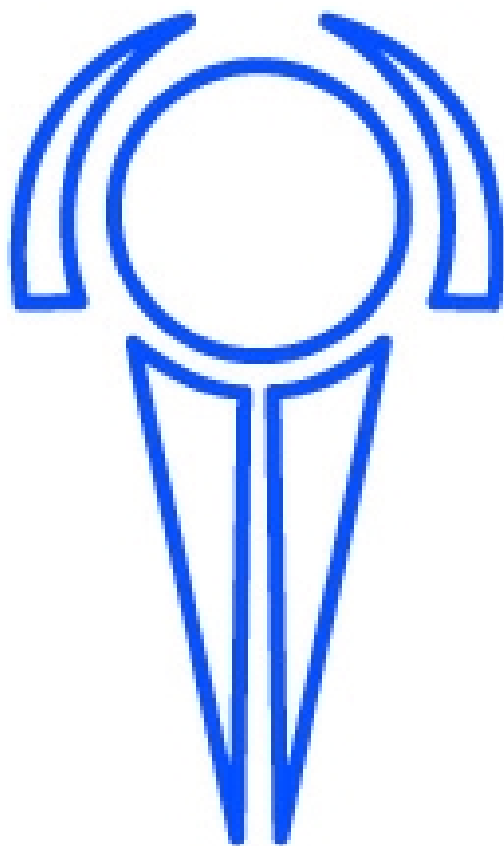


---

# *Barntandläkarbladet*

Svenska Pedodontiföreningens medlemsblad  
*Årgång 11 – nr 1 – 1999*

---



- /// **Nya stipendier**
- /// **Vårmötet i  
Borgholm**
- /// **U-landsarbete som  
tandläkare i Kenya**
- /// **Avhandlingar**
- /// **Pedodonti i Sydost**

## Innehåll Nr 1 Juni 1999

<b>Från redaktionen</b>	<b>3</b>
<b>Ordförande har ordet</b> <i>Sven-Åke Lundin</i>	<b>4</b>
<b>Matvanor hos barn – vad påverkar och hur påverka?</b> <i>Ref. Agneta Robertson</i>	<b>5</b>
<b>Pedodonti i Sydost</b> <i>Annalena Holst</i>	<b>6</b>
<b>Stadgar stipendier:</b>	
<i>För nyblivna specialister</i>	<b>9</b>
<i>För forskning och utveckling</i>	<b>10</b>
<i>För uppmuntran till utvald student</i>	<b>11</b>
<i>Uppsatstävling</i>	<b>12</b>
<b>Stipendier att söka</b>	<b>13</b>
<b>Vårmetet i Borgholm</b> <i>Referat</i>	<b>14</b>
<b>Avhandlingar</b> <i>Autoreferat</i>	<b>18</b>
<b>Redogörelser från stipendiat</b>	<b>21</b>
<b>U-landsarbete som tandläkare i Kenya</b> <i>Kerstin Axrup</i>	<b>23</b>
<b>Litteraturguide</b>	<b>25</b>

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 22 november 1999.

**Material senast 25 oktober!**

## *Barntandläkarbladet* ISSN 1400-6324

Organ för  
Svenska Pedodontiföreningen  
Swedish Society of Paediatric  
Dentistry  
Årgång 11; Grundad 1988

### Redaktör

Gunilla Klingberg

Adress fr o m september 1999:

Mun-H-Center

Odontologen, Göteborg

Medicinaregatan 12

413 90 Göteborg

tel 031 773 38 20

fax 031 773 38 19

e-mail Gunilla.Klingberg@odontologi.gu.se

### Redaktion 1999

Gunilla Klingberg,

Christina Hammarström, Britt Alander,  
Bengt Olof Hansson, Catharina Jacobsson

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

### Svenska Pedodontiföreningen 1999

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,

Ingrid Andersson-Wenckert, Carin Pilebro,

Ingrid Kristiansson

### Östra sektionen

Stein Björkman, ordf, Karin Högkil,

Margaret Grindefjord, Åsa Högström,

Karl-Johan Nordenwall

### Västra sektionen

Christina Hammarström, ordf,

Britt Alander, Bengt Olof Hansson,  
Catharina Jacobsson, Gunilla Klingberg

### Södra sektionen

Margareta Borgström, ordf, Karin Ridell,

Helena Möller, Boel Jensen

## Från redaktionen

Det tycks vara sommar på gång, åtminstone om man tittar i almanackan. Vädret har väl varit lite av ett lotteri. Det blev vi inte minst varse efter besöket på Öland. Vårmötet bjöd på bästa möjliga väderförutsättningar. Vissa var till och med uppe i ottan för botanisk vandring i Halltorps hage. Värre var det när vi kom hem. Snö och regn hör ju, tack och lov, inte till vanligheterna i södra delarna av landet i mitten av maj! Vårmötet avhandlade i år ett för pedodontin centralt område. Referatet från mötet har därför fått ta ganska stor plats i detta nummer av Barntandläkarbladet. Tack VSP för hjälpen.

Det är alltid roligt när en förenings arbete kan komma medlemmarna till gagn på olika sätt. Stiftelsen Barntandvårdsdagar har instiftat fyra nya stipendier. Stadgar- na till dessa finns med i detta nummer av Barntandläkarbladet. Två av dem kan sökas redan nu. Dessutom är Acta stipendiet ute till ansökan. Sista datum för dessa tre stipendier är 1 september. Alla stipendier med stadgar och ansökningsblanketter kommer att finnas på föreningens nya hemsida från och med 18 juni i år. Surfa in på [www.spf.nu](http://www.spf.nu) och titta!

Svenska Pedodontiföreningen har sedan några år tillbaka ett avtal med MEDA

Kunskaps Center (MKC). I februari anordnades en MKC kurs med titeln "Matvanor hos barn – vad påverka och hur påverka?". Ett femtiotal deltagare infann sig på kursen. Agneta Robertson i Göteborg har refererat. Samarbetet med MKC innebär bl a att medlemmar i Svenska Pedodontiföreningen har möjlighet att delta i olika utbildningsaktiviteter. I egenskap av förening med MKC avtal får vi också en skraddarsydd utbildningsaktivitet per år. Dessa arrangemang är gratis för oss att delta i. Vi får själva endast stå för resa, kost och uppehälle. Vi hoppas återkomma med nästa kurs i början av nästa år. Mer information kommer. Föreslaget tema är allergier hos barn och ungdom. MEDA skickar ut information till oss via några distributionspersoner i Svenska Pedodontiföreningen. Just nu håller vi på att se över hur vi skall få denna informationsspridning att fungera bättre.

I detta nummer har stafett-pinnen som började hos Bo Schelin och Christina Hammarström hamnat hos Annalena Holst i sydost. Hon delar med sig från vardagen i Karlskrona. Tre avhandlingar, två doktors och en licensiatavhandling finns refererade i detta nummer av sina respektive författare. Ett stort grattis till fina ar-

beten! Det finns de som fortsätter att arbeta med tandvård, om än i andra former, efter avslutad yrkeskarriär. Kerstin Axrup har varit i Kenya och delar med sig av sina erfarenheter genom en reseberättelse. Ett stort tack till alla Ni som bidragit med material till detta nummer av tidningen. Tidningen blir ju vad medlemmarna gör den till!

Barntandläkarbladet skall vara självfinansierad. Oftast lyckas vi fånga någon annonsör som gör att föreningen inte har någon kostnad för tidningen. Till detta nummer har vi tyvärr inte lyckats ro i land någon annons i tid. Istället hoppas vi på två till nästa nummer.

Till hösten går Riksstämman av stapeln på landets framsida, dvs här i Göteborg. Vi som jobbar med pedodontideltagandet har fått ihop ett bra program. Dessutom ordnas en socialt sammankomst på kvällen fredag den 8 oktober. Missa inte detta! För mer information se separat inbjudan.

Just nu känns det väldigt skönt att lägga sista handen vid detta nummer av tidningen. Det finns så mycket annat som konkurrerar om fritiden, inte minst så här års. Angenäm läsning! Njut av sommarens ledighet!

*Gunilla Klingberg*

## Ordförande har ordet

Vårmöte i Svenska Pedodontiföreningen innebär vackert väder och solsken. För andra året i rad flödade solen från en klarblå himmel över nya SPF's vårmöte på Halltorps Gästgiveri söder om Borgholm. Denna gång också - för första gången - som ett årsmöte i vår nybildade förening.

Ett vårfagert Öland bjöd oss en fantastisk fin upplevelse med slottsvandring och tidig Gökotta för dem som orkade upp. Ämnet för sedvanlig kurs var denna gång *Praktisk användning av sedering inom barn- och ungdomstandvården*. Huvudtalare var överläkare Magnus Hägerdal som förmedlade en välbehövlig uppfärskning av kunskaper rörande lustgas-sedering och framför allt användningen av Midazolam. Vår andra huvudtalare, professor Magne Raadal från Bergen, Norge beskrev ingående en genomförd jämförande studie rörande erfarenheterna från användningen av Midazolam och placebo i kombination med ett beteendemodifierande omhändertagande i tandvårdssituationen. Mycket uppskattat var ett inlägg av överläkare Maria Prokowska-Björklund rörande ett anpassat omhändertagande av barn i situationen inför tandvårdsbehandling under narkos. Maria menar och understryker med emfas vikten av att vi som terapeuter måste besitta psykisk kapacitet för att lyckas med vårt omhändertagande. Hon poängterade också med stor tydlighet att denna psykiska kapacitans - idag - alltför ofta förbrukas på ovidkommande organisatoriska brister och/eller brister i ledarskap hos våra chefer. Få förstärker egentligen en stressad narkosläkares (eller en pedodontists) situation i "akuta" situationer. Viktigt - menar Maria - att vi

tillåter oss att sätta gränser "för vad vi tål" för att inte riskera utföra oöverlagda och icke reparable handlingar.

Kursen innehöll förutom de tre nämnda, flera andra mycket uppskattade föreläsare med intressanta inlägg och rapporter. Inger von Bültzingslöwen från Socialstyrelsen hjälpte oss att tolka gällande lagar och förordningar samt aktuella skrivelser rörande främst midazolams användning i specialisttandläkarpraktiken och i allmäntandvården. Flera frågetecken rätades ut även om några kvarstår. Hon förespogade också en kommande författningssamling som kommer att förtydliga situationen ytterligare.

Väl omhändertagna med andlig och lekamlig spis och omsorg samlar vi ännu ett lyckat vårarangemang till minnet.

