inom hela gruppen. Ett bra sätt att skapa gemenskap! Fredagens program fick mycket beröm. Tyvärr gick dock nästan hela Lill-Kari Wendts presentation förlorad på grund av mikrofonproblem, något som alla var besvikna över. Ingegerd Mejåres framställning fick höga poäng. Något som särskilt framhölls som positivt var att föreläsningar strikt inom professionen varvades med föreläsningar som inte bara handlade om tänder. Föreläsningen av

Karin Sharma fick mycket uppskattning liksom föreläsningen av Peter Fichtel, psykolog och beteendevetare som talade om stresshantering – ett område som är angeläget att få belyst inte minst inom tandvården där arbetet ofta utförs under tidspress.

Eva Söderlings föreläsning handlade huvudsakligen om nyblivna mödrars användning av xylytol-tuggummi för att förhindra mutansstreptococcker att etablera sig i munnen hos de små barnen. Den ansågs mycket svår att följa. Dels var den på engelska, dels innehöll den många tabeller.

De korta filmsnuttarna som visades då och då var uppskattade. På fredagskvällen var det middag på Uppsala Slott med fantastiskt god mat och trevlig underhållning av en grupp från OD – den kvällen var helt klart en riktig ”höjdare”. Lördagens program innehöll också flera bra presentationer. Särskilt framhölls

Christina Stecksén-Blicks föreläsning som både nyttig och bra.

Inte minst uppskattade vår grupp av tandsköterskor att träffa kollegor från övriga Sverige och att få utbyta erfarenheter. Det är ingen tvekan om att ett besök på Barntandvårdsdagarna i fortsättningen kommer att prioriteras högt över ett besök på Riksstämman! Ett grattis till Ann-Cathrine Grevér och hennes medarbetare för ett fint arrangemang.

Anna-Karin Holm



## Disputation

**F**redagen den 6 april disputerade **Carina Kärrman Mårdh**, Institutionen för cell- och molekylärbiologi samt Institutionen för medicinsk biovetenskap, Umeå universitet, på avhandlingen Genetic studies of Amelogenesis Imperfecta (AI): mapping and molecular characterization of candidate genes for the local hypoplastic form. Svensk titel: Genetiska studier av amelogenesis imperfecta (AI): kartläggning och molekylär karakterisering av kandidatgener för den lokala hypoplasiformen. Fakultetsopponent var professor Niklas Dahl, Institutionen för patologi och genetik, Uppsala Universitet.



I avhandlingen ingående originalpublikationer:

I. **Kärrman C**, Bäckman B, Holmgren G and Forsman K. (1996) Genetic heterogeneity of autosomal dominant amelogenesis imperfecta ADAI demonstrated by its exclusion from the AIH2

region on human chromosome 4q. *Archives of Oral Biology* vol. **41**: 893-900.

II. **Kärrman C**, Bäckman B, Dixon M, Holmgren G and Forsman K. (1997) Mapping of the locus for autosomal dominant amelogenesis imperfecta (AIH2) to a 4 Mb YAC contig on chromosome 4q11-13. *Genomics* **39**: 164-170.

III. MacDougall M, Dupont BR, Simmons D, Reus B, Krebsbach P, **Kärrman C**, Holmgren G, Leach R and Forsman K. (1997) Ameloblastin gene (AMBN) maps within the critical region for autosomal dominant amelogenesis imperfecta at chromosome 4q21. *Genomics* **41**: 115-118.

IV. **Kärrman Mårdh C**, Bäckman B, Golovleva I, Simmons D, Gu TT, Holmgren G, MacDougall M, and Forsman-Semb K.

(2001) Human ameloblastin gene: genomic organization and mutation analysis in amelogenesis imperfecta patients. *European Journal of Oral Sciences* **109**: 8-13.

- V **Kärrman Mårdh C**, Bäckman B, Hu J C-C, Simmer JP and Forsman-Semb K. (2001) Enamelin as a candidate gene for amelogenesis imperfecta; gene organization and mutation screening. *Manuscript*.



Avhandlingen gäller en ärftligt betingad tand-sjukdom, *amelogenesis imperfecta (AI)*. Patienterna har antingen tunn eller

otillräckligt mineraliserad emalj - eller en kombination av båda delarna. Sjukdomen är vanlig i Västerbottens län, där den drabbar 1 på 700 individer; att jämföra med t.ex. Västsverige, där den drabbar 1 på 4 000.

