



Bulletin

Nr 2 2021

Nordisk förening för Funktionshinder och oral Hälsa

Bild Annette Carlsson





BULLETIN

NR 2 2021
VOL. 58

Innehåll

- 3 **Ordföranden har ordet**
- 4 **Svenska sektionens symposium 27-28/1-22**
- 5 **iADH 2022, Paris**
- 6 **Forskning: Reumatoid artrit och Sjögrens syndrom, Ulla Moberg Sköld**
- 19 **VÅRSOM 2022 i Tylösand**
- 20 **Logoped Åsa Mogren disputerar 12/11-21**
- 24 **Verksamhetsberättelser från de nordiska sektionerna**
- 30 **Stipendium NFH svenska sektion**
- 31 **NFH nordiska sektioner**

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

Ansvarig utgivare: Stefan Axelsson, ordförande NFH Norge

Redaktionskommitté: Lena Romeling, Sverige (huvudredaktör), Danmark, Stefan Axelsson, Norge, Elin Svarrer Wang, Island och Aija Kalmari, Finland.

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

Ordföranden har ordet

Kjære medlem i NFH.

Når du får dette nummer av Bulletinen i din håne (eller på e-post) har det allerede blitt høst på alvor. Da kan det være bra med noe hyggelig å lese mens du setter deg i go-fotøljen med en kopp rykende te.

Forhåpentligvis har nå alle nordiske land åpnet opp samfunnet igjen etter drøyt 8 måneder med varierende grad av nedstenging. For de fleste av oss i NFH har dette betydd at det ikke har vært mulig å samles fysisk til møter, kurs, seminarer eller kongresser. Bland annet medførte pandemi-situasjonen at det store nordisk møtet/kongressen i Oslo i begynnelsen av september fikk avlyses. Dette er vi meget lei oss for, men NFHs nordiske styre og Generalforsamling har bestemt at vi arrangerer et nordisk møte med omtrent samme tema i Oslo om 2 år (30.8, 31.8 og 1.9 2023). Notere deg dato allerede nå i din kalender. Du kommer å få jevnlig oppdatering om kongressen her i Bulletinen og på kongressens hjemmeside (www.nfh-nordic2021.org).

Gjenåpningen av våre samfunn i Norden betyr at vi kan begynne med fysiske medlemsaktiviteter, kurs og seminarer igjen. Les mer om hav som skjer i ditt land og i din seksjon i dette nummer av Bulletinen.

Allerede nå kan du begynne å forberede deg IADHs store internasjonale kongress i Paris 24.-26. august 2022. Kongressen har åpnet

for å sende inn abstrakt og den muligheten avsluttes i februar 2022. Kongressens motto er: «Quality matters ... Equitable health outcomes». Du finner mer informasjon om kongressen på hjemmesiden www.iadh2022.org. Jeg håper at vi ses i Paris!

Bulletinen er et viktig instrument for å spre informasjon om kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og oral helse. Det er viktig at vi får inn bidrag fra alle medlemsland i Norden. Redaksjonen ønsker seg for eksempel referat eller rapporter fra kurs eller symposier, forskningsrapporter, anmeldelser av viktige nye fagbøker, eller autoreferat av mastergrads- eller doktorgradsavhandlinger. Husk at fotografier av forfatteren, foredragsholderne, miljøbilder fra kurset/kongressen, eller av ting som er omtalt i artikkelen er varmt velkomment.

Legg gjerne en utskrift av dette nummer av Bulletinen på lunsjrommet og la dine medarbeidere på arbeidsplassen også få ta del av innholdet. Prøv også å engasjere flere av dine medarbeidere til å bli medlemmer i NFH slik at vi derved kan øke kunnskapen og forståelsen for oral helse hos personer med funksjonshemminger og sammensatte behov.

Ta god vare på hverandre i denne vanskelige tid for oss som mennesker og tannhelsepersonell.

Stefan Axelsson
Formann i NFH
stefan.axelsson@tako.no



Nordisk Förening för Oral Hälsa och Funktionshinder Svenska sektionens symposium 27-28/1 2022

"Nygamla utmaningar för framtidens tandvård"

**Symposiet kommer att äga rum på
Kom Hotel, Döbelnsgatan 17 Stockholm**

Pris: 6500 SEK för medlemmar (7000 SEK för icke medlemmar).

I priset ingår Get together 26/1, luncher och middag med underhållning 27/1.
Resa och boende ingår *inte* i kursavgiften. Vi har förbokat ett antal rum på Hotel Kom.
För att få det rabatterade priset skickas bokningsförfrågan till bokning@komhotel.se

Uppge bokningskod: **Delilah**

Föreläsare:

Mikael Zimmerman, docent i klinisk oral diagnostik, Karolinska Institutet
Hygien och smittskydd.

Kristoffer Emgård, pedodontist, Specialisttandvården Skåne
Tandbehandling i narkos, behövs det?

Anna Arvidsson– tandläkare, Orofacial medicin Östra Sjukhuset, Gbg
Antibiotika i tandvården – riktlinjer, när, hur och varför

Thomas Kvist, docent, universitetslektor/övertandläkare, Göteborgs universitet
Etik i tandvården

Stefan Renvert, professor i oral hälsovetenskap, Kristianstad
Äldretandvård och digitala system

Johan Sanmartin Berglund, professor i hälsovetenskap, BTH, Karlskrona
Äldretandvård och digitala system samt digitala hjälpmedel

Save the date !!!



Reumatoid artrit och Sjögrens syndrom - så kan patienterna minska risken för karies

De autoimmuna sjukdomarna reumatoid artrit och Sjögrens syndrom medför en ökad kariesrisk på grund av muntorrhet, immunosuppression och nedsatt handfunktion. Det är angeläget att reumatologläkare tidigt i diagnosen remitterar patienten till tandvården för kariesriskbedömning och individuell kariesprevention.

Kort sammanfattning

De autoimmuna sjukdomarna reumatoid artrit och Sjögrens syndrom innebär negativ påverkan i munnen med muntorrhet och en ökad kariesrisk som följd för samtliga patienter med Sjögrens syndrom och även för många patienter med reumatoid artrit på grund av sekundärt Sjögren. Dessutom ger modern medicinering immunosuppression med ökad infektionsrisk och kombinerat med smärta och nedsatt funktion i händer och fingrar medför det en ökad kariesrisk. Vetenskapliga studier visar att patienter med dessa sjukdomar har mer karierade och extraherade tänder, ofta inte kontinuerlig tandvårdskontakt och höga tandvårdskostnader. Det är därför av yttersta vikt att reumatologläkare tidigt i patientens diagnos remitterar patienten till sin ordinarie tandvårdsklinik eller till en Specialistklinik för Oral Medicin som i sin tur kan vägleda patienten till en tandklinik; allt för att patienten ska behålla god munhälsa. Tandvårdens uppgift är att göra en noggrann kariesriskbedömning med betoning på självupplevd muntorrhet xerostomi och en objektiv bedömning av hyposalivation via klinisk inspektion och salivprovtagning där vilosaliv är av största intresse. Kariespreventionen utgår från resultatet av kariesriskbedömningen med tonvikt på god egenvård med fluorid, kost och munhygien och regelbundna besök på tandvården. Fluorid tandkräm och fluoridlösning är det viktiga dagliga fluoridskyddet som kompletteras med övriga fluoridprodukter som högfluorid tandkräm, fluoridgel, fluoridtabletter och fluoridtuggummi. För munhygien finns olika hjälpmedel som underlättar tandrengöringen vid nedsatt handfunktion. Salivstimulerande och fuktgivande produkter som finns i ett rikligt sortiment är viktiga komplement till konventionell kariesprevention vid kraftig förminskad eller avsaknad av salivkörtelvävnad. Patienten bör kallas till tandvården var 6:e alternativt var 3:e månad för kontroll av egenvård och för fluoridlackning.

Artikeln publicerades i Tandläkartidningen nr 6 år 2021 och finns här att läsa i sin helhet

Referentgranskad – accepterad för publicering 18 januari 2021.

Reumatoid artrit och Sjögrens syndrom
Så kan patienterna minska risken för karies

De autoimmuna sjukdomarna reumatoid artrit (RA) och Sjögrens syndrom (SS) medför en ökad kariesrisk på grund av muntorrhet, immunosuppression och nedsatt handfunktion. Det är angeläget att reumatologläkare tidigt i diagnosen remitterar patienten till tandvården för kariesriskbedömning och individuell kariesprevention.



Författare

Ulla Moberg Sköld (bild), tdl, odont dr, docent i kariologi, Sahlgrenska akademien, Göteborg, Sverige.
E-post: ulla.mobergskold@gmail.com
Jukka H Meurman, prof, överläkare, Kliniken för mun- och käksjukdomar, Helsingfors universitets-sjukhus, Helsingfors, Finland.
Roland Jonsson, DMD, odont dr, prof emeritus, Broegelmanns Forskningslaboratorium, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Norge.
Downen Birkhed, prof emeritus, Malmö, Sverige.

Det finns en stark koppling mellan munhälsa och allmänhälsa, där god munhälsa i hög utsträckning bidrar till god allmänhälsa och till allmänt välbefinnande.

Den kanadensiske läkaren Sir William Osler myntade redan på 1800-talets slut uttrycket ”the health of the mouth is the window to the health of the body”, vilket med stor tydlighet gäller även i dag, drygt 100 år senare, och visar på sambanden mellan munhälsa och risk för och progression av systemsjukdomar [1]. Man kan på goda grunder säga att munnen är kroppens spegel [2].

Det finns ett samband mellan de reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit (RA) och Sjögrens syndrom (SS) och orala sjukdomarna parodontit och karies [3]. Karies är en multifaktoriell folksjukdom, som drabbar 60–90 procent av samtliga skolbarn i världen och en majoritet av den vuxna befolkningen [4]. Karies innebär stora kostnader för såväl individ som samhälle och är, enligt WHO:s beräkningar, den fjärde dyraste kroniska sjukdomen att behandla [5]. Sjukdomen är fortfarande den vanligaste orsaken till tandförlust, som innebär inte bara sämre funktion att tugga och tillgodogöra sig föda utan även sänkt självkänsla, lägre social status och är en stark social markör [6].

SAMVERKAN REUMATOLOGI – TANDVÅRD

Det är viktigt att etablera en samverkan mellan reumatologivård och tandvård för att

- säkerställa tidig och korrekt diagnos avseende munsjukdomar
- främja goda vanor och förhindra potentiella orala komplikationer.

Detta är av allmänt intresse inom såväl tand- som sjukvården [7–9].

Patient som diagnostiseras med RA eller SS bör som rutin remitteras från ansvarig reumatologläkare till den tandvårdsklinik som patienten är knuten till. Saknas en kontinuerlig tandvårdskontakt bör remissen gå till specialisttandvården oral medicin inom respektive folktandvårdsområde, som i sin tur remitterar till lämplig tandvårdsklinik och även kan fungera som rådgivare.

Vid muntorrhet och/eller sköra och känsliga munslemhinnor i kombination med dålig motorik i händer till följd av smärta, svullnad, stelhet, felställningar, inskränkt rörlighet och dålig gapförmåga är det viktigt att tidigt få kunskap om riskerna för försämrad munhälsa. Tandvårdens uppgift är att göra en riskbedömning ur kariessynpunkt och sätta in preventionsinsatser utifrån den enskilde patientens behov och förutsättningar. Ju tidigare detta sker i patientens diagnos, desto större är chansen att behålla god munhälsa. Tandvården kan också, genom sitt breda kontaktnät gentemot allmänheten, upptäcka sjukdomarna SS och RA genom deras negativa påverkan i munhålan, vilket ytterligare poängterar vikten av fungerande samverkan mellan reumatologivård och tandvård [8].