Traditionsenligt kunde vi också i samband med vårmötet 1999 dela ut årets MEDA stipendium till Svante Twetman. Han hade dock inte möjlighet att själv vid mötet motta ett snyggt utformat och inglasat diplom. Detta sändes för senare överlämnade med Boel Jensen. Stipendienämnden hade i hård konkurrens bland hela tio andra sökande valt ut Svantes resa till IAPD i London för presentation av *Mutans streptococci suppression by chlorhexidine gel in toddlers*. Göran Dahllöf redovisade stipendienämndens motivering.

Efter detta var Svenska Pedodontiföreningens andra vårmöte över och vi kunde "dra hemåt" genom ett vårfagert Sverige. Tack Annalena för ett lyckat arrangemang!

Det mullrar bortom horisonten! Än en gång aktualiseras frågan om specialisttandvårdens innehåll och numerär. Denna gång med täckmanteln - att hela tandvården bör ses över. Socialstyrelsen har kallat till diskussionsmöte inför en *Beredning av frågan vad avser framtida kompetensfördelning mellan olika yrkeskategorier inom tandvården samt utbildningskapaciteten i framtiden*. Ett av de områden som enligt beskrivna syfte skall granskas i detalj är att pröva vilka olika specialistområden som bör finnas inom tandvården i framtiden. En föreslagen metod är att granska vad specialister (som enda kategori) inom de olika åtta specialiteterna för närvarande arbetar med. Det är mycket viktigt att vi specialister framöver är öppna och deltar så ofta som möjligt i olika seminarier och hearings som arrangeras. Vår centrala representation är tyvärr något bristfällig då som vi flera gånger tidigare påtalat inte har något fast mandat i Sveriges Tandläkarförbunds förbundsstyrelse utan måste lita till att vår TT-styrelse med hjälp av LÄR framför våra åsikter på ett korrekt sätt. Detta förhållande gör också att vi exempelvis som enda kategori inte inbjuds till exempelvis ovanstående diskussionsmöte! Vår talan förväntas föras genom våra TT-avdelningar!! Låt oss gemensamt bevaka våra och tandvårdens intressen på bästa sätt.

Ett nytt kommunikations-sätt och -möjlighet har vi fått genom vår nya websida. En föranning hur den kommer att se ut fick Ni som deltog i vårmötet på Öland. Det blir i framtiden mycket lättare att lätt sprida ny och aktuellt information. Dessutom också lättare att få Er

medlemmars reaktioner och åsikter snabbt, kanske via e-mail. Officiellt datum för sidan att släppas ut på Internet är planerat till den 18 juni. Adressen kommer att bli *www.spf.nu*. Observera att denna adress inte fungerar innan detta datum. Till sist också en vädjan om hjälp med aktuellt stoff till hemsidan. Allra helst i elektronisk form via e-mail.

Vartannat år är det EAPD och vartannat år IAPD. Den internationella pedodontikongressen hålls denna gång på en någorlunda närbelägen plats – nämligen i London den 2-5 september. Detta ger oss rimliga möjligheter att delta och träffa kollegor från andra nationer. Ett spännande program har satts samman. Huvudrubrikerna är *The Challenging Child* och *Paediatric Dentistry into the 21<sup>st</sup> Century*.

Stiftelsen Barntandvårdsdagar har även i år – vilket förhoppningsvis – ingen har undgått, laddat med nya Barntandvårdsdagar i Västerås 24-25 september. Stort intresse har redan visats. Åsa Högström och hennes stab i Västmanland står för värdskapet. Moderator kommer att vara tandvårdschefen där – Bo Rangmar som med stor entusiasm har välkomnat Btvdagarna. Programmet blir innehållsrikt och bjuder på klinik-

nära frågeställningar som *Hur skall barn med särskilda behov som maligna eller svåra kroniska sjukdomar odontologiskt omhändertas på bästa sätt till Förskolebarnets tandvård* och *Antibiotika – När?*

Bästa medlemmar i Svenska Pedodontiföreningen – hjälp till att sprida programmet och uppmana till deltagande bland Era tandvårdare, alla kategorier, i Ert landsting.

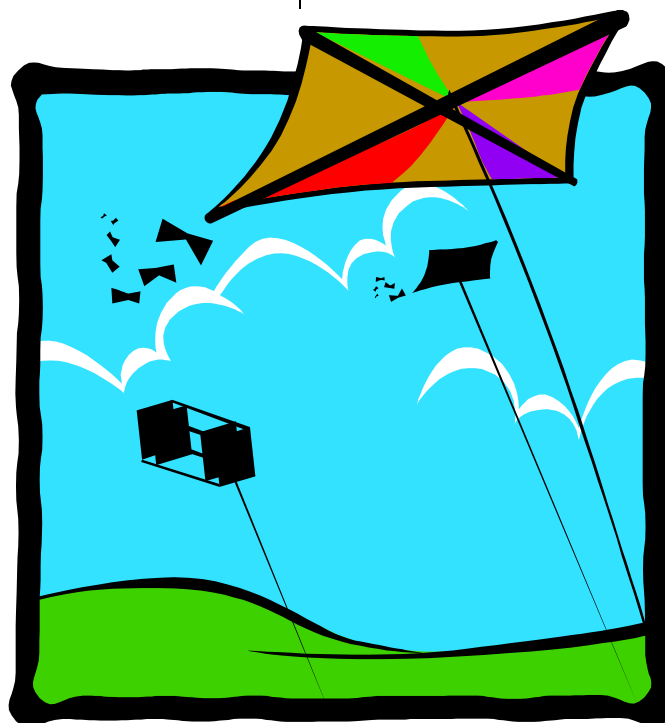
Riksstämman kommer tidigare i år. Redan den 7-9 oktober. Den kommer denna gång att vara i Göteborg på Svenska Mässan – mitt emot Liseberg. Västra Sveriges Pedodontisektion, VSP har jobbat för högtryck och har samlat ihop ett jättefint program. *Etik – har det med barn och ungdomar att göra?*, *Hur tycker Du att patienten skall behandlas?* och *Tandläkaren som ledare för odontologi och team i barn- och ungdomstandvården*, är de tre symposietitlarna. Två av

dem har vi i samarrangemang med Ortodontiföreningen. Vetenskapliga rapporter - sedvanligt – men denna gång på fredag eftermiddag.

Och till sist – den föräning av sommarvädret som vi fick på Öland – har återkommit! En aning kylslagen pingsthelg har förändrats till ett efterlängtat vårväder. Idag skriver vi den 26 maj och vädret i mellan Sverige är ljuvligt. Sommarens fröjder kan ansas. Skall bli skönt med en sommar för att ladda batterierna och skaffa oss massor av Maria Prokowskas beskrivna psykiska kapacitet. Stora utmaningar väntar!

En skön och avkopplande sommar tillönskas Er alla!

/Sven-Åke Lundin  
telefon arbete: 019-194030  
telefon hem: 019-101462  
telefon mobil: 070- 5900946  
e-mail:  
sven-ake.lundin@orebroll.se



## Matvanor hos barn - vad påverkar och hur påverka?

Referat från MEDA kurs av professor Per-Olow Sjödén, Enheten för Omvårdnadskunskap, Institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap, Uppsala Universitet

P.g.a. av lokfel på resan Göteborg – Stockholm hade jag inte möjlighet att närvara de tre första timmarna.

Det finns inget vetenskapligt belägg för att våra kostvanor grundläggs i barndomen. Kostvanor som grundläggs i 5-6 års ålder har vi kvar när vi är 7-8 år, men inte när vi är 70-80 år. Däremot följer måltidsmönster oss genom livet.

Barn måste äta det de behöver, men de väljer oftast det de tycker om. Barns hälsa kan därför bibehållas bara om de tycker om det de behöver. Hur hjälper man barn att tycka om det de behöver? Absolut inte genom att tala om att det här är nyttigt. Barns erfarenheter har betydelse för deras preferenser och val av föda. Erfarenheter av ett visst födoämne i en viss situation kan resultera i associationer mellan födan och någon aspekt av situationen som kan ge ändrad preferens eller ändrat val. Exempel på sådana associationer är emotionellt klimat, föräldrars beteende, födoämne-måltidstyp, platserförväntan. Måltidssituationer inträffar ofta och regelbundet, upprepas ofta likartat från gång till gång, speciella "regler" gäller för såväl vuxnas som barns beteende. Den viktigaste påverkan på vad barn tycker om skapas genom deras

egen direkta erfarenhet av att äta olika livsmedel/maträtter, dricka olika drycker.

### Tillgänglighet

Tillgängligheten blir en avgörande faktor för vilken mat barn lär sig att tycka om. Tillgänglighet är den viktigaste faktorn vi kan påverka. Det är visat i en studie att föräldrar i allmänhet serverar maträtter barn ej tycker om 1-3 ggr i månaden. Däremot serverar föräldrar maträtter en föräldrar ej tycker om sällan eller aldrig.

Inom ramen för det som är tillgängligt väljer barnet det de tycker om (i enlighet med sina preferenser). Hur styrs preferenser? eller Varför tycker barn om det de tycker om? Preferenser är ej genetiskt kodade. Således föräldrarna ska förse barnen med en mångfald av nyttiga produkter. Varför köper föräldrar den mat de köper? Avgörande är smaken, hälsosam, priset, åtkomligheten och miljön. Kan vi ändra detta? Vi ska inte överskatta effekterna av "föräldrarutbildning". Föräldrar kan i allmänhet inte försaka för mycket, de kan ändra sig i krissituationer men ej i längre tider. Människan vill inte ändra sig. Inför yttre hot är det dock lättare att göra förändringar, förlust-vinstaspekt.

### Vem ansvar för vad?

*Föräldrar* vad ska serveras  
hur det serveras  
*Barnet* när det ska serveras  
vad de ska äta  
hur mycket de ska äta  
t o m om de skall äta

Föräldrar och barn bör sträva efter att så lite som möjligt lägga sig i varandras ansvarsområden. Det viktigaste med måltider är att man har trevligt tillsammans med barnen. Det är bra om barnen dessutom äter. Om man har trevligt är det stor chans att det andra kommer av sig själv. Den "stämning" som råder vid måltiden "färgar av sig" (pos såväl som neg) på barnets preferens för det som serveras.

### "Ät din spenat så får du se på TV sedan."

Hur går det om detta upprepas tillräckligt många gånger? Barn fick rangordna vad de tyckte om spenat jfr med andra saker. De rangordnade från 1...7 (1=dålig, 7=bra). För varje gång fick spenat lägre tal.

### "Plocka upp dina leksaker så ska du få en kaka"

Hur går det om detta upprepas tillräckligt många gånger? Barn fick rangordna vad de tyckte om kakan jfr med andra saker De rangordnade

från 1...7 (1=dålig, 7=bra). För varje gång fick kakan högre tal.

