



SVENSKA
PEDODONTI
FÖRENINGEN

BARNTANDLÄKARBLADET

SVENSKA PEDODONTIFÖRENINGENS MEDLEMSBLAD

NUMMER 2 – 2009/ÅRGÅNG 22



Organ sedan 1989 för
Svenska Pedodontiföreningen
Swedish Society of Paediatric Dentistry



Svenska Pedodontiföreningen 2009

Styrelsen

Ordf.	Christer Ullbro
Skr.	Ingrid Andersson Wenckert
Kassör	Karin Ridell
Ledamöter	Margaret Grindefjord Sven-Åke Lundin Gunilla Klingberg Georgios Tsilingaridis

Norra sektionen

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

Södra sektionen

Ordf.	Margareta Borgström
Skr.	Elisabeth Lager
Kassör	Gunilla Magnusson
Ledamöter	Karin Ridell Åsa Hasselblad-Larsson

Västra sektionen

Ordf.	Tobias Fagrell
Skr.	Ted Lundgren
Kassör	Britt Alander
Ledamöter	Gunilla Klingberg Johanna Norderyd Marianne Rythén

Östra sektionen

Ordf.	Lena Permert
Skr.	Eva Bergman
Kassör	Sofie Hübel
Ledamöter	Marianne Lillehagen Vakant

Innehåll:

Från redaktionen, på gång	3
Ordförande har ordet	4
IADP i Munchen	5
Uruguay och Argentina	8
Rapport från Riksstämman	10
Ny specialist	10
Hälsning från Boston, USA	11
NFH i Reykjavik	12
Boktips	14
Rapport från sektionerna	15
Resurstandläkare i Västerbotten	16
Om ketogen kost	18
Barntandvårdsdagarna	19
Program vårmötet	21

Omslagsbild:

Den fina blå kärhöken är förstas
fotograferad av Norra sektionens
favoritfotograf: *Jörgen Viklund*. Fågeln är
utvald bland hans bilder för att just den blå
kärhöken är Västerbottens landskapsfågel.

Umeå 091228

Från redaktionen

Hej igen!

Nu avslutar vi vårt redaktionsarbete för den här gången; här är nu nummer fyra av de Barntandläkarblad som Norra sektionen varit ansvariga för. Det har varit ett roligt arbete, med många formella och informella redaktionsmöten, mail kors och tvärs, ofta trial and error eftersom vi alla saknar vana av redaktionsarbete och också saknar dataprogram för detta. Vi har hankat oss fram med Microsoft Word vilket gör att "layouten" kanske verkat precis så amatörmässig som den varit.

Innan vi slutar vill vi tacka ALLA som bidragit med inlägg, reseskildringar och annat som gjort vårt Barntandläkarblad till en innehållsrik skrift; Tack!!

Vi lämnar nu över till nya redaktionen: Lena Permert (Stockholm), Ewa Bergman (Nyköping), Andreas Dahlander (Stockholm, Södertälje).

Vi önskar nya redaktionen lycka till och ser fram emot läsning och inspiration från vår Östra Region.

Varma hälsningar från oss i Norra, med önskan om ett riktigt fint Barntandläkarår 2010!!



Nya redaktionen från Östra regionen



Lena Permert (Stockholm), Ewa Bergman (Nyköping), och Andreas Dahlander (Stockholm, Södertälje),

På gång....

4-5 februari 2010	Odontologiska temadagar Örebro
22-23 april 2010	Vårmöte Sigtuna
2-6 juni 2010	EAPD Harrogate, England
11-13 juni 2010	IADT (Int Ass of Dental Traumatology) Verona, Italien
14-17 juli 2010	IADR Barcelona, Spanien
25-28 aug 2010	IADH Ghent, Belgien
23-24 sep 2010	Barntandvårdsdagar Norrköping
18-20 nov 2010	Riksstämman Göteborg
15-18 juni 2011	IAPD Athén Grekland

Nästa nummer:

Artiklar, insändare och bidrag insändes till östra sektionens redaktion senast den 15 april 2010

Skicka till

lena.permert@ftv.sll.se

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

OBS! Inga bilder inklistrade i text.

Text och bild skall skickas som separata bilagor.

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

Ordföränderader:

Det står november i almanackan när jag skriver detta och den ljusa delen av dagen är inte bara kort utan framträder också i många nyanser av grått. Lyckligtvis är arbetet inte lika grått som omgivningarna utan många händelser och patienter lyser verkligen upp tillvaron. Lyser upp och värmer gör också arbetet i styrelsen som visst kan vara hektiskt och stressande – men vilken härlig grupp det är att arbeta i! Vad vore Vårmöten och Barntandvårdsdagar utan alla frivilliga timmar vid telefoner och datorer, utan alla tidiga och sena timmar som tillbringas på tåg och flyg på väg till och från styrelsemöten och utan alla goda idéer om föreläsare och programpunkter? Jag vet! De skulle aldrig bli av! Men de blir av - även under 2010. Vårmöte i Sigtuna 22-23 april ("Gener i focus") och Barntandvårdsdagar i Norrköping 23-24 september ("Livsstil och Oral hälsa"). Boka av dessa dagar så har du några spännande kursdagar att se fram emot under det kommande året.

Jag har under året haft glädjen att träffa företrädare för såväl den europeiska som den internationella pedodontivärlden, dels i Helsingfors under *EAPS's Workshop* om emaljstörningar och senare i München i samband med IAPD-kongressen.

Mötet i Helsingfors fokuserade kring diagnostik, etiologi och terapi av tänder med MIH. Tyvärr fick vi inte några direkta svar på de etiologiska frågorna, men mötet tycker jag bekräftade att vi i Sverige ligger väl framme i behandlingen av MIH-tänder.

Midsommar är en viktig helg för oss svenskar där traditionella maträtter och drycker spelar en stor roll. Kan en kongress i södra Tyskland förändra en tradition som sitter så djupt inrotad i den svenska kulturen? Nej, trots regn och blåst så dukades det upp sill, öl, snaps, knäckebröd och jordgubbar som midsommarlunch. Utomhus – visst, fast inte riktigt på den plats vi tänkt oss, men ändå.

Inomhus bjöds det på ett intellektuellt smörgåsbord med flera bra anrättningar av svenska deltagare. Jag deltog för första gången i IAPD's Council där nya styrelsemedlemmar valdes i sann demokrati...näja – valdes. Nästa IAPD-möte hålls i Athen 2011 och med tanke på det 'release-party' som den grekiska pedodontiföreningen höll så bör du inte missa den kongressen. Men redan i början av juni 2010 håller EAPD kongress i Harrogate, England. Från Sverige reser du lättast med flyg till Manchester och sedan med tåg till Harrogate.

Under året har specialistenkäten från 2008 ställts samman. Den visar på att antalet remisser fortsätter att öka, att flera revisionspatienter behålls på klinikerna samtidigt som antalet färdigbehandlade patienter ökar och kötiderna minskar. Jag får en känsla av att svenska pedodontister slår knut på sig själva för att tillgodose det ökade vårdtryck som enkäten visar på. Tiden för extern verksamhet med konsultationer och utbildning inom allmäntandvården ligger dock fortfarande på en låg nivå. Enkäten visar också en svängning av remissorsaker med flera remisser på grund av erupsionsstörning och omfattande kariesskador

samtidigt som remissantalet från sjukvården har minskat något.

Vi kan också konstatera att kötiden minskar till såväl kliniker som narkosbehandling, men att några kliniker fortfarande har alltför långa kötider. Erfarenhetsutbyte av hur det går att arbeta med kölisteproblemet kan vara ett programförslag för något av sektionernas möten under 2010?



I oktober hade ST-handledarna en träff i Göteborg, väl arrangerad och genomförd under Sten Sundells ledning. Det konkreta resultatet blev – förutom många lärorika diskussioner – ett 'flödesschema' där tidpunkt och plats för de viktigaste baskurserna i pedodontins ST-utbildning, sattes på pränt. Hur schemat ser ut kan du ta del av på föreningens hemsida.

På årets Riksstämma hade Pedodontiföreningen sedvanligt årsmöte. Mötet följdes av föreningens forskningsrapporter som visar på många och spännande pågående forskningsprojekt. Temat för Riksstämman var evidens i vården och i den andan föreläste Måns Rosén från SBU tillsammans med Svante Twetman och Ingegerd Mejare. Frågan var om barntandvården styrs av evidens eller evidens och svaret är: både och!

Vad som styr det faktum att det har blivit tradition att pedodontin får en sen lördagstid för något av sina föreläsningar är dock något mera diffust. Så medan arbetet med att plocka ihop utställningen pågick så samlades alltför få lyssnare till en intressant redovisning av aktuella problemställningar avseende åldersbedömning. Jag tycker att det var väl använda lördagstimmar. Stort TACK till södra sektionen för ett väl genomfört program.



Under 2010 kommer den s.k. Behörighetsutredningen – 'Trygghet och säkerhet för individen – behörighet i hälso- och sjukvård och socialtjänst' - att bl.a. se över tandhygienist-utbildningens innehåll och omfattning samt tandläkarnas specialist-utbildning. Nils Bäckmans utredning från 2006 ligger till grund för att fatta nya ställningstaganden i frågan. I november träffade jag tillsammans med Margaret Grindfjord och Georgios Tsilingaridis ensamutredaren, Ann-Christin Tauberman, för att informera om specialitet-pedodonti och vår nuvarande specialistutbildning. Vad som kommer ut av denna utredning är svårt att se i dagsläget.

I samma gråa novembervecka kallade Tandläkarförbundet till det årliga mötet med specialistföreningarna. I mötet deltog Tandläkarförbundets diplomkursgrupp och diskussionen fokuserade kring hur specialistföreningarna och diplomkursgruppen kan förbättra sitt samarbete. Ambitionen är att ge bra diplomkurser för tandläkare under ST-utbildning, men också att öka möjligheterna för tandläkare som vill meritera sig för framtida ST-tjänst eller tandläkare som vill öka sitt kunnande inom något specifikt ämnesområde att få gå dessa kurser. I övrigt berättade Roland Svensson att Tandläkarförbundet framfört önskemål att SRATS

(Socialstyrelsens rådgivande arbetsgrupp för tandläkares specialisttjänstgöring) skall återta sitt arbete. Arbetsgruppen har inte sammanträtt under de senaste tre åren. Han redogjorde även för förbundets principiella inställning till Socialstyrelsens översyn av tandläkarspecialiteterna.