F5-TANDVÅRD OCH SÄRSKILT TANDVÅRDSBIDRAG

För den vuxne patienten som lider av långvarig RA och har stora svårigheter att sköta sin munhälsa finns tandvårdsstödet F5, som innebär att vården hos tandläkare och tandhygienist ingår i den vård som patienten i övrigt får av hälso- och sjukvården och ingår i högkostnadsskyddet. Patientens reu-



matologläkare gör ansökan på en särskild blankett från Socialstyrelsen och regionen beslutar om patienten har rätt till stöd. Exempel på besvär för att beviljas tandvårdsstöd är smärta, stelhet, leddestruktion med felställningar, inskränkning i handens finmotorik och käkledsbesvär med minskad gapförmåga. Patient med SS kan ansöka om särskilt tandvårdsbidrag (STB), för närvarande 600 kronor per halvår, som används för kariesprevention för att undvika risk för försämrad munhälsa.

REUMATOID ARTRIT – RA

RA är en immunologisk störning som börjar flera år före uppkomsten av kliniska symtom. I början är symtomen ospecifika och kan inte skiljas från andra ledbesvär. Så småningom inflammeras små leder, karakteristiskt i fingrarna och handlederna. Den sannolika RA-diagnosen kan fastställas när reumafaktorn, också kallad Waaler-Rose test efter normannen Erik Waaler som först beskrev denna autoantikropp, och antikroppar mot citrullinerade peptider/proteiner (ACPA) kan påvisas i blodet. Detta sker hos ungefär två tredjedelar av alla patienter med RA. Reumatiska ledbesvär är svårast på morgonen och patienten kan ha feber och lida av trötthet.

I Sverige beräknas cirka 0,7 procent av den vuxna befolkningen ha RA, med cirka 40 nyinsjuknade per 100 000 invånare och år [10]. Insjuknandet ses i alla åldrar, men majoriteten insjuknar mellan 50 och 70 år. Diagnosen RA är tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Det finns ett genetiskt anlag för insjuknandet och den risken fördubblas av rökning [11].

Sverige har en betydande roll i reumatiska sjukdomars historia tack vare Nanna Svartz (1890–1986), landets första kvinnliga professor och chef vid medicinska kliniken vid Karolinska sjukhuset. I slutet av 1930-talet utvecklade hon sulfasalazin (Salazopyrin®), vilket då revolutionerade behandlingen. Läkemedlet är fortfarande en av hörnstenarna i behandlingen.

Utvecklingen av såväl diagnostik som behandling av RA har under senare år varit snabb. Patogensen bakom RA är ledhinneinflammation, så kallad synovit. Modern forskning har uppmärksammat till exempel tumor necrosis factor-alfa (TNF- α), vilket har lett till nutida läkemedel som TNF- α -modulatorer [12].

Modern antireumatisk behandling innebär användning av en kombination av olika mediciner såsom metotrexat, sulfasalazin, hydroxiklorokin och glukokortikoider. Andra mediciner som kan komma i fråga är immunosuppressiva mediciner som azatioprin och ciklosporin, men också aurotiomalat (”guld”) och penicillamin används fortfarande. Om dessa klassiska antireumatika inte hjälper, övergår man till biologiska mediciner, vanligen kombinerade med metotrexat, som är en folsyraantagonist och

tillhör gruppen cytostatika. De biologiska läkemedlen är TNF- α -hämmare (till exempel adalimumab), B- och T-cellshämmare (till exempel rituximab), interleukin-6 receptorblockerare (tosilizumab), interleukin-1-blockerare (anakinra) och januskinas (JAK)-hämmare (upadacitinib) [13].

I praktiken förorsakar alla reumamediciner immunosuppression. Mediciner som patienten använder kan också framkalla biverkningar i munnen såsom muntorrhet och lichenoida slemhinnereaktioner. Den enskilde patientens vård i avvägningen mellan god effekt på sjukdomsaktivitet och önskade biverkningar kan därför vara mycket komplicerad.

Samband mellan RA och karies

Den vetenskapliga evidensen kring sambandet mellan RA och karies är svag på grund av relativt få studier med ett fåtal patienter. Det är också mest tvärsnittsstudier utan uppföljningstid, och i studierna har man oftast använt de alltför grova måtten DMFT(S)-index för att i enskilda patientfall beskriva karies, och information om kariesaktivitet saknas.

I en nyligen publicerad studie, som inkluderade 80 patienter med RA och 80 friska kontroller, påvisades ingen skillnad i totala DMFT-värden (13,0 mot 14,8), men individer med RA hade fler tänder med manifest karies jämfört med kontroller (5,8 mot 3,9) [14]. I samma studie var antalet mutans streptokocker signifikant större i RA-gruppen, vilket i sig kan innebära större kariesrisk.

I en annan studie med 32 patienter med RA som jämfördes med 29 friska individer visades att patienterna med RA, förutom besvär med självupplevd muntorrhet, tandvärk, käkledsbesvär och inskränkt gapförmåga som påverkade livskvaliteten, hade mera karies och plack jämfört med den friska kontrollgruppen [15]. Trolig orsak till sämre munhygien ansågs vara fysisk och funktionell inskränkning och svårighet att hålla god munhygien. Författarna poängterade vikten av kontinuerlig kontroll av munhälsan.

I en studie med 53 patienter nyligen diagnostiserade med RA, 28 patienter med kronisk RA och 43 kontroller hade patienterna med RA redan vid start mer karies, och trots god respons på mediciner för sjukdomen fick de mer karies under de 16 månader som studien pågick [16]. Patienternas munhygien var sämre jämfört med den friska kontrollgruppen, säkert beroende på konstaterad lägre tandborstningsfrekvens. De hade också högre andel djupa tandköttsfickor. Författarna poängterade vikten av regelbunden tandvård, och inte minst god egenvård redan då RA-diagnosen ställs.

I en spansk studie med 73 patienter med RA och 73 kontroller var plack-indexvärden signifikant högre för patienterna med RA jämfört med friska individer (1,6 mot 1,1), men ingen skillnad i karies-siffrorna (DMFT 11,8 mot 10,6) påvisades mellan grupperna [17]. På grund av sämre munhygien re-

”Patienter med RA borde besöka tandvården oftare än friska individer, vilket tyvärr inte sker.”

kommenderade författarna användning av elektrisk tandborste för att lättare uppnå god munhygien.

En tidigare studie i Finland om 77 patienter med olika reumatiska sjukdomar och 77 kontroller, visade att karies generellt var mera frekvent hos patienter med reumatiska sjukdomar, men skillnaderna var små. Munhälsan var dock sämre hos patienter med sekundärt SS oberoende av reumasjukdomens exakta diagnos [18].

Hos patienter med juvenil idiopatisk artrit har också rapporterats sämre munhälsa jämfört med motsvarande friska barn och ungdomar. En studie med 147 barn i åldrarna 0–18 år visade att dessa patienter hade fler extraherade tänder och fler tänder med manifest karies, 1,0 mot 0,3, jämfört med en kontrollgrupp, och de hade också sämre munhygien [19]. Författarna poängterade vikten av regelbunden tandvård.

Patienter med RA borde besöka tandvården oftare än friska individer, vilket tyvärr inte sker. En australiensisk undersökning visade att 45 procent av patienterna med RA inte hade besökt tandvården under senaste två åren eller längre. Största anledningen till deras tandvårdsbesök var fyllningsterapi och de hade avsevärt mer extraktioner än friska individer (8,6 tänder mot 3,9 tänder) och prevention var helt negligerad [20].

Den vetenskapliga litteraturen indikerar att karies inte behöver vara ett stort problem hos RA-patienter om sjukdomen inte leder till sekundärt SS och/eller patienten inte använder mediciner med markant hyposalivation som biverkning. Dock leder de flesta av de moderna medicinerna till immunosuppression med ökad känslighet för infektioner, varför god munhälsa är av stor betydelse. Felställningar i händer, smärta, stelhet med mera, som hör till den klassiska bilden av RA, kan innebära stora svårigheter att upprätthålla god munhälsa. Detta poängterar ytterligare att RA-patienter är kariesriskpatienter trots att saliven inte behöver vara påverkad.

SJÖGRENS SYNDROM – SS

SS har fått sitt namn efter den svenske ögonläkaren Henrik Sjögren (1899–1986). År 1929 undersökte han en patient som klagade på torra ögon, muntorrhet och ledsmärtor. Han noterade att kombinationen av dessa symtom möjligen kunde utgöra en egen sjukdoms entitet och han började beskriva dessa patienter under paraplydiagnosen keratoconjunctivitis sicca. Noggrann undersökning gjordes både kliniskt och mikroskopiskt. Han försvarade sin avhandling ”Zur Kenntniss der Keratoconjunctivitis Sicca” som mottogs med stor entusiasm, men blev också starkt kritiserad av opponenterna. Avhandlingen blev senare översatt till engelska och Sjögren fick därigenom en internationell karriär. Han var en duktig kliniker med bred klinisk verksamhet i Jönköping och som erkännande för sitt arbete och internationella renommé utnämndes han

till docent 1957 av universitetet i Göteborg och till professor 1961 av svenska regeringen.

SS, som debuterar huvudsakligen hos kvinnor i åldrarna 40 till 60 år med en prevalens på cirka 0,05 procent, är en systemisk autoimmun bindvävssjukdom som karaktäriseras av inflammation i exokrina körtlar. Det leder främst till torrhet i munnen och i ögonen samt ofta torrhet på andra ytor, såsom huden, som har förbindelse till exokrina körtlar [21]. Sjukdomen associeras med autoantikroppar som kan upptäckas långt innan symtomen debuterar eller diagnosen fastställs [22]. Spekttrat av SS sträcker sig från en ren organspecifik autoimmun inflammation till en systemsjukdom som drabbar flera organ och associeras med ökad risk för B-cellslymfom.

Aktuell behandling är huvudsakligen symptomatisk, men vid mer utbredd systemsjukdom kan andra, både lokala och systemiska, behandlingsmöjligheter tillgripas [23, 24].

Som ett resultat av det varierande sjukdomsuttrycket är det en utmaning att förbättra diagnostik och behandling. Ett led i detta har varit att ta fram och validera förbättrade internationella klassifikationskriterier [25]. Den kliniska vardagen har två alternativa krav för att kunna ställa diagnosen SS: antingen ska patienten ha autoantikroppar och/eller uppvisa positiv läppbiopsi. Spottkörtelbiopsier med efterföljande histopatologisk undersökning har visat sig vara det närmaste man kan kalla en ”golden standard” som kan användas i kliniska provningar och för stratifiering av patienter [26]. Ultraljud av de stora spottkörtlarna och salivanalys uppfyller kraven på att vara icke-invasiva undersökningar för sökande efter viktiga biomarkörer vid SS [27].

Samband mellan SS och karies

Minskat salivflöde och förändringar i salivens sammansättning gör att patienter med SS har en ökad risk att utveckla karies [28]. Den viktiga buffringskapaciteten och förmågan att remineralisera är reducerad. Detta gäller också försvaret mot kariogena mikroorganismer.

