

---

# *Barntandläkarbladet*

Svenska Pedodontiföreningens medlemsblad

*Årgång 10 – nr 2 – 1998*

---

- **Vårdprogram: Turners syndrom**
- **Bensodiazepiner – vad gäller idag?**
- **Barntandvårdsdagarna i Tylösand**
- **Pedodonti i Värmland**

**Innehåll****Nr 2 November 1998**

<b>Från redaktionen</b>	<b>3</b>
<b>Ordförande har ordet</b>	<b>4</b>
<i>Sven-Åke Lundin</i>	
<b>Användning av bensodiazepiner i tandvården – ny riktlinjer eller sunt förnuft</b>	<b>6</b>
<i>Sten Sundell</i>	
<b>Turners syndrom - odontologiskt vårdprogram</b>	<b>8</b>
<i>Christina Stecksén-Blicks, Maurits Persson</i>	
<b>Barntandvårdsdagarna i Tylösand</b>	<b>10</b>
<i>Gunilla Klingberg</i>	
<b>Hur blir man specialist-egentligen</b>	<b>13</b>
<i>Gunilla Klingberg</i>	
<b>Pedodonti ur ett värmländskt perspektiv</b>	<b>14</b>
<i>Christina Hammarström</i>	
<b>Rapport från sektionerna</b>	<b>15</b>
<b>Redogörelser från stipendiater</b>	<b>17</b>
<b>Debatt</b>	<b>22</b>
<b>Produkt och idébank</b>	<b>24</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 15 maj 1999.

**Material senast 17 april!**

**Barntandläkarbladet****ISSN 1400-6324****Organ för****Svenska Pedodontiföreningen****Swedish Society of Paediatric****Dentistry****Årgång 10; Grundad 1988****Redaktör**

Gunilla Klingberg

Avd för Pedodonti

Odont inst

Box 450

405 30 Göteborg

tel 031 773 37 36

fax 031 41 36 40

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

**Redaktion 1998**

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 1988**

Sven-Åke Lundin, ordf

Christina Stecksén-Blicks, sekr

Ingegerd Mejäre, kassör

Göran Dahllöf, Gunilla Klingberg,

Göran Koch, Lars Matsson

**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 händer mycket inom pedodontin! Det blev vi varse inte minst i samband med årets Riksstämman. En del av det som är på gång runt om i landet avspeglar sig också i detta nummer av Barntandläkarbladet.

I Umeå har Mauritz Persson och Christina Stecksén-Blicks varit med och skrivit vårdprogram för Turner Syndrom. Det odontologiska vårdprogrammet finns med i detta nummer och sprids på så sätt till alla medlemmar. För att underlätta kopiering och sparande är det tryckt som vanlig A4 utan trespalt och på samma blad.

Till det här numret har också Sten Sundell i Göteborg bidragit med en redogörelse för vad som hänt rörande vår användning av bensodiazepiner. För ca ett år sedan arrangerade nordisk Förening för Handikapptandvård ett symposium om sedering och narkos inom tandvården. Socialstyrelsen hade också tillskrivits och härifrån har nu kommit svar. Ibland är sederingsområdet lite av, om inte ett ingenmansland, så i alla fall något av en blindkarta. Många önskar sig säkert lite mer att orientera efter i den kliniska vardagen. Det finns, precis som Sten skriver, en hel del frågor i anslutning till vårt användande av bensodiazepiner som vi behöver se över. Lägligt är

ju därför att Vårmötet 1999 skall handla om just detta. De här frågorna är ju på något sätt typiska arbetsuppgifter för specialisterna och för specialsitföreningarna. Det visar tydligt på behovet av just specialister.

Denna fråga är ånyo på tapeten. Ett evigt vara eller icke vara kan det tyckas. Sven-Åke har i sina ordföranderader en redogörelse för läget idag.

Barntandvårdsdagarna har definitivt kommit för att stanna som en viktig kunskapsspridare inom barn- och ungdomstandvården.

Arrangemanget i Tylösand var både välbesökt och bra och dessutom fanns en röd tråd i upplägget: bioetik med synpunkter på omhändertagande, nya diagnostiska metoder/hjälpmiddel, åtgärder när preventionen inte räcker med bl a materialval och materialhantering, och slutligen samhällets ansvar som vårdgivare.

I förra numret försökte vi starta en stafett som skulle spegla arbetet ute på de vanliga klinikerna i landet. Pinnen har denna gång gått till Christina Hammarström i Karlstad. I årets andra nummer finns också referat från våra fyra sektioner liksom flera referat från olika personer som erhållit

stipendier för forskning och/eller resor från någon av de stiftelser som förvaltas av Svenska Pedodontiföreningen.

Tidningen går den här gången ut till medlemmar via de adresser som gällde i våras. Så om Du anmält en annan adress till Christina Stecksén-Blicks via enkäten som gick ut med förra numret, har den adressen alltså inte kommit med till det här utskicket. Den adressen använder vi till nästa nummer.

Ett stort tack till alla som bidrar med material till tidningen. Ni får gärna bli fler. Vi tar tacksamt emot inlägg, artiklar, referat eller förslag på innehåll.

Två små påpekande vill jag gärna komma med. Ibland fungerar inte kommunikationerna. Vi lovar att skicka bekräftelse på att vi fått in material i fortsättningen (en lärdom efter en krånglande fax) – se till att Du som skickar oss något får en bekräftelse! En annan vädjan till Er som skickar in material (disketter eller som attachments i e-post) är att Ni har uppdaterade virussydd på Era datorer...

Nu väntar advent och jul och sedan ett nytt spännande år. Njut av ledigheten!

*Gunilla Klingberg*

## Ordförande har ordet

Hotade - IGEN! Hårt arbetande svenska specialister i odontologi ifrågasätts. Är det verkligen nödvändigt att lilla Sverige skall ha mer än 8 olika specialiteter i tandvård, resonerar politikern. Liknande funderingar finns även hos - läs och häpna - våra egna tandvårdshuvudmän. De som skall värna om lika tandvård med hög kvalitet till alla människor i Sverige.

Droppen som fick bägaren att rinna över synes vara tandvårdspropositionens förslag om inrättandet av en nionde specialitet - i sjukhustandvård. I brev till Socialstyrelsen skriver Landstingsförbundet att allmäntandläkarens kompetensutveckling är hotad om antalet specialiteter ökar! Hur då?? Vidare önskar Landstingsförbundet att Socialstyrelsen ånyo ser över om det nödvändigtvis skall finnas så många specialiteter och påpekar samtidigt att de egentligen helt sympatiserade med förra utredningens förslag om endast 3 stycken nämligen, oral kirurgi, ortodonti och oral rehabilitering. Ett uppenbart sätt att lösa den kommande specialistbristen på grund av att många specialister inom några år går i pension. Ersättningen föreslås av några huvudmän vara (bli) så kallade nisch-tandläkare, allmäntandläkare med vidareutbildning.

Värnar detta förfarande och hållningssätt om kvaliteten i svensk tandvård? Blir det en bättre och billigare tandvård? Vi måste ta ställning! Det står helt klart att våra politiker och tandvårdshuvudmän behöver guidning. Detta är allas vår skyldighet. ALLA specialister i alla specialistföreningar - även om man skulle råka tillhöra en ohotad specialitet!

Inom våra egna led bör vi verka för att behålla pedodonti/barntandvård med ett adekvat antal specialister. Gärna med nisch-tandläkare eller specialintresserade allmäntandläkare formande ett nätverk med kontakttandläkare. Våra patients rättighet är att var man än bor i Sverige kunna erbjudas den högsta barntandläkarkompetensen om så krävs.

Men - förnyelse, anpassning och flexibilitet måste ju finnas hävdar någon. Ja - definitivt! Vi välkomnar gärna en utredning av hela tandvården inklusive alla kategorier i syfte att anpassas till patienternas tandvårdsbehov. Inte med siktet primärt inställt på en neddragning grundad på en 7 år gammal utredning!

Förhållandet mellan allmäntandläkare och specialisttandläkare har även i övrigt aktualiserats inte minst inom Specialisternas Centrala Råd, SCR. De flesta av

specialistföreningarna är icke helt nöjda med representationen i Sveriges Tandläkarförbunds styrelse eller i vår riskförenings (TT-avdelningen) styrelse. Man upplever ett viss motsatsförhållande i saker som egentligen med självklarhet skulle innehålla en gemensamhet och samverkan. Inte minst i frågan om antalet specialiteter inom tandvården. SCR's arbetsutskott utreder, efter förslag från Svensk Förening för Protetik, frågan om bildandet av en gemensam specialistförening inom Sveriges Tandläkarförbund alternativt ett samgående med riksföreningen LÄR. Alla uppmanas följa och delta i debatten!

Odontologisk Riksstämman den 12-14 november har passerats. Norra sektionen stod för ett mycket uppskattat program. En till brädden fylld föreläsningssal deltog i symposium om ätstörningar med bland annat Anna Lena Brundin, på fredagen. I sedvanlig ordning välbesökta och uppskattade rapporter på lördagen. Flera unga pedodontister redovisade spännande resultat. Ungdomen saknas dock i symposierna. Varför?

Svenska pedodontiföreningen deltog också i ett par samarrangemang med svensk ortodontiförening. Tyvärr resulterande i några

programkrockar som kanske blir en nödvändighet om antalet program, som vi deltar i, ökar. En överlag lyckad riksstämma för pedodontins räkning. Stort TACK från oss alla till Norra sektionen för ett glansfullt program.