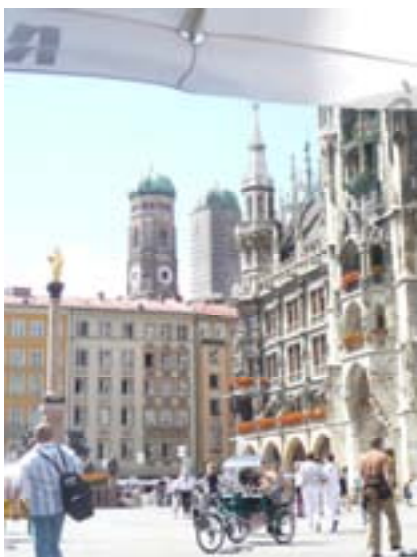
När detta skrivs så är det dags att också skriva en önskelista inför julen och så småningom avge nyårslöften. Jag skulle vilja önska bättre tågförbindelser mellan Hunnebostrand och Jönköping eller åtminstone att X2000-föraren i fortsättningen kommer ihåg att som planerat stanna tåget i Falköping. Skövde har jag sett så många gånger tidigare... Jag vill också önska alla pedodontister en vit, avkopplande och kravlös julhelg. Och löften.... Dom håller jag hemliga tills vidare.
Hälsningar

Christer

P.S. Jag antar att när detta läses så kan vi alla gratulera Gunilla Klingberg till den nya utmaningen som ordförande i Sveriges Tandläkarförbund. Grattis Gunilla! D.S.



IAPD-kongress i Munchen 2009



IAPD i München

18-20 juni 2009

Redaktionen har fått flera reseberättelser från den fina kongressen i Munchen, i midsommartid. Vi var några Umebor där och det var en lite märklig upplevelse att på midsommarafton bevista en tysk, öldoftande oktoberfest! Nedan följer några betraktelser från dagarna i södra Tyskland.

22nd Congress of IAPD i München 17-20/6 2009
Pinnacles in Paediatric Dentistry

Reseberättelse av ST- tandläkare Anna Lena Sundell

Efter flera månaders slit med poster och projekt arbete var det äntligen dags för resan till München. Som resällskap hade jag Tita Mensah, Helen Isaksson och Johanna Norderyd. Från pedodontiavdelningen i Jönköping åkte även Christer Ullbro och Göran Koch.

Väl framme i ett tropiskt varmt München var det dags för incheckning, klädombyte och registrering. På grund av en lång invigning med många långa tal, föreläsning om inlärning hos barn och uppvisning i akrobatik, var alla mycket hungriga. Snittar och mousserande vin kanske inte är det bästa då, men sällskapet höll högsta klass.



Kongressens första morgon lyssnade vi på föreläsning om ätstörningar och obesitas. För att förbereda mig inför min posterpresentation näst följande morgon, där jag också skulle vara "chair man", gick vi och lyssnade på postersessioner.

På eftermiddagen hann vi med att lyssna på "Global oral health care for children – a need for reorientation". Det var mycket lärorikt och höra om hur förebyggande hälsovård och tandvård i utvecklingsländer byggs upp. Vet ni att en strumpbyxa kan användas som tvålkopp? Kongressens vetenskapliga program avslutade vi med att lyssna på Birgitta Jälevik och Ingegerd Mejare som föreläste om MIH för en fullsatt kongresshall.

På kvällen fick jag och Tita sällskap av vår kollega Jutta från Schweiz. Hon guidade oss till Munich residence. Trots Juttas goda tyska blev vägen dit lång för varma fötter i högklackade skor. Väl där fick vi avnjuta ett *fint* tal på tyska av kulturministern. Jag tror det var ett fint tal, men jag vet inte för jag kan inte tyska. Efter detta var det återigen dags för snittar och mousserande vin. Plötsligt saknade vi våra svenska kollegor från Jönköping, vad hade de tagit vägen? Dagen därpå fick vi höra att de fortsatt festen på en grekisk restaurang. Vi andra fortsatte till Marienplatz och såg där ett stort klockspel som helt klart var värt ett besök.



Midsommaraftons morgon började jag med att presenterade min poster "Long-lasting effect of caries preventive programs in high caries active preschool children". Pust, nu var det gjort. Det som hade vållat mig så mycket arbete och nervositet.



Midsommarlunch avnjöts tillsammans med svenska vänner i en park nära kongressen. Sill, potatis, knäckebröd, snaps och jordgubbar intogs under regn och blåst, precis som en vanlig midsommarlunch i Sverige brukar vara. Direkt efter lunch presenterade Tita sin poster "Can mesiodentes be resorbed". Vilket hon fixade kanon. På eftermiddagen lyssnade vi på Birgit Thilander som tog oss lyssnare med på en 20 års resa i implantatens värld. Kongressdagen avslutades med att Christer Ullbro och jag hämtade var sitt exemplar av

boken "Case reports in paediatric dentistry" där vi skrivit ett kapitel om traumatisk bencysta.



På lördagen ägnade jag mig åt att lyssna på flera "oral sessions". Det mest fascinerade var mister Sixou från Frankrike som pratade om "osteocentral anaesthesia". Han beskrev en bedövningsteknik där ett roterande instrument användes för att komma in i alveolärt ben och därefter lades anestesimedel. Det roterande instrumentet användes utan att någon form av ytanestesi först använts. På kvällen åtnjöt galamiddag med utsikt över engelska parken. En trevlig kväll med magnifik utsikt, god mat och trevligt sällskap.

Tidig söndag morgon var det dags för hemfärd efter en lärorik och trevlig midsommarhelg. Mina barn hade innan resan tydligt påtalat att mammas ska vara hemma och fira midsommar med sina barn. När jag sen söndag eftermiddag träffade dem visade det sig att de hade firat midsommar på Liseberg och inte alls hade saknat sin mamma. De tyckte till och med att en resa till Liseberg kunde bli en ny midsommartradition, med eller utan mamma.

Ett stort tack till MEDA AB för stipendiet.

Anna Lena Sundell, Jönköping.



Ytterligare rapport från IAPD 2009:

Med min första poster under armen och stora resväskan packad var det med stor förväntan som jag parkerade bilen på Johanna Norderyds uppfart. Skönt att få resa tillsammans med en erfaren och mycket berest kollega som vet hur man på smidigaste sätt tar sig fram internationellt. Gemensam färd till Göteborg med våra ST-tandläkare Tita Mensah och Anna-Lena Sundell och framme i Göteborg träffade vi fler kollegor på väg mot samma mål. I München visste vi att Christer Ullbro och Göran Koch väntade på oss.



Stiftelsen Barntandvårdsdagar "Stipendium för forskning och utveckling" samt reseanslag från Futurums forskningsråd gjorde resan möjlig. Ett stort tack!

Vi anlände första kongressdagen i lagom tid till invigningsceremonin. Vet ni, i München får man ta med sig cykeln på tunnelbanan och det finns fina cykelvägar både i och utanför centrum. Kongressen inleddes med en omfattande invigning där besökarna kom från alla världsdelar vilket uppmärksammades genom att alla deltagande länders flagga presenterades, med några undantag.

Kongressens första dag hade jag min posterpresentation. Göran Koch och jag hade stämt möte i hotellbaren för de sista förberedelserna. Så många pedodontister från alla världens hörn har jag aldrig hälsat på tidigare. Kunde aldrig ana att Göran Koch var en så stor auktoritet internationellt. Tack för all hjälp och support Göran! Det var en nyttig erfarenhet att både se och lyssna på presentationer av respektive poster. Min poster handlade om "Tooth wear and lifestyle factors in young adults". Philips hade invaderat postersessionen med olika rapporter om alla förmågheter hos deras nya eltandborste som lanserades på kongressen.



Förmiddagen ägnades åt forskningsrapporter om "special needs patients" där bla Johanna Norderyd presenterade sin atropin studie. Det var en kulturrock var att höra om hur skador i primära bettet åtgärdades med endodontisk behandling och fasadkronor vilket framfördes vid den sponsrade lunchen.

Kulturministern talade till oss på tyska hemma i sitt residens, München residence, där vi bjöds på snittar och bubbel. Jag hade turen att på kvällen bli bjuden på Bavarisk afton, en upptrappning inför nästa kongress i Aten 2011. Det var en fantastisk tillställning på en förmågh grekisk restaurang. Man kunde dansa grekisk folkdans så länge man orkade i den sommarvarma natten.

Midsommaraftons förmiddag var jag och en engelsk kollega, Mr Ashley, moderator på en "oral session" i traumatologi. Detta var en för mig ny och spännande erfarenhet där Mr Ashley var mer rutinerad på området. För huvudföreläsningarna samma dag stod bland andra Karen Huth, Tyskland, Anna Fuks, Israel samt Christoph Kaaden, Tyskland. Föreläsningarna ägnades åt pulpabehandling i det primära- och unga permanenta bettet. Den bästa tekniken för pulpotomi i primära bettet diskuterades där evidens fortfarande saknas. Det dyra materialet mineral trioxide aggregate (MTA) visar lovande resultat vid olika typer av endodontisk behandling både i det primära- och unga permanenta bettet. Mr JJ Cheon Lee från Korea berättade i sin forskningsrapport att han hade använt "egentillverkat" MTA från trakten när han gjorde sina pulpaöverkappningar.

Trots uselt väder njöt vi av en traditionell svensk midsommarlunch där intet fattades. Tillsammans med våra svenska vänner sjöng vi "små grodorna" för att få ner sillbitarna i strupen.



Efter lunchen var det skönt att luta sig tillbaka och få följa med Birgit Thilander på resa 20 år med orala implantat.

Kongressens sista dag ägnades åt "early childhood caries". Prof Klaus Pieper från Tyskland talade om småbarnskaries som ett stort problem både i utvecklingsländer och industriländer. Hos barn med regelbundna tandläkarbesök, insatt fluorprofylax samt där man tidigt börjat med tandborstning sågs en låg kariesförekomst. Däremot hade 3-4 åringar med karieserfarenhet fått nappflaska natttid under en längre period. Professor Svante Twetmans föreläsning om småbarnskaries hade fokus på den mikrobiologiska aspekten och vertikal transmission. Då man vet att tidig kolonisation av mutans streptokocker är en viktig faktor vid småbarnskaries och att överföring av mutans streptokocker

oftast sker via modern har kliniska studier visat begränsad evidens för olika typer av insatta preventionsprogram.