I en tidigare studie lokaliserades en gen för en variant av AI till ett genetiskt avstånd på 17.6 cM, vilket kan översättas till 17.6 Mb (miljoner baspar) på kromosom 4. I denna avhandling har det kritiska området ytterligare avgränsats till 4 Mb och två kandidatgener har karaktäriserats. Kandidatgenerna har undersökts hos patienter med AI, och även om inga sjukdomsassocierade mutationer påträffades, har detta arbete avgränsat och underlättat fortsatta studier av sjukdomen. När den mutation som orsakar den lokala

hypoplasiformen av AI upptäcks, kommer kunskapen att underlätta diagnostiseringen av AI, leda till en ökad förståelse och kunskap om tandutvecklingsprocessen samt möjliggöra utvecklingen av bättre behandlingsmetoder.

Genom genetisk och fysisk kartläggning av kromosom 4 har det fastställts att genen för den lokala hypoplasiformen av AI finns i ett 4 Mb stort område. Studien visar att de sex studerade familjerna med denna typ av AI troligen är släkt med varandra och bär på samma mutation. Tillsammans med en amerikansk grupp kartlades en gen kodande för ameloblastin, ett protein som bygger upp emaljen under tandutvecklingen. Ameloblastingenen lokaliserades till kromosom 4, samma region som den sjukdomsorsakande genen för lokal hypoplasiform av AI. Den genomiska organisationen karakteriserades för både ameloblastingenen och en annan emaljen, enamelingen. Denna information användes sedan för att utföra mutationsanalyser i DNA från AI-familjerna. Inga mutationer som var associerade med sjukdomen hittades, och därmed kunde det uteslutas att mutationer i de delar av enamelin- och ameloblastingenerna som kodar för protein orsakar lokal hypoplasiform av AI.

Carina Kärrman Mårdh tel: 031-776 10 00,  
E-post:  
[carina.karrman-mardh@astrazeneca.com](mailto:carina.karrman-mardh@astrazeneca.com)

## Muntips

### Råd för barn med behov av särskild munomsorg

Initiativet till denna broschyr har tagits av *Eva Leksell* vid Eastmaninstitutet Stockholm, som också skrivit texten. Målgruppen är i första hand barn med andningsstöd, barn som sondmatas och barn med annan neurologisk funktionsstörning, men broschyren kan vara värdefull för alla grupper med avvikande munfunktion.

På ett tydligt och pedagogiskt sätt beskrivs i "18 råd" hur den dagliga munvården skall genomföras och vilka hjälpmedel som finns för barn och föräldrar. Därefter följer ett avsnitt om "Särskild munvård" där hjälpmedel vid sidan av tandborste och tandkräm beskrivs och där det finns utmärkta råd om hur munslemhinnor och tunga kan rengöras vid problem med uttorkade slemhinnor, svampinfektioner och



kväljningsproblem. Ett avsnitt beskriver hur sensorik och motorik kan stimuleras med hjälp av massage och stretching.

Pedodontisten, logopeden, sjukgymnasten och ortodontisten samt deras olika uppgifter presenteras och sist men inte minst viktigt finns en förteckning över var man kan finna olika hjälpmedel samt adresser till föräldraföreningarnas hemsidor etc.

Broschyren har tagits fram i samarbete med bl a en rad specialister inom barnanestesiologi och barnneurologi, med barnlogoped, sjukgymnast och käkortoped samt med Mun-H- Center och föräldrarepresentanter. Den är generöst illustrerad med utmärkta färgbilder.

Broschyren, som är i A4 format kan beställas från Eva Leksell, Eastmaninstitutet, Avd för pedodonti, Dalagatan 11, 113 24 Stockholm. Epost: eva.leksell@ftv.sll.se

## Pristagare och stipendiater 2001

Årets ACTA stipendium på 15 000 kronor har utdelats till Mats Bågesund, Linköping och årets MEDA stipendium på 5 000 kronor till Birgitta Bäckman, Umeå.

Stiftelsen Barntandvårdsdagars Stipendium för Forskning och Utveckling på 10 000 kronor delas i år mellan Jan Berdén, Karlstad och Susanne Brogårdh-Roth, Malmö.

Stiftelsens stipendium till Nyblivna Specialister har tillfallit Jan Berdén, Karlstad och Annika Juhlin, Skövde, som fått 5 000 kronor vardera.

Barntandläkarbladet ber att få gratulera stipendiater och pristagare!



