

ABSTRACT

Forlengede sugevaner: rådgivning av barn og foreldre for å hindre okklusjonsavvik

En initiell ikke-ernærende sugevane på tomme eller smokk oppstår som følge av en primitiv refleks og forekommer ofte hos små barn. Hvis en ikke-ernærende sugevane persisterer utover treårsalderen, er den definert som forlenget. Forlengede ikke-ernærende sugevaner på tommel og smokk kan forårsake avvik i okklusjonen og den kraniofasiale morfologi, og en del av disse avvikene persisterer etter avsluttet vekst. De okklusjonsavvik som en forlenget ikke-ernærende sugevane kan forårsake, er forøket horisontalt maksillært overbitt, Angle klasse II molarrelasjon, anteriort åpent bitt og posteriort kryssbitt. Forøket horisontalt maksillært overbitt og Angle klasse II molarrelasjon forekommer oftere hos tommelsugere, mens posteriort kryssbitt oftere forekommer hos smokkesugere. Anteriort åpent bitt forekommer både hos tommel- og smokkesugere. Av de barna som utvikler okklusjonsavvik i den primære dentisjon, er det kun et fåtall som krever ortodontisk behandling i den permanente dentisjon, så lenge ingen ikke-ernærende sugevaner persisterer etter de permanente tenner er eruptert. For å hindre utvikling av okklusjonsavvik i forbindelse med ikke-ernærende sugevaner, er det anbefalt å seponere alle sugevaner senest ved treårsalderen. Hvis det ikke er mulig å seponere sugevanen, anbefales det at smokk anvendes i stedet for tommel, i mindre enn seks timer daglig, og med lavest mulige intensitet.

Forlengede sugevaner: definisjon, prevalens og innvirkning på okklusjonen

Annelie Kristina Bolldén, stud.odont., Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Siri Brandtsegg Berger, stud.odont., Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Ane Liselotte Sonnesen, lektor, spesialtandlæge i ortodonti, dr.odont., ph.d., Odontologisk Institut, Københavns Universitet

Ikke-ernærende sugevaner på tommel og smokk har høy prevalens hos skandinaviske barn (1-3). På lengre sikt kan disse sugevaner medføre forandringer i okklusjonen og i den kraniofasiale morfologi (2,4-12).

Sugerefleksen er medfødt og har flere viktige funksjoner (13,14). Den medfører at spedbarnet får i seg næring, stimulerer respirasjonssystemet, gir taktill stimulering og virker avslappende (13). Man har ved ultralydundørsøkelser kunnet konstatere at enkelte barn begynner å suge på tommelen eller fingrene allerede i livmoren, mens andre utvikler vanen spontant like etter fødsel (14). Ikke-ernærende sugevane på tommel eller smokk forekommer hyppig hos små barn (1-4,7,13,14). Når sugevanen persisterer, kan den medføre forandringer i okklusjonen og den kraniofasiale morfologien (2,4-12). Formålet med artikkelen er å belyse definisjonen av en forlenget sugevane, prevalensen av forlengede sugevaner, samt hvilken betydning forlengede sugevaner har for okklusjonen. Disse spørsmål er forsøkt besvart i denne artikkelen.

Metode

Temaet er behandlet ved en litteraturgjennomgang basert på søkeresultater fra databasene PubMed og REX (Københavns Universitets Biblioteks- og Informationsservice), samt en ortodontisk lærebok.

Gjennomgang av foreliggende vitenskapelige litteratur

Definisjon

Sugerefleksen forårsaker de initiale ikke-ernærende sugevaner hos små barn (13,14). Når man snakker om en forlenget sugevane, har man derimot gått over til å beskrive en potensielt ska-

EMNEORD

Fingersucking;
pacifiers;
malocclusion

delig oppførsel (13-15). Flere forskere har derfor undersøkt ved hvilken alder en ikke-ernærende sugevane kan defineres som forlenget (2,9,10,16). Resultatene av denne forskningen gjennomgås i følgende avsnitt.

