

ABSTRACT

Dysfagi er den medicinske betegnelse for symptom på vanskelighed ved at synke. Det er et almindeligt symptom i en bred gruppe af patienter, og det får betydelige konsekvenser for både patienter og samfund. Patienter med udiagnostiseret dysfagi er i høj risiko for aspiration og underernæring, hvilket reducerer livskvaliteten og udvider sundhedskostningerne. Grundig undersøgelse er vigtigt, og implementering af en behandlingsstrategi bør være baseret på evaluering fra et tværfagligt team. På trods af implikationerne af dysfagi er viden og fokus begrænset i både den primære og sekundære sektor i det danske sundhedsvæsen. Derfor behandles mange patienter ikke tilstrækkeligt.

EMNEORD Dysphagia | swallowing | examination | treatment



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
BAHAREH B. PHILIPSEN
Bahareh.Bakhshaie.Philipsen@rsyd.dk

Dysfagi

BAHAREH B. PHILIPSEN, overlæge, speciallæge, Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

HANNA R. MORTENSEN, læge, ph.d., Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital

DORTE MELGAARD, forskningskoordinator, ergoterapeut, ph.d., Center for Klinisk Forskning, Regionshospitalet Nordjylland

► Denne artikel er oprindeligt publiceret i Ugeskrift for Læger 2020;182:139-42.

Tandlægebladet 2020;124:614-8

DYSFAGI ER ET HYPPIGT FOREKOMMENDE SYMPTOM hos mange patienter og har væsentlige konsekvenser for den enkelte patient og for samfundet. På trods heraf er der begrænset viden om og fokus på dysfagi i både primær- og sekundærsektoren i det danske sundhedsvæsen.

DEFINITION

Ordet dysfagi stammer fra græsk: dys = vanskeligheder/be-svær og fagi = spise. Dysfagi er et symptom, og der findes ingen entydig definition. I WHO's diagnoseklassifikationssystem (1) er dysfagi klassificeret under "Symptomer og abnorme fund i fordøjelsessystemet og abdomen". I International Classification of Functioning, Disability and Health definerer man dysfagi således: "Problemer med funktioner bestemmende for at bringe mad og drikke fra mundhulen gennem svælget og spiserøret til mavesækken med passende frekvens og hastighed" (2). Dysfagi betegnes ofte i hverdagen som synkebesvær. Synkefunktionen er en kompliceret sekvens af hændelser. En sikker og effektiv synkefunktion er afhængig af anatomiske strukturer og et vel-fungerende nervesystem. Der skelnes mellem øvre eller orofaryngeal dysfagi, der er relateret til problemer i mund og svælg, og nedre eller øsofageal dysfagi, der er relateret til problemer i spiserør og mavesæk (3). Desuden skelnes der imellem dysfagi, som opstår på grund af kompleks neuromuskulær sygdom, og funktionel dysfagi, som defineres som synkeproblemer uden en organisk årsag. ICD 10-koden for dysfagi er DRA139.

FOREKOMST

Dysfagi forekommer hos både patienter med forskellige diagnoser og en stor del af den ældre befolkning (Fig. 1).

Prævalenser

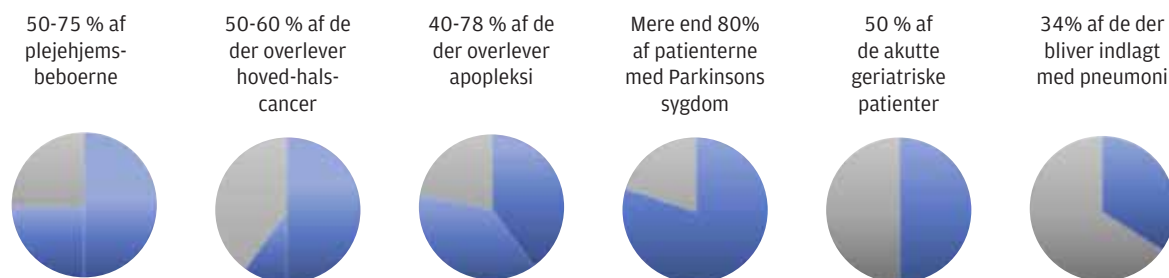


Fig. 1. Prævalens af dysfagi (4-12).
Fig. 1. Prevalence of dysphagia (4-12).