### ”Bara de som äter förrätt får efterrätt”

Här förekommer båda effekterna. Förrätten blir mindre god för varje gång och efterrätten blir godare för varje gång. Det är viktigt att vuxna respekterar barnets förmåga att klara av en viss sak och respekterar att det tar tid och får ta tid att lära sig.

### Neofobi

Neofobi för mat och dryck är vanligt, dvs att inte tycka om något barnet inte ätit eller druckit. Detta förklarar en stor del av barns reaktioner på ”nyheter” i matväg. Neofobi är lika vanligt för flickor och pojkar före puberteten, men vanligare hos flickor än pojkar i puberte-

ten. Hur kommer vi runt detta? Smakportioner, små steg och träning kan vara en lösning. Barn vill inte lära sig att tycka om det de inte gillar.

### Variation

En måltid med liten variation i smak, konsistens, temperatur etc gör att barnet äter mindre än en måltid med stor variation (inom ramen för det barnet tycker om). Ett exempel på detta är sallad som serveras i många små skålar i stället för en stor skål kan vara mer attraktiv.

### Situation

Situationer (platser, måltider) som föregår eller åtföljer intag av mat/dryck får efter upprepade tillfällen egenskapen att kunna ge upphov till ”sug” och ”hunger efter” något. Krop-

pen lär sig att förvänta sig energitillskott i bestämda situationer eller vid bestämda tillfällen ex framför TV.

Tvinga aldrig barn att äta upp eller äta. Underlätta för barnet att smaka. Det som sedan händer mellan barnet och maten – det kan du inte påverka. Vad kan man göra för att uppmuntra att äta och dricka vid måltiden?

- Servera, ha tålmod
- Föreslå
- Påminn
- Viss positiv uppmärksamhet
- Smaka lite, ”tittmat”, ”för gott för barn”
- Ät själv

Små förändringar är lättare än stora.

*/Agneta Robertson/*

## Pedodonti i Sydost

*Barntandläkarbladets ”stafettfråga”. Hur fungerar pedodontiverksamheten ”ute i landet”? har nu nått Karlskrona och Annalena Holst.*

I samband med landstingets sparkrav på tandvården drabbades för två år sedan även specialisttandvården här i Blekinge. Min tjänstgöringstid reducerades med 20 % och överfördes till Kalmar läns landsting, som inte tidigare haft någon pedodontist. Detta innebär tjänstgöring i Kalmar en dag per vecka. Varken reduktionen av tjänstgöringstiden eller införandet av interndebitering av utförd vård har inneburit någon minskning av

antalet remisser, som hållit sig runt 300/år sedan många år tillbaka. Min reducerade verksamhetstid vid kliniken i Blekinge innebar försämrad service till våra patienter och remitter. Därför anställdes en allmäntandläkare med stort intresse för barn-tandvård att arbeta 20 % på pedodontikliniken. Detta har fallit mycket väl ut. Kollegan önskar nu utbilda sig till pedodontist, vilket är glädjande då vi nu är många som

börjar närma sig pensioneringen.

Det förändrade ekonomiska systemet, som bl a avsågs styra mot bättre utnyttjande av investeringar på distrikts-klinikerna i form av lustgas-apparatur, bättre utnyttjande av extrautbildade tandläkare på distriktsklinikerna samt bättre identifiering av remisspatienter i rätt tid, skulle utvärderas efter två år. Nu kan ju konstateras att någon minskning av antalet

remisser ej skett. Administrationen har ökat. Genomförd kvalitetssäkringsstudie avseende lustgassedering visade på en låg nyttjandegrad. Tandläkarna med extrautbildning i pedodonti (5-10 högskolepoäng) är de som remitterar flest patienter, men det är också de som identifierar problemen tidigast. De bidrar således till en kvalitetshöjning av barn-tandvården. De utgör också stommen i pedodontinätverket som engagerat arbetet med såväl vårdprogram som ny journal och anvisningar för en kvalitetssäkrad epidemiologisk kariesregistrering. Det förändrade ekonomiska systemet har således endast fört med sig en ökad administration. Kliniken borde därför i stället återgå till att vara "fri nytighet", - tycker jag.

Det finns ca 37.000 barn i Blekinge och 65.000 barn i Kalmar län. Patienttrycket i Kalmar är kolossalt för en verksamhet som endast omfattar 1 dag/vecka. Underdimensioneringen av pedodontiresurserna i Kalmar medför ett ökat tryck på pedodontikliniken i Karlskrona som också förväntas ge service till Kalmar län i form av telefonkonsultationer mm. Klinikbesöken har på senare år stått tillbaka. Besök har endast gjorts i mån av aktiv efterfrågan. I stället har jag satsat på kursverksamhet, seminariedagar och utvecklande av pedodontinätverken med fortsatt kompetenshöjning.

Sedan några år tillbaka har vi ett pedodontinätverk i

Kalmar län också. Stommen i nätverket utgörs också där av de kollegor som genomgått 5 eller 10 p utbildning i pedodonti. Kurserna har givits i regi av vårdhögskolan i Karlskrona i form av uppdragsutbildningar. Ca hälften av klinikerna i Kalmar län är representerade. Vi träffas 2 gånger per år. Senast besökte Blekinges pedodontinätverk Käccentralen i Malmö och fick en grundlig föreläsning om LKG defekter. Annars har vi mest haft arbetssammankomster med framtagande av ny barn- och ungdomsjournal och vårdprogram. I såväl Blekinge som nu senaste veckan i Kalmar län har klinikcheferna antagit gemensamt vårdprogram.

I övrigt sammanställs just nu data från ett antal andra kvalitetsutvecklingsprojekt som syftar till ökad kunskap om mera effektiva preventiva insatser avseende kariesjukdomen. Forskningsrådet i Blekinge har varit generös med forskningsmedel för utvärdering. 5 distriktskliniker deltar i projekten och olika tilläggsprogram för kariesaktiva ungdomar utvärderas. Tandsköterskorna sköter de preventiva insatserna. Samtliga som deltar i projekten har fått 5 p utbildning i pedodonti. Den sista 5-p-kursen i pedodonti för sköterskor är planerad till hösten. Då har samtliga sköterskor i Blekinge genomgått den utbildningen.

Hur ser framtiden ut? Det fria tandläkarvalet för barnen kommer sannolikt att

omfatta även privata tandläkare, vilket antagligen innebär fler remisser till pedodontiklinik. Egenvård och följsamhet kommer att betonas ytterligare. Specialisterna kommer sannolikt att mer än nu knyts till sjukhusen. Såväl det regionala som lokala samarbetet kommer sannolikt att öka. Ett pedodontiteam bestående av minst två pedodontister i sydost vore av värde ur många aspekter.

Pedodontikliniken i Karlskrona ligger i centrum av stan och har väl fungerande rymliga lokaler. 2 behandlingsrum är utrustade för lustgassedering. 3 duktiga sköterskor (2 tjänster) ingår i teamet dessutom kanslist på halvtid. Diskussioner förs om en ev. flyttning till Blekingesjukhuset, vilket skulle innebära bättre samarbete med övriga specialister och med Barnkliniken. I Kalmar finns inga lokaler för pedodontikliniken. Verksamheten är förlagd till länsjukhuset och dess specialisttandvård (käkkirurgi och parodontologi) samt sjukhustandvård. Där finns också 3 duktiga sköterskor och en pedodontiintresserad distriktstandläkare som extra resurs. Till sist en glädjande nyhet. Politikerna i Kalmar län har nu beslutat att inrätta en tjänst i pedodonti. Lokaler håller på att projekteras på länsjukhuset i Kalmar för bl a en pedodontiklinik! Vi får se om det kan bli ett sydostteam!

*/Annalena Holst/*

# Stadgar för Stipendium för nyblivna specialister i pedodonti

## Instiftat av Stiftelsen Barntandvårdsdagar 1998

Stiftelsens huvudsakliga ändamål är att bedriva utbildning/utveckling inom barntandvård och att genom ekonomiska bidrag i form av stipendier främja vetenskaplig forskning, utbildning och utveckling inom barntandvård.

1. Stipendiets målsättning är att belöna nyblivna specialister i pedodonti efter väl genomförd utbildning samt stimulera till deltagande i vidareutbildning och kompetensutveckling.
2. Stipendiet är öppet för ansökan från tandläkare som under det senaste året erhållit bevis på specialistkompetens i pedodonti av Socialstyrelsen.
3. Stipendiets belopp under 1999 uppgår till 5 000 och skall användas till en resa för deltagande i en kurs eller en vetenskaplig kongress med intresse för specialister i pedodonti. Resan skall genomföras inom en två årsperiod efter stipendiets erhållande.
4. Stipendiat skall inom tre månader efter resans genomförande skriva en rapport omfattande minst en A4 sida om resans syfte och lärdomar som gjorts. Rapporten skall publiceras i Barntandläkarbladet.
5. Stipendiat föreslås av Svenska Pedodontiföreningens stipendienämnd. Styrelsen för Svenska Pedodontiföreningen utser mottagare av stipendiet.
6. Ansökan skall göras före den 1 september varje år till styrelsen för Svenska Pedodontiföreningen. Till ansökan skall bifogas bevis om specialistbehörighet samt den sökandes curriculum vitae.
7. Beslut om stipendiat skall fattas innan den 1 oktober. Utdelning av stipendiet sker vid Svenska Pedodontiföreningen föreningsmöte i samband med Odontologisk Riksstämma.

1999-04-07

Sven-Åke Lundin  
ordförande i Stiftelsen Barntandvårdsdagar

## **Stadgar för Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för forskning och utveckling**

### **Instiftat av Stiftelsen Barntandvårdsdagar 1998.**

Stiftelsens huvudsakliga ändamål är att bedriva utbildning/utveckling inom barntandvård och att genom ekonomiska bidrag i form av stipendier främja vetenskaplig forskning, utbildning och utveckling inom barntandvård.