Svenska Pedodontiföreningens första (Sic!) årsmöte har hållits – fredagen den 14 november 1998. Ny styrelse valdes för två år. Christina Stecksén-Blicks, sekreterare, Ingegerd Mejäre, kassör, Göran Koch, Göran Dahllöf, Gunilla Klingberg och Ulla Hallström, övriga ledamöter samt undertecknad som ordförande. Vi tackar för förnyat förtroende och lovar göra vårt yttersta för en aktiv och levande pedodontiverksamhet. Samtidigt vill vi också förmedla vad valnämnden påpekade i samband med valet – en förnygring behövs! Även här! Hjälpt valnämnden med förslag på kandidater till en ny styrelse år 2000. Förhållandevis många pedodontister deltog i föreningsmötet och flera orkade hålla ut till slutet. Många frågor kräver svar! Uppskattat samkväm omedelbart efter mötet på restaurang Prinsen.

Nästa års Odontologiska Riksstämma är i Göteborg, 7-9 oktober 1999. Passande nog är det Västra sektionen som står för programmet. Svenska Tandläkarsällskapet har inbjudit till planeringsmöte redan i mitten av januari. Kanske blir flytten av riksstämman den pånyttfödelse som vi

hoppas på - med många fler deltagare.

Svenska pedodontiföreningens stipendier utdelades traditionsenligt vid årets riksstämma. Acta – stipendiet tilldelades Ingrid Andersson-Wenckert och det nya Syrrist-stipendiet delades av stipendiaterna, Ulla Schröder och Margareta Borgström. Grattis!

Svenska Pedodontiföreningen och Svenska Pedodonti-Sällskapet fick i samband med vårt första årsmöte äntligen en möjlighet att tacka avgående styrelseledamöter efter sammanslagningen till nya Svenska Pedodontiföreningen. Gösta Fridh, Thomas Modéer, Svante Twetman och Agneta Ekman var närvarande vid mötet och kunde erhålla en vacker men ändå lite djävulsk present. Lars Matsson som avgående styrelseledamot från Svenska Pedodontiföreningens första styrelseår avtackades med en likadan present. Tack för Ert engagerade arbete vid alla möten och långa styrelsemöten.

Snart är året 1998 slut och ett nytt år stundar. Det sista detta årtusende!! Tänka sig. Klarar vi bara att passera nästa år lär allt bara vara framåt - uppåt efter det. För det är nämligen så att - inte kan man starta ett millenium i en nedåtspiral? Nej - allt nytt kommer att spira, utvecklas och blomma! Varje politiker och tandvårdshuvudman kommer att inse betydelsen

av en välfungerande barn- och ungdomstandvård ledd av pedodontister.

Vi själva tjuvstartar faktiskt redan nästa år med nya fräscha och aktuella arrangemang. Först vårmöte – denna gång på Öland, Borgholm, Halltorps Gästgiveri. Temat är Sederling inom barntandvården. Tid 7-8 maj. Efter sommaren väntar 3 tunga arrangemang, 17<sup>th</sup> Congress of the International Association of Paediatric Dentistry, London 2-4 september 1999, International fluorkonferens i Åbo 19-20 augusti i samband med NOF kongressen 20-22 augusti samt återigen Barntandvårdsdagar. Denna gång i Västerås på Aros Congress Center den 24-25 september. Barntandvårdståget går med kraft vidare efter en mycket lyckad konferens i Halmstad i september i år. Nästan 300 deltagare! Stort tack till konferensgeneralen Svante Twetman och hans ambitiösa personal.

Snart Julefrid! 1:a Advent - nästa helg, eller när Ni läser det här. Kan behövas en aning lugn i en jäktisk tid. En stunds eftertanke – inför årtusendets sista år. Alla Ni pedodontister tillönskas välförtjänta avkopplande helger!

/Sven-Åke Lundin

telefon arbete: 019-154038  
telefon hem: 019-101462  
telefon mobil: 070- 5900946  
e-mail:  
sven-ake.lundin@orebroll.se

## Användning av bensodiazepiner i tandvården – nya riktlinjer eller sunt förnuft ?

*Sten Sundell, Specialistkliniken för Pedodonti, Göteborg*

Sedering med bensodiazepiner i tandvården har återigen aktualiserats främst genom ett NFH-symposium 1997, men också pga frågor kring utbildningsbehov samt beredningsformer av bensodiazepinderivatet midazolam (Dormicum®). Användningen av midazolam (Dormicum®) är ett kvalitativt bra alternativ till andra bensodiazepinderivat exempelvis diazepam (t ex Stesolid®) och många pedodontikliniker har de senaste åren övergått till användning av midazolam. Intresset har också ökat inom allmäntandvården och frågor har ställts rörande användningsområde, utbildningskrav etc..

I ett brev till Socialstyrelsen 1997 07 31 ställdes därför en fråga rörande Socialstyrelsens syn på det **kontinuerliga utbildningsbehovet** vid användning av rektal administrering med bensodiazepiner samt tolkningen av föreskrifterna enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1988:17) för ökad säkerhet i samband med analgesi och anestesi vid odontologiska ingrepp; "... bör vederbörande ha skaffat sig extra utbildning i principerna för allmän*

analgesi, t.ex. genom av Socialstyrelsen godkänd kurs i lustgasanalgesi eller annan kortare utbildning, som enbart tar upp användning av bensodiazepiner."

Socialstyrelsen svarade 1998 09 28 efter att ha inhämtat yttrande från bl a vetenskapligt råd i anesthesiologi. I sitt svar betonar Socialstyrelsen starkt att utbildningen är av tillräcklig omfattning för att tandläkaren skall kunna garantera patientsäkerheten vid rektal administrering av bensodiazepiner. Det ankommer på tandvårdsledningarna och på den enskilde tandläkaren att tillse att kunskap inhämtas och **upprätthålls**. Man menar också att specialistföreningarna inom odontologi och medicin bör vara engagerade i kursinnehållet!

Med anledningen av frågor ställda vid sederingsymposiet har Socialstyrelsen även yttrat sig kring **beredningsformer, säkerhetsutrustning samt delegeringsförfarande**.

Det föreligger ej något formellt hinder för legitimerad tandläkare att använda bensodiazepinderivatet midazolam. Det åligger

dock läkare eller tandläkare att vid användning av beredningsformer, som ej är godkända av Läkemedelsverket, att bedöma det korrekta i förskrivningen. Såväl vid administrering av midazolam rektalt som oralt via exempelvis saft finnes ej beredningar, godkända av Läkemedelsverket.

Socialstyrelsen vill tydligt påpeka att vid användning av dessa beredningsformer bör doseringsanvisningar utformas tillsammans med anesthesiologisk expertis eftersom särskild testning och godkännande av preparatet ej skett via Läkemedelsverket. Således bör kontakt med anesthesiolog bana vägen för en lokal ordinationsanvisning, vilket redan skett på flera platser i landet.

Enstaka tandläkare med oralkirurgisk specialitet har särskilt tillstånd av Socialstyrelsen att ansvara för **intravenös** tillförsel av bensodiazepiner. När det gäller **nasal tillförsel** konstaterar Socialstyrelsen att administrations sättet inte finns godkänt av Läkemedelsverket för något av de i FASS förekommande bensodiazepinderivat. Man skriver vidare att metoden fortfarande kan sägas vara

under utprovning och att tandläkare därför inte ensamma kan ansvara för sådan administrering.

Ur

**patientsäkerhetssynpunkt** har Socialstyrelsen, förutom givna föreskrifter i *SOSFS 1988:17*, tydligt angivit att **oxygen** bör finnas tillgängligt på kliniken, vilket är viktigt då midazolam oavsett administreringsväg är mer potent än andra bensodiazepiner.

Iordningställande av läkemedelsdos kan **ej delegeras** och bör utföras av ordinatören (*SOSFS 1995:19*). Detta är särskilt viktigt vid användande av icke godkända beredningsformer. Om administrering av bensodiazepinderivat utförs av annan personal än tandläkaren föreligger ett absolut krav på formellt delegeringsförfarande enligt *SOSFS 1997:14*.

I brevet vill man även påpeka att ur patientsäkerhetssynpunkt är **ASA:s** (American Society of Anaesthesiologists)

klassificering viktig att beakta. Vid ASA klass III och IV bör tandbehandling under sedering ej ske förrän efter samråd med ansvarig läkare eller anestesilog.

### Nytt cirkulär?!

Socialstyrelsen meddelar även i brevet att man avser att omarbete *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1988:17) för ökad säkerhet i samband med analgesi och anestesi vid odontologiska ingrepp*. Det kommer säkerligen att bli ett cirkulär med ytterligare tonvikt på kvalitetssäkring och patientsäkerhet.

### Vad får brevet för konsekvenser idag?

- Vi måste ånyo se över utbildningsbehovet samtidigt som ämnesföreningarna bör skapa en bas för kursinnehåll. Här måste vi i tandvården ta initiativet – inte minst vi pedodontister.
- Man bör se över alla kliniker med avseende på säkerhetsutrustning samt tillgång till oxygen.

- Vi bör vara restriktiva i vårt delegeringsförfarande vid sedering.
- Vi måste ha skrivna ordinationsanvisningar i samarbete med anesthesiologerna vid användning av icke godkända beredningsformer.
- Vi bör erbjuda våra allmäntandläkare stöd och råd vid användning av olika bensodiazepinderivat inom ramen för kontinuerlig utbildning och auskultationsverksamhet så att inte sedering exempelvis med midazolam blir ett exklusivt medel för specialister. Det handlar ju om barnpatientens komfort vid tandbehandling!

### Hur går vi vidare?

Det är med glädje som jag kan notera att just sedering är aktuellt som ämne vid nästa Vårmöte.

## Efterlysning oral-motoriska team

En inventering av vilka oral-motoriska team som finns ute i landet pågår. Mun-H-Center i Källered vill gärna ha information om teamen och namn på

kontaktpersoner. Du som inte vet med Dig att det team Du är verksam i finns med på listan hos Mun-H-Center – skicka uppgifter

på kontaktperson; namn, adress, telefon och fax till: Mun-H-Center, Box 141, 428 22 Källered; tel 031-7952952.

