



Barntandläkarbladet

Svenska Pedodontiföreningens medlemsblad

Nummer 2 - 2010/Årgång 23





Svenska Pedodontiföreningen 2010

Styrelsen

Ordf. Christer Ullbro
Skr. Ingrid Andersson-Wenckert
Kassör Karin Ridell
Ledam. Margaret Grindefjord
Tita Mensah
Gunilla Klingberg
Georgios Tsilingaridis

Norra sektionen

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

Södra sektionen

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

Västra sektionen

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

Östra sektionen

Ordf. Lena Permert
Skr. Ewa Bergman
Kassör Sofie Hübel
Ledam. Marianne Lillehagen
Monica Barr Agholme

Innehåll

Sid 3	På gång
Sid 4	Ordföranderader
Sid 5	Riksstämman
Sid 6 - 7	Porträtt Ingegerd Mejäre
Sid 8 - 9	Svåra möten
Sid 10	Vad är LKG?
Sid 11	EAPD i Harrogate
Sid 12 - 15	Barntandvårdsdagar
Sid 16 - 17	Fluortanten 50 år
Sid 18	Andreas volontär Zimbabwe
Sid 20 -21	Marianne i Holland
Sid 22	Tita ny pedodontist
Sid 23	Boktipset

Omslagsbild:

Förhoppningsfulla barn inför 2011

Foto Lena Permert

Mikael Persbrandt intresserad besökare på riksstämman.





Från redaktionen

Hej

Tiden går som vanligt fort. Vips så är det jul och vi som hade sommarlov alldeles nyss!
Men vintern är här och det med besked.

Hösten har varit intensiv då vi arbetat med tidningen samtidigt som vi haft ansvaret för pedodontiprogrammet på riksstämman. Kort sammanfattning av vårt program finns längre fram i tidningen. Bild från utställningen ovan.

Vi känner oss mycket nöjda då det var stort intresse med många besökare på symposierna och rapporterna. Vi har också fått positiv respons från våra kollegor. Tack!

Vi hoppas ni är nöjda med tidningen och har ni synpunkter på innehållet så är vi bara glada om ni framför det till oss. I skrivande stund vet vi inte exakt när tidningen kommer ut till er alla. Men blir det efter helgerna får ni ta till er jul- och nyårshälsningarna i efterskott...

Har ni något ni vill skriva tar vi tacksamt emot material.

Gott Nytt År från Lena , Ewa och Andreas

På gång.....

26-27 jan 2011 NFH Konkensuskonferens Stockholm

2-3 febr 2011 Odontologiska temadagarna Örebro

19 - 20 maj 2011 Vårmöte i KostaBoda

15-18 juni 2011 IAPD Athén , Grekland

25-26 aug Nordiska mötet Göteborg

14-17 sept 2011 FDI Mexico City

22-23 sept 2011 Barntandvårdsdagar Växjö

17-19 nov 2011 Riksstämman Stockholm

24-26 maj 2012 EAPD Strasbourg, Frankrike

20-22 sept 2012 IADT Rio de Janeiro Brasilien

17-20 okt 2012 IADH Sydney, Australien

Nästa nummer:

Artiklar, insändare och bidrag insändes till östra sektionens redaktion senast den 1 april 2011.

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. VIKTIGT!!

Text och bild skall skickas som separata bilagor. Bilder bör vara i JPG-format med en upplösning på minst 300 dpi. (cirka 1024x1280 bildpunkter)

En titt i backspegeln och framrutan

Ett nytt år är i antågande och det finns nu möjlighet att avge löften om ett sundare och bättre leverne under det kommande året.

Trots att det finns ett uttrycksätt som säger: "Look at life through the windshield, not the rear-view mirror", tänker jag börja med att titta både i backspegeln och framrutan. Året 2010 har varit ett bra år sett i perspektiv av de engagemang som pedodontiföreningen har haft. Vårmötet i Sigtuna blev mycket uppskattat med utmärkta föreläsningar och bra konferensmiljö. Att den guidade turen blev en upplevelse i regn, kyla och en guide som genom sitt engagemang kanske var mera mån om sitt budskap och sitt Sigtuna än om sina åhörarens väl och ve är en helt annan sak.

Den 19-20 maj 2011 är ni alla välkomna till Vårmöte på Upplevelsernas hotell, Art hotell, i KostaBoda. Vi arbetar för fullt med programmet som kommer att handla om hur vi bäst agerar som barntandvårdens försvarare. Hur kan, bör och får vi agera för att barntandvården inte ska nedrustas i tider av landstingsekonomisk lågkonjunktur. Fundera på hur 'besvärlig' du orkar vara för att försvara dina ideal? Vi ser fram emot ett inspirerande möte!

Barntandvård dagarna i Norrköping blev också lyckade med ett uppskattat program såväl under dagarna som på torsdagskvällen. Stort tack till Birgitta Jälevik och hennes kollegor för all hjälp före och under dagarna. Årets upplaga gick i hamn rent ekonomiskt, men om vi ska kunna driva dessa arrangemang vidare i framtiden så behöver vi flera deltagare. Jag hoppas att det positiva ryktet om 2010 års Barntandvård dagar sprider sig bland barntandvårdsfolk och att alla pedodontister 'lobbar' för dagarna i de egna landstingen. Vi måste också annonsera lite mera utmanande så att våra annonser inte drunknar i alla andra kurserbjudanden. Har du synpunkter på detta så hör av dig till mig eller någon annan i styrelsen.



Det har sina fördelar att bo på västkusten!

2011 kommer Barntandvård dagarna att vara i Växjö. Arash Homayounfar kommer att vara vårt lokala stöd tillsammans med tandvårdsdirektören Annika Kahlmeter. Ämnet kommer att vara Prevention i dess allra vidaste mening och jag lovar, att vi redan nu har engagerat spännande, underhållande och provocerande föreläsare.

På Barntandvård dagarna liksom på Riksstämman i Göteborg var Barnombudsmannens enkät till Foltandvårdens klinikefer om utsatta barn ett uppskattat inslag. Åtminstone för många av oss pedodontister som välkomnar den uppmärksamhet som hans enkät har fått.

Ta vara på uppmärksamheten i media och driv frågor kring utsatthet i era landsting! Har du inte läst BO:s rapport så finns den på www.bo.se och jag har också lagt den på www.lj.se/oi under rubriken Utsatta barn i Pedodontihandboken. Stort tack till ÖSP som skapat ett bra program, även om miljösymposiet inte drog någon storpublik.

I samband med Riksstämman firade Svenska Tandläkare-Sällskapet 150-årsjubileum. Jag uppvaktade på plats och

gav ett penningbidrag till den nyinrättade Jubileumsfonden.

Nästa år kommer Norra sektionen att hålla i Riksstämmeprogrammet och där dras det redan nu i 'arrangörståtarna'. Lycka till med detta viktiga uppdrag!

Under året har den s.k. Behörighetsutredningen kommit med sitt betänkande om tandläkarnas specialistutbildning. Inga nya specialiteter föreslås, men att en översyn av föreskrifterna och målbeskrivningen av tandläkarnas specialiseringstjänstgöring bör ske. Vidare föreslås att det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring ska återskapas och bistå Socialstyrelsen i frågor om tjänstgöringen. Utredaren föreslår vidare att en bestämmelse bör införas i tandvårdslagen om att landstingen har skyldighet att tillhandahålla platser för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

Pedodontiföreningen har tidigare uppvaktat utredaren och har nu fått möjlighet att framföra synpunkter på förslagen. Vill du läsa så finns utredningens betänkande på www.regeringen.se : "Kompetens och ansvar. Betänkande av 2009 års Behörighetsutredning SOU 2010:65.

Under Riksstämman hölls ett årsmöte med val av styrelse för 2011-2012. Det blev omval av samtliga styrelsemedlemmar förutom Sven-Åke Lundin som nu går i pension och har valt att avsluta sitt uppdrag. Stort tack till dig Sven-Åke för alla åren och allt arbete i föreningen. Som ny styrelsemedlem efter Sven-Åke valdes Tita Mensah. Tita, du är hjärtligt välkommen till styrelsen.

Med detta slutar jag mina rader. Kom ihåg att du som medlem har ett stort ansvar för föreningens arbete, såväl internt som externt. Dina synpunkter, åsikter och idéer är välkomna och jag vill att vi ska ha högt till tak i våra diskussioner.

***Ha en bra helg,
önskar Christer***

Riksstämman i Göteborg på temat Tandvård i Tiden

Östra sektionen av svenska pedodontiföreningen hade i år ansvaret för pedodontiprogrammet på riksstämman.

13 667 personer totalt besökte mässan och den odontologiska stämman under de tre dagarna. Pedodontiprogrammet bestod av rapporterna och följande tre programpunkter:

”Hur skall patienten behandlas”

Här medverkade två ortodontister från Göteborg, pedodontist Charlotta Jensen från Västerås samt protetiker Ann Lindunger Eastmaninstitutet. Tre fall presenterades varav ett från Eastman.