Ett stort antal vetenskapliga artiklar har publicerats om sambandet mellan SS och karies, men här nöjer vi oss med att inkludera några från senare tid. Ett ökat DMFT(S)-index har visats hos dessa patienter jämfört med friska individer utan SS [29, 30]. I den första av dessa två studier fann man inga skillnader i antalet karierade tänder bland SS-patienter i åldersgruppen 27–61 år mot den friska kontrollgruppen, men de hade fyra gånger så många saknade tänder på grund av karies och de hade också fyra gånger högre tandvårdskostnader jämfört med kontrollgruppen [29]. I den andra studien var det ingen skillnad i karierade tandytor, men signifikanta skillnader i saknade och fyllda tandytor gentemot kontrollgruppen. SS-patienterna hade god munhygien men uppvisade ett ökat antal kariogena och acidofila mikroorganismer, såsom mutansstrepto-

kocker och laktobaciller, jämfört med friska individer. De besökte också tandvården mer frekvent än den friska kontrollgruppen [30].

Bland SS-patienter är det vanligt att karies förekommer på mer ovanliga ytor, såsom incisalskär, lingualt, på rottytor och cervikalt runt tänderna [31]. DMFS har också visat sig vara omvänt korrelerat till salivflödet. I en amerikansk retrospektiv studie visades nyligen att minskat salivflöde relaterat till SS innebär en större kariesrisk jämfört med hyposalivation av andra orsaker [32]. Men här kunde man inte relatera fynden till salivflödet. I en annan amerikansk studie, på över 1 000 försökspersoner, hade SS-patienterna signifikant högre andel kariesade och lagade tänder jämfört med frisk kontrollgrupp [33]. Tandvårdsbesöken var dubbelt så många under en tolv månadersperiod, till en tredubblad kostnad, jämfört med kontrollgruppen.

KARIESRISKBEDÖMNING

Karies – en multifaktoriell folksjukdom

En kariesriskbedömning innebär att försöka se in i framtiden och bedöma sannolikheten för att en patient ska utveckla karies [34]. Kariesriskbedömning omfattar medicinsk, odontologisk och social risk. Den medicinska risken som här diskuteras är patientens reumatiska sjukdom och medicinering. Den sociala risken är avhängig patientens miljö och livsstil, där kunskap och intresse för munhälsan spelar in. Den odontologiska risken består av en traditionell bedömning av karies angreppsfaktorer, med kost och mikroorganismer i den ena vågskålen och försvarsfaktorer i samband med fluorid i den andra vågskålen. Kosten spelar en avgörande roll för karies, varför det är viktigt att för patienter med RA och SS bedöma kosten i sin helhet och intagsfrekvensen i synnerhet.

En bedömning av den totala risken att utveckla karies görs på de flesta folktandvårdskliniker i Sverige via ”Beslutsstöd R2”, som utvecklats av en grupp svenska odontologer i samband med projektet ”Frisk tandvård” 2008 med Thomas Jacobsen som projektledare. De kliniker som inte har tillgång till detta beslutsstöd kan använda den pedagogiska kariesriskmodellen Cariogram, som är ett interaktivt dataprogram som bedömer ”den aktuella chansen att undvika karies” och som är enkel att utföra på kliniken [35]. Den presenterades för drygt 20 år sedan av Douglas Bratthall i Malmö [36] och kan laddas ner kostnadsfritt på Malmö universitets webbplats för pc- och mac-datorer <<https://bit.ly/3sEDBKR>>.

Muntorrhet – en viktig riskfaktor för karies

Det är få sjukdomar som drabbar munhålan så hårt och där sambandet är så starkt som mellan SS och karies på grund av muntorrhet. Det gäller i många fall även sjukdomen RA, då dessa patienter kan utveckla sekundärt SS.

Saliven är en viktig försvarsfaktor i munhålan, inte

Fakta 1. Exempel på frågor att ställa till en patient för att belysa självupplevd muntorrhet – xerostomi [43]

- Upplever du muntorrhet under natten eller när du vaknar?
- Upplever du muntorrhet under dagen?
- Har du ett glas vatten nära dig under natten?
- Dricker du vätska då du sväljer torra produkter?
- Upplever du muntorrhet under måltiderna?
- Upplever du att du har problem att svälja mat?
- Använder du tuggummi dagligen för att ta bort känslan av muntorrhet?
- Använder du frukter eller karameller dagligen för att ta bort känslan av muntorrhet?
- Upplever du att mängden saliv i din mun är för liten eller lägger du inte märke till det?
- Måste du fukta munnen ofta?

bara mot karies utan även mot dentala erosioner och orala munslemhinneförändringar [37]. Vid muntorrhet upplever patienten ofta svårighet att prata, svälja och känna smak och får ett ökat vätskebehov. Saliven har en fuktgivande och smörjande funktion i munhålan och en rad centrala funktioner i kariesprocessen. Den späder ut syror och kolhydrater i placket, neutraliserar genom sin buffringsförmåga och remineraliserar genom sitt innehåll av kalcium och fosfat [38]. Vid muntorrhet ökar kariesrisken påtagligt eftersom alla dessa försvarsmekanismer mer eller mindre är satta ur spel, och tänderna kan snabbt förstöras [39].

En indirekt kariesrisk vid muntorrhet är att sockertiden är förlängd, vilket medför att pH i plack ligger kvar på en låg nivå under lång tid efter intag av föda eller dryck. Dessutom ändras bakteriefloran med en dramatisk ökning av mutansstreptokocker och laktobaciller, vilket i sin tur resulterar i lägre plack-pH [40, 41].

Patientens självupplevda muntorrhet – xerostomi

Genom att ställa frågor om upplevelsen av att känna torrhet i munnen får tandvården en bra uppfattning om patientens subjektiva upplevelse av muntorrhet [42]. Patienten blir därmed uppmärksam på sina vanor, som till exempel kan vara att suga på sylriga karameller och dricka söta drycker. Salivsekretionen kan vara nedsatt till 50 procent eller ännu mer innan patienten själv upplever muntorrhet. Lämpliga frågor att ställa till patienten presenteras i faktaruta 1 [43].

Tandvårdens objektiva bedömning av muntorrhet – hyposalivation

Genom en klinisk undersökning och genom att mäta mängden vilosaliv och stimulerad saliv får tandvårdspersonalen en god bild av svårighetsgraden

NYHET!

Nu i 3 storlekar!



G·U·M® **SOFT-PICKS**®
ADVANCED

**AVANCERAD rengöring
mellan ALLA tänder!**

Maila info@se.sunstar.com **eller ring** 031-87 16 10 **för prover!**





Foto a-c: Folk tandvården Västra Götaland
Foto d: Sjukhusfotograf Ari Laine, Helsingfors, Finland

Fakta 2.
Fyra patienter
med Sjögrens
syndrom

- a) Torra läppar och munvinkelragader.
b) Atrofisk glossit med utslätade papiller, svullnad och ökad rodnad.
c) Torra läppar, candidos och karies.
d) Omfattande rotkaries-skador.

av patientens muntorrhet. Det är viktigt att registrera graden av muntorrhet fortlöpande eftersom salivsekretionen gradvis försämras.

Klinisk inspektion
Börja med att notera om det extraoralt finns torra eller såriga läppar och sår i munvinkeln. Intraoralt kan man se torra och såriga slemhinnor, atrofisk slemhinna – vanligtvis mest synlig på tungan då papillerna försvinner, svampinfektion, seg och skummig saliv och problem att bära protes. Med hjälp av en munspiegel som dras utefter kindens insida eller på tungans ovansida kan man avgöra om den fastnar eller glider lätt, vilket kan vara ett mått på graden av muntorrhet [44]. Faktaruta 2 visar bilder på fyra patienter med SS.

Salivprovtagning
Salivprov bör tas regelbundet eftersom sekretionshastigheten snabbt kan försämras [45, 46]. Man bör mäta både vilosaliv och tuggstimulerad saliv, och det är speciellt viktigt att för dessa patientgrupper få en uppfattning om vilosaliven. Den utrustning som behövs för att på tandklinik mätas saliven är en plastbägare eller ett graderat plaströr, ett tidur,

en paraffinbit eller ett sockerfritt tuggummi och en digital våg. Faktaruta 3 visar arbetsgången.

KARIESPREVENTION
God egenvård – grunden för kariesprevention
Oavsett aktiv karies eller inte vid remisstillfället bör varje patient med RA eller SS få ta del av en kariesprevention som innebär god egenvård och prevention på tandklinik för att minska karies angreppsfaktorer och öka försvarfaktorerna. Det görs med ett salutogent förhållningssätt i ett motiverande samtal med patienten i centrum och med mål att stärka befintliga goda vanor och ändra mindre goda vanor [47]. Goda vanor som grundläggs tidigt behålls längre och bör finnas etablerade när patienten fortfarande har god munhälsa och innan patienten blir alltför dålig i sin reumatiska sjukdom. Det går inte att nog poängtera vikten av kontinuerlig tandvårdskontakt då dessa patienter ofta brister i följsamhet att uppsöka tandvård och även har stora tandvårdskostnader [29].
Kosten, som den största angreppsfaktorn, spelar en central roll för uppkomsten av karies och det är av största vikt att undvika småätande och att minska mängden socker och lättfermentabla kolhydrater

Fakta 3. Vilosaliv och stimulerad saliv

- Vilosaliv mäts under 15 minuter genom att patienten sitter avslappnad, något framåtlutad och låter saliven samlas i munbotten, varefter den spottas ut i ett graderat plaströr eller i en bägare som vägts tom. Bägaren med saliv vägs sedan för att beräkna mängden saliv (1 gram ≈ 1 ml saliv).
- Stimulerad saliv mäts genom att patienten får tugga på en paraffinbit (eller ett sockerfritt tuggummi) under 5 minuter och med jämna mellanrum spotta ut i en bägare. Sekretionshastigheten uttrycks i ml/min.

	Vilosaliv (ml/min)	Tuggstimulerad saliv (ml/min)
Normalt	> 0,25	> 1
Lågt	0,1–0,25	0,7–1
Mycket lågt	< 0,10	< 0,7



Foto: Tandläkare Håkan Flink (FTV Sala)



[48, 49]. Främst gäller det sockerinnehållande drycker, söta bageriprodukter, konfektyr, glass och sockersötade mjölkprodukter. De mikroorganismer som har betydelse för kariessjukdomen är de organismer som både är syrabildande och syratåliga och har förmåga att verka vid låga pH-värden [50]. Goda salivegenskaper är första linjens försvar och då denna funktion är satt ur spel hos de flesta av dessa patienter är regelbunden tillförsel av fluorid än viktigare som försvarsfaktor för att balansera angreppsfaktorerna och undvika karies [51, 52]. Det finns en bred konsensus att fluorid minskar kariesrisken i alla åldrar genom lokal effekt i munhålan för att förhindra demineralisation och öka remineralisation av tandens hårdvävnad och för att påverka bakteriernas metabolism och tandytans ytaktivitet så mindre mängd syra bildas [53–55]. Se faktaruta 4.
Fluorid – hörnstenen i kariesprevention
Fluorid tandkräm är basen och dess effekt är beroende av faktorer såsom frekvens av tillförsel, fluoridkoncentration, borsttid, mängd tandkräm, spridning av tandkräm, vattensköljning och betende efter borstning [56, 57].
Den vedertagna 3 x 2-metoden bör användas för

Fakta 4. God egenvård
och prevention på tandklinik

- God egenvård**
Mat och dryck
- Begränsa antal intag av föda till maximalt 5–6 gånger per dag.
 - Låt tänder och saliv vila tre timmar mellan varje intag.
 - Vatten som dryck mellan måltider och på natten.
 - Syrliga sockerfria salivstimulerande tabletter och xylitolsötade tuggummin mellan måltiderna.