I en undersøkelse av Larsson ble det konstatert at forekomsten av kryssbitt var fem ganger høyere blant fire år gamle smokkesugere enn blant barn uten tidligere ikke-ernærende sugevaner (6). Til tross for dette ble det ikke registrert en økt forekomst av kryssbitt i den permanente dentisjonen hos barn med tidligere smokkesugevaner i denne undersøkelsen (6). I en annen undersøkelse av Larsson ble det konkludert med at hvis interfererende kontakter ses mellom de primære hjørnetenner på barn mellom 2-3 år, bør foreldrene instrueres i å redusere tiden barnet sutter (2).

Warren og Bishara konkluderte med at ikke-ernærende sugevaner som persisterer etter at barna var 24 måneder og opp til 48 måneder, økte forekomsten av okklusjonsavvik signifikant (10). De så også at okklusjonsavvikene besto etter at den ikke-ernærende sugevanen hadde opphørt (10). Barna som deltok i denne undersøkelsen, var 4-5 år gamle da undersøkelsen endte (10). Forfatterne foreslo ut fra sine resultater at sugevanen bør opphøre senest ved en alder av to til tre år for å unngå utviklingen av okklusjonsavvik som følge av ikke-ernærende sugevaner (10).

Romero et al. undersøkte ikke-ernærende sugevaners betydning for forekomsten av anteriort åpent bitt (9). Her ble det ikke gjort forskjell på tomme- og smokkesugevaner (9). For hvert år en ikke-ernærende sugevane persisterte, steg risikoen for å utvikle åpent bitt 2,38 ganger (9). Risikoen for å utvikle åpent bitt som følge av en ikke-ernærende sugevane steg altså fra cirka 15 til 45 prosent fra to til fireårsalderen (9). Det ble ikke redegjort tydelig i undersøkelsen for om avviket var av basal eller dentoalveolær karakter (9).

Adair et al. studerte hvordan antallet måneder med en smokkesugevane påvirket sannsynligheten for utviklingen av okklusjonsavvik (16). Deres resultater viste at middelverdien var litt over 26 måneder med en smokkesugevane for de barn som utviklet anteriort åpent bitt og posteriort kryssbitt (16). I denne undersøkelsen hadde barn uten disse okklusjonsavvik i gjennomsnitt opphørt med smokkesugevanen før toårsalderen (16).

Noen barn med forlengede ikke-ernærende sugevaner vil utvikle okklusjonsavvik og andre ikke (15). Ifølge Proffit kreves det en kraft mot tennene som varer i minst seks timer i døgnet for at det skal resultere i okklusjonsavvik (17). Morley mener at også sugevanens intensitet spiller inn, idet det er forskjell på passivt å plassere fingeren eller smokken i munnen og å suge energisk på den (14). Jo mer energisk vanen utføres, desto større effekt har det på tannsettet (14).

Selv om resultatene fra disse undersøkelsene varierer noe, er de fleste forskere enige om at en sugevane som persisterer etter fylte tre år, bør defineres som forlenget, og for å unngå utvikling av okklusjonsavvik er der derfor indikasjon for seponering (2,10,15,16).

Prevalens av ikke-ernærende sugevaner

Ifølge Bishara og Larsson er forekomsten av tomme- og smokkesuging mel-

lom 10 og 34 prosent det første leveåret i industrialiserte land (13). Antallet av svenske barn som utviklet ikke-ernærende sugevaner i 1960-1970-tallet, steg fra 68 til 90 prosent (1). Forklaringen på dette er i følge Larsson at bruket av smokk økte i dette tidsrommet (1). Det er positivt fordi en smokkesugevane er lettere å venne seg av med enn en tomme- og smokkesugevane (1,4,8,18). I denne undersøkelsen hadde cirka halvdelen av de barn som har sugd på tomme- og smokkesuging, fortsatt en aktiv vane ved sjuårsalderen, mens de aller fleste barn som har sugd på smokk, hadde avsluttet denne vane ved 6-årsalderen (1).

