



476



494



497



500



Boknytt

520



Rubrikk-annonser

523

470 **Siste nytt først**

■ **Leder**

473 Valg

■ **Presidenten har ordet**

475 TobakksFRI så klart!

■ **Vitenskapelige artikler**

476 Tove Ragna Reksten, Malin V. Jonsson og Mihaela C. Marthinussen: Lokal og systemisk behandling av munntørrethet

482 Per Christian Tronesvold, Stian Bremvåg Sundli, Inge Fristad og Asgeir Bårdsen: Diagnoseavvik i endodontisk behandling. - en studie basert på avviksregistrering

■ **Nytt fra NIOM**

490 Allergi og dentale materialer

■ **Doktorgrad**

492 Kjersti Refsholt Stenhagen: Effekt av fluorløsninger mot dentale erosjoner og validering av metoder som brukes for analyser i studier

■ **Aktuelt**

494 Tiltak for de yngste og eldste i Oslo

497 Privat forskning: TMD som årsak til kroniske smerter i nakke og skuldre

500 Valg 2013: Hva mener de politiske partiene om tannhelse?

503 Informasjon, informert samtykke og journalføring

505 Samfunnsodontologisk forum 2013:

■ **Kommentar og debatt**

509 Assistenttannlegers presentavtaler - utgått på dato? (Trond-Egil Korsmo, Pluss Regnskap AS)

510 Kjeveortopedi - offentlige takster og egenbetaling (Tor E. Torbjørnsen)

■ **Praksisdrift**

513 Syk i ferien

■ **Snakk om etikk**

515 Om tannlegens forhold til tannteknikk

■ **Notabene**

516 Tilbakeblikk

517 Kurskalender

518 Personalia

Forskerskoler lykkes



ILL: YAY MICRO.

I følge Forskningsrådet viser en evaluering at de fem nasjonale forskerskolene fra 2009 så langt fungerer godt, skriver Forskerforum.

Evalueringen viser at forskerskolene har lyktes godt. De har bidratt til å styrke kvaliteten på forskerutdanningen hos institusjonene som er med. Mange doktorgradsstudenter har søkt til disse nasjonale skolene. Dermed har de fått et bedre kurstilbud enn deres egen institusjon hadde kunnet tilby alene, sier divisjonsdirektør Anders Hanneborg. Skolene får 46 millioner kroner i tre år til.

Kvinner velger bort høy lønn



Selv om både mannlige og kvinnelige studenter er like opptatt av høy inntekt i sitt fremtidige yrke, har kvinnene en tendens til å nedprioritere drømmen om høy inntekt når de velger jobb, sier forsker Bente Abrahamsen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun står bak en studie som ser på studenters karriere-

ønsker innenfor ulike profesjonsfag, skriver forskning.no.

Menn, derimot, legger mest vekt på lønna i jobbvalget og mindre vekt på andre aspekter ved jobben.

En vanlig forklaring på lønnsforskjeller mellom menn og kvinner er at de jobber i henholdsvis høytlønnede og lavtlønnede yrker. Forskningen til Abrahamsen viser imidlertid at valg av yrke ikke er hele forklaringen på hvorfor kvinner tjener mindre enn menn.

– Det viser seg at egne preferanser spiller en betydelig rolle for å forstå kjønnsforskjeller i lønn, og kan forklare hvorfor kvinner tjener mindre enn menn – selv når de jobber innenfor samme yrke, sier Abrahamsen.

Ifølge studien er det ikke bare kvinner med omsorg for egne barn som ønsker en jobb med muligheter for deltidsarbeid.

Kvinner uten barn velger også jobber med gode deltidsordninger. En mulig forklaring er at de ser for seg at deltid kan bli aktuelt på et senere tidspunkt.

– Det er derfor ikke overraskende at flere kvinner enn menn befinner seg i jobber med gode deltidsmuligheter, og at flere menn enn kvinner er i jobber med høye lønninger, sier Abrahamsen.

Det viser seg også at kvinner som søker seg til jobber med gode deltidsmuligheter, bare i liten grad jobber deltid.

Det kan skyldes at mange av kvinnene ikke er i en livssituasjon hvor deltidsarbeid er aktuelt. Men det kan også være andre forklaringer, ifølge Abrahamsens analyser.

– Kvinnene blir faktisk mindre opptatt av deltidsarbeid når de kommer ut i arbeidslivet og mer opptatt av høy inntekt, sier hun.

Kjønnsforskjellene i lønnsinntekt skyldes i stor grad at kvinner og menn har gått inn i jobber med ulike karrieremuligheter.

Det at både mannlige og kvinnelige studenter er like opptatt av høy inntekt, viser at det norske likestillingsidealet står sterkt, påpeker Abrahamsen.

Men den store interessen for deltidsarbeid blant kvinnene, derimot, står i skarp kontrast til dette og viser at

kvinner også er preget av kjønnsstradisjonelle holdninger.

– For de fleste er det vanskelig å realisere ønsket om høy lønn og samtidig jobbe deltid, sier Abrahamsen.

Dette speiler holdninger i resten av samfunnet hvor nesten halvparten av norske kvinner jobber deltid og tilpasser arbeidstiden – i motsetning til mannen – etter familiens behov.

Ikke ansvarlige for egen helse



ILL: YAY MICRO.

Det er ikke vår egen skyld hvis vi får kreft eller diabetes, for ingen er ansvarlige for egen helse, ifølge den danske filosofen Martin Marchman Andersen som nettopp har forsvart sin doktoravhandling ved Københavns Universitets Institut for Medier, Erkendelse og Formidling. Andersen konkluderer at hverken røykere, overspisere, alkoholikere, øko-friker, mosjonister eller noen andre er ansvarlige for sin egen helse.

– Man kan ikke være ansvarlig for noe som helst når man ikke har en fri vilje, og det er det ingen grunn til å tro at vi har. Det er alltid en årsak til at vi handler som vi gjør, sier filosofen og legger til at helse har sammenheng med sosiale vilkår, og de som har lite, har også den dårligste helsen. – Diskusjonen om ulikhet på helsefeltet har stor innflytelse på hvordan helsegodene blir fordelt, så det er viktig å få presise teoretiske svar, sier Martin Marchman Andresen, som i sin avhandling tar et



oppgjør med en holdning om at en viss ulikhet på helsefeltet er rettferdig. Selv om noen kan slutte å røyke, slanke vekk de overflødige kiloene og legge om livsstilen, er det enkelte individet aldri ansvarlig for om han eller hun klarer det, mener Andresen.

Det er alltid en årsak til at vi handler og lever som vi gjør, og den årsaken har vi som individer ikke fullstendig kontroll over, argumenterer han,

– Du kan selvfølgelig endre livsstilen din og leve sunt, men du kan aldri være ansvarlig hvis du ikke greier det. Livet vårt og valgene våre er alltid determinert av de mulighetene vi har, av oppvekst, miljø, genetikk, sosiale forhold, samfunnsstrukturer og andre forhold vi ikke har innflytelse over. Det er en uendelig lang liste av årsaker til at et menneske handler på en bestemt måte.

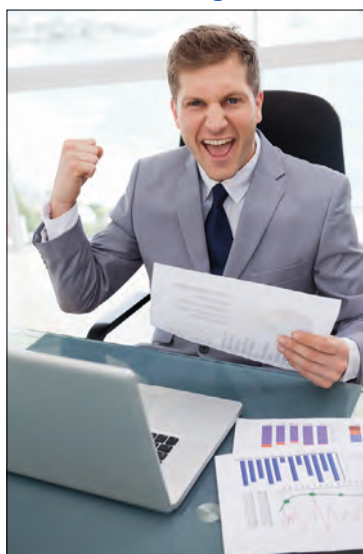
– Fri vilje er ikke et spørsmål om vi er kan gjøre hva vi vil, men om vi kan bestemme hva vi vil, sier han. Og siden det er så mye vi ikke kan bestemme er det alltid en årsak til at folk lever usunt, og den årsaken kan de ikke kontrollere, konkluderer filosofen.

Derfor kan man ikke bruke det personlige ansvaret som en begrunnelse for at storrykere, overvektige eller andre med en usunn livsstil skal betale mer enn andre for å få medisinsk behandling, eller at de skal bakerst i køen.

Norsk tannhelseforbund

30. juli i år ble Norsk tannhelseforbund stiftet. To enkeltpersoner står bak, og formålet er å aktivt sørge for at norske tannhelsepasienters interesser blir ivaretatt, gjennom å utøve nødvendig politisk press på lik linje med andre interesseorganisasjoner, heter det i vedtekten. Underforstått jobber foreningen aktivt med å sørge for at det norske tannhelsetilbudet er en del av det offentlige helsetilbudet og kostnadene dekkes over den norske skatteseddel, heter det videre. Medlemmer betaler hundre kroner året for å være med. Etter seks dager hadde forbundet 221 kontingentmedlemmer og 43 964 tilhengere på Facebook.

Skader forskningen



Jakten på suksess skader forskningen, skriver bladet Forskerforum.

– Konkurransen innen internasjonal forskning er i ferd med å bli en tvangstrøye, sier medisinprofessor Ole Didrik Lærum til avisen Klassekampen. I en kronikk i den samme avisen utdyper han dette slik: Den beinharde konkurransen om å nå opp i internasjonal forskning har lokket flere og flere miljøer til å ta snarveier. Forskere presenterer veltilpassete data og konklusjoner med hovedvekt på positive funn og det som synes å være nytt, mens langsiktig forskning og kontroversielle resultater kan koste dem karrieren.

På nett

Verdens gallerier Google Art Project

Over 45 000 kunstverk fra 261 av verdens største samlinger med over 8 000 kunstnere representert er samlet i Google Art Project. Prosjektet ble lansert i 2011 i samarbeid med 17 internasjonale museer, blant andre Tate Gallery i London, Metropolitan Museum of Art i New York City og Uffizi-galleriene i Firenze. Flere og flere museer og gallerier har kommet til etter hvert.

Bildene er laget høyoppløselig, slik at en kan forstørre bildene og se de minste detaljene helt ned til penselstrøkene, og de blir presentert som billedserier som glir sakte over skjermen, slik at det nesten er som å gå gjennom selve museet. Museene har selv valgt hvor mange bilder og hvilken tilleggsinformasjon de vil legge ut, så dette varierer. Noen museer har inkludert både lyd- og videoinformasjon i forbindelse med spesielle utstillinger, og bildene kan også ha lenker til Google Scholar, YouTube og ha eksterne lenker for videre utforskning. En kan søke på samlinger, kunstneren eller selve bildet, og en kan lage sitt eget galleri som kan deles med andre.

Mottakelsen av Google Art Project har stort sett vært god. I begynnelsen ble prosjektet kritisert for bare å inneholde de store mesterne i europeisk kunst, men etter hvert inneholder prosjektet kunstuttrykk fra de fleste kunstretninger og kontinenter.

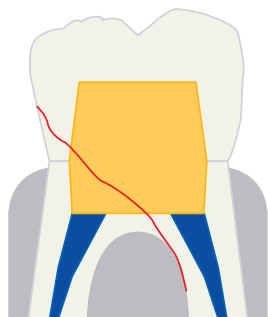
Tidende er
tilpasset håndholdte medier
www.tannlegetidende.no

Du kan også følge oss på
Facebook og Twitter.
Navnet er Tannlegetidende

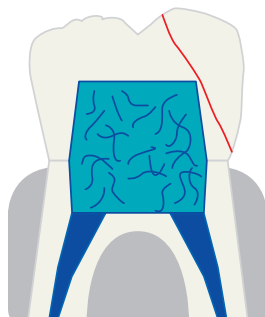
Den første fiberarmerte kompositten

- En unik dentinerstatning som forebygger eller forhindrer videre utvikling av frakturen i fyllingen

everX Posterior™



Fraktur som ofte oppstår ved bruk av konvensjonell kompositt



Slik ser frakturen ut ved bruk av everX Posterior*
Frakturen blir mindre alvorlig.



Med everX Posterior får du:

- Kompositt med korte glassfibretråder som skaper en perfekt understruktur
- Har en frakturstyrke som tilsvarer dentin. Resultat - så sterke har fyllingene dine aldri vært
- Kjemisk binding til bonding og kompositt, samtidig som glassfibrene genererer høy mikromekanisk retensjon
- Kan lysheredes i skikt opp til 4mm og skal alltid dekket med en tradisjonell universalkompositt
- Brukes med fordel i spesielt store fyllinger samt i rotbehandlede tenner

Scan koden og send en SMS med ditt navn og adresse, så mottar du en prøve på everX Posterior. Du kan også ringe på tlf. +46 8 555 793 12



*Lammi M, Tanner J, Le Bell-Rönnlöf A-M, Lassila L, Vallittu P. Restoration of endodontically treated molars using fiber reinforced composite substructure. J Dent Res 2011 90 (Spec Iss A): 2517





Valg

Livet består av en endeløs rekke valg. Noen valg er innlysende og lette. Andre er tyngre og vanskeligere. Hvor lett eller vanskelig det er å velge henger som regel sammen med konsekvensene av det valget en tar. Noen av de valg vi foretar oss får store konsekvenser, kjente og ukjente, både for oss selv og andre.