- Fluorid och tandrengöring*
- Tandborstning med 1450 ppm fluorid tandkräm morgon och kväll enligt 3 x 2-metoden som avslutas med sköljning med 0,2 procent NaF-lösning.
 - Approximal rengöring innan tandborstning på kvällen.

- Ökat tillskott av fluorid*
- Borsta tänderna en extra gång med 1450 ppm fluorid tandkräm.
 - Byt till högfluorid tandkräm Duraphat® 5 000 ppm fluorid eller Morningside® 5 000 ppm fluorid och borsta som med en vanlig fluorid tandkräm 2–3 gånger per dag. Dra en dubbelsträng tandkräm för att få tillräckligt med tandkräm då öppningen på tuben är liten, ingår i högkostnadsskyddet.
 - Skölj flera gånger med 0,2 procent NaF-lösning.
 - Massera högfluorid tandkräm med finger utefter tandraderna.
 - Sug på Fludent fluoridsugtablett 0,25 mg fluorid, 6 stycken per dag, mellan måltiderna för salivstimulering.
 - Tugga på Flux fluorid tuggummi 0,14 mg fluorid under tio minuter efter måltid för salivstimulering.
 - Använd fluoridgel Top Dent® (4 200 ppm F) i individuellt skena fem minuter varje kväll eller borsta som med en vanlig fluorid tandkräm 2–3 gånger per dag, ingår i högkostnadsskyddet.

- Smörjande och fuktgivande vid mycket liten eller ingen kvarvarande saliv*
- Munspray eller munfuktgel salivstimulerande och smörjande med eller utan smak.
 - Fästtablett med xylitol i gommen under natten.
 - Rapsolja på muntork smörjande.

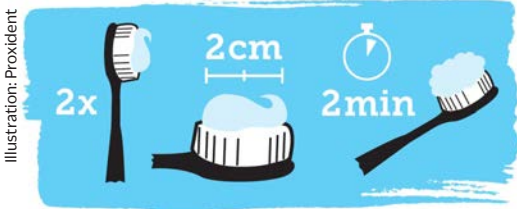
- På tandklinik var sjätte eller var tredje månad**
- Uppföljning av egenvård och receptförnyelse.
 - Depuration och polering vid behov. Vid subgingival depuration bör immunosupprimerade patienter och patienter med ledproteser behandlas under antibiotikaparaply. Låt patienten få chans att vila munnen med jämna mellanrum vid käkledsbesvär och inskränkt gapförmåga.
 - Fluoridlackning med Duraphat® eller Bifluorid 10® enligt SoS Nationella Riktlinjer [48].

”Goda vanor som grundläggs tidigt behålls längre och bör finnas etablerade när patienten fortfarande har god munhälsa och innan patienten blir alltför dålig i sin reumatiska sjukdom.”

”För patienter med RA och SS räcker det inte att enbart tillföra fluorid via tandkrämen för att bevara god munhälsa.”

Fakta 5. Inhämta kunskap om patientens tandkräms- och tandborststeknik

- Låt patienten stå vid handfatet med tandborste och tandkräm för att visa hur han/hon vanligtvis borstar sina tänder.
- Registrera utan att kommentera.
- Var observant på om patienten blöter tandborsten eller inte, vilken mängd tandkräm som används, om det finns någon systematik i borstningen, hur lång tid borstningen tar, om borstningen sker under rinnande vatten eller inte och om borstningen avslutas med att skölja med vatten eller inte.
- Observera eventuella svårigheter som patienten har med greppförmågan med mera.
- Uppmuntra det som är bra och korrigera där så behövs.



- Borsta tänderna med mild fluoridtandkräm *minst 2 gånger per dag*; på morgonen efter frukost och det sista innan läggdags.
- Använd *minst 2 cm tandkräm* utefter hela tandborstens längd, och lägg på tandkräm 2 gånger på elttandborste och fördela tandkrämen runt i munnen med tungan.
- Borsta i *minst 2 minuter*.
- Borsta inte under rinnande vatten. Avsluta med att skölja mycket sparsamt med vatten och skölj därefter med 0,2 procent NaF-lösning i 30 sekunder.



”Det är viktigt att först inhämta kunskap om hur patienten klarar av att borsta rätt med fluoridtandkräm.”

att uppnå full effekt av tandborstning med fluoridtandkräm [58]. Tandkrämen ska från sex års ålder innehålla 1 450 ppm fluorid, ha en mild smak, vara utan starkt slipmedel och ämnen med whitening-effekt och utan skummedlet natriumlaurylsulfat för att inte irritera munslemhinnan [59]. Lämpliga tandkrämer är *Zendium sensitive* och *Proxident röd* med mycket mild smak och *Proxident gul* och *Salutem* helt utan smak. Ur ergonomisk synpunkt är en tub med stor kork som lätt går att öppna och stänga att föredra, och det ska vara lätt att trycka ut tandkrämen ur tuben.

För patienter med RA och SS räcker det inte att enbart tillföra fluorid via tandkrämen för att bevara god munhälsa. Ett viktigt tillägg är att skölja med 0,2 procent NaF-lösning [48, 60]. Genom att direkt efter tandborstningen skölja med en 0,2 procent NaF-lösning utnyttjas fluoriders additiva effekt och fluoridkoncentrationen ökas avsevärt i munhålan [61]. Patienter med nedsatt salivsekretion får fem gånger högre fluoridkoncentration i munhålan efter sköljning med 0,2 procent NaF jämfört med patienter med normal salivsekretion, och sköljtiden kan därför minskas till 30 sekunder [62]. Lösningen bör vara neutral eller ha mycket mild smak för att inte irritera munslemhinnan. *Dentan*® mild 0,2 procent NaF-lösning finns i enlitersflaska och fås på recept för kariesbehandling och ingår i högkostnadsskyddet för läkemedel, och fluoridlösning på 500 ml kan köpas receptfritt på apotek, i dagligvaruhandeln eller på tandklinik. Lämpliga lösningar som är salivstimulerande och fuktgivande finns från *Proxident* och *Actavis*. Flaskan bör vara lätt att öppna och det ska vara lätt att trycka ut lagom mängd lösning.

Vid aktiv karies och vid muntorrhet bör mer fluorid tillföras och det är inte ”antingen eller” som gäller utan ”både och” för att under så stor del som möjligt av dygnets 24 timmar ha en hög fluoridkoncentration i munhålan. Produkter med bäst evidens är högfluoridtandkräm och fluoridgel [48, 63–65]. Fluoridtabletter och fluoridtuggummi har betydligt lägre bevisvärde, men de är ändå av intresse för att upprätthålla en hög fluoridkoncentration i munhålan under dygnets alla timmar [48].

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör patienten fluoridlackas var sjätte, alternativt var tredje, månad på tandklinik med dokumenterad kraftig kariesreduktion [48, 66]. En av förklaringarna till fluoridlackets goda effekt tros vara att kalciumfluorid, CaF₂, bildas på tandytan då högkoncentrerade fluoridpreparat används och att det verkar som en pH-reglerande fluoridreservoar som frigör fluorid

vid låga pH-värden [67, 68]. Kalciumfluorid har uppmätts på tandytan veckor och månader efter en enda lackning och utgör ett viktigt komplement till dagliga mer lågkoncentrerade fluoridprodukter. Se faktaruta 4.

Att lära ut rätt tandkrämsteknik och att skölja med fluoridlösning

Fluoridtandkräm används inte på ett optimalt sätt i befolkningen, man brister i hur ofta och hur länge man borstar tänderna, mängden tandkräm som läggs på borsten och hur man sköljer med vatten under och efter borstningen [69]. Många patienter tror att det är tandborsten som är det viktigaste för att motverka karies, och inte fluoridtandkrämen [69].

Det finns en stor förbättringspotential om tandvårdens personal lär ut såväl tandkrämsteknik som tandborststeknik och lär patienter med RA och SS att skölja med en fluoridlösning [70]. Det är viktigt att först inhämta kunskap om hur patienten klarar av att borsta rätt med fluoridtandkräm, se faktaruta 5.

Salivstimulerande, fuktgivande och smörjande produkter

Sockerfria tabletter med vinsyra eller äppelsyra och tuggummi har en god salivstimulerande effekt och kan rekommenderas som ett alternativ till vanliga sockerinnehållande tabletter för patienter med muntorrhet [52]. Munsprayer och munfuktmedel med eller utan smak återfuktar och smörjer munslemhinnan vid kraftigt reducerad salivkörtelvävnad eller vid helt avsaknad av sådan. Produkter finns av flera märken, såsom *Proxident*, *Zendium*, *Actavis*, *GUM* och *Biotène*. Det finns även en munfukt-tablett, *XyliMelts*, som fäster i gommen och under natten sakta avger xylitol. Se faktaruta 4.

Kunskap om produkter och hjälpmedel

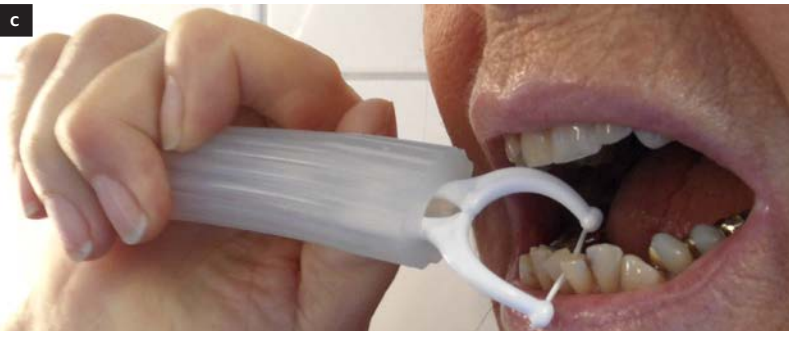
Tandvårdspersonal bör ha kunskap om produkter och hjälpmedel utifrån individuella behov, och det är bra att på tandkliniken visa, låta patienten prova och om möjligt även köpa.

De produkter som används ska bygga på evidens och tandvårdspersonal bör säkerställa att de används på rätt sätt för att maximera nyttan. Om patienten har svårt att greppa saker, har inskränkt gapförmåga och felställningar i händer med smärta och stelhet är en elektrisk tandborste att föredra, då den medför mindre belastning på hand och fingrar och avlägsnar mer bakterier än en konventionell tandborste [71]. Utprovning bör ske på kliniken och patienten instrueras för att undvika skador på gingivan. Om en konventionell tandborste används, finns förstorade grepp att trä på borstskaftet och det finns tandborstar som borstar flera tandytor samtidigt. Patienter bör även få ta del av hjälpmedel som underlättar approximal rengöring.

Olika hjälpmedel kan beställas från Mun-H-Center, www.mun-h-center.se. Se faktaruta 6.

Fakta 6. Hjälpmedel

- a) Greppförstärkare med dubbeltandborste.
- b) Greppförstärkare med plasttandsticka.
- c) Greppförstärkare med bygeltandtråd.



Den kompletta referenslistan återfinns i webbversionen av artikeln på tandlakartidningen.se.