I USA er der beskrevet en aldersjusteret prævalens af dysfagi på 3 % hos både mænd og kvinder med gastroøsofageal reflux som den hyppigste årsag (4). Der findes danske tal for prævalensen af dysfagi i mindre populationer af patienter med pneumoni og cancer samt hos geriatriske patienter (5-7).

I Danmark har der i mange år været fokus på dysfagi hos patienter med neurologiske lidelser, herunder apopleksi, traumatiske hjerneskader og følger efter cerebrale operationer. Dys-

fagi forekommer hos 37-78 % i den akutte fase af apopleksi (8), og patienter med akut apopleksi skal ifølge retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Apopleksi screenes for dysfagi på indlæggelsesdagen (8). Der er ligeledes fokus på patienter med andre neurologiske sygdomme som Parkinsons sygdom, Alzheimer-demens og dissemineret sklerose (9-11).

Der er høj forekomst af dysfagi ved flere cancersygdomme, især hoved- og halscancer med en prævalens på 20-80 % (7,12) samt øvre gastrointestinal cancer med en prævalens på op til 80 %, men også ved fx hjernetumorer og lungecancer kan der dokumenteres dysfagi med en prævalens på 20-40 % (13).

Ældre, medicinske patienter og plejehjemsbeboere har også en høj prævalens af dysfagi (50-87 %), og Det Europæiske Selskab for Dysfagi har sammen med Det Europæiske Selskab for Geriatri fremsat forslag om at betragte dysfagi som et geriatrisk syndrom på linje med fx frailty og inkontinens (5,11,14,15).

ÅRSAGER OG SYMPTOMER

Årsagerne til dysfagi kan være yderst forskellige og omfatter både direkte årsager og følgevirkninger af en given behandling. Dysfagi kan udløses af fx infektion og inflammation, mekanisk obstruktion, tumorer, anatomiske forandringer, reflux, fibrose, parese, muskelsvækkelse, motilitetsforstyrrelser, sensibilitetsforstyrrelser og psykologiske problemer samt være følger efter kirurgi/strålebehandling og bivirkninger af en medicinsk behandling (16,17). Dysfagi kan også være udløst af psykosomatiske problemer som fx angst og depression (18). Symptomerne på dysfagi er mangfoldige (Tabel 1).

UDREDNING

I Danmark anvendes forskellige dysfagiscreeningsredskaber og kliniske undersøgelser. Styrken ved kliniske undersøgelser er, at de er ressourcelette, hvad angår tid og økonomi. Et meget anvendt screeningsredskab er vandtesten, hvor man observerer patienten under indtagelse af vand. Gugging Swallowing Screen anvendes til patienter med nyopstået apopleksi, og EAT10 er et spørgeskema, hvormed man afdækker patientens evne til at synke. ▶

Symptomer

| |
|--|
| Hosten og harken før, under og efter synkning |
| Ændret, våd stemme ved indtagelse af føde/væske |
| Besværet/rallende vejrtrækning under og efter måltidet |
| Fejlsynkning |
| Fornemmelse af at føde og væske stopper op i halsen eller diffust bag brystbenet |
| Globulusfornemmelse |
| Forlængede måltider |
| Lang tid om at bearbejde føde, samle bolus og initiere synket |
| Savlen |
| Hyppige feberepisoder |
| Hyppige lungebetændelser |
| Utilsigtet vægttab |
| Nasalregurgitation |
| Regurgitation og opglypning af føde og mad |
| Halsbrand |
| Smerter, ofte i forløbet af cancersygdomme |

Tabel 1. Tegn på dysfagi (3).
Table 1. Signs of dysphagia (3).

Der findes desuden flere klinisk validerede undersøgelsesredskaber fx Volume Viscosity Swallow Test, hvormed man tester patienternes evne til at indtage forskellige konsistenser og mængder af væske. Til observation af et måltid kan anvendes Minimal Eating Observation Form version II eller McGill Ingestive Skills. Assessment Facial Oral Tract Therapy er en visuel og taktile undersøgelse af mund og svælg. Ud over ovenstående findes der flere forskellige spørgeskemaer som fx The M.D. Anderson Dysphagia Inventory og Swallowing Quality of Life questionnaire.