Mange vil hevde at individets, særlig i vår tid og i vår del av verden, aller største problemer er at vi har for mange valgmuligheter. Det sies at det ville være lettere å leve hvis vi ikke hadde så mye forskjellig å velge mellom nærmest til enhver tid, og hvis vi slapp å frykte at det vi velger er feil, eller tvile på om det vi velger er riktig. Det siktes gjerne til de valg en som oftest skal foreta som ung, og ikke så rent sjelden også senere i livet. Hva skal jeg utdanne meg til? Hvor skal jeg jobbe? Hvor skal jeg bo? Hvem skal jeg eventuelt leve sammen med? Slike ting kan være vanskelig å avgjøre for en selv – og trenger ikke være det. En kan møte på helt andre ting som det blir vanskelig å ta stilling til.

Når det kommer til stortingsvalg er kanskje ikke avveiningene før og handlingene i avlukket og ved valgurnen det som volder de tyngste kvalene eller gir de største direkte konsekvensene for oss som enkeltpersoner. Vi kan i hvert fall ikke skape de eventuelle konsekvensene helt alene. Mange andre må velge det samme som oss for at resultatet blir det vi har valgt. Og så er det opp til politikerne, som kanskje har lovet oss noe, hva konsekvensene av valget blir. Kanskje får partiet vi stemmer på det valgresultatet de vil ha. De kommer til makten, som det heter, og danner regjering – og vi får muligens, som følge av det, noe vi har håpet på – som var grunnen til at vi valgte som vi gjorde.

Det er ikke sikkert det er tannhelsepolitikken som er det utslagsgivende hverken for folk eller tannleger flest, når de avgjør hvilket parti de skal stemme på. I denne utgaven av Tidende

er likevel de største politiske partiene som stiller liste ved årets stortingsvalg presentert, med det de har på programmet når det gjelder akkurat tannhelse.

De siste årene, og særlig i valgtider, har spørsmålet om offentlig finansiering av tannhelsetjenester kommet ganske høyt opp på dagsordenen, samtidig som den politiske viljen til å få dette igjennom synes nokså liten. Akkurat nå er det dannet en egen forening som vil arbeide for å sette spørsmålet om offentlig finansiering av tannhelsetjenester høyt opp på den politiske agendaen. Engasjementet blant folk flest rundt dette spørsmålet om hvem som skal finansiere nordmenns tannbehandling pleier å være stort, hvis vi skal dømme etter aktiviteten på sosiale medier når dette spørsmålet dukker opp. Det vi ser nå er intet unntak i så måte.

Samtidig ser vi at det er andre måter politiske partier kan tenke om og arbeide med befolkningens tannhelse på, enn akkurat det med finansiering og spørsmålet om hvem som skal betale. Dette ser vi et eksempel på i denne utgaven av Tidende. I Oslo kommune har bystyret nylig vedtatt å satse mer på både de yngste og de eldste tannhelse.

Se litt på hva partiene sier, i den grad de sier noe om det du er mest opptatt av. Tenk på hva som er viktig for deg. Det er det vi skal ta stilling til, når vi velger hvilke politikere vi vil ha ved makten de neste fire årene.

Godt valg!

Ellen Beate Dyvi

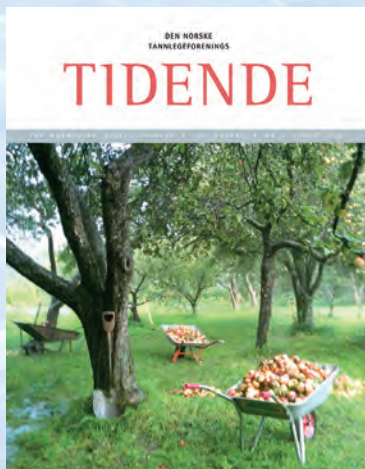


Foto: Kristin Aksnes. Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Fridrich-Aas

Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes

Redaksjonsråd:
Morten Enersen, Universitetet i Oslo
Anne Chr. Johannessen, Universitetet i Bergen
Ulf Örtengren, Universitetet i Tromsø

Redaksjonskomité:
Jon E. Dahl
Anders Godberg
Malin Jonsson

ABONNEMENT
Abonnementspris for ikke-medlemmer
og andre abonnenter kr 1700,-


ANNONSER
Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,
Tlf. 22 54 74 30.
E-post: eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

TELEFON OG ADRESSE
Haakon Vils gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00
E-post: tidende@tannlegeforeningen.no
www.tannlegetidende.no

UTGIVER
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303
Opplag: 6 100. 11 nummer per år
Parallellpublisering og trykk: 07 Gruppen AS
Grafisk design: Mike Mills

Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Den norske tannlegeforenings offisielle synspunkter med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Vi har differensiert våre tjenester og priser i tre produktlinjer:

- Enkel
- Standard
- Individuell

Enkel er vårt rimeligste alternativ, fremstilt av vårt ISO-sertifiserte samarbeidslaboratorium i Hong Kong. Alle arbeider blir kontrollert og kvalitets-sikret av TANNLAB.

DU BESTEMMER!

Forsendelse til Hong Kong hver tirsdag og fredag

Se www.tannlab.no

TANNLAB er et av landets største og mest innovative tanntekniske laboratorier med til sammen 19 medarbeidere med høy kompetanse. Laboratoriet ble etablert i 1984 og våre kunder er blant de fremste tannleger i Norge. Laboratoriet ble i 1997 sertifisert i henhold til ISO 9002 som det første tanntekniske laboratorium i Norden.

TANNLAB
fremstilling · rådgivning · formidling

TANNLAB AS • TANNLAB Formidling AS

Pilestredet 40 · Klengenberggaten 7 · Pb. 6960 St. Olavs plass 0130 Oslo · Tlf: +47 23 33 38 38 · post@tannlab.no



TobakksFRI så klart!

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»

Sitatet er hentet fra Helse- og omsorgsdepartementets nettsted. Der heter det også at folkehelsearbeidet er sektorovergripende og at det omfatter tiltak i mange samfunnssektorer. Målet er et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil slik at sykdommer og skader kan forebygges.

Fredag 26. april i år la helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre frem «Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar». Han sier at vi trenger en mobilisering for folkehelse for å bekjempe helseforskjeller og gi barn like muligheter.

– Vi må forebygge sykdom og fremme helse i alle sektorer i samfunnet. Det er den enkeltes ansvar. Og det er et felles ansvar, sier helse- og omsorgsministeren.

I dag er det de ikke-smittsomme sykdommene (kreft, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer, diabetes og orale sykdommer mfl.), psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelett-sykdommer og andre smertetilstander som har størst betydning for befolkningens helse. Kreft og hjerte- og karsykdommer er de hyppigste dødsårsakene når hele befolkningen ses under ett. Alle grupper i befolkningen har fått bedre helse, men sosiale helseforskjeller er fremdeles en utfordring. Ikke-smittsomme sykdommer kan i betydelig grad forebygges gjennom tiltak rettet mot de felles underliggende risikofaktorene – nemlig tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og alkohol.

Tobakk er den viktigste enkeltårsaken til sykdom og død som kan forebygges. Tobakk dreper nærmere seks millioner mennesker på verdensbasis hvert år. Hvert eneste år dør over 5000 norske kvinner og menn av sykdommer som skyldes røyking. Norge har kommet langt i arbeidet med å forebygge tobakkskader, men tobakk er fortsatt den viktigste enkeltårsaken til dårlig helse og for tidlig død hos nordmenn.

Regjeringens nye tobakksstrategi 2013 – 16 har som visjon en framtid uten tobakk. For å oppnå dette må det både legges til rette for snus- og røykeslutt og for å hindre at flere begynner. Dette er målene for regjeringens arbeid mot tobakkskader innen 2016:

1. Unngå at unge begynner å røyke og snus
2. Motivere og tilby hjelp til snus- og røykeslutt
3. Beskytte befolkningen og samfunnet mot tobakkskadene

Samfunnet må ta i bruk ulike virkemidler for å nå disse målene, og vi som tannhelsepersonell må bidra. Antall personer som røyker daglig har gått ned. Nedgangen er størst blant ungdom i alderen 16–24 år. Det er bra, men samtidig som stadig færre røyker, er det flere som bruker snus. Blant unge er det nå hele 19 prosent som snuser. Og mens det tidligere omtrent bare var menn som snuste, ser vi nå en dramatisk økning blant unge kvinner.

I Folkehelsemeldingen står dette om tannhelsetjenesten:

«Gjennom den regelmessige tannhelsetjenestens undersøkelsen kan sykdomsutvikling avdekkes i en tidlig fase. Dette gir gode muligheter til innsats som stopper sykdomsutviklingen og til veiledning i kosthold, ernæring, eventuell røykeavvenning og personlig munnstell.»

For å øke etterspørselen etter hjelp til tobakksavvenning er det viktig at

tobakk tas opp som tema i så mange konsultasjoner i helsevesenet som mulig, også hos tannlegen. Og her kan vi som tannhelsepersonell så avgjort bli flinkere. Vi har en unik posisjon, og et stort ansvar, fordi vi ser nesten hele den norske befolkning regelmessig. Denne muligheten til å bidra i arbeidet mot tobakk må vi benytte oss av. Vi har kunnskap til å snakke om både røyk og snus med pasientene våre, og det er ikke så mye som skal til! Studier viser at minimal intervensjon nytter. Det er noe vi alle har tid til i en ellers travelt hverdag. En slik minimal intervensjon tar bare et par minutter og består av tre enkle spørsmål:

Røyker/Snuser du? Hvis ja:
Kan du tenke deg å slutte?

Jeg vil anbefale deg å slutte. Skal jeg hjelpe deg videre?

Dersom pasienten gir uttrykk for interesse for å slutte, skal pasienten vises til fastlege, Røyketelefonen 800 400 85 eller andre som kan bidra med hjelp. Å tilby materiell kan være en fin måte å avslutte samtalen på, og det finnes mye materiell tilgjengelig. Se slutta.no for mer informasjon.

Vi sier at tannhelsetjenesten er en del av helsetjenesten. Vi vil at tannlegen skal være en viktig samarbeidspartner i folkehelsearbeidet og en naturlig del av samhandlingen i helsesektoren, også den elektroniske. Skal vi bli tatt på alvor, må vi kjenne vårt ansvar nettopp i slike saker som snus- og røykeslutt! Vi ser pasientene regelmessig, vi har kunnskap og ser problemet – spesielt med snusbruk – tydelig i vår arbeids hverdag.

Lykke til med anti-tobakksarbeidet – «tobakksFRI så klart»!

Camilla Hanser Steinum

Tove Ragna Reksten, Malin V. Jonsson og Mihaela C. Marthinussen

Lokal og systemisk behandling av munntørighet

Munntørighet (xerostomia) er et symptom som vanligvis er forårsaket av en reduksjon i mengden eller kvaliteten av spytt. En tørr munn er et symptom på et underliggende problem snarere enn en sykdom i seg selv. Munntørighet kan være et resultat av langvarig bruk av mange reseptbelagte legemidler, kroniske sykdommer som Sjögrens syndrom, sarkoidose, diabetes mellitus eller depresjon, eller strålebehandling mot hode- og halsområdet eller benmargstransplantasjon og immunsuppresjon.

Behandlingen av munntørighet avhenger av årsaksfaktorene. Generelt må behandling av tørr munn fokusere på underliggende medisinske tilstander som forårsaker munntørighet, lindre orale symptomer, øke spyttsekresjonen og forebygge utvikling av karies. Spyttsekresjon kan økes ved sukkerfri tyggegummi, sukkerfrie drops eller fluortabletter. Det finnes saliværstatningsmidler som kan gi god hjelp for pasienter med svært tørr munn, men effekten er ofte kortvarig. I tillegg bør behandling omfatte kostholdsendringer, god munnhygiene, hyppige besøk hos tannlege eller tannpleier og fluorterapi. Et tverrfaglig samarbeid mellom lege, farmasøyt, tannpleier og tannlege vil kunne gi en effektiv behandling av xerostomi som forbedrer og vedlikeholder god oral helse.

Munntørighet, eller xerostomi (xeros [tørr] og stoma [munn]), er definert som den subjektive følelsen av å være tørr i munnen. Hyposalivasjon er en målbar reduksjon i spyttsekresjon, typisk under 0,1 mL/min (1, 2). Prevalensen av xerostomi varierer i ulike undersøkelser, men forekomsten øker med alder og generelt rapporterer flere kvinner enn menn xerostomi (3, 4). Det er flere årsaker til

xerostomi, ofte ligger medisinbruk bak (5) (tabell 1). Folkehelseinstituttet anslår at hver sjettede voksne person har en psykisk lidelse, og depresjon er den vanligste lidelsen. For mange psykofarmaka er xerostomi en hyppig bivirkning, det samme gjelder behandling mot hypertensjon, både kalsiumantagonister (amlodipin), angiotensin II-reseptorantagonist (telmisartan) og betablokkere (atenolol, metoprolol) kan gi xerostomi, og en endring i preparat og/eller dosering kan lette symptomene.

