



Bulletin

Nr 1 2016

Nordisk förening för Funktionshinder och oral Hälsa





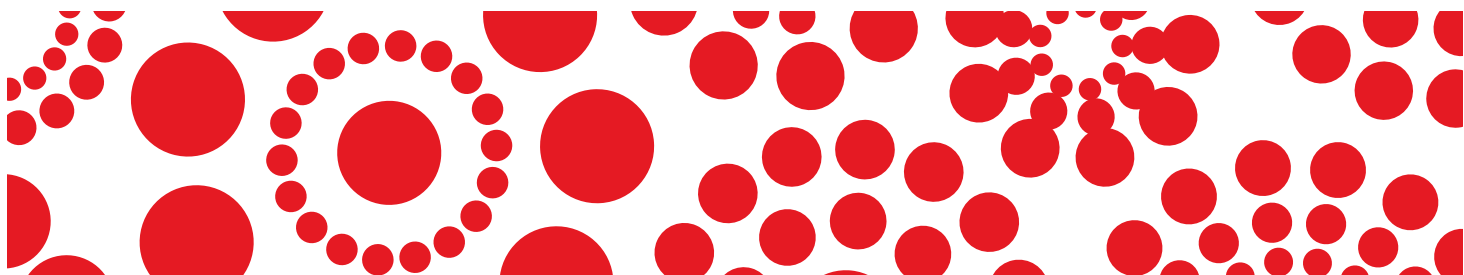
Produkter som får det att vattnas i munnen

Många delar av livet tar vi för givet, som att tungan fuktat gommen en het sommardag eller att saliven strömmar till när maten står på bordet. Det är naturligt och vi gör det tills den dag kroppen slutar fungera som den ska. Då helt plötsligt kan en fuktig mun innebära ett rikare liv.

Det är för dessa tillfällen som Proxident tagit fram en serie med Munspray, Munfuktgel, Muntork och Tandkräm. Naturliga produkter som var och en för sig lindrar torra och känsliga munnar. Tillsammans hjälper de oss att återerövra en del av livet som vi önskar vi kunde ta för givet.

Proxident
IN BETWEEN

Kontakta oss på tel 023-79 22 22 eller www.proxident.se





BULLETIN

NR 1 2016
VOL. 47

Innehåll

Ordföranden har ordet	4
Pharmacological treatment of pain	5
Castillo Morales koncept	10
'Forårs' kursus og generalforsamling i NFH-dansk sektion	12
Sedering idag och imorgon	15
Osteoradionekros i käkbenet och tryckkammarbehandling	17
Fosforkäke- från tändsticksfabriken i Kentucky till missbruk i Sibirien	18
Kort referat om nya antikoagulantia	20
23:e iADH kongressen i Chicago	22
Prevention and treatment	26
Geriatrisk tandpleje	27
Malocclusions and quality of life	28
NFH Nordisk konferens, Special Care 2017	30

NFH Bulletin utkommer elektroniskt 2 ggr årligen.
Medlemskap söks hos sekreterarna i respektive land

Ansvarig utgivare: Elin Svarrer Wang, ordförande Island

Redaktionskommitté: Lena Romeling Gustafsson, Sverige (huvudredaktör), Elsebeth Lili Nielsen, Danmark, Stefan Axelsson, Norge, Elin Svarrer Wang, Island och Mikael Skogman, Finland.

Material till Bulletin skickas till Lena Romeling Gustafsson lena.m.gustafsson@vgregion.se
Manusstopp är i mitten av februari samt i mitten av september varje år.

Ordföranden har ordet

Kære NFH-er.

Tillykke med den første elektroniske Bulletin.

Nu sidder jeg i Reykjavik og skriver en ny leder. Jeg er lige kommet hjem fra IADH congress i Chicago, fuld af inspirationer og nye oplevelser. På Island er foråret kommet, man vågner til lidt sne om morgenen, som så hurtigt forsvinder i løbet af dagen.

På IADH's generalforsamling blev der valgt bestyrelse. Den nuværende formand hedder Shouiji Hironaka og er fra Japan (han vil kalde sig „Sjosi“). Med ham i bestyrelsen sidder forehenværende formand Timuci Ari fra Tyrkiet, næste formand Luc Marks fra Belgien, kasserer Martin Artz fra Holland og til ny sekretær blev Alison Dougall fra Irland valgt. Tom Türk ønskede ikke genvalg som sekretær på grund af sygdom.

Clive Friedman fra Canada blev valgt til æresmedlem som tak for inspirerende og stort arbejde for IADH igennem sit liv. Clive og forhenværende formand Dimitris Emmanouil fra Grækenland fik begge en mindesplade fra IADH som tak for deres arbejde for IADH.

Bestyrelsen skal arbejde med at få foreningen mere organiseret. For eksempel skal IADH have fast adresse i London Ontario Canada og få en slags CPR-nummer.

Vedrørende Journal of Disability and Oral Health, vil jeg med glæde oplyse om at JDOH er gratis for medlemmer i NFH, fordi de automatisk er medlemmer i IADH. JDOH er elektronisk, og for at læse bladet elektronisk kan man gå ind på <http://www.stephenhancocks.com> og registrere (ved at have GDC nummer boksen tom for den er kun for brugere i Storbritanien) og sende en e-mail til forlaget igennem „Contact us“ boksen, hvor NFH-eren kan bede om adgang til JDOH (requesting access to JDOH).

I Reykjavik forbereder vi NFH konferencen for

2017. Datoerne er fastlagt, NFH konferencen 2017 bliver den 17.-18. august 2017. Konferencen skal være i Harpa, det nye Congress og konserthus, som blev færdigt i 2011.

Conferencen bliver holdt sammen med en gruppe nordiske fagfolk, som ligesom NFH har en conference hvert andet år, men deres er om spiseproblemer hos nyfødte og børn. (Children with Feeding Disorders) - der kommer både læger, talepædagoger og andre. Vi regner med at have en fælles dag med for eksempel forelæsninger, og en dag hvor grupperne bliver delt mere op. Der har også været tale om at have kursus inden konferencen, en slags preconference dag, som er valgfri. Programmet er under planlægning og kommer sammen med andre interessante oplysninger til at ligge på www.specialcare2017.com

I september/oktober åbner vi der for abstrakter.

Vi har med vilje lagt SpecialCare 2017 dagene inden Kulturnat i Reykjavik - Da er der altid et flot program i Reykjavik, så når I kommer til kongressen, vil jeg anbefale jer, at tage en ekstra dag i Reykjavik og opleve kulturnatten (eller kulturdagen). Når man alligevel er kommet så langt, anbefaler jeg at blive endnu en dag, og nyde søndagen til at køre lidt omkring, og se den fantastiske islandske natur.

Kulturnat eller „Menningarnótt“ på islandsk, er lørdagen den 19. august og begynder med løbning. Der er 10km, halvt marathon og helt marathon med præcise tidsmålinger. Derudover er også 3km uden tidsmåling og to børneløb på 550m og 1,3km. Over hele dagen er Reykjavik fyldt med alle slags begivenheder, forestillinger, koncerter og flere sjove ting, og de fleste er gratis. Kulturnat ender med et fantastisk fyrværkeri ved 23:00 tiden. I kan se forrige års program på <http://culturenight.is/>

Med venlig hilsen

Elin Svarrer Wang, formand for NFH.

Pharmacological treatment of pain

Föreläsning från NFH nordiska konferens, Sönderborg Danmark augusti 2015

Referat av Pedro Teixeira, Sverige

.....this was the theme that Jan Tagesen, Oral and Maxillofacial Surgeon from the Department of Dentistry of Aarhus University, presented to us during the meeting.

Pain can be described as “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.”

Commonly the patient presents him/herself with pain complaints from the maxillofacial region to our appointment. Sometimes the complaints are straightforward to a diagnose, but not so seldom are just a symptom within a more complex clinical presentation

For our help we have diagnostic measures of pain which can lead us to a diagnose and to a suitable treatment/action.

We start with the anamnesis (where as important to ask the right questions is to listen to the patient carefully). Then normally we collect data from the clinical examination, namely from the maxillofacial structures that concern us the most. Many times we proceed taking x-rays (intraoral, CBCT, Panoramic). And sometimes we need to complete our approach with laboratory exams or biopsy.

When the definitive diagnose is not possible or if many doubts upon the differential diagnose occurs or even in those cases we suspect that the pain has its origin in a pathologic process outside our sphere of action, then we can/ should refer the patient to other specialties (ENT, Neurology, Neurosurgery, Psychology etc)



As we all know, our sphere of action is limited in the majority of cases to the area innervated by the trigeminal nerve. This innervation includes mucosa of the sinuses, nasal and oral cavities (and the cornea and conjunctiva of the eye and dura of the middle, anterior, and part of the posterior cranial fossae) . The mandibular division carries the motor portion .

The motor portion conveys proprioceptive impulses from the temporomandibular joint. This motor division supplies the muscles of mastication : masseter, temporal, pterygoid, mylohyoid, and digastric . These muscles produce elevation, depression, protrusion, retraction, and the side-to-side movements of the mandible. The motor division also supplies the tensor tympani and tensor palati muscles.