Från Ann Lindunger och Charlotta Jensen.

Fallpresentationerna var mycket intressanta där vart och ett rönkte många olika frågeställningar, vilka belyste hur viktigt det multidisciplinära samarbetet är mellan de olika specialiteterna. Det blev många bra diskussioner. Tyvärr gick det bort lite tid då en datorkabel som krånglade fick bytas ut då den gjorde tandköttet knallblått.

Fallen, före och efter behandling, finns beskrivna i tandläkartidningen nr 13 och 14.

”Utsatta barn- hur kan tandvården agera för deras bästa”

Medverkande var Barnombudsmannen Fredrik Malmberg, Överläkare Petra Råsten Almquist Solna, Eva Tornberg utvecklingsledare socialtjänsten Stockholm.

Moderator var Christer Ullbro Jönköping.



Från Eva Tornberg, Petra Råsten Almquist och Fredrik Malmberg.

Symposiet var välbesökt och rönkte stor uppmärksamhet, även i pressen. Folk tandvården kritiserades av Barnombudsmannen för att de inte anmäler barn som far illa till socialtjänsten. När barn systematiskt hoppar över tandläkarbesök eller tidigt drabbas av svår karies bör vi misstänka att barnens vårdnadshavare inte ger barnet tillräcklig omsorg.

Folk tandvården i Stockholms län AB liksom andra landsting i landet är medvetna om att detta är ett problem och arbetar aktivt för att uppmärksamma medarbetare att se när ett barn riskerar eller far illa. Riktlinjer har eller håller på att utarbetas och ett samarbete med socialtjänsten har inletts. Det handlar mycket om att sprida kunskap och utbilda tandvårdspersonal.

”Dagens miljö är morgondagens hälsa”

Mia Stenborg miljösamordnare Stockholm medverkade och moderator var Margaret Grindefjord Eastmaninstitutet. (Bilden nedan)



Föreläsningen handlade om tandvården ur miljösynpunkt. Mia inledde med några skrämmande bilder hur djur och natur blivit drabbade av miljöförstöring och vilket verkligen manade till eftertanke. Smältande glaciärer, sjöar med en antibiotikakoncentration så hög att det skulle räcka att behandla människorna i en större stad.

I Indien har en gamart decimerats av läkemedlet Diklofenak som används för att hålla boskap friska men giftigt för gamar då de livnär sig på kropparna.

Kerstin Carlstedt pedodonti Eastmaninstitutet var ordförande på rapporterna som var 10 stycken. Rapporterna behandlade många skiftande ämnen från prematura barn och deras bettutveckling, behandlingssvårigheter, tandvårdsrädsla till prestationsersättning inom specialiserad barntandvård.

Vi är imponerade över hur proffsiga våra kollegor är då de presenterade sina forskningsrapporter. Allt bara flöt och framställningen var jättebra!

Lena Permert, Kerstin Carlstedt



Ingegerd Mejäre älskar backarna på Österlen

Intervju med en av våra mest kända profiler inom barntandvården professor Ingegerd Mejäre. Numera bosatt och verksam i Malmö.

Hur många år har du varit verksam inom barntandvården?

Det beror ju på hur man räknar, men jag blev specialist i pedodonti 1975. Så det blir ungefär 30 inom vår specialitet.

På vilka olika platser/kliniker och skolor har du arbetat?

Som pedodontist i Malmö, Lund och Stockholm. Utomlands i Bahrain och på Nya Zeeland.

Varför blev du intresserad av att arbeta med barn?

Det var nog mer en tillfällighet att jag hamnade på pedodontiavdelningen i Malmö. Jag hade tänkt bli oralkirurg. På den tiden då jag försökte bli detta, satte min hud stopp för dessa planer. Hilding Björn i Malmö (där jag tjänstgjorde) hade stipulerat att man skulle skura sig först med tvål och sedan med sprit (och då var det i princip en skurborste) upp till över armbågen i fem minuter. Inför varje operativt ingrepp. Proceduren övervakades av hans

övertandsköterska, så att inte de små okunniga nya tandläkarna fick för sig att fuska med tiden. Min redan innan rätt känsliga hud klarade inte detta, så jag gav upp.

Sedan skulle jag bli ortodontist, men det "sket sig" också eftersom den då tjänstgörande professorn och jag inte kom så bra överens.

Så då gick jag tvärsöver gången till pedodontiavdelningen och frågade om man kunde ta emot en vilsen och överbliven tandläkare som ändå hade vissa ambitioner i livet.

Det skedde med viss tveksamhet - "hon har ju tre små barn och en man som jobbar i Stockholm".

Har du några roliga minnen från några behandlingssituationer?

Som färsk och första pedodontist i dåvarande Malmöhus läns landsting hade inte manegen krattats så väl för vår specialitet. Det kan man nog

säga utan att överdriva. Det fanns rätt många både färgstarka och allmänt sett mycket stolta, självsäkra (och duktiga) klinikchefer i och runt Lund som inte begrep vad man skulle med mig till. De hade ju klarat sig själv i "hundra år utan pedodontist."

Efter ett tag tyckte i alla fall en av dem att man kunde pröva mina förmågor. Jag blev "inbjuden" till en stor klinik i Arlöv för att under en dag visa upp mina konster. Dagen var för mig späckad med barn som inte hade gapat förut på kliniken. Jag fick ett gigantiskt stort behandlingsrum där det fanns plats för åskådare längs väggarna. Folk kom och gick under dagen.

Den sista patienten var 6 år och hette Elin. Mitt i det stora rummet satt hon och knep ihop munnen när jag äntrade scenen. Alla var där, tandläkare, tandsköterskor, receptionister, städerskan och Elins mamma, prydligt uppradade längs väggarna. Jag hade haft ganska arbetsamma patienter

sedan klockan åtta och var mycket trött. Gick fram till Elin, tittade på henne och hennes ihopknipna mun och tänkte: "Nu skiter jag i det här spektaklet".

Men så fick jag ett infall. Böjde mig fram och viskade i hennes öra: "Vet du vad- ser du att står ett helt gäng människor här inne längs väggarna plus din mamma? Det enda de väntar på är att allt det här ska sluta som det gjort alla de andra gångerna du varit på det här förskräckliga stället. Har du ont förresten?". Elin nickade och öppnade munnen för att visa en rätt nerkarierad 04:a.

Jag viskar (detta gick bra, våra åskådare kunde inte höra vad jag sa): Jag vill ha en hemlis med dig. Vi skall lura alla som står här och glör på oss. Jag lovar att göra mitt allra bästa för att ta bort din tand om du gapar.

Jag är faktiskt bäst i världen på det, det är därför jag är här.

Elin nickar och gapar. Jag ber om anestesi, får det och har väl tur - mandibularinjektionen blev perfekt. Ren bondtur alltihop. Sedan blev jag helgonförklarad - om än bara i Arlov.

Förhoppningsvis har tandvården för barn blivit bättre under de gångna 30-40 åren. Kan du belysa de viktigaste förändringarna?

Ja, det enkla svaret är fluorid, denna lilla jon som gjort så mycket för tandhälsan. Man skall heller inte glömma att vi fått väldigt mycket bättre förutsättningar för att behandla någorlunda smärtfritt. Bra anestesimedel, bra tekniker, lustgas och Midazolam. Inget av detta fanns när jag började som barn tandläkare på 1960-talet. Vi har också fissurförsegling som inte heller fanns på 1960-talet. Men den stora revolutionen är fluor!

Vilka av dina forskningsresultat har varit av störst betydelse för barnen? Den krassa sanningen är att jag liksom mina kollegor oftast inte har ställt de viktigaste frågorna. Ett exempel är: Vilka metoder är mest effektiva för



Fluorid och smärtlindring är viktiga förändringar för barnen, tycker Ingegerd.

att behandla initiala kariesskador? Är pulpaöverkappning en bra metod för att slippa rotfyllning när en pulpa exponerats på grund av karies? Den andra krassa sanningen är att alltför mycket av den forskning som jag (och många andra) bedrivit inte håller måttet metodologiskt. Vi har alltså oftast inte haft tillräckligt bra design på våra studier. Därmed är resultaten osäkra.

Men - det jag ändå sätter främst är Västerhaningestudien som visar hur fort (eller långsamt) karies progredierar hos barn, ungdomar och unga vuxna.

Den höll jag på med i mer än 10 år, och den studien är unik.

Hur ser ditt liv ut just nu?

Jag sysslar just nu med diagnostiska metoder på SBU. Det handlar om diagnostik i allmänhet inom medicinen och det är en utmaning som jag trivs med. Vi har precis avslutat rapporten "Rotfyllning" som presenteras på riksstämman. Delar av den skall nu översättas till engelska och presenterats för en internationell publik.