De kliniske synkeundersøgelser foretages i Danmark typisk af ergoterapeuter, men i udlandet udføres undersøgelserne ofte af særligt uddannede "speech and swallowing therapists".

Endoskopisk undersøgelse



Fig. 2. Funktionel endoskopisk evaluering af synkefunktionen **A.** Farynx og larynx efter indtag af yoghurt hos en patient med højresidig n. laryngeus recurrens-skade som følge af cervical discusprolapsoperation med anterior adgang. **B.** Farynx og larynx efter indtag af yoghurt hos en rask person.

Fig. 2. Functional endoscopic evaluation of swallowing function **A.** Pharynx and larynx after ingestion of yogurt in a patient with right-sided n. laryngeal recurrence injury as a result of cervical disc prolapse surgery with anterior access.

B. Pharynx and larynx after intake of yogurt in a healthy person.

Man bør tilbyde instrumentel undersøgelse til patienter, der er diagnostisk uafklarede efter primærundersøgelse, patienter med kendt diskrepans mellem eget rapporteret synkebesvær og resultatet af objektive undersøgelser (19) samt patienter, hvor man har mistanke om "silent" aspiration. "Silent" aspiration defineres som aspiration uden hoste eller andre objektive tegn på aspiration. Det ses fx hos 15 % af de patienter, der er behandlet for hoved- og halscancer, og 25 % af patienterne efter to døgn's intubation, og i disse tilfælde er en instrumentel undersøgelse nødvendig (20,21).

Patienter, der har tegn på dysfagi med ukendt ætiologi, bør udredes i et relevant speciale, hvilket oftest vil være i øre-, næse- og halskirurgisk, gastromedicinsk eller kirurgisk regi. Ved øvre dysfagi bør der foretages en øre-, næse- og halsundersøgelse inkl. fiberlaryngoskopi. Ved mistanke om en neurologisk årsag bør der foretages en neurologisk undersøgelse. Ved øsofageal dysfagi bør der altid foretages øsofagoskopi. Billeddiagnostiske undersøgelser i form af PET-CT, CT eller MR-scanning kan være indiceret, alt afhængigt af symptomer og fund ved de øvrige undersøgelser (22).

Instrumentelle undersøgelser inkluderer funktionel endoskopisk evaluering af synkefunktionen (FEES), *modified barium swallowing* (MBS) også benævnt videofluoroskopi, øsofagoskopi, manometri, intraøsofageal pH-måling og røntgen af øsofagus med kontrast. De to førstnævnte undersøgelser betragtes som guldstandard ved undersøgelse for øvre dysfagi, mens de sidstnævnte betragtes som guldstandard ved undersøgelse for nedre dysfagi.

FEES foretages ved videolaryngoskopi af farynx/larynx samtidig med, at patienten spiser og drikker forskellige konsistenser. Ved undersøgelsen visualiserer man strukturer, bevægelser og koordinationer under synk, mængden af retention, aspiration, penetration af føde og væske samt de anatomiske forhold ved indgangen til øsofagus. Aspiration defineres som tilstedeværelse af føde og væske under stemmebåndsniveau. Penetration defineres som tilstedeværelse af føde og væske i aditus laryngis, men over stemmebåndsniveau (Fig. 2). Retention defineres som tilstedeværelse af føde og væske i svælget efter synket. FEES kan kombineres med en vurdering af den faryngeale og laryngeale sensibilitet, en såkaldt FEES with sensitivity-test. Nedsat eller ophævet sensibilitet er korreleret til silent aspiration.

Ved MBS undersøges synkefunktionen ved røntgengennemlysning i forbindelse med indtag af forskellige konsistenser af føde og væske tilsat røntgenfast farvestof. Her visualiseres bevægelser og koordination under synkning, og unormal orofaryngeal og øsofageal anatomi kan påvises (Fig. 3). Graden og frekvensen af retention, penetration og aspiration kan bestemmes.