Pain pathway from the face – trigeminal nerve:

As opposing to other areas of the body, in the face the nociceptive input does not enter the spinal cord. Instead it all enters the brainstem via the trigeminal nerve.

The small diameter fibers carrying pain (and temperature) enter at mid pons, and then turn down the brainstem. They travel down the pons and medulla until they reach the caudal medulla, which is where they finally synapse and cross.

The tract that the descending axons travel in is called the spinal tract of V, which will finally synapse in the spinal nucleus of V. The spinal nucleus of V can be divided into three regions along its length; the region closest to the mouth is called subnucleus oralis, the middle region is called subnucleus interpolaris, and the region closest to the tail is called subnucleus caudalis. The pain fibers actually synapse in subnucleus caudalis. Then the secondary afferents from subnucleus caudalis cross to the opposite side, and join the spinothalamic tract on its way to the thalamus.

The somatosensory information from the face joins that from the body and enters the thalamus with it. However, face information actually enters a different nucleus in the thalamus. The information from the body enters the ventroposterior lateral nucleus (VPL) but the information from the face enters the ventroposterior medial nucleus (VPM). The thalamocortical afferents take all of the signals, whether from VPL or VPM, to primary somatosensory cortex.

We should also always remember that because of this wide innervation area, the pain may be

referred to an area that does not necessarily is the source of lesion. When doing anamnestic and physical examination one should always have that into account. Quite often (but not the majority of times) the patient complaints are of a diffuse pain, or cannot relate the pain to an specific area. Other times despite pain is well located by the patient, diagnose cannot be made because the lack of a pathological explanation from the clinician.

Pain control:

About the pain control, we can reduce it or even eliminate it by two main therapeutical strategies.

1 Pain prophylaxis: then we prevent pain before it arises (also called, preemptive analgesia)

2) Pain therapy: which means to treat the already existing pain

- a) symptomatic treatment (reduce/remove pain)
- b) causal treatment (eliminate the cause to this pain)



It is well known that the pain prophylaxis is a valid strategy in those cases we expect to create tissue damage and pain post-operative our procedure. For example, after dento-alveolar surgery. By that we can, not just, to reduce the intensity of pain perceived

by the patient when is at its most, but also increase the effect of the antiflogistic medication given during the recovery/healing period.

We should always have in mind that the pain is often related to the inflammation degree after a lesion to the tissue occurs. That concept has its importance in the way we approach pain.

The inflammation is no more than a non-specific immunity reaction to an offense to a tissue. Clinically well describe by the five cardinal symptoms (calor, rubor, tumor, dolor and functio laesa). All these have own significance within the inflammatory process. Heat, redness and swelling occurs after vasodilatation with the purpose of getting more blood to the tissue (Oxygen, leukocytes, antibodies and proteins) to defend against infection or promote healing. Pain is induced by biochemical, algogenic substances (such as noradrenalin, prostaglandins, serotonin, histamine and bradykinin) that will stimulate the nociceptors.



From the pharmacodynamic point of view: We normally can define our strategy as to affect the peripheral pain control and the central pain control.

When we target the peripheral structures then we are trying to inhibit cyclooxygenase and so the production of prostaglandins and thromboxane. This pharmacological inhibition of COX can provide relief from the symptoms. NSAID drugs such as aspirin and ibuprofen, exert their effects through inhibition of COX. When we target the central component of the pain, we are trying to modulate the pain transmission and perception within the nervous system structures.

We are then trying to use in our benefit the existence of endogenous mechanisms that diminish pain. The most effective clinically used drugs for producing temporary analgesia and relief from pain are the opioid family, which includes morphine, and heroin. There are currently no other effective pain therapeutic alternatives to opiates. In general, these drugs modulate the incoming pain information in the spinal and central sites, as well as relieve pain temporarily, and are also known as creating opiate producing analgesia (OA). This drugs act on opiate receptors.

About these drugs one should never forget

that their side effects are dose dependent which means that with higher doses one should expect more tiredness, dizziness, dry mouth, constipation and breathing depression. All these drugs cause tolerance/ hyposensibilisation. This means that the effect of a given dose diminishes with time. Chronical use of these drugs can also lead to addiction. Then we have the paracetamol, which mechanism is not fully understood, but we think act both in the central and peripheral site of pain modulation.

This knowledge about the pain control help us to decide which drugs are more suitable in a specific clinical situation.

Primary analgetics:

- Strong opioids (ex. Morphine)
- Weak/mild opioids (ex. Tramadol and Codeine)
- NSAID
- Paracetamol
- Acetylsalicylic acid (ASA)

Secondary analgetics, ex.:

- Psychopharmacological drugs (ex. TCA, Anafranil)
- Antiepileptic drugs (Gabapentin)
- Glucocorticoids (ex. Dexametason)

The World Health Organization (WHO) presented the analgesic ladder as a framework that physicians could use when developing treatment plans for pain. This helps to simplify the clinical approach when the clinician has a patient that needs to relieve the pain he/she is feeling.

With mild to moderate pain the clinician should use in the first place one peripheral acting drug as an analgesic like paracetamol or NSAID drug.

One should never forget that NSAIDs drugs rise the risk for thromboembolism with the use of high doses (> 1600-1800 mg/daily) for a long period of time (weeks/months).

With moderate to severe pain the clinician should use in the first place mild opioids (such as codeine or tramadol) with or without combination of other non-opioids drugs. These drugs are addressed to the central nervous system, and modulate the pain perception by binding to opioid receptors

With severe pain one can consider the use of strong opioids such as morphine in or without combination of other non-opioids drugs.

Here are some practical examples of some of the most used medicaments:

1) Acetylsalicylic acid (ASA)

- Weak to moderate pain
 - Anti-inflammatory (reduce PG)
 - Antipyretic
 - Antithrombotic (trombocyttaggregation)
 - No use in "bloody pain". By other words not used after more advanced surgery
- Dose: 0,5-1 g max. x 4 daily.

OBS:

- Pregnancy (1.+3. trimester)
- Anticoagulation therapy
- GI problems (peptic ulcer, Mb. Chronn

- Allergy (crosslink allergy to NSAID)
 - Thrombocytopenia
- Asthma (allergy)
- Liver/kidney disease
- Risk of occult blood loss at longterm use

2) Paracetamol

- Approved 1974 (DK)
- Large packages on receipt 1/10-2013, leads to consumption decreasing 6 %. Admission due to poisoning decreased 31 %. Suicide attempts (15-24 år – 11000/år – 650 "successful") using weak analgetics reduced 58 %
- Weak to moderate pain
 - Very few side effects
 - Antipyretic
 - Weak anti-inflammatory
 - Suitable for children
 - Different medication forms: tablets, mixture, suppositories

Dose: 1 g 3-4 x daily. Children: 50 mg/kg/day in 3-4 doses daily

OBS:

- Pregnancy OK (obs: cryptorchidism)
 - Anticoagulation therapy using K-vitamin antagonists
 - Risk of occult blood loss at longterm use
 - Hepatotoxicity
 - Single dose > 4 :Hospital for antidote treatment (N-acetylcystein)
 - Liverdamage single dose > 10-15 g.
 - Death single dose > 25 g (3-4 day)
- Liver transplantation

3) NSAID

- Weak to moderate pain
- Originally developed to treat rheumatic diseases (anti-inflammatory effect)
- Anti-inflammatory (reduce PG in CNS)
- Antipyretic
- Antithrombotic (trombocyttaggregation)
- Dose: 400-600 mg x 3-4 daily (Ibuprofen)
- 50 mg x 3 daily (Voltaren)
- 500 x 2 daily (Naproxen)

4) NSAID + paracetamol

- A very effective pain relief treatment
- Ex. 400-600 mg ibuprofen 3-4 x dgl. + 1 g paracetamol daily: Attack the pain at two sides:

OBS:

- Pregnancy (1.+3. trimester)
- Anticoagulation therapy
- GI problems (peptic ulcer, Mb. Crohn)
- Allergy (crosslink allergy to NSAID)
- Thrombocytopenia

5) Strong opioids

- Strong/severe pain
- Analgetic
- Euphoric
- Anxiolytic
- Sedative
- Respiratory depressant (antidote: Naloxone)
- Many adverse effects

Drugs: Morphine, pethidine

Dose: Ex. tbl. Morfin 10 mg x 4-6 daily.

OBS:

- Caution by pregnancy
- No use in lactating women
- Nausea/vomiting
- Obstipation
- Tolerance
- Itching
- Hallucinations
- Xerostomia!

5) Weak opioidsCodeine

- Analgetic
 - Antitussive effect
 - Often combined with ASA, paracetamol, NSAID
- Dose: 25-50 mg max. x 4 daily

OBS:

- Pregnancy
- Respiratory insufficiency (ex. severe asthma/KOL)
- No effect on 10 % of the population (prodrug,

5-10 % converted to morphine in the liver)

Tramadol

-Dose: 50-100 mg 3-4 x day.