Systemiske sykdommer (tabell 2) eller lokale forhold i spyttkjertlene kan også gi xerostomi sammen med idiopatiske årsaker og aplasi/agenesi av spyttkjertler (5). Videre er det velkjent at strålebehandling mot kreft i hode- og halsregionen gir orale komplikasjoner både på kort og på lang sikt (6, 7). Graden av bivirkninger som nedsatt salivasekresjon og xerostomi er avhenging av hvor stort strålefeltet var, plassering og ikke minst den totale stråledose. Permanent xerostomi er den viktigste langtidbivirkning av strålebehandling mot hode-hals i pasienter, mens medikamentelt induert spyttkjertel dysfunksjon vanligvis er reversibel. Foreløpig er det ingen konsensus når det gjelder langtidseffekt etter cytostatika terapi og saliva. Det er hevdet at salivas kvalitet og kvantitet kan være påvirket i lang tid etter endt cytostatikaterapi,

Forfattere

Tove Ragna Reksten, Klinisk Institutt – Broegelmanns forskningslaboratorium, Universitetet i Bergen
 Malin V. Jonsson, Klinisk Institutt – Broegelmanns forskningslaboratorium og Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Universitetet i Bergen
 Mihaela C. Marthinussen, Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for kariologi, Universitetet i Bergen

Hovedbudskap

- Xerostomi gir redusert livskvalitet, med ekstra- og intra-orale følgetilstander.
- Behandling av munntørighet skal være årsaksrettet. Målet er å lindre ubehag og forebygge orale komplikasjoner som karies, oral candidose og tannslitasje.
- Valg av salivastimulerende midler eller erstatningsmidler er avhenging av graden av munntørighet. Tidlig igangsetting av riktige kariesforebyggende tiltak som munnhygieneinstruksjoner, kostveiledning og hyppige innkallingsintervaller er svært viktig.
- Et tverrfaglig personell som inkluderer lege, farmasøyt, tannpleier og tannlege skal ta i betraktning alle pasientens behov og gi en effektiv behandling av xerostomi.

Tabell 1. Legemidler som kan gi xerostomi

Legemiddelgruppe	ATC gruppe	Eksempler
Antikolinergika	A04A R03B B G04B D	Antiemetika Antiastmatika Urologiske spasmolytika
Antidepressiva	N06A AN06A B N06A X	Trisykliskantidepressiva SSRI Andre (mianserin, mirtazapin)
Antihistaminer	R06A	Cetirizin, loratadin
Rhinologika	R01B A	Fenylpropanolamin
Antihypertensiva	C09A A C02C A C07A C02A C	ACE-hemmere, Alfablokkere Betablokkere Imidazolinresept- oragonister
Antipsykotika	N05A	Olanzapin, litium
Diuretika	C03C A C03A A	Furosemid Hydroklortiazid
Analgetika	N02A A	Opioider
Antiflogistikum	M01A	NSAID
Migrenemidler	N02C C	5HT ₁ -reseptoragonist
Antipsoriasismidler	D05B B	Acitretin
Antidiarroika	A07D A	Loperamid
Røykeavvenningsmidler	N06A X16 N07B A	Venlafaksin Nikotin

Hentet fra de ulike legemidlers spesielle preparatomtale (SPC)

men det er uklart om enkelte cytostatika kan gi irreversible spyttkjertelforandringer som påvirker ikke bare salivas kvantitet men også kvalitet (7). Ideelt bør alle kreftpasienter som skal behandles med cytostatika eller stråling mot hode- og halsregionen, undersøkes, vurderes og eventuelt behandles for patologiske forhold i tenner, slimhinner og kjeve før kreftbehandling starter.

Xerostomi kan også forårsakes av sykdom. Sjögrens syndrom (SS) er en kronisk autoimmun sykdom som primært rammer spytt- og tårekjertlene. Syndromet kan forekomme alene (primær SS) eller sekundært til en bindevevssykdom (sekundær SS), oftest reumatoid artritt eller systemisk lupus erythematosus (8). Primær SS uten systemisk sykdom kalles også sicca syndrom.

I tillegg til pasientens subjektiv opplevelse av munntørrehet benyttes også objektive mål som ustimulert og stimulert sialometri (9). Standardiserte oppsett bør følges, da små avvik i innsamlingsmetode kan gi opphav til store forskjeller i volum. Ved innsamling av ustimulert saliva, lar pasienten saliva passivt renne ut over underleppen og ned i et oppsamlingskar. Stimulering av salivasekresjon foregår enten ved at pasienten tygger på parafin eller ved bruk av sitronsyre, og væsken blir aktivt spyttet ut i oppsamlingskaret. Mengden og

Tabell 2. Årsaker til xerostomi

<p>Iatrogene</p> <p>Medikamenter Strålebehandling mot hode og hals Systemisk kjemoterapi Ryggmargtransplantasjon «Transplantat-mot-vert» sykdom</p> <p>Sykdommer</p> <p>Primært Sjögrens syndrom (pSS) Sekundært Sjögrens syndrom (sSS) Revmatiske sykdommer; revmatoid artritt, systemisk lupus erythematosus, sklerodermi Diabetes mellitus type 1 eller 2 Myastenia gravis Sarkoidose HIV/AIDS Chrons sykdom Cystisk fibrose Ektodermal dysplasi Primær biliær cirrhose</p> <p>Andre årsaker</p> <p>Mentale forstyrrelser; angst, nervøsit, uro, depresjon, neurose, psykose Neurologiske forstyrrelser; encefalitt, hjernetumor, Parkinsons sykdom Væske/elektrolyttbalansen; dehydrering, uremi, ødem, høy feber Spiseforstyrrelser; bulimi, anorexi Terminalt syke pasienter</p>

Tabell 3. Følgetilstander ved xerostomi (4)

<p>Ekstraoralt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øket mimikk • Vansker med tale • Tørre lepper • Angulær cheilit <p>Intraoralt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Øket forekomst av karies • Sensitiv tunge, fissurert og lobulert tunge • Soppinfeksjoner • Tørre og såre slimhinner, mucositt • Forsinket sårtilheling • Protesebesvær • Tannslitasje/erosjon • Dysfagia/svelgevansker

sammensetningen av saliva vil variere avhengig om innsamlingen er ustimulert eller stimulert.

Følgetilstander ved xerostomi

Xerostomi gir redusert livskvalitet (10) da redusert salivasekresjon kan føre til problemer med å snakke, spise og svelge, endret smaksopfatning, halitosis og tørste. Redusert salivasekresjon kan også føre til forandringer i den orale mikroflora (tabell 3). Dette resulterer i høyere kariesaktivitet (figur 1) og infeksjoner, som blant annet inkluderer økt mengde av *Streptococcus mutans*, laktobasiller og totalt antall anaerobe bakterier og sopp (4). Oral candidose og lobulert



Figur 1. Karies i underkjevens front kan være en indikator på munntørhet.



Figur 2. Lobulert og atrofisk tunge kan forekomme hos munntørre pasienter.

tunge sees ofte hos pasienter med Sjögrens syndrom (figur 2). I tillegg til karies er risiko for utvikling av erosjon større i munntørre pasienter enn hos den vanlige befolkning. Pasienter med salivasekresjon under 0,1 ml/min har fem ganger større risiko for å få dentale erosjonsskader (11). En studie fra Australia basert på kassbeskrivelser viste sammenheng mellom salivasekresjon og erosjon (12).

Behandling av xerostomi

Behandling av xerostomi skal være årsaksrettet (Boks 1) (13). Målet med tiltak overfor munntørre pasienter er å lindre ubehag og forebygge eller korrigere skader ved svekket salivafunksjon (14). Årsaksutredning, behandling og profylakse bør skje i tverrfaglig samarbeid mellom lege, farmasøyt, tannpleier og tannlege. En detaljert anamnese, med undersøkelse av hode- og halsområdet, og intra- og ekstraoral undersøkelse er en forutsetning for identifisering av årsaken til xerostomi. Det kan være aktuelt å supplere den orale undersøkelsen med mikrobiologiske tester, bildeundersøkelse (sialografi, ultralyd), blodprøver og eventuelt også biopsi av spyttkjertel. Det kan for eksempel være nyttig å substituere xerostomi induserende medikamenter og diskutere alternative medikamenter i samråd med lege og farmasøyt. Det bør vurderes om dosen kan reduseres, eller om doseringen kan endres slik at konsentrasjonen av medikamentet blir la-

vere på den tiden av døgnet når xerostomien er mest uttalt. Xerostomi og polyfarmasi er nært knyttet til hverandre; prevalensen av xerostomi er sterkt positivt korrelert med det totale antall medikamenter pasienten bruker. Inntak av mer enn 3 preparater daglig øker risikoen for xerostomi og hyposalivasjon vesentlig (15).

Stimulering av salivasekresjon

Hvis årsaken ikke kan fastslås, eller hvis årsaksrettet behandling bare delvis lindrer xerostomi, anbefales salivastimulerende midler. Målet er å stimulere pasientens egenproduksjon av saliva. Det er en forutsetning at pasienten har intakt sekretorisk vev og responderer på stimulering.

Fysiologisk stimulering

Sugetabletter kan stimulere til økt salivasekresjon. Fluoridholdige sugetabletter eller tyggegummi bør være førstevalg for pasienter med egne tenner dersom sekresjonen er mulig å stimulere. Det finnes også kombinasjonsprodukter med fluor og epletsyre som virker spyttstimulerende. Det anbefales å suge fluoridholdige sugetabletter av laveste dose flere ganger daglig for å øke spyttproduksjon og fluoridtilførselen. Pasienten kan også benytte sukkerfrie pastiller, biter av sylrlig frukt (ananas) eller man kan suge på isterninger.

Medikamentell stimulering

Muskarinreseptoragonistene pilokarpin og cevimeline virker parasymptomimetisk ved ikke-selektiv stimulering av muskarinreseptorer og gir også en viss stimulering av β -adrenergereptorer. Bruken er best dokumentert ved Sjögrens syndrom og stråleindusert xerostomi. Pilocarpin og cevimeline stimulerer med god effekt restfunksjonen i spyttkjertlene og bedrer xerostomi i pasienter med henholdsvis 61–71 % og 42–53 % mot 24–31 % i placebo (16). Eventuell medisinerings med pilokarpin må skje i samråd med lege. Flere velkontrollerte studier viser at 5–10 mg pilokarpin 2–4 ganger daglig kan lindre plager ved xerostomi og øke spyttsekresjonen, omtalt i (17). Pilocarpin-tabletter er ikke registrert i Norge men pilokarpin-øyedråper til fukting av munnen har god effekt. Det anbefales da 3–5 dråper Pilocarpin® øyedråper 2 % i munnen 2–3 ganger daglig.

Boks 1.

Anbefalinger for behandling av xerostomi

1. Finn årsaken til xerostomi. Dersom årsaken kan fastslås, forsøk å eliminere den. Dette kan løse problemet eller i det minste redusere symptomene.
2. Hvis årsaken ikke kan fastslås, eller hvis årsaksrettet behandling bare delvis lindrer xerostomi, anbefales salivastimulerende midler.
3. Hvis salivasekresjon ikke kan stimuleres tilstrekkelig, anbefales salivaerstatningsmidler.
4. Vurder hvilke andre tiltak som kan iverksettes for å bevare og beskytte tenner, tannkjøtt og munnslimhinne.

Effekten varer imidlertid bare noen få timer. Bivirkninger, f.eks. svetting, er vanlig, men disse er oftest milde og tolerable. Pilokarpin bør ikke gis til pasienter med ukontrollert astma eller grønn stær og bør brukes med forsiktighet ved lunge- eller hjertekarsykdom. Enkelte studier har vist at bromhexidin-tabletter kan bedre tåre- og spyttproduksjonen. Hydroxychloroquine er vist å redusere symptomene i øyne og munn (18, 19). Akupunktur er en supplerende mulighet som kan gi noe øket spyttsekresjon og lindre ubehag (17).

Salivaerstatningsmidler

Hvis salivastimulering er ineffektiv, kan symptomatisk behandling med salivaerstatningsmidler forsøkes. Ideelt bør spytterstatningsmiddel ha reologiske egenskaper som kan sammenlignes med humant saliva. Det er hovedsakelig muciner i saliva som har en viktig rolle. Saliva erstatningsmidler kan både redusere subjektive symptomer på xerostomi og samtidig beskytte mot erosjon og mekanisk skade. En rekke produkter har blitt utviklet de siste årene, men det finnes ingen klar dokumentasjon på effekten de ulike saliva erstatningsmidler innen palliativ behandling. Munntørre pasienter bør derfor få prøve ut forskjellige saliva erstatningsmidler i en periode for å finne det produktet som passer dem best. Salivaerstatningsmidler basert på karboksymethylcellulose, vegetabiliske eller animalmuciner kan gi god hjelp fordi de etterligner spyttets smørende virkning, men effekten er kortvarig (20). Fuktende gel med eller uten fluor kan også være et alternativ. Bruk av Glycerol 85 % (10 ml i 40 ml vann) i ulike former er utbredt særlig i palliativ behandling. Enkelte foretrekker oljer, blant annet rapsolje eller jordnøttolje, mens andre blander matolje med vann. Hyppig skylning med lunkent fysiologisk saltvann eller vanlig vann er også et godt alternativ.

Profylaksetiltak

Pasienter med nedsatt salivasekresjon er kariesrisikopasienter da redusert sekresjon av hvilesaliva påvirker kariesforekomsten. Et forebyggende tilleggsprogram anbefales i tillegg til basisprogrammet. Ifølge statens helsetilsyn, innebærer basisprogram børstning av tennene med 0,1 % fluortannkrem morgen og kveld for alle pasienter. Tilleggsprogrammet bør minimum innebære god plakk kontroll og intensiv fluorterapi, og gjerne kostveiledning og individualiserte hyppige innkallingsintervaller i tillegg.