”Vetenskapliga studier visar att patienter med RA och SS har mer karierade och extraherade tänder, sällan kontinuerlig tandvårdskontakt och höga tandvårdskostnader.”

FÖRDJUPAD LÄSNING
PÅ INTERNETODONTOLOGI

På www.internetodontologi.se finns utförliga behandlingsråd i form av faktablad om

- kariologisk riskbedömning
- motiverande samtal
- muntorrhet
- kostanalys och kostrådgivning i kliniken
- fluoridtandkräm
- fluoridlösning
- fluoridlackning.

SAMMANFATTNING

De autoimmuna sjukdomarna reumatoid artrit (RA) och Sjögrens syndrom (SS) innebär negativ påverkan i munnen med muntorrhet och en ökad kariesrisk som följd för samtliga SS-patienter och även för många RA-patienter på grund av sekundärt Sjögren. Dessutom ger modern RA-medicinering immunosuppression med ökad infektionsrisk, och kombinerat med smärta och nedsatt funktion i händer och fingrar medför det en ökad kariesrisk. Vetenskapliga studier visar att patienter med RA och SS har mer karierade och extraherade tänder, sällan kontinuerlig tandvårdskontakt och höga tandvårdskostnader. Det är därför av yttersta vikt att reumatologläkare tidigt i patientens diagnos remitterar patienten till sin ordinarie tandvårdsklinik eller till en specialistklinik för oral medicin för att patienten ska behålla god munhälsa.

Tandvårdens uppgift är att göra en noggrann kariesriskbedömning med betoning på självupplevd muntorrhet, xerostomi, och en objektiv bedömning av hyposalivation via klinisk inspektion och salivprovtagning, där vilosaliv är av största intresse. Kariespreventionen utgår från resultatet av kariesriskbedömningen med tonvikt på god egenvård med fluorid, kost och munhygien och regelbundna besök hos tandvården.

Fluoridtandkräm och fluoridlösning är det viktiga dagliga fluoridskyddet som kompletteras med övriga fluoridprodukter som högfluoridtandkräm, fluoridgel, fluoridtabletter och fluoridtuggummi. För munhygien finns olika hjälpmedel som underlättar tandrengöringen vid nedsatt handfunktion. Salivstimulerande och fuktgivande produkter som finns i ett rikligt sortiment är viktiga komplement till konventionell kariesprevention vid kraftigt förminskad, eller vid avsaknad av, salivkörtelvävnad.

Patienten bör kallas till tandvården var sjätte, alternativt var tredje, månad för kontroll av egenvård och för fluoridlackning.

OMNÄMNANDE

Tack till Folk tandvården Västra Götaland, sjukhusfotograf Ari Laine, Helsingfors, Finland, och tandläkare Håkan Flink, Folk tandvården Sala, för värdefullt bidrag av bilder.

ENGLISH SUMMARY

Rheumatoid arthritis, Sjögrens syndrome and dental caries
Ulla Moberg Sköld, Jukka H Meurman, Roland Jonsson and Downen Birkhed
Tandläkartidningen 2021; 113 (6): 58–67
The autoimmune diseases rheumatoid arthritis (RA) and Sjögren’s syndrome (SS) have a negative effect on the mouth with hyposalivation and an increased risk of caries as a result for all SS patients and also for many RA patients due to secondary SS. In addition, modern RA medication causes immunosuppression with increased risk of infection, and combined with pain and impaired function in the hands and fingers, it entails an increased risk of caries.

Scientific studies show that patients with RA and SS have more carious and extracted teeth, often not regular dental appointments and high dental costs. It is therefore of the utmost importance that the rheumatologist early in the patient’s diagnosis refers the patient to his/her regular dental clinic or to a Specialist Clinic in Oral Medicine in order for the patient to maintain good oral health.

The task of dental care is to make an accurate caries risk assessment with emphasis on self-perceived dry mouth xerostomia and an objective assessment of hyposalivation through clinical inspection and saliva sampling where the volume of resting saliva is of greatest interest. Caries prevention is based on the results of the caries risk assessment, with emphasis on good self-care with fluoride, diet and oral hygiene and regular visits to dental care. Fluoride toothpaste and fluoride solution are the important daily fluoride protection that should be supplemented with other fluoride products, such as high fluoride toothpaste, fluoride gel, fluoride tablets and fluoride chewing gum.

For oral hygiene, there are various aids that facilitate tooth cleaning in case of impaired hand function. Saliva-stimulating and moisturizing products available in a wide range are important complements to conventional caries prevention when there is a marked reduction or lack of salivary gland tissue.

The patient should be called to the dental care every 6 or alternatively every 3 months for control of self-care and for fluoride varnish application. ●

Referenser

1. Mikuls TR. Help stop tooth decay and prevent RA? J Rheumatol 2010; 37 (6): 1083–5.
2. Heyden G. The oral mucosa – a reflection of health. Tandläkartidningen 1982; 74 (21): 1187, 1189–91.
3. Bolstad AI, Havemose Poulsen A, Yucel-Lindberg T, Klinge B, Holmstrup P. Kopplingen mellan parodontit och reumatoid artrit. Tandläkartidningen 2020; 1: 62–8.
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. J Dent Res 2015; 94 (5): 650–8.
5. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health: World Health Assembly 2007. Int Dent J 2008; 58 (3): 115–21.
6. SBU. Tandförluster. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 204. ISBN 978-91-85413-40-9.
7. Bäckman K, Jonsson R. Orala manifestationer vid Sjögrens syndrom – klinik, diagnostik och behandling. Tandläkartidningen 1988; 80 (17): 896–902.
8. Fox PC, Brennan M, Pilemer S, Radfar L, Yamano S, Baum BJ. Sjögren’s syndrome: a model for dental care in the 21st century. J Amer Dent Assoc 1998; 129 (6): 720–8.
9. López-Pintor RM, Fernandez Castro M, Hernández G. Oral involvement in patients with primary Sjögren’s syndrome. Multidisciplinary care by dentists and rheumatologists. Reumatol Clin 2015; 11 (6): 387–94.
10. Gertsson I. Reumatoid artrit (RA) Internetmedicin.se 2020.
11. Deane KD, Demoruelle MK, Kelmenson LB, Kuhn KA, Norris JM, Holers VM. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2017; 31 (1): 3–18. doi: 10.1016/j.berh.2017.08.003.
12. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/reumatologi/reumatoid-artrit-ra/>
13. Miyabe Y, Lian J, Miyabe C, Luster AD. Chemokines in rheumatic diseases: pathogenic role and therapeutic implications. Rev Rheumatol 2019; 15 (12): 731–46.
14. Martinez-Martinez RE, Domínguez-Pérez RA, Sancho-Mata J, Abud-Mendoza C, Ayala-Herrera JL, Popoca-Hernandez EA. The frequency and severity of dental caries, and counts of cariogenic bacteria in rheumatoid arthritis patients. Dent Med Probl 2019; 56 (2): 137–42.
15. Manzano BR, da Silva Santos PS, Bariquelo MH, Merlini NRG, Honório HM, Rubira CMF. A case-control study of oral diseases and quality of life in individuals with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Clin Oral Investig 2020 Aug 15. doi: 10.1007/s00784-020-03518-8. On line ahead of print.
16. Äyräväinen L, Heikkinen AM, Kuuliala A, Ahola K, Koivuniemi R, Peltola J, Suomalainen A, Moilanen E, Hämäläinen M, Laasonen L, Meurman JH, Leirisalo-Repo M. Activity of rheumatoid arthritis correlates with oral inflammatory burden. Rheumatol Int 2018; 38 (9): 1661–9.
17. Silvestre-Rangil J, Bagán L, Silvestre FJ, Bagán JV. Oral manifestations of rheumatoid arthritis. A cross-sectional study of 73 patients. Clin Oral Investig 2016; 20 (9): 2575–80.
18. Helenius LM, Meurman JH, Helenius I, Kari K, Hietanen J, Suuronen R, Hallikainen D, Kautiainen H, Leirisalo-Repo M, Lindqvist C. Oral and salivary parameters in patients with rheumatic diseases. Acta Odontol Scand 2005; 63 (5): 284–93.
19. Welbury RR, Thomason JM, Fitzgerald JL, Steen IN, Marshall NJ, Foster HE. Increased prevalence of dental caries and poor oral hygiene in juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology 2003; 42 (12): 1445–51.
20. Pokrajac-Zirojevic V, Slack-Smith LM, Booth D. Arthritis and use of dental services: A population based study. Austr Dent J 2002; 47 (3): 208–13.
21. Brito-Zerón P, Baldini C, Bootsma H, Bowman SJ, Jonsson R, Mariette X, Sivils K, Theander E, Tzioufas A, Ramos-Casals M. Sjögren syndrome. Rev Dis Primers 2016 Jul 7; 2: 16047.
22. Jonsson R, Theander E, Sjöström B, Brokstad K, Henriksson G. Autoantibodies present before symptom onset in primary Sjögren syndrome. JAMA. 2013; 310 (17): 1854–5.

Forskare? Vill du bidra med en vetenskapsartikel?



SÄND DITT MANUSKRIFT FÖR BEDÖMNING TILL:

Tandläkartidningen
Box 1217, 111 82 Stockholm
manus@tandlakartidningen.se
08-666 15 00



Referenser

23. Reksten TR, Jonsson MV, Marthinussen MC. Treatment strategies for xerostomia. *Nor Tannlegeforen Tid* 2013; 123 (7): 476–81.

24. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, Bootsma H, De Vita S, Dörner T et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systematic therapies. *Ann Rheum Dis* 2020; 79 (1): 3–18.

25. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TL et al. 2016 American college of rheumatology/ european league against rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: A consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69 (1): 35–45.

26. Fisher BA, Jonsson R, Daniels T, Bombardieri M, Brown RM, Morgan P et al. Standardisation of labial salivary gland histopathology in clinical trials in primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis* 2017; 76 (7): 1161–8.

27. Jonsson R, Brokstad KA, Jonsson MV, Delaleu N, Skarstein K. Current concepts on Sjögren's syndrome – classification criteria and biomarkers. *Eur J Oral Sci* 2018; 126 Suppl 1: 37–48.

28. Bolstad AI, Skarstein K. Epidemiology of Sjögren's Syndrome – from an oral perspective. *Curr Oral Health Rep* 2016; 3 (4): 328–36.

29. Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, Schiødt M. Dental caries and dental health behavior of patients with primary Sjögren syndrome. *Acta Odontol Scand* 2001; 59 (3): 116–20.

30. Pedersen AML, Bardow A, Nauntofte B. Salivary changes and dental caries as potential oral markers of autoimmune salivary gland dysfunction in primary Sjögren's syndrome. *BMC Clin Pathol* 2005; 5 (1): 4. doi: 110.1186/1472-6890-5-4.

31. Newbrun E. Current treatment modalities of oral problems of patients with Sjögren's syndrome: caries prevention. *Adv Dent Res* 1996; 10 (1): 29–34.

32. Berman N, Vivino F, Baker J, Dunham J, Pinto A. Risk factors for caries development in primary Sjögren syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2019; 128 (2): 117–22.

33. Fox PC, Bowman SJ, Segal B, Vivino FB, Marukutla N, Choueiri K et al. Oral involvement in primary Sjögren's syndrome. *J Am Dent Assoc* 2008; 139 (12): 1592–601.