OBS:

- Anticoagulation therapy
- Pregnancy
- Not in lactating women
- Obs alcohol, psychopharma
- Xerostomia
- Nausea
- Dizziness

6) Antiepileptic drugs

Used in neuralgic pain, ex. Trigeminal neuralgia

1. Carbamazepin 200-800 mg daily
2. Gabapentin 300-400 mg 3 x daily
3. Fenytoin + clonazepam (Often in collaboration with neurologist)

7) Tricyclic antidepressants (TCA)

- Increases serotonin in the descending pain control (CNS level)
- Use in chronic pain ex. clomipramin 25-50 mg x 3 day or Amitriptylin.

Obs:

-LA with adrenaline (hypertensive crisis)



Mottagning i rådhuset i Sønderborg

Castillo Morales Koncept

Neuromotorisk Udviklingsterapi og orofacial Regulationsterapi

Castillo Morales Koncept

Dette er et tværfagligt og helhedsorienteret koncept for funktionel diagnostik og terapi. Konceptet tilsigter målrettet at styrke og udvikle de potentialer og færdigheder en person med meget svære funktionsnedsættelser har, for at denne kan opnå optimal selvstændighed og livskvalitet.

Konceptet er udviklet af den argentinske speciallæge i neurologisk rehabilitering Prof. Dr. Rodolfo Castillo Morales.

I konceptet kombineres viden om basal kommunikation, økologi, pædagogik, socialantropologi og filosofi med viden om patologi, funktionel anatomi og fysiologi, centralnervesystemets udvikling, plasticitet og dynamik samt barnets udvikling i livmoderen og dets naturlige sensoriske udvikling inden for det første leveår. Det er denne grundlæggende viden, der omsættes til et effektivt terapeutisk redskab.

Formål

At kursisterne tilegner sig kvalifikationer og redskaber til at undersøge og behandle børn og voksne med neurologiske lidelser ud fra Dr. Castillo Morales Koncept.

Derudover kvalifikationer til at give anvisninger, råd, vejledning og supervision til forældre, pårørende og professionelle i tiltag, der kan

integreres i hverdagen for at fremme en adækvat funktionel udvikling og forebygge sekundære patologier i ansigt, mund, svælg og krop.

Indhold

- Konceptets grundelementer
- Funktionel analyse
- Neuromotorisk kropsterapi
- Orofacial regulationsterapi
- Palatina-plader (ganeplader).
- Oral-motoriske stimulationshjælpemidler (ex. ganeplader)

Målgruppe

Ergoterapeuter, fysioterapeuter, talepædagoger, tandlæger og læger i pædiatri og neurologi.

Der kræves minimum 2 års erhvervserfaring indenfor faget.

Moduler

Grundkurset baseres på 2 moduler fra den sundhedsfaglige diplomuddannelse:

- 1. Modul Rs23: Udvikling i klinisk praksis - dokumentation og implementering.**
- 2. Modul Rs34: Rehabilitering i forhold til udvalgt gruppe.**

Uddannelsen afvikles i henhold til Lov om åben uddannelse.

Kurset udløser 10 ECTS-point (5 ECTS-point pr. modul).

Begge moduler skal gennemføres og den eksamen, der er indlagt på hvert modul, består af at kursisten har ret til at anvende titlen "Castillo Morales terapeut" og varetage undersøgelse og behandling efter konceptet.

Undervisere

Et tværfagligt team af undervisere certificeret af Prof. Dr. Castillo Morales og Maestras Castillo Morales Amadeus i Latinamerika og Europa.

Sprog

Spansk med simultantolkning til dansk samt dansk.

Varighed

2 x 3 uger: 248 undervisningstimer.

Datoer

- 1. modul: d. 5.-23. september 2016
- 2. modul: d. 6.-24. marts 2017

Tidspunkt

Mandag - torsdag kl. 8:30 - 17:45,
fredag kl. 8:30 - 16:00.
Kursisterne må påregne gruppearbejde i 1 - 2 timer om aftenen.

Eksamensopgaver

- 1. modul: Udarbejdelse af individuel skriftlig opgave med seneste indleveringstidspunkt d. 1. november 2016 kl. 12.00
- 2. modul: Fremlæggelse og eksamination af tværfaglig gruppeopgave d. 23. marts 2017.

Kursussted

Dalum landbrugsskole,
Landbrugsvej 65
5260 Odense S.

Deltagerantal

Max 34 personer

Kursusgebyr

49.950,- kr. Kurset er *internat* (inkl. overnatning på enkeltværelse og fuld forplejning på kursusstedet) fra mandag til fredag.

Kursusbevis

University College Lillebælt udsteder bevis for bestået modul.
Certifikat til Castillo Morales terapeut udstedes af Association Castillo Morales Danmark.

Faglig information

Inge Krügermeier
Association Castillo Morales Danmark.
22 39 37 39
acm@castillomorales.dk

Kim Koldby
University College Lillebælt.
21 39 05 40
kiko@ucl.dk

Yderligere information

www.castillomorales.dk
www.ucl.dk

'Forårs' kursus og generalforsamling i NFH-dansk sektion

Sidst i februar, og ikke særligt forårsagtigt holdt den danske sektion I NFH kursus for medlemmerne om 'Mundhulebakteriers indflydelse på almentilstanden'.

De første to oplægsholdere var forskere i mikrobiologi på tandlægeskolerne i Danmark.

Den første var Daniel Belstrøm, hvis oplæg var: *'Kan sammensætningen af mikrofloraen i mundhulen give en øget risiko for udvikling af sygdomme'*. Han fortalte at der nu er solid dokumentation om på at mikrofloraen i munden har indflydelse på patienternes helbred. Daniels og tandlægeskole-kollegernes studier har vist at plakbakterierne kan gå i blodbanen og give infektion i hjerteklapper, pancreas og led (joints) og samme plakbakterier kan give 50% større risiko for blodpropper i coronararterierne.

I og med at teknologi indenfor mikrobiologi avanceres kraftigt for tiden opdages et øget antal bakterier og deres kompleksitet.

Daniel sagde at der desværre ikke kan bevises sammenhæng mellem mundhule-bakterier og pneumoni, fordi bakterier i mundhule ikke kan adskilles fra bakterier i svælget. Men Daniel konkluderede at fordi dette ikke kan bevises, så gælder alligevel at GOD MUNDHYGIEJNE er vigtig for især patienter med svagt helbred.

Næste oplægsholder var Morten Grauballe, der fortalte om: *'Diabetes betydning på mundhulen og kropsfunktioner i øvrigt'*.

Morten sagde at man havde fundet ud af at karvæggende hos diabetes-patienterne generelt er tykkere, hvorfor disse patienters immunforsvar er reduceret.

Samtidigt disponerer hyperglykæmi for speciel bakterievækst, som hos diabetespatienterne betyder flere orale infektioner, mere caries, glossodynii og nedsat spyttflow.

Tidligere målt diabetes-tal via blodsukker, nu bruges hæmoglobin tal (HBA). Fx øges risiko for implantitis ved højt HBA1c (langtids-blodsukker).

Efter frokost havde vi inviteret en gæst fra Sverige, Hygienist Charlott Karlsson fra Region Jönköbings Län, der fortalte om: *'Samarbejde med pleje- og hospitalspersonale, svensk model med screenings værktøj ROAG'*

ROAGs formål er at identificere orale problemer og behov for tand- og mundpleje. ROAG bruges i Jönköbings Län på patienter +65, som visiteres til pleje i kommuner eller indlægges på hospital. ROAG er sin enkelthed fire spørgsmål:

- 1) Kan du spise det du plejer?
- 2) Har du problemer/smerter I din mund?
- 3) Hvordan klarer du at børste tænder?
- 4) Hvornår blev dine tænder sidst undersøgt af en tandlæge?

Men trods godt værktøj er der også i Sverige en udfordring i forhold til at rykke på holdninger til tand- og mundpleje hos plejepersonale. Personalet har meldt tilbage på ROAG, at de mangler viden, uddannelse, tid til tandpleje og der er problemer i forhold til etik, idet de ældre ofte selv gerne vil klare tandplejen.

Til slut holdt Johan Poulsen, programleder i Voksentandplejen, Københavns Kommune, et oplæg om profylakseprojektet: *'Shared Oral Care. Hvordan planlægges og startes samarbej-*

SUNSTAR



PAROEX®

Har dina patienter tandköttproblem?

Behöver de extra hjälp med sin munhygien?

Att byta **TANDKRÄM** är ett bra första steg!

GUM® Paroex® 0,06% CHX TANDKRÄM

innehåller en låg dos av Klorhexidin, CPC och maximala 1450 ppm Fluor, vilket är en optimal kombination för starkare tänder och friskare tandkött.

GUM® Paroex® 0,06% CHX tandkräm ger ett bättre skydd mot tandköttproblem än en vanlig tandkräm.

NYHET!
Nu med 1450 ppm FLUOR!

För patienter som behöver mer än en vanlig tandkräm!



Order: 031-87 16 10

de omkring mundhygiejne med plejepersonalet? Hvilke vanskeligheder skal overvindes, hvordan får vi gjort tandbørstning 'hot'?

SOC er et program, som Voksentandplejen har udviklet til brug på patienter på Københavns plejehjem. I projektet støttes pleje-personalet med professionel tandbørstning foretaget af klinikassistenter. Patienterne får hjælp til tandbørstning hver uge i 3. mdr, og derefter trappes hjælp ned til én gang om måneden. Der registreres samtidigt plak og blødning på patienterne.