Fluoridtilførsel

I tilfeller med høy risiko for karies eller høy kariesaktivitet er det viktig med regelmessig fluoridtilførsel for å motvirke utvikling av karieslesjoner. Valg av fluoridregime, konsentrasjon av fluorid og frekvens av tilførsel er aktuelle vurderinger ved nedsatt salivasekresjon. Det er påvist en kariostatisk effekt av fluoridgel ved nedsatt salivasekresjon (21). For pasienter med kraftig nedsatt salivasekresjon og høy kariesaktivitet er behandling med 1 % NaF gel i individuelt tilpassede myke plastskinner et alternativ. Skinnene med gel appliseres over tennene i overkjeve og underkjeve i 5 minutter 3–4 dager per uke. Bruk av reseptbelagt høy dose fluortannkrem (5 000 ppm) kan forbygge karies hos munntørre pasienter, men det er behov for flere kliniske studier for å bekrefte funnene (22). Ved nedsatt salivasekresjon kan både munnskyllevæske (0,2 % NaF) og fluorholdige tablet-

ter eller fluortyggegummi brukes i tillegg til fluortannkrem. Pensling med fluorlakk ved tannlegebesøk er også et supplerende alternativ. Kombinasjon av klorheksidin og fluor er også foreslått (23), men det er ikke anbefalt å bruke rutinemessig på grunn av ugunstig påvirkning på normal munnflora.

Diett

Dietten spiller en sentral rolle i kariesutvikling og det er derfor viktig å få et riktig bilde av pasientens kosthold. Hyppige måltider med mye sukker er ugunstig og kunstige søtningsstoffer bør foretrekkes der dette er mulig. Det anbefales å drikke rikelig med væske. Sportsdrikker, mineralvann og fruktte kan anbefales, men drikke med lav pH kan gi erosjonsskader på tannemaljen. Tørr og sterkt krydret mat, alkohol og tobakk bør unngås. Lav salivasekresjon akselerer pH-fall i dentalt plakk og forlenger den orale retensjon av karbohydrater og øker dermed risiko for karies (24). Om natten og ved hvile er salivasekresjonen meget lav og forsvarsmekanismer mot karies er svekket. Sammenliknet med emalje er en eksponert rotoverflate mer mottakelig for karies, og selv inntak av relativt uskyldige karbohydrater fra brød og melk kan være ugunstig. Pasienten må informeres om dette og tilstrebe god munnhygiene etter nattmåltid eller under hvile og gjerne skylle med fluor (25). Rengjøring og bruk av fluorid bør skje like etter måltid (26).

Oppfølging hos tannlege

Regelmessig tannlegekontroll spiller også en viktig rolle i karieskontroll. For munntørre pasienter er det foreslått hyppige tannlegekontroller, gjerne hver 3–4 måned, avhengig av pasientens behov (27). Pasienter kan søke helseøkonomiforvaltningen (HELFO) om individuell stønad til tannbehandling dersom hyposalivasjon på grunn av legemiddelbruk eller sykdom, slik som Sjögrens syndrom, har medført økt kariesaktivitet. Det er viktig å stille diagnose og dokumentere kliniske funn både av hensyn til pasientinformasjon og klinisk oppfølging for best mulig forebygging av sykdomskomplikasjoner.

Andre tiltak

Pasienter bør undersøke luftfuktigheten i egen bolig og på arbeidsplassen for å unngå unødvendig uttørring av slimhinnene (22). Ved tykt og seigt spytt virker askorbinsyreholdige tabletter og acetylcystein brusetabletter slimløsende. De spalter mucinmolekylene og har en viss antibakteriell virkning. Svie og ubehag fra munnslimhinner kan lindres med ulike salver, kremer og sprayer. Iblant kan tannkrem irritere munnslimhinnen, både gjennom smaksstoff (peppermynte, mint, etc.), men ofte også gjennom såpestoffet i tannkremen, natriumlaurylsulfat (SLS), som gir svie ved å ødelegge den beskyttende salivabiofilmen i munnen (28). Tannkrem uten SLS er tilgjengelig i apotek og i de fleste dagligvareforretninger.

Tannproteser krever grundig renhold hos alle pasienter, og spesielt hos munntørre. Protene kan være ustabile pga manglende salivafilm og festemidler bør da anbefales. Candida albicans, bakterier (anaerobe, gram-negative) og virus kan være primærårsak til slimhinneulcerasjoner eller de kan også sekundært invadere en allerede eksisterende ikke-infeksiøs slimhinneforandring. Generelle anbefalinger innebærer at antimykotika (nystatin, flukonazol, ketokonazol,

amphotericin) brukes i behandling av soppinfeksjon i munn og svelg, metronidazol og tetracyclin-skylling brukes for behandling av bakterielle infeksjoner og acyklovir benyttes i forbindelse med visse virusinfeksjoner (29).

Eventuell restorativ tannbehandling må være så tannsubstansbesparende som mulig. Hos pasienter med omfattende aktive karieslesjoner bør ekskavering og midlertidig fyllingsterapi foregå samtidig som kariesaktiviteten bringes under kontroll. Pasienten skal informeres om behandling og prognose og betydningen av diett og effektiv fjerning av plakk bør understrekes (22).

Konklusjon

Behandling av xerostomi er i første rekke symptomatisk og går ut på å stimulere pasientens egenproduksjon av saliva. Tidlig igangsetting av forebyggende tiltak som munnhygieneinstruksjoner, kostveiledning og hyppige innkallingsintervaller er derfor svært viktig. Fluorbehandling med tanke på forebygging av karies anbefales. Et tverrfaglig personell som inkluderer lege, farmasøyt, tannpleier og tannlege bør samarbeide slik at alle pasientens behov blir ivaretatt og en effektiv behandling av xerostomi kan sikres.

English summary

Reksten TR, Jonsson MV, Marthinussen MC

Treatment strategies for xerostomia

Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 476–81.

Dry mouth, usually called xerostomia is a symptom commonly caused by a decrease in the amount or quality of saliva. A dry mouth is a symptom of an underlying problem, rather than a disease in itself. Dry mouth may be a result of prolonged use of many prescription drugs, chronic diseases such as Sjögren's syndrome, sarcoidosis, diabetes mellitus, depression, or radiation therapy to the head- and neck area or bone marrow transplant and immune suppression.

Treatment of dry mouth depends on the causative factor. In general, treatment of a dry mouth must focus on managing underlying medical conditions causing the dry mouth, reducing oral symptoms, increasing salivary secretion and preventing tooth decay. Salivary secretion can be increased by sugar-free chewing gum, sucking hard candies or fluoride tablets. Several over-the-counter saliva substitutes are available. Their effects are temporary but helpful to those with a very dry mouth. In addition, treatment includes dietary changes, good oral hygiene, frequent dental visits and at-home and professionally-applied topical fluorides. Including dental hygienists, doctors and pharmacists on the dental team, patients' oral health can be greatly improved and ultimately maintained.

Referanser

1. Nederfors T. Xerostomia and hyposalivation. *Adv Dent Res*. 2000; 14: 48–56.
2. Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *JADA*. 2008; 139: 18–24.
3. Osterberg T, Landahl S, Hedegård B. Salivary flow, saliva, pH and buffering capacity in 70-year-old men and women. Correlation to dental

health, dryness in the mouth, disease and drug treatment. *J Oral Rehabil*. 1984; 11: 157–70.

4. Sreebny LM, Valdini A. Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988; 66: 451–8.

5. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *Am Dent Assoc*. 2003; 134: 61–9; quiz 118–119.

6. Saadeh CE. Chemotherapy- and radiotherapy- induced oral mucositis: review of preventive strategies and treatment. *Pharmacotherapy*. 2005; 25: 540–4.

7. Jensen SB, Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. *Support Care Cancer*. 2003; 11: 207–25.

8. Haga HJ, Rygh T, Jacobsen H, Johannessen AC, Mjanger Ø, Jonsson R. Sjögrens syndrom. Nye synspunkter på diagnostikk. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1997; 117: 2197–200.

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

10. Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Evensen JF, Björklund A, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part 1: At diagnosis. *Laryngoscope*. 2001; 111: 669–80.

11. Järvinen VK, Rytömaa II, Heinonen OP. Risk factors in dental erosion. *J Dent Res*. 1991; 70: 942–7.

12. Young W, Khan F, Brandt R, Savage N, Razek AA, Huang Q. Syndromes with salivary dysfunction predispose to tooth wear: Case reports of congenital dysfunction of major salivary glands, Prader-Willi, congenital rubella, and Sjögren's syndromes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001; 92: 38–48.

13. Ship J, Vissink A, Sreebny LM. Treating dry mouth: help is available. In: Sreebny LM, Vissink A, editors: *Dry Mouth. The malevolent symptom; a clinical guide*; Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. 118–9.

14. Løkken P, Birkeland JM. Munntørhet- årsaker og aktuelle tiltak. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2005; 115: 642–6.

15. Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol*. 2001; 46: 413–23.

16. Ramos-Casals M, Tzioufas AG, Stone JH, Sisó A, Bosch X. Treatment of primary Sjögren's syndrome: A systematic review. *JAMA*. 2010; 304: 452–60.

17. Fox PC. Salivary Enhancement Therapies. *Caries Res*. 2004; 38: 241–6.

18. Fox R, Dixon R, Guarrasi V, Krubel S. Treatment of primary Sjögren's syndrome with hydroxychloroquine: a retrospective, open-label study. *Lupus*. 1996; 5: 31–6.

19. Tishler M, Yaron I, Shirazi I, Yaron M. Hydroxychloroquine treatment for primary Sjögren's syndrome: its effect on salivary and serum inflammatory markers. *Ann Rheum Dis*. 1999; 58: 253–6.

20. Furness S, Worthington HV, Bryan G, Birchenough S, McMillan R. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7; (12): CD008934. doi: 10.1002/14651858.CD008934.pub2.

21. Spak CJ, Johnson G, Ekstrand J. Caries incidence, salivary flow rate and efficacy of fluoride gel treatment in irradiated patients. *Caries Res*. 1994; 28: 388–93.

22. Jensen SB, Dynesen AW, Pedersen AML. Behandlingsmuligheter ved xerostomi og nedsatt spyttsekretion. *Tandlægebladet*. 2011; 115: 384–9.

23. Twetman S. Antimicrobials in future caries control? A review with special reference to chlorhexidine treatment. *Caries Res*. 2004; 38: 223–9.

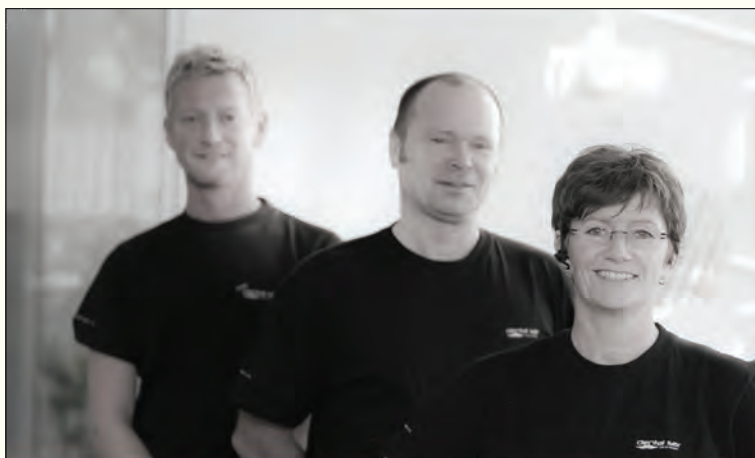
24. Lingström P, Birkhed D. Plaque pH and oral retention after consumption of starchy snack products at normal and low salivary secretion rate. *Acta Odontol Scand*. 1993; 51: 379–88.

25. Fure S. Karies hos eldre. Tannlægebladet. 2011; 105: 24–31.
26. Stookey GK. The effect of saliva on dental caries. JADA. 2008 ; 139: 11–7.
27. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10952/29486/29486.pdf>
Guidance National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines on dental recall
28. Herlofson BB, Barkvoll P. Oral mucosal desquamation caused by two toothpaste detergents in an experimental model. Eur J Oral Sci. 1996; 104: 21–6.
29. Herlofson BB, Løken K. Hvordan påvirkes munnhulen av kreftbehandling? Nor Tannlegeforen Tid. 2006; 116: 414–8.

Adresse: Malin V. Jonsson, Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, 5009 Bergen.
E-post: Malin.Jonsson@odont.uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

RekstenTR, Jonsson MV, Marthinussen MC. Lokal og systemisk behandling av munntørrhet. Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 476–81.



Vårt landsdekkende team er alltid klar til å
- ønske deg velkommen som kunde!

HELE VEIEN!



post@dentalnet.no - www.dentalnet.no

Kvalitet hele veien... ...det merkes!

Totalleverandør av teknisk utstyr, journal-system, service og praksisplanlegging.