# Turners syndrom

*Av Christina Stecksén-Blicks och Maurits Persson*

## Bakgrund

Med stöd av pengar från Socialstyrelsen har läkargrupper gjort en inventering av kvinnor med Turners syndrom kopplat till ett uppdrag att utarbeta ett vårdprogram för denna patientgrupp. För att kunna utarbeta en odontologisk del i vårdprogrammet blev vi - Christina Stecksén-Blicks och Maurits Persson i Umeå 1996 ombudda att svara för en odontologisk undersökning i samband med att patienterna blev undersökta vid Norrlands Universitetssjukhus. Detta arbete har mynnat ut i ett kort avsnitt om orala förhållanden vid Turners syndrom och kommer att ingå i det medicinska vårdprogrammet. Dessutom föreligger ett odontologiskt vårdprogram som riktar sig till tandläkare. Detta vårdprogram antogs av Svenska Pedodontiföreningen vid vårmötet i Göteborg 1998.

## Odontologiskt vårdprogram för Turner-patienter

### Allmänt

Turners syndrom är en beteckning för ett antal symptom hos flickor/kvinnor, framkallade av en partiell eller fullkomlig avsaknad av ena X-kromosomen. Syndromet anges förekomma i en frekvens på ca 1:2500. Diagnosen baseras på karyotypbestämning efter kromosomodling. Individer med cytogenetisk avvikelse men utan karakteristiska kännetecken för syndromet förekommer. Under barndomen kan ett eller flera av bl a följande symptom uppträda: kortvuxenhet, uppfödningssvårigheter, recidiverande otiter, halsveck, ptos, och epikantusveck. Hjärtklaffsanomali kan förekomma. Under ungdomsåren bl a utebliven eller avstannande pubertetsutveckling och amenorré. I varierande grad kan tand- och bettutvecklingen vara påverkad vilket motiverar särskilt omhändertagande av tandläkare.

### Diagnostik

Diagnosen Turners syndrom ställs av läkare och särskilt odontologiskt omhändertagande sker efter remiss av läkare.

I de fall tand- eller bettavvikelse noteras i samband med rutinmässig undersökning hos tandläkare och dessa ger anledning till misstanke om att syndromet föreligger, trots att patient eller förälder ej uppgett någon medicinsk diagnos i anamnesen, bör patienten remitteras till läkare, lämpligen efter att specialist i pedodonti eller ortodonti konsulterats.

### Bett- och ansiktsmanifestationer vid Turners syndrom

Till skillnad från skelettmognaden, som i genomsnitt är försenad över 2 år, är den dentala åldern vanligen lätt accelererad. Tanderuptjonen kan vara något tidigare än för flickor i allmänhet. Tandmorfologiska avvikelser är vanligt förekommande. Den vanligaste avvikelsen är att proportionerna krona-rot är ändrade med förhållandevis kortare rötter på incisiver, caniner och premolarer. Rotformen hos premolarer och molarer visar ofta avvikelser och premolarerna kan vara mer molarliknande. Tänderna kan även vara små med en minskad emalj tjocklek. Den mesio-distala tandbredden är ofta mindre än normalt, och glesställning förekommer. Vissa tänder har ibland en minskad buccolingual bredd. Högt gomvalv liksom hypoplastisk mandibel förekommer ofta. Högt gomvalv kan eventuellt ha samband med en smal överkäkstandbåge. Retrognati eller hypoplastisk mandibel har förmodats vara sekundär till skallbasavvikelse i form av kort anterior skallbas och ökad skallbasvinkel. Även om bilden av bettavvikelse associerade med syndromet ej är entydig, synes således postnormalt bett och korsbett vara sådana avvikelser. De kraniofaciala avvikelserna påträffas i tidiga år och har förmodats bero på störning i kondrokraniets tillväxt. Det senare kan vara associerat med infrekvent noterade anomalier i halskotpelaren.

Behandling med syntetiskt tillväxthormon för stimulering av tillväxten av kroppslängd har visats resultera även i en ökad tillväxt av mandibeln, huvudsakligen i form av vertikal tillväxt av ramus.

### **Odontologiskt omhändertagande**

Vid misstanke om Turners syndrom skall i första hand ev. avvikelser i bettutvecklingsålder fastställas. Variation inom 2SD bör ej föranleda vidare åtgärd. I övriga fall bör röntgenhelstatus tas för säkrare bedömning av dental ålder samt tandformsavvikelser. Bettmodell för dokumentation av bettförhållandena bör tas, varefter ortodontist eller pedodontist konsulteras för ev. remiss till läkare.

Barn- och ungdomar, som erhållit diagnosen Turners syndrom, och som remitteras till tandläkare för utredning, utreds med avseende på ev. tandanatomiska avvikelser, avvikelser i dental mognad, samt förekomst av malokklusioner. I de fall behandling med tillväxthormon skall inledas bör tandålder noggrant dokumenteras med hjälp av röntgenhelstatus /ortopantomogram och käktillväxt med hjälp av kefalogram (rak sida i kefalostat). Bettförhållandena dokumenteras med bettmodell eller foto. Ev påverkan på dental utveckling och käktillväxt bör studeras genom uppföljande dokumentation ca vartannat år efter överenskommelse med behandlande läkare.

Vuxna kvinnor, vilka i anamnes anger att de har Turners syndrom, informeras om noterade kron-rotavvikelser eller bettavvikelser, och om eventuellt samband med Turner-diagnosen. Uppgiften i anamnesen motiverar dock ej särskilda bettundersökningar.

## **Odontologisk del i Medicinskt vårdprogram för Turner-patienter**

### **Orala förhållanden.**

Tanderuptionsavvikelser, avvikelser i tänderns kron-rotmorfologi och bettavvikelser är vanligt förekommande hos flickor med diagnosen Turners syndrom. Undersökning av tandläkare (om möjligt specialist i ortodonti- eller pedodonti) är motiverad inför ev. behandling med tillväxthormon samt vid 7-9 års ålder för fastställande av ev. tand- eller bettavvikelser och för planering av ev. bettkorrigerande behandling.

Vuxna kvinnor, som fått sin diagnos, kan informeras om att avvikelser i tandform eller bett eventuellt kan förklaras av diagnosen, men att detta ej motiverar särskilt omhändertagande av tandläkare.

Då hjärtklaffsanomali ingår i syndromet bör föräldrar/kvinnan uppmanas informera berörd tandläkare, då detta motiverar profylaktisk antibiotikabehandling vid blodiga ingrepp i munhålan.

### **Några referenser**

*Filipsson R, Lindsten J, Almqvist S:* Time of eruption of the permanent teeth, cephalometric and tooth measurements and sulphation factor activity in 45 patients with Turner's syndrome with different types of X chromosome aberrations. *Acta Endocrinol* 48, 91-113, 1965.

*Jensen B L:* Craniofacial morphology in Turner syndrome. *J Craniofac Gen Dev Biol* 5, 327-340, 1985.

*Midtbö, M, Halse A:* Skeletal maturity, dental maturity, and eruption in young patients with Turner syndrome. *Acta Odontol Scand* 50, 303-312, 1992.

*Midtbö M, Halse A:* Root length, crown height, and root morphology in Turner syndrome. *Acta Odontol Scand* 52, 303-314, 1994.

*Rongen-Westerlaken C, Born v d E, Prahl-Andersen B et al:* Effect of growth hormone treatment on craniofacial growth in Turner's syndrome. *Acta Paediatr* 82, 364-368, 1993.

## Barntandvårdsdagarna i Tylösand 25-26 september 1998

Årets Barntandvårdsdagar avhölls i Halmstad, Tylösand. Som arrangörer stod Svante Twetman och company. Vi som var där kan bara tacka för perfekta förutsättningar där våra förväntningar på givande dagar och trevlig social samvaro infriades

Bioetik & barntandvård stod först på dagordningen med Anna-Lena Hallonsten, Köpenhamn och Ulla Rydå, Jönköping som föreläsare. De började med att åskådliggöra vår vardag där tandvårdspersonal varje dag ställs inför olika etiska dilemma. Kan man tvinga någon att borsta tänderna? Barn som inte vill – hur komma till behandling? Hur göra man rätt behandling t ex vid nursing bottle caries – är narkos rätt med sina många resurser?; är sedermera rätt – ”tvångströja”? Aj, det gör ont när du bedövar – skall jag undvika bedövning, du klarar en liten stund? Med bl a dessa frågor började första föreläsningarna under Barntandvårdsdagarna i Tylösand.

Föreläsarna slog fast att etik är mycket frågor och inte alltid så mycket svar, framför allt inte svar på vad som är rätt och vad som är fel. Etik kommer från två grekiska ord som representerar sed, vana, norm utifrån två perspektiv, individen och gruppen.

Moral har latinskt ursprung och betyder sedvanor i betydelsen det praktiska handlandet i vår världs. Man brukar säga att etik är moralens teori och att moral är etikens praxis. Det finns olika etiska teorier. Bioetik kan sägas vara det som erkänts av naturvetare, som professionen tagit till sig och som accepteras av en bredare allmänhet. I många sammanhang påpekas att det finns ett stort utbildningsbehov på området i såväl grundutbildning som i specialist- och efterutbildning. Det finns alltid en majoritet både bland utbildare och studenter som anser att detta är viktigt. Men när utbildning erbjuds och det råder frivillighet kommer ingen. En lärdom av detta är att sådana utbildningar måste vara obligatoriska.