1. Stiftelsen Barntandvårdsdagar ställer medel till förfogande för utdelning av ett stipendium för forskning och utveckling inom barn- och ungdomstandvård.
2. Stipendiet utdelas en gång per år. Styrelsen för Stiftelsen Barntandvårdsdagar bestämmer årligen stipendiets storlek samt äger rätt att ändra intervall för utdelning.
3. Stipendiet kan utdelas som stöd till kliniskt forskningsprojekt.
4. Stipendiet är ledigt till ansökan för alla inom tandvården som arbetar med barn och ungdomar. Medel kan utdelas till en eller flera sökande.
5. Stipendiet skall annonseras i Barntandläkarbladet eller på annat sätt som styrelsen befinner lämpligt.
6. Stipendiat/er föreslås av en nämnd bestående av 2 medlemmar, utsedda av styrelsen för Stiftelsen Barntandvårdsdagar.
7. Stipendiat/er utses av styrelsen för Stiftelsen Barntandvårdsdagar.
8. Stipendiet utdelas av ordföranden i Stiftelsen Barntandvårdsdagar i samband med konferensen Barntandvårdsdagar.
9. Utsedd stipendiat offentliggörs i Barntandläkarbladet eller på annat sätt som styrelsen befinner lämpligt.
10. Om ingen lämplig kandidat söker kan styrelsen för Stiftelsen Barntandvårdsdagar besluta att ej utdela medel aktuellt år.
11. Rapport av forsknings- eller utvecklingsprojektet tillställs Stiftelsen Barntandvårdsdagar samt för publicering i Barntandläkarbladet. Stipendiat som ej avgivit sådan rapport kan ej komma i fråga för nytt stipendium.

1999-01-24

Sven-Åke Lundin  
ordförande i Stiftelsen Barntandvårdsdagar.

## **Stadgar för Stiftelsen Barntandvårdsdagars stipendium för uppmuntran till utvald studerande ("Årets Pedodonti-student") inom tandläkarutbildningen**

### **Instiftat av Stiftelsen Barntandvårdsdagar 1998.**

Stiftelsens huvudsakliga ändamål är att bedriva utbildning/utveckling inom barntandvård och att genom ekonomiska bidrag i form av stipendier främja vetenskaplig forskning, utbildning och utveckling inom barntandvård.

1. Stiftelsen Barntandvårdsdagar ställer medel till förfogande för fyra stipendier att utdelas till särskilt utvald studerande inom tandläkarutbildningen vid landets samtliga odontologiska fakulteter.
2. Stipendierna består av ett års prenumeration på tidskriften International Journal of Paediatric Dentistry samt diplom.
3. Stipendierna utdelas en gång per år. Styrelsen för Stiftelsen Barntandvårdsdagar äger rätt att ändra intervall för utdelning.
4. Stipendierna utdelas i samband med tandläkarexamen till studerande som framgångsrikt genomgått kursen i Pedodonti och som anses ha goda teoretiska kunskaper och kliniska färdigheter i ämnet.
5. Stipendierna utlyses av Stiftelsen Barntandvårdsdagar under våren genom brev till ämnesföreträdaren vid samtliga fakulteters avdelning för pedodonti och utdelas under samma år.
6. Ämnesföreträdaren vid respektive avdelning för pedodonti utser stipendiat samt meddelar ordföranden i Stiftelsen Barntandvårdsdagar sitt beslut.
7. Stipendiet utdelas av respektive ämnesföreträdare i samband med avslutningen av tandläkarstudierna.
8. Utsedda stipendiat ut offentliggörs i Barntandläkarbladet eller på annat sätt som styrelsen finner lämpligt.

1999-01-24

Sven-Åke Lundin  
ordförande i Stiftelsen Barntandvårdsdagar.

## **Regler för Stiftelsen Barntandvårdsdagars uppsatstävling i barn och ungdomstandvård**

Stiftelsens huvudsakliga ändamål är att bedriva utbildning/utveckling inom barntandvård och att genom ekonomiska bidrag i form av stipendier främja vetenskaplig forskning, utbildning och utveckling inom barntandvård.

1. Uppsatstävlingen målsättning är att stimulera intresset för barn och ungdomstandvård genom att ge studenter vid landets tandläkarhögskolor möjlighet att fördjupa sig inom ämnesområdet pedodonti. Vidare att ges möjlighet att offentliggöra sina kunskaper i form av en uppsats för publicering Barntandläkarbladet.
2. Utlysning av tävlingen avses ske en gång årligen genom särskilt meddelande vid landets tandläkarhögskolor samt genom en annons i Barntandläkarbladet.
3. Behöriga att delta i tävlingen är de studenter som genomgår den kliniska kursen i pedodonti vid en svensk odontologisk fakultet.
4. Uppsatsen skall avfattas på svenska, skrivas i Microsoft Word och ha en maximal omfattning på 5 A4 sidor med dubbelt radavstånd exklusive figurer och bilder.
5. Uppsatsens ämne skall ha anknytning till barn- och ungdomstandvård och kan exempelvis vara en fallpresentation, en avgränsad forskningsredogörelse eller en litteraturanlys.
6. Uppsatsen bedöms efter följande tre kriterier: vetenskaplig mognad, logiskt struktur samt språkbehandling. Studenten skall visa en förtrogenhet med ämnet som avhandlas, ge stoffet en struktur som gör att det blir lätt att följa samt en språklig klarhet.
7. Bedömningen utföres av en av Svenska Pedodontiföreningen speciellt utsedd bedömningsgrupp bestående av tre personer, representerade universitet och landsting.
8. Inbjudan till deltagande kommer att sändas ut till terminsstarten varje vårtermin och senast den sista januari, aktuellt år.
9. Uppsatserna skall vara inskickade till Svenska Pedodontiföreningen senast den 30 april. Pristagarna meddelas senast den 15 september och priset delas ut av föreningens ordförande vid samma års Riksstämman i samband med någon aktivitet arrangerad av Svenska Pedodontiföreningen.
10. Priset består av 1000 kr i kontanter samt kostnadsfritt deltagande, (kursavgift och resekostnader) vid Barntandvårdsdagarna påföljande år.
11. Upplysningar om uppsatstävlingen ges genom:  
Professor Göran Dahllöf,  
Avdelningen för Pedodonti, Odontologiska institutionen,  
Box 4064, 141 04 Huddinge,  
tel: 08-7288335,  
fax: 08-7743395,  
e-post: goran.dahllof@ofa.ki.se

## Stipendier att söka

---

### Acta-fond, rese- och forskningsstipendium 2000

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 ut-

vecklingsarbete inom barn- tandvården 2000.

Det åligger stipendiaten att lämna reseberättelse alternativt forskningsrapport till Svenska Pedodontiföreningen och Cederroth International. Stipendiet kommer att utdelas vid Svenska Pedodontiföreningens höstmöte 1999. Sista ansökningsdatum är 1 september 1999. Ansökningshandlingar

finns på [www.spf.nu](http://www.spf.nu) (fr om 18 juni 1999) eller kan rekvireras 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 ungdomstandvården 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 1999. Ansökningshandlingar finns på [www.spf.nu](http://www.spf.nu) (fr om 18 juni

1999) eller kan rekvireras 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 två årsperiod efter stipendiets erhållande. Det åligger stipendiaten att inom tre månader efter resans genomförande skriva en reserapport för publicering i Barntandläkarbladet.

Sista ansökningsdatum är 1 september 1999. Till ansökan skall bifogas bevis om special-

listbehörighet samt den sökandes curriculum vitae. Ansökan insändes till:

Sven-Åke Lundin  
Odontologiska utbildningsenheten  
Box 1126  
701 11 Örebro

## Vårmetet Borgholm, Öland 7-8 maj 1999

### Användning av sedering inom den specialiserade barn- och ungdomsvården

**Professor Magne Raadal,** Bergen föreläste på temat *Indikationer för sedering och val av sederingsform.* Eftersom det inte är tryggt att arbeta när reflexerna är utslagna, utgick han från lätt sedering i sitt anförande. Et är också viktigt ur inlärningssynpunkt att barnet har ett minne av behandlingen, dvs kommer ihåg att det klarat av att få bedövning och laga då det handlar om att bygga upp självförtroende. Magne Raadal redogjorde från en studie på triazolam (Halcion® tabletter) som han medverkat till vid Universitetet i Seattle. Denna studie kommer att publiceras i juni nummer av Journal of Dental Research. Studien jämförde tandbehandling på friska 3 till 5 år gamla barn som hade en begränsad erfarenhet av tandvård. Tandbehandling bestående av fyllningsterapi i underkäken med mandibular anestesi och kofferdam applicering utfördes som första tandbehandling. Hälften av barnen premedicerades med triazolam 0.03mg/kg bw i tabletter 30 minuter före tandbehandling, hälften fick placebotabletter.

Varje behandling innehöll även behavior shaping och Mage Raadal poängterar att när man utvärderar effekten av premedicinering måste man lägga in interaktionen mellan tandläkare och barnpatient. Premedicinering fungerar inte utan att tid och

energi läggs ner på just behavior shaping. I videos visades prov på vad detta kan innebära. Mage Raadal använde sig av såväl tell-show-do teknik, paced breathing som distraktion. Mycket tid lades ner på injektion och kontroll av smärtfrihet innan konserverande terapin påbörjades. För att försäkra sig om att bedövningseffekten var tillräcklig användes pulpatester. Vid minsta misstanke om känsel lades med bedövning. En tredjedel av barnen fordrade dubbel dos lokal anestesi för smärtfrihet. Magne Raadal framhöll vikten av en tillräcklig dosering och menade att dosen lokalt var av intresse och inte dosen i relation till kg bw. Lokalt behövs samma mängder som för vuxna. Därför är diskussionen om maxdoser också speciell. Upp till tre ampuller lokal anestetikum torde vara OK under förutsättning att barnet ej är sederat. Studien visade inga skillnader avseende utförd tandbehandling och hur denna kunde genomföras. Tidsåtgången var längre för placebo gruppen, framför allt den del av behandlingen som rörde inskolningen.

Magne Raadal menade att de övergripande målet för sedering av barnpatienter är förebyggandet av behandlingsproblem och tandvårdsrädsla. Delmål angavs som: öka effekten av beteende modifierande tekniker; re-

ducera upplevelsen av smärta och obehag; amnesi. Generella indikationer för sedering är enligt Raadal: \*akut behandlingsbehov som överskrider barnets tolerans och coping förmåga t ex tandvärkssituationen; \* stort behandlingsbehov som överskrider barnets tolerans och coping förmåga (dvs ur synvinkeln att reducera risken för utveckling av behandlingsproblem och tandvårdsrädsla) t ex early infant caries hos 0-3 åringar med behov av extraktioner och annan behandling, stort behandlingsbehov hos barn i 4-6 års åldern, barn med rädsla och ångest inför tandbehandling vid akutbehandling eller som hjälp i desensibiliserande behandling, vissa typer av funktionshinder, vid speciella problem ss kräkningstendens eller där det är svårt att få bedövningen att ta. Raadal poängterade att det finns två huvudtyper av medel att använda för sedering av barn: bensodiazepiner och lustgas, där lustgasen enligt honom är first choice.