Vårt ønske er å bli oppfattet som en reise på 1. klasse, derfor følger vi deg, - **hele veien!**



Dental Sør
Dental Sør Røntgen

Telefon 38 27 88 88
Telefon 40 00 69 88



Per Christian Tronesvold, Stian Bremvåg Sundli, Inge Fristad og Asgeir Bårdsen

Diagnoseavvik i endodontisk behandling

– en studie basert på avviksregistrering

Endodontisk diagnostikk kan være vanskelig og tidkrevende. Diagnosen må baseres på pasientens subjektive symptom, samt funn fra klinisk og røntgenologisk undersøkelse. Hovedformålet med denne studien var å analysere forekomsten av diagnoseavvik i forbindelse med endodontisk behandling ved odontologisk universitetsklinikk, UiB, over en 10 års periode. Diagnoseavvik kan indikere problemer knyttet opp mot rutiner og undersøkelsesmetodikk, som i neste omgang kan føre til feilbehandling. Diagnoseavvik har vi definert som tilfeller hvor opprinnelig diagnose ved journalopptak avviker fra klinisk diagnose under behandling, eller hvor tilleggsdiagnoser med betydning for behandling og prognose ikke blir registrert. I studien diskuterer vi funn av diagnoseavvik opp mot validitet og reliabilitet for endodontiske tester samt feiltolkning av kliniske og røntgenologiske funn.

Internkontroll er en viktig og lovpålagt oppgave for institusjoner som driver med pasientbehandling. Sosial- og Helsedirektoratet har i den forbindelse utarbeidet retningslinjer og rutiner for kvalitetsarbeidet (1, 2). Hensikten med retningslinjene er å oppnå kvalitetsforbedring, og at arbeidet blir utført i henhold til de krav som stilles til forsvarlig behandling. For å oppnå dette innførte Seksjon for endodonti ved Universitetet i Bergen, i 1997, et avviksskjema for all endodontisk behandling som utføres ved Odontologisk universitetsklinikk.

Forfattere

Per Christian Tronesvold, tannlege, Bergen
Stian Bremvåg Sundli, tannlege, Rena
Inge Fristad, professor. Institutt for klinisk odontologi – seksjon for endodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen
Asgeir Bårdsen, professor. Institutt for klinisk odontologi – seksjon for endodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Artikkelen er basert på en prosjektoppgave i det integrerte masterstudiet i odontologi, utført ved UiB i 2011/2012

Ved studentklinikken gjennomføres flere hundre endodontiske behandlinger hvert år. Denne behandlingen utføres primært av studenter under veiledning. Når behandlingen er ferdig avleveres pasienten og det gjennomføres en kvalitetsvurdering av det utførte arbeidet. Et viktig punkt i kvalitetsvurderingen er bruk av avviksskjema. Eventuelle avvik i behandlingen blir registrert ut i fra internasjonale etablerte standarder (3–5). Kvalitetskontrollen danner grunnlag for oppfølging, og eventuelle videre tiltak dersom dette er nødvendig. Behandlingsprinsippene og rammene for undervisningen ved studentklinikken er basert på dokumenter utarbeidet av European Society for Endodontology (ESE) (5, 6).

Målet med bruken av avviksskjema er å avdekke problemområder som i neste omgang kan forebygges. Andre fordeler er at studenter og veiledere skal kunne lære av feil og på den måten få praktisk kunnskap om gjennomføring av kvalitetsarbeid (1, 2). Det kan være enkelte feil som ofte går igjen. Kvalitetssystemet er ment å skulle fange opp disse avvikene, slik at tiltak kan iverksettes (6, 7).

All tannbehandling skal være basert på diagnose. Diagnoseavvik foreligger i tilfeller hvor opprinnelig diagnose ved journalopptak avviker fra klinisk diagnose under behandling, eller hvor tilleggsdiagnoser med betydning for utfallet ikke blir registrert. Dette kan få betydning for behandlingsresultatet, og i noen tilfeller kunne behandling vært unngått.

I endodontisk diagnostikk anvendes ulike testmetoder og hjelpemidler. Rutinemessig utføres elektrisk pulpatesting

Hovedpunkter

- Avviksregistrering synliggjør problemområder i det kliniske arbeidet.
- Diagnoseavvik kan føre til feilbehandling, over- eller underbehandling.
- De fleste diagnoseavvik er knyttet til mangelfull sensibilitets-testing og feiltolkning av røntgenbilder.
- Resultatene indikerer at rutinen ved vår studentklinikk er tilfredsstillende med tanke på preoperativ diagnostikk.



Figur 1. Kasus hvor opplysningene i journalen viste spontan smerte og intraoral hevelse i regio 17. På bakgrunn av en fistulografi gjennom en periodontal lomme på 8–10 mm, ble diagnosen nekrotisk pulpa registrert på tann 17. Ved kavumpreparering gjennom krone framstod tannen som vital og det ble konkludert at det var periodontalt opphav til fistel og hevelse.

(EPT) og/eller termisk sensibilitetstesting for å bestemme pulpas status. I sjeldne tilfeller utføres borretest uten anestesi som hjelpemiddel. I tillegg registreres perkusjons- og palpasjonsømheter, samt pasientens subjektive symptom. Periodontal status er en viktig del av undersøkelsen. Dype lommer kan indikere problem av periodontal opprinnelse. Lommer som går til apeks kan også være et tegn på en langsgående rotfraktur. Røntgenbilder er ofte det viktigste diagnostiske hjelpemiddel, og kan gi mye informasjon. Apikal patologi avdekkes nærmest utelukkende på røntgen (8). Summen av informasjon fra de diagnostiske testene og klinisk undersøkelse vil i de fleste tilfeller være tilstrekkelig for å stille riktig diagnose.

Det oppstår imidlertid usikkerhet når testene gir motstridende resultater, og dette kan i noen tilfeller føre til feildiagnostikk. Feildiagnostikk kan forekomme i tilfeller hvor kliniske tester har gitt falske positive eller falske negative resultater. Ved røntgenbetraktning av marginale og apikale områder er det også fare for feildiagnostikk dersom anatomiske variasjoner feiltolkes (8).

Hovedformålet med studien var å se på forekomsten av diagnoseavvik relatert til endodontisk behandling ved Odontologisk universitetsklinikk, Universitetet i Bergen, siden dette kan føre til feilbe-

Tabell 1. Samlet forekomst av endring i behandlingsplan fordelt på tanngrupper

Endring i behandlingsplan	Tanngrupper			Totalt
	Incisiver/hjørnetenner	Premolarer	Molarer	
Nei	2	1	3	6
Ja	9	13	21	43
Totalt	11	14	24	49

handling, over- eller underbehandling. En annen viktig dimensjon med studien var å øke kunnskapen om problemer knyttet til endodontisk diagnostikk og behandling. Resultatene kan i neste omgang komme virksomheten til gode, da undervisningen skal være forskningsbasert. Hvis det forekommer mange diagnoseavvik kan dette indikere problemer knyttet opp mot rutiner og undersøkelsesmetoder. Det er derfor viktig å føre kontroll med slike faktorer for at nødvendige korrigeringer kan innarbeides i de kliniske rutiner. Ved å sammenligne funn i studien med gjeldende litteratur på området, ville vi se om våre kliniske rutiner ligger på et akseptabelt nivå.

Materiale og metode

Denne studien er retrospektiv og baserer seg på data fra avviksregistreringer ved Seksjon for endodanti, Odontologisk universitetsklinikk ved Universitetet i Bergen, over en tiårsperiode fra 1997 til 2006. I denne perioden ble det utført endodontisk behandling av 3860 tenner. Av disse var det 96 registrerte avvik relatert til diagnose.

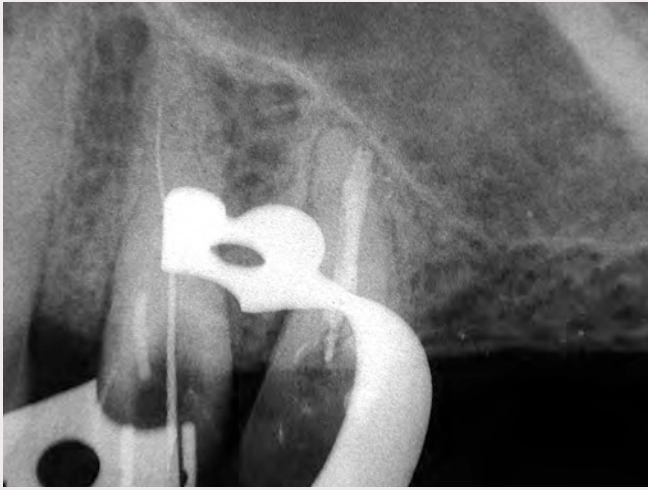
Bruk av avviksskjema er en viktig del av kvalitetsvurderingen, og er ment å angi eventuelle avvik som har oppstått ved klinisk undersøkelse eller behandling. Skjemaet inneholder avvik i forhold til diagnose og terapiforløp, samt kvalitetsvurdering av arbeidet som er utført. Ved diagnoseavvik er det ønskelig å analysere årsaken til avviket, og gjerne registrere hvilke faktorer som var avgjørende for diagnosen som ble satt. Her vil resultatet av kliniske tester, røntgenbetraktninger, subjektive symptomer og andre indikasjoner som lå til grunn for diagnostikken bli analysert.

Journaler fra samtlige kasus hvor det var registrert diagnoseavvik ble hentet frem og studert for å identifisere avvikene. Det ble utformet et kontrollskjema som grunnlag for analyse. Ved gjennomgang av journalene ble det registrert opprinnelig pulpadiagnose, apikaldiagnose og hvilke faktorer som lå til grunn for diagnosen. Med utgangspunkt i opplysningene i journalen, røntgenbilder, og kommentarer til diagnoseavviket i avviksskjemaet ble det undersøkt hvilke diagnostiske kriterier som var avgjørende for avviket. Det ble lagt spesiell vekt på preoperative testmetoder som sensibilitetstesting, perkusjons- og palpasjonstest, subjektive symptomer og røntgenfunn. Diagnose ved journalopptak og endret diagnose, samt endring i behandlingsplan ble også registrert. Skjemaet inneholdt bare de vanligste pulpa- og apikaldiagnoser. Normalt vil behandling bli iverksatt samme dag som diagnosens stilles, i noen tilfeller vil behandling initieres 1–2 uker etter journalopptak og diagnose.

Studien er en kvalitetsoppfølging initiert fra Seksjon for endodanti, og er derfor ikke underlagt krav om forhåndsgodkjenning fra regional etisk komite.

Resultat

Ved gjennomgang av avviksskjemaene for årene 1997–2006 var det 96 registrerte avviksskjemaer med avkrysset diagnoseavvik ut av et totalmateriale på 3860 rotbehandlede tenner. Ved gjennomgang viste det seg at kun 49 avviksskjema hadde reelle diagnoseavvik. Bortfallet skyldes hovedsakelig feilføring og feil bruk av avviksskjemaet. Med dette menes at prosedyrefeil, og andre avvik som oppstod under behandling ble registrert som diagnoseavvik. Slike avvik kan imid-

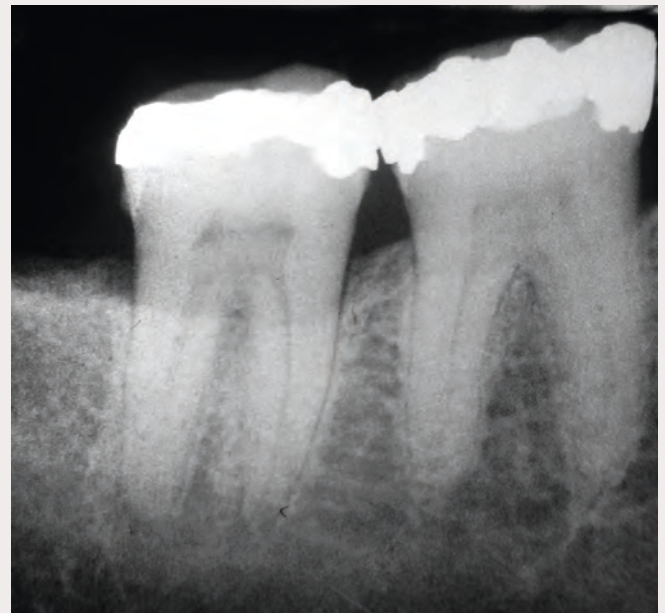


Figur 2. Kasus hvor tann 24 ble diagnostisert som nekrotisk på bakgrunn av en negativ sensibilitetstest, og margrom feiltolket som apikal periodontitt (falsk positiv). Under behandlingen ble både pulpa- og apikaldiagnose endret til henholdsvis frisk pulpa og ingen apikal patologi.

lertid tenkes å påvirke prognosen, men har ingen betydning for målsettingen med denne studien. I andre tilfeller var avviket en presisering av diagnose (f.eks. nekrotisk pulpa endret til partiell nekrose), og altså ikke et reelt diagnoseavvik. Totalt ble forekomst av diagnoseavvik 1,3%.

Det var størst andel av diagnoseavvik på flerrotige tenner (tabell 1). Tanngruppene ble inndelt i incisiv/hjørnetann, premolar og molar. Forekomst av diagnoseavvik var høyest på molarer; 49,0%, mot 28,6% og 22,4% for henholdsvis premolarer og fortenner. Det var ingen statistisk forskjell i forekomst av diagnoseavvik mellom overkjeve (49,0%) og underkjeve (51,0%).

