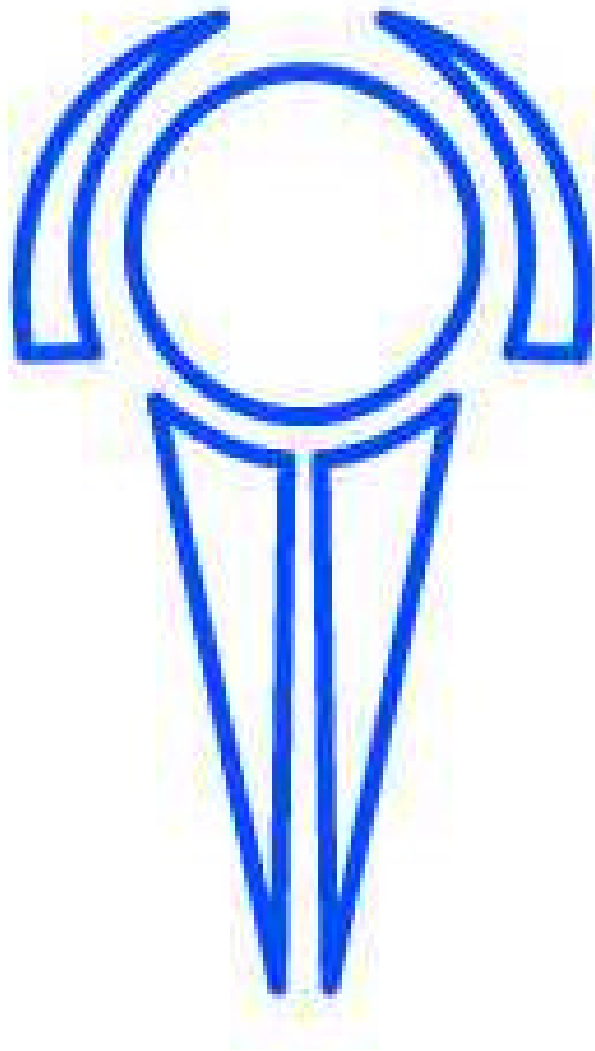

Barntandläkarbladet

Svenska Pedodontiföreningens medlemsblad
Årgång 12- nr 1 - 2000



Pedodonti - ett 40-årigt perspektiv

Aktiv uppföljning i Syd

Program och kvalitetskriterier

Pedodonti i Skövde

Vårmötet i Sunne

Innehåll

Nr 1 Maj 2000

Ordförande har ordet	3
<i>Sven-Åke Lundin</i>	
Pedodonti- ett 40-årigt perspektiv	5
<i>Anna-Karin Holm</i>	
Rapport från ”Aktiv uppföljning”	12
<i>Elisabeth Hägg-Fredén, Ulla Hallström</i>	
Program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomsvård	14
<i>Sven-Åke Lundin</i>	
Pedodonti i Skövde	17
<i>Inger Jönsson</i>	
Licentiatavhandling	19
<i>Manal Ibrahim Mustafa</i>	
Kursverksamhet i Umeå	20
<i>Birgitta Bäckman</i>	
Rapport från Vårmetet	21
<i>Christina Stecksén-Blicks</i>	
Stipendier att söka	23
Litteraturlguide	24

Artiklar, insändare och övriga bidrag till *Barntandläkarbladet* insändes till redaktionen senast fyra veckor före pressläggning.

Materialet, helst Word 7.0 för Windows 95, kan antingen skickas på diskett eller som attachment i e-mail. Samtidigt önskas papperskopior. Teckningar, grafer, foto insändes i original märkta med avsändarens namn.

Nästa nummers pressläggning 12 dec 2000.

Material senast 14 nov!

Barntandläkarbladet

ISSN 1400-6324

Organ för

Svenska Pedodontiföreningen

Swedish Society of Paediatric Dentistry

Årgång 11; Grundad 1988

Redaktör 2000

Anna-Karin Holm

Institutionen för odontologi/ pedodonti

Umeå Universitet

901 87 Umeå

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

Redaktion 2000

Ingrid Andersson-Wenckert, Eva Borssén,

Birgitta Bäckman, Anna-Lena Erlandsson,

Carin Pilebro, Christina Stecksén-Blicks

Barntandläkarbladet utkommer med två nummer per år, ett på våren, ett på hösten

Svenska Pedodontiföreningen 2000

Sven-Åke Lundin, ordf

Christina Stecksén-Blicks, sekr

Ingegerd Mejäre, kassör

Göran Dahllöf, Ulla Hallström,

Gunilla Klingberg, Göran Koch

Norra sektionen

Bo Schelin, ordf, Agneta Ekman,

Birgitta Bäckman, Carin Pilebro,

Östra sektionen

Stein Björkman, ordf, Karin Högkil,

Margaret Grindefjord, Åsa Högström,

Margareta Lundberg

Västra sektionen

Catharina Jacobsson, ordf, Britt Alander,

Bengt Olof Hansson,

Gunilla Klingberg, Agneta Robertsson

Södra sektionen

Margareta Borgström, ordf, Karin Ridell,

Helena Möller, Boel Jensen

Från redaktionen

Så har då turen åter kommit till Umeå, turen (i dubbel bemärkelse?) att ta över redaktörskapet för Barntandläkarbladet. Jag skriver trots allt ett frågetecken, för nog är det litet av en prestation att vi lyckat behålla vår tidning år efter år, trots att alla har ett nog så ansträngt arbetsschema. "Turen" ligger kanske i att det finns en som är pensionär (detta förfärliga ord) och som kan lägga sitt eget schema..

Vi har fått många trevliga och intressanta bidrag till vår första tidning år 2000, vilket gör den extra omfattningrik. En del har vi faktiskt måst spara till höstnumret, så bli inte

besvikna om ert bidrag inte kommer nu – det dyker upp! Min avskedsföreläsning tar en hel del utrymme, och jag kunde inte låta bli att låta Er ta del av en av våra "profylaxsånger" från 70-talet. Spela och sjung!

I Umeå gläder vi oss åt nyutslagna björkar och försöker att inte vara avundsjuka på sommaren i södra Sverige. Vi har ju allting kvar!

Anna-Karin Holm



Ordförande har ordet

Vadan detta behov av att ledas? Visst är det väl märkligt hur trender uppstår (och dör). En mycket tongivande trend just nu är det utökade behovet av att olika offentliga verksamheter måste ledas! Ledas mot nya mål formade av nya eller i alla fall omformade visioner.

Behovet av att ledas ur en befarad stiltje är så stort att vi oftast måste ta hjälp utanför den egna organisationen. Hjälpen av professionella ledare upplevs krävas för såväl stora som små enheter.

Det stora behovet av ledare har även starkt påverkat den odontologiska världen. Allt fler och fler allmäntandvårdskliniker får idag heltidsanställda superledare utan primär verksamhetskunskap. Sammanslagningar till större enheter görs för att "bära" dessa heltidsledare. Att bilda Specialistcentrum med flera ingående olika specialiteter är också vanligt. För dessa specialistcentra utses i många fall klinikchefer utan odontologisk utbildning.

Vi uppmanas tänka nytt och lateralt. Inte köra i gamla hjulspår eller gräva djupare i samma dike! Översikt och helikoptersyn är viktigt!

Finns det risk för att vi separerar yrkes- och verksamhetskunskap från administration och ledaregen(kun)skaper för hårt. Kanske rusar ledarna iväg och lämnar efter sig dem som skall göra jobbet? Vem gör då de nödvändiga vägvalen – längre fram på vägen?

Jag tror det är viktigt att vi hjälps åt – samarbetar. Egenskaperna att leda och entusiasmera medarbetare måste vara intimt integrerade med yrkes- och verksamhetskunskap. Dock inte nödvändigtvis i samma person! Ledningsgrupper måste innehålla båda kategorierna.

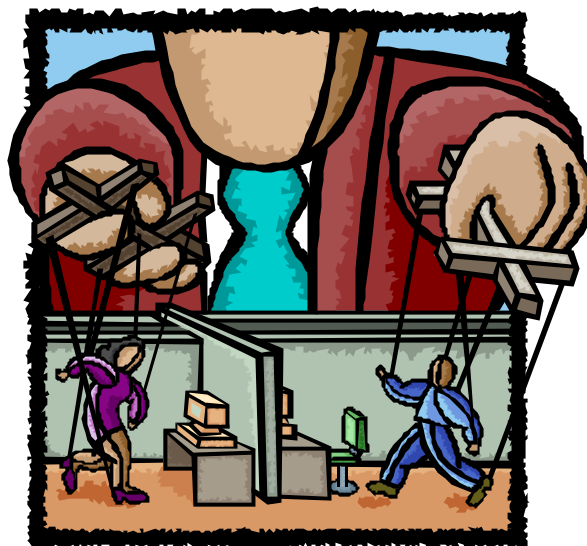
Det är nu vi har chansen att ta tag i vår egen ledning. "Nu går tåget....." som vi uttryckte i vår första annons till Svenska Pedodontiföreningens vårmöte år 2000. Det första detta millennium! Det innebär hur vi än vrider och vänder på det – pånyttfödelse som jag uttryckte det i förra numret av Barntandläkarbladet. Vi har en unik chans att själva vara med och forma vår framtid. Vi skall vare sig formas eller ledas av andra utom oss själva. Vi måste borga för att yrkeskunskapen finns med i ledningen.

Ett försök till samling är satsningen på vårmötet i Sunne den 5-6 maj. En "Kick off". En chans att forma vår egen framtid och i denna väva in möjligheter till kontinuerligt lärande. Av oss själva – I

oss själva – Med oss själva. I sanning en utmaning!

I våra övergripande tankar finns också en fortsättning med bland annat uppföljningar av de projekt vi skapar på Riksstämman i oktober.

Vår hemsida www.spf.nu kommer här in som ett unikt hjälpmedel att sprida den nödvändiga infor-



mationen och vara ett kommunikationsmedel mellan oss alla.

Vi har naturligtvis också andra naturliga mötespunkter som exempelvis Konferensen Barntandvårdsdagar, denna gång i Malmö den 22-23 september. Annons fanns i Tandläkartidningen i första aprilnumret. Ett kanonprogram - minst sagt - även i år. Ämnet är Tonåringen i tandvården med fokus på beteende och vanor. Vad är viktigt för en tonåring under 2000-talets första decennium? Också detta en utmaning för oss alla lite äldre pedodontister att förstå!

Glöm inte att Du måste göra reklam för våra Barntandvårdsdagar i Ditt landsting!

Innan detta äger rum – ses vi kanske i Bergen, Norge för att vara med om European Academy of Paediatric Dentistry's femte kongress. Det vetenskapliga programmet innehåller många flera intressanta både områden och föreläsare. Spännande dagar väntar oss i Bergen den 7-11 juni.

Det är också mycket hög tid att tänka på årets Riksstämman som denna gång är åter i Stockholm och Älvsjö. Tiden är något tidigare än brukligt nämligen den 26-28 oktober. Pedodontiprogrammet arrangeras av vår östra sektion med ordförande Stein Björkman i spetsen. Två huvudtema kan vi avslöja kommer att finnas. Båda med

inriktning på kost och kostvanor. För det första rent allmänt och vardagligt och för det andra när förhållandet till kost och kostvanor gränsar till eller är patologiskt.