Ved både FEES og MBS kan der afprøves forskellige kompenserende siddestillinger eller synkemetoder, mens patienten får direkte visuel feedback under undersøgelsen (21,23).

Forholdene i øsofagus og ventriklen visualiseres ved øsofagoskopi med mulighed for biopsi. Manometri er en intraluminal undersøgelse af motilitet og trykforhold i øsofagus og er indiceret ved mistanke om motilitetsforstyrrelser. Intraøsofageal

pH-måling foretages oftest som en 24-timers undersøgelse med en pH-sensitiv elektrode i øsofagus. Røntgenundersøgelse af øsofaguslumen kan foretages ved, at patienten synker et vandopløseligt kontrastmiddel, og metoden anvendes ved mistanke om perforation og fistler samt til påvisning af divertikler (22).

Øsofagioskopi kan udføres på stort set alle danske hospitaler, hvor man behandler akutte patienter, mens manometri tilbydes på de større hospitaler. FEES udføres primært på en del hospitaler i øre- næse- og halskirurgisk regi, men tilbydes mange steder primært til neurologiske patienter og patienter med hoved- og halscancer. MBS er kun tilgængeligt ganske få steder i Danmark og anvendes primært til kliniske studier og nationale projekter. En større tilgængelighed af ovenstående undersøgelser vil medføre en bedre og mere sikker udredning af patienter med dysfagi.

BEHANDLING OG KONSEKVENSER

Dysfagi er i vid udstrækning et overset problem. Da dysfagi er en kompleks lidelse, der blandt andet kan påvirke åndedrættet, synkefunktionen, lyst til at spise og talen, bør det behandles helhedsorienteret i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Undersøgelse og behandling af dysfagi kræver inddragelse af læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, diætister, tandlæger, fysioterapeuter og talepædagoger (24,25), hvorfor et stærkt tværfagligt samarbejde er nødvendigt for at optimere patientforløbene.

Patienter med dysfagi er i risiko for aspirationspneumoni, underernæring, social isolation, nedsat livskvalitet, kvælning

MBS



Fig. 3. Modifieret synkning af barium.
Fig. 3. Modified barium swallowing.

hovedbudskaber

- I Danmark er der begrænset viden om dysfagi.
- Der er få videnskabelige artikler med beskrivelse af forekomst, udredning og behandling af dysfagi.
- Dysfagi er et hyppigt forekommende symptom hos patienter med f.eks. neurologiske sygdomme, cancer, demens og udviklingsforstyrrelser samt ældre patienter.
- Henvisnings-, udrednings- og behandlingsmulighederne er begrænsede.
- Dansk Selskab for Dysfagi sætter fokus på vigtigheden af en tværfaglig og tværsektoriel indsats mod dysfagi.

og død (5,14,24,25). De har ofte længerevarende og flere indlæggelser end patienter, der har samme sygdomsbillede uden dysfagi, og er ofte i risikozonen for at udvikle en lang række komplikationer, der alle har en negativ indflydelse på sygdomsforløbet og livskvaliteten og har store sundhedsøkonomiske konsekvenser (26,27).

Forløbene for patienter med dysfagi kan omfatte behandling af den tilgrundliggende årsag og/eller etablering af sikker ernæring på anden vis. Behandling af den tilgrundliggende årsag er ikke altid mulig, og en del patienter med dysfagi vil have gavn af tilpasning af konsistensen af mad og drikke (23). Ofte må den orale ernæring suppleres med eller erstattes af sondeernæring. Der er begrænset evidens for effekten af træning af patienter med dysfagi, men til trods for dette har en del patienter subjektivt udbytte af træning af synkefunktionen og kompensatoriske teknikker, således at de kan indtage føde og væske med nedsat risiko for aspiration (28). Eksspiratorisk muskeltræning har dokumenteret effekt mht. at øge muskelstyrken og dermed øget evne til at sikre luftvejene (29).

DANSK SELSKAB FOR DYSFAGI

I forbindelse med udarbejdelsen af den nationale kliniske retningslinje for øvre dysfagi (opsporing, udredning og udvalgte indsatser) (3) opstod der et ønske om et øget fokus på dysfagi i form af et tværfagligt og tværsektorielt selskab. I 2016 blev Dansk Selskab for Dysfagi etableret med det formål at fremme udredning, behandling, forskning og uddannelse inden for dysfagi. Der er på nuværende tidspunkt begrænset fokus på dysfagi i Danmark, hvorfor yderligere forskning både mono- og tværfagligt er nødvendigt.