Men snart skall jag pyssla med mina rosor och andra perenner på Österlen. Har precis byggt ett växthus där.

Hinner jag med mina barn och barnbarn?

Absolut. Det är ju en fråga som man tolka litet hur som helst.

Har du några goda råd att delge oss övriga barn tandläkare?

Ta vara på dig själv. Se om din egen mentala hälsa. Min gode vän Lars Gustav Petersson sa en gång:

Du förstår vi har alla ett litet stearinljus här inne (pekade på bröstet). Det måste man vårda. När lågan börjar fladdra måste man lugna ner sig och fundera, annars slocknar ljuset.

Jag tycker om den liknelsen.

Senaste lästa bok: Richard Schwartz: Room service. Köp den, låna den, stjäla den (nej kanske inte). Ge den åtminstone till dina barn. De behöver läsa den.

Senaste sedda film: "Himlen är oskyldigt blå" – så där – 3 av 5 stjärnor.

Men jag var på Dramaten och såg "En handelsresandes död" med Krister Henriksson som Willy Loman. Den måste ni se. Krister Henriksson är lysande!!

Favoritmat: Carl Butlers lammfärsköttbullar

Favoritdryck: Ett gott rödvin

Favoritsemester: Jag har inte semester längre. Jag är bara "ledig".

Bästa motion. Att gå snabbt upp för backarna som finns över vägen vid mitt sommarställe på Österlen. Då flåsar jag bra.

Ewa Bergman



Hur klarar jag att jobba vidare efter svåra möten?

Under min verksamhet som allmäntandläkare har jag flera gånger varit med om att en patient som man behandlat dött på grund av sin grundsjukdom, i någon olycka eller av ”naturliga skäl” i hög ålder.

Min tid under ST-utbildningen präglades av nya kunskaper och erfarenheter men också oftare än någonsin av möten med sjuka barn och barn i sorg samt föräldrar i livskriser och krisreaktioner. Tack vare mina erfarna handledare och handledningen av min barnpsykolog fick jag erfarenhet att kunna bearbeta de känslor och tankar som väckts under dessa möten för att kunna utföra mitt arbete professionellt och korrekt.

Men hur gör jag så att det håller i längden i mitt verksamma yrkesliv? Hur gör jag för att det ska bli rätt varje gång i en unik situation med en ny patient?

Som pedodontist träffar man en del barn som är svårt sjuka. Frågan är hur vi, som en av vårdgivarna

till dessa barn, ska förhålla oss till det faktum att de kan dö? Hur förhåller vi oss till barn som har förlorat närstående, ett syskon eller en förälder? Hur påverkar en sådan händelse våra tankar om livet och dess mening? Hur skiljer man mellan det som berör mig som medmänniska och det som berör mig i mitt privata liv? Hur ska man förhålla sig yrkesmässigt till sorgen man möter hos våra patienter och deras familjer?

Om vi inte skiljer mellan de två olika rollerna, den yrkesmässiga och den privata, riskerar vi att förlora våra kunskaper och vår förmåga att hjälpa dessa barn och deras familjer.

Kunskap om barnets sjukdom och familjesituation ger oss en viss trygghet. Detta är förutsättningar för en bra relation, dock med respekt för den sjukes och familjens autonomi. Man kan känna sig otillräcklig och kan känna vanmakt men vi kan alltid ge vår tid, vi kan lyssna, ge dem vår närhet utan att göra eller säga någonting (1).

Man skiljer mellan akut och kronisk stress som familjen går igenom vid en allvarlig sjukdom. Studier visar att de flesta barnen som överlevde allvarliga sjukdomar mår bra medan ca 33-39 % av föräldrarna lider allvarligt av trauma efter barnets sjukdom. I olika åldrar är existentiella frågor också olika.

1 Små barn (0-2 år) upplever inte döden som hot vid sjukdom utan rädslan att bli övergiven. Vårdgivarens uppgift är att stödja och stärka föräldrarna att ge den fysiska närhet det lilla barnet behöver.

2 Förskolebarn (3-7 år) upplever döden konkret. I den åldern kan barnen inte föreställa sig egen död men de är rädda att bli kroppslig skadade. Deras egocentriska perspektiv kan orsaka tankar om skuld i fall där syskon eller förälder har blivit sjuka eller dött. Det är därför viktigt att inte ljuga utan ge en verklig bild av situationen samtidigt som man ska ge utrymme för barnets fantasi.

3 Skolbarnet (ca 7-12 år) har större begrepp om döden och dödskräcken yttrar sig i rädslan att inte klara sig själv. Oavsett detta har de inte långt perspektiv på sin situation. Det är viktigt att vuxna respekterar barnets integritet och hjälper barnet att klara sig själv så länge som möjligt.

4 Tonåringen (13-17 år) har perspektiv på sin situation och konsekvenser av döden för sig själva och deras familj. De kan känna hopplöshet och vanmakt. Det är viktigt att både de och föräldrar får samma information och att de får möjlighet att prata med sina jämnåriga.

5 Förutom åldersskillnader i sätt att sörja och hantera känslor runt allvarlig

sjukdom finns det också kulturella skillnader där det kan krävas mycket kunskaper och energi att skapa en bra relation och förtroende för varandra. Samtidigt ska den praktiska delen av vården inte rubbas p.g.a. den kulturella hänsynen.

Barn med allvarliga sjukdomar behöver tröst, tid för återhämtning, möjlighet att distraheras av någonting annat men också möjlighet att uttrycka ilska. Ilskan hos svårt sjuka barn och/eller deras föräldrar är en reaktion på hela den situation barnet och familjen befinner sig i. Efter att vrede och ilska har fått utlopp kommer ofta känslor av hopplöshet och övergivenhet. Att stå ut med vrede och aggression från de sjuka barnen och föräldrarna kräver kunskap om sjukdomen och bemötande av människor i kris. Dessutom krävs det empati och självkänedom (2, 3).

Känslorna som väcks hos oss i sådana möten ska vara till hjälp att förstå men får inte ta större plats i samtalet än känslorna hos dem man möter. Vi får inte ta sorgen ifrån dem. Det uppmärksammas även faror för ”mamma-barn relation” mellan det sjuka barnet och personal som kan vara smärtsam att lösa upp men som också kan leda till svartsjuka från barnens föräldrar (4).

Inom den medicinska professionen utvecklas ett program, humanistisk medicin, som syftar till att ge kunskap om lidandets olika uttryck och som ger träning i att ge tröst och hopp. Samtidigt får man bättre förståelse för sina egna värderingar, åsikter men även fördomar vilket ger större trygghet och en mer professionell hållning i mötet med patienten (5).

”Likt glasbitarna i ett mosaikfönster är vi delar i varandras liv, och varje del är lika viktig som någon annan. Alla tillhör vi livet, det liv som vi fick som gåva. Och alla speglar vi det ljus ur vilket vi föddes en gång.”

Ur Lars Björklunds bok ”Modet att ingenting göra. En bok om svåra möten”



Edita Stojanovic-Rakovic
Övertandläkare
Centrum för Specialisttandvård,
Pedodonti
S: t Laurentiigatan 10
222 21 Lund

Litteratur

1. Björklund L. Modet att ingenting göra. En bok om det svåra mötet. Örebro: Libris; 2003.
2. Leijonhielm M. Hoppet och vanmakten. Göteborg: Graphic System AB; 1992.
3. Falk K, Lönnroth A. Nära döden nära livet. En bok om mod och livsvilja. Smedjebacken: Fälth & Hässler; 1999.
4. Salomon B. Sam-tal. Liten handbok. Arlöv: Esselte Studium AB; 1988.
5. Humanistisk medicin ger träning i att förmedla tröst och hopp. Läkartidningen 2009; 106 (8): 518-9.

LKG-teamet Akademiska sjukhuset i Uppsala

Vad är läpp-käk-gomspalt (LKG)?

Spalternas förekomst

LKG-spalt är en medfödd missbildning som funnits lika länge som människan och är således en av de vanligaste medfödda missbildningar.

I Sverige föds årligen ca 180 barn med någon form av läpp-käk-gomspalt. Detta innebär att man bland 600 nyfödda barn kan förvänta sig ett barn med spalt. Kluven läpp/käke med eller utan gomspalt utgör i Sverige nära 70% av alla spaltfall och de med enbart gomspalt resterande 30%. Fördelningen mellan könen är ojämn. Hos pojkar är läpp/käkspalt med eller utan gomspalt vanligast. Hos flickor är isolerad gomspalt mer än dubbelt så vanligt som hos pojkar. Spalterna i läpp och käke kan vara så väl enkel som dubbelsidiga

Omhändertagandet

Behandlingen av spalter har under de senaste årtiondena successivt förbättras.