De institutioner runt om i världen som aktivt arbetar med bioetiska frågor har också lagt in etikdiskussioner som obligatorium i arbete och utbildning. Diskussionerna schemaläggs regelbundet och det avsätts ordentligt med tid. Man brukar utgå från befintliga fall och ha tillgång till ”etikonsult”. I sådana diskussioner är de två begreppen integritet och autonomi centrala. Integritet representerar människans specifika värde, den gräns

som innesluter jaget och avgränsar mot omvärlden. Finns alltid och skall respekteras. Autonomi är istället ett relativt begrepp som rör möjligheten att själv bestämma. Till exempel små barn och även äldre personer saknar detta och då måste istället vårdpersonal, anhöriga etc ”ersätta” när det gäller autonomi.

Föreläsarna visade hur man kan göra en etisk analys där för och nackdelar med att utföra en behandling värderas utifrån flera olika perspektiv – patientens, föräldrarnas och vårdgivarens. Det handlar inte om enbart den enes perspektiv och dessutom är våra resurser ändliga.

Även begreppet smärta diskuterades. Man vet att även små barn känner smärta. Det lilla barnet saknar begrepp att sortera och förstå och därför skall smärta till varje pris undvikas hos små barn. Om detta inte går skall mamman vara med. Beroende på barnets kognitiva utveckling kommer smärtan att tolkas på olika sätt i olika åldrar. Detta påverkar i sin tur hur barnet kommer att reagera. Tvååringen ser smärta som straff; treåringen har utvecklat ett samvete och lärt sig vad han/hon inte får och då blir smärta förknippat med skuld. De här kopplingarna kan leva kvar upp i åldrarna. Från 9-

års åldern finns ett vuxet dödsmedvetande och upplevelsen av smärta kan då istället bli att detta är något jag alltid kan få leva med. Tonåringar har ett vuxet tänkesätt, men är inte vuxna känslomässigt. Smärta kan då resultera i aggressiva reaktioner, regression och depression. Målet skall därför vara att barn inte skall behöva uppleva smärta pga vård.

Professor Hans-Göran Gröndahl från röntgenavdelningen i Göteborg föreläste därefter om digital röntgen teknik som nya metod för kariesdiagnostik. Han redogjorde för diagnostiska principer; sensitivitet och specificitet, och berättade om hur digital röntgen fungerar. Hans-Göran Gröndahl slog fast att den stora fördelen med tekniken var databashantering och möjligheten till bildbehandling. De situationer då digitala bilder kunde vara bättre än filmer var i de fall då filmerna inte var optimalt tagna. Om bra filmer innebär den nya tekniken idag inga förbättringar.

Sofia Tranaeus, doktorand på cariologiavdelningen i Stockholm talade om optiska och elektriska diagnostiska metoder, främst QLF (quantitative light-induced fluorescence) och ERM (electrical resistance minitoring) för klinisk diagnostik av karies. QLF är en argonlaser som utvecklats i Sverige. Den kvantifierar area och djup

och är därmed ett känsligt instrument för att analysera förändringar i emalj. Metoden fungerar på glattytter. Den kan ha ett stort värde på kariesaktiva patienter då den tydligt visar såväl de- som remineralisation. Det finns även andra optiska instrument förutom QLF varav enbart några är utvärderade.

Elektrisk impedans bygger på att en svag växelström kortsluts och kan användas som hjälp vid diagnostik av ocklusalkaries. Tyvärr är all apparatur relativt kostsam. Sofia Tranaeus sammanfattade med att säga att om man skall använda någon av metoderna och i så fall vilken beror mycket på vilken frågeställning man har. Vill man utvärdera profylax eller vill man ha ett beslutsunderstöd i valet att borra eller inte borra?

Jan van Dijken och Ingrid Andersson-Wenkert från Umeå föreläste om terapi och materialval i de fall vi trots allt måste göra reparativa insatser. Jan redogjorde för egenskaperna hos olika material; dentin bonding, glasionomercement, resinmodifierade glasionomerer, compomerer och komposit. Alla materialen har för- och nackdelar och Jan van Dijken menade att om man trivs med ett material så gör man en bättre fyllning än med ett material man inte trivs med. Eventuella skillnader i materialegenskaper uppvägs

av operatörens handhavande av materialen.

Ingrid Andersson-Wenkert pratade om material utifrån de speciella förutsättningar som gäller vid reparativ terapi på barnpatienten. När det gäller primära tänder framhöll hon att det handlar om det lilla barnet och att vi har en begränsad tid till vårt förfogande att göra bra fyllningar på. På primära tänder finner man också mycket stora spridningar vad gäller misslyckande för alla material. Ingrid framhöll att misslyckanden är dyrt såväl ekonomiskt som för patienten som får borra en gång till! För att lyckas pekades på tre faktorer: preparationens utformning (bra med makromekanisk retention, bred istmus, rundade övergångar, ej lägga fyllning i ocklusalt påfrestade områden där det går att undvika detta); välja material anpassat till den enskilde patientens/situationens krav; teknisk hantering (följa materialhanteringsanvisningarna, ej lägga upp material i förtid, etc).

I en efterföljande diskussion kom frågan vilka material skall man ha, och när? Rekommendationen från Jan och Ingrid blev: låg ålder, hög kariesaktivitet – resinmodifierat glasionomer eller vanligt glasionomercement (högvisköst); måttlig kariesaktivitet, belastning – glasionomercement, resinmodifierat glasionomer, compomer; låg

kariesaktivitet, hög belastning, god Kooperation – composite med dentin bonding.

Jörgen Paulander, Karlstad avslutade föreläsningsserien vid årets Barntandvårdsdagar med att föreläsa på temat barn- och ungdomstandvård ur ett samhällsodontologiskt perspektiv.

Samhällsodontologi står för något av ett helhetsgrepp på tandvården där man väger in olika aspekter som etiologi, behandling, epidemiologi, ekonomi och styrning.

Jörgen började sitt föredrag med att diskutera utifrån hälsa och sjukdomsbegreppen och pekade på kopplingen mellan etiologi, diagnos och epidemiologi. Just genom epidemiologin finns goda möjligheter att ur

landstingsperspektiv studera t ex tandhälsa. Det finns möjlighet att analysera på olika nivå – individ och olika gruppnivå. Det går att se att t ex sociodemografiska faktorer har betydelse för tandhälsan eftersom samhällsstruktur, vårkonsumtion, fluor i vatten mm varierar i olika områden. Även den riskbedömning som görs i vården på såväl individ som gruppnivå och de därpå följande vårdinsatserna kan utvärderas och förbättras genom epidemiologi.

I bakgrunden finns förstås ekonomin. Jörgen menade att vi måste se till de resurser vi har inom tandvården och inte till hur mycket vi kan eller måst spara. Det är rimligt att ekonomiska vinster inom barn och ungdomstandvården till en

skälig del också återinvesteras där. Som slutkläm gavs ett holistiskt perspektiv på samhällsodontologi:

- Folktandvårdens uppgift, framför allt inom barn- och ungdomstandvården men också i vuxentandvården, är att bedriva ett folkhälsoprojekt inte ett affärsprojekt.
- Med hjälp av moderna hjälpmedel kan en teambaserad barn- och ungdomstandvård vidareutveckla detta folkhälsoprojekt med god ekonomi utan att komma i konflikt med lege artis principer eller fackligt revirtänkande.

/Gunilla Klingberg/

---

## MEDA resestipendium 1999

MEDA Sverige AB delar årligen ut 5000 kronor till resestipendium för Svenska Pedodontiföreningens medlemmar.

Ansökningstiden för nästa års stipendium går ut den 1 april 1999. Ansökan ställes till ordförande i Svenska Pedodontiföreningen:

Sven-Åke Lundin  
Odontologiska utbildningsenheten  
Box 1126  
11 Örebro.

## Hur blir man specialist egentligen?

Majoriteten av svenska pedodontister har erhållit sin specialistbehörighet enligt de gamla reglerna och kommer kanske mest ihåg ifyllandet av krångliga blanketter som skickades in till Socialstyrelsen. Det kostade sedan en slant att få ut papper på behörigheten, först en mindre summa men sedan en bra bit över tusen kronor i stämpelavgift. Nu finns ju ett helt nytt regelverk kring specialistutbildningen och många undrar hur examinationen för att erhålla specialistkompetens går till.

I slutet av november var det dags för Birgitta Jälevik vid Pedodontiklinikerna i Mölndal och Göteborg att examineras. Professor Svante Twetman var examinator och hade inför examinationen funderat över hur en examination lämpligen kan läggas upp. För Birgittas del innebar dagen fyra olika moment som skulle gås igenom, alla med olika syften.

Först på dagen stod två patientbehandlingar som skulle genomföras med examinator närvarande. Den ena patienten skulle vara ett premediceringsfall, den andra fick Birgitta välja själv, men det skulle vara

behandling av specialistkaraktär. I detta moment av examinationen utvärderades patientomhändertagande och kommunikation liksom dokumentation av patienterna i journalerna.

Som andra del i examinationen ingick en offentlig föreläsning. Denna skulle vara riktad till tandvårdspersonal inom allmäntandvården eller till studenter. Birgitta hade fått instruktionen att välja ett för pedodontin centralt ämne/område att föreläsa om i 45 minuter. Valet blev smärta, smärtlindring och sedering och föreläsningen hölls för allmäntandvårdens personal vid Mölndalskliniken. Syftet med detta moment var dels att se vad den blivande pedodontisten ser som centralt att föra ut, dels att bedöma hennes pedagogiska färdigheter.

Därefter följde, som tredje moment, en diskussion rörande centrala principer inom pedodontin, t.ex. olika policies. Här gavs möjlighet till djupdykningar inom olika delar av specialiteten. Närvarande här var förutom Birgitta själv och examinator, även handledare (Torbjörn Torstensson och Jörgen G Norén). Här gavs möjlighet att diskutera hur

en blivande pedodontist ser sin egen roll i framtiden med hänsyn till bl.a. klinik, utveckling, kontaktyta till allmäntandvården, rollen som konsult och kunskapsförmedlare och pedodontistens syn på olika patientgrupper.