I materialet på 49 tenner ble det foretatt en endring i pulpadiagnose i hele 44 tilfeller (89,8%). Av disse ble det foretatt en endring i behandlingsplan i 41 tilfeller (83,6%) under behandling (tabell 2). Sensibilitetstest ble kun utført i 31 av de 49 tilfellene ved journalopptak. Blant disse ble det registrert 15 tilfeller hvor sensibilitetstest-



Figur 3. Kasus hvor tann 47 ble diagnostisert som nekrotisk på bakgrunn av en negativ sensibilitetstest (falsk negativ) og en feiltolkning som apikal radiolusens. Feiltolkningen skyldes overlappende anatiske strukturer (mandibularkanal).

ten(e) enten gav falskt positivt eller falskt negativt resultat sammenlignet med kliniske funn under behandlingen.

Hele 32 tenner ble diagnostisert som nekrotiske ved journalopptak (tabell 2). I 26 av tilfellene ble diagnosen endret til frisk pulpa, asymptomatisk eller symptomatisk pulpitt. Blant disse ble det registrert positiv sensibilitetstest i 9 tilfeller, negativ sensibilitetstest i 11 tilfeller, mens det ikke ble utført sensibilitetstest i de resterende 6 tilfellene som er eksemplifisert i figur 1. Tabell 2 viser også fire tilfeller hvor diagnosen ble endret fra nekrotisk til frisk pulpa ved påbegynt endodontisk behandling. Det ble utført sensibilitetstest i samtlige tilfeller. Kun ett av disse 4 hadde positiv sensibilitetstest. I et tilfelle (figur 2) ble det registrert nekrotisk pulpa på bakgrunn av øvrige opplysninger i journalen. Endodontisk behandling var imidlertid

Tabell 2. Oversikt over aktuelle pulpadiagnoser og fordelingen mellom opprinnelig og endret diagnose

Opprinnelig pulpadiagnose	Endret pulpadiagnose						Total
	Frisk pulpa	Symptomatisk pulpitt	Asymptomatisk pulpitt	Nekrotisk pulpa	Rotfylt tann	Intern resorpsjon	
Frisk pulpa	0	0	0	2	0	0	2
Symptomatisk pulpitt	2	0	0	6	0	0	8
Asymptomatisk pulpitt	1	0	0	4	0	1	6
Nekrotisk pulpa	4	9	13	5*	1	0	32
Rotfylt tann	0	0	0	1	0	0	1
Intern resorpsjon	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	9	13	18	1	1	49

* Kasus hvor vi registrerte en endring i apikaldiagnose, uten endring i pulpadiagnose

Tabell 3. Oversikt over diagnoseavvik med endring i behandlingsplan som har medført feilbehandling i form av overbehandling

Endring i behandlingsplan	Feilbehandling		Totalt
	Nei	Ja	
Nei	4	2	6
Ja	40	3	43
Totalt	44	5	49

nødvendig som protetisk forbehandling på grunn av behov for økt retensjon. Feilbehandling i form av overbehandling ble derfor ikke registrert i dette tilfellet (tabell 3). I de resterende tre kasus ble det registrert negativ sensibilitetstest som medførte feilbehandling i form av overbehandling som eksemplifisert i figur 3.

Tabell 2 viser 12 tilfeller hvor diagnosen ble endret fra henholdsvis frisk pulpa, symptomatisk- og asymptomatisk pulpitt til nekrotisk pulpa. I fem av disse tilfellene ble det registrert positiv sensibilitetstest, to ble registrert som negativ og i de siste fem ble det ikke foretatt sensibilitetstesting.

Forekomsten av endret apikaldiagnose var noe mindre enn for pulpadiagnoser. Dette ble likevel registrert i 18 av 49 tilfeller (36,7 %) (tabell 4). I gruppen med avvik i apikal diagnose finner vi

fire tilfeller (8,2 %) hvor diagnosen ble endret fra kronisk apikal periodontitt til fravær av apikal diagnose. I syv tilfeller ble det ikke registrert apikal patologi ved journalopptak. Blant disse ble diagnosen endret til henholdsvis akutt apikal periodontitt (n = 2), kronisk apikal periodontitt (n = 1), eksaserberende apikal periodontitt (n = 1) og marginal periodontitt (n = 1).

I to tilfeller ble rotfraktur oversett som tilleggsdiagnose. Disse ble identifisert først etter påbegynt rotbehandling. Ekstraksjon var nødvendig, og selv med påbegynt rotbehandling kan ikke disse betraktes som feilbehandling. Tabell 4 viser også to tilfeller hvor diagnosen ble endret fra kronisk apikal periodontitt til apikal cyste basert på eksudasjon av klar væske i rotkanalen.

Tabell 1 viser at det ble foretatt en endring i behandlingsplan i 43 av 49 tilfeller (87,8 %).

Tabell 3 viser en oversikt over diagnoseavvik med endring i behandlingsplan som har medført overbehandling. Materialet viser en forekomst av feilbehandling i 5 av 49 tilfeller (10,2 %). Dette utgjør en prosentandel på 0,1 % i totalmaterialet.

Diskusjon

Studien av 3860 endodontiske behandlinger viste en forekomst av diagnoseavvik på 1,3 % i løpet av en tiårsperiode fra 1997–2006. Antall avvik som kunne bedømmes ble redusert fra 96 til 49 hovedsakelig på grunn av feilføring og feil bruk av avviksskjemaet. Feil

Tabell 4. Relasjonen mellom opprinnelig og endret apikaldiagnose i materialet

Opprinnelig apikaldiagnose	Endret apikal diagnose								Totalt
	Ingen apikal diagnose	Akutt apikal periodontitt	Kronisk apikal periodontitt	Apikal periodontitt med fistel	Eksaserberende apikal periodontitt	Periapikal cyste	Marginal periodontitt	Rotfraktur	
Ingen apikaldiagnose	27 *	2	1	0	1	0	1	2	34
Akutt apikal periodontitt	1	2 *	0	0	1	0	0	0	4
Kronisk apikal periodontitt	4	0	2 *	2	0	2	0	0	10
Apikal periodontitt med fistel	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Eksaserberende apikal periodontitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Periapikal cyste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marginal periodontitt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rotfraktur	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	32	4	3	2	2	2	2	2	49

* Kasus hvor vi kun registrerte endring i pulpadiagnose.

bruk av avvikksskjemaet skyldes trolig at studentene ikke har fått vite nok om hensikten med kontrollrutinene, og at instruktørene på studentklinikken ikke er tilstrekkelig kalibrerte eller påpasselig ved gjennomgangen. I det aktuelle tidsrommet var det også en del utskiftning av instruktørstaben på avdelingen. En annen årsak kan være at journalene var håndskrevne, dels ufullstendige og derfor vanskelig å tolke.

Endodontisk diagnostikk kan være både krevende og komplisert. Diagnosen stilles på bakgrunn av informasjon fra klinisk undersøkelse, herunder resultater fra ulike testmetoder og pasientens subjektive symptomer. Ufullstendig journalopptak, manglende kompetanse, motstridende testresultater, risiko for falske positive og falske negative testresultater, og ikke minst pasientens evne til å beskrive symptomene er eksempler på faktorer som kan føre til feildiagnostikk. Det finnes ingen diagnostisk metode med 100% validitet (8). Validitet beskriver testens egnethet til å måle en spesifikk sykdom. En annen kilde til feildiagnostikk kan være lav reliabilitet, dvs evnen til å reproducere det samme resultatet ved gjentatte forsøk. Studier viser at det er ingen testmetoder i endodonti som er 100% reproduerbare (9, 10). Man må derfor akseptere at diagnoseavvik kan oppstå, men med gode kliniske rutiner og god faglig kompetanse vil man kunne redusere risikoen for avvik.

Litteratur relatert til forekomst av feildiagnostikk i endodonti er ikke tilgjengelig, og det blir derfor vanskelig å trekke paralleller. I det følgende diskuteres funn i lys av de vanligste metoder som benyttes i endodontisk diagnostikk.

Sensibilitetstester

Termisk og elektrisk sensibilitetstest er ikke-invasive testmetoder som gir indirekte informasjon om pulpavevets tilstand. Med dette menes at testresultatene gir indikasjon på hvorvidt nerveinnervasjonen er intakt, men evner ikke å gi informasjon om pulpavevets status ut over dette. En positiv sensibilitetstest gir således indikasjon om en vital pulpa. Det er alltid en risiko for falske positive og falske negative testresultater. Risikoen er størst ved behandling av flerrotige tenner (11). Dette er et kjent problem ved endodontisk diagnostikk, og denne studien bekrefter dette. Med falskt negativt resultat menes at testen gir negativt utslag på vitale tenner. Dette vil kunne føre til overbehandling. Falske positive resultater vil motsatt kunne føre til underbehandling av et endodontisk problem, da nekrotiske tenner blir registrert som vitale.

Ved bruk av kuldetest vil det ofte være tilstrekkelig at kun den ene roten i en flerrotig tann er vital for å få et positivt resultat, mens resultatet ved bruk av EPT vil avhenge av elektrodens plassering (12). På vitale tenner vil pasienten normalt oppleve smerte når stimuli når pulpa. Metoden har imidlertid flere begrensinger. EPT er teknikkfølsom, fordi elektronenes vei mot apeks kan forstyrres i tenner med store restaureringer, kariøse lesjoner eller store mengder reparativt dentin (13). Det samme gjelder tenner med manglende rotutvikling. Dette gir økt risiko for falskt negativt resultat (14). På den annen side viser studier at nekrotisk vev i én del av pulpa kan lede strøm til friskt nervevev i andre deler av pulpa (12). Den elektriske impulsen kan også tenkes å nå ut til periodontiet eller nabotannen (15, 16). Disse faktorene kan medføre falskt positivt resultat.

Det er utført flere studier som sammenligner termisk og elektrisk sensibilitetstest. En studie av Petersson et al. (17), studerte hvilke sensibilitetstester som gav best korrelasjon mellom testresultat og korrekt pulpadiagnose. Resultatet viste at kuldetest etterfulgt av henholdsvis elektrisk- og varmetest gav størst validitet. Endelig diagnose ble fastsatt ved direkte pulpainspeksjon. Weisleder et al. (18) sammenlignet også ulike typer sensibilitetstester. Begge studiene viste at ingen av testmetodene var 100% pålitelige og konkluderte derfor med at det var hensiktsmessig å benytte både kuldetest og EPT for å verifisere resultatene. Formålet er følgelig å redusere risikoen for at man stiller feil diagnose på bakgrunn av en enkelt test (17, 18). Bruk av flere sensibilitetstester vil følgelig kunne bedre treffsikkerheten dersom en er i tvil.

Partiell nekrose diagnostiseres sjelden på bakgrunn av klinisk undersøkelse eller testresultater, men stadfestes oftest ved direkte inspeksjon av pulpa. Ved slike tilstander er det økt risiko for at sensibilitetstestene gir feil svar. Disse avvikene vil imidlertid sjelden medføre feilbehandling all den tid endodontisk behandling anses som nødvendig. I vårt materiale ble det ikke registrert feilbehandling i noen av disse tilfellene.

Røntgenologisk diagnostikk

Tolkning av røntgenbilder er kanskje den viktigste diagnostiske metoden for å identifisere apikale forandringer. Apikal periodontitt er som regel asymptomatisk. Litteraturen viser i tillegg at apikale lesjoner ofte er større enn hva som kan registreres på røntgen. Periapikale lesjoner underdiagnostiseres derfor ofte fordi røntgenologiske metoder er lite sensitive når det gjelder å avdekke patologi før lesjonen er av en viss størrelse. Stråleretningen og bildets kvalitet er også av stor betydning for å kunne oppdage apikale lesjoner (19, 20). Bruk av Computed Tomografi (CT) og Cone Beam CT i vanskelige kasus vil kunne høyne det diagnostiske nivået (21). Dette er imidlertid et verktøy som ikke er vanlig i allmennpraksis. Nyttverdien av en slik undersøkelse må også ses i forhold til at pasienten utsettes for økt stråledose (22).

Røntgenologisk normalanatomi som kan forveksles med patologiske lesjoner i ben er for eksempel canalis mandibulae, foramen mentale, sinus maxillaris, canalis incisivus og canalis palatinus major (8). Dette kan gi falske positive funn. I tillegg vil tilfeldige bentegninger som skleroser, beinfortetninger, margrom og arrvev kunne feiltolkes. Vårt materiale bekrefter at slike røntgentolkninger kan føre til diagnoseavvik.

Det kan imidlertid tenkes at utfallet av sensibilitetstestene i visse tilfeller kan påvirke operatørens tolkning av røntgenbildet slik at det passer med tilstanden som sensibilitetstestene indikerer. Vårt materiale bekrefter dette. I enkelte tilfeller hvor pulpadiagnosen ble endret fra nekrotisk til vital ble det opprinnelig registrert apikal patologi. Disse avvik kan enten skyldes at man feiltolker normalanatomi, eller at man tolker røntgenbildet i samsvar med antatt pulpadiagnose. Intra- og interobservatørvariasjon ved tolkning av røntgenbilder forekommer, og er et velkjent problem fra litteraturen (23).

Subjektive symptomer

Pasientens subjektive symptomer er ofte årsaken til at det utføres endodontisk utredning. Endodontiske problem er ofte synonymt med smerte og/eller infeksjon, men samtidig vil fravær av smerte kunne føre til at et endodontisk problem blir oversett. Smertediagnostikk er vanskelig, og ved inflammasjon i pulpa kan pasienten ofte ha problem med å lokalisere smerten. Slik referert smerte er spesielt vanlig ved aktivering av C-fibre, da disse har en mindre diskriminerende evne enn A-fibre (24, 25). Vedvarende provoserte og uprovoserte smerter vil ofte indikere C-fiberaktivering som kan peke i retning av irreversibel pulpitt.