Utöver detta kommer också i år att finnas ett samarrangemang med fallbeskrivningar tillsammans med ortodontiföreningen under titeln "Hur tycker Du patienten skall behandlas". En ännu ej uppfylld önskan är att använda mentometerknappar för att mäta "temperaturen" på våra tandläkare. Kanske – blir det i år!

Avslutningsvis några tankar på nästa år – 2001 - då vårt vårmöte är planerat vara ett så kallade "Joint Meeting" med NFH och Sjukhustandläkarföreningen. Det är planerat äga rum den 26-28 april i Helsingborg. Temat kommer att vara "Från Barn tandvård till Vuxentandvård" eller något mera spektakulärt som "Från vaggan till graven".

Svenska Pedodontiföreningen och dess medlemmar lider – i sanning - inte brist på aktiviteter!

Utanför fönstret ljusnar tillvaron och en årstid som är den ljuvligaste av alla är i antågande. Tussilago, blåsippor och snödroppar har för de flesta passerats och tulpaner och påskliljor förgyller nu vår omgivning. En fantastisk tid som efter ett års arbete ger en hägring av vila och rekreation.

När Du nu tar Din ledighet, mellan hägg och syren eller under mörka augustinätter spelar ingen

roll.

Du är den välförtjänt och jag önskar Dig en skön och avkopplande semester.

Sven-Åke Lundin

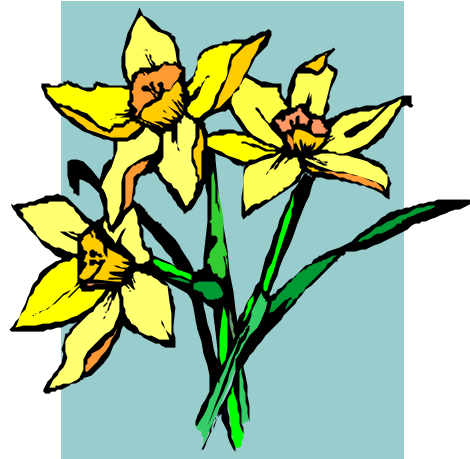
telefon arbete: 019-6024038

telefon hem: 019-101462

telefon mobil: 070- 5900946

e-mail:

sven-ake.lundin@orebroll.se



Pedodonti – ett 40-årigt perspektiv

Anna-Karin Holm

Avskedsföreläsning 22 maj 1999

När jag började som student på Tandläkarhögskolan i Malmö våren 1955 fanns inte någon avdelning för pedodonti, men väl en avdelning för barntandvård.

Hur länge hade då "barntandvård" funnits och när blev barntandvård pedodonti? För att vara riktigt grundlig måste jag gå mer än 40 år tillbaka i tiden. Redan Hippokrates nämnde att barn kunde ha besvärliga symtom i samband med tandframbrott. I litteraturen omnämns vidare att barn kan födas med tänder och det har i olika länder funnits olika föreställningar kring vad detta kan betyda.

Men det är just symptom i samband med tandframbrott som oftast omnämns i samband med barns tänder. I Benedictus Olais bok "Een Nyttigh LäkereBok" som utkom 1578 beskrivs diverse mer och mindre märkliga metoder att avhjälpa smärtor vid tandframbrott, och den första kända svenska akademiska avhandlingen med odontologisk anknytning behandlade samma ämne: "De dentione difficilis" av Samuel Aurvillius 1757.

1743 publicerades boken "Essay sur les maladies des dentes" av Robert Bunon som kallats barntandvårdens fader. Han skriver i denna bok om betydelsen av moderns hälsa under graviditet och amning, om kostens roll för tandsjukdomarna

och om barnsjukdomarnas inflytande på tandutvecklingen. Han talar också om principerna för serieextraktion och slipningsterapier.

I Sverige var Albin Lenhartsson en föregångsman. Han föreslog redan 1893 att man borde undersöka tänderna på barn och ungdom. 1895 – 1901 lät Svenska Tandläkarsällskapet undersöka nästan 17000 barn mellan 7 och 18 år på 29 orter i landet. 90% hade karies. Man byggde upp en försökstandklinik för 2000 barn i Stockholm 1904, mest för att belysa vårdbehovet. När det 1907 föreslogs att en barntandklinik skulle inrättas på dåvarande Tandläkarinstitutet i Stockholm, som hade öppnats 1897, avvisades detta trots att det stora vårdbehovet var kartlagt.

Så småningom tillkom trots allt flera tandklinik men inte förrän 1938 kom som bekant riksdagsbeslutet angående en "Allmänlig folktandvård," där framför allt barn mellan 6 och 16 år skulle tas om hand. Beträffande utbildning i barntandvård föreslogs redan 1920 att barntandvård skulle vara ett undervisningsämne på TI, men förslaget avlogs, och det var inte förrän 1934 som undervisning i barntandvård påbörjades. När tandläkarhögskolorna blev fakulteter 1963 övergick barntandvård till att benämnas pedodonti och ämnesföreträdarna blev professorer. Inom folktandvården skulle 55% av tiden ägnas åt barnen. Detta mål gick inte att uppfylla eftersom barnkullarna var stora, vårdbehovet stort och kriget medförde tandläkarbrist. En kompromiss antogs som innebar att endast permanenta tänder hos 7-15 åringar skulle tas om hand. 1960 kunde 60 % av dessa få behandling inom folktandvården.

Detta var den arbetssituation som väntade mig när jag började arbeta som nyutexaminerad tandläkare vid Eastmaninstitutet i Stockholm den 2 januari 1960. Arvid Syrrist, min lärare i barntandvård i Malmö var en mycket inspirerande mentor, och det var nog han som övertygade mig om att jag skulle ägna mig åt barntandvård- något som jag aldrig ångrat.

Eastmaninstitutet hade funnits sedan 1936 och var då ett av 6 Eastmaninstitut i världen – de övriga fanns i Rochester USA, i Paris, Rom, Bryssel, och London. Eastmaninstitutet var remissinstans för Stockholms stad, och vi behandlade uteslutande specialistfall. En speciell arbetsplats med många skickliga kollegor med lång och gedigen erfarenhet av att behandla barn. Det fanns stora möjligheter för den som ville lära sig; framför allt traumabehandling, men också att ta hand om barn

med tandvårdsrädsla eller med utvecklingsstörningar av olika slag.

Jag arbetade bara två år vid Eastmaninstitutet och övergick sedan av familjeskäl till att under ett par år arbeta som skoltandläkare med ferier i den förort där jag bodde. Detta var en helt annan arbetsplats. Barnen undersöktes första gången vid 6-7 års ålder, och på grund av den dåliga tandhälsan var det då oftast dags att extrahera de primära molarerna och extrahera, amputera eller fylla de permanenta molarerna. Någon organiserad profylax förekom inte men vi ordnade själva fluorsköljningar i väntrummet. High speed fanns ännu inte. Vi fick oss tilldelade 12 hårdmetallborr om året och de skulle dessutom skickas in för att det skulle kontrolleras att de verkligen var utslitna. Alla intressanta och roliga fall skulle skickas till Eastmaninstitutet. Täta inspektioner utfördes av skolöver tandläkaren. Detta var en period av mitt yrkesverksamma liv som inte var stimulerande.

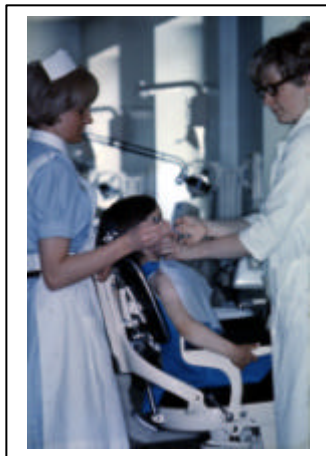
I mitten av 1960-talet bröt vi upp från Stockholm med våra två barn och flyttade till Umeå, och jag blev assistenttandläkare vid avd för pedodonti, med Hans Grahnén, min lärare i endodonti från Malmö som professor. Bengt Magnusson var biträdande över tandläkare. Jag fick börja undervisa och handleda och sidoutbilda mig för att bli specialist. Ganska snart började jag vikariera på Bengt Magnussons tjänst eftersom han skulle avsluta sitt avhandlingsarbete. Jag kände att jag hade kommit till en ny värld där det fanns massor av möjligheter. Barnens tandhälsa var om möjligt sämre än i Stockholm. Fortfarande lagades inte primära tänder i folktandvården. De enda barn som fick hela sitt vårdbehov tillgodosett utan kostnad var barnen som behandlades av tandläkarkandidaterna. Så var också kandidatkliniken populär, i varje fall bland småbarnsföräldrarna i Umeå.

Tandläkarna ute i folktandvården hade ofta en pressad arbetssituation med stora barnkullar som alla hade rätt till vård, så mycket tid till förebyggande arbete fanns inte. Epidemiologiska studier initierade av Hans Grahnén och utförda i samarbete med Barnmedicinska kliniken hade visat att 100 % av 8- och 13-åringa barn i Västerbotten hade karies, och mer än 80 % av 4-åringarna. Medelvärdena för dmft/ DMFT var höga.

1954 hade resultaten av Vipeholmsundersökningen kommit och gett oss ytterligare kunskap om kostens betydelse för kariesutvecklingen. Att fluorider kunde användas för att förebygga karies var känt. Den dominerande uppfattningen var att

den systemiska effekten var den mest betydelsefulla, och att fluor skulle tillföras under tandens mineraliseringsperiod för att en tandemalj med större resistens mot syraattacker skulle bildas. Vi satsade mycket tid på att övertyga småbarnsföräldrar att de skulle ge sina barn fluortabletter varje dag från ½ års ålder upp till 6-7 årsåldern.

Alla insåg att vi inte kunde laga ikapp karies och omkring 1967-1968 påbörjades i Västerbotten en omfattande satsning på kariesförebyggande åtgärder bland barn och ungdom. Fluorsköljningar infördes i grundskolan. Föräldrar fick tandhålsoråd på BVC. Profylaxkurser ordnades för tandsköterskor, eftersom det visats att professionell tandrengöring praktiskt taget kunde eliminera karies. Klasslektioner och information på daghem och förskolor ordnades. Det skrevs sånger om att borsta tänder och "skölja med fluor" som vi spelade i väntrummet. Lördagsgodis för barn blev ett begrepp. Hela tandvården genomsyrades under slutet av 1960- och 1970- talet av ett starkt engagemang för förebyggande vård. Den hade också hög prioritet inom folktandvården och resurser saknades inte.



Också undervisning och forskning inom ämnet pedodonti präglades under 1960- och 1970-talet av det stora vårdbehovet och hur det skulle lösas. Redan i slutet av 1960-talet började man diskutera möjligheten av att också laga primära tänder inom den organiserade

tandvårdens ram d v s kalla barnen från 3 års ålder. Det saknades helt data på hur tandhälsan såg ut i hos svenska förskolebarn. Hans Grahnén som i sitt eget avhandlingsarbete hade studerat omfattningen av hypodonti i en stor population och alltså var en kunnig epidemiolog, föreslog att jag skulle inrikta min forskning mot epidemiologiska studier av den orala hälsan – d v s inte bara förekomst av karies- hos förskolebarn. Jag gjorde en longitudinell studie där jag bl a studerade bakgrundsfaktorernas betydelse för barns tandhälsa och kunde visa att inte minst föräldrarnas utbildningsnivå var viktig. 1975 disputerade jag på avhandlingen "Tandhälsa hos tre- till femåriga svenska barn" med Göran Koch som opponent. På hösten samma år blev jag docent och fick tjänst

som klinisk lärare/ biträd övertandläkare som det hette då. Det hade varit mitt mål.