I en amerikansk undersøkelse der 797 barn deltok, kunne man se et signifikant fall i forekomsten av ikke-ernærende sugevaner under de første fire leveårene (4). Forekomsten av smokkesugevaner falt fra 40 prosent ved ettårsalderen til 1 prosent ved fireårsalderen, og tilsvarende tall for tomme- og smokkesugevaner var 31 til 12 prosent (4). 4 prosent av tomme- og smokkesugere hadde fortsatt en aktiv vane ved åtteårsalderen (4).

I både Norge og Sverige dominerer smokkesuging over tomme- og smokkesuging, ifølge en undersøkelse av Caglar et al. (3). I Norge ble det registrert 48 prosent smokkesugere og 22 prosent tomme- og smokkesugere, og i Sverige var tilsvarende tall 72 prosent smokkesugere og 10 prosent tomme- og smokkesugere i denne undersøkelsen (3). Barna som ble undersøkt her, var 3 år gamle piker (3). I en annen undersøkelse med svenske og norske barn ble det også konkludert med at svenske barn suger på smokk mere enn norske, samt at jenter suger mer enn gutter (7).

Det er beskrevet stor variasjon i forekomsten av ikke-ernærende sugevaner på tomme- og smokk i litteraturen. Dette kan blant annet skyldes typen av sugevaner, forsøksgruppens alder og kjønnsfordeling, forskjeller mellom de ulike land og tidspunktet undersøkelsen er foretatt på (1,3,4,7,13).

Betydningen for okklusjonen

Mange undersøkelser viser at forlengede sugevaner medfører signifikant økt forekomst av okklusjonsavvik (2,4-12). Barn med forlengede sugevaner har karakteristiske okklusjonsavvik, avhengig av om det er tale om en tomme- eller en smokkesugevane (4,10,11).

Tomme-

Warren og Bishara gjennomførte en omfattende longitudinell undersøkelse av 372 amerikanske barn fra fødslen til femårsalderen, med det formålet å studere ernærende og ikke-ernærende sugevaners påvirkning på okklusjonen i det primære tannsettet (10). Deres resultat viste at de okklusjonsavvik som ses signifikant oftere hos barn med forlenget tomme- og smokkesugevane, er anteriort åpent bitt og forøket maksillært overbitt (10). Det maksillære overbittet var signifikant større hos barn med forlenget tomme- og smokkesugevane, mens forekomsten av posteriort kryssbitt ikke var forøket (10). Resultater fra en undersøkelse av Bishara et al. bekrefter disse observasjonene (4). Disse barna hadde også en dypere gane og signifikant mindre maksillær tannbuebredde, både ved måling av avstanden mellom hjørnetennene og mellom

molarene (10). Jo lenger tommelesugevanen fortsatte, desto høyere var forekomsten av disse okklusjonsavvikene (10).

Warren et al. så også på forlengede sugevaners påvirkning på okklusjonen i blandingstannsettet (11). Her kunne man se en signifikant økt forekomst av anteriort åpent bitt hos de barna som hadde sugd på tommelen i mer enn 60 måneder (11). En økt forekomst av forøket maksillært overbitt ble sett, men den oppnådde ikke statistisk signifikans (11).

Også Mistry et al. konkluderte med at anteriort åpent bitt og forøket maksillært overbitt ble sett oftere i blandingstannsettet hos barn med forlenget tommelesugevane (8). Deres resultat oppnådde heller ikke statistisk signifikans for det forøkede overbittet (8).

Det åpne bittet kan være assymetrisk, avhengig av tommelens posisjon i munnen ved utførelse av vanen (19). Det oppstår som følge av en redusert tannerupsjon og vertikal vekst i alveolarprosessene (19).

Overkjeveincisivene kan proklineres som følge av en forlenget tommelesugevane, mens underkjeveincisivene kan være både pro- og retroklinerte (20). Underleppens tykkelse, tidlig tap av primære molarene, og tommelens vinkel mot tennene er noen faktorer som potensielt kan influere underkjeveincisivenes inklinasjon (20). Majoriteten av barn med forlenget tommelesugevane har proklinerte underkjeveincisiver (20).