Projektet er foreløbig bredt ud på 5 plejecentre, og viser fine resultater.

Projektet er blevet vedtaget på ledelsesplan mellem Tand- og Plejehjemsledelse før implementering.

Projektbeskrivelse af SOC og foreløbige resultater kan læses på [http://odont.ku.dk/ansatte_2/?pure=da%2Fpublications%2Fshared-oral-care\(0917baf1-2db1-4c04-a3b0-845dc2650dc1\).html](http://odont.ku.dk/ansatte_2/?pure=da%2Fpublications%2Fshared-oral-care(0917baf1-2db1-4c04-a3b0-845dc2650dc1).html)

POST SCRIPTUM – NFH's 'forårs'kursus i dansk sektion:

Efter vores spændende dag om mundhulens bakteriers indflydelse på kroppen har der været livlig debat vedrørende Daniel Belstøm's udtalelse angående evidensniveauet på det udsagn, at mundhulebakterier kan være den direkte årsag til udvikling af lungebetændelse.

For at mindske misforståelser vil vi gerne præcisere, hvad det var der blev sagt denne fredag morgen

1. Der foreligger flere typer studier, der viser en sammenhæng mellem ophobning af plak og risikoen for pneumoni. Nogle studier viser at man kan reducere forekomsten af lungebetændelser på plejehjemsbeboere ved professionelle tandplejeprogrammer. På grund af etiske problemstillinger er det dog ikke muligt at lave randomiserede og



kontrollerede studier, som ville højne det videnskabelige niveau til, at man med sikkerhed kan sige, at der er kausal sammenhæng.

2. De bakterier som forårsager pneumonierne findes i mundhulen, men findes i lige så stor stil i svelgets normalflora. Man kan derfor heller ikke her med sikkerhed sige, at bakterierne udelukket kommer fra mundhulen.

3. På baggrund af plakhypotesen blev det dog pointeret, at det må være logisk, at jo mere uforstyrret plak der findes i mundhulen, jo større er risikoen også for, at bakterierne kan influere på kroppen som helhed. Herunder også risikoen for pneumoni.

Når vi tænker på vores patientgruppe, især de ældre på plejehjem, så giver det endnu mere mening, da de ofte er svagelige og 60-80% af disse patienter fejlsynker. Derfor skal I gøre præcist som I altid har gjort, *nemlig forebygge plakudviklingen og stadig informere om, at det kan have betydning for patienternes risiko for, at de udvikler pneumonier.* Også selvom der ikke rent videnskabeligt er højevidente resultater, der kan bevise det. Vi håber, at dette indlæg hermed kan afklare eventuelle tvivls-spørgsmål, men hvis I har yderligere spørgsmål til ovenstående, er I velkomne til, at kontakte Daniel på dbel@sund.ku.dk

Sedering idag och imorgon

Föreläsning från NFH svenska symposium 2016

Referat av Mia Zellmer, Sverige



Med "Sedering; idag och imorgon", började Lars Spetz, anesthesi- och intensivvårdsläkare, blocket om sedering. Efter att ha citerat Hippokrates ed om att alltid lindra/trösta definierade han begreppet sedering som ju kommer av ordet "sedere" (lugna / dämpa). Han betonade att sedering är nära förbundet med smärtlindring men inte kan ersätta denna.

Det är viktigt att ta anamnes och riskbedöma patienter inför sedering så patienterna fyller de kriterier som gäller för detta. Lämpligen kan man följa "Medicinsk riskbedömning för tandläkare ; Kunskap och kvalitet nr 3, Sv Tandläk förbund". En vanlig riskbedömning är ASA (American Society of anaesthesiologist) där ffa ASA I-II patienter är lämpliga i öppenvård. Det finns ett flertal skäl att bedöma sederingsdjup, men det viktiga är att hela tiden ha uppsikt över patienten.

Det optimala läkemedlet bör vara säkert (få biverkningar) och ha ett snabbt anslag och inte för lång duration. Läkemedel som prövats historiskt är opium, alkohol, barbiturater, neuroleptika och bensodiazepiner. Idag används inom tandvården ffa Midazolam och lustgas, medan man inom medicinen även använder snabbverkande opioider, Propofol, Ketamin och a-agonister t ex Dextometidin.

Midazolam har många fördelar då det ger ångstdämpning, är krampstillande, muskelavslappande, sömngivande och ger viss minnesförlust. Nackdelarna är att det ibland kan ge paradoxal reaktion med oro, agitation, gråtmildhet och ångest. Detta är dock ovanligt.

De stora barnsjukhusen "Astrid Lindgrens" och "Drottning Silvias" prövar att hitta nya mediciner då Midazolam saknar analgetisk

effekt, smakar vedervärdigt och att de små barnen oftare ”tänder snett”.

Det ”mycket motvilliga och ledsna barnet” utgör ett etiskt dilemma. Det går inte att ge generella råd utan utifrån föräldrar, barn och situation får man agera med förnuft.

Propofol, Ketanest/Ketamin och Flunitrazepam kommer inte, av flera skäl, inte få stor utbredning inom allmäntandvården och bör ges i samråd med anestesilog i högre doser. Dexometdetomedin och Sufentanilhar prövats på djur och i forskningssammanhang och ter sig lovande. Kommer dock att dröja innan dessa ev blir registrerade för tandvården.

Take home message;

- Med sedering kan vi nå längre
- Fler patienter kommer att behöva det i framtiden
- Midazolam är tillräckligt bra och bör användas tills vidare
- Nya läkemedel kommer



Osteoradioneckros i käkbenet och tryckkammarbehandling

Föreläsning från NFH svenska symposium 2016

Referat av Mia Zellmer, Sverige

Lars Spetz föreläste också om "Hyperbar oxygenbehandling och osteoradioneckros" i käkbenet. Efter en kort teknad introduktion och några bilder från tryckkammaren i Uddevalla gavs en kort introduktion om "dykmedicin" och principerna för tryckkammarbehandling.

Effekterna av hyperbarmedicin är framförallt:

- En minskad syrebrist i vävnader med låg syrehalt. Det sker genom en ökad syretransport som inte är beroende av röda blodkroppar utan genom att syret löses i vätska. Det diffunderar då fyra ggr längre ut i vävnaden. Vidare lugnar HBO de vita blodkropparna, minskar bubblors storlek och leder till att blodkärlen drar ihop sig i frisk vävnad (till förmån för sjuk).
- Ger ett förbättrat infektionsförsvar genom att de vita blodkropparnas förmåga stärks. Potentierar vissa antibiotika t ex Gentamycin. Bakterier som inte tål syrgas avdödas (anaeroba bakterier).
- Leder till förbättrad sårsläkning genom att det bildas nya blodkärl och bindväv /ärrvävnad.

De viktigaste indikationerna för för HyperBar Oxygen (HBO)-terapi är;

- Akut syrebrist, t ex vid bubbelbildning vid dykning
- Kolmonoxidförgiftning
- Allvarliga mjukdelsinfektioner, t ex vid gasgangrän, mördarbakterier...
- Problemsår vid syrebrist t ex strålscadad vävnad, osteomyelit, diabetessår...

Strålscada uppstår ibland efter strålning av tumörer i tunga eller kind. Strålscadan på ffa mandibeln kan leda till osteoradioneckros, vilket definieras som "ett benområde som inte läker inom två månader efter strålterapi och där det inte föreligger tumörrecidiv."

Behandlingen av osteoradioneckros är fortsatt under debatt. Redan 1983 visade dock käkirurgen Marx att HBO tillsammans med antibiotika förbättrade resultaten vid kirurgi. Även Cochrane institutet visade vid en litteraturgenomgång att indikation för HBO finns hos en grupp av dessa patienter och där detta kan erbjudas bör patienterna komma i åtnjutande av behandlingen.

Kostnaden för en behandling ligger kring 2500-3000 skr och totalt ca 30 behandlingar krävs.

Andra behandlingsformer har prövats och fn pågår en studie med läkemedlet Pentoxifylline vid odontologen i Göteborg.

Vid en retrospektiv studie av implantat i strålscadad vävnad fördubblade HBO inläkningen från 13% till 21% lyckade operationer.

Den som vill läsa mer om HBO kan läsa på www.karolinska.se och söka på HBO

Munslemhinneförändringar– de vanligaste och förslag på behandling

Föreläsning från NFH svenska symposium 2016, Maria Wikander

På vårsymposiet lyssnade vi på en föreläsning med rubriken *"Munslemhinneförändringar – de vanligaste och förslag på behandling"*. Den som höll den mycket intressanta föreläsningen var övertandläkare Fredrik Gränse, som arbetar på avdelningen för käkkirurgi och oral medicin på Malmö Högskola och även på käkkirurgiska kliniken SUS i Lund.