Redan i slutet av 1960- talet men framför allt under 1970- talet förbättrades tandhälsan hos barn och ungdom successivt och påtagligt. Så här i backspegeln kan vi konstatera att det sannolikt i huvudsak var en fluoreffekt, men vi ville gärna tro att alla våra olika insatser varit betydelsefulla. Något som lärdes ut inom tandvården och något vi lyckades med var att få barn och ungdomar – och kanske också föräldrarna – att börja borsta tänderna. När jag kom till Västerbotten var det inte ens vanligt att alla i familjen hade egen tandborste, och att det förändrades var i stort sett tandvårdens förtjänst.

På 1970-talet började diskussionerna om möjligheten av att prediktera risk för karies inom en population, och salivprovtagningar började användas. Dels för att bestämma salivens egenskaper med avseende på sekretionshastighet och buffertkapacitet, men också förekomsten av vissa kariogena mikroorganismer i saliven. Också vid vår avdelning fanns i samverkan med oral mikrobiologi sådan pågående forskning och i maj 1980 disputerade Claes-Göran Crossner på avhandlingen "Försök till tidig diagnostik av kariessjukdomen" där han framför allt utvärderade lactobacilltest med hjälp av Dentocult® för att prediktera kariesaktiviteten hos svenska tonåringar. Hans arbeten var bland de första och följdes av flera liknande av andra forskare, där inte bara lactobaciller utan också förekomsten av *s mutans* i saliv utvärderades som prediktor för karies.

1982 blev jag professor i pedodonti. Då hade jag tillsammans med Christina Stecksén-Blicks börjat engagera mig i en stor multicenterstudie av barns kostvanor som Livsmedelsverket skulle genomföra på 5 olika orter i Sverige. Allmänhälsa och tandhälsa skulle också undersökas. Hans Grahnén hade tidigt etablerat ett samarbete med Barnmedicinska kliniken och ett par av delarbetena i min avhandling hade utgått från både pedodonti och pediatrik. Vi fortsatte nu samarbetet i det nya projektet som resulterade i Christinas avhandling 1986. Avhandlingen "Epidemiological studies of dental caries in groups of Swedish children" skrevs också i samarbete med Jan Carlsson och ett par av delarbetena behandlade samma frågeställning som Claes-Göran Crossner, nämligen den om prediktion, där sambandet mellan karies och förekomsten av lactobaciller och *s mutans* i saliven studerades. Man kan väl säga att alla dessa tre avhandlingar hade samma tema, fast med olika

angreppssätt, och de speglar det stora vårdbehovet hos barn och hur man skulle kunna lösa det.

1987 lade också Britta Månsson-Rahemtulla fram sin avhandling vid vår fakultet. "*Human Salivary Peroxidase*" utgick från både pedodonti och cariologi. Britta hade utbildat sig till specialist i pedodonti i Umeå. Hon gjorde sedan en snabb karriär i USA där hon blev professor i pedodonti och community dentistry i Birmingham, Alabama, där hon också var en framgångsrik forskare. Britta var en stark profil inom pedodontin både i Sverige och internationellt, och hon lämnade ett stort tomrum efter sig när hon avled i början av 1999.

Den svenska barnpopulationens sammansättning ändrades successivt. Under 1970 och 80-talen hade vi en omfattande invandring, inte minst från Finland. Det stimulerade Agneta Ekman, som blivit specialist hos oss och nu var verksam som övertandläkare i Norrbotten, att påbörja ett forskningsprojekt om tandhälsa och bakgrundsfaktorer bl a språkliga problem, hos finska invandrabarn i olika åldrar. Hon disputerade 1989 på avhandlingen "*On Dental Health and Related Factors in Finnish Immigrant Children in Sweden*" där hon bl a visade på språkförståelsens stora betydelse. Det låter kanske självklart, men Agneta Ekman är mig veterligt den enda som visat, att när tandhälsoinformation ges till föräldrarna på deras hemspråk blir barnens tandhälsa lika bra som hos svenska barn med samma sociala bakgrund, och att denna effekt var bestående upp i 8-års åldern.

En bit in på 1980- talet var kariesproblemet inte längre lika överväldigande och vårt forskningsintresse kunde riktas också mot barn med speciella behov. Redan när jag kom till Umeå 1965 och övertog Bengt Magnussons patienter hade flera av dem en utvecklingsstörning jag tidigare bara läst om, nämligen amelogenesis imperfecta. Varför var den så vanlig i Umeå? Och vad skulle jag svara den unga blivande pappan som jag själv behandlat för AI på 1960-talet när han frågade hur hans barns tänder skulle komma att se ut? Likadana som hans – eller? När Birgitta Bäckman ville engagera sig i forskning kring AI var det därför både roligt och spännande och resulterade också i avhandlingen "*Amelogenesis imperfecta an epidemiologic, genetic, morphologic and clinical study*" som lades fram 1989.

Som jag nämnde har vi alltid haft ett nära forskningssamarbete med Barnmedicinska kliniken.

Det har utvecklats mer och mer också inom vården och sedan mer än 20 år har vi regelbunden rondverksamhet på barnmedicinska kliniken varje vecka för att ta hand om de orala problem som kan finnas hos de inläggande barnen. Framför allt barn med maligna sjukdomar som cytostatikabehandlas får ofta stora problem bl a från slemhinnorna i munhålan. Vår osäkerhet inför hur vi bäst skulle behandla dessa barn ledde till att Ylva Britt Wahlin påbörjade ett forskningsprojekt i samarbete med oral mikrobiologi. Hon disputerade 1990 på avhandlingen "*Changes in the oral microbiota, mucosal lesions and salivary secretion in patients with acute leukemia*" där hon bl a kunde visa den stora betydelsen av en god munhygien för att minska problemen, samt att vi borde använda klorhexidin med viss försiktighet på just dessa patienter.

När jag blev professor efterträdde Lars Matsson mig som klinisk lärare eller som det nu hette universitetslektor. Han förde med sig till avdelningen ett nytt forskningsintresse nämligen parodontala problem hos barn och ungdom. Vi kunde förena våra intressen epidemiologi/ parodontologi och under sin tid hos oss handledde Lars både Carina Källestål och Bengt Sjödin fram till doktorsexamen på avhandlingar som rörde parodontala problem. Carina Källestål visade i avhandlingen "*Periodontal Conditions in Swedish adolescents*" bl a att fästeförlust var mycket ovanligt i en svensk tonårspopulation med normalt god munhygien, och Bengt Sjödin visade i avhandlingen "*Loss of Periodontal Support in Children with Primary Dentition*" på den stora betydelsen av att alltid granska bitewing i primära dentitionen med avseende på bennedbrytning eftersom det kan vara ett tecken på risk för juvenil parodontit i permanenta dentitionen.

Från slutet av 1980 talet förändrades de ekonomiska och politiska förutsättningarna i Sverige. Åtstramningar, besparingar, prioriteringar och krav på ökad effektivitet och produktivitet blev begrepp inom hela den offentliga sektorn, också inom tandvården. För den organiserade barn- och ungdomstandvårdens del innebar det, att det statliga bidrag som utgätt till landstingen för varje färdigbehandlat barn togs bort 1986. Kostnaderna för barnens tandvård överläts helt till landstingen. Detta innebär att det inte längre fanns så mycket tid för barnen i den organiserade tandvården. Man försökte på olika sätt minska den s k barntiden, med delegation till andra personalgrupper inom vården och med förlängda revisionsintervall. Många av åtgärderna har varit berättigade och

bidragit till att effektivisera vården, medan andra har varit mera tveksamma.

Den förbättrade tandhälsan skall naturligtvis leda till att kostnaden för tandvård hos barn minskar, men man kan inte ta bort allt. Folk tandvården tillkom i första hand för barn och ungdom och måste få finnas kvar för barn och ungdom i första hand. Barn- och ungdomstandvården kommer i de flesta landsting att konkurrensutsättas och alltså innebära ett fritt val av tandläkare för barn och föräldrar. Då är det viktigt att kunna visa vems omhändertagande som är det bästa.

Intresset för epidemiologi finns kvar vid vår avdelning och är en forskningslinje vid sidan av den som handlar om barn med speciella behov. Vi har bl a följt tandhälsan hos 4-åriga barn i Umeå sedan 1967, den senaste studien gjordes 1997 av Christina Stecksén-Blicks och Eva Borssén. Karies' snedfördelning ökar bland barn och ungdomar, vilket också visas i den tonårsgrupp som utgör materialet i den omfattande studien av utvärdering av kariesförebyggande åtgärder som Carina Källestål är huvudman för och som nu pågått i 5 år.

Den sneda fördelningen av karies och den låga prevalensen av andra orala sjukdomstillstånd hos barn har gjort att tanken på prediktion av kariesrisk och selektering av patienter för utökad profylax inte helt har övergivits. Idag finns inga tester som med hög säkerhet kan identifiera dem som löper risk att få mycket karies. Orsakerna till att vi inte lyckas bättre är att vår kunskap om riskfaktorerna fortfarande är otillräckliga. Vi vet ännu inte tillräckligt om det dentala plaquet, om saliven roll o s v. En annan orsak till att prediktion som metod också blir svårare är den minskade kariesprevalensen.

Dessutom har vi också, trots alla studier, fortfarande ofullständiga kunskaper om vilken eller vilka av våra förebyggande metoder som är de mest effektiva vid varierande grad av kariesaktivitet i olika åldrar och vid varierande social bakgrund. Det är ingen tvekan om att den utbredda användningen av fluor är det som räddar våra barns tandhälsa idag, eftersom sockerkonsumtionen snarare ökar än minskar. Lördagsgodis är idag mer och mer okänt. Unga föräldrar tror att friska tänder är något man bara har och förstår ofta inte att det kräver en del arbete och gränsdragningar för att nå dit.

Idag vill vi gärna tala om att vi har en högriskstrategi och att det individuella behovet styr preventionen. Jag tror att det är en sanning med modifi-

kation och att det finns stor risk för att de barn som verkligen behöver profylax inte får det. Idag höjs alltfler röster för att den kollektiva profylaxen bl a i form av fluorsköljningar i skolan som vi införde på 1960-talet och tog bort på 1980-talet återigen bör införas. Det har man redan gjort på sina håll i landet och det finns uthålliga landssting som aldrig har tagit bort fluorsköljningarna.

Men idag är nog den tiden förbi när lärarna hjälpte till och det är inte lätt att komma tillbaka in i skolorna. Idag är det snarare automater med fluorlösning för sköljning som diskuteras, och det förutsätter en viss ålder på barnen. Idag måste vi också noggrant testa kostnadseffektiviteten innan vi inför generella åtgärder. Den glada experimentandan från 1970 talet har vi inte resurser för.

Hur har undervisning och forskning påverkats av den förbättrade tandhälsan? Självklart har undervisningen i pedodonti förändrats under 40 år, genom att sjukdomsbilden förändrats. Extraktioner och endodontiska behandlingar görs idag alltmer sällan, i huvudsak i samband med trauma.