Därefter gjorde Magne Raadal en genomgång av olika typer av bensodiazepiner där han jämförde halveringstid, dosering och för- respektive nackdelar. Han utgick främst från diazepam, midazolam och triazolam, men nämnde också oxazepam och flunitrazepam. Halveringstiden för diazepam ligger på 20 till 100 timmar jämfört med 1-2 för mida-

zolam och 2-5 för triazolam. Doseringen per kg bw för de tre preparaten är 0.2-1.0 mg för diazepam, 0.2-0.3 för midazolam och 0.02-0.03 för triazolam. Till fördelarna för diazepam framfördes den snabba absorptionen och att den finns i flera olika beredningsformer. Nackdelarna är främst den långa elimineringstiden. För midazolam talade den korta halveringstiden och goda sederande effekten. Negativa aspekter är att det enbart finns en beredningsform, för intravenös administrering samt den bittra smaken. Fördelarna med triazolam är kort halveringstid, tablettformen där tablettorna kan mortlas samt avsaknaden av bismak. Nackdelen är att preparatet är avregistrerat och licensförskrivning därför måste till i Norge (gäller ej Sverige). Sammanfattningsvis angav Magne Raadal rekommendationer för de tre preparaten: äldre barn – triazolam; små barn – midazolam rektalt; förebyggande behandling, där man vill att patienten skall må bra kvällen/natten före och lugn på sikt – diazepam.

**Docent Magnus Hägerdal** från Lund hade titeln *Lustgasens och bensodiazepinernas farmakologi* som titel på sitt föredrag. Han började med att tala om Dormicum® oralt och menade att preparatet karaktäriserades av snabbt anslag, elektiv effekt, amnesi och att det inte är smärtstillande. De biverkningar och risker som finns angivna är hosta/hicka, illamående och kräkningar, utebliven effekt (rapporter om upp till 1 av 20 fall), snedtändning (mindre van-

ligt jämfört med diazepam) och överdosering/medvetlöshet. Kontraindikationerna för Dormicum® oralt är därför överkänslighet mot bensodiazepiner, myastenia gravis och porfyri. Därefter diskuteras om patienten skall vara fastande eller ej inför mediceringen. Enligt Hägerdal föreligger olika uppfattningar. Enligt honom själv behöver man inte vara fastande, men skall undvika "tung mat" och mjölkprodukter. Däremot går det bra med saft, te, skorpor och bröd. När det gäller Dormicum® oralt så tillhandhåller apoteken beredningen. Noteras skall att det finns olika blandningar beroenden på var blandningen skett och man måste alltså kontrollera koncentrationen på det man får innan man räknar ut volymen. Det finns via ATL färdiga blandningar saft och/eller paracetamol (Curadon®, Alvedon®). Den dosering som gäller för oralt bruk är 0.3 – 0.5 mg/kg bw; max 15mg. Vid rektal och nasal applikation gäller lägre dos. Känt är att grapefruktjuice och erytromycin hämmar nedbrytningen av midazolam och skall således ej intas vid användning av Dormicum®.

Magnus Hägerdal lämnade också ut uppgift om recept från Sjukhusapoteket i Lund (från april 1999) för Dormicum® – Alvedon® mixtur för oralt bruk.

**Rec:**

*Alvedon® mixt 24mg/ml 95g  
Dormicum® 5mg/ml 10ml  
Aqua pr ad 100ml*

*Konc: 0,5mg midazolam  
20mg paracetamol/ml.*

*Kostnad: ca 400 kronor för 300ml blandning.*

*Hållbarhet: 6 mån.*

Därefter redogjorde Magnus Hägerdal för farmakologin för bensodiazepiner. Denna grupp läkemedel kännetecknas av att de är lugnande, muskelrelaxerande, antikonvulsiva, och att de ger anxiolys, hypnos, och amnesi. Det finns ett femtiotal bensodiazepiner och dessa delas in i två klasser: lugnande (diazepam, oxazepam, lorazepam, aprolozepam) och sömngivande (nitrazepam, flunitrazepam, triazolam). Preparaten är fettlösliga, dvs de går snabbt över blod-hjärnbarriären och man får ett snabbt anslag. De når en större volym och därmed ser man en långsam eliminering. T ex Dormicum® i.v.: 20% tas upp i hjärnan, sedan omfördelning till andra organ (främst kärlrika ss tarmar, lever), därefter ut i muskler. Metabolisering sker i levern med hjälp av enzymssystemet cytokrom P450 till vattenlösliga metaboliter som utsöndras via urinen. När det gäller eliminering av läkemedel anger man att 4 gånger halveringstiden beta fasen motsvara att 95% av det intagna läkemedlet är eliminerat. Detta innebär att för diazepam med en halveringstid på 20 till 40 timmar tar det 80 till 160 timmar innan 95% av läkemedlet är eliminerat. Motsvarande för midazolam (t<sub>1/2</sub> 1,5 till 3 timmar) är 6 till 12 timmar.

Bensodiazepiner verkar på speciella bensodiazepinreceptorer som är nära associerade med GABA komplexet. GABA är mycket rikligt

förekommande i CNS. Aktivering av GABA receptorer leder till blockering av neuronfunktionen genom öppning av kloridkanal mellan cellens in- och utsida. En aktivering av bensodiazepinreceptorer leder till en ökad aktivitet i GABA receptorer. Det finns troligen flera olika droger förutom bensodiazepiner som har receptorer som fungerar på detta sätt, t ex alkohol och troligen barbiturater. Inversa agonister fungerar också på komplexet men framkallar ingen effekt. Detta skulle kunna förklara de snedtändningar man ibland ser. En verksam antagonist till bensodiazepiner finns, flumazenil (Lanexat®). Denna har emellertid en kortare halveringstid än bensodiazepiner varför man ofta måste ge upprepade doser vid behandling. Då preparatet enbart finns för intravenöst bruk och dessutom är mycket dyrt ansåg Magnus Hägerdal inte att det finns någon anledning för tandläkare att ha detta på kliniken.

Bensodiazepiner är mycket säkra preparat då de har nästan ingen påverkan på cirkulation eller respiration. I litteraturen finns dock fall rapporterade med t ex andningsdepression. Det föreligger också en risk om drogen blandas med centralt verkande smärtstillande preparat ss opioider. Noteras bör att preparaten saknar analgetisk effekt. Amnesin varierar också mellan olika preparat. Dormicum® anses ge kraftig amnesi.

Magnus Hägerdal uttalade också några riktlinjer för användandet av bensodiaze-

piner. Alla som använder preparaten bör gå igenom träning i hjärt-lungräddning en gång per år. Vidare skall patienter kvarvara på kliniken för observation minst en timme efter intag av preparaten. Om patienten då inte visar tilltagande sömnhet kan hon lämna kliniken. Om patienten är trött skall hon vara lätt väckt. Dessa riktlinjer grundar sig på att vi kan råka ut för andningsdepression och patienter som svarar med mycket djup sömn. Behovet av pulsoximeter berördes också. Om sådan finns skall saturationen ej gå under 90%, helst inte under 92-93%. Emellertid ansåg Magnus Hägerdal inte att det fanns någon anledning eller något behov av sådan apparatur för tandläkare. Vi jobbar med förhållandevis friska patienter och pulsoximeter innebär ytterligare en apparat som skall skötas och kontrolleras.

Slutligen berördes lustgas. Fördelarna som god sederande effekt, viss amnesi, användbart för såväl barn som vuxenpatienter, snabb effekt och snabbt uppvaknande framhölls. Kontraindikationerna angavs som psykos i akut skede, graviditet (baserad på allmän försiktighet vid graviditet), sinuit och nyligen öronopererad patient. Magnus Hägerdal menade att fasta fortfarande rekommenderas med fyra timmar för fast föda och två timmar för flytande. Lustgasen har en svagt analgetisk effekt och fungerar också bra som sederande preparat vid koncentrationer på 20 till 50%. Det finns en risk för överdo-

sering och hypoxi men detta beror i så fall på felanvändning. Om man gör som man och hela tiden kan tala med patienten och inte ger mer än 60% lustgas (dvs manipulerar med apparaten) är lustgas i princip riskfritt.

Från Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg kom **övertandläkare Inger von Bülzingslöwen**. Hon hade *Gällande regler för tandläkarnas handhavande av bensodiazepiner* som rubrik för sitt anförande. Hon började med att definiera lagar, förordningar, föreskrifter samt allmänna råd. Allmänt råd är en stark rekommendation från en myndighet. Föreskrifter och allmänna råd kan förekomma i samma skrift och det gäller att läsa sig till vad som är vad. Det kan t ex stå att föreskrifter är kursiverade eller inramade i texten. Hon påpekade också att det är varje legitimerad yrkespersons ansvar att vara uppdaterad vad gäller lagar, förordningar etc.. Från och med 1 januari 1999 gäller t ex Förordning om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvården område (SFS 1998:1513). Denna ersätter behörighetslagen (1984:545) och åliggerdelagen (1994:1290).

Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter och allmänna råd om klinisk läkemedelsprovning skall alla prospektiva studier på läkemedel där avsikten är att ytterligare belysa dess effekt och/eller säkerhet sökas tillstånd för som FAS IV provningar hos Läkemedelsverket. Om studien rör nya administra-

tionssätt skall tillstånd sökas för FAS II prövning.

Vad gäller då för användningen av bensodiazepiner inom tandvården, speciellt midazolam? Socialstyrelsen kommer troligen att skicka ut förslag på skrivningar till nya föreskrifter på remiss de närmaste månaderna. Tandläkare kan förskriva midazolam till enskild patient om förskrivningen är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det skall finnas ett samarbete med anesthesiolog och på kliniken skall finnas tidsbegränsat PM för användningen av midazolam. Detta skall vara uppgjort i samråd med anesthesiologen med klinikchefen som ansvarig.

**Överläkare Marie Prokowska-Björklund** och **övertandläkare Johanna Norderyd** från Jönköping redogjorde för *Ny syn på barnanestesi*. Marie Prokowska-Björklund började med att redovisa att det är känt att barn ofta uppvisar beteende förändringar efter narkos eller operation. Orsaksfaktorerna står att finna såväl hos barnet och dess familj som inom vården, personal, bemötande narkosmedel etc.. I detta är det viktigt att vi inser att vi bara kan påverka oss själva; barn och föräldrar kommer som de är. För att kunna påverka barn och föräldrar måste vi som möter dem i vårdsituationen vara i balans för att orka lyssna. Om barnet och föräldern är full av känslor

måste de mötas av känslor och inte av information. Det går att bemöta bort rädsla, men ej att informera bort den. Det ställs krav på både organisation och ledarskap om detta skall fungera. Vi måste börja tycka om oss själva, sätta upp egna realistiska mål och genomgå dessa, och få bekräftelse av andra. I detta ligger också att sätta gränser för vad vi tål i arbetet för att inte riskera utföra handlingar som är oöverlagda eller som kan skada.