Först tog Fredrik upp olika munslemhinneförändringar och hur vanliga de var enligt Tony Axell 1976 (i procent). De vanligaste var:

- Fordyce's spots 82.8%
- Leukoödem 48.9%
- Recidiverande aftös stomatit 17.7%
- Herpes labialis 17.4%
- Protesstomatit 16%
- Melaninpigmentering 9.9%
- Crista flaccida 8.6%
- Lingua geografica 8.5%
- Amalgampigmentering 8.2%
- Snusläsion 8%
- Lingua plicata 6.5%
- Morsicatio buccarum 5.1%
- Vit friktionslesion 4.3%
- Traumatiska sår 4.3%
- Angulär chelit 3.8%
- Leukoplaki 3.5%
- Protesorsakad hyperplasi 3.4%
- Irritationshyperplasi 3.3%
- Lichen 1.9%
- Smoker's palate 1.1%
- Kronisk candidos 0.6%

- Akut candidos 0.2%

Alla dessa var inte aktuella på barn utan de vanligaste där var, enligt en undersökning som Fredrik presenterade, aftös stomatit, herpes labialis, fissurerad tunga, lingua geografica, oral candidos och traumatisk skada.

Han berättade att PAD betyder Patologisk Anatomisk Diagnos och det är det svar vi får när vi tar ett vävnadsprov (biopsi) och vill ha svar på en frågeställning, "vad är detta?"

Det finns en datoriserad biobank sedan 1988 och från då och till 2015 har 114 500 biopsier tagits. Det är ca 6000 st/år och denna biobank lyder under biobankslagen, som vi också fick en beskrivning av. De vanligaste diagnoserna i denna biobank mellan åren 1988-2015 är slemhinnehyperplasier (20,5%), radikular-, residualcysta & apikal periodontit (17,9%) och lichenoid reaktion (11,8%).

Undersökningen är otroligt viktig vid slemhinneförändringar. Anamnes (läkemedel, AT, tobak), klinisk us och palpation, anamnes igen och biopsi. När man undersöker och frågar om munslemhinneförändringen är det viktigt att iaktta symtom, lokalisation, storlek, form, färg, ytstruktur, palpationsfynd och hur länge (tid).

Vi fick en noggrann genomgång av de olika instrument man använder vid biopsitagning och tillvägagångssättet. När sedan man får ett PAD-svar behöver man ibland göra uppföljningar av olika slag, beroende på typ av slemhinneförändring.

Behandling vid vissa munslemhinneförändringar presenterades också. Alla fanns det ju inte tid för att gå igenom.

- Lingua geografica (bara vid symtom): Mjukplastskena och salivstimulerande. Eller salicylsyresprit. (7g salicylsyra i 100ml spir dil). 10 sekunder. Skölj med vatten. Upprepa. 4ggr/dag i högst 4 dagar. Uppehåll i minst en vecka.
- Lingua plicata: Information. Väteperoxid 3%-ig några gånger per dag.
- Nekrotiserande gingivit (som exempel på bakterieinfektion): försiktig rengöring och ev Metronidazol 400 mg 3 ggr/dag i en vecka. Herpes (som exempel på virusinfektion): Behandling lokalt eller generellt med aciklovir eller valaciklovir. Lokalt kan också aciklovir + hydrocortison användas.
- Bältros (som exempel på Varicella Zoster-virusinfektion): Famciklovir 500mgx3 Valaciklovir 1000mgx3 En vecka. Hos äldre kan preparat som Gabapentin och Amitriptylin användas

Orala svampinfektioner togs även upp. Det finns olika: akuta, kroniska och associerade. Predisponerande faktorer kan vara lokal mikrobiell ekologi, muntorrhet, antibiotika, keratin och tobaksrök, immunosuppression och nedsatt allmäntillstånd.

Behandling: Eliminera predisponerande faktorer, Nystatin 1 ml 4 ggr/dag i minst 4 veckor, Flukonazol 50 mg 1-2 veckor, Klorhexidin.

Vi fick även höra om olika typer av pigmenteringar; endogena och exogena. Exempel på endogena ämnen som ger upphov till färgförändringar är hemoglobin, lipokrom eller melanin. Exempel på exogena faktorer som kan ge pigmenteringar är: födoämnen, läkemedel, tobaksprodukter och tatueringar.

Till sist gav Fredrik oss information om SOM-net. Om man är medlem i SOM (Svenska oralmedicinska föreningen) kan man delta i ett internetbaserat telefonmöte första onsdagen varje månad mellan kl 15-16. Då går man igenom olika fall av munslemhinneförändringar och har en diskussion mellan dem som deltar i mötet. Webadressen är www.som.nu



Föreläsningen gav oss inblick i ett enormt stort ämne och det tackar vi Fredrik för.



Fosforkäke - från tändsticksfabriken i Kentucky till missbruk i Sibirien

Föreläsning från NFH svenska symposium 2016

Referat av Monica Palmö, Sverige

År 2003 uppmärksammades det första fallet med biverkningar kopplat till bifosfonater. Fosfortändstickor började tillverkas under den industriella revolutionen under 1830-talet och arbetarna var främst lågavlönade kvinnor. De inhalerade dagligen höga halter av fosfor och detta orsakade bl.a. att de tappade håret och fick varbölder i underkäken. Underkäken gick oftast förlorad och mortaliteten uppskattades till 5% men man misstänker ett stort mörkertal.

Det första fallet av fosforkäke uppmärksammades 1838 i Wien.

1911 reagerade USA: president – William H Taft – genom att kongressen höjde skatten kraftigt på vit fosfor så att det inte gick att sälja. Den röda fosforen tog över ca 100 år senare då bifosfonatet lanserades.

Bifosfonater ges till patienter med bl.a osteoporos, skelettmetastaserande cancer och multipelt myelom. Läkemedlet ges både intravenöst eller oralt och några kända preparat är bl.a. Zometa, Pamidronat, Fosamax och Alendronat.

Bifosfonater hämmar osteoklaster som ej kan bryta ned skelettet. Det blir kvar i kroppen under många år. Bifosfonater är starkt relaterat till käkbensnekros.

Föredragshållaren, Fredrik Hallmer, käkkirurg från Kristianstad, pratade om BRONJ – Bisphosphonate Related Osteonecrosis of the Jaw.

Diagnosen ställs utifrån pågående eller tidigare bifosfonatbehandling, exponerat nekrotiskt ben i käken mer än 8 veckor samt ingen tidigare strålbehandling mot käken. De flesta som vi ser med BRONJ är tablettbehandlade.

BRONJ:s riskfaktorer är bl.a. cytostatika, immunosupprimerande läkemedel, kortison, diabetes, rökning och alkohol.

Man har dock noterat att munhygien har stor inverkan!

Olika triggerfaktorer som nämndes är bl.a. tandextraktion (ca 65%), spontan/okänd (22%), implantat (ca 7%), lokalt trauma (ca 3%), odontogen infektion??

Fredrik fortsatte med att berätta om ett nytt preparat från 2010 –Denosumab .

Det finns i två former, XGEVA och Prolia. XGEVA ges vid cancer i högdos och Prolia vid osteoporos en gång i halvåret.

Preparatet hämmar osteoklasterna reversibelt och har en halveringstid på 3-6 månader.

Man har i Skåne noterat fler fall av käkbensnekrosor orsakade av Denosumab, oftare efter kortare medicineringsfas, jämfört med bifosfonater.

Vid bifosfonat- eller Denosumab behandling betonade han betydelsen av tidig diagnostik samt god mun- och tandvård.

Fredrik påpekade att vid implantatbehandling gäller följande:

- Alltid individuell bedömning – duration och riskfaktorer är avgörande
- Per oral bifosfonatbehandling anses ge liten risk
- Posterior i mandibeln utgör större risk än anteriort i maxillan. Gäller även extraktioner
- Kontraindicerat vid intravenös bifosfonatbehandling eller denosumab
- Bentransplantat kontraindicerat

Fredrik konstaterade att fler prospektiva behandlingsstudier med långtidsuppföljning efter kirurgi behövs.

Avslutningsvis berättade föredragshållaren om drogen ”Krokodil” som har varit känd sen 2009 och orsakar käkbensnekros.

Det är en syntetisk drog som började användas i början på 2000-talet hos heroinmissbrukare i Sibirien som substitut till heroin.

Drogen injiceras i blodkärl och är starkt toxiskt. Den innehåller röd fosfor som slår ut osteoklasterna och tillsammans med nedsatt munhygien ger en kraftig käkbensnekros.

Han visade oss förfärliga bilder på drabbade patienter och det är en tidsfråga innan drogen ”Krokodil” kommer till Sverige!



Kort referat om nya antikoagulantia

Referat av Maria Wikander, Sverige

*Jag har under hösten varit på två separata föreläsningar om de nya antikoagulantia be-
lysta av olika personer och jag vet att det har
getts dagar och föreläsningar på olika andra
ställen i landet inom samma område.*

Jag vill genom detta referat dels framföra att det är ett område som vi kanske bör sätta oss in i lite mer än att patienter som står på detta ska behandlas som välinställda Waranpatienter, dels bör grundinställningen vara att vi tar reda på riktlinjerna kring NOAK/DOAK som gäller i den region/det landsting som vi jobbar i. De AK-mottagningar som finns kan ses som ett stöd i information kring NOAK/DOAK både generellt och på patient-/individnivå. En annan god informationskälla är SSTH - Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas. Om man går in på deras hemsida www.ssth.se så hittar man uppdaterade länkar till riktlinjer både nationella och internationella, externa vårdprogram och PM inom SSTH:s intresseområden.