LKG-teamet på Akademiska sjukhuset i Uppsala är en multidisciplinär grupp där representanter från flera specialiteter samarbetar. I teamet som samverkar under behandlingens etapper ingår plastikkirurg, käkortoped, foniater, logoped och käkkirurg.

Målet för behandlingen är att rätta till den synliga deffekten i läpp och näsa och ge barnet bästa möjliga förutsättningen för en normal tand- och käkutveckling och tal.

Första omhändertagandet:

Uppsala har ett stort upptagningsområde som omfattar Uppsala län, Gävleborgslän, Dalarnas län, Barntandläkarbladet 2 - 2010/årgång 23



Västmans län, Södermanlands län, Örebro län och Värmlands län. När ett barn föds med LKG meddelas teamet. LKG sjuksköterskan ringer familjen för att etablera den första kontakten, ge råd och information samt boka en tid för nyföddbesök.

Vid detta första besöket träffar föräldrarna barn och ungdomsgruppen som informerar om omvårdnadsrutiner. Matning följs upp och familjen får stöd och råd. Därefter träffar de plastikkirurg som undersöker barnet och informerar om kommande behandlingsprogram och operationer. Slutligen bedömer käkortopeden behovet av gomplatta, nässtöd och tejpling av läppen.

Matning/amning

Barnet har som alla andra barn sug- och sväljreflexer, men kan på grund av spalten ha svårare att på egen hand börja suga på vanligt sätt.

I sällsynta fall kan barn med en liten spalt ammas. I övrigt får man mata med nappflaska så kallade Habermanflaska.

Förberedande käkortopedisk behandling:

Detta görs på barn med Pierre Robin sekvens, barn med breda gomspalter och barn med läpp-käk spalter. Indikationer är att underlätta andning, matning samt föra segmentet att växa i rätt ritning plastikkirurgen .

De första operationerna:

Enkelsidigt läppspalt.

Slutningen av läppspalten utförs på

Akademiska sjukhuset så snart barnet blivit 3 månader gammalt eller uppnått en vikt av ca 5 kg och i övrigt anses moget för narkos.

Dubbelsidig läppspalt

Den dubbelsidiga läppspalten innebär i allmänhet större utmaningar och kan fordra flera operationer. Slutresultatet brukar trots detta bli tillfredsställande. Läppoperationen sker vid 3-5 månaders ålder och vanligen sluts båda spalterna vid denna operation.

Gomspalt

Spalten i mjuka gommen sluts vid 6 månaders ålder.

När gomspalten också går in i hårda gommen sker operation av gommen i två steg för att uppnå bästa slutresultat för både tal och tillväxt av överkäken. Hårda gommen sluts när barnet nått ca 2-års ålder.

Gomronder

Efter dessa tidiga operationer återkommer barnet till gomrond för att kontrollera att tal, tänder, tillväxt och utseende får en så gynnsam utveckling som möjligt. Vid dessa tillfällen träffar barnet och föräldrarna LKG teamet. Dessa kontroller börjar när barnet är 3 år och fortsätter regelbundet upp i vuxen ålder. Vid dessa möten träffar man specialisterna var för sig och kan i lugn och ro bli undersökt och få svar på frågor. Det ligger också ett stort värde i att föräldrar och barn avslutningsvis tillsammans träffar samtliga specialister och kan diskutera den fortsatta behandlingen.

Fatemeh Jabbari

EAPD Harrogate:

Vår barntandvård står sig bra i konkurrensen...

Tita Mensah presenterade sitt forskningsprojekt med postern **Spontaneous resorption of impacted mesiodentes** vid EAPD-kongressen i Harrogate 3-6 juni.

Harrogate är en mysig liten stad i Yorkshire i England. Staden har cirka 70 000 invånare och har varit en populär kurort sedan 1500-talet då man upptäckte en svavelkälla i området. Harrogate är numera även en välbesökt kongresstad och stadens gator är kantade av små familjära hotell och Bed & Breakfast.

Kongressen hade ett brett utbud av föreläsningar, muntliga forskningsrapporter, posters och utställare.

Som ett axplock av de mest intressanta föreläsningarna kan nämnas: "Tandvård för barn före och efter organtransplantation", "Tidig ortodontibehandling", "Livskvalitet hos barn och ungdomar med cerebral pares", "Genetik, diagnostik och behandling gällande ärftliga tandutvecklingsstörningar" samt "Aggressiv parodontit hos barn och ungdomar".



Ett glatt gäng från Norden som fick träna skrattmusklerna i Harrogate.

Att knyta kontakter med kollegor från andra länder är alltid intressant. Framför allt är det spännande och lärorikt att få höra hur man i andra länder behandlar barnpatienter, om barntandvårdens organisation och finansiering.

Jag är ju faktiskt väldigt nöjd med hur barntandvården är organiserad i Sverige. Men ibland blev det heta diskussioner om vem som har det bäst.

Ett exempel: När (den annars så trevliga) tandläkaren från Schweiz bestämt menade "att föräldrarna koopererar mycket bättre när det gäller barnens tandborstning och

kost om de får betala för deras tandvård". Jag köpte dock inte tandläkarens argument...

Vi var ett glatt gäng från Norden som gärna satte oss vid samma bord för att umgås på luncher och middagar. Stundvis fick jag kramp i skrattmusklerna! Jag hade nöjet att få umgås med gamla vänner från Odontologiska Institutionen i Jönköping som jag pratade trevliga smålandsminnen med.

Ett varmt tack till MEDA AB Sverige för resestipendiet samt Folk tandvården Värmland för att ha gjort mitt deltagande vid denna kongress möjlig.

Tita Mensah



Harrogate bjöd på ett brett utbud av föreläsningar, muntliga forskningsrapporter, posters, utställare och trevlig underhållning.

Livsstil och oral hälsa på Barntandvårdsdagarna

Temat för årets barntandvårdsdagar var "Livsstil och oral hälsa". Pedodontiföreningens ordförande Christer Ullbro hälsade 400 intresserade deltagare välkomna till Louis de Geer hallen i Norrköping.



Marie Köhler - barnhälsovårdsöverläkare i Skåne föreläste om "Hur mår barn i Sverige".

Vi fick en rapport om ohälsa där barn och ungdomar svarat på olika frågor. Ex familjestruktur, kamrater, våld, mobbing, rökning mm. Sverige ligger på 2:a plats efter Holland i god hälsa hos barn. Ett minus för Sverige är alla splittrade familjer. Skillnaderna kan dock vara otroligt stora i Sverige. Fattigdomen är 5 ggr högre hos barn med utländsk bakgrund än hos barn med svensk bakgrund. En del av konsekvenserna blir sämre hälsa/karies.

Marie berörde även ämnet misshandel, fysiskt och psykiskt våld, sexuellt utnyttjande, försummelse och barnarbete. Det är viktigt att vi lyfter barns villkor och anmäler missförhållanden som rör barn!

Fredrik Malmberg – barnombudsman, redogjorde för barntandvårdens roll angående barn som far illa.

Tandvården kan spela en avgörande roll i samverkan med andra aktörer i barnets skyddsnät. Viktigt att vi anmäler till socialtjänsten när vi misstänker omsorgssvikt och övergrepp på barn. Missförhållanden sker i alla samhällsklasser. 15 % av barnen är utsatta för våld i hemmet varav endast 7% berättar det för någon annan vuxen.



Lena Sjöberg informerade om tobaksprevention.

Frågar vi om småbarnsföräldrarna röker? Om barnet utsätts för passiv rökning. Frågar vi om ungdomar röker eller tobaksvanor? Undersökningar visar att 30 % av barn i klass 9 röker samt 40% av gymnasieelever. Vattenpipan har blivit aktuell men få vet att 1 tim rökning är lika med 100 – 200 cigaretter!!



Dag 2 startade med "Miljöfrågor i munnen" med Christina Steckse'n – Blinks.

Här handlade det om sockrets tillgänglighet i går – idag – i morgon.

Antalet feta barn ökar samt att karies är ett folkhälsoproblem. Ett projekt om oral hälsa visade att en 12-åring inte kan få rent med tandborsten själv.

El-tandborsten ska inte introduceras innan barnet kan borsta rent med vanlig tandborste. Många mediciner innehåller socker samt ingredienser som löser ut kalcium och fosfater ur emaljen. Erosioner uppstår av syror som finns i drycker, godis juicer mm. Sport och energidrycker t.ex. Red Bull innehåller mer socker och citronsyra än Coca-Cola.



Helen Isaksson redogjorde för ”Oral hälsa och livsfaktorer hos unga vuxna”

Barn och ungdomar intervjuades, undersöktes med bite-wing samt fick lämna bakterieprov. Undersökningarna var vid 1, 3, 6, 15 och 20 år. Studien visade att kariesaktiva 3-åringar har stor risk för karies i 20-års åldern.