Därefter redovisade Johanna Norderyd erfarenheter från ett av de projekt som utgår från anestesi-kliniken och pedodontiavdelningen i Jönköping, ytlig intravenös anestesi (YIA) med propofol (Diprivan®). Patienter som varit lämpade för denna typ av anestesi har utgjorts av fall med svåra funktionshinder, fall där det ej går att undersöka patienten konventionellt eller under sedering med midazolam, samt fall där narkos utgör ett stort ingrepp. Preparatet administreras intravenöst, patienten har syrgasgrimma och spontanandas. Ibland behövs hjälp för att hålla fria luftvägar. Anestesimetoden ställer vissa krav på behandlingen, det går ej att skvätta med vatten, man måste vara försiktig med att sprätta iväg material etc i munnen. Det har således främst rört sig om patienter med litet förväntat vårdbehov (t ex enstaka lagningar, extraktioner och rotbehandlingar) eller

undersökningar på gravt funktionshindrade patienter. Användningen av denna typ av anestesi började 1989 och man har ett konstant behov från tandvårdens sida för ca tio patienter per år. I ungefär 10% av fallen har patienten haft så stort vårdbehov att YIA ej räckt för tandbehandling och patienten har då fått generell anestesi. Fördelen med YIA beskrevs som ett kort uppvaknande, kort postoperativ övervakning, inga postoperativa besvär ss illamående.

Slutligen redogjorde **sjukhustandläkare Ulf Lafveskans** och **anestesisjuksköterska Ingrid Engdahl-Eriksson** för *Behandling med propofol*. Den odontologiska indikationen var tandvårdsrädsla. Skillnaden jämfört med den behandling under YIA som Johanna Norderyd rapporterat om var att patienterna här var sederande och kunder medverka under behandlingen. All behandling videofilmades för att patienten på så sätt skulle få möjlighet att efteråt gå igenom den redigerade videon tillsammans med tandvårdspersonal och då få erfara att hon/han klarat av behandling som patienten haft stor ångest inför. Patienten tog sedan hem videon för att själv få titta igenom den. Videon fungerade alltså som en feed-back till patienten.

/VSP/

## ***In vivo* evaluation of glass ionomer cement and poly-acid-modified resin composite (compomer) restorations in primary molars.**

Lic avhandling av Ingrid Andersson-Wenckert

---

I mitt forskningsprojekt har jag studerat fyllnadsmaterial i klass 2-kaviteter i primära molarer.

*Syftet* var, för det första, att utvärdera hållbarheten hos glasjonomer-cement fyllningar i två typer av kaviteter: dels en vävnadsbesparande approximal mikroka- vitet (M) dels en modifierad klass 2 kavitet (B); för det andra, att utvärdera kompo- merfyllningar i en multi- centerstudie och, för det tredje, att bedöma adapta- tionen *in vivo* hos klass II kompomerafyllningar i pri- mära molarer.

I det första delarbetet gjor- des 28 par glasjonomercementfyllningar i de två olika kavitetstyperna (M) och (B). I bägge kavitetstyperna var de inre och yttre begräns- ningarna väl avrundade, men (B) hade ocklusal ex- tension.

I delarbete II utfördes 159 klass II kompomerafyllningar

av 6 olika tandläkare på folktandvårdskliniker i eller i närheten av Umeå.

I delarbete III utfördes 12 kompomerafyllningar i pri- mära molarer, som skulle extraheras en månad senare på ortodontisk indikation. Dessutom samlades 11 ex- folierade tänder från multi- centerstudien in med kom- pomerafyllningar, som i ge- nomsnitt var 30 månader gamla (1.5-3år). Fyllningar- nas adaptation bedömdes vid olika skikt djup i tanden med svepelektronmikroskop re- plikateknik.

*Resultat:* I delarbete I fann vi en misslyckande frekvens efter 2 år på 16% och efter 3 år 25%. Det var ingen signi- fikant skillnad mellan de två kavitetstyperna.

I delarbete II var misslyck- ande frekvensen efter 1 år 8% och efter 2 år 22% med en spridning mellan operatö- rerna på 12-36%. Huvudor- saker var lossnad fyllning,

enbart eller i kombination med sekundärkaries.

I delarbete III jämfördes kvaliteten på kompomera- fyllningarnas adaptation efter kort respektive lång funktionstid i munnen. De 30 mån gamla fyllningarna var spaltfria till emalj och dentin i 59% resp. 63% av den totalt bedömda längden. Man såg signifikant bättre adaptation hos de 1 mån gamla fyllningarna, där 87% resp 84 % var av acceptabel, spaltfri kvalitet.

Generellt kan man säga att hållbarheten hos fyllningar i primära tänder fortfarande inte är helt tillfredsställande och att materialen är känsliga för hur de hanteras. Man måste fortsatt arbeta med att ta fram material och tekni- ker som ger en längre håll- barhet för fyllningar i det primära bettet.

*/Autoreferat/*

---

## Effects of anti-neoplastic therapy on tooth and bone formation

*En klinisk och experimentell studie av dentala långtidseffekter efter barncancerbehandling av*

Doktorsavhandling av Margareta Näsman

Varje år insjuknar 250-300 barn i någon form av cancer i Sverige. Utvecklingen av nya behandlingsprotokoll, benmärgstransplantation och en förbättrad omvårdnad under behandlingstiden, har lett till en ökad överlevnad för dessa barn.

Dentala långtidseffekter studerades hos barn som behandlats för cancer före 12 års ålder med cellgifter (kemoterapi) eller med benmärgstransplantation (BMT). Tandmognad mätt som tandålder studerades, och i jämförelse med friska kontroller fanns det ingen statistisk signifikant skillnad mellan kronologisk ålder och tandålder. Kemoterapi påverkade således ej tandåldern hos de barn som behandlats för hematologiska sjukdomar.

Någon ökning av karies förekom ej hos barn som fått cellgiftsbehandling eller BMT i jämförelse med friska barn. Barn som behandlats med BMT hade en signifikant lägre salivsekretion. Antalet tänder med mineralisationsstörningar i emaljen var lika i BMT- och kemote-

rapigruppen. Däremot hade barn som behandlats med BMT signifikant fler tänder med störd rotutveckling. Barn som överlevt sin cancerbehandling uppvisar ett stort antal förändringar i munhålan, och de allvarligaste biverkningarna drabbar de barn som fått helkroppsstrålning (TBI) före BMT.

En planimetrisk beräkning av tandutveckling och tandstorlek utfördes på ortopantomogram (OPG) från barn som fått TBI och cyklofosfamid (CY) före BMT och hos barn som behandlats med kemoterapi. Barn som behandlats med TBI/CY visade en stor reduktion av tandstorlek jämfört med kontrollerna. Resultaten visar att alla tänder under vissa utvecklingsstadier påverkas av kemoterapi och strålning och att de svåraste störningarna inträffar hos barn som erhållit TBI/CY vid tidig ålder.

Histologiska studier och undersökning i scanning elektronmikroskop visade att cyklofosfamid (CY), ett cellgift som givits till unga

råttor, påverkar utvecklingen av råttornas molarer. De största histologiska förändringarna hos experimentråttorna kunde ses i pulpan på tredje molaren och i rotutvecklingen på första och andra molaren. Dessa djurexperimentella försök kan i viss mån förklara de förändringar som iakttagits hos barn som erhållit cancerterapi.

I ytterligare ett experiment gavs CY till unga råttor och den intermaxillära suturen undersöktes histologiskt. De råttor som erhållit CY hade ett avstannande av tillväxtplattan. Benet runt suturen saknade osteoidlager och suturen var smalare än hos kontrollerna.

För närvarande kan inte de störningar i tandutveckling som ses hos barn efter cancerbehandling förebyggas. Men om pedodontisten eller ortodontisten är medveten om de särskilda problem som är förknippade med sådan behandling kan dessa barn få en god dental omvårdnad.

*/Autoreferat/*

## Periodontal disease in adolescents with Down syndrome

Doktorsavhandling av Monica Barr Agholme

På avdelningen för Pedodonti, Odontologiska Institutionen, Karolinska Institutet, Huddinge, försvarade jag, den 9:onde april 1999 min avhandling "Periodontal disease in adolescents with Down syndrome". Avhandlingen består en ramberättelse och 6 st delarbeten. Handledare och tillika ordförande vid disputationen var professor Thomas Mo-déer. Fakultetsopponent var docent Maude Wikström, parodontolog och mikrobiolog från Göteborgs universitet.

Det övergripande syftet med avhandlingen var att studera förekomsten av parodontit och att karakterisera den parodontala läsionen hos barn och ungdomar med Down syndrom och jämföra fynden med friska kontroller.

I delarbete nr I redogörs för förekomsten av alveolär benfästeförlust, på röntgen definierat som ett avstånd överstigande 2 mm mellan emalj-cementgränsen och det alveolära benet. Alveolär benfästeförlust diagnostiserades hos 39% av patienterna med Down syndrom jämfört med hos 2% hos kontrollerna ( $P < 0.001$ ). Av det totala antalet ytor som undersöktes var motsvarande siffror för benfästeförlust hos Down patienterna 8% jämfört med 0.2% hos kontrollerna. Tecken på ben-

fästeförlust kunde upptäckas så tidigt som i 11-års åldern och var framförallt lokaliserat till underkäksfronten.

Delarbete II är en immunohistochemi studie på gingivala biopsier från Down syndrom patienter och kontroller. Inflammation stimulerar perifer innervation. Perifer innervation kan också påverka den inflammatoriska processen genom frisättning av neuropeptider som då fungerar som en slags transmittorsubstans vilket i sin tur kan resultera i vasodilatation och en ökad kärlpermeabilitet. Ett ökat inflammatoriskt infiltrat kunde iaktas i gingivan hos patienter med Down syndrom jämfört med kontroller liksom en hyperinnervation av gingivan. Emellertid, var den sensoriska hyperinnervationen med största sannolikhet relaterad till en ökad förekomst av gingival inflammation hos patienter med Down syndrom och ej till själva syndromet.

I delarbete III studerades det subgingivala plackets bakteriologi. En ökad förekomst, 35%, av den till framförallt juvenil parodontit associerade patogena mikroorganismen *Actinobacillus actinomycetemcomitans* kunde iaktas hos Down syndrom patienterna jämfört med en förekomst av 5% hos kontrollerna.