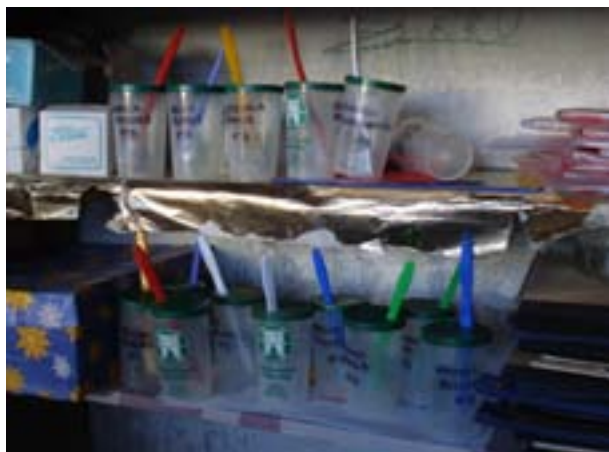
Kongressen avslutades med galamiddag i trevligt sällskap där man från matsalen hade en fantastisk vy över staden.

Dagen för hemresan promenerade jag och Johanna Norderyd till gamla botaniska trädgården. Medhavda rester från midsommarlunchen dukades upp på en parkbänk och blev en perfekt avslutning på en utmanande, lärorik och trevlig kongress som gett mersmak!
Vi ses i Aten 2011!

Helén Isaksson, Jönköping

Uruguay och Argentina augusti 2009

Två studenter på tandläkarhögskolan i Umeå lämnar en rapport om en annorlunda valbar kurs



Alla muggarna och tandborstarna. Varje barn får varsin som de skriver sitt namn på.

Som valbar kurs på tandläkarprogrammets termin 10 valde jag och min klasskompis Stina Kuoppa att åka iväg på en så kallad "Academic Visit" till Uruguay och Argentina. Till följd av svininfluensan hade universitetet i Buenos Aires, Argentina, precis varit stängt i en månad när vi besökte det. Därför var läget där smått kaotiskt och vi hade tyvärr inte möjlighet att lära oss särskilt mycket om tandvården i Argentina. Därför kommer artikeln att fokusera på tandvården i Uruguay.

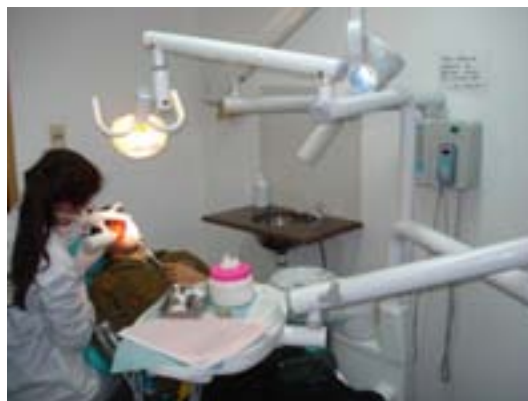
Tandvården i Uruguay

Det finns ett National Health Service (NHS)-program med allmän tandvård där man kan få gratis behandling. Där görs endast enkla behandlingar, och på vuxna är det huvudsakligen akuta tillstånd som behandlas. Även fyllningar är gratis, men endast för barn upp till 14 år samt gravida kvinnor. Målsättningen är att längre fram kunna erbjuda alla barn till och med 19 års ålder gratis tandvård. Mycket av arbetet som görs är prevention eftersom det är det de satsar mest på.

Det finns få nationella data över sjukdomsfrekvens och dylikt. Det man vet är att DMFT hos 12-åringar är 2,5. Svårare behandlingar som protetik, endodonti och ortodonti är mycket dyra och utförs endast av privata tandläkare. Bara ca 15 % av befolkningen har råd att gå till privat tandläkare.

Vi fick besöka olika så kallade polikliniker som ligger runt om i Montevideo. Dessa hör till NHS men bekostas till största delen av områdena (Municipal- mindre kommuner) de ligger i. På poliklinikerna arbetar både läkare och tandläkare. Befolkningen i områdena får rösta vad de vill lägga pengar på och på många ställen har de röstat att de vill utveckla poliklinikerna. I de områdena byggs klinikerna oftast om och blir större. På många av poliklinikerna arbetar studenter från skolan. De flesta studenterna arbetar på dessa kliniker under sin termin 11, men vissa kan få arbete på dem redan innan. De söker då ett stipendium och får på så sätt betalt av områdena för sitt arbete.

Första kliniken vi besökte heter Jose Pedro Varela kliniken.



Stolen med röntgenutrustning på Jose Pedro Varela kliniken, en av de finaste poliklinikerna i Montevideo.

Det var en ganska stor klinik. Det stod ungefär 4 stolar i samma rum och man arbetar sida vid sida, utan sköterska. Det fanns också en stol lite vid sidan av där även röntgenutrustningen fanns. Tidbokningen fanns på datorn, men i övrigt hade man pappersjournaler. Röntgen tas bara vid behov. Det här är en av de finaste klinikerna och låg i ett relativt rikt område

Den andra kliniken hette Policlinica Barrial Solidaridad. Den här kliniken bekostades i stort sett endast av frivilligt arbete. En del av människorna i området hade byggt upp kliniken och arbetade också med att få in pengar så kliniken kunde drivas, till exempel genom att anordna en karneval. Den här kliniken var äldre och hade två tandläkarstolar. Allt arbete runt omkring sköttes av frivilligarbetare. Den sista kliniken hade också endast ett tandläkarrum med två stolar. Här utfördes förstås också den vanliga vården inom NHS, men de utförde också vård inom ett program som kallas "Uruguay arbetar". "Uruguay arbetar" innebär att mycket fattiga människor utbildas inom ett arbete (t.ex. lägga väg) och får sedan arbeta med det i 9 månader inom programmet. Under den tiden bekostas all deras tandläkarvård och då ingår även protetik och kirurgi (som inte ingår inom NHS). Vi träffade en relativt ung kvinna helt utan framtänder som skulle få protetisk ersättning för dessa.

Programa Nacional de Salud Bucal

Som nämnts tidigare satsar NHS framförallt på prevention och har startat upp ett program där tanken är att alla skolbarn i Uruguay ska få lära sig om tandborstning och hur viktiga kostvanorna är för att hålla tänderna hela. En mugg och en tandborste delas ut till alla barn och tanken är att deras lärare ska lära ut prevention

Detta fungerar troligtvis sådär, eftersom det beror på hur intresserad läraren själv är. På fem skolor i Montevideo är det tandläkarutbildningen som står för undervisningen för barnen. Detta ingår i en kurs på tandläkarhögskolan. Vi fick följa med en grupp studenter på 3:e året på ett besök till en Public School. De lär dels praktiskt ut hur barnen bör borsta tänderna och håller dels i lektioner där de till exempel lär ut karies orsaksfaktorer. Till 6-åringarna berättade de en saga om ett tvillingpar där den ena hade mycket karies och den andra inga hål alls.



Sagan om de två tvillingarna

De satte upp lappar med olika vanor (t.ex. äter mycket godis eller frukt, dricker mycket läsk eller mjölk, borstar aldrig tänderna eller borstar morgon och kväll) och barnen fick hjälpa till med att placera vilken vana vid vilken pojke.

Utbildningen

Tandläkarutbildningen i Uruguay är placerad i huvudstaden Montevideo där två olika skolor finns, en stor allmän och en liten privat. Det privata universitetet har ungefär 20 elever per klass och kostar 700\$/månad. Den allmänna skolan är öppen och gratis vilket innebär att alla i Uruguay som vill läsa till tandläkare och har avslutat High School får börja. Detta gör att klasserna på skolan blir enormt stora. Tandläkarhögskolan har egentligen bara 80 platser, men vissa klasser är så stora som 500 studenter. Innan den kliniska träningen startar är två brukar antalet vara nere på 200-250 stycken. Totalt på skolan finns mellan 1000-2000 studenter fördelat på 5 klasser. För att få ner antalet studenter i varje grupp på kliniken delas klinikdagarna in i tre pass, studenterna väljer själv vilken tid på dagen de helst har klinik. Kurserna fördelas också under året och studenterna läser inte samma kliniska kurser samtidigt. Utbildningen är totalt 5 år och 3 månader lång då de har en 11:e termin där de läser 3 månader. Könsfördelningen är skev, mer än 70 % är kvinnor.

I stort läser de ungefär samma kurser som vi i Sverige gör. Under det andra året börjar studenterna med prevention samt att undersöka varandra. Under det tredje året börjar

de med riktiga behandlingar. All klinisk träning sker på skolan, utom under det sista, 5:e året då studenterna arbetar på kliniker runt om i staden där de framförallt behandlar fattiga, som inte har råd med tandvård.

De äldsta kliniksälarna har utrustning från 40-talet, men stolarna håller på att bytas ut. Kliniksälarna är stora och öppna, inga bås finns utom i den nyaste salen där framförallt pedodontin och post-graduates håller till.

Studenterna har endast rock på sig (som de köpt själva) och under den har de privata kläder. Studenterna får själva köpa all utrustning, det enda som skolan står för är visst material. När de behöver det får de gå ut från kliniksalen till ett "apotek" där det sitter en kvinna som delar ut samt tar betalt för materialet.

Röntgen tas inte regelbundet vid undersökning. På skolan finns apparatur för intraorala bilder och panoramaröntgen, men de är i så dåligt skick att de flesta av lärarna skickar iväg patienterna för att ta röntgen privat.

Alla studenter rengör själva sin utrustning, vilket de flesta gör hemma. Utrustningen lämnas sedan in för sterilisering på skolan. Studenterna bär alltid omkring på sin utrustning, i verktygsådor eller i resväskor.

Efter examen öppnar de allra flesta privatkliniker eftersom det finns få möjligheter att få jobb på annat håll. De som har tur får jobb på någon annans privatklinik eller får ett deltidsjobb på någon av poliklinikerna som finns. Det tar ca 10 år innan man fått nog många patienter till sin privata klinik för att kunna försörja sig på det.

Tandläkarhögskolan erbjuder post-graduate kurser som kostar pengar. Dessa hålls inom alla olika ämnen. Specialiteter inom tandvården är fortfarande nytt i Uruguay, men de har precis startat upp specialistutbildningar i protetik och ort och har funderingar på att starta en i parod.



Privat tandläkarhögskola

Public tandläkarhögskola



Studenterna betalar

all utrustning själva och släpar den till och från skolan.

Emma Hillborn tandläkarkollega från den 15/1 2010

Rapport från Odontologisk Riksstämman 2009 i Stockholm den 12-14 nov

Årets Riksstämman i Stockholm var som vanligt ett möte mellan gamla och nya kunskaper, gamla och nya bekanta. Nedan följer ett kort – subjektivt – urval från stämman.