## Svenska Pedodontiföreningen svar rörande enkäten - Angående framtida behov av specialister

Hur ser ni på specialistrollen i framtiden?  
Försök att se en fördelning klinik/konsultativ verksamhet – handledning/utbildning – forskning/utveckling

Svar:

En rimlig framtida fördelning är 50% klinik, 15% handledning/utbildning, 20% forskning

och utveckling, 5% egen utbildning samt 10% administration

Hur ser ni på utvecklingen inom specialiteten – ser ni några stora landvinningar avseende material- och metodutveckling under den närmaste 15 årsperioden?

Svar:

1. *Kommunikation via Internet – omhändertagande i aktuella patientsituationer som exempelvis behandlingsproblem av psykologisk art*

2. *Kariostatiska fyllningsmaterial*

3. *System för riskvärdering baserad på genetiska faktorer*

4. *Specifika implantatmetoder i kombination med bentillväxtstimulering*

5. *Metoder att förhindra rotresorption efter tandtrauma*

Har remissflödet ökat – hållit sig konstant – minskat under de senaste åren.

Svar:

Remissflödet har ökat på de kliniker som har full bemanning

Har andelen ”enkla fall” ökat – minskat.

Svar:

I stort sett oförändrat eller en lätt ökning men antalet komplicerade (sena) fall har ökat med ett ökat behov av ett individuellt anpassat multidisciplinärt omhändertagande.

Hur ser ni på behovet av specialister i framtiden. Ökat – samma som idag – minskat?

Svar:

Ökat behov av specialister i pedodonti i framtiden främst på grund av

- En ökning av barn med kroniska sjukdomstillstånd med påverkan på den orala hälsan
- En ökad medvetenhet hos föräldrar till barn med kroniska sjukdomar med krav på specialistkompetens i omhändertagandet av deras barns speciella behov. Behov av ökat samarbete med barnmedicin och barnmedicinska specialiteter t ex barnanestesi, barnpsykiatri och barnhabilitering.

liteter t ex barnanestesi, barnpsykiatri och barnhabilitering.

- En ökad andel barn med invandrarbakgrund
- Ekonomiska besparingar inom allmän- tandvården och specialistvården har resulterat i att remisserna kommer i ett senare skede och patienten då har ett stort ackumulerat behandlingsbehov
- För att klara vissa barns behandlingsbehov krävs idag i högre grad ett samarbete mellan ett flertal olika specialiteter, som tex vid aplasier, traumatiska tandskador och oralmotoriska tillstånd.

Hur ser ni på möjligheten till arbetsorganisatoriska förändringar, dvs att allmäntandläkaren skall kunna ta hand om ”enkla specialistfall”? Vilka insatser skulle krävas från specialisthåll för att möjliggöra detta?

Svar:

Är en fin möjlighet – som till stor del existerar idag – s.k. resurstandläkare.

*Kräver en utökad omfattning av utbildningsdagar – auskultationsdagar – terapi/kliniska seminarier. Kommunikation över ett Intranät bör också kunna utnyttjas*



Brev till landets Beställarenheter

## Information om Svenska Pedodontiföreningens program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård

---

Svenska Pedodontiföreningen (SPF) vill med detta brev informera om arbetet med ett dokument med titeln "Svenska Pedodontiföreningens program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård" som publicerades i Tandläkartidningen 2001;93:38-41. En referensgrupp bestående av olika representanter inom tandvården har deltagit i utarbetandet av dokumentet.

SPF har under lång tid engagerat sig i frågor rörande kvalitet och prioriteringar inom svensk barn- och ungdomstandvård. SPF har bland annat möjlighet att genom stipendier, priser och konferenser stödja forskning och utveckling samt fort- och vidareutbildning inom vårt område. Stödet riktas både internt i föreningen, gentemot grundutbildningen inom tandvården och externt mot all tandvårdspersonal som har med tandvård för barn och ungdomar att göra. Konferensen Barntandvårdsdagar som detta år är i Uppsala den 21-22 september är ett exempel.

Ett tidigare resultat av SPF's engagemang är ett dokument som en uppföljning av prioriteringsutredningen, Vårdens svåra val, SOU 1995:5. Detta dokument har titeln "Patientsäkerhet och kvalitet i tandvård för barn och ungdomar med behov av särskilt omhändertagande" och publicerades i Tandläkartidningen 1998;90:77-8. Syftet var att ge riktlinjer för nödvändiga prioriteringar inom barn- och ungdomstandvården.

Ett ökat antal aktörer inom barn- och ungdomstandvården ställer nya krav på klara

riktlinjer och gemensamma övergripande vårdstrategier även inkluderande system för kvalitetsuppföljning. Beställarna av tandvård måste tydligt formulera förutsättningarna för vården och följa upp verksamheten.