Sista delen av examinationen ägnades åt en genomgång och diskussion kring fallbeskrivningarna. Examinator granskade att de omfattade ett tillräckligt brett spektrum av specialistpatienter. Här diskuterades med utgångspunkt från de olika fallen på en mer detaljerad nivå. Förutom examinator och Birgitta Jälevik var handledarna närvarande.

Examinationsdagen var minst sagt späckad och det fick ta en stund, närmare bestämt från klockan tio på förmiddagen tills efter klockan fem på sena eftermiddagen. Denna typ av examination är således en tuff slutgranskning för den blivande pedodontisten. Men det kräver också en hel del av examinatorn! Hur det gick – bra förstås!

*/Gunilla Klingberg/*

## Pedodonti ur ett värmländskt perspektiv

*Christina Hammarström, Karlstad*

Specialisttandläkarna i Värmland har av tradition varit få till antalet. Istället har resurserna inom den offentliga tandvården satsats på allmäntandvård, främst förebyggande vård.

Enligt min uppfattning har specialisttandvård mest utnyttjats till service för allmäntandvården.

Utbildningsinsatserna har under många tiotal år i huvudsak riktats mot tandsköterskor och tandhygienister. Först nu i slutet av 90-talet uppmärksammas tandläkarnas behov av att stärka den odontologiska kompetensen.

Trots det bistra klimatet för fortbildning för tandläkare har vi på pedodontikliniken ägnat en del av vår tid till att sprida kunskap om barntandvård till landstingets olika kliniker. För cirka åtta år sedan ägnade vi utbildningsinsatserna år omhändertagande av små barn med grav karies. Sedan uppmärksammade vi sedermera, först med diazepam, senare med lustgas. I omgångar har behandling av trauma och mineraliseringsdefekter aktualiserats. Under de senaste åren har sedermera med Dormicum® och omhändertagande av kroniskt sjuka barn varit i fokus.

Pedodontikliniken består av en tandläkare och två tand-

sköterskor. För att kunna behandla drygt 300 nya remitterade patienter per år och en genomströmning av mer än 500 patienter per år har det varit nödvändigt att tandsköterskorna arbetar mycket självständigt och med långtgående delegering.

Huvudparten av remissanledningarna är behandlingsrädsla, men andelen barn med beteendestörningar, funktionshinder och kronisk sjukdom ökar. Eftersom Värmland är en glesbygd med långa avstånd har många problem varit tvungna att klaras av per telefon.

Hittills har inte idén med en kontakttandläkare i barntandvård på varje klinik fått fäste. Tandläkarna har velat behålla sina barnpatienter. Jag tycker mig märka en liten förändring i den attityden. Det har inte heller varit möjligt att få en allmäntandläkare med intresse för barntandvård som extraresurs på kliniken. Villiga tandläkare har funnits, men av ekonomiska skäl har de behövts på sina respektive hemmakliniker. Spontant har dock på flera kliniker duktiga barntandläkare givit sig till känna. Samarbetet med dem har varit till stor glädje för mig.

Inom folktandvårdens organisation i Värmland finns tre tandläkartjänster

för administrativa arbetsuppgifter, två i tandhälsovård och en i samhällsodontologi. Dessa tandläkare handhar ärenden som tandvårdens planering, vårdmål, epidemiologi mm. Därför har få uppgifter av denna karaktär fallit på mig.

I den mycket nära framtiden skulle jag vilja se att intresset för barntandvård återskapas. Vägen till en bättre - och billigare - barntandvård beskrev Göran Koch för några år sedan på följande sätt:

- Tidig riskidentifiering
- Uppmärksamma sambandet tandhälsa och socioekonomisk tillhörighet
- Prioritera rätt individer; fördela resurserna
- Bibehåll intresset för profylaktik - men ge det ett nytt innehåll
- Välj rätt profylax till de sjuka
- Ställ villkor för den friska: kunskap i egenvård, fluortandkräm, sockersubstitut, kemiska hjälpmedel
- Kunskap och utbildning för tandvårdens personal

För den egna pedodontiverksamheten hoppas jag att möjlighet för två pedodontitjänster skall skapas och med detta ökade kringresurser. Värmlands 65.000 barn och ungdomar behöver det.

## Rapport från sektionerna

### Norra sektionen

Norra sektionens aktiviteter har i år präglats av förberedelser för riksstämmeprogrammet. Det har varit en glädjande god tillströmning av forskningsrapporter vilket lett till att vi utökat tiden maximalt och ändå måste hänvisa flera intressanta rapporter till postersessionerna. Vad gäller huvudsymposiet, "Ätstörningar hos barn och ungdom", har det varit en del olika idéer om hur vi skulle ge oss på detta heta ämne, utan att det uppfattas alltför spekulativt. När detta

läses vet vi hur det gått. Vår tanke med ämnesvalet har emellertid styrts av att vi tycker ämnet är angeläget också ur ett odontologiskt perspektiv. Om sedan patientaspekterna representeras av en kändis, Anna Lena Brundin, som kanske drar litet extra publik till Pedodontiföreningens program så är det inget negativt.

I oktober genomfördes i sektionens regi en mycket uppskattad och övertecknad sederingskurs med inriktning på Midazolam.

Umeå var kursplatsen och likaledes hemmaplan för de mycket uppskattade kursgivarna. Ämne är ju i högst grad aktuellt och vi har länge dryftat frågan bland pedodontister. En hel del legala och föfattningmässiga krampstillstånd torde behöva lösas upp. Efterfrågan på kunskap i ämnet verkar så stor att vi överväger att upprepa kursen inom kort.

Styrelsen för norra sektionen genom /Bo Schelin, ordförande

### Södra sektionen

Under 1998 bytte vi i Södra regionen styrelse och ny ordförande är Margareta Borgström, Helena Möller är kassör, Karin Ridell är sekreterare och Boel Jensen är ledamot. En av våra målsättningar är att öka medlemsantalet och vi har med våra inbjudningar gått ut till både medlemmar och tandläkare med intresse för barn- och ungdomstandvård.

Värmötet hölls i maj och ämnet var "Carisolv- vad vet vi egentligen?". Tf professor Dan Ericson höll en intressant information om ett kompletterande alternativ till konventionell behandling. Deltagarna fick själva under kvällen prova

Carisolv på extraherade tänder, vilket uppskattades mycket.

I samband med föreningens årsmöte i slutet av oktober kommer Svante Twetman, ett välkänt namn inom pedodontikretsar i Sverige och numera även adjungerad professor vid Tandvårdshögskolan i Malmö, att diskutera "Kan karies behandlas med klorhexidin?".

I Skåne har skett en sammanslagning av två landsting, Kristianstad län och Malmöhus län, samt Malmö kommun, vilket har lett till en rad förändringar. Vår nya tandvårdschef heter Carina Mohlin och hon fick tillfälle att

visa upp sig under Barntandvårdsdagarna i slutet av september i Halmstad. Dessa dagar innehöll många intressanta programpunkter och uppslutningen var stor, cirka 300 deltagare från stora delar av Sverige. Ett stort TACK till arrangörerna för mycket välorganiserade och givande dagar!

Byggandet av Öresundsbron fortskrider planenligt, men tack vare Anna-Lena Hallonsten bygger vi en ännu snabbare förbindelse med de danska skoltandläkarna på andra sidan sundet. Vid våra möten har vi haft besök av flera av våra danska kollegor- ett samarbete som vi värdesätter mycket!

/Margareta Borgström/

## Västra sektionen

Vid årsskiftet 1999 upphör Landstinget Skaraborg, Landstinget i Älvsborg, Bohuslandstinget och Göteborgs Stad. I dessas ställe bildas Västra Götalandsregionen.

Inom västra regionen diskuterades tidigt i våras de konsekvenser som bildandet av Västra Götalandsregionen kan medföra för den specialiserade barn- och ungdomstandvården. Efter kartläggning av karaktär och innehåll av verksamheterna på de olika pedodontiklinikerna diskuterades policyfrågor, mål

och kvalitetsindikatorer som kan komma att utgöra gemensam bas för pedodontin i den nya regionen.

Nu när endast kort tid återstår innan Västra Götalandsregionen bildas, står det klart att regionstyrelsen är fullt sysselsatt med att organisera sjukhusvården. Primärvården och tandvården blir tills vidare kvar inom sina tidigare organisationer.

Under senvåren hölls Pedodontiföreningens Vårmöte i Göteborg, ett vällyckat

arrangemang som Gunilla Klingberg och hennes medhjälpare Agneta Robertson och Catharina Jakobsson bjöd oss.

Sektionens höstmöte och tillika årsmöte kommer att hållas i slutet av november i Uddevalla. Programmet denna dag är barn med diabetes, föreläsare är Ragnar Hanås från Uddevalla sjukhus samt kollega Carl-Gösta Rasmusson

*/Christina Hammarström/*

---

## Östra sektionen

Den nya styrelse som tillträdde sin mandatperiod efter årsmötet den 16 februari har formerat sig enligt följande besättning:

Ny ordförande för denna mandatperiod är undertecknad, som därvid lämnat pennan vidare till en ny sekreterare; Karin Högkil, verksam på Eastmaninstitutet.

Som kassör fortsätter den alltid rätträknande Karl Johan Nordenvall, Södertälje.

Av de övriga ledamöterna är en väl inarbetad i styrelsen; Åsa Högström, Västerås och en ny kapacitet; Margaret Grindefjord, Vällingby. Årsmöteskvällen var väl besökt (26 personer, dvs mer än

hälften av ÖSP:s medlemmar. Efter sedvanliga årsmötesförhandlingar fortsatte kvällen med ett dagsaktuellt tema; specialistkollegan på Eastmaninstitutet Henrik Raber höll då ett föredrag med titeln "CARISOLV"-så löser Du Dina kariologiska problemen information om en ny metod.