Det började bra. Martin Ingvar inledningstalade om hjärnan och evidens. Han utsatte oss åhörare för ett elegant experiment med våra ögon och öron, och visade oss att - tyvärr – forskning är inte så objektiv som vi skulle vilja.

Så hade vi i pedodontiföreningen vårt årsmöte under lunchen, och direkt efteråt forskningsrapporter. Det var mycket bra och intresseväckande rapporter. Som exempel kan nämnas Annika Gustafsson, som är nära slutet på sin avhandling, och som analyserade orsaker till uteblivande: ”rädsla, glömska, otrevlig personal” och Anna-Lena Sundell om långsiktiga effekter av profylax hos småbarn. Även intensiv profylax med gelskenor ger inte alltid tilläggs effekt, men ett ”hängivet omhändertagande” kan göra skillnad! Även kroniska sjukdomar som Juvenil idiopatisk artrit och omhändertagande vid svåra medfödda hjärtfel togs upp, andra utmärkta rapporter inte att föglömma.

Det fanns också en hel del postrar med pedodontisk inriktning. Presentationerna gav ofta upphov till bra diskussioner, med ytterligare information.

Pedodonti upptar ju ett brett område, där det är svårt att vara uppdaterad på allt, och därför tjänar forskningsrapporter och postrar som idésprutor, incitament att ta reda på mer.

På samma sätt fungerar även symposier som fredagens: Vad styr behandlingen - evidens eller eminens? Man tar med sig hem, funderar – och kanske ändrar beteende.

Att gå på dentalutställningen är alltid ett äventyr, gamla och nya bekanta, glädje och irritation. Nytt att fundera över

- Innebär verkligen Icon Kariesinfiltration (innovativ kariesbehandling utan att borra) en ny era inom tandbehandling? Se www.dmg-dental.com för mer info
- Ska vi rekommendera Denty – ”Den nya generationens napp” till våra småbarnsföräldrar? www.denty.com. Något att diskutera med våra ortodontister, kanske.
- Ajour Odont, tidskriften för ”färsk forskning inom tandvården” har slagit sig ihop med tidskriften ”Incitament – för en hälso- & sjukvård i förvandling”. Det numret jag fick i min hand var inte alls ointressant, det är positivt med kanaler mellan sjuk- och tandvård.
- Och så var det där med Plackers för barn! Man får ju hoppas att fabrikanten inser produktens begränsning! Jag tror att vi var flera pedodontister som försökte påtala det, men det finns ju starkare krafter som styr.

Stort tack till Södra Sektionen för deras utmärkta arbete med pedodontidelen av Riksstämman, som gav intressanta och välbesökta föredrag och symposier!

Nästa år är det Östra Sektionen, som har uppdraget.

Ingrid Andersson Wenckert



Presentation av ny specialist

Den 20 maj examinerades jag som pedodontist på Tandvårdshögskolan i Malmö. Min examinator var docent Christina Stecksén-Blicks. Mina huvudhandledare var professor Lars Matsson, odont.dr Gunilla Klingberg och odont.lic Margareta Borgström. Tack vare deras stora kompetens och professionella handledning upplevde jag min utbildning som en av största men också roligaste erfarenheter i mitt liv. Det var samtidigt en utmaning som jag var motiverad och inspirerad till att klara av. Under ST-tiden samarbetade jag med ST-tandläkare i andra specialiteter vilket var lärorikt med tanke på den breda kompetensen som en pedodontist behöver ha i sin verksamhet.

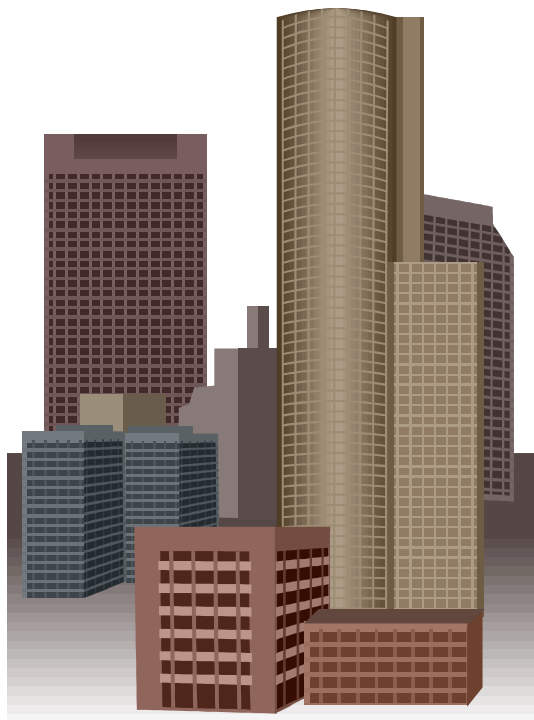
Även om jag är oerhört glad över att jag har avslutat min ST-utbildning kommer jag att sakna ST-tiden. Å andra sidan jag har fått mer ledig tid och helt annat perspektiv på min fritid nu när helgen har blivit helg, inte arbetsdagar.

Jag jobbar på Centrum för specialisttandvård i Lund där jag stortrivs. Enligt mina kolleger tar det minst ett år innan man landar som specialist. Med tanke på att pedodontister saknas blev det mer arbetsuppgifter för oss vilket kräver att man bekantar sig med allt som rör klinikens verksamhet och utifrån organiserar denna. För en nybliven pedodontist är det inte en lätt uppgift och jag är tacksam för att jag min erfarna kollega övertandläkare Ulla Hallström-Stalin vid min sida, som hjälper mig att komma in i verksamhet på rätt sätt.

Mina framtida planer på att aktualisera min specialistutbildning i endodonti resulterade i att jag idag jobbar 15 timmar på Centrum för specialisttandvård, endodontiavdelning i Malmö. Förutom pedodontisk endodonti är barn med neuropsykiatriska diagnoser mitt största intresse inom pedodonti men man vet aldrig vilka andra intressen kommer att väckas i framtiden med tanke på all olika områdena som pedodonti ger. Viktigast är känsla av lycka som pedodontin ger mig.



Edita Stojanovic-Rakovic



en bakteries cellvägg och få ut DNA för att kunna identifiera den är inte alltid så lätt!

Vad gör jag mer då? Går kurs i Oral Biology/oral microbiology vid Harvard School of Dental medicine. Har bla varit på en föreläsning om karies hos barn, föreläsare var Anne Griffen, pedodontist vid Ohio State University. Intressant att höra att de rekommenderar lightdrycker, helst med aspartam, till barn.

Tandkliniken (ortodonti/pedodonti) på Childrens Hospital har jag också besökt, där samarbetar vi med en ortodontist i en studie som undersöker om bakteriefloran ar annorlunda vid white spot lesions. White spot lesions är vanligt, ca varannan patient med fast ortodontisk apparatur har sådana kariesskador enligt den ortodontist som har initierat projektet.

Det är mycket jobb, men eftersom jag har med mig familjen (man + två söner) så blir det även fotbolls- och ishockeyträningar, höstplocknick och skolmöten, kompisar och lunchboxar! Om ni får chansen – tveka inte att åka iväg, det är en bra erfarenhet – eller som min yngsta son, 7år, sa: - Mamma, det är ingen i min klass som har varit på en så lång semester!

En rapport från USA

Barn och kariesbakterier – i Boston

!Forsyth Institute, Boston, MA, USA är min arbetsplats sedan två månader tillbaka. Jag har genom ett post doc stipendium fått möjligheten att arbeta här och min ST-utbildning i Pedodonti får ”ligga i träda”.

The Forsyth Dental Infirmary for Children grundades 1910 av bröderna Thomas Alexander Forsyth och John Hamilton Forsyth. De skänkte en otroligt stor summa pengar som finansierade byggnaden, personal och all utrustning för att kunna ge bästa möjliga tandvård till barn mellan 5 och 16 år. Bröderna Forsyth hävdade att barnen hade rätt till god hälsa likväl som de hade rätt till utbildning. Thomas Forsyth sa vid invigningsceremonin: “It has been my wish that the Infirmary should be a home to the children, beautiful and cheerful; a protector of their health, a refuge in their pain.”

1916 startade man tandhygienist utbildning och Forsyth Institute räknas som pionjär till dagens förebyggande tandvård världen över. Idag utförs ingen barntandvård utan endast forskning, främst grundforskning, inom kariologi och parodontologi, såsom mikrobiologi, biofilm och molekylär genetik. Många av projekten är baserade på kliniska prover från barn.

Jag arbetar i Prof. Anne Tanners grupp vid Department of Molecular Genetics. De projekt jag medverkar i är bla. inriktade på SECC – Severe Childhood Caries. Vi undersöker med hjälp av mikrobiologiska metoder skillnader i förekomst av olika bakterier hos barn med SECC. De metoder vi använder oss av är främst PCR, RT-PCR, sekvensering och micro-array. Att försöka slå sönder



Pernilla Lif Holgersson

Rapport från Reykjavik, Island 27 – 29

augusti, 2009



Referat och reseberättelse av Danijela Toft och

Gunilla Magnusson från NFH's XIX konferens i

Reykjavik, Island 27 – 29 augusti, 2009

Vi lämnade ett varmt och soligt Skåne med destination Island och huvudstaden Reykjavik för att delta på NFH's 19:e konferens. Tre förväntansfulla och glada pedodontister från Skåne landade med olika plan på Keflaviks flygplats.

Under bussresan in till hotellet i Reykjavik möttes vi av ett kyligt, småregnigt, grått och kargt landskap som under två fantastiska dagar kommer att visa upp sig från sin bästa sida med strålände solsken, underbara naturupplevelser och inspirerande konferensprogram.

På Island bor det ca 300 000 invånare varav ca 120 000 i Reykjavik.

Omkring 120 deltagare från hela Norden tog del av det vetenskapliga programmet med många intressanta ämnen såsom smärta och funktionshinder, ortodonti och funktionshinder, oralmotorisk träning, dreglingsproblematik, salivstörningar hos patienter med särskilda behov, dyspraxi/apraxi, bedömning av orofaciala symtom med NOT och "dental fobi".

Vi hälsades välkomna av NFH's ordförande Elin Svarre Wang och Islands hälsominister Ögmundur Jónasson höll i öppningsceremonin.