Andre forhold som kompliserer diagnostikken er tilfeller hvor pasienten lokaliserer smerten til én side, og ikke til en spesifikk tannregion. Kombineres dette med manglende røntgenfunn og dype/omfattende restaureringer i to eller flere tenner kompliseres bildet ytterligere. Av og til kan det være nødvendig å avvente behandling til symptomene utvikles og man kan finne en tann som skiller seg ut. Unødvendige invasive inngrep på vitale tenner kan dermed unngås.

Differensialdiagnoser

Ved endodontisk diagnostikk kan det forekomme tilfeller hvor det oppstår usikkerhet hvorvidt symptomene er av periodontal eller pulpal opprinnelse. Klinisk rutine ved mistanke om perio/endo-lesjoner er at man utfører endodontisk behandling først. Dette forutsetter imidlertid at man har indikasjoner for at pulpa er nekrotisk. I tilfeller hvor kliniske undersøkelser gir holdepunkter for en vital pulpa, vil det være hensiktsmessig å forsøke en periodontal tilnærming før man iverksetter endodontisk behandling. Vår studie viser to slike tilfeller som medførte feilbehandling i form av overbehandling. I noen sammenhenger vil også traumatisk okklusjon kunne medføre symptomer i form av sensible tenner, perkusjons- og palpasjonsømheter kombinert med et diffust smertebilde (8). Pasientens okklusjon og artikulasjon bør derfor undersøkes før man utelukker denne diagnosen.

Forekomsten av diagnoseavvik på studentklinikken ved Universitetet i Bergen, seksjon for endodonti var 1,3 % over en tiårsperiode fra 1996–2007. Materialet viser 5 tilfeller hvor diagnoseavvikene har medført feilbehandling i form av overbehandling, og to kasus hvor endelig rotbehandling ble avsluttet pga. rotfraktur. Med dette menes at endodontisk intervensjon burde vært unngått. Dette utgjør en prosentandel på 0,1 %. Studien viser imidlertid ikke forekomst av underbehandling grunnet diagnoseavvik, all den tid studien baseres på utført behandling. Det er vanskelig å sammenligne resultatet med litteraturen da det ikke er foretatt lignende studier. Selv om vi ikke kan sammenligne våre funn med andre studier, kan vi likevel konkludere med at forekomsten er beskjeden, og på et nivå som er vanskelig å unngå i klinisk praksis. Dette gir oss en indikasjon på at de rutiner og metoder som praktiseres på odontologisk universitetsklinikk, seksjon for endodonti ved Universitetet i Bergen, er gode med tanke på preoperativ diagnostikk.

Takk

Forfatterne vil takke Norsk Endodontiforening for økonomisk støtte til gjennomføring av studien.

English summary

Tronesvold PC, Sundli SB, Fristad I, Bårdsen A

Diagnostic disagreements in endodontics – a study based on assessment forms in a Norwegian university clinic

Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 482–488

Endodontic diagnostics can be challenging and time consuming. The diagnosis must be based on clinical and radiographic findings, as well as the patient's subjective symptoms. The main purpose of this study was to examine the incidence of diagnostic deviations for endodontic treatments performed at the dental university clinic, University of Bergen, Norway, over a 10 year period. Incorrect diagnoses indicate problems related to examination procedures and diagnostic routines, which again may lead to improper treatment. We have defined diagnostic errors where the original diagnosis from the clinical examination differed from the diagnosis observed during treatment, or where an additional diagnosis of importance for the treatment was not recorded. We discuss the validity and reliability of different endodontic tests, as well as misinterpretation of clinical and radiographic findings.

Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. 2004 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
2. California Dental Association. Quality Evaluation for Dental Care. Guidelines for the assessment of clinical quality and professional performance. Calif Dent Assoc, 1977, 1980.
3. Zillén PÅ Kvalitet inom tandvården, Stockholm: Invest-Odont, Praktikertjänst AB, 1980.
4. Clinical standards in general dental practice. Self assessment manual and standard. London: Advisory Board in General Dental Practice Faculty of Dental Surgery Royal College of Surgeons of England; 1992.
5. European Society of Endodontology. Undergraduate curriculum guidelines for endodontology. Int Endod J. 1992; 25: 169–72.
6. European Society of Endodontology. Undergraduate curriculum guidelines for endodontology. Int Endod J. 2001; 34: 574–80.
7. Grossman LI, Guidelines for the prevention of fracture of root canal instruments. Oral Surg Oral Med Oral Pat. 1969; 28: 746–52
8. Reit C, Peterson K. Diagnosis of pulpal and periapical disease. In: Bergenholtz G, Hørsted-Bindslev P, Reit C, editors. Textbook of Endodontology. 2nd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2010. p. 235–54.
9. Chen E, Abbott PV. Evaluation of accuracy, reliability, and repeatability of five dental pulp tests. J Endod. 2011; 37: 1619–23.
10. Fuss Z, Trowbridge H, Bender IB, Rickoff B, Sorin S. Assessment of reliability of electrical and thermal pulp testing agents. J Endod. 1986; 12: 301–5.
11. Grossman LI, Oliet S, Rio CE. Clinical diagnostic methods. In: Grossman LI, Oliet S, Rio CE, editors. Endodontic Practice. 11th ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1988. p. 1–18.
12. Gopikrishna V, Pradeep G, Venkateshbabu N. Assessment of pulp vitality: a review. Int J Paed Dent. 2009; 19: 3–15.
13. Lilja L. Sensory differences between crown and root dentin in human teeth. Acta Odontol Scand. 1980; 38: 285–291.
14. Jafarzadeh H, Abbott PV. Review of pulp sensibility tests. Part II: electric pulp tests and test cavities. Int Endod J. 2010; 43: 945–58.

15. Mumford JM. Pain from periodontal tissues. In: Mumford JM, editor. Toothache and Orofacial Pain. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1976. p. 197–249.
16. Himmel VT. Diagnostic procedures for evaluating pulpally involved teeth. *Curr Opin Dent.* 1992; 2: 72–7.
17. Peterson K, Söderström C, Kiani-Anaraki M, Lévy G. Evaluation of the ability of thermal and electrical tests to register pulp vitality. *Dent Traumatol.* 1999; 15: 127–31.
18. Weisleder R, Yamauchi S, Caplan DJ, Trope M, Teixeira FB. The validity of pulp testing: A clinical study. *J Am Dent Assoc.* 2009; 140: 1013–7.
19. Bender IB, Seltzer S. Roentgenographic and direct observation of experimental lesions in bone. *J Endod.* 2003; 29: 702–6.
20. Brynolf I. Histological and roentgenological study of periapical region of human upper incisors. *Odontol Revy.* 1967; sup 11: 1–176.
21. Patel S, Dawood A, Ford TP, Whaites E. The potential applications of cone beam computed tomography in the management of endodontic problems. *Int Endod J.* 2007; 40: 818–30.
22. Jacobs R. Dental cone beam CT and its justified use in oral health care. *JBR-BTR.* 2011; 5: 254–65.
23. Molven O, Halse A, Fristad I. Long-term reliability and observer comparisons in the radiographic diagnosis of periapical disease. *Int Endod J* 2002; 35: 142–7.
24. Glick DH. Locating referred pulpal pains. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1962; 15: 613–23.
25. Sharav Y, Leviner E, Tzukert A, McGrath PA. The spatial distribution, intensity and unpleasantness of acute dental pain. *Pain.* 1984; 20: 363–70.

Adresse: Asgeir Bårdsen, Institutt for klinisk odontologi. Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post: asgeir.bardsen@iko.uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Tronesvold PC, Sundli SB, Fristad I, Bårdsen A. Diagnoseavvik i endodontisk behandling en studie basert på avviksregistrering. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 482–488.



Deltakere søkes!

Vi innsamler regnskapsdata fra norske private praksiser, til bruk i:

TANNLEGE statistikken
praksiser i offentlig / norske private praksiser



Bearbeidet informasjon om økonomien i norske tannlegepraksiser blir utarbeidet og presentert høsten 2013.

Vi søker praksiser som kan bidra med materiale. Garantert 100% konfidensiell behandling.

Interessert? Ønsker du mer informasjon? Kontakt (uforpliktende) Saga Consult AS (sekretariat):

saga regnskap

e-post: post@sagaconsult.no
tlf.: 32 17 92 93

saga consult

DENTRADE

We put a smile on your face

FAIR TRADE

«Kvalitet skal være målbart»

“I tillegg til den meget gode kvaliteten, kan jeg som *bonuskunde* få opptil hver niende krone gratis.” *Tannlege Randi Magelssen*



Allergi og dentale materialer

NIOM har mottatt flere spørsmål knyttet til allergi for bestanddeler i dentale materialer fra tannhelsepersonell i Norden. Spørsmålene er omarbeidet noe for å gjøre dem mer allmenngyldige.

Epoksy-plast

Det er et spørsmål om en pasient som har fått påvist kontaktallergi mot epoksy-plast kan reagere på komposittfyllinger. Er det i så fall slik at eksisterende komposittfyllinger bør fjernes, og at man bør unngå å legge inn nye fyllinger? Kan det også være et problem med resinbasert sement?

Svar: Det er diskutert om det er kryssreaksjoner mellom Bis-GMA, som er en vanlig bestanddel i mange kompositter, og epoksy-plast. Dette er imidlertid ikke klarlagt, men Bis-GMA har kjemiske likheter med epoksy. Bis-GMA har en akrylatgruppe som er mer vanlig i allergisammenheng. En vurdering på helt generelt grunnlag tilsier imidlertid at det er lite trolig at pasienten reagerer på herdet kompositt. Om pasienten ikke har ubehag med de eksisterende fyllingene, så anbefales det ikke å fjerne de dersom de ellers er klinisk tilfredsstillende. Bruk av plastsement til for eksempel «bondet» keramikk burde ikke være noe problem, men det er samme vurderinger som beskrevet ovenfor.

Metaller i metall-keramkonstruksjoner

Hvilke råd kan gis i forbindelse med utredning av pasient der det mistenkes allergireaksjon på metallegeringer i MK-konstruksjoner.



Figur 1. Hvitlige tegninger i overgangsfold og buccale mucosa som mistenkt reaksjon på fyllingsmateriale. © Foto: Tannlege Gunnar Svendsen.

Svar: Lappetesting (epikutantesting, «patch-test») kan være en mulighet for å belyse eventuelle kontaktallergier. For selve MK-konstruksjonen er det metallene gull, palladium, nikkel, kobolt, krom som er mest aktuelle i allergisammenheng. Dersom det er klinisk begrunnet mistanke om allergireaksjoner er standardprosedyrene å anmode pasientens fastlege om å henvise til dermatolog, med en kort anamnese og status presens fra deg. Det kan være aktuelt å allergiteste med «dental screening»-serien med substanser som er aktuelle ved dentale materialer. Det er ikke alle hudlegekontor som har den.

Kolofonium

Vi har en pasient som är allergisk mot kolofonium. Jag skulle behöva veta vilka dentala material som innehåller just kolofonium och om det är något speciellt vi ska se upp med när det gäller allergin mot detta.

Svar: Kolofonium er en substans som er en naturharpiks som kleber under fuktige forhold. Det eneste dentale produktet som vi kjenner til med innhold av kolofonium er Duraphat Dentsalsuspen-

sion (som er klassifisert som legemiddel)*. Duraphat tannkrem inneholder ikke kolofonium. Tidligere var det noen periodontale sårpakninger med kolofonium, men vi kjenner ikke til at de eksisterer lenger. Kolofonium kan finnes i noen proteseadhesiver, men vi har ikke sett slike på markedet i Norden.

*http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkkt.jsp?NpIID=19751008000025&DocTypeID=3

Rapportering

Dersom det er reaksjoner ved et spesifikt produkt skal det primært rapporteres til produsent eller tilvirker. I Norge bør bivirkninger mot dentale materialer rapporteres til Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer. I andre nordiske land kan bivirkninger rapporteres til helsemyndigheter eller deres representanter: Läkemedelsverket (Sverige); Sundhedsstyrelsen (Danmark); Valvira (Finland).

Nils Roar Gjerdet

Forfatter

Nils Roar Gjerdet, seniorforsker NIOM as og professor ved Universitetet i Bergen
E-post: nils.gjerdet@niom.no



REHOLT

Tann teknisk Laboratorium AS

PRESISJON I ALLE LEDD

MK Krone/Bro

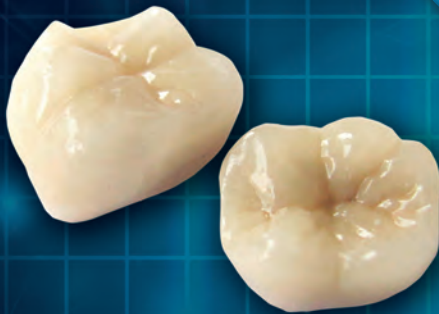
Non Noble/Uedelt metall

Kampanjepris!

Non Noble

490,-

pr. ledd



Tilbudet varer fra 19. august - 13. september

For mer informasjon: www.reholt.no

Høy presisjon - lav pris.