Styrelsen planerar att under hösten kalla till ett medlemsmöte och därvid ta upp en presentation och diskussion om aktuell kariesdiagnostik, baserad på de nygamla metoder som har presenterats i andra sammanhang av bl a Kariesavdelningen i Huddinge. De metoder som då kommer att

diskuteras är diagnostik med laser, FOTI, elektrisk resistansmätning m fl.

Innan detta äger rum ser vi fram emot en spännande Odontologisk Riksstämman som enligt programmet uppvisar ett intressant program inom odontologi i allmänhet och Pedodonti i synnerhet. Dessutom ser vi i ÖSP med glädje fram emot att få träffa kollegor under fredagens kvällsaktivitet.

Väl möta i Stockholm.

För ÖSP/Stein Björkman,  
ordförande

## Redogörelser från ACTA och MEDA stipendiater

### Reserapport från ACTA stipendiat - AADR -98

Rapport från Annalena Holsts deltagande i American Association for Dental Research kongress i Minneapolis 4-7/3 1998.

Jag flög från Köpenhamn med SAS till Chicago och därifrån med United Airlines till ett vintrigt Minneapolis.

Kongressen hölls i Minneapolis Convention Center - en enorm anläggning med skyways till fashionabla hotell Hilton, där en del av aktiviteterna ägde rum. 2900 deltagare från jordens alla hörn hade mött upp för att ta del av det digra programmet med bl a 1576 vetenskapliga rapporter. Vid öppningsceremonin inledningstalade bland andra ordföranden för International Association for Dental Research professor Per Olof Glantz från Lund. Programmen med workshops, symposier, muntliga presentationer och posters spände över hela det odontologiska forskningsfältet. Det var inte lätt att bestämma sig för vad man skulle prioritera. Jag valde symposiet om reglering av kolhydratmetabolismen hos orala streptokocker och

symposiet om functional foods med titeln Food Deleveloping and Marketing - Effects on Oral Health. Jag lyssnade också på en mängd rapporter om alternativ till amalgam, mikroläckage, epidemiologi och tidig karies hos barn vilket jag är speciellt intresserad av. På kongressens sista dag var jag själv i elden med en rapport om 3-årsuppföljning av tunnelrestaureringar. Ett hundratal kolleger lyssnade och flera ställde frågor efteråt. De tycktes känna till att tunnelrestaureringar utförs ganska ofta i de Skandinaviska länderna och visade stort intresse för rapporten. En sammanfattning av rapporten bifogas.

En kulturell aktivitet hanns också med - besöket på Minneapolis Institute of Arts. En rundvandring på tre timmar räckte inte till alla temporära och permanenta utställningar från forntid till nutid i denna underbara högt belägna byggnad med utsikt över alla Minneapolis skyskrapor och en del av dess 1200 sjöar!

Åter på svensk mark efter en innehållsrik och lärorik vecka tackar jag för resestipendiet!

*/Annalena Holst/*

#### **Restoration of small proximal dentin lesions with the tunnel technique**

#### **A 3-year Clinical Study performed in Public Dental Service clinics.**

*Annalena Holst, Maria Brännström, Department of Paediatric Dentistry, Blekinge County Council, Karlskrona, Sweden*

#### **SAMMANFATTNING**

Syftet med denna studie var att under 3 år kliniskt utvärdera tunnelrestaureringar utförda av ett flertal allmänpraktiserande tandläkare på indikationen liten approximal kariesskada i dentinet på permanenta premolarer och molarer.

302 restaureringar utförda av 17 tandläkare utvärderades kliniskt och röntgenologiskt efter 1 år, 2 år och 3 år. Internationellt accepterade kriterier användes (modifierat USPHS).

Tunnelpreparationerna var fyllda med ett glaspolyalkenoatcement (Ketac Silver, ESPE, Tyskland).

Andelen lyckade och acceptabla restaureringar var 92.7 % efter 1 år, 89.5 % efter 2 år och 84.3 % efter 3 år. 8 % av restaureringarna

misslyckades på grund av karies, 6 % frakturerade och 1 % hade omfattande kantmissfärgning.

Tunnelrestaurering tycks

sålunda vara en användbar teknik vid små approximala dentinkariesskador på permanenta premolarer och molarer.

*/Annalena Holst/*

---

## Studieresa till Australien - rapport av en ACTA-stipendiat

Med hjälp av bl a stipendiet och med tjänstledighet utan lön kunde jag tillsammans med Ingemar åter styra kosan mot Westmead Hospital Dental Clinical School för en fr a klinisk sejour bland barn och ungdomar med ovanliga och sällsynta sjukdomar, utvecklingsstörningar och syndrom.

Den avgörande anledningen att åter arbeta i Sydney var det splitternya barnsjukhuset i direkt anslutning till Westmead som har ersatt det gamla barnsjukhuset inne i city! Vid min tidigare vistelse i Sydney hade jag endast möjlighet att besöka barnsjukhuset en halvdag i veckan. Nu förelåg det således rejält förbättrade möjligheter att auskultera, arbeta bland och även behandla denna typ av barnpatienter. Det var mycket givande att "träna ögonen", dvs att få se och träffa barn och ungdomar med mycket sällsynta syndrom och utvecklingsstörningar och få vara med i deras omhändertagande.

Richard Widmer, som flera av er mött, är utbildad av Roger Hall i Melbourne men sedan i början av 80-talet chef för barntandvårdsenheten på

Westmead och enheten på Barnsjukhuset. Han tog hand om de flesta av remitterade och inneliggande patienter och det var otroligt givande att arbeta med en "levande uppslagsbok", att ha tillgång till patienter, mycket litteratur, TID och såklart diagnosystem på data.

Det var inte bara de odontologiska problemen utan själva omhändertagandet av barnpatienter i samarbete med olika specialister på barnsjukhuset, att arbeta i tvärvetenskapliga grupper och att möta barn i olika stadier av kroniska och svåra sjukdomar som allt sammantaget gav ytterligare en dimension till min professionella verksamhet.

Det var intressant att åter få delta i Late Effect Clinic, där endokrinologer, psykologer, pediatriker, andrenologer, onkologer, tandläkare, ögonläkare m fl samlas, undersöker/följer upp och diskuterar ungdomar och unga vuxna som haft cancer i barnaåren. Ungdomarna uppvisade hela spektrat från ett i stort sett normalt liv med egna barn till unga vuxna med stora problem såväl fysiska men fr a psykiska. Jag mötte faktiskt unga vuxna som jag

mött redan -88/89. Överlevnadsfrekvensen är hög men i en del fall kan man diskutera till vilket pris och till vilken livskvalitet?!

Hur skall jag nu använda denna erfarenhets- och kunskapsökning. Det är svårt att överföra den direkt till min kliniska vardag, men jag skall försöka behålla mina "tränade ögon" så att kanske någon patient kan få nytta av det. Vidare vill jag gärna fördjupa och utveckla det goda samarbete och utbyte som vi har med barnmedicin/habilitering och kanske bildandet av Folk tandvården Skåne innebär nya möjligheter.

Förutom den professionella biten var det förstås underbart att få vara i Sydney igen och få träffa alla goda vänner och kollegor. A real nostalgic trip!! Det var inte heller någon tillfällighet att vi valde november-december; vi ville byta det svenska mörkret mot sol, värme och ljus.

Tack för stipendiet som bidrog till min resa till och vidareutbildning i Sydney, Australien.

Malmö 980831

*/Ulla Schröder/*

## Forskningsrapport från ACTA stipendiat

### Studies concerning the problem and management of replacement resorption in the developing dentition

*Barbro Malmgren, Eastmaninstitutet, Stockholm*

The presentation comprises three separate studies on ankylosed incisors

**I. Surgical treatment of ankylosed and infrapositioned reimplanted incisors in adolescents** deals with a surgical technique for preserving the alveolar ridge of ankylosed and infrapositioned incisors and improving conditions for a subsequent prosthetic therapy. The findings warrant the conclusion that all ankylosed teeth can be removed with the modified extraction technique.

**II. Infraposition of reimplanted ankylosed incisors related to growth in children and adolescents** deals with the timing and indication for the surgical invention. The indication and timing of surgical invention was evaluated in relation to the increase in infraposition of ankylosed incisors, the age at the time of injury and the skeletal growth of the patient.

*Material and methods.* Fourty reimplanted upper incisors were followed from the time of injury. The age of the patients at the time of trauma varied from 6,5 to 14,1 yr (median 9,9 yr). The follow-up period after the

diagnosis of ankylosis was at least three years. Annual body height measurements were used to evaluate the growth intensity during follow-up after trauma. The infraposition was estimated from photographs of plaster models taken at least once a year.

*Results.* Within one year after the injury all teeth exhibited minimal infraposition. In children younger than 9 years at the injury the increase of infraposition was faster and more severe than if the trauma had occurred later. In patients older than twelve years at the injury the increase of infraposition was related to the individual skeletal growth.

*Conclusion.* Ankylosed incisors in children and adolescents shall be removed before the infraposition becomes so advanced that a satisfactory prosthetic treatment is difficult to perform. Frequent observations of the development are mandatory particularly in children younger than 9 years at the injury. Annual height measurements indicating the skeletal development might facilitate judgement of the prognosis for ankylosed teeth during adolescence.

**III. Long-term follow-up of early ankylosed, surgically treated incisors with a modified extraction. – Final solution with implants.** Patients with ankylosed incisors extracted by the modified surgical technique are followed to adulthood. The roots left in situ to be replaced by bone have in most cases become totally resorbed and the alveolar bone has regenerated in vertical direction and the alveolar ridge has been maintained. During development of the dentition the missing teeth were replaced with a tooth fixed to a lingual arch wire soldered to band on the primary second molars or permanent first molar. When the canines were fully erupted, a resin-retained bridge was made. After completion of growth the patients were treated with implants as a permanent solution. Patients treated earlier with modified extraction technique had a normal alveolar ridge when they reached adulthood. This made it possible to place implants with good success. The implants of the ten first patients have now been followed-up after two years. They show complete success.