De som jag lyssnat på och som därmed bidragit till referatet nedan är:

Peter Svensson, professor, överläkare Lund
Camilla Nilsson, sjuksköterska AK-koordinator Lund, landskoordinator Auricula

Waran (Warfarin) kom på 1950-talet. Nu pratar vi om NOAK som står för Nya Orala Anti-Koagulantia, men de har nu varit med ett tag så man pratar nu även om DOAK (Direktverkande Orala AntiKoagulantia).

2003 kom Exanta först, men är idag indragen.
2008 Pradaxa-Dabigatran (Trombinhämmare)

2008 Xarelto-Rivaroxaban (Faktor-X-hämmare)
2011 Eliquis Apixaban (Faktor-X-hämmare)
Indikationer för antikoagulantia fördelar sig som följer:

- Förmaksflimmer >80%
- VTE (ventromboser) 15%
- Mekaniska hjärtklaffar 5% (de står även idag på Waran endast).
- Övriga 5%

Man ser en ökning i antal personer med ca 5-10% per år sedan början av 90-talet, och mer än 35% är över 80 år AVK- cohorten idag.

Man värderar emboliriskerna vid förmaksflimmer enligt vissa riskfaktorer och poäng (CHA2DS2 VASc) och värderar sedan blödningsrisken genom att använda ett annat schema med olika riskfaktorer och poäng (HAS-BLED)

Venösa proppar sätter sig i ben och lunga.
Artäriella proppar sätter sig i hjärna och hjärta

Blodkoagulation kan delas in i fyra stadier:

1. Primär hemostas – här verkar Trombyl, Brillic, Aspirin bl a.
2. Plasmakoagulation – här verkar Waran och de nya NOAK/DOAK
3. Antikoagulation
4. Fibrinolys – här verkar t ex Cyklokapron

När det kommer till Trombyl och Brillic påverkar de trombocyterna på liknande sätt, MEN man påtalade att man kan se Trombyl som en folkvagn 1964- års modell, och Brillic som en turbobil från 2015. Om Trombyls effekt är 20% är Brillics effekt 80%.

Warfarin:

- Långsam effekt, kräver heparin
- Svårberäknad dos-effekt
- Lång effektduration
- Reversering långsam/kostsam
- Stor blödningrisk
- Komplicerad monitorering – och dyr?
- Smalt terapeutiskt fönster – INR-2-3
- INR kan skifta av olika skäl, även om man tar samma dos - t ex naturläkemedel, fasta, andra läkemedel osv.

NOAK/DOAK:

- Förutsägbart antikoagulationssvar
- Effekt minst lika bra som Warfarin
- Bredare terapeutiskt fönster än Warfarin
- Sätts in på svårinställda Waranpatienter
- Full effekt efter 2 timmar
- Kort halveringstid
- Ingen monitorering som Waran
- Färre intrakraniella blödningar med NOAK/DOAK jämfört med Waran (50% färre).

De nya NOAK elimineras mer eller mindre från njurarna. Därför påverkas blödningsrisken av personens njurfunktion. Man gör ett njurfunktionstest inledningsvis och gör uppföljningsmätningar 4 ggr första året. Sedan 1 gång per år om inget särskilt inträffar.

Man hanterar blödningar hos patienter som har NOAK/DOAK genom att kontrollera njurfunktion och vilken typ av ingrepp (stort eller litet). Man får läsa de riktlinjer som finns. Man går allt mer över på de nya antikoagulantia i vården i stort men tyvärr styr kostnader en del också och då väljer en del fortfarande det billigare Waran. Waran har sin plats fortfarande och stabila Waranpatienter byter man inte till NOAK på, men NOAK/DOAK blir allt större på marknaden.

Det har inte funnits någon antidot för NOAK/DOAK, men nu är det alldeles snart tillgängligt på marknaden (troligtvis runt årsskiftet 2015/2016).



Chicago

23:e iADH kongressen, 2016

Cirka 500 delegater från många olika länder i världen samlades 14-17 april i Chicago för att delta i iADHs 23:e internationella kongress. Kongressen arrangerades tillsammans med SCDA, Special Care Dentistry Association.

Chicago är USA:s tredje största stad efter New York och Los Angeles. Staden Chicago grundades 12 augusti 1833 med ett invånarantal på omkring 350 personer. Idag lever knappt 10 miljoner människor i storstadsområdet som ligger i det sydvästra hörnet av Lake Michigan i staten Illinois.



Undertecknad hade förmånen att få delta i iADH:s kongress i Chicago nu i april. Det var en fantastisk upplevelse och min första iADHkongress. Kongressen samordnades av iADH (International Association for Disability and Oral Health) och SCDA (Special Care Dentistry Association). Det var ett ambitiöst och varierat program som presenterades.

På torsdagen den 14 april kunde man gå på pre-conference workshops på förmiddagen. Jag och min kollega Kristoffer Emgård (styrelseledamot i NFH-Sverige) gick på en mycket intressant workshop där vi fick presenterat ett hel "docka" som är framtagen för att studenter ska kunna träna på att jobba med patienter med olika problem/faktorer som har betydelse för omhändertagandet av patienter som avviker från de helt friska. Man kunde

ställa in olika sjukdomstillstånd på dockan och sedan mata in ett program där patienten hostade, gnydde, fick blodtrycksfall med mera. Allt för att studenterna ska få möjlighet att jobba med patienter med olika funktionsnedsättningar och riskfaktorer, för att vara bättre förberedda på detta när de kommer ut och möter patienterna som färdiga tandläkare. Laerdal SimMan 3D som dockan kallas är relativt ny och finns inte på alla tandläkarhögskolor i USA än. De ska även försöka utveckla den och göra den än mer naturtrogen och målet är att man även ska kunna jobba i munnen på "patienten". Laerdal SimMan 3D används till både tandläkar- och läkarstudenter.

På torsdag eftermiddag deltog jag och Kristoffer i iADH:s Council Meeting. Vi representerade Sverige, som medlemmar i NFH-Sveriges styrelse, och 34 andra länder från hela



världen hade en eller två representanter med på mötet. Där diskuteras hur iADH ska arbeta globalt sett och på olika nivåer, olika rapporter från verksamheten presenterades och olika val genomfördes. Till sist presenterades även vilka länder som står i tur för att hålla en iADHkongress: Turkiet 2018, Mexico 2020, Frankrike 2022 och Korea 2024. NFH Norden anmälde sitt intresse för att anordna en konferens 2026. Mötet höll på drygt 3 timmar på eftermiddagen.

Fredag, lördag och söndag var det föredrag, större och mindre, rapportpresentationer med mera. Jag kan omöjligt redovisa alla, inte ens alla jag gick på. Det var ett brett utbud från barn och ungdom med olika funktionsnedsättningar till äldre och riktigt gamla med funktionsnedsättningar. Intressant och höra hur olika länder tacklar olika problem. Generellt sett kan jag konstatera att vi i Sverige ligger långt fram både vad det gäller omhändertagandet av både yngre och äldre (även om vi naturligtvis har saker att fortsätta utveckla också!) globalt sett. En intressant diskussion som togs upp vid några föredrag var hur vi ska

kunna förbereda studenterna (både till tandläkare, tandhygienist och tandsköterska) bättre för att bli tryggare i att möta och behandla personer med funktionshinder, oavsett ålder. Det tycker jag är en mycket intressant fråga att tackla även här i Sverige på våra utbildningar, och där har vi mycket att göra och kan lära av projekt som pågår i olika länder, bl a i Indien och Australien.

Kongressen var lärorik på många sätt, både att inse där vi är långt framme, och var vi har saker att lära, av bl a kollegor i andra länder. Kongressen är ju lärande, men även en unik möjlighet till sociala kontakter med kollegor i olika länder. Det leder till spännande kontakter och utbyten som främjar våra patienter med funktionsnedsättningar, oavsett ålder.

Sammanfattning av Maria Wikander, sekreterare i NFH-Sverige

Prevention and treatment

Referat Gitte Z Johansen, Danmark

*This year's congress-theme was: **Reframing Special Care** and Friday afternoon, 15 th. April, we were many IADH-members gathered to listen about 'New Strategies for the Prevention and Treatment of Caries Lesions in People with Disabilities'*

An international panel of dentists from Argentina, New Zealand, Malaysia, France and Canada presented the many different accesses to dentistry, which people with disabilities have worldwide. Among these 5 continents do only the children with disabilities in some Provinces of Canada have an organized access for dentistry.

All other patients with needs of special care are dependent of individual living conditions, such as economy, culture and geography. Fx share 8 million people in Ny Guinea 100 dentists, while one dentist in New Zealand is serving around 1400 people.

Access to dental care with or without special needs is dependent of life conditions for each country, as well as for the individual family. Especially access to general anesthesia (GA) differs a lot from country to country, and also the framework, which GA takes place in. In some countries in Asia it is possible for dentists to take an extra exam and here after the dentists are allowed to use GA in their clinics. No continent or country has overall strategies for either prevention or treatment for special care patients. In many dental clinics and hospitals fluoride and sealings are used as prevention, and in France there has been studies with using pulpotomies in stead of conventional root canal treatment - with good results.