Första talaren var 23-åriga Freya Haraldsdóttir, en ung isländsk kvinna född med Osteogenesis imperfecta. Hon är uppvuxen i en trygg familj med två friska syskon i Reykjavik. Freya berättade med entusiasm om hur det är att leva med OI., om hur samhällets attityder både kan förstärka och tona ner en individs funktionshinder. Fram till skolåldern var hon lyckligt ovetandes om effekten av sin sjukdom och först när hon började skolan insåg hon vilket handikapp OI är. Under tonåren blev hon "proffs" på att hata sig själv och var avundsjuk på sina friska syskon och vänner. Uppmuntrande föräldrar, personer i hennes närhet samt en konferens i USA där hon träffade andra personer med OI fick henne att inse att det är hennes egna tankar och värderingar av sin person som är viktigast.

Freya kunde välja att fortsätta hata sig själv men beslutade sig för att se möjligheterna och inte alla svårigheter. Idag är hon universitetsstuderande och har eget boende med anställda assistenter samt fyra olika jobb. Hennes budskap som hon fick med sig från konferensen i USA lyder "if you want to be first class, you have to behave like first class".

Om smärta och funktionshinder talade Asgér Sigurdsson, cand odont MS, ass. professor och endodontist. Smärta är en komplex och subjektiv upplevelse och är ofta svår att beskriva och mäta. Ännu mer komplicerat blir det om individen har ett funktionshinder. Vid skattning av smärta på individer med svårt fysiskt/mentalt funktionshinder kan man tex använda sig av PAINAD-skala, Pain Assessment in Advanced Dementia, som bygger på en bedömning av individens andning, negativa ljuduttryck, ansiktsuttryck, kroppsspråk och stämningläge.

Efter lunch var det dags för många intressanta poster presentationer. Två svenska pedodontister medverkade. Johanna Norderyd, pedodontist på Kompetenscenter i Jönköping, som visade spännande resultat på användning av atropin ögondroppar för att reducera dregling. Joanna Wentzel Malinowski pedodontist på Odontologen i Göteborg berättade om hur man kan organisera utåtriktad förebyggande tandvård till patienter med speciella behov.

De isländska tandläkarna Sigurdur Rúnar Saemundsson specialist i pedodonti och Jón Ólafur Sigurjónsson, specialist i protetik, presenterade ett extremt ovanligt och intressant patientfall om total avsaknad av tanderuption och behovet av multidisciplinärt samarbete inom tandvården.

En isländsk 5-årig flicka är helt tandlös trots förekomst av samtliga primära och permanenta anlag vilka av okänd anledning inte erupterat som förväntat. Vid utredning finner tandläkarna att flickans mamma också är helt tandlös trots att anlag till primära och permanenta tänder finns men dessa ligger retinerade i käkarna. Dessutom framkommer det att flickan liksom mamman har en lätt utvecklingsstörning och arthryposis (böjda och styva leder).

En genetisk utredning visade både mor och dotter har en balanserad translokation på kromosom nr 7 och nr 22. Det finns funktioner i dessa kromosomer som styr tanderuption men mekanismerna för detta är fortfarande okända. Mamman hade som liten fått primära anlagen borttagna i hopp om att de permanenta tänderna skulle eruptera vilket de inte gjorde. Tandläkarna valde att kirurgiskt ta bort flickans primära anlag vid 5 års ålder och inför skolstart fick hon helprotes i båda käkarna. Helproteserna kommer att anpassas till de dentala stadier som hon åldersmässigt förväntas vara i tex glugg i överkäksfronten. Kommer denna flicka någonsin ha egna tänder är ännu en gåta men vi hoppas att i framtiden får veta mer i en publicerad fallpresentation.

Efter kaffepaus var det professor W Peter Holbrooks tur att ge sin syn på muntorrhet, xerostomi, hos patienter med speciella behov. Allt från salivsekretionsprovtagning till salivens viktiga funktioner och konsekvenserna av nedsatt salivsekretion och tanderosioner

belystes. Han belyste svårigheterna med att ta salivsekretionsprov på patienter med funktionshinder. Nedkortad tid för insamling av saliv vid salivflödestest från 15 till 5 minuter för vilosaliv och från 5 till 1 minut ger godtagbart resultat. Andra intressanta resultat som presenterades var att patienter med dentalerosion oftast hade normal salivsekretion men nedsatt buffringskapacitet och att patienter med refluxproblematik har mindre karies.

Första dagens sista föreläsare var den isländske ortodontisten Gísli Vilhjálmsson. I sin privata praktik selekterade han patienter som utöver bettfel också hade funktionshinder och därmed vissa svårigheter att klara konventionell ortodontisk behandling. Han poängterade vikten av ett bra samarbete med den lokala pedodontisten och patientens föräldrar. För att lyckas påbörja och genomföra en lång ortodontisk behandling är det än mer viktigt att skapa en bekväm och god relation till patienten som Gísli så bra beskriver med orden "friendship establishes trust". Ett annat Gísli råd är att se till att första besöket är smärtfritt. Apparatur sätts i de flesta fall in under generell anestesi.

Ett stort tack till konferensarrangörerna som första kvällen bjöd på en fantastisk cocktailmottagning i den superläckra Tjarnsalen i Reykjaviks Rådhus. Mycket goda snittar med dricka och trevligt mingel fick avsluta den första kongressdagen. De fem pedodontisterna från Skåne gav sig sedan ut i Reykjavik by night.

Andra konferensdagen bjöd på soligt väder och vind. Blåst är ett kroniskt tillstånd på Island.

Första föreläsare denna dag var Gustavo Molina från Argentina. Han föreläste om oralmotorisk terapi ur tandläkarens perspektiv. Orala funktioner utförs rutinmässigt av varje människa. Naturliga neuromuskulära aktiviteter sker utan att vi anstränger oss. Att tugga, svälja, tala och andas kan vara en utmaning för våra patienter med oralmotoriska problem liksom att le, blåsa och annat som är nödvändigt i den sociala tillvaron.

Ett interdisciplinärt samarbete förordas där bl.a. tandläkaren arbetar tillsammans med övriga i habiliteringsteamet mot patientens oralmotoriska mål. Målet är att t.ex. uppnå läppslutning för att kunna öka tungrörelsen i lateralled, att behandla malokklusioner, att öka ansiktsuttrycken.

Diskussion förs om ortodonti och käkkirurgi är lämpligt på patienter med neuromuskulära problem. Det är fortfarande osäkert och mer evidens behövs i kommande forskningsrapporter.

Åsa Mogren som är logoped pratade därefter om orsaker till och behandling av dregling på både barn och vuxna samt presenterade data från Mun-H-Centers databas för sällsynta sjukdomar.

Salivkontroll är ett svårt problem för många individer med funktionshinder och sällsynta syndrom. Dregling har en komplex etiologi och kräver multiprofessionell behandling. Den kan innebära

oralmotorisk terapi, ortodontisk behandling, sjukgymnastik, medicinsk behandling, botoxinjektioner eller kirurgi. Åsa pratade också om sin behandling av funktionshinderade barn med ätproblematik på Mun-H-Center.

Birgitta Bergendal redogjorde för NOT-S, Nordisk Orofacial Test- Screening; ett protokoll för att screena 12 olika domäner av orofaciala funktioner som utvecklats och testats på 120 patienter med försämrad orofacial funktion och på 60 friska individer. Nästa steg är att utveckla NOT-C, en klinisk manual.

Till lunch fick vi avnjuta en fantastisk buffé med den isländska specialiten, lunnefågel. Mycket speciellt. På eftermiddagen presenterade Anita McAllister, logoped, undersökningar som gjorts på tal och orofaciala funktioner hos barn med oral och verbal dyspraxi.

Vidare redogjorde Urdur Njardvik barnpsykolog, om hur en modifierad tandbehandling på barn kan reducera rädsla. Påminde mycket om vår "inskolningstrappa". Hon poängterade vikten av att anställa barnintresserad tandvårdspersonal.

Senare samma eftermiddag hade G Molina en instruktion med "hands on" massage för att nå målet med tunglateralisation och läppslutning. Vi tränade två och två och upplevde att manipulation verkligen kunde påverka tungan att gå lateralt.

Kvällen tillbringades på en vikingarestaurang där vi hörde isländska vikingasånger och åt vikingamat.

Tredje dagen på konferensen ägnades till att besöka sevärda ställen på Island. Vilken natur! Vi kan varmt rekommendera ett besök på Island.

Nöjda flög vi hem igen och riktar ett stort tack till Svenska Pedodontiföreningen för stipendiet.



Gunilla Magnusson, Helsingborg
Danijela Toft, Malmö

Några boktips från Umeå:



En riktig kioskvältare, för oss som gillar siffror, kom ut i våras, nämligen den sjunde i raden av nationella folkhälsorapporter. Rapporten, utgiven av Socialstyrelsen, ger en översiktlig beskrivning och analys av hur hälsotillståndet utvecklas i olika befolkningsgrupper och bidrar med underlag för hälsopolitiken.

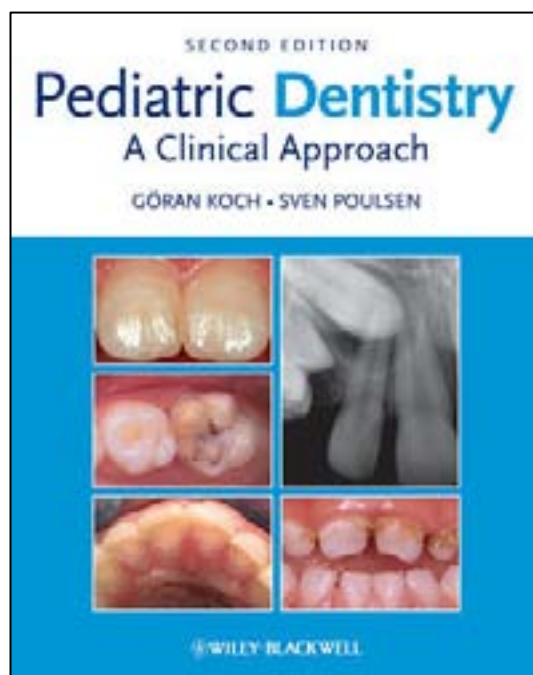
18 välmatade kapitel där nr 2 och 3 handlar om Barns hälsa respektive Ungdomars hälsa. Tandhälsa har ett eget kapitel och för detta svarar Gunilla Nordenram.

Några trender:

- medellivslängden ökar mest bland män och högutbildade,
- 15-20% av alla barn är överviktiga, men ökningen har planat ut,
- barns matvanor har förbättrats,
- bland ungdomar i årskurs 9 minskar andelen rökare.

Således en bok som utgör ett utmärkt underlag vid förberedelse av föreläsningar, något för studenterna att hämta fakta ur och sist men inte minst, en skön kvällslektyr.