Karies vid 3 + 15 år är stor risk för grav karies vid 20 år.
Kariesaktiv 3-åring men kariesfri 15-åring visar god oral hälsa hos 20-åring.
Kariesfri 3-åring som däremot har karies vid 15 år är riskgrupp vid 20 år.
Olika profylaxmetoder jämfördes och visade att det viktigaste var engagemanget från personalen!

Rapport från Ingela Stark och Lotta Carlsson utsända från barntandvården i Sörmland.



*Ett
Gott Nytt År
önskar
redaktionen*

Dentan fluorskölj. Verkar medan du sover.

Dentan är en effektiv fluorskölj som hjälper patienter med hög kariesrisk. Eftersom den är fri från färgämnen och har mild smak kan du lugnt rekommendera dina patienter att skölja med Dentan innan de går och lägger sig. Och påminn gärna om att en bra vana för att få friskare tänder är att skölja varje kväll, efter tandborstningen.

Dentan 0,2% NaF 1000ml mint och neutral, ingår i förmånen vid receptförskrivning.

Övriga Dentan finns receptfritt på apotek.
www.tandguiden.se



Används som kariesförbyggande fluorskölj för att minska risken för karies vid bl.a. muntorhet (t.ex. vid användning av vissa läkemedel), delprotos och tandställning. Skölj 10 ml Dentan 1-2 gånger dagligen. Till barn mellan 6-12 år rekommenderas 0,05% NaF som finns i 500 ml mint och 1000 ml mint och neutral. Till barn över 12 år och vuxna rekommenderas 0,2% NaF som finns i 500 ml mint och 1000 ml mint och neutral, ingår i förmånen vid receptförskrivning. Produktresumén senast granskad: 0,2% 2009-03-11 och 0,05% 2009-04-15. Mer information: www.fkvs.se, www.tandguiden.se och www.madalen.se. Kundkontakt: 020-35 05 05.

Godis åt folket

Thomas Hedlund berättade på barntandvård dagarna om sin bok ” Godis åt folket” som han skrivit tillsammans med André Persson.

De ville utforska och redovisa varför vi svenskar äter mest godis i världen. Varför konsumtionen ökat från 9,8kg/person 1980 till 17kg/person 2009. Mest godis äter 12-15-åringarna. Men ingenstans i världen äter vuxna lika mycket som vi.

Lång tradition och en grundläggande positiv attityd

När Sverige blev självförsörjande med socker och priset sjönk exploderade produktionen av godis. 1910 hade Sverige 100 karamellfabriker jämfört med våra nordiska grannländer som bara hade ett fåtal.

Att godis var farligt för tänderna blev helt klart efter den ökända Vipeholmsundersökningen på slutet av 40-talet. Då s.k. sinnesslöa patienter på ett sjukhus matades med klabbig kola utvecklade de grav karies på kort tid. Det var efter det som Tandvärnet på 50 - talet kom med sin för Sverige unika rekommendation ”lördagsgodis”, för att få ner godisätandet. Idag har vi självvalt lagt till ”fredagsmys”, vilket för många dessutom innebär en hel del läsk och chips. Vi umgås och äter gott tillsammans, vuxna och barn.

Varför äter vi så mycket?

- Det är billigt. Priset fortsätter att sjunka ännu i våra dagar och har halverats mellan 1984 och 2010.



-Vi har att kämpa mot vår fysiologi. Hjärnan utsöndrar dopamin och endorfiner som triggat vårt belöningssystem. Det söta ger oss tröst.

-Så gjorde Karamellkungen sin entré på 80-talet i alla våra livsmedelsbutiker, mackor och biosalonger. Karamellkungen omsätter 1.5 miljarder kronor/år. Lösgodis är affärernas mest lönsamma produkt. Hemligheten är att ju större utbud

av godis vi ser framför våra ögon, desto mer plockar vi på oss. Karamellkungen konkurrerade inte ut Marabou och Cloetta, utan som kommunicerande kärll hjälper de varandra att höja omsättningen. Vi kan inte stå emot!

Konsekvenserna blir att barnfetman ökar, fler får diabetes, hjärtinfarkt och cancer ökar. Äter man mycket godis dricker man också mycket läsk.



Låginkomsttagare äter mer godis och läsk än de ”välbärgade”, som tar till sig information och minskar konsumtionen. Även underviktiga barn löper 3 ggr så hög risk för karies då deras oroliga föräldrar låter dem äta vad de vill, när de äntligen äter. Ofta väljs sötsaker.

Vad kan då vi göra?

Jo – vår uppgift blir att informera föräldrar och barn om livsstilsfrågor samt att sätta gränser för godisätandet i familjerna, samt att säkerställa munhygien.

Motiverande samtal

På Barntandvårdsdagarna berättade Barbro Holm Ivarsson – jurist och psykolog, om det motiverande samtalet (MI).

Jämfört med traditionell rådgivning är denna metod mycket mer effektiv. Metoden implementeras brett bl.a i hela hälso och sjukvården. Man kan använda den i vilken situation som helst där man vill förändra någons beteende.

Exempelvis vid missbruk av alkohol och droger, tobak och kost, vid övervikt och stress, för att motverka skolk i skolan. MI är ett enkelt och praktiskt verktyg som passar mycket väl för tandvården. Metoden engagerar patienten i att se och lösa sina egna problem.

Skillnaden mellan traditionell rådgivning och MI är stor. Man får bättre kontakt med patienterna genom att man bekräftar dem i stället för att påpeka fel och brister. Metoden motverkar dessutom



stress hos personalen eftersom att man lägger ansvaret så tydligt där det hör hemma, hos patienten.

Rådgivande samtal

(Rådgivarcentrerad metod)

Rådgivaren är experten

Rådgivaren talar mest

Man utgår ifrån att det finns rätt

och fel svar

Rådgivaren ser en brist hos patienten

Rådgivaren ger råd

BOKTIPS

Sofias Längtan

Folk brukar titta på mig. Ni känner inte mig, men ni dömer mig.

Jag har en svårighet som heter Downs syndrom. Det är min stora sorg. Det gör att jag inte kan göra allt jag vill när jag blir äldre. Jag tänker på det ibland. Jag kan inte ta körkort och inte skaffa barn. Jag skulle inte kunna ta hand om ett barn. Om jag tänker på det så kan det hända att jag gråter. Om jag får bestämma så skulle jag ta bort den svårigheten. Svårigheten är mitt problem och jag har haft det länge nu. Mina framtidsplaner är att få jobb och ett boende och lära mig laga mat, tvätta och kanske tjäna lite pengar. Min dröm är att ge ut en bok med mina dikter och berätta om min uppväxt och längtan samt mina tankar och drömmar. Lever jag kanske i en dröm nu?

”Jag har läst Sofias Längtan och blivit starkt berörd. Dikterna är fina och originella. Sofia är särskilt klok när hon talar om vad hon kan och inte kan.”

Björn Ranelid, författare

Hämtat ur Adlibris

Stipendier

Tre stipendier delades ut på barntandvårdsdagarna. Stiftelsen Barntandvårdsdagars Stipendium för forskning och utveckling har gått till Cecilia Blomberg för ett projekt som heter: Fetma och parodontal sjukdom hos ungdomar.

Svenska pedodontiföreningen Medas resestipendium har Larissa Krekmanova erhållit för sin forskning om: Oral smärta hos barn med fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning.

Svenska pedodontiföreningens stipendium för juniora forskare har Nina Sabel fått för studien ”Individuell progression av demineralisering relaterat till emaljen.

I samband med Riksstämman meddelades följande stipendiater:

Nya specialister: Tita Mensah, Anna Lena Sundell och Helen Carlsson.

Arvid Syrrists forsknings- och resestipendium: Margareta Borgström.

Svenska Pedodontiföreningens forsknings- och resestipendium: Annika Julihn

Motiverande samtal

(Patientcentrerad metod)

Patienten är experten på sitt eget liv

Patienten talar mest

Rådgivaren är värderingsfri

Rådgivaren ser kompetens hos patienten

Rådgivaren ber om lov, och lockar svaren ur patienten

FLUORTANTEN 50 år

I början på året fick jag en förfrågan från Sveriges Radio, Vetenskapsradion-Historia, om jag kunde ställa upp på en intervju om "Fluortanten 50 år". Efter viss betänketid tackade jag ja eftersom Fluortanten onekligen har varit och är en mycket speciell dam som utgjort ett viktigt inslag i tandhälsoarbetet.

Att helt återge diskussionen i intervjun är ogörligt varför jag har valt att i denna sammanställning översiktligt ta upp några angelägna avsnitt ur samtalet.

Är du intresserad att höra hela programmet kan du gå in på SRs webb och kolla intervjun som sändes den 10 mars 2010. Tydligt hade den uppmärksammats på ett positivt sätt av såväl allmänhet som tandvårdspersonal, vilket det stora antal samtal jag fick efteråt tydde på.