The discussion after the 5 presentations went on about using amalgam once again, making pulpotomies and other compromises as steel-crowns in treatment. At last a member from Australia commented in the missing prevention aspect, and the need of focusing at this issue, because treatment is difficult, stressful and expensive at disabled patients.

All in all a somewhat disappointing afternoon with no sight of any NEW reframing of special dental care, and somewhat sad too, that all lecturers having focus on the details in stead of overviewing the issue, special care dentistry. Properly the IADH countries access to special dental care is too different to compare, but someone must have had an idea, taking initiative to this afternoon-session, which disappeared in the many details.

We all go back to each our country, keep on searching for new ways to solve the eternal challenge in finding proper solutions for our patients.

Geriatrisk tandpleje

Referat Gitte Z Johansen, Danmark

IADH kongressen havde alle tre kongresdage et 'track' med emner om geriatrisk tandpleje/omsorgstændpleje.

Første dag indledte Dr. Samuel Zwetchkenbaum from New Jersey sin lektion om **demente patienter** med at slå fast at det er os som behandlere der skal ændre VORES adfærd i forhold til denne type patienter! De demente patienter øges i antal og har flere egne tænder. Dr. Zwetchkenbaum havde flere tips til omgang med demente patienter. Blandt andet at være opmærksom på at disse patienter ofte får en kombination af medicin for demens og blærekontrol, som giver ekstra kraftig spytreduktion. Han highlightede websiten: www.geron.org - en forening af amerikanske tandlæger, der arbejder med demente patienter. Han gjorde også reklame for en træningsvideo af Rita Jablonski til plejepersonale. En tilhører fra salen tilføjede at tandhyginister havde haft held med at have musik i kittellommen, især musik der var velkendt af patienterne.

Dr. Zwethkenbaum endte sit forlæg med at opfordre til øget fokus på forebyggelse af demens, ved at folk holder deres blodårer/blodkærl plakfrie og sunde.

Lørdag formiddag startede med en forelæsning: **'What have we learned from 15 years of education and research'** af professor og leder af Prosthodontics and Dental Geriatrics at University of British Columbia (UBC), Dr. Chris Wyatt.

Han opsummerede at siden 1960 har folk + 60 fordoblet antallet af egne tænder. Og at undersøgelser viser at ældre patienter lider betydeligt tandtab, når de på grund af sygdom

svækkes, men fortsat bor i egne hjem. Dr. Wyatt mente også at Tandplejens store udfordring er at få plejepersonale til at forstå denne udvikling, og den udfordring de mange flere tænder giver både plejere og behandlere.

På UBC er der lavet studier hvor patienterne inddeltes i risiko-kategorier i forhold til dental status og medicinsk tilstand, og til hver patient-kategori hørte et profylakseprogram. Projektet har vist gode resultater, hvor de ældre bevarede flere tænder, fik mindre caries og PA-sygdomme.

Dr. Wyatt konkluderede sin forelæsning med at forskning, der er medicinsk relateret giver mere opmærksomhed og økonomisk støtte!!

Senere på lørdagen holdt Dr. Randy Huffines en forelæsning: **'Prosthodontic pearls'**.

Dr. Huffines indledte med at sige at behandlinger (også) på geriatriske patienter i høj grad handlede om på forhånd at lave en forventningsafstemning med patient/pårørende/plejepersonale. Dr. Huffines anbefalede hans egen website: www.geriatricdentistry.com, hvor han lægger information ud om sin praksis.

Blandt Dr. Huffines 'perler' var en forståelse af kæberesorption med alderen medfører at proteser hyppigt skal opstilles i krydsbid. Dr. Huffines gjorde også en dyd ud af at forklare sine patienter forskellen mellem stabilitet og retention. Manglede retentionen anbefalede han fixativ:

Polygrip ultra dental fixture, som er nemt at rense af.

Malocclusions and quality of life

Avhandling av övertandläkare Lillemor Dimberg, Örebro

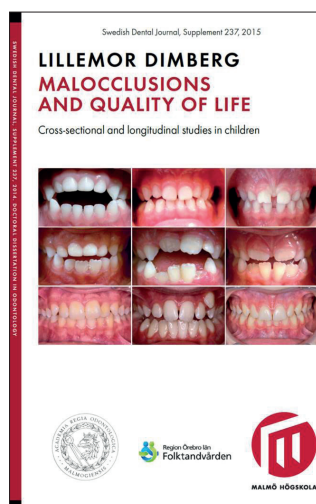
Denna avhandling presenterar en unik longitudinell studie av förekomsten av bettavvikelser och förändringar av bettavvikelser som uppträder från mjölktaggsbettet genom växelbettsperioden ända fram till det permanenta bettet. En grupp bestående av 277 barn från Örebro läns landsting undersöktes och följdes kliniskt från 3 års ålder tills dess de var i genomsnitt 11.5 år. Barnen fick också vid 11.5 års ålder besvara en enkät om munhälsorelaterad livskvalitet.

Bland de viktigaste resultaten var att medan den totala förekomsten av bettavvikelser var oförändrad i mjölktaggsbettet respektive det unga permanenta bettet så inträffade flera förändringar under denna period på individnivå. korrigeringen av bettavvikelser utan behandling s.k. självkorrigering var vanligt förekommande i alla bettavvikelser, men nya bettavvikelser utvecklades också, i vissa fall i lika stor omfattning. Således var den totala förekomsten av bettavvikelser oförändrad. Ytterligare en viktig slutsats var att barn med stora överbett och utan läppslutning om tänderna löpte 3 gånger ökad risk att råka ut för tandskador. Efter en systematisk genomgång av litteraturen kunde konstateras att det finns starka vetenskapliga bevis för att synliga bettavvikelser har negativa effekter på munhälsorelaterad livskvalitet, särskilt känslomässigt och socialt.

Vidare visade en studie på en grupp barn inom den svenska tandvården att den munhälsorelaterade livskvaliteten var hög och effekten av bettavvikelser eller objektivt tandregleringsbehov på den munhälsorelaterade livskvaliteten var begränsad och inkonsekvent. Ett viktigt fynd var att tandvårdsrädsla och huvudvärk visade sig ha en tydligare effekt på munhälsorelaterad livskvalitet än vad bettavvikelser eller objektivt behov av tandregleringsbehandling hade. Den övergripande slutsatsen blir därför att bettavvikelser har negativ inverkan på den munhälsorelaterade livskvaliteten men att resultaten tyder på en komplex effekt. Således behövs fler studier inom detta område.

Klinisk betydelse:

Förekomsten av bettavvikelser hos en grupp barn kan förefalla vara konstant vid två olika tidpunkter. Följer man dock samma individer över tid blir det tydligt att förändringar sker på individnivå. Då självkorrigering av bettavvikelser är vanligt förekommande bör all tandreglering skjutas upp åtminstone till växelbettsperioden. Tandläkaren bör också vara medveten om att på barn med synliga bettavvikelser har bettavvikelsena ofta negativa effekter på barnens livskvalitet. Dessutom kan tandvårdsrädsla eller huvudvärk i slutet av barndomen ha större inverkan på den munhälsorelaterade livskvaliteten än bettavvikelser och objektivt tandregleringsbehov. Detta bör beaktas vid val av tidpunkt för tandregleringsbehandling.





FÖRSTKLASSIG ANEDRÄKT



- Säkerställer god andedräkt
- Vetenskapligt bevisad effekt i 12 timmar
- För dagligt bruk
- Innehåller fluor

För ökat självförtroende i 12 timmar

MEDA
www.sb12.se

SpecialCare2017



www.specialcare2017.com



WELCOME

It is a privilege to invite you to Iceland for the SpecialCare 2017 conference. This is the 23rd conference of the Nordic Association for Disability and Oral Health (NFH) and is held in conjunction with the 5th Nordic Conference on Children with Feeding Disorders in Reykjavík 17th–18th of August in 2017.

This conference will provide an active forum for presentations and discussions. The scientific programme will be prepared by our Scientific Committee together with clinicians and researchers to create an interactive conference. This is a great opportunity to meet with colleagues, to exchange ideas, but most of all to make friends.

Reykjavík is an excellent venue for the conference. It is the capital city of Iceland and the northernmost capital in the world. Along with an ambitious social programme, the participants will have the chance to explore some of the renowned natural attractions of Iceland.

Detailed information on the scientific programme will be available on the conference website in due course.

On behalf of the Organizing Committee we warmly welcome you to Iceland.

Elin S. Wang and Ingólfur Einarsson, chairs of SpecialCare 2017

ALL INFORMATION AND UPDATES WILL BE AVAILABLE ON: WWW.SPECIALCARE2017.COM

SpecialCare 2017

Organizing committee

Chairs: Elin S. Wang and Ingólfur Einarsson

Áslaug Óskarsdóttir, Brynja Jónsdóttir, Helga Ágústsdóttir, Helgi Hansson, Rakel Jónsdóttir, Solveig Hulda Jónsdóttir and Sonja Rut Jónsdóttir.