34. Mejäre I, Axelsson S, Dahlén G, Espelid I, Norlund A, Tranæus S, Twetman S. Caries risk assessment. A systematic review. *Acta Odontol Scand* 2014; 72 (2): 81–91.

35. Bratthall D, Hänsel Petersson G. Cariogram – a multifactorial risk assessment model for a multifactorial disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33 (4): 256–64.

36. Bratthall D. Dental caries: intervened – interrupted – interpreted. Concluding remarks and cariography. *Eur J Oral Sci* 1996; 104 (2): 486–91.

37. Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *J Am Dent Assoc* 2008; 139 (suppl): 18–24.

38. Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Dental caries. The disease and its clinical management. Third edition. Edited by Fejerskov O, Nyvad B & Kidd E. Blackwell Munsgaard. Oxford, United Kingdom. 2015, pp 83–106.

39. Nederfors T, Holmström G, Paulsson G, Sahlberg D. The relation between xerostomia and hyposalivation in subjects with rheumatoid arthritis or fibromyalgia. *Swed Dent J* 2002; 26 (1): 1–7.

40. Almståhl A, Kroneld U, Tarkowski A, Wikström M. Oral microbial flora in Sjögren's syndrome. *J Rheumatol* 1999; 26 (1): 110–4.

41. Eliasson L, Carlén A, Almståhl A, Wikström M, Lingström P. Dental plaque pH and micro-organisms during hyposalivation. *J Dent Res* 2006; 85: 334–8.

42. Villa A, Connell CL, Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Ther Clin Risk Manag* 2014; 11: 45–51.

43. Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc* 1987; 115 (4): 581–4.

44. Jäger DHJ, Bots CP, Forouzanfar T, Brand HS. Clinical oral dryness score: evaluation of a new screening method for oral dryness. *Odontology* 2018; 106 (4): 439–44.

45. Jorkjend L, Johansson A, Johansson AK, Bergenholtz A. Resting and stimulated whole salivary flow rates in Sjögren's syndrome patients over time: a diagnostic aid for subsidized dental care? *Acta Odontol Scand* 2004; 62 (5): 264–8.

46. Jonsson MV, Reksten TR, Delaleu N, Marthinussen MC. Diagnostikk av munntørrhet og bruk av saliva som diagnostisk verktøy. *Nor Tannlegeforen Tid* 2011; 121 (14): 908–13.

47. Holm Ivarsson B, Sjögren K. MI – motiverande samtal. Praktisk handbok för tandvården. Gothia Förlag, Stockholm, 2010.

48. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. ISBN 978-91-86885-09-0. Artikelnr 2011-5-1.

49. Nordiska näringsrekommendationer 2012: Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Svensk översättning av NNR 2012, kap 1–3. Sundin A (2013). <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrrer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>

50. Dahlén G, Carlén A, Leonhardt Å. Riskbedömning av karies och parodontit. *Tandläkartidningen* 2008; 12 (12): 68–70.

51. Lenander-Lumikari M, Loimaranta V. Saliva and dental caries. *Adv Dent Res* 2000; 14: 40–7.

52. Zero DT, Brennan MT, Daniels TE, Papas A, Stewart C, Pinto A, Al-Hashimi I et al. Clinical practice guidelines for oral management of Sjögren disease: Dental caries prevention. *JADA Practice guidelines Sjögren disease*. *J Am Dent Assoc* 2016; 147 (4): 295–305.

53. Hamilton IR. Biochemical effects of fluoride on oral bacteria. *J Dent Res* 1990; 69 (Spec issue): 660–7.

54. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts of dental caries: Consequences for oral health care. *Caries Res* 2004; 38 (3): 182–91.

55. Marinho VCC. Evidence-based effectiveness of topical fluorides. *Adv Dent Res* 2008; 20 (1): 3–7.

56. Zero DT, Creeth JE, Bosma ML, Butler A, Guibert RG, Karwal R, Lynch RJM et al. The effect of brushing time and dentifrice quantity on fluoride delivery in vivo and enamel surface microhardness in situ. *Caries Res* 2010; 44 (2): 90–100.

57. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2016; 95 (11): 1230–6.

58. Sjögren K. Toothpaste technique. Studies on fluoride delivery and caries prevention. *Swed Dent J Supplement* 1995; 110: 1–44.

59. Walsh T, Worthington HV, Glenney AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD007868.

60. Marinho VCC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD002284.

61. Mystikos C, Yoshino T, Ramberg P, Birkhed D. Effect of post-brushing mouthrinse solutions on salivary fluoride retention. *Swed Dent J* 2011; 35 (1): 17–24.

62. Gabre P, Moberg Sköld U, Birkhed D. Simplified methods of topical fluoride administration: effects in individuals with hyposalivation. *Spec Care Dentist* 2013; 33 (3): 111–7.

63. Nordstöm A, Birkhed D. Preventing effect of high-fluoride dentifrice (5,000 ppm) in caries-active adolescents: a 2-year clinical trial. *Caries Res* 2010; 44: 323–31.

64. Nordstöm A, Birkhed D. Effect of a third application of toothpaste (1,450 and 5,000 ppm F), including a "massage" method, on fluoride relation and pH drop in plaque. *Acta Odontol Scand* 2013; 71 (1): 50–6.

65. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 jun 15; 2015 (6): CD002280.

66. Marinho VCC, Worthington JPT, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD002279.

67. ten Cate JM. Review on fluoride, with special emphasis on calcium fluoride mechanisms in caries prevention. *Eur J Oral Sci* 1997; 105 (2): 461–5.

68. Øgaard B. CaF₂ formation: cariostatic properties and factors of enhancing the effect. *Caries Res* 2001; 35 (Suppl 1): 40–4.

69. Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D. Is the use of fluoride optimal? Knowledge, attitudes and behaviour concerning fluoride toothpaste and toothbrushing in different age groups in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40 (2): 175–84.

70. Jensen O, Moberg Sköld U, Birkhed D, Gabre P. Self-reported changes in using fluoride toothpaste among older adults in Sweden: An intervention study. *Acta Odontol Scand* 2015; 73 (1): 48–56.

71. Adam R, Erb J, Grender J. Randomized controlled trial assessing plaque removal of an oscillating-rotating electric toothbrush with micro-vibrations. *Int Dent J* 2020; 70 (Suppl 1): 22–7.

VÄLKOMMEN TILL VÅRSOM 2022



TYLÖSAND 11-13 MAJ 2022

Orofacial Medicin

Från idé till specialité

Välkommen till sociala och lärarika dagar i badorten Tylösand i Halmstad!

Inbjudan och anmälan kommer att finnas på hemsidan www.som.nu under rubriken "Dokument", kategorin "Vårmöte 2022".



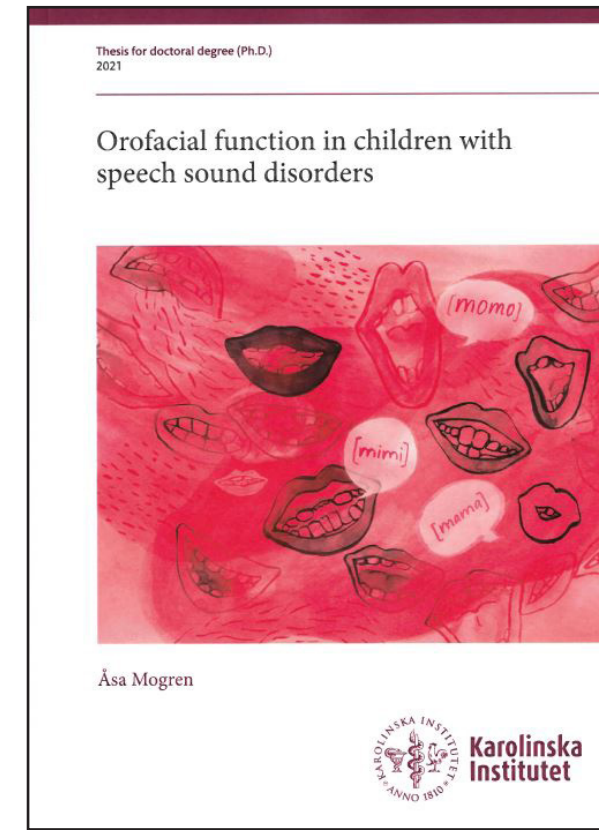
Logoped Åsa Mogren som arbetar på Mun-H-Center disputerar den 12/11-21 i Stockholm med sin avhandling ***Orofacial function in children with speech sound disorders***. Om du är intresserad av att ta del av disputationen kan du titta på Mun-H-Centers webbplats www.mun-h-center.se där det kommer att finnas en länk.



SAMMANFATTNING

Talstörningar är relativt vanligt hos barn och kan ha flera olika orsaker. Det är också vanligt att svårigheter med talet förekommer samtidigt med andra utvecklingsneurologiska tillstånd såsom ADHD, autism och motoriska svårigheter. Detta kan bero på att de samexisterande svårigheterna har samma biologiska grund. Nedsatt oralmotorisk förmåga kan påverka ansiktsmimik, röst och talklang, ätförmåga, salivkontroll, förmågan till självrengöring i munhålan och bettutveckling. Det är viktigt att bedöma orofacial funktion hos barn med talstörning eftersom det kan vara viktigt vid differentialdiagnostik av talstörningar. Det övergripande syftet med detta projekt var att utforska/ undersöka och beskriva orofacial funktion, talkaraktistika, bettutveckling och andra samtidigt existerande symtom hos barn med talstörning som kvarstår efter sex års ålder.

Doktorandprojektet omfattar fyra prospektiva tvärsnittsstudier. Deltagarna var barn med talstörning i åldrarna 6:0-16:7 år (n=61) och barn med typisk talutveckling i åldrarna 6:0-12:2 år (n=44). I **delstudie I** bedömdes orofacial funktion hos barnen med talstörning med NOT-S. Talet bedömdes genom transkription av ordbenämning (SVANTE) där antal korrekta konsonanter och vokaler (PCC och PVC) beräknades. Talresonans bedömdes perceptuellt. Föräldrarna fick fylla i ett frågeformulär med anamnesticke uppgifter och ett om hur förståeligt barnet uppfattades vara (ICS). I **delstudie II** genomfördes en rörelseanalys i 3D av läpp- och käkrörelser. Resultatet jämfördes mellan grupperna barn med och utan talstörning. I **delstudie III** bedömdes bettavvikelse med IOTN-DHC avseende förekomst, typ och allvarlighetsgrad. I **delstudie IV** kompletterades den tidigare



NOT-S bedömning av orofacial funktion med bedömning av bitkraft, tuggeffektivitet, käkstabilitet och oral stereognosis. Resultaten från de orofaciala funktionsbedömningarna jämfördes mellan grupperna och relaterades till bettavvikelse i gruppen barn med talstörning.

Resultaten från studierna visar att barn med kvarstående talstörning hade påverkan på både konsonant och vokal produktion och hälften hade även nasalitetsavvikelse. Barnen med talstörning hade också sämre resultat på alla orofaciala funktionsbedömningar jämfört med barn i samma åldrar med typisk talutveckling. Speciellt när det gäller bedömningar av käkstabilitet och sensorisk funktion. Dessutom hade barn med talstörning en högre förekomst av bettavvikelse. Bettavvikelse var också i högre

utsträckning funktionella än strukturella och bedömdes också som mer grava. Barn med talstörning och orofacial dysfunktion hade större risk att utveckla bettavvikelse.