Men den stora utmaningen som ligger i att övertyga att litet barn om att samarbete vid tandbehandling när den nu måste utföras – den är densamma som när jag började på Eastmaninstitutet för 40 år sedan, d v s det psykologiska omhändertagandet är fortfarande en viktig del av undervisningen. Idag kan vi också mer om sedering och är också mycket mer generösa med sedering i olika former, för att minska barns ängslan och oro inför tandbehandling.

Tidigare gjordes alla fyllningar i amalgam. Idag har vi helt andra ersättningsmaterial och det kommer dessutom hela tiden nya. Detta har också påverkat vår forskning, och i februari detta år lade Ingrid Andersson- Wenckert fram sin licentiatavhandling där hon studerat användningen av olika fyllningsmaterial i det primära bettet, bl a compomerer.

Epidemiologiska studier för att följa tandhälsans utveckling kommer fortfarande att vara viktiga. Studier som utvärderar vård och vårdmetoder kommer att efterfrågas i ökande grad och efterfrågan på evidence based dentistry kommer att öka. Carina Källeståls stora utvärdering är exempel på sådan forskning. Vi har också pågående forskningsprojekt kring barn med speciella behov, barn med Down's syndrom, barn med autism.

Mina 40 år inom pedodontin har inte minst gett mig rika tillfällen att resa över världen. Jan Carlsons kontakter med fakulteten i Sendai i Japan ledde till att också vår avdelning fick kontakter där och 1983 var jag första gången i Japan. Vi har haft glädjen att ha flera japanska kolleger hos oss för längre eller kortare tid, och har fortfarande goda vänner och nära kontakter där. Efter mitt besök i Japan 1983 var jag också en vecka i Peking. Jag mötte ett land som länge varit helt avstängt från väst och som nyss öppnat upp för utlänningar. Jag reste hem via Hong Kong och den resan ledde till att jag sedan, när jag fick möjlighet till ett sabbatsår 1985- 86 valde att arbeta vid den odontologiska fakulteten vid Prince Philip Dental Hospital i Hong Kong. Där fanns kunniga epidemiologer och jag fick möjlighet att delta i och också utforma egna forskningsprojekt. Under min tid där arbetade jag kliniskt ett par dagar i veckan i ett av de många flyktinglägren för vietnamesiska båtflyktingar. Fakulteten var generös och ställde en minibuss med chaufför till förfogande. Jag och en kollega från fakulteten satte upp en provisorisk klinik med portabla utrustningar i lägret och behandlade alla barnen och många akuta vuxna. Det var ett arbete som

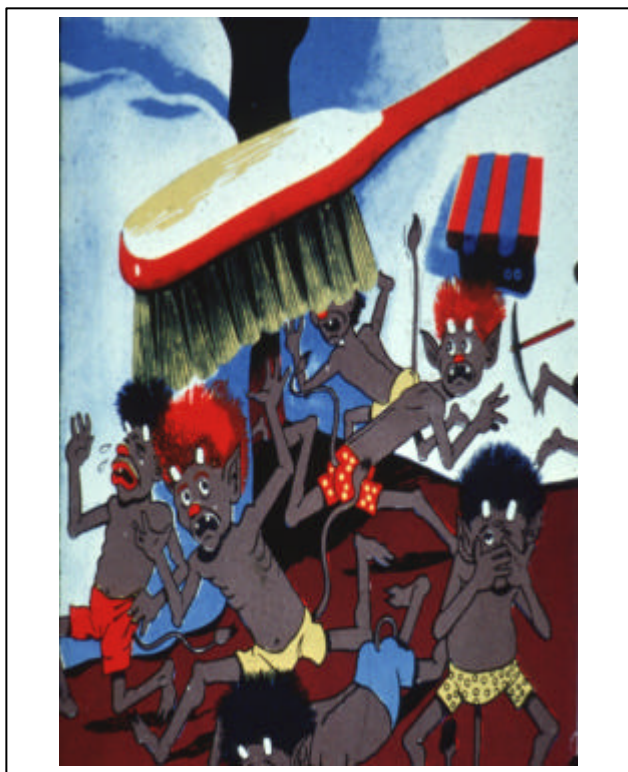
gav mycket tillbaka, och för mig var det som att vara tillbaka i början av 1960-talets tandvård.

Under tiden i Hong Kong var jag tillbaka i Kina några gånger. Väl hemma i Umeå bildade vi en grupp som tillsammans med WHO utarbetade en plan för ett WHO centrum i Peking. Representeranter från fakultet och landsting åkte till Peking tillsammans med Socialdepartementet och vi fick träffa hälsovårdsministern i Kina. Som vanligt stupade projektet på grund av brist på pengar, WHO hade inga pengar, vi lyckades inte få stöd från SIDA och också andra bidragsgivare var kallsinniga. Det här var i slutet av 1980-talet, och den stora festen var slut. De internationella kontakter som avdelningen haft och fortfarande har inom forskning och undervisning är viktiga och stimulerande och hjälper oss också att komma ihåg att allting inte måste vara som det är här hemma.

De resor jag fått göra över världen och de vänner jag fått genom det har naturligtvis varit guldkanten på vardagen. Men egentligen har min vardag inte behövt så mycket guldkant, för den har varit så innehållsrik och positiv i sig själv. Och det är till stor del för att jag haft förmånen att under alla år ha så trevliga och intresserade och kompetenta arbetskamrater, och då talar jag förstås i första hand om min egen avdelning, både om de tandläkare och tandsköterskor och annan personal som kommit och gått under åren och om de som finns hos oss idag. Inte mindre än 15 tandläkare har hittills specialistutbildat sig hos oss.

Jag kommer att sakna vänner och arbetskamrater. Men jag är alldeles trygg med att Ni finns kvar här, liksom den fina arbetsanda vi har vid avdelningen och jag slutar med att önska Er alla lycka till.

Anna-Karin Holm, Umeå



TANDBORSTVISA

Pop-tempo

8.

JAG BORS-TAR TÄN- DER, SÅ JAG DET KÄN- NER, JAG BORS-TAR, TI- DIGT, JAG BORS- TAR

SENT JAG BORS-TAR KRAF- TIGT, JAG BORS-TAR LENT, JAG BORS- TAR

ALL- TIDSNYGGT OCH RENT ATT BORS- TA DET ÄR BRA DET

REN - GÖR TÄN- DER- NA JAG BORS-TAR OCK- SÅ TAN- DENS KOTT SÅ

DET BLIR RENT OCH FINT JAG BORS-TAR

Handwritten annotations: Fine, al Fine

Visa från Västernorrland

Rapport om Socialstyrelsens Aktiva uppföljning avseende barn- och ungdomstandvården i Folk tandvården i södra sjukvårdsregionen 1999

Elisabeth Hägg- Fredén och Ulla Hallström

Bakgrund

Socialstyrelsen har bedrivit programmet Aktiv uppföljning sedan 1990, med syfte att under en avgränsad tid granska verksamheterna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Från och med 1999 förändrades Aktiv uppföljnings arbetssätt i flera avseenden då genomförandet skedde i samarbete med den regionala tillsynsenheten i Malmö (RTM).

1999 års Aktiva uppföljning har som övergripande frågeställning "Får barn den vård de behöver?" Projektet innehåller flera delprojekt. Ett av dem var barn - och ungdomstandvården och för detta var Hans Sundberg och Nils René ansvariga. De övriga var:

- somatisk sjukvård inklusive primärvård
- psykiatriska insatser
- habilitering
- hälsovård inklusive skolhälsovård

Som en del av detta projekt besöktes ett femtiotal tandklinik i södra sjukvårdsregionen. Klinikerna utvaldes genom lottning. Besöken genomfördes 27-28 april 1999 av tjänstemän vid Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter och hälso- och sjukvårdsavdelningen på Socialstyrelsen i Stockholm.

Av de totalt 174 tandklinik (distrikts- och specialistklinik) som finns i regionen besöktes 53. De fördelades på 31 klinik i Skåne, varav 4 pedodontiklinik, 4 i Hallands län, 9 i Kronobergs län och 9 i Blekinge län.

Före besöken hade klinikcheferna ombetts att ta fram vissa uppgifter gällande t.ex. antal tjänster, antalet fullständigt behandlade patienter av olika kategorier 1998, andelen fullständigt behandlade barn och ungdomar per tandläkare 1998, barn och ungdomstandvårdens andel av den sammanlagda vården på kliniken 1998, andelen akuttandvård m.m.

Intervjuer genomfördes med 189 personer. Lokalerna genomgicks liksom journaler och delegeringshandlingar.

I efterhand har även en enkät med tandvårdscheferna i regionen genomförts.

Preliminär rapport

I sammanfattningen från den preliminära rapporten står: Undersökningen visar, att barn och ungdomstandvården generellt sett fungerar bra i den undersökta regionen. Vissa förbättringar bör dock ske vad gäller situationen på några av pedodontiklinikerna (för låg bemanning och för lite narkosresurser).

Delegering användes på sina håll felaktigt. På en del håll är tiden mellan tandläkarundersökningarna alltför lång. En del tandhygienister känner sig vara utanför klinikgemenskapen, även om det klinikinterna samarbetet/samsynen oftast är bra.

Journalföringen bör förbättras med avseende på dokumentation av allmänanamnesen, och remisshanteringssystemen behöver utvecklas. Vårdtyngden synes ha ökat. Kvalitetsmedvetandet hos tandvårdspersonalen är högt. Patienterna behandlas i stor utsträckning på individuella indikationer. Samarbetet mellan distriktstandvården och vårdgrannar som t ex pedodontister/ortodontister och distriktsläkare är bra.

Konferens 22-23 november

I oktober inbjöd Socialstyrelsen till en 2-dagars konferens där bland annat besökta klinik inbjöds att delta i workshops och diskutera den preliminära rapporten under förmiddagen. På eftermiddagen samlades varje vårdgren i en arbetsgrupp för att ge sina synpunkter på rapporten. Arbetsgruppernas samlade uppfattning redovisades under eftermiddagen.

Under dag 2 var politiker och ansvariga chefer inbjudna för att ta del av redovisning från varje vårdområde med förslag till förbättringsarbete. En paneldebatt under ledning av Fabian af Petersens gav sedan plats för avslutande kommentarer av generaldirektör Kerstin Wigzell och överdirektören för hälso- och sjukvården Nina Rehnqvist.

Arbetet i tandvårdsgruppen

Vi var ombud för Socialstyrelsen att förhandsgranska den preliminära rapporten och medverka i workshopen dag 1 genom att inleda med synpunkter (Elisabeth) och leda diskussionen i tandvårdens arbetsgrupp och rapportera gruppens syn till den samlade konferensen under dag 1 och till politiker och chefer dag 2 (Ulla).

Socialstyrelsen ställde följande frågor:

1. Återger granskningen verkligheten?
2. Är Socialstyrelsens analys riktig?
3. Synpunkter på diskussionspunkter

- a. kompetens
- b. resurser
- c. kvalitetssystem

Gruppen ansåg att rapporten återger verkligheten tämligen väl men att redovisningen var ofullständig beträffande det förebyggande arbetet. Begreppet tandhälsa diskuteras ej i rapporten. Insatser för prevention redovisas ej. Bakgrundsfaktorer för patientsamarbete diskuteras ej alls: vilka är barnen som uteblir, förekommer tandvårdsrädsla och i vilken utsträckning, epidemiologiska data är grova. De höga siffror som anges för akuttandvården (15 % av tid) verkar bekymmersamma. (Siffrorna kom från intervjun med tandvårdscheferna).