Venue

Harpa, the beautiful concert and conference centre features the best conditions for conferences in Iceland. It is conveniently situated at the harbour in the heart of Reykjavík and within walking distance of the city centre with shops, restaurants, art galleries and a vibrant night-life.

Social programme and excursions

Along with the social programme such as the welcoming reception and the conference dinner, participants will have the opportunity to visit Iceland's most spectacular attractions, including geysers, waterfalls, volcanoes and glaciers.

Accommodation

Accommodation in various price ranges nearby Harpa have been booked for participants.

Conference organiser and secretariat



REYKJAVÍK
Suðurlandsbraut 6 / 108 Reykjavík
www.cpreykjavik.is

PRENTEND / PIEL

NFH nordiska sektioner

Dansk sektion



Medlemstal: 119
Medlemsafgift: 250,- kr.

Hjemmeside:
www.nfh-danmark.dk

Formand og Councilmember i IADH

Gitte Z. Johansen
Tandplejen Pilehaveskolen
Horsbred 197
2625 Vallensbæk
Tel: +45 4364 8120
Privat: Blytsvej 20
2000 Frederiksberg
Tel: +45 3886 8565
gzi@mail.tele.dk

Næstformand og kontakt til Bulletinen

Elsebeth Lili Nielsen
Privat: Ringgade 222
6400 Sønderborg
Tel: +45 7442 2799
elsebeth.nielsen@bbsyd.dk

Sekretær og Councilmember i IADH

Torben L. Gasseholm
Specialtandplejen
Heden 7
5000 Odense C
Tel: +45 6551 5506
tgs@odense.dk

Kasserer

Charlotte Kring
Region Sjællands Tandpleje
Æblehaven 2
4200 Slagelse
Privat mob: +45 21200661
charlotte.kring@hotmail.com

Bestyrelsesmedlem, webredaktør

Pernille Endrup Jacobsen
Afdeling for Regional Specialtandpleje
Regionshospitalet Viborg
Søndersøparken 14
8800 Viborg
Telefon: 7844 6700
pej@odontologi.au.dk

Suppleant

Anne Marie Bergmann Løvshall
Regionshospitalet Viborg
Afd. for regional specialtandpleje
Søndersøparken 14
8800 Viborg
Tel: +45 7844 6700
mie.loevscall@viborg.rm.dk

Finska sektionen



Medlemstal: 54 st.

Medlemsavgiften har i flera år varit 20 euro

Ordförande, Council member i IADH

Marianne Andersson

Pargas stad

Tandvårdscentralen

Kommunalhemsvägen 12 C

21600 Pargas

marianne.andersson@pargas.fi

Vice ordförande,

Finsk redaktör för NFH-Bulletinen

Mikael Skogman

Tandkliniken, Visasbacken 2

Tel: +358-6-7861260

Hem: Bennäsv.72

68600 JAKOBSTAD.

Tel: +358-6-7237677

mikael.skogman@jakobstad.fi

Kassör

Laura Virtanen

Tel: +358 (0) 409371359

lauvirtanen@gmail.com

Ledamöter

Dunja Kanto

Tapparakatu 6 d, 13 20780 Kaarina

Tel: +358-40-5816850

dunja.kanto@fimnet.fi

Katja Harja

Tel: 358 (0) 50 5443105

katja.harja@fimnet.fi

Anna-Mari Kyläkallio

Haltijatontuntie 32.A

02200 ESPOO

Tel: +385 050 325 8348

am.kylakallio@gmail.com

Islandsk sektion



Medlemstal 20 betalende og 10 passive
medlemsavgift 4000 ISK. 265 SEK

Formand og Councilmember i IADH

Elin Svarrer Wang, tandl.

Vegmúli 2, IS-108 Reykjavík

Tel: +354 588 2140

elinw@hotmail.com

Sekretær

Solveig Hulda Jonsdottir, tandl, spec i ortodonti

Snorrabraut 29

105 Reykjavík, Island

solveig@tannrettingastofan.is

Kasserer

Sonja Rut Jonsdottir, tandl.

Rettarholtsvegi 3

108 Reykjavík

Island

Tel + 354 5885533

sonjarut@gmail.com

Suppleanter

Helgi Hansson, tandl. specialist i pedodonti

Flatarhrauni 5a

220 Hafnarfjörður

Island

Tel + 354 5552050

helgiogthora@simnet.is

Helga Ágústsdóttir, MS, MPH, PhD, specialist i

Geriatrí og Samfundssodontologi

Division of Geriatrics, University Hospital

Landakot, Tungata, IS-101 Reykjavík

Tel + 3545439832

Mob + 3548994756

helga.agusts@gmail.com

Norske seksjonen



Medlemstall: 62 enkeltmedlemmer,
2 gruppemedlemskap, 2 æresmedlemmer,
Medlemsavgift: 200,- enkeltmedlemskap
400,- gruppemedlemskap.

Leder, Council-member i IADH

Stefan Axelsson, spesialist i kjeveortopedi, dr.odont.
TAKO-senteret, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberggata 17
0456 Oslo, Norge
Tfn. direkte +47 23 22 59 25
Tfn. resepsjon +47 23 22 59 49
stefan.axelsson@tako.no

Nestleder

Anne Beate Sonju Clasen, spesialist i pedodonti, dr.odont.
Spesialavdelingen, Tannklinikken Sentrum
Tannhelsetjenesten i Oslo
Postboks 9112 Grønland
0133 Oslo, Norge
Tlf. +47 23 43 01 10 eller 23 43 02 12
a-clasen@online.no
anne.b.sonju.clasen@tht.oslo.kommune.no

Kasserer

Sissel Koller Sundnes, tannlege
Ringstabekkveien 69 B
1358 JAR, Norge
Tlf. +47 950 96 620
E-post: s.k.sundnes@odont.uio.no; sksundnes@gmail.com

Styremedlem

Zahra Shafiee, tannpleier
TAKO-senteret, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberggata 17
0456 Oslo, Norge
Tfn. direkte +47 23 22 59 45
Tfn. resepsjon +47 23 22 59 49
zahara.shafiee@tako.no

Jan Berdén, spesialist i pedodonti

TAKO-senteret Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberggata 17
0456 Oslo, Norge
Tfn. direkte +47 23 22 59 42
Tfn. resepsjon +47 23 22 59 49
jan.berden@tako.no

Varamedlemmer

Berit E. Skei, tannlege
Huseby tannklinikk
Sørkedalsveien 148 , N-0754 Oslo
Tlf: 47 22 70 37 80

Svenska sektionen



Medlemstal: 184 + 39 klinikmedlemsskap
Medlemsavgift: 150:- enskilda medlemmar
500:- klinikmedlem

Hemsida:
www.nfh-sverige.se

Ordförande
Mia Zellmer
Tandsköterskeutbildningen
Medicinaregatan 12E
413 90 Göteborg
Mobil: 070-7850541
mia.zellmer@vgregion.se

Hemsida:
www.nfh-sverige.se

Ordförande
Monica Palmö
Specialist- och sjukhustandvården (Orofacial medicin)
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
Besöksadress: Byggnad 13, v 8
Tel: 0455-736480
Mob: 073-4471555
monica.palmo@ltblekinge.se

Vice ordförande
Annika Stöckel Hansson
Tandvårdens kompetenscentrum
Specialistklinik för ortodonti
Box 922
971 28 Luleå
Tel: 0920-717 10
annika.stockel-hansson@nll.se

Sekreterare
Maria Wikander
Boråsvägen 18
52337 Ulricehamn
Tel 010-4419966
maria.wikander@gmail.com

Kassör
Linda Gustavsson Tjernström
Folktandvården
Strandvägen 17
444 31 Stenungsund
Tel: 010-4417300
linda.m.gustavsson@vgregion.se

Ledamot
Mia Zellmer
Utbildningsledare
Tandsköterskeutbildningen
Odontologen
Medicinaregatan 12E
413 90 Göteborg
Tel. 0707850541, 0104417713
mia.zellmer@vgregion.se

Ledamot
Kristoffer Engård
Centrum för specialisttandvård
Sjukhustandvården
Ruth Lundskogs gata 10 SUS Malmö
205 02 Malmö
Tel: 040-6230670
kristoffer.emgard@skane.se

Redaktör för NFH Bulletin

Lena Romeling Gustafsson

Mun-H-Center, Medicinaregatan 12A, 413 90 Göteborg, Sverige

Tel arbete: +46 (0)10-4417980, Mob: +46 (0)707-85 02 40

lena.m.gustafsson@vgregion.se



Stipendium

För medlemmar i den svenska sektionen av NFH finns ett stipendium att söka. Stipendiet går till forskningsprojekt inom områden som rör oral hälsa och medfödda eller förvärvade funktionshinder. Stipendiet är på 10.000 SKR och kan delas på flera sökanden.

Mer information och ansökningsblankett finns på
www.nfh-sverige.se

TUMLE Dentalkuddar

- ett samarbete med Mun-H-Center



URIFORM DESIGNS

Bellmansgatan 24. 118 47 Stockholm. tel&fax 08-7029774. 070-6621114. butiken@uriform.se www.uriform.se