(OBS i det följande är alla årtal ungefärliga)

Hur det började

Perioden 1940-1960

kännetecknades inom odontologin av en intensiv forskning kring fluorens kariesförebyggande effekt. Kliniska studier kring olika fluorberedningar och applikationssätt avlöste varandra inte minst i Sverige och våra Nordiska grannländer. Ett av de grundläggande fynden var att efter noggrann tandrengöring/puts och torrläggning skulle en fluorlösning verka på tandytan under en viss tid för att den åtråvärda kariesförebyggande effekten skulle uppnås.

Detta var starten till att man rekommenderade regelbundna s.k. fluorpenslingar. I vissa fall gick man så långt att man föreslog att penslingarna skulle ske under kofferdam. Det visade sig snart att behandlingsformen var för tidskrävande och ej heller accepterades av alla barn. Man

sökte därför efter enklare metoder att använda fluor direkt på tandytan och som skulle vara lämpligt för stora grupper barn.

En rad försök startades då med att låta barn skölja munnen med en fluorlösning även om man vid tidigare försök endast fått minimal effekt på karies. Flera av dessa nya "modellförsök" gav mycket goda resultat, dvs en kariesreduktion på 20-30% beroende på typ av fluorlösning, koncentration och sköljningsfrekvens. Lanserandet av denna enkla, billiga, massprofylaktisk preventionsmodell hade inletts och därmed gjorde också Fluortanten entré.

Uppbyggnads- och konsolideringsfasen, 1965-1985

System för regelbundna fluormunsköljningar blev snabbt genomförda i praktiskt taget alla Sveriges skolor. Uppslutningen från föräldrar, skolpersonal och vår egen profession var så gott som total även om vissa barn gärna fabricerade skräckskildringar om procedurerna.

Det bekymmersamma tandhälsotillståndet hos barn under denna period bidrog med stor sannolikhet till att dessa fluormunsköljningsprogram kunde genomföras utan invändningar. Det praktiska ansvaret för sköljningarna, som genomfördes klassvis varje eller varannan vecka, var inledningsvis tandsköterskor. Ofta hade dessa sköterskor fått

en påbyggnadsutbildning till sk profylaxsköterskor. Utbildningen omfattade ca en vecka och tog upp tandsjukdomarnas etiologi och profylax, fluorens verkningsmekanism och toxikologi, informationsteknik, hygien mm och avslutades med kunskapsprov.

Det var dessa sköterskor som blev våra första Fluortanter. Förutom administrering av munsköljningsprogrammen gav dessa Fluortanter tandborstningsinstruktioner och kostråd vid sina besök i skolklasserna. Det blev i längden svårt att ha tandsköterskor som Fluortanter, speciellt i glest befolkade områden med långa reseavstånd mellan skolorna samt där bristen på utbildade sköterskor var stor.

Man satsade därför på att som komplement utbilda lokala personer t.ex. hemmaarbetande kvinnor som kunde sätta av några timmar i veckan för att genomföra de klassvisa munsköljningarna.

Erfarenheterna av detta var goda även om ett brett tandhälsobudskap inte kunde levereras lika lätt. Dessa år var fluortantens storhetsperiod. Fluormunsköljningarna utökades under perioden och kunde även återfinnas på utbildnings- och arbetsplatser och vid militärföreläggningar.

Avvecklingsfasen 1985-1995

Redan på 1970-talet hade man börjat diskutera vilken effekt på karies fluormunsköljningarna



tillförde utöver den effekt som dagligt användande av fluortandkräm gav. Under perioden hade praktiskt taget alla barn börjat använda fluortandkräm och det profylaktiska budskapet var att borsta tänderna två gånger om dagen med fluortandkräm.

Ett problem som var av mera disciplinär karaktär hade börjat dyka upp och då främst i storstäderna. Fluortanterna fick ett ökande bekymmer att under ordnade förhållanden kunna genomföra munsköljningarna speciellt i högstadiet.

Samtidigt visade epidemiologiska studier att kariesfrekvensen drastiskt hade minskat, en utveckling som mycket tillskrevs fluortandkrämerna. I denna situation började flertalet landsting att avveckla sina fluormunsköljningar och i stället

satsa på individanpassad profylax på barn som trots användning av fluortandkräm visade hög kariesaktivitet. Det skall dock nämnas att det fanns vissa landsting som höll fast vid sina gamla munsköljningsprogram. Men som helhet ebbade munsköljningarna ut och därmed också Fluortanten.

Fluortanten återuppstår 1995-

Trots den generellt förbättrade tandhälsan fanns inom vissa områden grupper av barn med hög kariesfrekvens. Detta kunde vara åldersrelaterat eller bero på demografiska och sociala bakgrundsfaktorer. För att nå dessa barn har i dessa områden och för dessa grupper regelbundna fluormunsköljningar återinförts och Fluortanten har åter kommit till heders.

Dessutom har det alltmer ökande intresset för allmänhälsan spillt över så att även tandhälsointresset tilltagit. Detta har snabbt kommersialiserats av munvattenfabrikanterna som förser marknaden med en uppsjö av munvatten där de flesta innehåller fluor vilket innebär att vi alla blivit vår egen Fluortant.

Fluortanten på export

Svensk tandvårdspersonal har sedan många år varit involverad i att bygga upp tandhälsovårdsorganisationer i andra länder. Som grundbult i dessa program ingår inledningsvis fluormunsköljningar precis som vi gjorde på 60-talet. Vi har således också bidragit till att exportera Fluortanten.

Göran Koch, som varit med de 50 åren

Volontärresa till Zimbabwe sommaren 2010

Jag heter Andreas Dahlander, jag är specialist i pedodonti och är verksam vid folktandvården i Stockholm. I våras fick jag ett erbjudande från Tandläkare utan gränser att delta i en volontärresa till Zimbabwe.

Resa, arbete och uppehälle i Zimbabwe planerades av organisationen. Resans längd var bestämd till drygt två veckor. Min uppgift i Zimbabwe skulle bli att behandla barnpatienter som var inskrivna vid Newlandskliniken i Harare.

Newlands är en poliklinisk mottagning för vård av HIV smittade patienter. Vården finansieras med internationellt bistånd och är kostnadsfri för patienterna. Ungefär 3000 patienter är inskrivna på Newlandskliniken varav ca 1000 är barn.

De flesta patienter behandlas med bromsmediciner som förhindrar att HIV infektionen manifesteras ytterligare. Patienterna undersöks regelbundet och monitoreras avseende blodvärden på mottagningen. De patienter som behandlas på Newlandskliniken får även hjälp med mat genom World Food program. Detta för att behandlingen mot HIV har bättre prognos om patienterna är väl nutrierade.

På tandklinikerna vid Newlands, där jag var verksam, behandlas än så länge endast barn men planer finns på att även ta emot vuxna. Planer finns att även börja ta emot vuxna patienter som har smittats av HIV. De patienter som jag behandlade hade tidigare blivit undersökta av tandläkarstudenter från Karolinska i Stockholm. Dessa var Anna-Karin, Maria, Sara och Sophie.

Under tiden jag arbetade på kliniken var även Sophie och Maria där och fortsatte med undersökningar samt utförde en del behandling under handledning av mig. Anna-Karin och Sara fortsatte sin verksamhet vid ett barnhem i Harare.

Newlandskliniken förestås och drivs med stort engagemang av Professor Ruedi Lüthy som är infektionsläkare från Schweiz. Ett mycket gott samarbete etablerades mellan oss på tandklinikerna och läkarna Dr Kuntze och Dr. Moyo på mottagningen. Detta var nödvändigt eftersom patienterna uppvisade en komplex klinisk bild där samarbete är av stor vikt för att kunna ge en optimal vård.



Andreas Dahlander behandlar barn på sin volontärresa till Zimbabwe.

Tandklinikerna vid Newlands drivs delvis i samarbete med Metodistkyrkan och deras tandläkare dr. Advance Chengwena. Det kliniska arbetet vid Newlandskliniken innebar en hel del nya erfarenheter. Patienterna uppvisade ett flertal manifestationer av sin grundsjukdom såsom påverkad tillväxt, hudlesioner, luftvägsinfektioner och sannolikt mental påverkan. Orala manifestationer såsom svamp och virala lesioner var relativt vanliga. Karies förekom i mycket stor utsträckning sannolikt till följd av muntorrhet till följd av sjukdomens påverkan på salivkörtlar och även som biverkning av läkemedel.

Ett stort antal lagningar och extraktioner utfördes såväl i primära som i det permanenta bettet. Tandklinikerna var bättre utrustade än förväntat, en fungerande behandlingsstol, fungerande röntgen (analog) samt de flesta instrument om än i sämre skick.