Dag 2 redogjorde Ulla för de synpunkter som framkommit under workshopen, samt riktlinjer inför 2000-talet.

Förbättrat omhändertagande av ”småbarnen” – tidig prevention är fortfarande vårt främsta sätt att förbättra tandhälsan. Samverkan med BHV,

habilitering, BUP och somatisk sjukvård är kostnadseffektivt och önskvärt för såväl riskomhändertagande i allmäntandvård som för omhändertagande av svårt sjuka/ funktionshindrade barn med specifika problem.

Att få tänderna erkända som ”en del av kroppen” även hos svårt sjuka barn är ett mål!

Kompetensutveckling i allmäntandvården är ett återkommande krav – ta vara på personalresurserna, ge intresserade team möjlighet till vidareutveckling och därmed kvalitetsförbättring inom allmäntandvården.

De komplicerade fallen bör samlas hos specialisten för bedömning/handledning eller behandling på specialistklinik. Vårdvolym behövs för att få erfarenhet av komplicerade fall och därmed förbättrad kvalitet i vården.

Specialisttandvård

Förändring i specialistrollen behövs. Specialisterna skall verka som konsult och handledare, inte enbart som den som samlar ihop de besvärligaste fallen. Adekvata resurser behövs för omhändertagande av de tyngsta patienterna! Socialstyrelsen påpekar i rapporten behovet av bl a förbättrade narkosresurser vid vissa pedodontikliniker i Skåne.

Det mest slående dag 2 var hur utomordentligt väl tandvården är organiserad och fungerar jämfört med den övriga granskade instanserna. Vi har väl utbyggda nätverk och föreningar över hela landet jämfört med de övriga. Sämst tycks det fungera i BUP-verksamheten men även skolhälsovården sviktar på sina håll.

Vikten av samsyn mellan olika vårdgivare och ”vårdgrannar” är påfallande. Inom tandvården har vi nått långt i detta avseende och vi har mycket att vara stolta över inom barn – och ungdomstandvården. Det är väsentligt att samsynen bevaras även om lokala vårdgivare växlar.

Elisabeth Hägg-Fredén

Ulla Hallström

Program och kvalitetskriterier för svensk barn- och ungdomstandvård

Detta dokument utgör Svenska Pedodontiföreningens ställningstagande avseende krav på tandvård och omhändertagande för barn och ungdomar.

Arbetsgrupp *Svenska Pedodontiföreningens styrelse*

Göran Dahllöf
Ulla Hallström
Gunilla Klingberg
Göran Koch
Sven-Åke Lundin
Ingegerd Mejäre
Christina Stecksén-Blicks

Referensgrupp

Tandvårdsadm Kjell Bjerrehorn
Tandvårdschef Agneta Ekman
Tandläkare Ewa Eriksson
Professor Lars Matsson
Tandläkare Anders Nylander
Docent Ulla Schröder
Tandvårdschef Eva Telne
Tandvårdschef Lage Wigren
Tandvårdschef Ingegerd Zickert

Bakgrund

Den kontinuerliga förbättring av tandhälsan som setts under de senaste decennierna har under senare år mattats av och för vissa åldersgrupper har till och med en försämrad tandhälsa rapporterats. En ökad polarisering av grupper med god respektive dålig tandhälsa har observerats. Ett ökat antal aktörer inom barn- och ungdomstandvården ställer krav på klara riktlinjer och gemensamma övergripande vårdstrategier även inkluderande system för kvalitetsuppföljning. Beställarna av tandvård måste tydligt formulera förutsättningarna för vården och följa upp verksamheten. Mot denna bakgrund finner Svenska Pedodontiföreningen det angeläget att utforma

kvalitetsnormer för barn- och ungdomstandvården. Vi förutsätter att dessa skall bli vägledande för barn- och ungdomstandvården under den kommande 10-årsperioden.

Övergripande mål

Barn- och ungdomstandvården skall ha en tydlig tandhålsoprägel och stimulera till egenvård. Tandvården skall ges på ett sådant sätt att patienten känner stor trygghet i behandlingssituationen. Varje individ skall ha en god oral hälsa under såväl uppväxten som när han/hon lämnar den fria barn- och ungdomstandvården.

Författningsreglerade krav

Barn- och ungdomstandvård skall utföras enligt bestämmelserna i Tandvårdslagen (SFS 1985:125), Patientjournallagen (SFS 1985:562) och övriga lagtexter avseende patientskada, sekretess, strålskydd med flera samt Socialstyrelsens föreskrifter, allmänna råd och meddelandeblad. Dessutom skall vård och omhändertagande av barn och ungdomar leva upp till kraven i FN:s barnkonvention.

Odontologiska krav

Effekten av alla insatta åtgärder och behandlingar skall följas upp och utvärderas både på individuell och populationsnivå.

Tandvård skall ges på ett sätt så att det inte skapar rädsla eller obehag inför eller i tandvårdssituationen.

Risk för eller förekomst av tandvärk och odontogena infektioner skall elimineras.

Risk för oral sjukdom skall identifieras och förebyggande åtgärder skall sättas in.

Sjukdomsbehandling skall sättas in så att progression av redan etablerad oral sjukdom förhindras.

God oral funktion och estetik skall eftersträvas för varje patient.

Tandvård för barn- och ungdomar skall bedrivas i nära samarbete med övriga folkhälsoinsatser (exempel: rådgivning inom barnhälsovården och tobaksförebyggande arbete).

Tillgänglighet

Tillgängligheten skall vara sådan att eventuella ojämlikheter i munhälsa utjämnas.

Vårdinsatsen skall anpassas till patientens sjukdomsbild.

Kontinuitet så att patienten om möjligt möter samma vårdgivare under uppväxttiden skall erbjudas.

Akuta tillstånd som till exempel tandvärk och olycksfallsskadade tänder skall omhändertas så snart situationen kräver och helst inom 24 timmar.

Resurser för tandvård under sedering och generell anestesi skall finnas.

Epidemiologi

Epidemiologiska uppgifter skall insamlas och analyseras för att utgöra grund för utvärdering och planering av vård.

Exempel på epidemiologiska data är förekomst av karies, parodontal sjukdom, mineraliseringsstörningar, olycksfall/ trauma, allmänsjukdomar och funktionsstörningar med betydelse för den orala hälsan.

Diagnostik och terapiplanering

Varje barn skall ha en patientansvarig tandläkare som skall tillgodose barnets behov av fullständig tandvård.

Barn bör undersökas och riskbedömas vid 1-2 års ålder och om behov föreligger skall lämpliga åtgärder sättas in. Senast vid tre års ålder skall barnet undersökas och diagnostik och riskbedömning utföras av tandläkare. Undersökning och samtal med patient och/eller vårdnadshavare om medicinsk och social anamnes, tidigare tandsjukdomsutveckling, kostvanor, munhygien och fluortillförsel utgör tandläkarens grund för riskbedömning, terapiplanering och beslut om undersökningsintervall.

Undersökningen skall förutom diagnostik av karies även omfatta diagnostik av oral patologi, gingivala/parodontala förhållanden, mineraliseringsstörningar,

bettutveckling/bettfunktion samt allmänsjukdomar och funktionsstörningar med konsekvenser för oral hälsa och funktion.

Nyttillkomna initiala och manifesta karies-skador skall diagnostiseras av tandläkare eller tandhygienist.

Tillgängliga bitewing bilder skall redan från förskoleåldern granskas med avseende på marginal bennedbrytning och förekomst av

subgingival tandsten. Regelbunden fickdjups-mätning skall göras från senast 15-16 års ålder. Tiden mellan undersökning av tandläkare skall anpassas så att patienten inte löper risk för en ogynnsam utveckling av sin orala hälsa. I praktiken innebär detta att intervallen mellan undersökning av tandläkare inte bör överstiga två till tre år.

Anamnes, diagnostik, terapiplan och skäl till valet av undersökningsintervall skall dokumenteras i journalen.

Psykologiskt omhändertagande

Individens integritet och relativa autonomi skall beaktas för att säkerställa trygghet och respekt för patienten. Hänsyn skall tas till individens mognad och utveckling. Det är också viktigt att en god relation och kontakt skapas med förälder/ vårdnadshavare.

Barn och ungdomar/vårdnadshavare som av språkskäl inte kan kommunicera med vårds-teamet skall vid tandvårdsbesök ha tillgång till auktoriserad tolk. Även barn och ungdomar med kommunikativt funktionsbehov skall vid behov ha tillgång till tolk.

Barn och ungdomar skall vid behov erhålla en individuellt utformad inskolning/tillvänjning.

Vid behandling skall smärtfrihet eftersträvas. Lokalanestesi skall användas vid ingrepp i smärtekänsligt dentin, käkben och orala mjukvävnader. Sedering skall kunna erbjudas vid behov.

Ett gott psykologiskt omhändertagande som minimerar upplevelsen av obehag och/eller smärta skall säkerställas.

Tandhälsovård

Tandhälsovård skall präglas av råd till egenvård under hela uppväxttiden. Den skall baseras på riskbedömning och sjukdomsbild. Den skall riktas såväl mot hela populationen eller grupper av patienter som mot enskild individ. Tandhälsovårdsbudskapet med munhygieninstruktion, kostrådgivning och fluortillförsel skall ges till förälder/vårdnadshavare så att goda vanor kan etableras tidigt.

Tandvårdspersonal skall arbeta för att åstadkomma samarbete och en positiv attityd till förebyggande tandhälsovårdsarbete hos personal inom barnhälso- och sjukvård, barnhabilitering, barn- och ungdomspsykiatri och på förskolor samt inom skolor och sarskolor. För barn med särskilda behov skall anpassade tandhälsovårdsprogram utformas.

Tand(mun)sjukvård

Initial kariesskada skall behandlas för remineralisering.

Manifest kariesskada (= klinisk kavitet eller tydlig utbredning i dentinet enligt röntgen) skall behandlas så att nya skador och progression av befintliga skador förhindras.

Vid val av restaureringsmaterial skall såväl kariesaktivitet som framtida kariesrisk beaktas.

Vid restaureringar av primära tänder skall åtgärden väljas med hänsyn taget till prognos och kvarvarande funktionstid.

Restaureringar på permanenta tänder skall utföras så att frekvensen omgörningar minimeras.

Vid omfattande behandlingsbehov i permanenta bettet och behov av endodontisk behandling skall extraktionsalternativet övervägas.

Omfattande gingiviter samt parodontit skall behandlas och följas upp.

Nekrotiska primära tänder skall i princip extraheras och odontogena infektioner elimineras. Undantag kan utgöra olycksfallskadade primära tänder med nekrotisk pulpa utan patologiska periapikala förändringar. Endodontisk behandling av primära tänder skall göras endast på strategiskt viktiga tänder.

Traumaskadade tänder skall behandlas och följas upp. Patologiska tillstånd och utvecklingsstörningar i tänder, käkar och oral mjukvävnad skall diagnosticeras, utredas och behandlas.

Bettavvikelser och faktorer av betydelse för bettutveckling och funktion skall diagnosticeras och vid behov behandlas.