I delarbete IV jämfördes förekomsten av inflammationsmediatorerna prostaglandin  $E_2$  ( $PGE_2$ ) och interleukin- $1\beta$  (IL- $1\beta$ ) i gingival crevicular fluid från patienter med Down syndrom med kontroll patienter. I denna studie deltog inga patienter med diagnostiserade patologiska tandköttsfickor ( $>4$ mm) eller med alveolär benfästeförlust. En ökad förekomst av  $PGE_2$  kunde iaktas hos patienter med Down syndrom jämfört med kontrollerna. Förvånande, var det de icke inflammierade ytorna hos Down syndrom patienterna som uppvisade en ökad mängd  $PGE_2$ .

I delarbete V studerades mängd och distribution av immunoglobuliner (Ig) i saliv med hjälp av ELISA teknik och relaterades till parodontalt status hos Down syndrom patienter och kontroller. Inga signifikanta skillnader mellan Down syndrom patienterna och kontroller avseende sekretoriskt (s) IgA, IgG, IgM och albumin kunde iaktas. Däremot visade det sig att patienter med Down syndrom och alveolär benfästeförlust uppvisade en ökad mängd sIgA i saliven. Förekomst och distribution av IgG subclasserna, IgG1, IgG2, IgG3 och IgG4 studerades också. Down syndrom patienterna uppvisade en

ökad förekomst av IgG subklassen IgG1 jämfört med kontrollpatienterna.

Sista arbetet är en 7 års longitudinell studie avseende förändring av parodontalt status hos 34 patienter med Downs syndrom med en medelålder vid baseline på 16.6 år och 23.5 år vid follow-up. Förekomst och förändring av gingival inflammation, patologiska tandköttsfickor, alveolär benfästeförlust samt vissa bakterier i det subgingivala placket studerades. Vid baseline uppvisade 35% av patienterna alveolar benfästeförlust. Sju år senare vid follow-up kunde hos 74% av patienterna en eller flera

ytor med alveolär benfästeförlust diagnostiseras. Vid statistisk bearbetning, var förekomst av gingival inflammation och patologiska tandköttsfickor (>4mm) de enda parametrarna som kunde associeras till den alveolära benfästeförlusten. Därför är det viktigt att dessa patienter får tillgång till förebyggande tandvård med inriktning på att minska den gingivala inflammationen. Resultaten från studien visar på en hög frekvens av parodontit hos patienter med Downs syndrom, emellertid synes den alveolära benfästeförlusten progrediera långsammare hos denna patientgrupp idag än vad

som tidigare beskrivits i litteraturen.

Det var en mycket spännande och omtumlande upplevelse att disputera. Jag har försökt sprida avhandlingen till dom jag känner till och tror är intresserade av ämnet och denna grupp patienter. Om jag missat några, vilket jag säkert gjort är ni välkomna höra av er till, Monica Barr Agholme, avd för Pedodonti, Odontologiska Institutionen, Karolinska Institutet, Box 4064, 141 04 Huddinge eller via e-mail: [Monica.Barr.Agholme@ofa.ki.se](mailto:Monica.Barr.Agholme@ofa.ki.se)

/Autoreferat/

## ACTA –fonds Rese- och Forskningsstipendium 1998

### Reseberättelse

International Association for Dental Research – IADR - höll sin 77:e kongress i Vancouver, Kanada den 10-13 mars, 1999. Det var en imponerande tillställning med ca 6000 deltagare och ett program som spände över hela skalan inom odontologisk vetenskap. Det gällde alltså att hålla i sig, läsa mötesprogrammet i förväg och göra upp en noggrann fälttågsplan. Och gör man det, har man chans att lyssna på de allra främsta forskarna inom det forskningsområde man är intresserad av, och följa diskussioner, ofta på en mycket hög nivå.

Själv ägnade jag min tid huvudsakligen åt den senaste utvecklingen inom dentala material. Det presenterades ett stort antal rapporter, främst in vitro studier av olika aspekter på fyllnadsmaterial, som t ex bindningsstyrka, fluoravgivning etc. De få kliniska utvärderingar av fyllnadsmaterial i primära tänder, som presenterades, var alla korttidsuppföljningar, som mer gav visade tendenser än definitiva nyheter. Variationerna i resultat verkar fortfarande vara mer ett resultat av försöksuppläggning och hantering än de faktiska egenskaperna hos materialet.

Förutom föredragningar om dentala material ägnade jag en eftermiddag åt ett symposium: *How to conduct evidence-based dentistry: The International Cochrane Collaboration*.

The Cochrane Collaboration är en internationell sammanlutning som syftar till att bistå olika typer av hälsovårdspersonal att göra vetenskapligt väl grundade behandlingsåtgärder. Genom internationellt expertsamarbete försöker man sammanställa och bedöma aktuell litteratur inom utvalda områden. Nyligen har en Oral Health group bildats och

man arbetar på att till denna knyta väl kvalificerade odontologiska forskare inom olika områden. Vi kommer säkert att få höra mer om *evidence-based dentistry* i framtiden.

Förutom föredrag fanns också varje dag en enorm posterutställning (totalt 3500 posters). Det fanns naturligtvis ingen möjlighet att se allt, utan jag höll mig till avdelningen för dentala material, där jag själv också hade en poster på lördagen. Då hade jag chansen att diskutera med kolleger med samma intresseinriktning, att svara på frågor och själv få idéer.

Mötet med kolleger från hela världen och möjligheten att knyta nya kontakter var nog den allra största behållningen från en även totalt sett mycket givande kongress.

Kongressen fyllde ju all dagtid, så jag såg mest Vancouver "by night". Däremot hade jag tagit några extra dagar ledigt och reste till Vancouver via Saskatoon, en stad med ca 200000 invånare mitt på prärien. Där hälsade jag på min syster och svåger, som bor där sedan många år. I Saskatoon var det ännu full vinter, det var självklart att ha en spade och dunkappa i bilen om

man skulle råka ut för missöden, och det var enklast att sätta på sig snöskor om man skulle gå ut och promenera. Mycket exotiskt! Två timmar västerut med flyget, i Vancouver, var det härlig vår och, faktiskt, ett och annat blommande körsbärsträd.

Dagarna gick oerhört fort. Alltför snart var det dags att fara hem till vardagen igen, men med nya kunskaper och inspiration i bagaget.

Tack, ACTA för stipendiet.

Ingrid Andersson-Wenckert

---

## En annorlunda utmaning:

# U-landsarbete som tandläkare i Kenya för Rotarys Läkarkbank

I november 1998 arbetade jag under sex veckor på den ett år gamla Tandvårdskliniken vid Mutomo missions-sjukhus i Kenya. Jag arbetade och reste bra i tiden för att inte hamna i Gävles snökaos med bandvagnar, helikoptrar och total isolering. Läkarkbanken är en humanitär frivilligorganisation som ger läkarhjälp till människor i u-länderna, främst i Afrika. Sedan drygt ett år även tandläkarhjälp i Kenya. Läkarna och tandläkarna arbetar helt utan lön. De får endast ersättning för resor och uppehälle. Arbetsperioden är sex veckor eller längre.

Läkarkbanken består av två enheter med gemensam administration : Rotarys Läkarkbank och Skandinaviska Läkarkbanken i vilken Erikshjälpen ingår. Rotarys Läkarkbank startades 1988 och Skandinaviska 1990. Initiativtagaren var journalisten Lars Braw, Malmö. För detta promoverades han 1994 till medicine hedersdoktor vid Lunds Universitet: "En enastående humanitär gärning som uppmärksammas internationellt". Två för Lars Braw självklara slutsatser formade Läkarkbanken:

- ◊ Att sjuka människor aldrig kan åstadkomma någon utveckling
- ◊ Att det största i livet är att göra något för andra

Tandvårdskliniken i Mutomo har planerats och igångsatts av professor Gunnar Johansson, Malmö och tandläkare Bengt Lindahl, Ljungby. Jag upplevde kliniken som en stor positiv överraskning. Att få en begagnad utrustning, transporterad från Erikshjälpen i Vetlanda fullt funktionsduglig är beundransvärt. Behandlingsstolen, en Anatom, är ca 22 år gammal. Jag tror att det allra största problemet var att få el och vatten till kliniken. En generator som drivs med diesel ger elektriciteten. Sjukhuset delar med sig av det uppsamlade regnvattnet. Med hjälp av en hydrofor och pump samt ett filter är det möjligt att få den vattenkvalitet och det vattentryck som erfordras.

Jag flög till Nairobi med reguljärflyg. Sista reseetappen från Nairobi till Mutomo, som ligger 300 kilometer sydost om Nairobi, gjordes med ett mycket litet flygplan. Det var en intressant resa över ett landskap som från slätten kring Nairobi övergick till berg och slingrandetorra flodbäddar. Från luften såg Mutomo mer imponerande ut än det med alla tak som norrut omgavs med spännande klippformationer vilka skiftade i färger i solskenet. När vi landade stod den vanliga välkomstkommittén ? vid den gropiga

"flygplatsen". Jag tyckte det var ett oändligt antal ögon från stora och små som nyfiket tittade på mig när jag som ensam passagerare klev ur planet. Snabbt urskiljde jag en vitklädd person, sjukhusets administratör, som gav mig ett vänligt mottagande.

Sjukhusets upptagningsområde omfattar omkring 100.000 – 150.000 människor. I Mutomo har inte tidigare funnits någon tandvårdsklinik eller tandläkare. Den enda hjälpen vid tandvård har varit sjukhusets läkare som har extraherat de värkande tänderna. Behandlingen hade långt ifrån alltid varit smärtfri. Behovet av tandvård förefaller vara oändligt bland annat på grund av vanan att tugga sockerrör. Jag arbetade cirka 7 till 8 timmar per dag. Lördagarna var också arbetsdagar och då var patienttillströmningen extra stor eftersom det var marknadsdag i Mutomo. När arbetsdagen blev längre kändes det inte bra eftersom min "tandsköterska" Patricia hade cirka en timmes promenad hem på en sträckvis oländig väg och det hann bli mörkt.

Patricia hade varit "vårdbiträde" vid sjukhusets mottagningsavdelning. Den arbetstid som ej fylldes med patienter undervisade jag

henne i elementär tandvård (någon tandsköterskeutbildning finns ej i Kenya). De stunderna upplevde vi båda som mycket stimulerande, givande och trevliga. Diskussionerna gav mig en god inblick i social förhållanden, matvanor, munhygien mm av betydelse för tandhålsvårdsarbete. Det var roligt att arbeta tillsammans med Patricia. Hon visade stort intresse för tandvård inklusive profylax, var skicklig i patientomhändertagande och mycket lyhörd för patienter med problem. Vi kommunicerade på engelska. Patricia tolkade på kikamba till patienterna.