Men vårdprogram är utan större värde om de inte används i planering eller utförande av tandvården. Det är SPF's avsikt att i framtiden utvärdera på vilket sätt de olika dokumenten har kunnat användas i utformning av beställningar inom barn- och ungdomstandvården samt i utförandet av själva tandvården. Avsikten med detta brev är således att informera om ovanstående arbete och agerande samt att SPF önskar återkomma med en uppföljning i enkätform inom en snar framtid. Vi tar naturligtvis gärna emot spontana kommentarer eller synpunkter redan nu.

Bästa hälsningar  
för Svenska Pedodontiföreningen

-----  
Dokumentet finns tillgängliga på [www.spf.nu](http://www.spf.nu)  
under "vårdprogram":

Svenska Pedodontiföreningens program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård. Tandläkartidningen 2001; 93:38-41

Patientsäkerhet och kvalitet i tandvård för barn och ungdomar med behov av särskilt omhändertagande. Tandläkartidningen 1998; 90:77-8

## Rapport från Södra sektionen

Margareta Borgström, ordförande

Söndagkväll och lyckligt hemkommen från årets riksstämma, vilken i år arrangerades av södra sektionen. Årets tema var kvalitet och ett av de vetenskapliga programmen var "Materialval i barn- och ungdomstandvården" – där Ulla Schröder var moderator och Sven-Åke Lundin och Ingrid Andersson –Wenckert gav ett och annat tips om bl.a. proxitektor, om att ha tillräckligt stor understödsyta vid fyllningspreparation, att noggrant följa bruksanvisning och skrota Ketac-silver. Det andra programmet riktade sig till tandvårdsteamet och hette "Kvalitet i småbarnstandvården – ekonomi i framtiden". Lill-Kari Wendt och Ellinor Carlsson redogjorde för sin vårdmodell i omhändertagandet av förskolebarnet. Ulla Hallström var moderator och detta var den programpunkt som lockade flest åhörare. För femte året i rad fanns också programpunkten "Hur tycker du patienten ska behandlas"? Nytt för i år var ytterliggare ett samseminarium med ortodontisektionen "Kvalitet i barntandvården ur olika perspektiv". Två föräldrar, Sven-Åke Lundin, Bengt Mohlin och Raimo Pälverinne dis-

kuterade skillnader i prioriteringar i vad som anses viktigast inom barntandvården.

Tyvärr var det inte så många forskningsrapporter, men frågestunden efteråt var livlig med mycket trevlig stämning. Sammanfattningsvis kände vi oss nöjda med att så många valde att lyssna på våra symposier trots att det fanns mycket annat att välja på. Ett stort *Tack* till alla riksstämmedeltagare.

Hösten har varit lång och mild och ännu finns många löv kvar på träden. Palmerna i Trelleborg är dock intagna på vinterförvaring och då är det dags för årsmöte i vår sektion. Programmet ska handla om barn och cancer där vi har bjudit in en samordnings-sjuksköterska Carina Mähl från barn-canceravdelningen i Lund. Vårmetet ägnades åt barn och diabetes. Lars Matsson pratade om de odontologiska aspekterna och barn- och ungdomssjuksköterskan Astrid Lejde informerade om senaste nytt inom diabetesvården.

## Rapport från Östra sektionen

Stein Björkman, ordförande

Sektionen inledde sin verksamhet med ett årsmöte den 15 februari. Till styrelsen under detta år valdes Stein Björkman; ordförande, Karin Högkil; sekreterare, Georgios Tsilingiris; kassör, Åsa Högström; ledamot samt Margareta Lundberg; ledamot.

I samband med årsmötet föreläste habiliteringsläkare Ulla Pålsson-Stråe ifrån Falun om "Angelman syndrom och Rett syndrom; Något om orsaker och klinik vid två ovanliga och speciella syndrom". En föreläsning som uppskattades både avseende form och innehåll.

Styrelsens arbete fokuserades kring utbildningsaktiviteter för sektionens medlemmar samt andra intresserade kollegor. Vi hade därför i början på oktober en intressant föreläsning av tandläkare Åsa Sullivan kring ämnet "Probiotika-framtidens mediciner". En föreläsning som informerade om forskningsfronten avseende behandling av infektioner idag och i morgon. Intresseväckande och lärorik. Åsa har ett förflutet vid tandläkarhögskolan i Malmö och finns numera på avd för Oral mikrobiologi på Huddinge sjukhus.