Barn med kronisk sjukdom, fysiska eller psykiska funktionshinder skall beaktas särskilt

i tandvårdssituationen och erbjudas en tandvård anpassad till individens behov och förutsättningar. Behandlingen förutsätter ofta samverkan med barnets behandlande läkare och/eller pedodontist. I de fall där allmäntandvårdens erfarenhet, resurser och kompetens inte räcker till skall patienten erbjudas vård hos specialist i pedodonti. Se riktlinjer för Patient-säkerhet och kvalitet i tandvård för barn och ungdomar med behov av särskilt omhändertagande. (Tandläkartidningen 1998; 90: 7: 29-33).

Samverkan

En fullständig vård för alla barn och ungdomar förutsätter ett nära och väl fungerande samarbete mellan allmäntandvård och specialister i pedodonti och ortodonti. Möjligheter till samverkan med övriga odontologiska specialiteter är önskvärd. Specialisttandvården skall vara en för patienten kostnadsfri, kvalificerad och tillgänglig resurs. Specialisttandläkaren skall betraktas som en naturlig tillgång för tandvårdsteamet.

En samsyn vad gäller värderingar, prioriteringar och vårdinnehåll mellan allmäntandvård, specialisttandvård och tandvårdsadministration är nödvändigt för en kostnadseffektiv barn- och ungdomstandvård med god kvalitet.

Barn- och ungdomstandvården skall eftersträva samverkan med förskola, skola och samtliga de myndigheter, institutioner och organisationer som arbetar med barn och ungdomar. Samverkan skall ske kring hälsobeteende, attityder, tandvårdskunskap och betydelsen av egenvård. Specialisten i pedodonti har i detta sammanhang en betydelsefull samordningsroll.



Pedodonti i Skövde ur en ”inhoppares” perspektiv

Barntandläkarbladets stafettfråga ”Hur fungerar pedodontiverksamheten ute i landet”? har nu kommit till specialistkliniken i Skövde och besvaras av Inger Jönsson

Jag har hunnit vara på kliniken under ca ett och ett halvt år som en extra resurs, när klinikchefen varit engagerad i att leda den totala specialisttandvården i Skaraborg. Innan jag hamnade här har jag flyttat runt i Mellansverige och fått lite erfarenhet av hur barn-tandvården har fungerat i de olika landstingen. När jag först kom till Skövde och träffade personalen och fick lite inblick i hur de jobbade och hur kliniken fungerade kändes det lite grann som att komma hem. Personalen som bestod av 3 tandläkare (2,5 tjänst), 2 hygienister (0,5tjänst), 5 sköterskor (4 tjänster) och 1 läkarsekreterare var varmt välkomnande och det var lätt att smälta in i gruppen. Jag kunde ta med mig det arbetssätt som jag lagt grunden till under utbildningstiden i Örebro och kanske därigenom bidra till ännu en infallsvinkel till de som redan fanns på kliniken genom tre tandläkare med något olika specialområden. Dan med lite inriktning mot kirurgi och käkleder, Anders mot de sjuka barnen och multidisciplinfallen och Kristina mot problemfamiljer och oralmotoriska problem. Kliniken i Skövde har dessutom precis som övriga pedodontikliniker att brottas med en ständig ström av patienter med behandlingsproblem av psykologisk art och önskemål från allmäntandvården om hjälp med akut omhändertagande vid tandvärk och trauma.

Som ett led i att avlasta kliniken och vidarebefordra kunskaper i barntandvård har man utarbetat ett system med kontakttandläkare på varje allmäntandvårdsklinik. Dessa hjälper till med behandling av patienter under narkos där inget behov av specialisttandvård föreligger samt kan utgöra en resurs för den egna kliniken och pedodontikliniken vid remiss och återremiss.

Det finns en grupp av specialister från ortodonti, käkkirurgi, röntgen, endodonti, pedodonti och protetik (juvenilprotetikgruppen) som träffas regelbundet och där övriga specialister har möjlighet att presentera sina egna svåra fall och få hjälp med behandlingsplanering med eller utan patient. Denna grupp var

Anders med att starta upp och den har etablerats till en verklig tillgång när det gäller terapiplanering av svåra aplasifall, traumafall och svårt destruerade bitt där många discipliner blir engagerade.

Kristina Palm har tillsammans med en logoped byggt upp ett oralmotoriskt team där man tagit emot remisser från logopeder, habiliteringsläkare, barnmedicinare och övrig tandvård där frågeställningen varit tal-, tugg- och sväljproblem.

Dan träffar barn med käkledsproblem och dessa presenteras och planeras även i juvenilprotetikgruppen.

Pedodontikliniken har dessutom deltagit i en undersökning av barn med Down's syndrom som man behandlat med gomplattor och följt under flera år under handledning av Irene Johansson och hennes medarbetare i Karlstad.

Anders har ett nära samarbete med Skaraborgs tandhälsovårdare och är även med i tandhälsovårdens referensgrupp. Pedodontikliniken har under många år deltagit aktivt i hälsovårdsarbetet tillsammans med barnhälsovården och informationsträffar har under året hållits vid barnavårdscentraler för personalen angående det lilla barnets tänder och tandhälsa. Pedodontikliniken har även inbjudits tillsammans med barnläkare och dietist att delta med information angående tänder och munhälsa för föräldrar med hjärtsjuka barn.

Skaderegistreringsgruppen är en annan verksamhet där pedodontikliniken deltar aktivt. Från tandvården rapporteras samtliga tandolycksfallsskador och uppgifterna kan sedan användas för att förebygga ytterligare skadetillfällen vid planering av t ex bostadsområden, lekplatser och vägar.

För att framhålla barnet inom vården skapades för några år sedan Barn och ungdomscentret, BUC, som består av barnmedicin, barnhabilitering, barnpsykiatri och barntandvård. Med

anledning av detta ändrade barntandvården sitt namn och kallar sig numera Specialistkliniken för barn- och ungdomstandvård.

Ett samarbete finns med barnmedicinska och barnpsykiatriska klinikerna på sjukhuset och regelbundna ronder utföres av sköterska/hygienist och i förekommande fall tandläkare för att fånga upp patienter som av olika anledningar ej åtnjuter tandvård i den utsträckning som tandvårdslagen föreskriver eller hjälpa till med erforderlig tandbehandling hos svårt sjuka eller funktionshindrade barn som led i deras medicinska behandling. Även gentemot barnhabiliteringen finns ett mycket gott och nära samarbete när det gäller omhändertagandet av de funktionshindrade barnen. Narkosverksamhet bedrivs inom pedodontin en dag per vecka då personal från anestesivdelningen kommer till pedodontin där ett fullt utrustat narkosrum finns tillgängligt. Ett väl utvecklat kontaktnät finns med de barnmedicinska specialiteterna så det finns goda möjligheter att kunna samplanera sövningar och pedodonti har dessutom goda möjligheter att få vara med när andra avdelningar söver barn. Detta kan ibland ställa till det i tidböckerna eftersom narkoserna ibland kan vara svåra att exakt tidsplanera.

Under året har kliniken haft regelbundna träffar där man inom ramen för QUL försökt analysera sin verksamhet. Själv har jag försökt utarbeta ett sätt att kunna registrera resursåtgången vid omhändertagandet av patienter med målsättning att kunna visa hur vi använder de

resurser vi har och sedan i förlängningen utvärdera om de även varit effektiva. Detta arbete befinner sig ännu i sin linda men vi håller på med några pilotstudier som vi ev. kan bygga vidare på.

Det känns som om intresset för pedodonti är stort i Skaraborg och många allmäntandläkare visar intresse för att komma till kliniken för auskultationer. Flera allmäntandläkare inom länet har sökt specialistutbildning inom pedodonti och för närvarande är två tidigare kontakttandläkare under utbildning i Jönköping och Stockholm. Återväxten tycks åtminstone här vara god, så Dan och Anders kan nog planera för sina pensioner i lugn och ro. Kontakttandläkarträffar finns planerade för fortbildning men har inte för närvarande kunnat genomdrivas i den utsträckning avdelningen önskat. Delvis beroende på ett ökat remissinflöde som troligen speglar den idag svårare situationen på allmäntandvårdsklinikerna med ökat antal svårare fall och problem att tillsätta tandläkartjänster.

Sedan ett drygt år tillbaka finns inte landstinget Skaraborg längre utan vi hör numera tillsammans med gamla Älvsborgs län, Bohuslän och Göteborgs kommun till Västra Götalandsregionen. Några konkreta förändringar har detta ännu inte medfört för vår verksamhet men många tankar och funderingar finns kring vad som ev. komma skall, med andra ord spännande!

Inger Jönsson



Effect of Triclosan on the production of inflammatory mediators in human gingival fibroblasts

Licentiatavhandling 16 december 1999

Manal Ibrahim Mustafa
Avd för pedodonti, Odont inst, Karolinska institutet

Abstract

This study was performed to investigate the effect of the anti-bacterial agent Triclosan (2,4,4'-trichloro-2'-hydroxydiphenylether) on the production of different inflammatory mediators such as interleukin-1 β (IL-1 β), interleukin-6 (IL-6), Rantes and Interferon- γ (IFN- γ) as well as the expression of the major histocompatibility complex (MHC) class II antigen in human gingival fibroblasts. Cultures of gingival fibroblast were established from gingival biopsies obtained from children with no clinical sign of periodontitis. Cytokine analyses of IL-1 β , IL-6, IFN- γ) and MHC class II expression were performed using enzyme-linked immunosorbant assay (ELISA) and cell-released capturing (CRC) ELISA. The expression of cytokine mRNA for IL-1 γ , IL-6 and IFN- γ was analysed by *in situ* hybridization.

The results of these studies showed that Triclosan reduces the production of IL-1 β and IFN- γ as well as MHC class II expression in human gingival fibroblasts. Furthermore, human gingival fibroblasts have the capacity to transcribe IFN- γ mRNA and produce IFN- γ protein in response to phytohemagglutinin (PHA). Treatment of the cells with the pro-

inflammatory cytokines IL-1 β or TNF α , however, stimulated neither the expression of IFN- γ mRNA nor the production of the protein. Triclosan reduced the IFN- γ production induced by PHA as well as the MHC expression induced by rIFN- γ . The inhibitory effect of Triclosan on IFN- γ production was less than that of dexamethazone, however, its effect on MHC class II expression, was of the same magnitude as that of dexamethazone. These *in vitro* findings suggest that Triclosan, by inhibiting the production of important mediators of inflammation may affect the initiation and propagation of the immune processes in the gingival tissue. This in turn may have relevance for the anti-inflammatory effect of the agent demonstrated in clinical studies.

Ongoing studies

1. To study the effect of Triclosan on the production of Rantes in human gingival fibroblasts.
2. To study the intracellular distribution of Triclosan.
3. To investigate the effect of Triclosan on the pathways involved in the production of different inflammatory mediators.

/autoreferat/

Kursverksamhet i Umeå

Birgitta Bäckman, Umeå

Sedan våren 1999 ingår ett nytt kursblock "Tandvård för patienter med särskilda behov" (20 p) i det utbud av poängkurser som ges av Odontologiska Institutionen i Umeå. Pedodontiavdelningen ansvarar för en av delkurserna "Tandvård för barn med särskilda behov" (5 p) som gavs för första gången i höstas. Vi hade ett imponerande antal sökande i första omgången, vilket så småningom utmynnade i 26 deltagare från Malmö i söder till Kiruna i norr. Bland kursdeltagarna fanns allmäntandläkare, sjukhustandläkare, tandläkare under specialistutbildning och hygienister. Samtliga intresserade av den utmaning som tandvård för barn i behov av särskilt stöd utgör.