John-Erik Nyman



Äntligen här!

Vi har väntat och längtat...

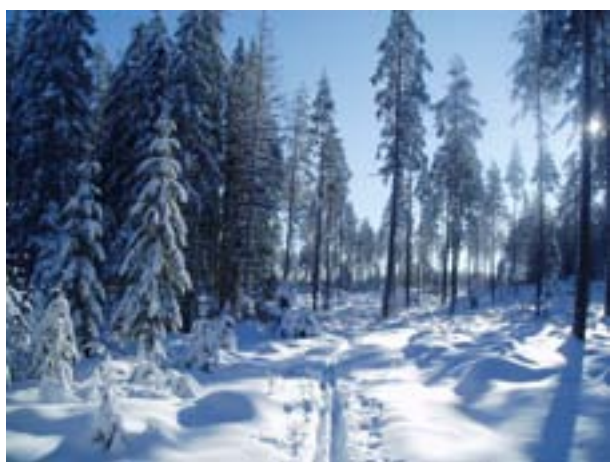
Den nya pedodontiboken "Pediatric Dentistry A clinical approach second edition" med Göran Koch och Sven Poulsen som redaktörer, är efterlängtat både av oss ST och av grundutbildningen här i Umeå. Första utgåvan gavs ut 2001 av Munksgård och denna andra utgåva utges av Wiley-Blackwell.

Boken tar upp grundläggande somatisk och mental utveckling på ett överskådligt sätt liksom tandvårdsrådslans etiologi och dess behandlingsprinciper. Vad smärta är och hur vi inom tandvården skall hantera den behandlas sedan. Karies tas upp i tre olika kapitel – epidemiologi, karies prevention och "diagnosis and caries management". Dessa kapitel kompletterar varandra väl och ger en bra struktur för klinikern riskbedömning, preventionsstrategier och olika former av behandling. Kapitlet om anamnesupptag och klinisk undersökning har faktarutor och kliniska foton som ger en bra manual som är lätt att följa. Radiologi har ett eget kapitel som tar upp vikten av individuell indikation vid röntgentagning, digital bildhantering, bruket av CBCT osv. Dental erosion med kliniska karaktäristika, hur livsstilar påverkar konsumtions sätt, klassificering av skador, riskbedömning, prevention och uppföljning beskrivs utförligt. Pedodontisk endodonti med pulpal skada efter trauma, på grund av karies och materialval diskuteras i kapitel 12 och där finns även tydliga figurer och tabeller som underlättar vid terapival. Normala parodontala förhållanden hos barn och ungdomar och avvikelser från detta i olika åldrar beskrivs. Normal tandutveckling, avvikelser i antal och morfologi eller mineralisationsstörningar och behandling av dessa tas i ett par kapitel. Fina kliniska bilder på olika mineralisationsstörningar underlättar för tandläkare vid diagnostisering. Två kapitel tar upp dentala trauman; undersökning, diagnos och akutvård följs av uppföljning och långtidsprognos. Olika mjukvävnadsförändringar som en

tandläkare kan se och käkledsbesvär beskrivs i varsitt kapitel där klinisk undersökning och behandling av detta går igenom. Ett kapitel beskriver orala problem som kan drabba sjuka barn och preventiva strategier för detta beskrivs, även här sammanfattad i bra faktarutor. Det sista kapitlet tar upp svårigheter med tandbehandling av barn med nedsatt förmåga av olika slag, och hur vi på bästa sätt kan ge dessa barn en god vård.

Generellt ges i denna bok många konkreta, handfasta råd som är sammanfattade i tydliga, kortfattade blå faktarutor. Texten är lättläst utan att bli ytlig och det känns kul och inspirerande att läsa den. Många fina kliniska bilder ses boken igenom och texten känns uppdaterad med många nya referenser. Boken ger en bra grund för modern barntandvård. Det känns som om denna bok borde finnas i alla folktandvårdsklinikers bokhylla. Kanske något för oss inom pedodontin att tipsa våra tandvårdschefer om? Boken kostar ca 900 kronor.

Anne Hultgren Talvilahti
ST Pedodonti Umeå



Rapport från Södra sektionen:

Vintern känns trots mörkret långt borta, det är mildt och som så ofta i Skåne ganska blåsigt. Riksstämman är avklarad och styrelsen kan andas ut. Många och intressanta rapporter redovisades. Fantastiskt duktiga och engagerade föreläsare- men tyvärr alltför få som lyssnade. Vad skall man göra åt detta? Det är nog dags för förändring, känns inte alldeles självklart att ha föreläsningar/symposier på lördagen.

I början på november arrangerade vi en seminariekväll i Malmö för alla intresserade tandläkare såväl privat som offentligt verksamma. Ämnet för kvällen var "Skall jag eller skall jag inte anmäla till socialtjänsten?". Till vår hjälp att reda ut detta hade vi bjudit in personer från Individ och familjeomsorgen, Enheten barn och familj, i en av Malmös stadsdelar. Det är ett komplicerat och svårt ämne och många kom och lyssnade. Vi fick en god inblick i hur socialtjänsten arbetar och många och kloka råd. Framför allt lärde vi oss att sätta barnen i centrum och att samarbeta med Socialtjänsten för barnens bästa.

Det är någon vecka kvar till Första advent men julförberedelserna har redan tagit sin början.

Men innan julfirandet börjar på riktigt är det så dags för årets tredje nya specialist i Malmö att examineras den 17 december och styrelsen önskar lycka till.

Södra sektionen önskar alla en God jul och ett Gott Nytt År!

Berit Söderholm



Rapport från Östra sektionen november 2009

Efter sommarsemester har vi här på ÖSP planerat för årets "höstkurs". Den kom i år att handla om: "Tandblekning och mikroabrasion i barn- och ungdomstandvård".

Övertandläkare Charlotta Jensen från Folktandvårdens Specialistcentrum, barn och ungdom i Västerås föreläste för oss här på Eastmaninstitutet i Stockholm. Det var många som var intresserade av detta aktuella ämne. Charlotta gav oss en mycket trevlig och informativ föreläsning både kliniskt och teoretiskt.

Nästa år är det vår tur att ta över framställningen av Barntandläkarbladet.

Vi ser med viss tillförsikt och bävan framemot detta.

Styrelsen i ÖSP genom Lena Permert ordf.

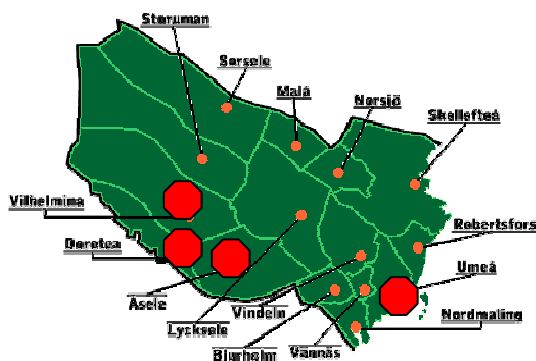
Resurstandläkare i Västerbottens inland

Jag har blivit ombedd att berätta lite om hur det är att jobba som resurstandläkare i Dorotea. Jag heter Gun Persson, är tandläkare sedan 35 år tillbaka, arbetar sedan drygt 10 år på Folk tandvårdskliniken, Tandläkarhögskolan i Umeå. Sedan jag började arbeta i Umeå behandlar jag framförallt barn och unga vuxna. Ett par vikariat på pedodontiavdelningen på Tandläkarhögskolan har ytterligare bidragit till att jag numer mest är uppdaterad på barntandvård.

Som så många inlandskliniker har folk tandvården Dorotea problem att rekrytera tandläkare. Mitt uppdrag började våren 2003 med att jag blev ombedd att ta hand om barntandvården.

Att det blev så berodde helt på en impuls. Kliniken i Umeå hade verksamhetsplanering för kommande år. I grupparbetet där jag deltog, fick vi en idé att kliniken skulle ha en vänklinik i inlandet, och hjälpas åt vid behov. När förslaget presenterades tittade Roger, vår chef, förvånat på oss och undrade om vi verkligen menade vad vi sa. Absolut! Okej, jag skriver väl in det i planen, sa han. Ärligt talat hade vi nog trott att verksamhetsplanen skulle hamna i någon pärm utan att bli läst. Men det dröjde inte mer än ett par veckor så hörde folk tandvården i Dorotea av sig och ville ha ett samarbete. De behövde någon som ansvarade för barntandvården. Frågan var bara vem som ville ställa upp. Jag minns ännu känslan när det gick upp för mig att frågan var allvarligt menad. Det blev väl ingen direkt kamp bland tandläkarna om att få åka, men eftersom jag var en av idékläckarna så kände jag pressen att stå för vad jag sagt. Även den andra kollegan i vår arbetsgrupp gjorde en insats i Dorotea under en period.

Kristina, klinikchef för de tre inlandsklinikerna Åsele, Dorotea och Vilhelmina kände jag sen tidigare. Vi har en hel del roliga minnen tillsammans så det bidrog också till att jag kunde tänka mig att göra en insats.



22 mil mellan Dorotea och Umeå

Tillsammans med tandvårdsledningen snickrades ett avtal ihop, som innebar att Umeåkliniken kompengserades för min bortovaro. Självt fick jag en ersättning för de dagar jag tjänstgjorde. Resor och lägenhet stod landstinget för. Under en period var Måns och jag "turbo" dvs vi turades

om varannan vecka att bo i den lilla ettan med kök i centrala Dorotea som landstinget hyr.

Dorotea kommun, med ca 3000 innevånare, ligger i södra Lappland, sträcker sig 15 mil från skogslandet ända in i fjällvärlden, till ytan stort som Blekinge. Centralorten, där kliniken är belägen ligger 22 mil från Umeå. Med bil tar resan 2½ - 3 timmar, beroende på vädret. Trafiken är sällan ett problem. På morgonen när jag startar känns det som jag är ensam på vägen förutom någon enstaka varubil och långtradarare. Man får dock hålla uppsikt efter djur, på eller vid sidan av, vägen. Renarna brukar hålla till på särskilda ställen, men jag har stött på älgar, rävar, många sorters fåglar och vid tre tillfällen fått se kungsörn på nära håll. Det enda djur jag längtar att få se en björn. De finns i trakterna, men jag har inte haft sådan tur.