Att få undervisa sjukhusets sköterskor och "vårdbiträden" ett par timmar i tandvård var också en positiv upplevelse. Samarbetet med sjukhusets personal var både positivt och konstruktivt. Det gladdde mig på kliniken vägnar och dess framtid att jag kunde ställa upp när hjälp efterfrågades. En intressant och tankeväckande upplevelse var hur den internationella AIDS-dagen den 1 december uppmärksammades. Barn och

skolungdomar uppförde rollspel, dansade och sjöng vilket var ett bra sätt att aktivt sprida information och kunskap. Åhörarna blev engagerade och uppenbart berörda av budskapet och allas ansvar. Av Kenyas 30 miljoner människor har 2 miljoner AIDS, av dessa är 90% föräldrar.

Jag trivdes förträffligt i tandläkarbostaden Villa Appolonia. Problemet var bristen på vatten. När det regnade fyllde jag alla kärl med vatten från takrännan som jag också duschade under.

Merparten av patienterna kom på grund av tandvärk. Tänderna var så illa åtgångna av karies och/eller parodontit att extraktioner var de enda möjliga åtgärderna. Det var alltså många extraktioner jag fick göra och även av visdomständer, i första hand i underkäken. Flertalet patienter var mellan 16 och 40 år, ungefär lika många kvinnor som män. Övervägande delen av patienterna kom från landsbygden. Ibland hade de vandrat lång väg, hade inte råd att åka

buss (där så fanns) och hade endast pengar till extraktion av en tand – den som värkte mest. Alla patienter betalade, även barn och ungdomar. Det visade sig att en väl anpassad information och motivation kan "gå hem" hos människor med mycket tandvärk och rädsla och som har haft till vana att ta smärtstillande (lättåtkomligt och mycket billigt) och penicillin vid svullnad och feber år efter år.

Visst hade jag vissa bekymmer men någon patient behövde jag inte avvisa. Två halvdagar fungerade inte generatorm och extraktionerna gjordes i ficklampans sken. Att sakna röntgenfilm i åtta dagar upplevde jag som att arbeta i blindo. Det var dock alltid möjligt att göra något positivt för patienterna. Detta var i sanning en annorlunda och meningsfull verksamhet genom att jag kände att jag verkligen hjälpte människor i Mutoomområdet.

*/Kerstin Axrup/*

## Litteraturguide

---

### ASDC Journal of Dentistry for Children

No. 6, November-December 1998, Vol 65

Takefumi N, Briggs J, Plesh O, Nielsen I, McNeill C, Miller AJ. Bruxing patterns in children compared to intercuspal clenching and chewing as assessed with dental models, electromyography, and incisor jaw tracing: Preliminary study. 449-58.

Stockstill JW, Bowley JF, Dunning D, Spalding P, Stafford K, Erickson L. Prevalence of temporomandibular disorders (TMD) in children based on physical signs. 459-67.

Chin E. A brief overview of the oral complications in pediatric oncology patients and suggested management strategies. 468-73.

Kozai K, Okamoto M, Nagasaka N. New tongue protector to prevent decubital lingual ulcers caused by tongue thrust with myoclonus. 474-7.

Koparal E, Eronat C, Eronat N. In vivo assessment of dental plaque pH changes in children after ingestion of snack foods. 478-83.

Shaw L, Weatherill S, Smith A. Tooth wear in children: An investigation of etiological factors in children with cerebral palsy and gastroesophageal reflux. 484-6.

Waldman HB, Perlman SP, Swerdloff M. Dental care for children with mental retardation: Thoughts about the Americans with Disabilities Act. 487-91.

Zaragoza AA, Catalá M, Colmena ML, Valdemoro C. Dental trauma in schoolchildren six to twelve years of age. 492-4.

Miyanaga M, Takei K, Maeda T. Observation of a child with multiple submerged primary teeth. 495-8.

### International Journal of Paediatric Dentistry

No 4, December 1998, Vol 8

Murray JJ. Whither paediatric dentistry? 235-42.

Kochhar R, Richardson A. The chronology and sequence of eruption of human permanent teeth in Northern Ireland. 243-52.

Lo ECM, Schwarz E, Wong MCM. Arresting dentine caries in Chinese preschool children. 253-60.

Sasahara H, Kawamura M, Kawabata K, Iwamoto Y. Relationship between mother's gingival condition and caries experiences of their 3-year-old children. 261-7.

Shockledge RR, Hill FJ. A repeated criterion-based audit of radiographic usage by a paediatric dentistry unit. 269-72.

Saran RK, Rattan V, Rajwanshi A, Nijhawan R, Gupta SK. Cysticercosis of the oral cavity: report of five cases and a review of the literature. 273-8.

Kavanagh C, O'Sullivan VR. A four-rooted primary upper second molar. 279-82.

Ford PHE. Peri-radicular inflammation related to dens invaginatus treated without damaging the dental pulp: a case report. 283-6.

UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Mackie IC. Management and root canal treatment of non-vital immature permanent incisor teeth. 289-93.

*No 1, March 1999, Vol 9*

Awadia AK, Haugejorden O, Bjorvatn K, Birkeland JM. Vegetarianism and dental fluorosis among children in a high fluoride area of northern Tanzania. 3-11.

Lindau BM, Dietz W, Hoyer I, Lundgren T, Storhaug K, Norén JG. Morphology of dental enamel and dentine-enamel junction in osteogenesis imperfecta. 13-21.

Vigild M, Petersen PE, Hadi R. Oral health behaviour of 12-years-old children in Kuwait. 23-9.

McVeigh N, Kinirons MJ. Pharmacists' knowledge, attitudes and practices concerning sugar-free medicines. 31-5.

Shankly PE, Mackie IC, Sloan P. Dentinal dysplasia type I: report of a case. 37-42.

Waterhouse PJ, Hobson RS, Meechan JG. Autotransplantation as a treatment option after loss of a maxillary permanent incisor tooth. A case report. 43-7.

Prabhu NT, John R, Munshi AK. Aberrant root development of the mandibular premolars: a case report. 49-51.

Tarján I, Rózsa N. Endodontic treatment of immature tooth with dens invaginatus: a case report. 53-6.

Egan CA, Hector MP, Bishop MA. On the pulpal nerve supply in primary human teeth: evidence for the innervation of primary dentine. 57-66.

## **Pediatric Dentistry**

*No 5, September/October 1998, Vol 20*

Klein U, Nowak AJ. Autistic disorders: a review for the pediatric dentist. 312-7.

Litman RS, Kottra JA, Berkowitz RJ, Ward DS. Upper airway obstruction during midazolam/nitrous oxide sedation in children with enlarged tonsils. 318-20.

Henry RJ, Ruano N, Casto D, Wolf RH. A pharmacokinetic study of midazolam in dogs: nasal drop vs. atomizer administration. 321-6.

Watase S, Mourino AP, Tipton GA. An analysis of malocclusion in children with otitis media. 327-30.

Wandera A, Feigl RJ, Green T. Preparation and beliefs of graduates of a predoctoral infant oral health clinical program. 331-5.

Wickersham GT, Seale NS, Frysh H. Color change and fracture resistance of two veneered stainless-steel crowns after sterilization. 336-40.

Gale TJ, McKnight Hanes C, Myers DR, Russell CM. Performance of sealants applied to first permanent molars in dental school setting. 341-4.

Minah GE, Vandre RH, Talaksi R. Subtraction radiography of dentinal caries-like lesions induced in vitro by cariogenic bacteria. 345-9.

Seow WK, Bartold PM, Thong YH, Taylor K. Cohen syndrome with neutropenia-induced periodontitis managed with granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF): case reports. 350-4.

Rosenblum SH. Delayed dental development in a patient with Grön syndrome: case report. 355-8.

Ashkenazi M, Greenberg BP, Sarnat H. Severe hypoxia following local anesthesia in a sedated patient: case report. 359-60.

*No 7, November/December 1998, Vol 20*

Da Fonseca MA. Pediatric bone marrow transplantation: oral complications and recommendations for care. 386-94.

Erickson PR, McClintock KL, Green N, LaFleur J. Estimation of the caries-related risk associated with infant formulas. 395-404.

Chen Y-K, Lin L-M, Huang H-C, Lin C-C, Yan Y-H. A retrospective study of oral and maxillofacial biopsy lesions in a pediatric population from southern Taiwan. 404-10.

Wandera A. In vitro enamel effects of a resin-modified glass ionomer: fluoride uptake and resistance to mineralization. 411-7.

Nainar SMH. Evidence-based dental care – a concept review. 418-21.

Pinosky ML, Hardin CL, Bach DE, Shuman K. The reinforced laryngeal mask airway (LMA) as an alternative airway device to manage the difficult airway. 422-4.

Trairatvorakul C. Apexification of a primary central incisor: 6-year follow up. 425-7.

Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. 428-9.

*No 2, March/April 1999, Vol 21*

Adair SM, McKnight Hanes C, Russell CM, Whitford GM. Dental caries and fluorosis among children in a rural Georgia area. 81-5.

Erickson PR, Mazhari E. Investigation of the role of human breast milk in caries development. 86-90.

Seow WK, Amaratunge A, Sim R, Wan A. Prevalence of caries in urban Australian aborigines aged 1-3.5 years. 91-6.

Cashion SW, McIver FT, Rozier RG, Vann Jr WF, Venezia RD. Children's utilization of dental care in the NC Medicaid program. 97-103.

Hughes T, Bawden JW. A survey of private pediatric dental practices in North Carolina. 104-8.

Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. 109-13.

Dilley DC, Bawden JW. Mercury exposure due to environmental factors and amalgam restorations in a sample of North Carolina children. 114-7.

Eidelman E. Composite resin support of undermined enamel in amalgam restorations. 118-20.

Croll TP. Light-hardened luting cement for orthodontic bands and appliances. 121-3.

Lieberman WH. The Wand. 124.

Goho C. Pulse oximetry evaluation of vitality in primary and immature permanent teeth. 125-7.

Liu J-F, Chen L-R, Chao S-Y. Laser pulpotomy of primary teeth. 128-9.

Shintani S, Okamoto A, Yoshida-Minami I, Sobue S, Ooshima T. Dentin malformation with alveolar bone loss and periapical abscess formation. 130-4.

Villasenor A. Aspiration of gauze pressure-pack following a dental extraction: a case report. 135-6.

Wright JT, Cashion S, Hoover R. The esthetic stainless crown bridge: report of two cases. 137-41.

---