Vidare har styrelsen planerat vår traditionella halvdagkurs som brukar infalla omkring årsskiftet. Stärkt av den mycket uppskattade kursen som avhölls den 29/1 2001 med universitetslektor Lars Rundqvist, (avd f Käkkirurgi, Odontologiska Institutionen i Huddinge) som pratade om *Munslemhinnan hos barn och ungdom- vad är friskt och vad är sjukt?* planerar vi en ny intellektuell och kulinarisk upplevelse till början av år 2002. Preliminärt ämne kommer att vara planering inför implantatbehandling hos barn och ungdomar med fokus på de mer komplexa fallen.

I samband med Munslemhinnekursen gavs deltagarna möjlighet att bese de nyligen ombyggda och nyutrustade lokalerna på Odontologiska Institutionen i Huddinge, där bl a avd Pedodonti och Ortodonti numera återfinns i en miljö som upplevs som ljus, luftig och fylld med smakfull inredning och utrustning.

Annat av intresse som diskuterats på styrelsens och sektionens möten har varit den

omorganisation som Stockholms läns landsting genomfört och de konsekvenser som detta får/kan ge för specialistvården inom Pedodontin. Hur kommer den brist på specialister som finns i regionen (och säkert på andra håll i landet) att påverka vårdkvalité/tillgänglighet? Dessutom kommer säkert den turbulens som uppstod inom Folk tandvården i Stockholms läns landsting i samband med att styrelse och vd sparkades i september att ge påverkan på barntandvården.

I färskt minne bland många av oss finns Barntandvårdsdagarna i Uppsala som genomfördes i slutet av september. Som vanligt trevliga och lärorika. Slutligen håller styrelsen på att formera en strategi för övertagande av redaktörskapet för Barntandläkarbladet- en "stafettpinne" som vi ser fram emot att ta över från Norra sektionen.

Bästa hälsningar från ÖSP genom  
Stein Björkman, ordförande  
stein.bjorkman@ofa.ki.se

## Rapport från Västra sektionen

Catharina Jacobsson, ordförande

Under 2001 har Västra Sveriges Pedodontisektion (VSP) hitintills haft en sammankomst. Vår mötet i Göteborg ägde rum den 5 februari, då docent Agnes Wold föreläste om "Allergi och snusk". Agnes Wold är immunolog på Sahlgrenska sjukhuset. Hon höll en intressant och rolig föreläsning om hur allergiförekomsten hos barn har ökat i i-länderna och att samtidigt förekomsten av allergi hos barn ej är lika stor i u-länderna. Enligt Agnes blir våra barn kanske utsatta för allt för lite "smuts", vilket i sin tur skulle ha en negativ påverkan på immunförsvaret och därigenom kunna vara en eventuell orsak till allergiökningen i västvärlden.

Under mötesförhandlingarna därefter redogjorde Sven-Åke Lundin för behovet av

pedodontister i framtiden. Mellan år 2000-2004 kommer totalt 23 pedodontister att gå i pension. Tillskottet av nyutexaminerade pedodontister är 10 vilket innebär att vi 2004 har ett underskott på 13 pedodontister.

Höstmötet blir den 3 december också det i Göteborg. Vi kommer då att lyssna till en föreläsning av docent Lilian Tengborn, (överläkare på Sahlgrenska sjukhuset) om barn med blödningsrubbingar. Marie-Louise Odersjö kommer sedan att berätta om de odontologiska aspekterna på barn med blödningsrubbingar. Detta möte är ett årsmöte då en styrelse skall väljas. I VSP:s styrelse idag ingår Britt Alander (kassör), Bengt-Olof Hansson, Agneta Robertson, Gunilla Klingberg (ledamöter), Annika Juhlin (sekreterare) och undertecknad som

ordförande. Vidare kommer under mötet en första planering av riksstämman 2002 att tas upp som en av punkterna, i och med att VSP då står som ansvarig sektion.

En av våra medlemmar, Sigrid Arvidsson har nyligen gått bort. Sigrid var under 20 års tid verksam vid Pedodontikliniken i Vänersborg. Hon var ensam pedodontist i Vänersborg

under alla år och gav mycket av sin kraft och glädje på sitt arbete. Åren innan Vänersborg var Sigrid verksam vid Pedodontikliniken på Odontologen, Göteborg och hon har varit med och utbildat många av våra kollegor i barntandvård. Vi alla inom VSP sörjer en vän och en kollega som har gett mycket av sin energi för pedodontin.

## Rapport från Norra sektionen

### Bo Schelin, ordförande

Även under innevarande år har sektionsaktiviteten varit ringa. Avstånden i vår sektion utgör en svårighet att samlas till möten. Chat-grupper och telekonferenser är lösningar som har diskuterats för framtiden, men ej ännu funnit sina former.