Befolkningen i inlandet skiljer sig från landet i helhet så, att andelen barn och gamla är högt. Ungdomarna flyttar sedan i 20 årsåldern för jobb eller studier. Merparten av tandvården ägnas åt äldre med mycket protetik. Barntandvården, speciellt nu när vårdbehovet är litet, innebär en begränsad verksamhet. Att låta en nisch tandläkare ta hand om barnen blir därmed rationellt. På kliniken i Umeå behandlar varje tandläkare fler barnpatienter per person än vad som finns i Dorotea.

Till kliniken hörde ca 600 barn och 700 vuxna patienter. En heltids tandhygienist tog hand om profylaxen samt undersökningar på framförallt förskolebarn och gymnasieelever samt förstas vuxna patienter och uppsökande verksamhet. Kliniken har inte varit i någon direkt kris. Vuxentandvården sköttes av stafett tandläkare som arbetade på provisionsbasis. Barnen har regelbundet tagits om hand även om det stundtals var av tandläkare med begränsad erfarenhet av barntandvård. De vuxna var vid den tidpunkten ungefär ett år försenade med kallelserna. På orten finns också en privat kollega. Jag erbjöds att sköta barntandvården på halvtid, men kände på mig att tiden var tilltagen i överkant, så jag erbjöd mig att behandla akutfall på tid som blev över.

Min tjänstgöring i Dorotea fungerade så bra att jag fortfarande blivit kvar. Det fungerade bättre när jag minskade ner uppdraget till att gälla 30% istället för halvtid. Övrig tid har tandläkare kommit och gått; vikarier, stafettandläkare, utländska rekryteringar, tjänster med olika konstruktion, men kliniken har velat ha mig kvar för säkerhets skull. Det har varit en avkoppling, från den stora Umeåkliniken där det ständigt är liv och rörelse, att arbeta på en liten klinik med enbart fyra personer. Man hör när patienten kommer in genom dörren. Det är lugnt och fridfullt. Men att enbart arbeta på en liten klinik blir tråkigt i längden. Kunde man då se någon skillnad mellan Umeåbarnen och Doroteabarnen? Ja, en liten skillnad tyckte jag mig se. Det första jag fick berättat var att ” Här är barnen så duktiga och behöver ingen bedövning.” På något sätt fanns en machoattityd att man skulle tåla lite obehag.



Mitt intryck var också att barnen var ganska blyga, och inte vågade säga ifrån, annat än möjligen till sköterskan eller föräldrar efteråt. Jag är van att barnen är mer frimodiga och berättar hur de känner. Från början ville de t.ex. inte ha bedövning för att laga, men jag ville jobba enligt mitt sätt och bedöva i stort sett alla. Efter ganska kort tid behövde jag inte övertyga dem längre, utan de frågade efter bedövning. Tydligt hade de pratat sinsemellan.

Föräldrarna var heller inte lika engagerade som i Umeå, eller med ett annat uttryck, ifrågasättande. De var vana att barnen kallades via skolan, och följde inte med skolbarnen till tandläkaren i samma utsträckning som i Umeå. Jag har alltid undrat hur man som förälder kan skicka sitt barn ensamt till tandläkaren men alltid följer med vid läkarbesök.



På senare år har kommunen haft inflyttning från andra kulturer. Första året i Dorotea anlände en grupp flyktingar från framförallt Sierra Leone. Här mötte jag barn som aldrig någonsin varit hos en tandläkare, barn med raserade bett, barn som behövde åldersbestämmas med hjälp av tandstatus mm. Några hade sina föräldrar kvar i Afrika så hälsouppgifter var svåra att få fram. Vi fick ta hjälp av vårdcentralen som gjort den grundläggande hälsokontrollen vid ankomsten. Många av de här barnen har sedermera flyttat till andra orter. Nu har det istället kommit familjer från Sydamerika. Den gruppen hade välsanerade tänder med amalgamfyllningar även i mjölkttänder, engagerade föräldrar, mindre hälsoproblem. En annan grupp barn är inflyttade från Asien, när mamman har hittat en partner i Sverige. Även här finns ett uppdämt, omfattande vårdbehov. Alla de här

nya patienterna erbjöd en ny utmaning och en variation till vardagen i Umeå.

Vad har jag då bidragit med på kliniken? Någon revolutionerande förändring har jag inte åstadkommit, men flera mindre förändringar har tillsammans bidragit till att omhändertagandet gradvis moderniserats, mer likt kliniker med större andel barnpatienter. Det är inte lätt att redovisa någon statistik eftersom antalet patienter är så litet. Varje barn i en åldersgrupp motsvarar ca 3%, så in- och utflyttning av en enskild familj kan förändra hela statistiken. Till en början fick jag agera städgumma och uppgradera bristfälliga fyllningar, extrahera värkande mjölkttänder och dra igång enklare ortodonti. Ortodontisten finns 14 mil bort, så kan patienten behandlas på hemmaplan sparas många långresor. Akuta besvär bland barnen är numer sällsynta. Ortodontikonsulten klaras av på drygt en timme/år. Efterhand har jag fått fler och fler vuxna patienter och jag har till och med dammat av mina kunskaper i plattprotetik.

Barnen kallas numer individuellt istället för klassvis. Det tog lite tid att våga lita på kallelislistorna i T4 istället för klasslistan. Föräldrarna började följa med barnen och blev på så sätt engagerade i både egenvården och tandbehandlingen. Uppenbarligen räcker det inte att en hygienist upprepar sitt budskap i skolan och på kliniken om inte tandläkaren ger samma budskap och att föräldrarna får se med egna ögon.

Revisionsintervallen förlängdes. Tidigare styrdes kallelserna av barnens skollov, badresor, busstider och allt möjligt, vilket medförde att gymnasieungdomarna, som går i skola på annan ort kallades varje sommar, med undantag av perioder då de hade sommarjobb förstås. Nu fick behovet styra, dvs. ungdomarna klarade sig utmärkt att undersökas vartannat år, speciellt med tanke på att det finns flera byar med hög fluorhalt. I Dorotea är fluorhalten optimal, medan det i några byar är vanligt med fluoros. Efterkontroller minskades ner, både när det gällde karieskontroller, traumakontroller och konsulter. Så långt det var möjligt togs alla beslut vid undersökningstillfället, så att patienten slapp komma tillbaka för efterkontroller utan kunde klara sig till nästa revision.

Materialvalet anpassades så att primära tänder lagades med resinförstärkt glasjonomer och permanenta tänder med modern composit. Innan blev det lite si och så. Vid lagning används alltid bedövning, även ytanesesi, med mycket få undantag. Sederingen moderniserades så att Stesolid tabletter och klysma sorterades bort till förmån för Midazolam. En del av förändringarna har att göra med mitt arbetssätt, men sammantaget blev det en uppgradering av barntandvården. Nu har kliniken kommit till en punkt då den ordinarie bemanningen verkar lösa sig och mitt uppdrag i Dorotea går mot sitt slut. Häromdagen läste jag förresten att en björn varit synlig på Carlshem i Umeå, någon kilometer från sjukhuset, så vill man se en björn är kanske bättre att stanna hemma i stan.

/ Gun Persson

Vi har nog alla i vårt kliniska arbete träffat barn med epilepsi som ordinerats in ta ketogen kost. I Umeå har våra ST-tandläkare lärt sig mer om detta område och delar nu med sig av sin kunskap: Munvård för epileptiker som behandlas med ketogen kost

Barn med behandlingsresistent epilepsi ordinerar ibland ketogen kost. Ketogen kost innebär ett högt intag av fett och ett lågt intag av proteiner och kolhydrater. Rekommenderade proportioner är 4:1, dvs. 4 gram fett mot 1 gram protein och kolhydrat. Behandling med ketogen kost innebär att barnet ordinerar en extrem kost, som ställer höga krav på barnets föräldrar både gällande kunskap och motivation. Verkningsmekanismen bakom denna diet är att kroppen går in i ketos och de bildade ketonkropparna ger en antikonvulsiv effekt vilket i många fall minskar frekvensen av epileptiska anfall.

Indikationer för behandling med ketogen kost är behandlingsresistenta barn framförallt i åldern 1-12 år, utan metabol sjukdom och med en väl fungerande social situation.

Ketogen kost är lågkariogen men naturligtvis måste även dessa barn ha en god rengöring av tänderna. Problemet är att många tandkrämer innehåller olika sötningsmedel som stoppar ketosen vilket leder till att anfallsfrekvensen snabbt tilltar. De mest känsliga barnen kan få samma reaktion av att smörjas in med fel hudkräm då vissa smörjande ingredienser i krämen uppfattas som kolhydrater.

Beroende av ålder och känslighet för olika sötningsmedel får individuella munhygienrekommendationer ges till dessa barn, efter samråd med behandlande barnläkare och dietist.

Fluorsköljning med styrka 0,05 % finns utan sötningsmedel (Dentan fluorsköljning 0,05 %). Ett förslag är att doppa tandborsten i denna lösning. Nackdelen är att lösningen rinner av borsten snabbt, vilket gör att doseringen blir svårkontrollerad och risken finns att fluoren endast hamnar i ett litet område i munnen. Dessutom kan den här koncentrationen vara för hög för de allra yngsta barnen som ordinerar ketogen kost, vilket gör att lösningen måste spädas.

CCS Prophylax paste (tandvårdens vanliga puts pasta) finns i en gul variant med RDA-värde 40 och 1000 ppm fluor vilket påminner om vanliga barntandkrämer. Denna pasta innehåller Sackarinnatrium vilket hos vissa barn med ketogen kost kan fungera, men inte hos andra. Fördelen med att använda denna pasta jämfört med fluorlösningen är att den har en på tandytan retinerande konsistens och en slipeffekt. En annan fördel är att det känns mer "normalt" för barnet och dess familj att ha en tandkräm att rengöra

tänderna med. Nackdelen är att puts pastan måste beställas från dentaldepå vilket försämrar tillgängligheten för patienten.

Förslag på oral hälsoprofylax vid ketogen kost:

0-3år: CCS Prophylax paste RDA 40 (gul) 0,1 % fluor, hanteras som vanlig barntandkräm för åldersgruppen. Produkten innehåller Sackarinnatrium < 1 %.

alternativt

Tandborstning med Dentan fluorsköljning 0,05 % fluor (utan smak). Spädes 5 ml lösning, 5 ml vatten.

4-6 år: CCS Prophylax paste RDA 40 (gul) 0,1 % fluor, hanteras som vanlig barntandkräm för åldersgruppen. Produkten innehåller Sackarinnatrium < 1 %.

alternativt

Tandborstning med Dentan fluorsköljning 0,05 % fluor (utan smak).