Pasienter som har en retrognat mandibel og dermed er mer disponert for Angle klasse II molarokklusjon, risikerer å forverre dette okklusjonsavviket gjennom en tommelesugevane (18).

En forlenget tommelesugevane kan altså gi anteriort åpent bitt, forøket horisontalt maksillært overbitt og Angle klasse II molarrelasjon (4,8,10,11). Det er i litteraturen derimot ikke tydelig redegjort for om disse avvikene er av dentoalveolær, basal eller kombinert karakter.

Smokk

Resultatene fra Warren og Bisharas undersøkelse viste en signifikant økt forekomst av posteriort kryssbitt i det primære tannsettet hos barn med forlenget smokkesugevane (10). Dette både i sammenligning med barn uten ikke-ernærende sugevaner og i sammenligning med barn med forlenget tommelesugevane (10). Smokkesugende barn hadde signifikant økt forekomst av anteriort åpent bitt, men ikke av forøket maksillært overbitt i denne undersøkelsen (10). Resultater fra en undersøkelse av Bishara et al. bekrefter disse observasjonene (4). En bredere mandibulær tannbuebredde ble også registrert av Warren og Bishara (10).

Adair et al. undersøkte 24- til 59-måneders gamle barn, for å sammenligne okklusjonen i det primære tannsettet (16). Her undersøktes barn som sugde på to forskjellige typer smokk med barn uten ikke-ernærende sugevaner (16). En signifikant høyere andel av barna med smokkesugevaner hadde anteriort åpent bitt og posteriort kryssbitt sammenlignet med barna uten ikke-ernærende sugevaner (16). I denne undersøkelsen ble det også registrert en signifikant økt forekomst av forøket horisontalt maksillært overbitt, og Angle klasse II hjørnetanns- og molarrelasjon hos barna med smokkesugevane, sammenlignet med barna

uten ikke-ernærende sugevane (16). Zardetto et al. undersøkte også okklusjonen i det primære tannsettet hos 36-60-måneders gamle barn som sugde på to forskjellige typer smokk med barn uten ikke-ernærende sugevaner (12). Deres resultater bekrefter dem av Adair et al. (12,16).

I blandingstannsettet så Warren et al. en signifikant økt forekomst av anteriort åpent bitt og Angle klasse II molarrelasjon hos de barna som hadde hatt en smokkesugevane i over 48 måneder (11). Forekomsten av kryssbitt var også forøket hos disse barna, men forskjellen oppnådde ikke statistisk signifikans (11).

Ifølge Larsson ses kryssbittet som forårsakes av en forlenget sugevane ikke igjen i det permanente tannsettet (6). Dette skyldes ifølge Larsson at smokken ikke når lenger inn i munnen enn til premolarene (6). Tungen er derfor fortsatt plassert lingualt for de permanente molarene i overkjeven mens de erupterer, og støtter dermed opp mot presset fra kinnene (6).

De fleste forskere er enige om at okklusjonsavvikene som følge av en forlenget smokkesugevane er åpent bitt og posteriort kryssbitt (4,10-12,16). Noen forskere mener også at forøket horisontalt maksillært overbitt og Angle klasse II hjørnetanns- og molarrelasjon ses ved forlenget smokkesugevane (12,16). Det fremgår heller ikke her i litteraturen om det er tale om avvik av dentoalveolær, basal eller kombinert karakter.

Tommel eller smokk?

Når man aktivt forsøker å avbryte en smokkesugevane, bør man overveie risikoen for at denne kan gå over til en tommelesugevane dersom smokken blir fjernet for tidlig (21). Tommelesugevaner er vanskeligere å venne seg av med enn smokkesugevaner (1,4,8,18), og tommelesugende barn utvikler oftere behandlingskrevende okklusjonsavvik i forhold til smokkesugende barn (5). På grunn av dette anbefales bruken av smokk i stedet for tommel (4,8,21). Man bør derimot som behandler alltid være tilbakeholden med å oppfordre til ikke-ernærende sugevaner, idet vi vet at de kan medføre okklusjonsavvik (22).