## Rapport från MEDA-stipendiat - IADR, Nice juni 98

Med bidrag i form av stipendium från MEDA kunde jag i juni i år besöka och delta vid IADR (International Association for Dental Research) kongressen i Nice, Frankrike. Denna den 76 kongressen hade i vanlig ordning samlat deltagare från hela världen och hela 3226 abstract fanns i abstractsboken.

Rapportering och arbete inom IADR sker ju i olika grupper. Någon grupp för pedodonti finns inte. Istället finns grupper som behavioral sciences, cariology, dental materials, mineralized tissues, periodontal research, pulp biology m fl. Från Sverige fanns pedodontister på plats från såväl minst Umeå, Stockholm, Malmö, Halmstad som Göteborg.

Eftersom jag själv framför allt är verksam inom området behavioral sciences och då dental fear and anxiety var det dessa delar i programmet jag bevakade och kunde notera att mängden rapporter inom detta område ständigt ökar (liksom är fallet inom andra områden) och att vissa trender går att se. Således redovisades flera populationsbaserade studier, även inom barnområdet. Det finns också mycket rapporter om metodologi, dvs tillförlitligheten hos olika instrument och om sambandet smärtupplevelser i tandvårdssituationen och uppkomsten av

tandvårdsrädsla/kooperation problem.

En postersession och två oral session handlade om fear and anxiety. I år hade man lagt poster session i annan byggnad inom kongresscentret Acropolis. Det var bara att ta sig en promenad över gatan några hundra meter bort. Här hölls postersession under en och en halv timme före lunch samtidigt som det var uppehåll i övriga delar av programmet. Posterhallen var stor och det var ganska fantastiskt att höra sorlet som blev allt högre under sessionerna.

Själv rapporterade jag om en av våra studier rörande temperament och tandvårdsrädsla. Vi har funnit en koppling mellan främst utpräglad blyghet och emotionalitet och tandvårdsrädsla. Intressant är att man sedan tidigare vet att blyghet som temperamentsdrag ökar risken för ångslan, neuroser etc.. När vi jämförde temperament och BMP – svårbehandlade barn fanns inte alls samma samband. BMP barnen låg istället högre i temperamentstypen aktivitet. Temperament mäts genom psykometri och främst fyra olika typer/karaktäristika registreras – blyghet, emotionalitet (främst negativ emotionalitet), socialbilitet och aktivitet. Man anser idag att temperament är en emotionell egenskap som varierar mellan olika

individer. Temperament tycks vara en egenskap som är stabil över tid och situation. Det tycks finnas en genetisk påverkan vad gäller temperament och det gör sig gällande redan tidigt i livet. Utpräglad blyghet räknar man med att hitta hos upp till kanske 10% i en befolkning.

Erik Skaret från Bergen rapporterade om tonåringar som undviker tandvård. Erik visade på samband mellan undvikande av tandvård och tidigare carieserfarenhet uttryckt som DMFT. I ett arbete publicerat nyligen i European Journal of Oral Sciences nu 1998 (nr 4) har han dessutom visat samband mellan tandvårdsrädsla som ung vuxen (18 åringar) och tidigare smärtsamma behandlingar hos tandläkare. I det arbetet uteblev också rädda patienter.

Från ACTA i Amsterdam rapporterade Jaap Veerkamp om tandläkares beteende vid behandling av rädda respektive mycket rädda patienter. Tandläkarna som alla var specialiserade på barn tenderade att arbeta mer med operant betingning, dvs tydligare direktiv till barnen, mindre förstärkning och ignorerade barnets beteende mer ofta hos mycket rädda jämfört med de som bedömdes som mindre rädda. Maaïke ten Berge, psykolog från samma institution, rapporterade om den Nederländska populationsstudien om tandvårdsrädsla där ett

psykometriskt test, CFSS-DS, också utvärderas.

Sammanfattningsvis; det är alltid spännande och roligt

att närvara vid IADR mötena. Att årets möte var förlagt till Nice mitt i sommaren var inte heller fel, framför allt inte när

sommaren blev som den blev.

/Gunilla Klingberg/

## Debatt

# Avdelningen för Specialiserad Barn- och Ungdomstandvård.....

Frågan kring vad vår specialitet skall kallas har varit i fokus fler gånger i vår förening. Det är av största vikt att komma fram till ett begrepp som väl beskriver vår uppgift och verksamhet. Vid "Barntandvården i Skövde" har vi kommit fram till benämningen:

**Avdelningen för Specialiserad Barn- och Ungdomstandvård.** Detta som en följd av att vi numera ingår i ett funktionellt center för barn- och ungdomsvård. Detta center oaktat finns det anledning att tänka över namnförslaget.

Namnet är bra då det på patient-förståelig svenska i rimlig mån, framgår vad vår avdelning/klinik arbetar med. Våra läkarkollegor förstår också mycket bättre. "Pedodonti" var/är ett i stort sett okänt begrepp inom den medicinska världen.

*Barntandvården* hette vi förut. Det var inte så dumt men beskriv ändå inte tillfredsställande vår verksamhet. Vilken 16-19-

åring vill bekänna sig till "barntandvård"?

Dessutom sätter allmänhet och sjukvårdsorganisation gränserna för "barn" på lite olika nivåer. Det är inte så självklart för allmänheten att vi i tandvården med barn avser individer t o m 19 år inom barnmedicinen 18 år.

Med greppet *barn- och ungdomstandvård* tror vi att de flesta associerar just dit vi vill - nämligen från de allra minsta barnen (1- och 2-åringar) till våra "nästan vuxna" 17-18-åringar. Att vi dessutom behandlar en del barn under 1 år och några individer över 18/19 år är inte avgörande att tydliggöra i det här sammanhanget.

Vi använder också ordet *specialiserad* barn- och ungdomstandvård. Det är viktigt bl a för att särskilja oss från den barn- och ungdomstandvård som bedrivs inom allmäntandvården. Det är viktigt att göra den distinktionen därför att det är skillnad på vad som sker i

allmäntandvård och vad som sker inom ramen för specialisttandvård för barn och ungdom.

Det är rimligt att detta tydligt avspeglar sig *även i vår specialitets benämning.*

Det är genom vår verksamhet som barn och ungdomar med behov av större och specifik odontologisk kompetens kan få sina tandvårdsbehov tillgodosedda. Detta måste tydligt framgå både för allmänhet och övrig medicinsk/odontologisk hälso- och sjukvård.

Det är lättare att närma sig varandra om vi först är på det klara med vilka vi själva är - vilket kräver en separerande tydlighet som bas. Vi behöver samla oss som specialitet i den här frågan - oavsett lokala förutsättningar. Det blir en bra bas att stå på bl a inför framtida diskussioner där fa våra "kunder" barnen, ungdomarna och deras föräldrar måste veta att vi finns. Lika väl som "kunderna!" remittenterna -

folktandvårds- och  
privattandläkare, läkare,  
psykologer osv behöver  
känna till vår existens.

Det är helt rikligt att vi  
pedodontister klargör detta -  
*vi som arbetar med en så*

*stor del av de barn- och  
ungdomar i landet som har  
särskilda odontologiska  
behov och begränsade  
möjligheter att göra sina  
röster hörda i samhället.*

*/Kristina Palm*  
Avd för specialiserad  
Barn- och  
Ungdomstandvård  
Kärnsjukhuset i Skövde

---

## Produkt och idébank

Produkt	Framställd av	Beställes från
<i>Funnits med från Nr 2 1996</i>		
”Råd om tändernas skötsel” dubbelsidigt med 9 enkla meningar att använda i tandhälsovårdsarb f invandrarfamiljer. Övers t 35 språk En uppsättning original för vidare kopiering kr 400.	Inv gruppen, Malmö Folktandvård, B Brimar bearb av U Hallström	U Hallström,LundA4-blad, Tel 046/ 32 51 50 Fax 046/ 32 51 40
<i>Funnits med från Nr 1 1997</i>		
Vårdprogram: Barn och ungdomar med olika funktionshinder. Underlag för klinikutbildning.	Sten Sundell	Pedodontikliniken Borås
RamBarn -97 Tandvårdsprogram för barn och ungdomar i Dalarna	Kvalitetsgruppen Folktandvården Dalarna/Bo Schelin	Tandvårdens Kansli, Falun Tel 023-86 175 Fax 023-86 159
<i>Funnits med från Nr 2 1997</i>		
Informationsblad om premedicinering Övers av inf blad om premedicinering till: albanska, arabiska, engelska, finska, kurmandji, persiska, serbokroatiska, sorani, spanska , turkiska, vietnamesiska.	Åsa Högström  Övers. gjord av Västmanlands läns tolkservice.	Åsa Högström Tel :021 - 17 54 70 Pris för komplett upp- sättning: 200-
<b>Information om de pärmar som presenterades på NFH:s konferens 1997-10-10</b>		
Information om tandbehand- ling under narkos - patientinformation	Odont inst Jönköping Pris 300:-	Att. Ingrid Osbeck Box 01030 551 11 Jönköping Tel 036/ 32 46 47 Fax 036/32 46 12
Administrativa rutiner, narkospatienter - personalinformation	Odont Inst Jönköping Pris 300:-	se ovan
<i>Nytt från Nr 2 1998</i>		
Formulär för anamnes- upptagning barn/ungdom, ”normal”pat resp pat med behandl problem	Spec klin f btv Lund	Ulla Hallström Tel 046/ 32 51 54 Fax 046/ 32 51 40
Kravspecifikation inom barn- och ungdoms- tandvård	Anders Nordblom mfl	Anders Nordblom Tel 0500 – 43 29 00