7 år och uppåt: CCS Prophylax paste RDA 40 (gul) 0,1 % fluor, hanteras som vanlig barntandkräm för åldersgruppen. Produkten innehåller Sackarinnatrium < 1 %.

Alternativt

Tandborstning med Dentan fluorsköljning 0,05 % fluor (utan smak). Efter tandborstning sköljes munnen 1 minut med lösningen enligt rekommendationer.

CCS Prophylax paste RDA 40 (artikelnummer 4310) köpes via Nordenta telefonnummer: 0171-23000, mail: info@nordenta.se. Tuben innehåller 60 ml kostar och kostar 78 kronor.

Dentan fluorsköljning 0,05 % utan smak innehåller inget sötningsmedel till skillnad från samma produkt med mints smak som innehåller 30 mg Xylitol per ml. 0,05 % Dentan: 1 ml motsvarar 0,5 mg NaF. En "doppning" motsvarar ca 0,25 ml lösning. En doppning= 0.125 mg NaF.

Källor:

Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Amark PE, Ballaban-Gil KR, Christina Bergqvist AG. Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet: recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. *Epilepsia* 2009;50:304-17.

Neal EG, Chaffe H, Schwartz RH, Lawson MS, Edwards N, Fitzsimmons G, Whitney A, Cross JH. The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomized controlled trial. *Lancet Neurol*. 2008 Jun;7(6):500-6.

Anne Hultgren Talvilahti, Pamela Hasslöf och Pernilla Lif Holgersson, ST pedodonti Umeå

John Erik Nyman; ST-handledare



Rapport från Barntandvårdsdagar

2009 i Uppsala.

Den 24-25 september träffades nära 370 personer för att lyssna på och diskutera ämnet ”*Vanliga ovanligheter i barntandvården*”

Under rubriken dolde sig svårigheter och problem gällande **diagnostik, mineraliseringsstörningar och trauma.**



Eva Ljung, tandvårdsdirektör från Uppsala höll som moderator ihop hela konferensen på ett medryckande sätt. Hon hade letat i YouTube och hittat en del pärlor att glädjas åt, som introduktion till föreläsarna, och hon hade också en del egna erfarenheter att förmedla. Men innan hon kom till tals, släcktes ljuset och Labanskolan gjorde entré. Ronja Rövardotter på eget sätt!

Diagnostik, när var hur: Karin Ridell och Kristina Hellén-Halme från Malmö föreläste om röntgen som del i diagnostiken – vad vi ibland inte ser och hur vi ska hantera den digitala röntgentekniken för att se bättre. Karin refererade bland annat till SBU rapporten 2007, som visade att man använde bitewingröntgen som ett hjälpmedel för kariesdiagnostik i bara 20–40 procent av undersökningarna på 5-åriga barn. Från 11 års ålder ingår bitewingröntgen i stort sett alltid vid kariesdiagnostik i samband med den regelbundna tandundersökningen i Sverige och Norge. I en annan undersökning fann man att vi nu med digital röntgen inte bara tar färre antal bilder, men också tyvärr färre lyckade bilder. Det ökar naturligtvis risken för att kariesangrepp inte ses i tid, med påföljande risk för komplikationer.

Vad kan vi då göra för att se det vi ska? Kristina Hellén-Halme guidade oss bland bitar och gråskalor, och gav handfasta tips, lätta att ta med hem och använda: Vi kan till exempel diagnostisera mycket bättre på röntgenbilden om vi släcker i rummet, har placerat monitorn en bit från fönstret och håller ett granskningsavstånd på 1 m!

Krister Bjerklin knöt an till behovet av bra diagnostik när det gäller bettutvecklingsstörningar. En tidig diagnostik kräver ofta bara en enkel insats, medan oupptäckta bettavvikelser kan medföra svåra konsekvenser. Vid tidig upptäckt av aplasier eller ektopiskt erumperande tänder kan vi styra utvecklingen rätt. I tandvården måste vi också reagera om inte näsandning är möjlig, eller om det finns risk för asymmetrisk ansiktstillväxt.

Eftermiddagen ägnades åt **mineraliseringsstörningar**. Birgitta Jälevik, en av våra mest kunniga föreläsare på området beskrev de unika egenskaperna hos emaljen, som både gör den så stark men också så sårbar, genom att den inte kan repareras på samma sätt som andra organ i

kroppen. Hon tydliggjorde skillnaderna mellan lokala och generella, kronologiska och icke kronologiska skador.

Larisa Krekmanova belyste sedan ett av de stora problemen vid en del mineraliseringsstörningar, nämligen smärtkänsligheten hos tänderna. Hur ett barn upplever att få en hypomineraliserad och hypersensibel tand beror inte bara på hur gravt skadad tanden är. Barnets tidigare smärterfarenheter, förståelse och stöd från den närmaste omgivningen och, inte minst, bemötandet i vården påverkar barnets upplevelse. I en rapport från Barnombudsmannen uppges att det bara var 30-40% av tillfrågade skolungdomar som kände sig respekterade i vården. Larisa betonade därför vikten av ett gott bemötande från tandvårdens sida. Vi ska behandla smärtan både farmakologiskt och icke farmakologiskt på ett korrekt sätt.

Vad kan vi göra? Birgitta Jälevik och Tobias Fagrell diskuterade behandling av mineraliseringsstörningar. Tobias beskrev hur hypersensibiliteten är ett resultat av bakterieinvasion i oskyddade dentinkanaler. Med en extremt god munhygien, eventuellt med tillägg av ozonbehandling kan man få ner känsligheten. Vi ska undvika att plåga barnet i onödan med omgörningar av dåligt gjorda fyllningar. Det är bättre om man redan från början kan exkavera porös emalj, och förlägga fyllningsranden i frisk emalj. Då har man större möjlighet att göra en kompositfyllning med god prognos. I andra fall får man göra en resinförstärkt glasjonomerfyllning eller stålkrona. Viktigt är att göra tidig diagnos av mineraliseringsstörningen, bedömning av bettförhållanden och behandlingsplan. Är det MIH med förmodat friska granntänder, kan man överväga extraktion av skadade 6:or, i andra fall kanske man måste göra tidiga insatser för att inte skadan på hypomineraliserade tänder ska förvärras. Efter en givande dag kunde vi gå med förväntan till kvällens underhållning. Och vi blev inte besvikna! Vi åt och drack gott och så var det Fantastic Four, som försatte salen i en ”fantastic” stämning. Oförglömligt för oss som var där!



Att sedan de flesta var på plats kl 8.30 nästa morgon berodde nog på att Jens Andreasen, världskänd traumatolog, föreläste om **akut tandtrauma**. Han förmedlade via ett ytterst pedagogiskt bildmaterial senaste rön inom traumabehandling. Pulpans tillstånd är avgörande för läkningsförmåga. Vi ska inte komprimera pulpan, vi ska minimera bakterieinvasion. Graden av bakterieinvasion beror på pulpans vitalitet; finns ett övertryck i dentinkanalerna minskar invasionen och omvänt. Det tar 36 dagar för pulpan att läka efter ett trauma, 0,5mm/dag. Revaskulariseringen är proportionell i förhållande till apex vidd. Dock fås ju också en stimulering av

sekundärdentinbildning med åtföljande obliteration av pulpan.

För tandläkare, som inte har traumabehandling som huvuduppgift är det i princip omöjligt att hålla sig ajour med aktuella behandlingsprinciper. Jens Andreasen beskrev sin "Dental Trauma Guide" som han har arbetat med under ett antal år och som inom kort kommer att finnas tillgänglig på nätet. Där kan man "på minuten" klicka sig fram till diagnos, behandling och uppföljning av olika typer av trauma. Basdelen kommer att finnas kostnadsfritt tillgänglig, för övrig del krävs prenumeration. Man kan hoppas att Guiden kommer att bli ett hjälpmedel, som kan bidra till bättre behandling av traumaskador.

För er som inte var med, och för er som inte hann anteckna – föreläsningarna kommer att finnas i förkortad form på vår hemsida, www.spf.nu

Under onsdagen delades också stipendier ut:

Malin Stensson fick Stiftelsen Barntandvårdsgars stipendium för forskning och utveckling för projektet *Oral hälsa hos unga vuxna med astma*.

Tita Mensah fick MEDA:s Resestipendium för presentation av studien *Can mesiodentes be resorbed*.




Susanne Brogårdh-Roth fick SPF Rese- och Forsknings stipendium för projektet *För tidigt födda barn – kartläggning av risker för oral ohälsa, dental trauma och MIH*.



Tack alla sponsorer, tack alla föreläsare och deltagare som gör Barntandvårdsgarna till den institution som den nu har blivit – en vitamininjektion för svensk barntandvård!

Vid pennan *Ingrid Andersson-Wenckert*

Visst vet NI??

-  Att Barntandvårdsgarna år 2010 är i Norrköping.
-  Att datumet är 23-24 september.
-  Att temat är Livsstil och oral Hälsa.

Trettondagen i Umeås omnejd

Minus 23 grader, gnistrande klart och kallt.





VÅRMÖTE 2010

Sigtunahöjden Hotel och Konferens - Sigtuna
torsdagen och fredagen den 22-23 april

Huvudtema - Gener i Fokus

Onsdagen den 21 april 20.00

Gemensam måltid

Torsdagen den 22/4 ca 8.00 – 17.00

”Från basal molekyärgenetik till epigenetik”

Med dr Britt-Marie Anderlid, klinisk genetiker, Stockholm
Doc Helena Malmgren, sjukhusgenetiker, Stockholm

Gemensam måltid ca 19.30

Fredagen den 23/4 ca 8.00 – 13.00

”Handläggning av ärftliga tillstånd inom tandvården”

Övertandläkare Johanna Norderyd, Jönköping
Med dr Barbro Malmgren, Stockholm
Övertandläkare Sten Sundell, Göteborg
Övertandläkare Biniyam Wondimu, Stockholm
Övertandläkare Christer Ullbro, Jönköping

Föreningsmöte ca 11.30-13.00



VÄLKOMNA TILL Svenska Pedodontiföreningens Vårmöte

Sigtunahöjden Hotell och Konferens, Sigtuna
22-23 april 2010

Gener i fokus



Föreläsare

Britt-Marie Anderlid, klinisk genetiker
Helena Malmgren, sjukhusgenetiker
samt

Johanna Norderyd, specialisttandläkare
Biniyam Wondimu, specialisttandläkare
Barbro Malmgren, specialisttandläkare
Christer Ullbro, specialisttandläkare
Sten Sundell, specialisttandläkare