Forebyggelse av forlengede sugevaner

Den beste forebyggelsen mot utviklingen av okklusjonsavvik som følge av ikke-ernærende sugevaner er å seponere sugevanen senest ved treårsalderen (10,15,16). Hvis det ikke er mulig å seponere sugevanen helt, anbefales bruken av smokk i stedet for tommel (4,8,21). Spesielle smokker er utformet fysiologisk korrekt for å redusere påvirkningen på okklusjonen (12,16,22).

Det finnes mange av de fysiologisk korrekte smokkene på markedet, blant annet fra merket Dentistar (22). I en undersøkelse der man sammenlignet Dentistar med en vanlig smokk kunne man se en signifikant redusert forekomst av åpent bitt ved bruk av Dentistar (22). Dentistarsmokken ble brukt i kortere tid daglig enn den vanlige smokken, og dette kan også være noe av årsaken til at disse barna fikk færre tilfeller av åpent bitt (22).

I en undersøkelse av Adair et al. studertes forekomsten av okklusjonsavvik ved bruk av en alminnelig smokk sammenlignet med en fysiologisk utformet smokk (16). Denne undersøkelsen



KLINISK RELEVANS

Ikke-ernærende sugevaner på tommel og smokk har høy prevalens hos skandinaviske barn. På lengre sikt kan disse sugevaner medføre forandringer i okklusjonen og i den kraniofasiale morfologi. Det er derfor viktig å vite ved hvilken alder en ikke-ernærende sugevaner på tommel eller smokk defineres som forlenget. Det er også viktig å vite hvilke okklusjons-

avvik en forlenget sugevaner kan medføre, og om det er forskjell på påvirkningen av okklusjonen fra en tommelfinger og en smokk. Denne informasjonen er viktig i forbindelse med rådgivning av barn og foreldre på klinikken. Gjennom riktig rådgivning kan utvikling av okklusjonsavvik i forbindelse med forlengede, ikke-ernærende sugevaner forebygges.

konkluderte med at forekomsten av okklusjonsavvik var høyere hos barn som hadde en smokkesugevane, uavhengig av smokkens utforming (16). Zardetto et al. undersøkte også okklusjonspåvirkningen av en fysiologisk og en alminnelig smokk, med den samme konklusjon (12).

Mange ganger kan det være tilstrekkelig å informere og motivere barnet til å opphøre med en ikke-ernærende sugevaner, og dette kan gjøres på ulike måter (14,21). For eksempel kan man velge å benytte seg av en positiv eller negativ motivasjonsstrategi (21). Den positive strever etter å oppmuntre til en ønsket oppførsel, mens den negative prøver å motvirke en uønsket oppførsel (21). Et eksempel på positiv motivasjon er et "stjerne-diagram" der barnet får en stjerne hver gang foreldrene ser barnet uten tommelen eller smokken i munnen (14). Negativ motivasjon kan være informasjon til barn og foreldre om sugevanens negative effekter, bevisst påført dårlig smak, et plaster på tommelen eller en vott, som minner barnet på at denne ikke hører hjemme i munnen (14,21).

Konklusjon

Forekomsten av initiale, ikke-ernærende sugevaner er høy hos skandinaviske barn. En forlenget sugevaner er en ikke-ernærende sugevaner som persisterer ut over treårsalderen. Okklusjonsavvikene som ses hyppigst, er forøket horisontalt maksillært overbitt, Angle klasse II molarrelasjon, anteriort åpent bitt og posterior kryssbitt. Forøket horisontalt maksillært overbitt og Angle klasse II molarrelasjon forekommer oftere hos tommelsugere, mens posterior kryssbitt oftere forekommer hos smokkesugere. Anteriort åpent bitt forekommer både hos tommel- og smokkesugere. Avvikene kan være kombinert basale og dentoalveolare. For å forebygge utviklingen av okklusjonsavvik i forbindelse med ikke-ernærende sugevaner anbefales det

at alle sugevaner seponeres senest ved treårsalderen. Hvis det ikke er mulig å seponere sugevanen, anbefales det at smokk anvendes i stedet for tommel, i mindre end seks timer daglig og med lavest mulige intensitet.