KONKLUSION

Dysfagi er et overset symptom, hvilket begrænser patienternes mulighed for at få den nødvendige behandling. Der er behov for øget fokus på udredning og behandling af dysfagi blandt alle faggrupper og et tæt samarbejde for at bedre kvaliteten af patientforløbene. Dansk Selskab for Dysfagi har fokus på at styrke et tværfagligt og tværsektorielt nationalt samarbejde til gavn for både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

DYSPHAGIA

Dysphagia is the medical term for the symptom of difficulty in swallowing. It is a common symptom in a wide group of patients, causing significant consequences for both patients and community. Patients with undiagnosed dysphagia are at high risk of aspiration and malnutrition, thus reducing quality of life and expanding health costs. Thorough examination

is important, and implementation of a treatment strategy should be based on evaluation by a multidisciplinary team. Despite the implications of dysphagia, knowledge and focus are limited in both the primary and the secondary sectors of the Danish healthcare system. Consequently, many patients are not treated adequately.

LITTERATUR

1. WORLD HEALTH ORGANISATION. International classification of diseases (ICD). (Set 2018 december). Tilgængelig fra: URL: www.who.int/classifications/icd/en/
2. SUNDHEDSSTYRELSEN. ICF – international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnedestættelse og helbredstilstand. 2nd ed. København: Munksgaard, 2005.
3. SUNDHEDSSTYRELSEN. National klinisk retningslinje for øvre dysfagi – opsporing, udredning og udvalgte indsatser. (Set 2018 december). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/7E4C638B32204D5F97BCB9805D12C32F.ashx>
4. Cho SY, Choung RS, Saito YA et al. Prevalence and risk factors for dysphagia: a USA community study. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27:212-9.
5. Melgaard D, Rodrigo-Domingo M, Mørch MM. The prevalence of oropharyngeal dysphagia in acute geriatric patients. *Geriatrics* 2018;3:15.
6. Melgaard D, Baandrup U, Bøgsted M et al. The prevalence of oropharyngeal dysphagia in Danish patients hospitalised with community-acquired pneumonia. *Dysphagia* 2017;32:383-92.
7. Mortensen HR, Overgaard J, Specht L et al. Prevalence and peak incidence of acute and late normal tissue morbidity in the DAHANCA 6&7 randomised trial with accelerated radiotherapy for head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2012;103:69-75.
8. DANSK SELSKAB FOR APOPLEKSI. Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. (Set 2018 december). Tilgængelig fra: URL: www.dsfa.dk/wp-content/uploads/REFERENCEPROGRAMFINAL20131.pdf
9. Ikeda M, Brown J, Holland AJ et al. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:371-6.
10. Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso MG et al. Dysphagia in multiple sclerosis – prevalence and prognostic factors. *Acta Neurol Scand* 2002;105:40-3.
11. Cook IJ. Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:411-31.
12. Rosenthal DJ, Lewin JS, Eisbruch A. Prevention and treatment of dysphagia and aspiration after chemoradiation for head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2006;24:2636-43.
13. Kenny C, Gilheaney O, Walsh D et al. Oropharyngeal dysphagia evaluation tools in adults with solid malignancies outside the head and neck and upper GI tract: a systematic review. *Dysphagia* 2018;33:303-20.
14. Baijens LW, Clave P, Cras P et al. European society for swallowing disorders – european union geriatric medicine society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* 2016;11:1403-28.
15. EUROPEAN SOCIETY FOR SWALLOWING DISORDERS. ESSD position statements: oropharyngeal dysphagia in adult patients. (Set 2018 december). Tilgængelig fra: URL: myessd.org/docs/position_statements/ESSD_Position_Statements_on_OD_in_adult_patients_for_web.pdf
16. Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *BMJ* 2003;326:433-6.
17. Manikantan K, Khode S, Sayed SI et al. Dysphagia in head and neck cancer. *Cancer Treat Rev* 2009;35:724-32.
18. Shaker R, Belafsky PC, Postma GN et al. Principles of Deglutition - A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders. 1st ed. New York: Springer, 2013.
19. Jensen K, Bonde Jensen A, Grau C. The relationship between observer-based toxicity scoring and patient assessed symptom severity after treatment for head and neck cancer. *Radiother Oncol* 2006;78:298-305.
20. Ajemian MS, Nirmul GB, Anderson MT et al. Routine fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing following prolonged intubation: implications for management. *Arch Surg* 2001;136:434-7.
21. Sassi FC, Medeiros GC, Zilberstein B et al. Screening protocol for dysphagia in adults: comparison with videofluoroscopic findings. *Clinics (Sao Paulo)* 2017;72:718-22.
22. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. Guidelines dysphagia. (Set 2018 december). Tilgængelig fra: URL: www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/dysphagia/dysphagia-english
23. Newman R, Vilardell N, Clavé P et al. Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: white paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia* 2016;31:232-49.
24. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life – a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:971-9.
25. Melgaard D, Baandrup U, Bøgsted M et al. Rehospitalisation and mortality after hospitalisation for oropharyngeal dysphagia and community-acquired pneumonia: a 1-year follow-up study. *Cogent Med* 2017;4:1417668.
26. Westmark S, Melgaard D, Rethmeier LO et al. The cost of dysphagia in geriatric patients. *Clinicoecon Outcomes Res* 2018;10:321-6.
27. Patel DA, Krishnaswami S, Steger E et al. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Dis Esophagus* 2018;31:1-7.
28. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD000323.
29. Brooks M, McLaughlin E, Shields N. Expiratory muscle strength training improves swallowing and respiratory outcomes in people with dysphagia: a systematic review. *Int J Speech Lang Pathol* 2019;21:89-100.