Vilka ämnen behandlades i kursen?

Barn med grava mineraliseringsstörningardiagnos, etiologi och behandling - där den "nya" protetiken med skonsam preparation och "limmade" ersättningar ingick som en del. (Föreläsare Ingrid Andersson-Wenckert och undertecknad).

Barnneuropsykiatri - autism, Aspergers syndrom, DAMP/MBD, ADHD presenterades av Jeanette Hörnquist, neuropsykolog i det team vid barn- och ungdomspsykiatri i Umeå som utreder och diagnostiserar dessa barn. Erfarenheterna av visuell pedagogik vid tandvård av barn med kommunikationsstörningar redovisades av Carin Pilebro.

Barn med kognitiva funktionshinder ingick förstås och presenterades av omsorgsöverläkare Sven-Olov Edvinsson.

Tandvårdsrädsla hos barn behandlades i seminarieform, där bl.a. den s.k kontrollparadoxen och spöken i garderoben diskuterades. Psykolog Lars-Erik Persson, som kan mycket om barn tandvård eftersom han tidigare varit konsult på pedodontiavdelningen, var ansvarig för detta område.

Undervisning om ätstörningar gavs av Agneta Ekman som deltog i Norra sektionens symposium i samma ämne vid Riksstämman 1998 samt psykolog Anna Torbiörnsson. Agneta behöver väl inte presenteras närmare. Anna Torbiörnsson arbetar som psykolog i behandlingsteamet för ätstörningar vid BUP (Barn- och ungdomspsy-

kiatri) i Umeå. Hon var samtalspartner till barn och ungdomar i det uppskattade radioprogrammet "Dialog", minns ni?

Annika Rydberg, överläkare vid barnhjärtmottagningen vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå (NUS), och Christina Stecksén-Blicks föreläste om "Barn med hjärtsjukdom" ett särskilt angeläget ämne idag, när moderna behandlingsmetoder räddar allt allvarligare fall.

Ylva Britt Wahlin undervisade om "Odontologiska problem vid malig sjukdom hos barn".

Skolhälsovårdens roll för barn i behov av särskilt stöd belystes av skolöverläkare Erik Bergström och slutligen talade övertandläkare Nils Bäckman vid Socialstyrelsens regionala enhet i Umeå om etiska frågeställningar i dessa sammanhang.

Som ni ser har jag utgått ifrån att alla vet att Ingrid Andersson-Wenckert, Carin Pilebro, Christina Stecksén-Blicks, Ylva Britt Wahlin och jag själv är verksamma som tandläkare vid pedodontiavdelningen i Umeå.

Ambitionen var att belysa varje ämne medicinskt, odontologiskt och i förekommande fall utifrån psykiatriska/psykologiska aspekter.

Kursen avslutas med hemtentamen. Numera är betygen graderade och för att få VG krävs enskilt arbete eller mycket genomarbetade svar på frågorna.

Kursen ges som distanskurs i 2 x 2 dagar. Behörig att gå är den som har minst 80 poäng i grundläggande vårdhögskoleutbildning. Nästa gång ges kursen hösten 2000. Innehållet kommer huvudsakligen att bli detsamma. Upplysningar ges av Studentexpeditionen, tel 090-785 6013, eller Medicinsk-odontologiska fakultetskansliet, tel 090-786 5654. Se även vår hemsida: www.umu.se/utbildning och den interaktiva utbildningskatalogen.

Välkommen till Umeå!

Birgitta Bäckman
Kursansvarig

Vårmetet i Sunne 5-6 maj

Christina Stecksén-Blicks, Umeå

Det låg en spänd förväntan i

Projektstart Sunne 2000-05-05
Urval juni 2000
Heldag Stockholm 2000-10-25
Halvdagsseminarier Stockholm 2000-11-12, 2001-02-16
Redovisning av projekten Helsingborg 2001-04-25

luften fredagen den 5 maj på morgonen bland de 47 pedodontister som hörsammat inbjudan om "att vara med på tåget" eller "att kliva av tåget" som någon föreslog. Vad var nu detta och hur skulle detta vårmete gå till?

Göran Dahllöf och Sven-Åke Lundin inledde med att ge styrelsens strategiska avsiktsförklaring och vad man ville åstadkomma. Sven-Åke slog fast att pedodontisterna under en lång följd av år ägnat mycket kraft åt att utveckla yrkesrollen för andra personalkategorier inom barntandvården men att vi glömt bort att utveckla oss själva. Styrelsen inledde därför en diskussion under 1999 om att starta ett projekt som skulle kunna ge föreningens medlemmar möjligheter till såväl yrkesmässig som personlig utveckling och förståelse för den egna yrkesrollen.

Avsikten med projektet formulerades på följande sätt:

- Att specialisten måste ta en större del av ansvaret för barn- och ungdomstandvården kvantitativt och kvalitativt genom en övergripande roll
- Att specialiststandvården skapar en gemensam målsättning tillsammans med allmäntandvården
- Att lednings- och verksamhetskunskap integreras i verksamheten

Sven-Åke gav sina visioner av att det skapas nätverk för kontinuerlig fortbildning, att varje barn får tandvård baserad på den högsta kompetensen/kunskapen, att tandvårdsrädsla och behandlingsproblem förebyggs och att vi åstadkommer en förståelig beskrivning av vår verksamhet.

Göran Dahllöf fortsatte med att ge tidsramarna för projektet och föreslog tre problemområden att arbeta med:

- Öka förståelsen för vår arbetsinsats och professionalism. Öka allmänhetens kunskap om vad en pedodontist gör.

- Upplevelse av ökad kvalitet hos patienter/remittenter
- Öka möjligheten till lärande genom att skapa system för kontinuerligt lärande

Att överbygga en förståelseklyfta

Karl Grünevald, barnpsykiatriker f d medicinalråd kom och berättade sin historia om hur han överbyggt en förståelseklyfta om synen på de utvecklingsstördas position i samhället. Nära 80 år gammal, men rak och med stark röst berättade han sin historia som började på Vipeholms sjukhus i början på 50-talet och slutade med att anstalterna lagts ner och att de utvecklingsstörda numera ses som en del av vårt samhälle. Karl Grünevald påpekade att de svagas situation är en förutsättning för de starkas utveckling och styrka och därför är förbättringen av svaga människors situation allas intresse. Han berättade att sedan han blivit medicinalråd vid inspektioner av anstalter för utvecklingsstörda försökte tränga så långt som möjligt in i problematiken, genom att t.ex. äta med de intagna, trots att han blev väldigt ifrågasatt av personalen. Trots allt motstånd från framför allt de etablerade inom vården behöll han alltid sin vision och avslutade med att ge moderna chefer råden att tränga så långt som möjligt in i systemen, att kämpa på sin egen planhalva, men att alltid hålla visionen kvar.

Entreprenöriella arbetsmetoder och den lärande organisationen

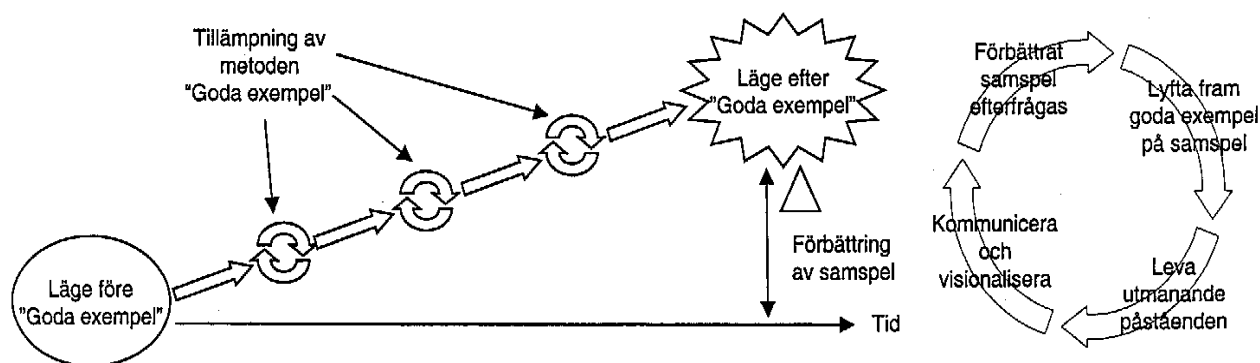
Björn Larsson, med meriter från utvecklingsarbete vid bland annat Utrikesdepartementet och Karolinska institutet, sammanfattade Karl Grünevalds historia och undervisade oss i vad entreprenöriella arbetsmetoder är till skillnad mot traditionella och hur en lärande organisation kan skapas. Vi diskuterade inbillade och verkliga framgångsfaktorer och slog fast att mod, förmåga att lära och passion för uppgiften/produkten är verkliga framgångsfaktorer. Konstaterade att den rådande ordningen inte råder idag lika länge som förr och att det gäller att både driva "business as usual" och att bidra till innovationer, förnyelse

och förändring. Analysen är viktig för att tolka omvärldsförändringar. Stöd uppifrån får man inte med automatik utan man tillägnar sig det genom det man uträttar. Vi fick tillfälle att berätta goda exempel för varandra. Förändring/förbättring i en organisation kan åstadkommas genom att identifiera goda exempel på vad som fungerar bra och att man sedan gör mer av detta. Därefter påbörjade alla deltagare arbetet med att formulera sina bästa idéer och upprättade en plan för hur man vill driva dem. Björn Larsson uppmanade oss att inte

plocka fallfrukter utan tänka till lite mer och försöka formulera innovativa idéer.

Efter mötet i Sunne kommer styrelsen att välja ut de bästa projekten och dessa kommer att kunna få visst ekonomiskt stöd av föreningen och coaching av Björn Larsson. Övriga projekt kommer att drivas som lokala projekt i regionerna. Slutdatum för projektet är den 25 april 2001.

Christina Stecksén Blinks, Umeå



- Kontinuerlig dialog kring "Goda exempel" på samspel med 2-6 månaders mellanrum.
- Kan användas på olika nivåer - individ, team, företag, koncern...
- Vi fokuserar på teamnivå. Här ser vi den största effekten. En form av utvecklingssamtal på gruppnivå.
- En kontinuerlig process som ständigt ökar efterfrågan på förbättrat samspel.

Vårdprogram vid Turners syndrom

Kerstin Landin, läkare vid Endokrinologen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset har tillskrivit Svenska Pedodontiföreningen med information om att ett vårdprogram för Turners syndrom finns tillgängligt. Detta har tillkommit genom flera års samarbete mellan olika discipliner parallellt med aktivt patientarbete. Man har fått stimulansbidrag från Socialstyrelsen för att kunna undersöka flickor och kvinnor med diagnosen.

Vårdprogrammet går att beställa genom

Sekr Lena Lehto
Tillväxtcentrum
Dr. Silvias barn- och ungdomssjukhus
416 85 Göteborg
e-post: lena.lehto@sahlgrenska.se

Kostnad 20:-/ex

Stipendier att söka



Acta-fond, rese- och forskningsstipendium 2001

Rese- och forskningsstipendiet på 15.000 kronor, som av Cederroth International ställts till Svenska Pedodontiföreningens förfogande förklaras härmed till ansökan ledigt.