Taksigelser

Vi vil si takk til Liselotte Sonnesen, lektor ved Tandlægeskolen i København, som har vært en meget inspirerende og motiverende veileder under utformingen av vårt kandidatspesiale og denne artikkelen.

ABSTRACT (ENGLISH)

Prolonged sucking habits: definition, prevalence and influence on the occlusion

An initial non-nutritive sucking habit on thumb or pacifier is the result of a primitive reflex, and can be observed among small children. If a non-nutritive sucking habit persists after the age of three, it is defined as prolonged. Prolonged sucking habits on thumb or pacifier can cause alterations in the occlusion and in the craniofacial morphology, and some of these alterations may persist after growth is completed. The characteristic malocclusion traits are increased horizontal maxillary overjet, Angle class II molar relationship, anterior open bite and posterior crossbite. Increased horizontal maxillary overjet and Angle class II molar relationship occur

more often in digit suckers, while posterior crossbite occurs more often in dummy suckers. Anterior open bite is seen in both digit and dummy suckers. Amongst the children who display these malocclusion traits in the primary dentition, only a few require orthodontic treatment in their permanent dentition, if not non-nutritive sucking habit persists beyond that age. In order to prevent development of malocclusion traits in relation to non-nutritive sucking habits, it is recommended that any sucking habit are stopped before three years of age. If this is not possible, it is recommended that a dummy is used instead of a digit, for less than six hours per day, and with as low an intensity as possible.



Litteratur

- Larsson E. The prevalence and aetiology of prolonged dummy and finger-sucking habits. *Eur J Orthod* 1985;7:172-6.
- Larsson E. Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *Angle Orthod* 2001;71:116-9.
- Caglar E, Larsson E, Andersson EM et al. Feeding, artificial sucking habits, and malocclusions in 3-year-old girls in different regions of the world. *J Dent Child (Chic)* 2005;72:25-30.
- Bishara SE, Warren JJ, Broffitt B et al. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130:31-6.
- Larsson E. Dummy- and finger-sucking habits with special attention to their significance for facial growth and occlusion. 7. The effect of earlier dummy- and finger-sucking habit in 16-year-old children compared with children without earlier sucking habit. *Swed Dent J* 1978;2:23-33.
- Larsson E. Effect of dummy-sucking on the prevalence of posterior cross-bite in the permanent dentition. *Swed Dent J* 1986;10:97-101.
- Lindsten R, Larsson E, Ogaard B. Dummy-sucking behaviour in 3-year old Norwegian and Swedish children. *Eur J Orthod* 1996;18:205-9.
- Mistry P, Moles DR, O'Neill J et al. The occlusal effects of digit sucking habits amongst school children in Northamptonshire (UK). *J Orthod* 2010;37:87-92.
- Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG et al. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Appl Oral Sci* 2011;19:161-8.
- Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:347-56.
- Warren JJ, Slayton RL, Bishara SE et al. Effects of nonnutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition. *Pediatr Dent* 2005;27:445-50.
- Zardetto CG, Rodrigues CR, Stefani FM. Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children. *Pediatr Dent* 2002;24:552-60.
- Bishara SE, Larsson E. Finger habits: their effects and their treatments – part 1. *Dent Assist* 2007;76:14-6, 18.
- Morley KR, McIntyre T. Management of non-nutritive or digit-sucking habits in children – a practical approach. *J Can Dent Assoc* 1994;60:969-71.
- Poyak J. Effects of pacifiers on early oral development. *Int J Orthod Milwaukee* 2006;17:13-6.
- Adair SM, Milano M, Lorenzo I et al. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children. *Pediatr Dent* 1995;17:437-44.
- Proffit WR, Fields Jr. HW, Sarver DM. *Contemporary Orthodontics*. 4th ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier, 2007;151.
- Curzon ME. Dental implications of thumb-sucking. *Pediatrics* 1974;54:196-200.
- Larsson E. The effect of finger-sucking on the occlusion: a review. *Eur J Orthod* 1987;9:279-82.
- Afzelius-Alm A, Larsson E, Löfgren CG et al. Factors that influence the proclination or retroclination of the lower incisors in children with prolonged thumb-sucking habits. *Swed Dent J* 2004;28:37-45.
- Larsson E. Treatment of children with a prolonged dummy or finger-sucking habit. *Eur J Orthod* 1988;10:244-8.
- Zimmer S, Barthel CR, Ljubicic R et al. Efficacy of a novel pacifier in the prevention of anterior open bite. *Pediatr Dent* 2011;33:52-5.