Som pedodontikliniken lämnades dock en del att önska bl.a. tillgång till midazolam för sedering av små barn med stort behandlingsbehov. Sköterskorna Thuli och Bridget var en stor tillgång i arbetet, delvis som hjälp i kommunikationen med patienter men också för deras stora engagemang för de sjuka barnen.

Totalt behandlades ca 180 barnpatienter på Newlands tandklinik. Undersökningar och en del av behandlingarna utfördes av Maria och Sophie. Vid två tillfällen arbetade vi på tandklinikerna i Harare. Vid ett tillfälle behandlade vi vuxna

patienter, ca 20 besök. Vid andra tillfället behandlades barn från ett barnhem, också då ca 20 besök.

På Dr Advance önskan höll jag tre föreläsningar, varav två på tandläkarhögskolan samt en på Dental association. Vid första föreläsningen presenterade jag ett antal specialistfall som jag har behandlat i Stockholm. Vid andra tillfället avhandlades det svenska profylaxprogrammet. Tredje föreläsningen var en upprepning av den första och hölls på Dental association. Vi fick även möjlighet att själva delta i föreläsning som hölls av Professor Ruedi Lüthy och handlade om Orala manifestationer av HIV. Föreläsningen var mycket innehållsrik och gav en god inblick i ämnet.

Jag bodde hemma hos Tandläkare Conny Abrahamsson tillsammans med studenterna Anna-Karin, Maria, Sara och Sophie. Detta var en mycket trevlig vistelse med goda middagar, utflykter, restaurangbesök och annat.

Conny har bidragit med mycket hjälp vad gäller planering av både verksamhet och olika evenemang. Han har till stor del bidragit till att göra vistelsen givande och stimulerande. Jag hann med två besök i djurpark, en i Imire tillsammans med tandläkare utan gränser samt ytterligare ett besök i en annan djurpark som ordnades av Ruedi.

I stora drag var min tillvaro i Harare ganska välordnad. Jag kunde utan större svårigheter ägna mig åt det arbete som förväntades av mig.

Quality since 1980

SWEDE DENTAL

Produkterna används och
rekommenderas av många
barntandläkare.

DIAMANTTÄNGER med överlägset grepp

S-TÄNGER FÖR BARN

13S + 22S + 39S
= Grundsetet för barntandvård



13S UK PREMOLAR
81-513-019



39S ÖK
MOLARER
81-539-000



22S UK MOLAR
81-522-019

Specialmodell



22SU UK MOLAR =
22S utan furkanvisningar
81-522-019U



30S ÖK ROT
81-530-019

Barntänger SPECIAL – Extra små med diamant och fjäder



61 ÖK PREMOLAR
samt FRONT
80-561-000



63 ÖK RÖTTER
80-563-000

81 UK RÖTTER
och
PREMOLARER
80-681-330



X-TOOL löser problemen vid extraktionerna



Rak
17-007-010



Böjd
17-007-030



Rak
17-007-050



Böjd
17-008-020



Böjd
17-008-010

Handen på hjärtat ... visst har Du haft extraktioner där
Du plockat fram nästan allt Du har i lådorna och ändå
önskat att Du haft något bättre att ta till?

Vårt X-TOOL set är vad Du önskat Dig.

Små fina Luxa-tool instrument med smarta vinklar
och utformade för åtkomlighet.

Vår genom tiderna mest
populära produkt.

17-007-000 LUXA-TOOL Set
1 bricka + 6 instrument



BITKLOSSAR med tunghållare

Autoklaverbara.
S & SS är perfekta för barn.



L = Stor
48-081-002

S = Liten 48-081-001

SS = Mini
48-081-000

METALLSPEGEL

Spegeldelen
är gjord helt i
metall.



22 mm Ø
84-284-052

KANYLHÅLLARE

FÖR SÄKER SPRUTHANTERING

- Står stadigt
- Perfekt att förvara sprutan i mellan injektionerna
- Säkrare hantering av använda kanyler
- Du behöver aldrig ta i den använda kanylen eller kanylskyddet.
- Mycket bättre än den s.k. konen



84-002-099

SWEDE DENTAL AB • Telefon: 019-14 02 75 • www.swededental.se

Så är det att arbeta som pedodontist i Holland

Ni har kanske lagt märke till den lilla och ganska anspråkslösa annonsen i Tandläkartidningen där man sökt tandläkare till Holland, både allmäntandläkare och pedodontister.

Läste den och förvånades över de fördelaktiga villkoren, men inte mer än så. La tidningen åt sidan, men släppte inte riktigt tanken på Holland. Tog efter några månader kontakt med dem för mer information, och responsen var oerhört positiv.

Det tog mig dock flera månader att fatta det slutliga beslutet och tacka ja. Ville barnen bo och läsa respektive arbeta i Holland 1 år? Vad göra med bostaden i Sverige? Kunde jag vara tjänstledig från mitt arbete i Uppsala? I mitten av augusti detta år bar det dock iväg... Tillsammans med båda barnen, 2 hundar och en fullpackad bil gav vi oss iväg till Holland, närmare bestämt Utrecht. Vi hade hyrt en möblerad lägenhet mitt i centrum nära såväl Domkyrka som Oudegracht (den gamla kanalen).

Holland är ett land med drygt 17 miljoner invånare. I detta land finns 40 pedodontister, så efterfrågan är enorm. Specialistutbildning inom pedodonti sker enbart på ACTA-universitetet i Amsterdam. Någon Folktandvård finns inte och sjuk- respektive tandvårdssystemet är helt annorlunda mot Sverige. Varje medborgare måste ha en försäkring som täcker, sjukvård, läkemedel och tandvård. Man betalar en avgift varje månad och denna ska täcka alla kostnader.

Ägaren till Ivory&Ivory, George Ibrahim, har 14 kliniker i området kring Utrecht. Jag arbetar på den nyaste och största av dessa kliniker, som ligger i utkanten av Utrecht. På den klinik där jag arbetar finns allmäntandvård, ortodonti, kirurgi,



endodonti, parodontologi samt numera även pedodonti. I huset finns också ett tandtekniskt laboratorium. Såväl allmäntandläkare som specialister kommer från ett antal olika länder; Holland (naturligtvis), Tyskland, Israel, Finland och Sverige.

Alla utländska tandläkare går, innan man börjar arbeta, en 2 veckors intensivkurs i holländska. Holländarna i allmänhet är oerhört duktiga på engelska, men för att kommunicera med barnen behöver man behärska holländska.

Utbildningsnivån är hög bland tandläkarstaben, men hos den assisterande personalen är kvaliteten desto sämre. Bristen på sköterskor gör att man tar in folk direkt från gatan, utan kompetens och utbildning och det märks! Jag har haft tur / proriterats och fått 2 utbildade tandsköterskor, men ingen av dem hade någon som helst kunskap om eller erfarenhet av varken lustgas eller Midazolam. Då man ska lägga bedövning går de iväg för att fylla på förrådet, så det är mycket som måste göras. Tyvärr är debiteringssystemet sådant att du inte

kan ta betalt för inskolning. Det finns en åtgärd för extra tid som krävs för svårbehandlade barn, men den får man inte använda utan att först ha gjort en ansökan om detta inklusive motivering till försäkringsbolaget.

Systemet är byråkratiskt och tungrott och gynnar INTE barn med behandlingsproblem.

Lustgas finns på kliniken, men då jag kom fanns enbart Midazolam i form av nässpray. Midazolam i denna form hade en tandläkare på kliniken specialtillstånd att ge, och jag hade sålunda inte tillåtelse att själv sedera mina patienter. Efter drygt 2 månader kunde vi se att detta system inte fungerade, och vi började arbetet med att försöka skaffa Midazolam per os till kliniken. (Man tycker inte det är trevligt att sedera patienter rektalt, så det vill man inte att jag gör...)

Detta har visat sig vara betydligt svårare än vad jag kunnat anat. I detta drogliberala land, anser man Midazolam inom tandvård vara en oerhört farlig drog! Midazolam får inte finnas på kliniken, utan för varje patient som behöver detta skriver

jag ett recept på exakt mängd som sedan faxas till apoteket. En anställd på kliniken får sedan åka och hämta dessa då de är färdigberedda. Oerhört omständigt, och akuta patienter i behov av Midazolam kan jag inte behandla. Man får försöka med lustgas alternativt utan sedering, och det är tufft. Att jag som legitimerad tandläkare skriver ut Midazolam innebär inte heller med säkerhet att vi får ut det. Apoteket har vi 2 tillfällen sagt nej då de anser barnet för litet! Barnen har varit 4 respektive 5 år och vägt runt 15 kg. Att hänvisa till EAPD's guidelines som gäller i Nederländerna tar apoteket inte hänsyn till. De gör sin egen bedömning

Både som pedodontist och allmäntandläkare har du 100 % klinisk tid. Allt handlar om mängd och intäkter! Kliniken är ett ekonomiskt företag med stor administrativ personal och ekonomiska strategier. Viljan att hjälpa till är oerhört stor, men strukturen på kliniken gör det hela svårarbetat. Jag känner mig mer som en allmäntandläkare inriktad på Barntandvård än som en pedodontist. I min kliniska vardag har jag både barn med och utan behandlingsproblem, tandvårdsrädda vuxna och akutbehandlingar på vuxna. De få gånger jag träffar barn och ungdomar med särskilda behov och olika funktionshinder känner jag hur jag lever upp, och hur rätt mitt val att bli pedodontist var.