Stipendiet kan sökas av medlemmar i Svenska Pedodontiföreningen och kan utdelas till en eller flera personer. Det avses täcka kostnader för studieresor och forsknings- och/eller utvecklingsarbete inom barntandvården 2001.

Det åligger stipendiaten att lämna reseberättelse alternativt forskningsrapport till Svenska

Pedodonti-föreningen och Cederroth International. Stipendiet kommer att utdelas vid Svenska Pedodontiföreningens höstmöte 2000. Sista ansökningsdatum är 1 september 2000. Ansökningshandlingar finns på www.spf.nu eller kan rekvideras från Sven-Åke Lundin. Ansökan insändes till:

Sven-Åke Lundin
Odontologiska utbildningsenheten
Box 1126
701 11 Örebro

Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för forskning och utveckling

Stipendium på 5.000 kronor för forskning och utveckling inom barn- och ungdomsvården förklaras härmed till ansökan ledigt.

Stipendiet kan sökas av alla inom tandvården som arbetar med barn och ungdomar och kan utdelas till en eller flera personer.

Det åligger stipendiaten att lämna rapport av forsknings- eller utvecklingsprojekt till

Stiftelsen Barntandvårdsdagar samt för publicering i Barntandläkarbladet.

Sista ansökningsdatum är 1 september 2000. Ansökningshandlingar finns på www.spf.nu eller kan rekvideras från Sven-Åke Lundin.

Ansökan insändes till:
Sven Åke Lundin
Odontologiska utbildningsenheten
Box 1126
701 11 Örebro

Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för nyblivna specialister i pedodonti

Stipendium på 5.000 kronor att användas till resa för deltagande i kurs eller vetenskaplig kongress med intresse för specialister i pedodonti förklaras härmed till ansökan ledigt.

Stipendiet kan sökas av tandläkare som under det senaste året erhållit bevis på specialistkompetens i pedodonti av Socialstyrelsen.

Resan skall genomföras inom en tvåårsperiod efter stipendiets erhållande. Det åligger stipendiaten att inom tre månader efter resans genom-

förande skriva en reserapport för publicering i Barntandläkarbladet.

Sista ansökningsdatum är 1 september 2000. Till ansökan skall bifogas bevis om specialistbehörighet samt den sökandes curriculum vitae. Ansökan insändes till:
Sven-Åke Lundin
Odontologiska utbildningsenheten
Box 1126
701 11 Örebro

Arvid Syrrists rese- och forskningsstipendium

Rese- och forskningsstipendiet på 10.000 kronor ur Arvid Syrrist Fond för Internationellt Samarbete förklaras härmed till ansökan ledigt.

Stipendiet kan sökas av medlemmar i Svenska Pedodontiföreningen och kan utdelas till en eller flera personer.

Det åligger stipendiat att lämna reseberättelse alternativt forskningsrapport till Svenska Pedodontiföreningen för publicering i Barntandläkar-

bladet. Stipendiet utdelas i samband med Svenska Pedodontiföreningens årsmöte 2000.

Ansökningstiden går ut 1 september 2000. Ansökningshandlingar finns på www.spf.nu eller kan rekvireras från:
Sven-Åke Lundin
Odontologiska utbildningsenheten
Box 1126
701 11 Örebro



Litteraturguide

ASDC Journal of Dentistry for Children

No. 4, November-December 1999, Vol 66

Shimizu K, Nishino M, Arita K. Cystic lymphangioma: Its orofacial manifestations. 377- 382.

Qudeimat MA, Fayle SA. The use of space maintainers at a United Kingdom pediatric dental clinic. 383-386.

Asquinazi M-L, Jasmin JR, Muller M, Magné J. *In vitro* study of 99m-Techneium labeled pumice: Penetration in fissures. 387- 399.

Waldman HB, Perlman SP. Are we reaching very young children with needed dental services. 390-394.

Ramos-Gomez FJ, Tomar SL, Ellison J, Artiga N, Sintes J. Assessment of early childhood caries and dietary habits in a population of migrant Hispanic children in Stockton, California. 395-403.

Waldman HB, Perlman SP. And you thought the nation's economy was doing well: Children remain in poverty. 404- 410.

Walker JD, Pinkham JR, Jakobsen J. Comparison of undergraduate pediatric dentistry clinical procedures from 1982-83 through 1996-97. 411-414.

Bäckman B, Pilebro C. Augmentative communication in dental treatment of a nine-year-old boy with Asperger syndrome. 419-420.

No.1, January-February 2000, Vol 67

Hicks MJ, Flaitz CM. Enamel caries formation and lesion progression with a fluoride dentifrice and a calcium-phosphate containing fluoride dentifrice. A polarized light microscopic study. 21-28.

El-Kalla IH, García-Godoy F. Compomers adaptation to Class I and V cavities in permanent teeth. 29- 36.

Marks LAM, van Amerongen WE, Brogmeijer PJ. Ketac Molar versus Dyract class II restorations in primary molars. 37-41.

Llena-Puy MC, Montañana-Llorens C, Forner-Navarro L. Cariogenic oral flora and its relation to dental caries. 42-46.

Lackey TL, Hutchins HS. Survey of emergency preparedness of pediatric dentists from the South-eastern United States. 47-49.

Peretz B, Faibis S, Ever-Hadani P. Dental health behaviour of children with BBTD treated using general anesthesia or sedation, and of their parents in a recall examination. 50-54.

Zadik D, Peretz B. Management of the crying child during dental treatment. 55-58.

Waldman HB, Perlman SP, Swerdloff M. Use of pediatric dental services in the 1990s: Some continuing difficulties. 59- 63.

International Journal of Paediatric Dentistry

No 4, December 1999, Vol 9

Deery C. The economic evaluation of pit and fissure sealants. 235- 241.

Hassall DC, Mellor AC, Blinkhorn AS. Prevalence and attitudes to fissure sealants in the general dental service in England. 243- 251.

Lindau B, Dietz W, Lundgren T, Storhaug K, Norén JG. Discrimination of morphological findings in dentine from osteogenesis imperfecta patients using combinations of polarized light microscopy, microradiography and scanning electron microscopy. 253- 261.

Liversidge HM, Speechly T, Hector P. Dental maturation in British children: are Demirjian's standards applicable? 263- 269.

Nakano K, Matsuoka T, Takahashi A, Matsumura M, Sobue S, Ooshima T. Delayed development or congenital absence of a single first permanent molar in Japanese child patients. 271- 276.

Kobayashi H, Taguchi Y, Noda T. Eruption disturbances of maxillary permanent central incisors associated with anomalous adjacent permanent lateral incisors. 277- 284.

Betts A, Camilleri GE. A review of 47 cases of unerupted maxillary incisors. 285- 292.

Macey- Dare LV, Goodman JR. Incontinentia Pigmenti: seven cases with dental manifestations. 293-297.

Sheehy EC, Longhurst P, Pool D, Dandekar M. Self-inflicted injury in a case of Hallervorden- Spatz disease. 299- 302.

Hedge S, Ashok Kumar BR. Mandibular talon cusp: report of two rare cases. 303- 306.

Pediatric Dentistry

No. 7, November/December 1999, Vol 21

Steward DCL, Ortega AN, Alos V, Martin B, Dowshen SA, Katz SH. Utilization of dental services and preventive oral health behaviours among preschool-aged children from Delaware. 402-408.

Oulis CJ, Berdouses ED, Vadiakas G, Lygidakis NA. Feeding practices of Greek children with and without nursing caries. 409- 416.

Primosch RE, Buzzi IM, Jerrell G. Effect of nitrous oxide-oxygen inhalation with scavenging on behavioural and physiological parameters. 417- 420.

Asarch T, Allen K, Peterson B, Beiraghi S. Efficacy of a computerized local anesthesia device in pediatric dentistry. 421- 424.

Lygidakis NA, Oulis KI. A comparison of Fluoroshield with Delton fissure sealant: four year results. 425-432.

Kilpatrick NM, Awang H, Wilcken B, Christodoulou J. The implications of Phenylketonuria on oral health. 433- 438.

Sumikawa DA, Marshall GW, Gee L, Marshall SJ. Microstructure of primary tooth dentin. 439- 444.

Fuks AB, Ram D, Eidelman E. Clinical performance of esthetic posterior crowns in primary molars: a pilot study. 445- 449.

No. 1 January/February 2000, Vol 22

Uprichard KK, Potter BJ, Russell CM, Schafer TE, Adair S, Weller RN. Comparison of direct digital and conventional radiography for detection of proximal surface caries. 9-16.

Edelstein BL, Manski RJ, Moeller JF. Pediatric dental visits during 1996: An analysis of the federal Medical Expenditure Panel Survey. 17-20.

Ettelbrick KL, Webb MD, Deale NS. Hospital charges for dental caries related emergency admissions. 21-26.

Lee JY, Vann WF, Roberts MW. A cost analysis of treating dental patients using general anesthesia *versus* conscious sedation. 27-32.

Eidelman E, Faibis S, Peretz B. A comparison of restorations for children treated under general anesthesia or conscious sedation. 33- 38.

Evancusky JW, Meiers JC. Microleakage of Compoglass[®]-F and Dyract[®]-AP compomers after salivary contamination. 39- 42.

Tyc VL, Hopkins KP. Smoking interventions delivered by pediatric dentists: special recommendations for pediatric cancer patients. 43-48.

Ohno K Ohmori I. Anodontia with hypohidrotic ectodermal dysplasia in a young female. 49-52.

Dowling PA, Fleming P, Saunders IDF, Gorlin RJ, Napier SS. Odontogenic keratocysts in a 5-year-old: Initial manifestations of nevoid basal cell carcinoma syndrome. 53- 56.

da Fonseca MA. Long-term oral and craniofacial complications following pediatric bone marrow transplantation. 57-62.

Flaitz C. Ectopic erythema migrans in an adolescent with a skin disorder. 63- 64.

Quinonez R, Hoover R, Wright JT. Transitional anterior esthetic restorations for patients with enamel defects. 65- 67.

Carapezza LJ. Early treatment mechanics of the Class II division 2 malocclusion. 68- 70.

European Journal of Paediatric Dentistry

No 1, March 2000, Vol 1

Oulis C, Raadal M, Martens L. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. 7-12.

Raadal M, Amarante E, Espelid I. Prevalence, severity and distribution of caries in a group of 5-year-old Norwegian children. 13-20.

Tollaro I, Baccetti T, Defraia E. Dentoalveolar compensation to sagittal discrepancies in the primary dentition. 21-25.

Ilyas S, Sheehy EC, Longhurst P. Coronal resorption in a primary tooth: report of a case. 27-30.



Xylitol, clinically proven to keep them smiling.

Xylitol, the naturally occurring sweetener, helps reduce dental caries. It is used to give added dental benefits to oral hygiene products and to sugar-free chewing gum and confectionery.

The British Nutritional Foundation's task force on Oral Health reported in 1999: *'...polyols such as sorbitol and xylitol can be used in place of sugar without causing caries. Xylitol may exert a protective effect.'*

Many research studies have illustrated xylitol's unique dental benefits and have persuaded dental organisations around the world to endorse sugar-free chewing gums and breath mints containing xylitol.

Xylitol, now available in an increasing range of confectionery and oral health products, can play a key role in the oral hygiene regimes you recommend. And not just for kids!



Xylitol Information Bureau
41-51 Brighton Road, Redhill, Surrey RH1 6YS, United Kingdom