En stor andel barn med kvarstående talstörning i det här avhandlingsprojektet uppvisade negativ påverkan på orofacial funktion och bettutveckling. Barn med talstörning och orofacial dysfunktion hade också en ökad risk för bettavvikelse. Föräldrarna rapporterade en hög grad av generella motoriska svårigheter och neuropsykiatriska tillstånd. Det är därför viktigt att man är uppmärksam på samexisterande svårigheter i omhändertagandet av barn med talstörning och ett tvärprofessionellt arbetssätt är att föredra.

Verksamhetsberättelser från de nordiska sektionerna 2019-2021

NFH finska sektion

”Finska NFH hade styrelsemöte i september 2019. Då var fortfarande Mikael Skogman ordförande, de andra styrelsemedlemmarna var Sirkku Brander, Eija Pylkkänen, Aija Kalmari (kassör), Mervi Norpila-Mallasto (sekreterare), Katariina Ylinen. Under mötet planerade vi en utbildningsdag för april 2020. Föreläsarna skulle varit barnneurolog Tommi Salokivi och pedodontist My Blomqvist. Även Aija Kalmari lovade att hålla en föreläsning.

Vi hade flera styrelsemöten på distans under resten av 2019 och i början av 2020 för att planera seminariet. Vi fick flera sponsorer och som seminarieplats valde vi Folkhälsans lokaler vid Brunakärr i Helsingfors. Vi bestämde att ha årsmötet i anslutning till seminariet. När Covid-19-pandemin började fick vi flytta seminariet och årsmötet till hösten 2020. I slutet av sommaren 2020 konstaterade vi att pandemin fortsatte, och bestämde att avbeställa seminariet tills vidare och hålla årsmötet på distans i september 2020.

Under årsmötet 24. september 2020 önskade Mikael Skogman inte fortsätta med styrelsearbetet eller som ordförande. Till ny styrelse valdes: som ordförande Aija Kalmari, som kassör Pinja Rantama, som sekreterare Mervi Norpila-Mallasto, som övriga styrelsemedlemmar Sirkku Brander, Eija Pylkkänen och Katariina Ylinen. Under styrelsemötet via Zoom 11. januari 2021 konstaterade vi att epidemin fortsatte, och även följande årsmöte 26.april 2021 hölls på distans. Styrelsen fortsatte med samma medlemmar som under tidigare år (ny styrelse väljs enligt finska NFH:s stadgar vartannat år).

Under styrelsens Zoom-möte 23. augusti 2021 konstaterade vi att vaccinationerna var redan så pass

omfattande att vi försiktigt kunde planera ett nytt seminarium till år 2022. Vi har bara 10 betalande medlemmar i föreningen nu, för vi har inte haft aktiv verksamhet under ett par år. Medlemsavgiften är 20 euro per år.”

Med vänlig hälsning ,
Aija Kalmari, ordförande NFH Finland



NFH isländska sektion

Report from NFH Iceland. 2019-2021. NFH Iceland has 20 members, the fee is 4.000 ISK that is 270 SEK. Since the last general meeting in Marstrand the activity has been quite interesting here in Iceland. Our annual meeting is in November each year but we have also begun to have Lecural evenings.

At the annual meeting 20.nov.2021 this board was elected: charman Elin S. Wang, cashier Sonja Rut Jónsdóttir, Secretary Solveig Hulda Jónsdóttir, board members Áslaug Óskarsdóttir and Helga Ágústsdóttir. Then we finally had our first Lectural evening in february 2020, right before Covid came to Iceland and everything went in

lockdown. Helga spoke about dementia and other illnesses in the brain and Elin talked about a case of dental treatment in General anastesia – a frontal bridge. Because of the Pandemic our dental offices was closed for 6 weeks from march to may, but since then we have been allowed working with few restrictions.

Our regular annual meeting 25. november 2020 was on Teams. The same board was elected. Our second Lectural Evening was also on Teams in march 2021. The topic then was also General anastesia – Eva Guðrun Sveinsdóttir pedodontic talked about difficult cases that need to get GA at the Hospital. Gunnar Thormar the fonder of NFH Iceland passed away in january 2021, 88 years old. He had many friends in NFH and was active to the end and always struggling on behalf af people with disabilities. His former wife and all 4 children are still alive.

Reykjavik 2.sept.2021
Elin S. Wang, NFH - Iceland

NFH danska sektion

NFH-dansk sektion havde ved årets slutning 2020, 98 medlemmer. De fleste er institutionsmedlemskaber; men der er også en del individuelle medlemmer. Foreningen har desuden 2 æresmedlemmer. Kontingent er 250 kr., og er det samme for enkeltmedlemmer og institutionsmedlemmer.

Bestyrelsen består af 5 medlemmer plus to suppleanter:
Torben Gasseholm – formand
Gitte Z. Johansen - kasserer

Maiken Bagger – næstformand, sekretær
Pernille Jacobsen – webredaktør
Mie Løvschall
Børge Hede – suppleant
Xenia Hermann - suppleant

Torben og Gitte er foreningens repræsentanter i iADH-Council.
Formanden er en del af bestyrelsen i den Nordiske Forening.
Bestyrelsen her mødes 2-4 gange årligt - normalt virtuelt. I 2020 var alle møderne virtuelle.

Den danske bestyrelse mødes efter behov – normalt to gange årligt; i 2020 kun en gang fysisk; derefter flere kortere Zoom-møder.

Den ordinære generalforsamling afholdes normalt i forbindelse med forårskursus – i 2020 var det den 6. marts.

Den danske sektion afholder som udgangspunkt to kurser årligt – forår og efterår.

NFH’s forårskursus i 2020 havde temaet:

Misbrug og misbrugere – med og uden psykiatrisk diagnose.
Er misbrug en diagnose i sig selv? Og skal der tages dobbelt hensyn til patienter med både misbrug og psykiatriske diagnose, når vi skal håndtere dem som patienter i klinikken? Hvordan skal vi tackle disse patienter, og støtte dem på bedste vis med deres udfordringer? Hvordan får vi skabt gode og professionelle relationer, så vi kan få patienter med misbrug igennem ofte store, og for både patient og behandler, krævende behandlingsforløb?

Disse emner blev belyst med tre oplæg:
Mennesker med misbrug – Afhængighedens biologi - Behov for professionel sygdomsforståelse
Henrik Rindom, overlæge, Voksenpsy-

kiatrisk afd., Hvidovre Hospital

Repræsentant for EN AF OS-Kampagnen fortalte om at leve med psykisk sygdom og misbrug.

To diagnoser – ét menneske. Om et misbrug har medført psykisk sygdom – eller måske omvendt, er ikke altid til at afgøre; netop denne gruppe patienter udgør en gruppe med særlige udfordringer – både for dem selv for og os som behandlere. Hvad skal vi være opmærksomme på for at bevare den gode relation? Psykolog Søren Søberg

Der deltog 115 i kurset

Efterårskurset blev i 2020 aflyst som følge af coronasituationen.

Sept. 2021
Torben Gasseholm;
formand

NFH svenska sektion

Styrelsen har under perioden haft protokollförda telefonsammanträden och från augusti 2020 har möten varit via Skype/Teams.

På grund av rådande omständigheter med corona pandemin har tyvärr inget fysiskt möte kunna ske under 2020-2021. Styrelsen gläder sig dock att kunna genomföra sitt arbete för föreningen via digitala hjälpmedel och planerar ett fysiskt möte i internatform i slutet av september.

Sammanträdena har framför allt inneburit arbete med planering av symposiet som skulle ägt rum i Stockholm januari 2021 och ovisshet om det skulle kunna genomföras. Symposiet äger rum den 27/1 – 28/1 (come together 26/1) 2022 i Stockholm. Tema: ”Nygamla utmaningar för framtidens tandvård.”

I slutet av augusti 2021 har föreningen 63 enskilda medlemmar. 5 st är hedersmedlemmar, varav 2 in memoriam.

Styrelsen ser ett minskat medlemsantal under 2021 – som främst kan bero på ett ökat antal pensionsavgångar samt färre antal klinikmedlemsskap.

Under kommande period bör styrelsen tillsammans med nuvarande medlemmar. mer fokusera på att värva nya medlemmar

Avgiften är 200 kr för enskild medlem och 500 kr för klinikmedlemskap.

Den svenska sektionen har under perioden arbetat med att utveckla tidigare insatser. Vi har riktat in oss på fokusområden att arbeta vidare med:

Äldretandvård
Etik
Lika vård på lika villkor
Bemötande
På hemsidan ligger även följande fyra punkter:

- o *Öka förståelsen för människor med funktionsnedsättning och långvarigt sjukas orala problem*
- o *Öka såväl tandvårdens som övrig personals kunnighet och effektivitet inom detta område*
- o *Öka såväl tandvårdens som övrig personals kunskap inom området Oral motorik*
- o *Uppmuntra och stödja forskningsom rör funktionsnedsättning och tandvård*

Utbildningsaktiviteter
Under perioden har inga utbildningsaktiviteter ägt rum pga pandemin som började 2020.
Planering pågår inför 2022, se ovan, Sthlm.

Odontologisk Riksstämman 2020, Göteborg och 2021, Stockholm
NFH:s svenska sektion planerade tillsammans med Pedodontiföreningen och Centrum för äldretandvård en gemensam programpunkt: ”Från 0-100 år på 60 minuter” vid 2020 års Riksstämma. Stämman ställs in pga coronapandemin och vi planerar att återkomma 2021 i Stockholm.

Bulletinen
Bulletinen har utkommit med två nummer under 2019, 2020 samt ett nummer under 2021
Lena Romeling är redaktör för tidningen som är elektronisk.
Presstopp för nästa nummer är den 24 september 2021 och redaktören efterlyser fler bidrag till tidningen och påpekar det önskvärda i att **alla nordiska** sektioner bidrar till tidningens fortlevnad.

Webbsidan
Websidan uppdateras kontinuerligt
Ansvariga för websidan (webredaktör(er) är Lena Romeling och Linda Gustavsson-Tjernström.

Stipendium
Under perioden har inget stipendium utdelats och ingen ansökan har inkommit till det digitala årsmötet 2021.

Nordiska NFH:
Under perioden har svenska ordförande och redaktören för Bulletinen deltagit i den nordiska sektionens styrelsemöten varav flertalet skett via Skype/Teams.

IADH
NFH svenska sektionen har bidragit med information om de nordiska sektionerna på IADH:s hemsida
IADH:s General Assembly hölls digitalt 2/10 2020 och från NFH svenska sektion deltog ordföranden.
IADH skulle ägt rum 2020 vecka 39 i Acapulco, Mexico, men fick ställas in på grund av pandemin. Vi hoppas på deltagande 2022 i Paris – 23/8-25/8

Karlskrona 2021 09 02
Monica Palmö
Ordförande NFH Svenska sektionen

NFH norska sektion

Styrets sammensetning

Styret har siden Generalforsamlingen i april 2019 hatt følgende sammensetning:

- Formann Stefan Axelsson
- Viseformann Anne Beate Sønju Cla-sen
- Kasserer Wenche K. Lundesgaard
- Sekretær Hilde Nordgarden
- Styremedlem Pernilla Östenson
- Varmedlem Berit Skei frem til 2020
- Vara medlem Anna Xuan-Huong Thi Nguyen fra 2020
- Varmedlem Tine Birkeland Sivertsen

Virksomhet i norsk seksjon
I forbindelse med kick-off møte i Tannhelse-tjenesten i det nye storfylket Viken i septem-ber 2019 var formann og nestformann invitert til å holde en kort orientering om NFH og prø-

ve å verve medlemmer. Viken er et nytt fylke i Norge etablert 1. januar 2020, som hovedsakelig består av de tidligere fylkene Akershus, Buskerud og Østfold. Møtet samlet over 600 ansatte i den offentlige tannhelsetjenesten.