Vid årsmötet i mars avhandlades sedvanliga formalia och undertecknad informerade om UGL - Utveckling Grupp Ledare -, som utgör ett av de mer välkända koncepten för ledarskapsutbildning. Ämnet, som ju har stort

allmänintresse, väckte många frågor och intressanta utvecklingar.





## Information om Vårmöte 2002

---



Svenska Pedodontiföreningens

# Vårmöte 2002 fredag - lördag 19-20 april i Kiruna

Etik i barntandvården

AVSTAMP 2001 - redovisning av några projekt  
Ny modell för svensk barntandvård

Vi besöker Jukkasjärvi kyrka och ishotellet

April månad är perfekt för skidåkning i t ex  
Riksgränsen

**Definitivt program och reseförslag kommer med  
utskick under våren**

## Inbjudan till konferens om ektodermal dysplasi

**J**ODONTOLOGISKA INSTITUTIONEN  
THE INSTITUTE FOR POSTGRADUATE DENTAL EDUCATION



### FIRST ANNOUNCEMENT INVITATION TO A EUROPEAN CONFERENCE ON ECTODERMAL DYSPLASIA

**A conference will be held for European professionals in oral health care working with people with Ectodermal Dysplasia syndromes, May 30-31, 2002 in Malmö, Sweden**

**The conference is organized by the resource centres for rare disorders in Jönköping, Sweden and Oslo, Norway.**

The lecturers represent the disciplines of molecular biology, clinical genetics, special care dentistry, pediatric dentistry, orthodontics and prosthetic dentistry and representatives of European patient organizations for ectodermal dysplasia.

Ectodermal Dysplasia syndromes are rare diagnoses, and we hope this conference will initiate a broader cooperation and exchange of information within Europe.

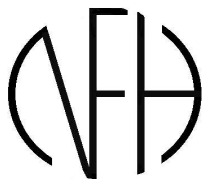
#### **Mission**

To improve the care offered to European patients and to establish a network of professionals who want to develop the oral health care services for individuals with Ectodermal Dysplasia in the European countries.

Please register your interest for further information at:

[Odontologiska.institutionen@ltjkpg.se](mailto:Odontologiska.institutionen@ltjkpg.se)

or mail to: The Institute for Postgraduate Dental Education,  
Attn: Eva Larsson  
Box 1030  
SE-551 11 Jönköping  
Sweden



## Oral medicin för barn och vuxna

Tandådalen, Sälenfjällen 23-25 jan 2002

NFH:s årliga kursverksamhet för hela tandvårdsteamet förläggs denna gång till vår närmsta fjällmiljö med stora möjligheter till friskvård och naturupplevelser!

Kursgivare: Göran Dahllöf prof.  
Mats Jontell prof.  
Gertrud Malmestrand sjukhusdl.  
Kerstin Öhrn fil dr.

Vi kommer att kunna spegla hela spektrat av munslemhinneförändringar inklusive resttillstånd efter cancerbehandlingar. Tyngdpunkten kommer att ligga på fallbeskrivningar, behandlingsstrategier och det praktiska omhändertagandet.

Program (kan kastas om beroende på vädret):

Onsdag 23 jan

13.00 Lunch  
14.00 Kursinledning. Information.  
14.15 Normal slemhinna. Slemhinnebarriärer. Reaktionsmönster. Mucosit. Munsveda.  
Läkemedelsbiverkningar. Normala anatomiska variationer. GM, MJ  
15.45 Kaffe. Utställning  
16.15 Fortsättning av föreg.  
18.00 Föreläsning avslutas  
18.15 NFH årsmöte.  
19.30 Middag

Torsdag 24 jan

08.00 Leukoplakier, lichen, lichenoida förändringar och övriga slemhinneaffektioner. Candidoser och andra opportunistiska infektioner. Klassifikation - diagnostik - behandlingsstrategier. Fotodokumentation. MJ, GM.  
09.30 Kaffe. Utställning  
10.00 Fortsättning av föreg.  
12.00 Lunch. Vård Folk tandvården Dalarna.  
Friluftsliv  
15.30 Kaffe. Utställning  
16.00 Somnetmöte online. Fortsättning av föreg.  
18.30 Föreläsning avslutas  
19.30 Middag med nattklubb. Prisutdelning