MR-sikkerhed ved almindelige tandmaterialer

Tandlægebladet 2020;124:614-8.

1

Hvad er dysfagi?

- SVAR A** Dysfagi er alle former for synkebesvær.
SVAR B Dysfagi omfatter en gruppe af symptomer og tegn, der refererer til vanskeligheder med at flytte mad og væske fra mundhulen til mavesækken.
SVAR C Dysfagi er en samlet betegnelse for synkeproblemer, der kan skyldes vævsforandringer og motoriske, sensoriske og kognitive problemer.

2

Hvad kan være tegn på dysfagi?

- SVAR A** Hoste efter synkning af spyt, mad eller drikke.
SVAR B "Våd" tale/vejtrækning.
SVAR C Gentagne lungebetændelser eller feberperioder uden klar årsag.

3

Hvad er en FEES-undersøgelse?

- SVAR A** FEES er en endoskopisk undersøgelse og evaluering af synkefunktionen.
SVAR B FEES er en røntgenundersøgelse af synkefunktionen.
SVAR C FEES er en undersøgelse af øsofagus.

DOKUMENTERET EFTERUDDANNELSE

Du kan læse videnskabelige artikler og samle point til dine efteruddannelsesaktiviteter jf. Tandlægeforeningens dokumenterede efteruddannelse.

Du skal blot svare på de tre spørgsmål her, som dækker artiklens faglige indhold. Hvert spørgsmål har tre svarmuligheder. **Der kan være flere korrekte svar pr. spørgsmål.** Besvares selvtesten korrekt, opnås 1 point.

SÅDAN GØR DU

Find den aktuelle artikel på www.tandlaegebladet.dk. Nederst på siden finder du et link til selvtesten. Log ind med dine koder fra Tdlnet.dk og gennemfør testen. Det er muligt at gennemføre testen til 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 efteruddannelsesaktiviteter" på forsiden af Tdlnet.dk eller gå ind på Efteruddannelsens sider og vælg menupunktet Kurser og derefter ► Mine kurser.

Under Kursusnavn skriver du "Selvtest" og evt. bladnummer fx "Selvtest TB12". Under Kursusdato vælger du dags dato og under Udbyder skriver du "Tandlægebladet". Til slut anfører du 1 point. Afslut ved at trykke **Gem**.

Tag testen på
din smartphone