KØB DIREKTE HOS CURAPROX

Køb dine CURAPROX
«ultrasoft» tandbørster
direkte fra CURADEN

Nylonfri, phtalatfri og med 10
gange så mange børstefibre som
en normal tandbørste.
Ved køb af 144 stk.

Stk. pris 15,50
inkl. moms



CURAPROX

CURADEN Scandic ApS
Theilgaards Allé 5
DK 4600 Køge
Tlf. +45 70 26 81 70
info@curaden.dk
www.curaprox.com

 SWISS PREMIUM ORAL CARE



Dokumenteret efteruddannelse:

Optjen point med Tandlægebladet

I forbindelse med dokumenteret efteruddannelse har Tandlægeforeningens erhvervsaktive medlemmer mulighed for ved hjælp af en selvtest at dokumentere, at de har sat sig ind i faglig-videnskabelige artikler, bragt i Tandlægebladet.

Selvtestene bringes i forbindelse med originalartikler og oversigtsartikler. De består af tre spørgsmål, som dækker artiklens faglige indhold. Hvert spørgsmål har tre svarmuligheder, hvoraf **der er op til to korrekte svar pr. opgave**. Besvares selvtesten korrekt (alle svar er rigtige), opnås 1 point svarende til en times efteruddannelse.

Hvordan gør jeg?

Gå ind på Tandlægebladets webside Tandlaegebladet.dk. På forsiden til højre finder du boksen "Selvtest", hvor du kan logge ind med dine koder til Tdlnet.dk. Herefter gennemføres selvtesten ved afkrydsning i svarrubrikkerne. Det er muligt at gentage selvtesten, indtil den er bestået.

For at overføre 1 point til dine efteruddannelsesaktiviteter **skal du selv indberette dem på Tdlnet.dk**. Klik på banneret med overskriften "Klik her for at registrere dine eksterne kurser" på forsiden af Tdlnet.dk. Du kan også gå ind på Efteruddannelsens sider og vælge menupunktet Kurser > Mine kurser.

For at registrere selvtesten korrekt skal du under "Kursusnavn" skrive "Selvtest" og evt. bladnummer fx "Selvtest TB15". Under "Kursusdato" vælger du dags dato, og under "Kursusansvarlig" skriver du Tandlægebladet. Til slut anfører du 1 point. Slut med at trykke "Gem".

Selvtest for artiklen:

Forlængede sugevaner: definition, prevalens og innvirkning på okklusjonen.

Tandlægebladet 2013;117:988-92.

Spørgsmål 1.

Når defineres en sugevane som forlænget?

Svar A. 3 år.

Svar B. 5 år.

Svar C. 7 år.

Spørgsmål 2.

Hvilke(t) av nedenstående okklusjonsavvik ses som regel ved en forlænget smokkesugevane?

Svar A. Forøket maksillært horisontalt overbitt.

Svar B. Åpent bitt.

Svar C. Posterior kryssbitt.

Spørgsmål 3.

Hvorfor er det en dårlig idé at fjerne smokken for tidlig?

Svar A. Barnet mister tilliten til foreldrene.

Svar B. Barnet risikerer i stedet å utvikle en tommelsugevane.

Svar C. Sugevanen har en gunstig påvirkning på ansiktskraniets utvikling de første leveårene.



Tag testen på din smartphone!

Som noget nyt kan du nu tage testen på din smartphone. Scan QR-koden eller indtast Selvtest.tandlaegebladet.dk i browseren.