Freitag 25 jan

07.00 Pooltime  
08.30 Munhälsa och munvård bland cancerpatienter under strål- eller kemoterapeutisk behandling. KÖ  
09.00 Leukemier. Akuta och kroniska effekter av strålbehandling. Immunosupprimerade patienter - slemhinna - paradontit - svamp. Salivförändringar - slemhinna. Förändringar i mikrofloran. Psykologiska aspekter i barncancerbehandling. Barncancerfondens vårdprogram. GD  
9.45 Kaffe  
10.00 Fortsättning av föreg.  
12.00 Avslutning och lunch

**Förbindelser:** Morgontåget från Stockholm anländer till Malung 11.41. Bussförbindelse finns från Malungs jvst. Om tillräckligt många anmäler intresse anordnas en abonnerad buss. Den ansluter även på fredagen till tåget från Malung kl. 13.54. Pris 200 kr ToR.

Långväga gäster kan komma med flyg till Arlanda eller Borlänge och fortsätta med tåget eller anlända dagen före och få en extra friluftsförmiddag. Möjlighet att ta med familjen och/eller att stanna kvar över helgen.

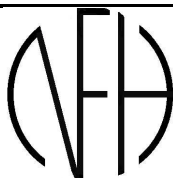
**Kursavgift:** 2 500 kr vid betalning före 2001-12-01, annars 2 700 kr. Postgiro 4307398-0. NFH svenska sektionen.

**Priser:** Helpensionspris onsd-fred i dubbelrum/lägenhet 2 100:- + moms

Tillägg för en tredje person i lägenhet onsdag-fredag 950:- + moms.  
Enkelrumstillägg (för 2 nätter) 390:- + moms  
Boende fredag-söndag, del i dubbelrum, inkl frukost 1175:- inkl moms.  
Boende tisdag-onsdag inkl frukost 250 kr inkl moms.

Anmälan senast 01-12-01. Anmälningssblankett se nästa sida!  
Uppl: Bo Hedås tel 0225-494211. E-mail: bo.hedas@ltdalarna.se  
**Välkomna!**

## Anmälan till kurs



### Oral medicin för barn och vuxna Tandådalen 2002-01-23-25

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Jag vill bo i  
enkelrum  
dubbelrum tillsammans med \_\_\_\_\_  
trippel tillsammans med \_\_\_\_\_

Anländer  
tisdag  
onsdag

Avreser  
fredag  
söndag

annat alt. \_\_\_\_\_

Vill åka abonnerad buss Malung - Tandådalen ToR

\_\_\_\_\_  
Namnteckn.

Insändes senast 2001-12-01 till  
Sjukhustandvården Att Kristina Ahnlén, Box 350, 783 27 Säter Fax: 0225-49 45 37

## Litteraturlguide

---

### **International Journal of Paediatric Dentistry**

Innehållsförteckning för andra nummer av tidskriften finns på hemsidan:

[www.iapd.org.uk](http://www.iapd.org.uk)

*No. 5, September 2001, Vol 11*

Hashim Nainar SM. Dental management of children with latex allergy (review)

Blakytyn C, Surbutts C, Thomas A, Hunter ML. Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. 333.

Kabban M, Fearn J, Jovanovski V, Zou L. Tooth size and morphology in twins. 340.

Ekim SL, Hatibovic-Kofman S. A treatment decision-making model for infraoccluded primary molars. 347.

Collard MM, Hunter ML. Oral and dental care in acute lymphoblastic leukaemia: a survey of United Kingdom Children's Cancer Study Group Centres. 352

Blankenstein R, Brook AH, Smith AN, Patrick D, Russell JM. Oral findings in Carpenter syndrome. 361.

Wyne AH, Darwish S, Adenubil J, Battata S, Khan N. The prevalence and pattern of nursing caries in Saudi preschool children. 365.

de Freitas FCN, Bastos EP, Primo LSG, de Freitas VLN. Evaluation of the palate dimensions of patients with perennial allergic rhinitis. 372.

Grobler SR, Louw AJ, van W Kotze TJ. Dental fluorosis and caries experience in relation to three different drinking water fluoride levels in South Africa. 372.

Mochizuki K, Ohtawa Y, Kubo S, Machida Y. Bifurcation, birooted primary canines: a case report. 380.

### **Pediatric Dentistry**

Innehållsförteckning för andra nummer av tidskriften finns på hemsidan [www.aapd.org](http://www.aapd.org)  
*July/August, 2001 Volume 23, Number 4*

Acs G, Hersch G, Testen RD, Ng MW. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education.

Wilson S, Farrell K, Griffen A, Coury D. Conscious sedation experiences in graduate pediatric dentistry programs.