Lönen är god, och normal arbetsvecka är 4 arbetsdagar. Man har reducerad skatt (30%) då man är "attraktiv utländsk arbetskraft", vilket innebär att lönen är minst det dubbla mot den i Sverige, men någon pension avsätts inte. Som specialist får man 50 % av det man arbetar in under månaden, men man är garanterad en minimilön. Allmäntandläkare har en lön baserad på 40-50 % av det de arbetar in, men ingen garanterad minimilön. Som tandläkare tjänar du generellt mellan 50.000 och 80.000 kronor netto per månad. Du får dock aldrig kompensation för eventuell övertid. All utbildning och

klinikinformation ges på kvällstid eller på helger, och den är alltid obetald även om den är beordrad. Du måste också betala kursavgiften själv. Går du en utbildning en arbetsdag får du arbeta lördag om du vill ha lön för denna dag. Antalet semesterdagar är lägre än i Sverige, jag har 20 dagar per år.

Min erfarenhet av Barntandvård i Holland kommer från just "min" klinik och jag har i efterhand förstått att detta är en klinik med problem. Kliniken växer oerhört snabbt och fortsätter expandera trots att man inte har stabil bemanning av personal och ordentlig struktur på nuvarande verksamhet. Den tandläkare som jobbat längst på kliniken har varit verksam i 2,5 år.

Vad kan man då säga om Utrecht / Holland och om Holländarna? Utrecht är en av de största universitetsstäderna i landet, och har drygt 320.000 invånare, många av dem studenter. Den gamla stadskärnan är en av de äldsta i landet och har bland annat en domkyrka och den genom centrum löpande Oudegracht (kanalen). Vi bor mitt i centrum

med cirka 20 meter till Oudegracht, och domkyrkan kan ses från sovrumsfönstret. Utrecht är fylld av restauranger, uteserveringar och cafeer och dessa är fullsatta 7 dagar i veckan, av både gamla som unga. Märker inget eller oerhört lite av det droger som så ofta nämns i samband med Holland. Holländarna i allmänhet är ett oerhört socialt, trevligt och lättsamt folk. Lätta att få kontakt med, men långa!

Utrecht / Holland ligger verkligen mitt i Europa. Vi har drygt 4 timmar till Berlin, 3 timmar till Paris och 1,5 timme till England. Tåg- och flygförbindelserna är suveräna och går dygnet runt.

Holländarna är ju annars känt som ett cyklande folk, och cykeltvägarna är nästan lika stora som bilvägarna i detta land. Det är lättare att ta sig fram med cykel än med bil. Vi tog med bilen hit, men insåg efter 2 veckor att cyklarna hade vi nytta av, men inte bilen. Den står numera i garaget i Sverige. Har drygt 10 kilometer från bostaden till jobbet och resvägen går längs 2 olika kanaler, så sämre resväg kan man ha.

Sammanfattningsvis:

Har ett kontrakt på ett år och tänker njuta av varje minut i detta underbara land. Jobbet dock är sådär, och min uppfattning är att man inte behöver en pedodontist för det jobb jag nu gör. En allmäntandläkare med intresse för barntandvård vore mer lämpad. Saknar den svenska strukturen och kvalitetssäkringen i verksamheten samt de kompetenta sköterskor och hygienister jag omges av i Sverige. Och inte att förglömma "mina barn" på Barntandvården i Uppsala...

Vill du veta mer, hör gärna av dig till;

k.m.lillehagen@ivory-ivory.nl

Alternativt
ajann@spray.se



Hej alla pedodontikollegor!

Jag har fått i uppdrag att presentera mig själv som ”nybliven” specialist (examen 17/9 2009).

Jag fick under min ST-tid en mycket välorganiserad utbildning i en härlig miljö på Odontologiska Institutionen (OI) i Jönköping. När jag blickar tillbaka på de tre ST-åren känner jag en enorm glädje över att ha fått träffa så många oerhört trevliga och intelligenta människor! Jag fick med mig mycket i kunskapsbagaget och kände mig redo för kommande utmaningar i arbetslivet.

Examensdagen var en speciell dag på många sätt. **Nervöst**, för att jag skulle ju faktiskt visa att jag lärt mig det som förväntats,

härlig, eftersom jag snart skulle vara klar med allt ST-slit och **vemodigt**, eftersom jag dagen efter skulle lämna Jönköping och alla vänner på OI.

Jag vill passa på att tacka min externa examinator Sten Sundell och samtliga kollegor på Pedodontiavdelningen som bidrog till att göra examensdagen (och kvällen) så speciell och fin.

Nu arbetar jag i Karlstad och tar hand om Värmlands barn tillsammans med min kollega Britta Sillén och våra



tandsköterskor Ann-Marie, Barbro och Jennie. Det är en liten och härlig klinik där stämningen är på topp! På fritiden umgås jag med familjen, fotograferar och plitar på forskningsprojektet ”Kan mesiodenser resorberas?”, en multicenterstudie tillsammans med Specialistkliniken för barntandvård på Eastmaninstitutet i Stockholm och Specialistkliniken för pedodonti, FTV VGR och Avd. för pedodonti, Inst. för odontologi, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Nu, efter sommarsemestern med värmländska sommaräventyr på bl.a. Bomstadbaden, Mariebergsskogen och Rottneros park, är det dags att möta hösten med nya friska tag!

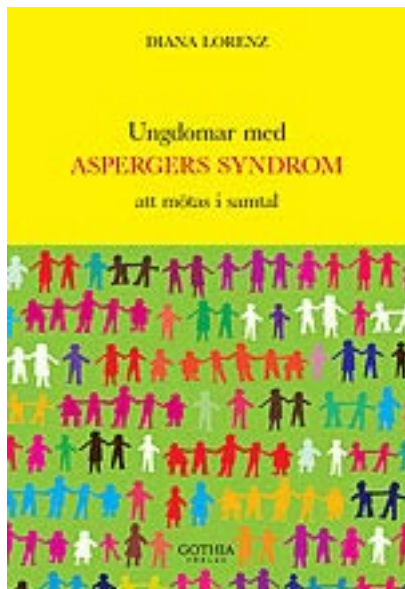
Vi ses!
Kram Tita Mensah



Tita Mensahs härliga team på kliniken i Karlstad.

Boktipset

Att möta ungdomar med Aspergers syndrom i professionella samtal medför särskilda utmaningar. Den här boken ger praktiska råd och tydliga exempel på hur du kan skapa bättre möten och samtal, och därmed bättre förutsättningar för personen att delta på lika villkor, vad är viktigt att tänka på vid första kontakten? Vad behöver ungdomen för att känna sig



trygg och kunna delta aktivt i samtalet? Hur kan ni göra om ni "kört fast"? det viktiga samarbetet med ungdomens

familj och nätverk tas också upp

Ungdomar med Aspergers syndrom - att mötas i samtal vänder sig till dig som i ditt yrke möter tonåringar och unga vuxna med Aspergers syndrom, till exempel inom skolan, sjukvården eller socialtjänsten. Även du som är närstående har glädje av boken.

Författaren Diana Lorenz är socionom och utbildad psykolog och arbetar på en psykiatrisk mottagning i Stockholmsområdet.

Nu har vi gjort det enklare för dig och dina patienter



Tandapoteket.se har samlat de mest populära och rekommenderade tandvårdsprodukterna på ett ställe.

Nu kan du vara säker på att dina patienter enkelt har tillgång till de produkter du rekommenderar.

Kontakta oss gärna för mer information om vår webbshop.

Tandapoteket ?
www.tandapoteket.se
info@tandapoteket.se | 08-400 204 98



B-post ekonomi
Porto betalt

Avsändare
Östra sektionen av Svenska Pedodontiföreningen
c/o Eastmaninstitutet, Dalagatan 11
113 24 Stockholm



Snabbt tillslag

God infiltration

Kort halveringstid



LFF
Läkemedelsförsäkringen
Vi är medlemmar i Läkemedelsförsäkringen
Produkterna finns som vanligt på ditt Apotek

FINNS PÅ DITT APOTEK

BIGMAN
dental.se

Tel: 08-564 373 70 www.bigmandental.se