Produkt	Framställd av	Beställes från
Profylaxprogram	Ingegerd Mejäre mfl	Monica Hagström Folktandvården Huvudkontoret Stureg 1 172 86 Stockholm
Tandhälsoarbete för och riskgruppering av förskolebarn	Seminariearbete av tandhygienistelever	Christina Hammarström Tel 054 – 15 25 90
Videofilm Behandling av Del I: Incisiv med inflammatorisk rotresorption Del II: Behandling av incisiv med vidöppet apex	Avd. för pedodonti Eastmaninstitutet Stockholm Pris 900:- Finns såväl på svenska engelska	Catharina Lindqvist Barbro Malmgren Tel 08 – 729 89 39 Fax 08 – 34 82 72

## Litteraturguide

### ASDC Journal of Dentistry for Children

*No. 2; March-April 1998; Vol 65*

- Croll TP. Primary incisors restoration using resin-veneered stainless steel crowns. 89-95
- Waldman HB, Perlman SP, Swerloff M. What if dentists did not treat people with disabilities? 96-101.
- Aguiló L, Cibrián R, Bagán JV. Eruption cysts: Retrospective clinical study of 36 cases. 102-106.
- Waldman HB. Have your young pediatric patients been immunized properly? 107-110.
- Jedrychowski JR, Bleier RG, Caputo AA. Shrinkage stresses associated with incremental composite filling techniques. 111-115.
- Franchi L, Branchi R, Tollaro I. Craniofacial changes following early prosthetic treatment in a case of hypohidrotic ectodermal dysplasia with complete anodontia. 116-121.
- Kupietzky A, Blumenstyk A. Comparing the behavior of children treated using general anesthesia with those treated using conscious sedation. 122-127.
- Scott S, García-Godoy F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. 128-131.
- Lopez Del Valle L, Velazquez-Quintana Y, Weinstein P. Early childhood caries and risk factors in rural Puerto Rican children. 132-135.
- Goho C. Dental findings in Saethre-Chotzen syndrome (Acrocephalosyndactyly type III): Report of case. 136-137.
- Thomas GP, Brown RS, Selby DM et al.. Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy: Report of case. 138-140.
- Rezende Vieira A, Modesto A, Grillo Cabral M. Dentinal dysplasia type I: Report of an atypical case in the primary dentition. 141-144.

*No. 3; May-June 1998; Vol 65*

- Hicks MJ, Flaitz CM. Caries formation *in vitro* around a fluoride-releasing pit and fissure sealant in primary teeth. 161-168.

- El Kalla IH, García-Godoy F. Bond strength and interfacial micromorphology of four adhesive systems in primary and permanent molars. 169-176.
- Kocadereli I. Early orthopedic treatment for Class III skeletal pattern. 177-181.
- Arana-Chavez VE, Andia-Merlin RY. Scanning electron microscopy examination of resorbing enamel surfaces in unexfoliated primary molar teeth. 182-185.
- Costa LRRS, Villena RS, Sucasa PSC et al.. Oral findings in pediatric AIDS: A case control study in Brazilian children. 186-190.
- Walton AG, Meechan JG, Welbury RR. Meningococcal septicemia and disseminated intravascular coagulation affecting the premaxillary permanent tooth germs. 191-193.
- Waldman HB. Do your pediatric patients drink alcohol? Are they heavy or binge drinkers? 194-197.
- Kendrick F, Wilson S, Coury DL, Preisch JW. Comparison of temperaments of children with and without baby bottle tooth decay. 198-203.
- Waldman HB. More children are unable to get dental care than any other single health service. 204-208.
- Chan YK, Lin LM, Lin CC, Yan YH. Palatal pleomorphic adenoma in a child with osteoid formation: Report of case. 209-211.
- Long WR, Curbox SC, Cowan JE. Arch-length asymmetry related to an odontoma in a three-year-old. 212-213.

## **International Journal of Paediatric Dentistry**

### *No 1, March 1998, Vol 8*

- Hussien I, Kershaw AE, Tashmassebi JF, Fayle SA. The management of drooling in children and patients with mental and physical disabilities: a literature review. 3-12.
- Hunter ML, Hood CA, Hunter B, Kingdon A. Oral health advice: reported experiences of mothers of children aged 5 years and under referred for extraction of teeth under general anaesthesia. 13-18.
- Goodman JR, Gelbier MJ, Bennet JH, Winter GB. Dental problems associated with hypophosphataemic vitamin D resistant rickets. 19-28.
- Belazi MA, Galli-Tsinopoulou A, Drakoulakos D, Fleva A, Papanayiotou PH. Salivary alteration in insulin-dependent diabetes mellitus. 29-34.
- Mallow PK, Durward CS, Klaipo M. Restoration of permanent teeth in young rural children in Cambodia using the atraumatic restorative (ART) technique and Fuji II glass ionomer cement. 35-40.
- McNamara CM, Garvey MT, Winter GB. The dental problems and management of a patient suffering from congenital insensitivity to pain. 47-50.
- Tahmassebi JF, O'Sullivan EA. A case report of an unusual mandibular swelling. 51-54.
- Edwards M, Reid JS. Multiple endocrine neoplasia syndrome type IIb: a case report.
- Holan G. Dens invaginatus in primary canine: a case report. 61-64.
- McMillan AS, Nunn JH, Postlethwaite KR. Implant-supported prosthesis in a child with hereditary mandibular anodontia: the use of ball attachments. 65-69.
- UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Gregg TA, Boyd DH. Treatment of avulsed permanent teeth in children. 75-81.

### *No 2, June 1998, Vol 8*

- Girdler NM, Sterling PA. Investigation of nitrous oxide pollution arising from inhalation sedation for the extraction of teeth. 93-102.
- El-Kalla IH, Garcia-Godoy F. Bond strength and interfacial micromorphology of compomers in primary and permanent teeth. 103-114.
- Al Ghanim NA, Adenubi JO, Wyne AA, Khan NB. Caries prediction model in pre-school children in Riyadh, Saudi Arabia. 115-122.
- Iramaneerat S, Cunningham SJ, Horrocks EN. The effect of two alternative methods of canine exposure upon subsequent duration of orthodontic treatment. 123-130.
- Hood CA, Hunter ML, Hunter B, Kingdon A. Demographic characteristics, oral health knowledge and practices of mothers of children aged 5 years and under referred for extraction of teeth under general anaesthesia. 131-136.

Carvalho JC, Vinker F, Declerck D. Malocclusion, dental injuries and dental anomalies in the primary dentition of Belgian children. 137-142.

Holan G. Traumatic injuries to the chin: a survey in a paediatric dental practice. 143-148.

Porter SR, Scully C, Kainth B, Ward-Booth P. Multiple salivary mucoceles in a young boy. 149-152.

Hunter ML, Roberts GJ. Oral and dental anomalies in Ellis van Vrevelde syndrome (chondroectermal dysplasia): report of a case. 153-158.

Hotuman E, Rølling I, Poulsen S. Fissure sealant in a group of 3-4-year-old children. 159-160.

UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Kinirons MJ. Treatment of traumatic intruded permanent incisor teeth in children. 165-168.

### *No 3, September 1998, Vol 8*

Cutando-Soriano A, Gómez-Moreno, Bravo M. Free interleukin-2 receptors in children with trisomy 21 (Down's syndrome) and different levels of periodontal disease. 177-180.

Lygidakis NA, Marinou D, Katsaris N. Analysis of dental emergencies presenting to a community paediatric dentistry centre. 181-190.

MacCormac C, Kinirons M. Reasons for referral of children to a general anaesthetic service in Northern Ireland. 191-196.

Farias M, Vargervik K. Tooth size and morphology in hemifacial microsomia. 197-202.

Morphis TL, Toumba KJ. Retention of two fluoride pit-and-fissure sealants in comparison to a conventional sealant. 203-208.

Luker J, McNamara T, Sandy J. Holes in the head: parietal foramina, a developmental anomaly seen during a routine orthodontic assessment. 209-212.

Holan G. Idiopathic internal resorption followed by apposition of calcified deposits in primary molars: a case report. 213-218.

Pitt Ford HE, Pitt Ford TR. Surgical repair of a resorptive defect in an anterior tooth of an adolescent: a case report. 219-222.

UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry. Crawford PJM. Continuing oral care: review and recall. 227-228.

## **Pediatric Dentistry**

### *No 3, May/June 1998, Vol 20 – missing*

### *No 4, July/August 1998, Vol 20*

Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. 237-243.

Morgan L, Allred E, Tavares M et al.. Investigation of the possible association between fluorosis, fluoride exposure, and childhood behavior problems. 244-252.

Wilson S, Matusak A, Casamassimo PS, Larsen P. The effects of nitrous oxide on pediatric dental patients sedated with chloral hydrate and hydroxyzine. 253-258.

Swift Jr EJ, Perdigão J, Heymann HO. Enamel bond strengths of "one-bottle" adhesives. 259-262.

Gleicher H, Fuks AB, Sela J. Adaption of class II Vitremer restorations with and without primer: a morphometric study. 263-266.

Fayle SA. The longevity of space maintainers: a retrospective study. 267-272.

Gregory RL, El-Rahman AMA, Avery DR. Effect of restorative treatment on mutans streptococci and IgA antibodies. 273-277.

Guckes AD, Roberts MW, McCarthy GR. Pattern of permanent teeth present in individuals with ectodermal dysplasia and severe hypodontia suggests treatment with dental implants. 278-280.

McDerra EJC, Pollard MA, Curzon MEJ. The dental status of asthmatic British school children. 281-287.

Roberts MW, Slade GD, McIver FT. Factors affecting the mobility of pediatric dentistry faculty. 288-291.