Dias da Silva Telles P, Aparecida M, Moreira Machado A, Nör JE. SEM study of a self-etching primer adhesive system used for dentin bonding in primary and permanent teeth.

Schultz ST, Shenkin JD, Horowitz AM. Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children.

Schmitt D, Lee J, Bogen G. Multifaceted Use of ProRoot™ MTA Root Canal Repair Material.

Strange DM, Sue Seale N, Nunn ME, Strange M. Outcome of formocresol/ZOE sub-base pulpotomies utilizing alternative radiographic success criteria.

Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study.

Ram D, Peretz B. Reactions of children to maxillary infiltration and mandibular block injections.

Sacal C, Alfonzo Echeverri E, Keene H. Retrospective survey of dental anomalies and pathology detected on maxillary occlusal radiographs in children between 3 and 5 years of age.

### CLINICAL SECTION

Morley K. "All in a Day's Work"—The Challenges of Pediatric Dentistry.

Lee JY, Vann WF, Jr, Sigurdsson A. Management of avulsed permanent incisors: A decision analysis based on changing concepts.

Donly KJ, Castellano J. Introduction to a novel extraction forceps.

Hossam E. ElBadrawy, Mai Diab. Treatment of cariously involved fused maxillary primary lateral and central incisors.

Goho C. Oral midazolam – grapefruit juice drug interaction.

### ORAL PATHOLOGY

Schafer TE, Singh B, Myers DR. Cementoblastoma associated with a primary tooth: a rare pediatric lesion.

Flaitz CM, McCandless G. Palatal blue nevus in a child.

### ASDC Journal of Dentistry for Children

Abstract ur innehållet i olika nummer av tidskriften finns på [www.asdckids.org](http://www.asdckids.org)

#### *Mars-April 2001*

Nathan JE. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities.

Teuscher GW. Bacteria are winning.

Skaret E, Milgrom P, Raadal M, Grembowski D. Factors influencing whether low-income mothers have a usual source of dental care.

Weinstein P, Riedy CA. The reliability and validity of the RAPIDD scale: readiness as-

essment of parents concerning infant dental decay.

Jang KT, Garcia-Godoy F, Donly KJ, Segura A. Remineralizing effects of glass ionomer restorations on adjacent interproximal caries.

Kim JW, Jang KT, Lee SH, Kim CC, Hahn SH, Garcia-Godoy F. In vivo rehardening of enamel eroded by a cola drink.

Hicks MJ, Parkins FM, Flaitz CM. Kinetic cavity preparation effects on secondary caries formation around resin restorations: a polarized light microscopic in vitro evaluation.

Terlaje RD, Donly KJ. Treatment planning for space maintenance in the primary and mixed dentition.

Primosch RE, Balsewich CM, Thomas CW. Outcomes assessment an intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a Medicaid population.

### ASDC J Dent Child Januari-Februari, 2001

Sepulveda E, Rojas Castro J. Signs of medullar aplasia in the oral cavity: report of case.

Uzamis M, Olmez S, Er N. Unusual impaction of inverted primary incisor: report of case.

Matsumoto M, Nakagawa Y, Sobue S, Ooshima T. Simultaneous presence of a congenitally missing premolar and supernumerary incisor in the same jaw: report of case.

Srivastava N, Srivastava V. An inverted supernumerary tooth: report of case.

Waldman HB, Perlman SP. 1,304,594 births to unmarried women in 1999.

ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Parental beliefs on the origins of child dental fear in The Netherlands.

Behrendt A, Sziegoleit F, Muler-Lessmann V, Ipek-Ozdemir G, Wetzel WE. Nursing-bottle syndrome caused by prolonged drinking from vessels with bill-shaped extensions.

Isogai A, Nakagaki H, Hanaki M, Tsuboi S, Morita I, Osaka C. Use of fluoridated dentifrice and glucose retention at the approximal areas of anterior teeth.

Buzalaf MA, Granjeiro JM, Damante CA, de Ornelas F. Fluoride content of infant formulas prepared with deionized, bottled mineral and fluoridated drinking water.

Mattos-Graner RO, de Moraes AB, Rontani RM, Birman EG. Relation of oral yeast infection in Brazilian infants and use of a pacifier.

Tsai HH. Components of anterior crossbite in the primary dentition.

Tsai HH. Descriptive classification of variations in primary mandibular first molars.

Tsai HH. Tooth-position, arch-size, and arch-shape in the primary dentition.

Teuscher GW. The primacy of the primary dentition.

Davis MJ. Who is caring for our children?