Fredag 6. september 2019 hadde seksjon et hel-dagskurs med tittelen «Tilrettelegging for barn med funksjonshemming i tannhelsetjenesten - utviklingshemming, autisme og Down syndrom.» Foredragsholdere var overlege, spesialist i pediatri David Bergsaker, Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser; spesialpedagog, PhD Mikael B. Lensing, Nev-Som (Nasjonal kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier), Oslo Universitetssykehus, overlege, ØNH-spesialist, PhD Marit Austeng, Akershus Universitetssykehus; samt tannlege Anvor Rossow og spesialfysioterapeut Malik Mahic, TAKO-senteret, Lovisenberg Diakonale sykehus. Kurset gav 4 tellende timer i Den norske tannlegeforenings etterutdanningssystem.

Arbeidet i styret har brukt til å diskutere og planlegge den nordiske møtet, som var planlagt til 1.-3. september 2021.

Dessverre har pandemien satt en stopper for medlemsaktiviteter i Norge siden mars 2020. Konsekvensen av pandemien har også medført at den nordiske kongressen i Oslo 2021 har blitt flyttet til 2023. Derved er ytterligere planlegging blitt lagt på is inntil videre.

I gjennomsnitt har vi hatt 3 styremøter per semester. Under perioden mars 2020 til nå har samtlige styremøten vært over JOIN på Norsk helsenett.

Internasjonal virksomhet

Hilde Nordgarden har under perioden vært virksom i International Advisory Committee (IAC) for IADH, som har bistått IADH's styre

med råd om strategi og nettverksbygging for å styrke arbeidet rundt oral helse for funksjonshemmede rundt om i verden.

Formann og nestformann Anne Beate Classen var tilstede ved NFH Nordisk møte i Marstrand i august 2019.

General Assembly i IADH ble avholdt digitalt 3. oktober 2020 og fra NFH norsk seksjon deltok formannen og nestformannen. Dagen før (2. oktober 2020) ble iADH Research Competition avholdt digitalt. Begge disse digitale arrangement var som erstatning for at det fysiske kongressen i Acapulco, Mexico, ble avlyst grundet pandemien. Vi hoppas på at den internasjonale kongressen i Paris i august 2022 kan gjennomføres fysisk.

Medlemmer

Seksjonen hadde pr. 31. desember 2020 56 betalende individuelle medlemmer og gruppedlemskap. Seksjonen har 2 æresmedlemmer, Kari Storhaug og Arne Steen Hansen.

Økonomi

Likviditeten ved utgangen av 2020 var meget god. Dette gjør at seksjonen har et handlingsrom som er nødvendig for å holde et aktivitetsnivå med 1-2 samlinger/kurs/seminarer årlig til lav kurskostnad. Et av styrets målsetninger for de kommende årene er å øke medlemsmassen og arrangere interessante kurs og seminarer.

Oslo, 31. august 2021

Stefan Axelsson

Formann i Norsk seksjon av NFH

NFH nordiska sektion

Styrets sammensetning

Styret har siden Generalforsamlingen i august 2019 i Marstrand hatt følgende sammensetning:

- Formann Stefan Axelsson
- Øvrige styremedlemmer er formennene/ordførere fra de 5 nordiske lande inklusive redaktør for Bulletin (Lene Romeling) og kasserer (Britt Lindau). Redaktør og Kasserer ble valgt i 2019 for 4 år.

Revisorer valgt i 2017 for 4 år: Agne Nihlson og Anna Ödman.

Virksomhet i NFH Nordisk Forening

Styret har hatt regelmessige møter på SKYPE, JOIN og ZOOM. Fysisk møte i forbindelse med det Nordiske Møtet i Marstrand i august 2019.

Arbeidet i Styret har i stort vært orienteringer fra de ulike seksjonene om deres virksomhet og den aktuelle pandemi-situasjonen samt orientering om fremdriften av det Nordiske Møtet i Oslo 1.-3. september 2021.

Dessverre har pandemi-situasjonen i Oslo og de Nordiske lande i øvrig medført at styret tidlig i 2021 etter hvert bestemte å avlyse møtet. Med tanke på det arbeid som har blitt lagt ned i av den Norske seksjonen ble det bestemt at flytte møtet i Oslo til 2023 og at den Danske seksjonen ble forespurt om å være vertsland for møtet i 2025, dvs. en rokking av verdslands-ordnening.

Oslo, 31. august 2021

Stefan Axelsson

Formann i Norsk seksjon av NFH

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 SEK och kan delas på flera sökanden.

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

NFH nordiska sektioner



Svenska sektionen

Medlemstal: 147 + 32 klinikmedlemsskap
Medlemsavgift: 150:- enskilda medlemmar
500:- klinikmedlem

Hemsida:
www.nfh-sverige.se

Ordförande
Monica Palmö, Council-member i IADH
Specialist- och sjukhustandvården (Orofacial medicin)
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
Besöksadress: Byggnad 13, v 8
Tel: +46 (0)455-736480
Mob: +46 (0)73-4471555
monica.palmo@regionblekinge.se

Vice ordförande
Annika Stöckel Hansson
Tandvårdens kompetenscentrum
Specialistklinik för ortodonti
Box 922
971 28 Luleå
Tel: +46 (0)920-717 10
annika.stockel-hansson@nll.se

Sekreterare
Anna Nielsen Magnéli
Mun-H-Center
Medicinaregatan 12 A
413 90 Göteborg
Tel: +46 (0)10-441 79 80
anna.magneli@vgregion.se

Kassör
Erik Helander
Övertandläkare, Pedodonti
Specialistkliniken för Pedodonti
Specialisttandvården Uddevalla
Telefon: 010-441 90 01
erik.helander@vgregion.se

Ledamot
Mia Zellmer Spetz
Utbildningsledare
Tandsköterskeutbildningen
Odontologen
Medicinaregatan 12E
413 90 Göteborg
Tel. +46 (0)707850541, +46 (0)10-4417713
mia.zellmer@vgregion.se

Ledamot
Kristoffer Emgård
Centrum för specialisttandvård
Sjukhustandvården
Ruth Lundskogs gata 10 SUS Malmö
205 02 Malmö
Tel: +46 (0)40-6230670
kristoffer.emgard@skane.se

Ledamot
Linda Gustavsson Tjernström
Specialistklinik för odontologisk radiologi
Box 7163
402 33 Göteborg
Tel: +46 (0)10-44178 80
linda.m.gustavsson@vgregion.se



TUMLE Dentalkuddar



Cobi Rehab AB, Postflygsgatan 8 B, 128 30 Skarpnäck
Tel: 08-7029774, e-post: info@cobirehab.se
www.cobirehab.se

Finska sektionen



Medlemstal: 54 st.
Medlemsavgiften har i flera år varit
20 euro
Styrelsen har nio medlemmar.

Ordförande, puheenjohtaja
Aija Kalmari
aija.kalmari@fimnet.fi

Viceordf., varapuheenjohtaja
Sirku Brander
sirku.brander@gmail.com

Kassör, rahstonhoitaja
Pinja Rantama
pinja.rantama@helsinki.fi

Sekreterare, sihteeri
Mervi Norpila-Mallasto
mervi.norpila-mallasto@hel.fi

Styrelsemedlem
Katariina Ylinen
katariina.ylinen@fimnet.fi

Styrelsemedlem
Eija Pylkkänen
eija.pylkannen@siunsote.fi

Islandsk sektion



Medlemstal 20 betalende og et æresmedlem.
Medlemsavgift 4000 ISK. 311 SEK

Formand og Counsilmember 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
Aslaug Oskarsdottir, tandlæge
Gardatorgi 7
210 Gardabæ
Island
Tel +354 5659080
aslaugo@gmail.com

Helga Ágústs dóttir, MS, MPH, PhD, specialist i Geriatri og Samfundsodontologi
Division of Geriatrics
University Hospital
Landakot, Tungata, IS-101 Reykjavík
Tel + 3545439832
Mob + 3548994756
helga.agusts@gmail.com

Norske seksjonen



Medlemstall: 56 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 Sønju 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
Wenche K. Lundesgaard, tannpleier
Drammen tannklinikk
Rosenkrantzgata 17
3080 Drammen, Norge
Tlf direkte: +47 31 01 29 00 eller 97 76 06 92 (privat)
wenche61@outlook.com

Sekretær
Hilde Nordgarden, Spesialist i pedodonti, dr.odont.
TAKO-senteret, Nasjonal kompetansetjeneste for oral helse ved sjeldne diagnoser
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Pb. 4970 Nydalen, 0440 Oslo
Besøksadresse: Lovisenberggt. 17 (Hjørneinngang)
Tlf: +47 470 14 647
Hilde.Nordgarden@tako.no

Styremedlem
Pernilla Östensson, spesialistkandidat i pedodonti
Institutt for klinisk odontologi
Avd. for pedodonti og adferdsfag
Det odontologiske fakultetet
Postboks 1109 Blindern
0317 Oslo, Norge
Tlf: +47 22 85 20 00 (sentralbord) eller +47 936 02 385 (privat)
pernilla.ostenson@hotmail.com

Varmedlemmer
Anna-Alexandra Xuan-Huong Thi Nguyen, tannpleier
Tannklinikken Vågå
Moavegen 20
2680 Vågå
Tlf: +47 942 53 335
E-post: annaxh.ng@gmail.com

Tine Birkeland Sivertsen, spesialist i pedodonti, PhD
Avdeling for pedodonti
Odontologen, Universitet i Bergen
Årstadveien 19, 5009 Bergen
Tlf: +47 55 58 66 00 (sentralbord) eller +47 924 21 553
Tine.Sivertsen@uib.no

Dansk sektion



Medlemstal: 119
Medlemsafgift: 250,- kr.

Hjemmeside:
www.nfh-danmark.dk

Formand og Councilmember i IADH
Torben L. Gasseholm
Skippergade 28
5800 Nyborg
tlg@nyborg.dk

Næstformand og kontakt til Bulletinen

Sekretær
Maiken Bagger
Filstedvej 10, indgand B
9000 Aalborg
mbag-fb@aalborg.dk

Kasserer og Councilmember i IADH
Gitte Z Johansen
Voksentandplejen
Tietgensgade 31 B, 2
1704 København V
HB5B@suf.kk.dk

Bestyrelsesmedlem, webredaktør
Pernille Endrup Jacobsen
Afdeling for Regional Specialtandpleje
Regionshospitalet Viborg
Søndersøparken 14
8800 Viborg
Telefon: 7844 6700
pernjaco@rm.dk

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

Borge Hede
Køpenhamns Universitet
bhe@sund.ku.dk

Redaktör för NFH Bulletin

Lena Romeling

Mun-H-Center, Medicinaregatan 12A
413 90 Göteborg, Sverige
Tel arbete: +46 (0)10-441 79 82, Mob: +46 (0)707-85 02 40
[lena.m.gustafsson@vgregion.se](mailto:lana.m.gustafsson@vgregion.se)