Forsendelse hver tirsdag og fredag.

Fri frakt!

Agent for:

Shengda Dental Manufacturing Co. Ltd

For informasjon - ring:

69 31 15 12 / 69 31 74 48

J.N. Jacobsensgt. 15
Postboks 194, 1601 Fredrikstad
Tlf: 69 31 15 12 / 69 31 74 48
Fax: 69 31 70 86
Mail: post@reholt.no

NYHET! FLUX FRESH, FOR GOD ÅNDE OG STERKE TENNER



Alle Fluxprodukter er uten alkohol og parabener



Følg oss på Facebook for nyheter og interessante diskusjoner!
[facebook.com/nullhull](https://www.facebook.com/nullhull)

For mer informasjon besøk gjerne www.fluxfluor.no

Flux sugetabletter er et legemiddel som inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør utvises ved naturlig fluorinnhold i drikevannet over 0,75 mg/l. Fluoridosen i sugetabletten virker sammen med fluor fra andre produkter som tannkrem, skyllevæsker og tyggegummi. Les pakningsvedlegget.

Nå har Flux-familien fått et nytt fresht familiemedlem, Flux Fresh! Flux Fresh gir deg god ånde og sterke tenner. En kombinasjon av zinclactat og en lav dose klorhexidin er det som gjør at du får god ånde. Flux Fresh har samme høye fluorinnhold 0,2% NaF som Flux Original og Flux Sensitiv. Flux Fresh er utviklet i samarbeid med skandinavisk tannhelsetjeneste. Produktet er tilgjengelig i apotek og hos enkelte tannklinikker.

Flux Fresh, for god ånde og sterke tenner. Nyt livets gode stunder – begynn å fluxe allerede i dag!

FLUX®

Le, pust og spis.
Sterkere enn i går.



Effekt av fluorløsninger mot dentale erosjoner og validering av metoder som brukes for analyser i studier

Rapport forekomst av dentale erosjoner hos ungdommer varierer fra 20-58 %. Det er viktig å redusere forekomsten og bremse progresjonen av dentale erosjoner for å unngå funksjonelle og estetiske problemer som leder til behov for store restaureringer. Det viktigste er å redusere syrepåvirkningen på tennene, men også andre forebyggende strategier er viktige.

Når man studerer effekten av forebyggende tiltak mot erosjoner i laboratoriet, så brukes mange ulike instrumenter, men disse har ofte ikke vært validert. En teknikk hvor et hvitt lys interferometer brukes til å måle tap av tannvev har blitt utviklet ved Institutt for klinisk odontologi i Oslo i samarbeid med SINTEF, Oslo og denne kan trolig brukes til å måle på avtrykk av tenner også. Dette kan åpne muligheten for kliniske studier, siden de fleste nåværende måleteknikker ikke kan brukes direkte i munnen. Fluorforbindelser med titan og tinn har vært effektive til å redusere dentale erosjoner i in vitro og in situ studier, oftest ved høye konsentrasjoner og lav pH. Dette øker risikoen for bivirkninger.

I doktorgradsarbeidet til Stenhagen var det første formålet å validere og sammenligne fem ulike instrumenter som ofte blir brukt i studier for å måle dentale erosjoner. Man ville også undersøke om det var mulig å måle erosjoner på avtrykk av eroderte tannflater med et hvitt lys interferometer. I valideringsprosessen ble nøyaktighet og repeterbarhet til målingene regnet ut.



FOTO: R. HAAKONSEN, UiB

Personalia

Kjersti Refsholt Stenhagen disputerte 16. april 2013 ved Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo, med avhandlingen «Effect of fluoride solutions on erosive enamel wear and validation of methods used for analyses». Prosjektet er utført ved Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet; Universitet i Oslo og ved SINTEF materialer og kjemi, Oslo, under veiledning av professor Anne Bjørg Tveit og post doctor Lene Hystad

Hove. Stenhagen er for tiden midlertidig ansatt som førsteamanuensis ved Institutt for klinisk odontologi, avdeling for kariologi og gerodontologi.

Avhandlingens tittel var «Effect of fluoride solutions on erosive enamel wear and validation of methods used for analyses».

Det andre formålet var å undersøke om det var mulig å senke konsentrasjonen og heve pH av titanfluorid og beholde den gode effekten som tidligere var vist. Deretter ble det undersøkt om daglig skyll med titan-, tinn eller natrium fluorid løsninger med 1 000 ppm F og naturlig pH, kunne forhindre eller redusere emalje tap forårsaket av erosjon og tannbørste abrasjon. Det siste var en in situ studie hvor 8 forsøkspersoner hadde plater med tannbiter i munnen i 9 dager, for å være så klinisk relevant som mulig.

Å måle tap av tannsubstans ved hjelp av et hvitt lys interferometer var like bra eller bedre enn de mer brukte teknikkene; mekanisk og optisk profilometer og måling av kalsium tap med atom absorpsjons spektroskopi, med hensyn

til nøyaktighet og repeterbarhet. Hvitt lys interferometeret var også egnet til å måle tap av tannsubstans på avtrykk av tenner med erosjoner.

Daglig skylling med tinn- og titanfluorid reduserte emaljetapet med henholdsvis 90 % og 94 %. Også 0,2 % natrium fluorid reduserte emaljetapet med 18 %.

Resultatene til Stenhagen og medarbeidere er lovende, selv om biokompatibiliteten til titan- og tinn fluorid løsningene må utredes mer før eventuell klinisk bruk. Teknikken med å måle dentale erosjoner på avtrykk åpner for kliniske studier, hvor man ønsker å studere progresjon av lesjoner og effekt av ulike forebyggende behandlinger over et lengre tidsrom.

KI. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Tiltak for de yngste og eldste i Oslo

Oslo bystyre har vedtatt å gjøre mer for de yngste med dårlig tannhelse. Samtidig var det naturlig å få med de eldre, mente bystyremedlem Carl Christian Blich. Og sånn ble det.

Det begynte med årsmeldingen for Tannhelsetjenesten i Oslo KF i 2010. Der fremgikk det at det blant femåringene er store tannhelseforskjeller. På denne bakgrunn ba bystyret byrådet om å legge frem en sak der det ble gjort rede for hvilke tiltak og mål byrådet har for å utjevne og redusere de store forskjellene knyttet til tannhelse i Oslo. Til å begynne med var det barna, med særlig tanke på innvandrerbarna, en tenkte på å innføre tiltak for. Tannlegen, og tidligere president i Tannlegeforeningen, bystyreprerentanten Blich så imidlertid sitt snitt til å ta med en annen gruppe med behov for tiltak, nemlig de eldre pleietrengende, når bystyret først skulle behandle en sak om tannhelse. Med det var det to byråder som ble berørt, byråd for helse og sosiale tjenester, Anniken Hauglie (H) og byråd for eldre, Aud Kvalbein (KrF).

På vårparten i år ble det en byråds-sak av det, og 5. juni ble den behandlet av Helse- og sosialkomiteen. 12. juni ble saken behandlet og vedtatt av Oslo bystyre. I saksfremlegget da het det:

I følge Statistisk Sentralbyrå var det i 2011 om lag 700 tannlegeårverk i Oslo. Av disse var litt over 70, eller cirka ti prosent en del av det offentlige tannhelsetilbudet. Denne saken omhandler den sistnevnte tjenesten, og er altså en liten del av det totale tilbudet om tannhelsetjenester til befolkningen. Samtidig er dette en viktig tjeneste for en målgruppe som totalt består av mer enn 150 000 personer.

Tannhelsetjenesten (THT) har siden 2005 hatt en økt satsing både på helsefremmende og forebyggende tannhel-



Sentrale personer i saken om tannhelsetiltak i Oslo. Fra venstre: Byråd for eldre, Aud Kvalbein (KrF), byråd for helse og sosiale tjenester, Anniken Hauglie (H) og bystyreprerentanten Carl Christian Blich (H).

searbeid, og på deltakelse i det generelle folkehelsearbeidet.

Satsingen på folkehelsearbeidet i THT har skjedd i tråd med nasjonale føringer og Oslo kommunes folkehelseplan.

Ulikheter i tannhelse i befolkningen gjenspeiler de ulikheter en ser i helse generelt mellom ulike bydeler og deler av byen.

Byrådet prioriterer forebyggende tiltak i samarbeid med andre aktører og målrettet innsats overfor utsatte grupper. Barn og unge er den gruppen som prioriteres høyest i tannhelsearbeidet.

Tiltakene

Byrådet i Oslo har gjennomgått tiltak for å bedre tannhelsen til barn og unge og prioriterte utsatte grupper. Målet er å bedre tannhelsen til alle, men innsatsen rettes særlig mot utsatte grupper, het det i en pressemelding i april, signert sosialbyråd Anniken Hauglie (H)

Barn og unge er en prioritert satsingsgruppe både i tannhelsetjenesten og i Folkehelseplanen for Oslo 2013-2016. KOSTRA-tall viser at Oslos 18-åringer har en bedre tannhelse enn landsgjennomsnittet, 12-åringene ligger på snittet, mens 5-åringene har en dårligere tannhelse enn landsgjennomsnittet, het det videre i pressemeldingen. Om den relativt gode tannhelsen til Oslos 18-åringer skyldes at de som er droppet ut av skolen også er droppet ut av tannhelsestatistikken er et spørsmål bystyreprerentanten Blich stiller seg, og håper at svaret ikke er ja.

– Statistikken viser at tiltakene virker, skriver byråden, og fortsetter: Tannhelsen til Oslos 18-åringer er bedre enn resten av landet til tross for lave resultater for de yngste. Derfor vil vi fortsatt prioritere det forebyggende arbeidet med barns tannhelse og rette innsatsen mot risikogrupper og de med mest tannsykdom, sier byråden for helse og sosiale



tjenester, og ramser opp viktige tiltak for å bedre barn og unges tannhelse:

(I parentes står Helse- og omsorgskomiteens enstemmige og flertallskommentarer, fra behandlingen 5. juni. Mindretallets kommentarer er ikke tatt med. Komitéflertallet detaljstyrer riktignok ingenting, men avslører like fullt kunnskap om hva som betyr noe, samt nevner eksempler på tiltak som kan være kloke å prioritere.)

- *Individuelt tilpassede innkallingsintervaller.* (Helse- og sosialkomiteen viser i sin behandling 5. juni til byrådens notat som sier at alle pasienter skal undersøkes og vurderes individuelt basert på den enkelte pasients behov. Det er viktig at de med store behov prioriteres høyest.)

- *SMS-varsling om tannlegetime dagen før for å sikre oppmøte* (SMS-varsling har vist seg å øke antall konsultasjoner med 3 200 i løpet av de siste fem månedene i 2012. At så mange tidligere har uteblitt fra tannlegetime kan tyde på at Tannhelsetjenesten tidligere ikke har utnyttet sin kapasitet, sier Høyre, Venstre og Kristelig folkepartis representanter i Helse- og omsorgskomiteen. Komiteen viser til de gode resultater etaten har oppnådd med å redusere antall pasienter som ikke møter til avtalt time. Det er avgjørende at dette arbeidet videreføres for å gi bedre ressursutnyttelse og mulighet for å redusere innkallingsintervallene innenfor etatens eksisterende budsjett-rammer.)

- gode rutiner for å følge opp pasienter som ikke møter til time
- følge opp inngåtte samarbeidsavtaler med helsestasjonene, og videreutvikle undervisning på helsestasjoner og skoler

- *videreutvikle informasjonsmateriell/veiledningsmateriell.* (Komiteen mener at det nettbaserte informasjonsmateriellet «Sunn mat og friske tenner for barnets trivsel» bør gjøres bredt tilgjengelig på Oslo kommunes mange hjemmesider, som for eksempel OXLO, bydelssidene og barnehagens bloggside.)

- *utvikle nye prosjekter for å bedre tannhelsen for grupper av småbarn med ikke-vestlig bakgrunn*

- *bedre kapasitetsutnyttelsen i tannhelsetjenesten*

En god tannhelse er viktig for livskvaliteten til eldre og pleietrengende, heter det til slutt i pressemeldingen. Flere enn tidligere har fortsatt egne tenner når de kommer på sykehjem. Det krever mer oppfølging og veiledning fra tjenestene enn før. Byrådet vil styrke samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og sykehjemmene om ernæringsråd og munnhygiene slik at tannhelse for de eldre bedres, avslutter pressemeldingen. (Komiteen er kjent med at tannhelsen hos pleietrengende raskt kan forverres på grunn av munntørrehet og utilstrekkelig munnstell. Derfor er forebygging svært viktig. Tannhelse bør inngå i individuelle planer.

Komiteens flertall er kjent med at Utviklingssenteret for sykehjem på Abildsø gjør forsøk med bruk av elektriske tannbørster ved en rekke sykehjem. Disse medlemmer har fått forståelsen av at man i tillegg vil kunne oppnå enda bedre kariesforebyggelse hos utsatte pasienter gjennom bruk av reseptpliktig tannpasta med større innhold av fluor.)

Vedtaket

Saken som ble vedtatt tatt til orientering av bystyret 12. juni handlet om hvilke tiltak som kan bidra til at tannhelsen hos de grupper Oslo kommune (og fylke) har ansvar for, kan bli bedre. Adressaten er både Tannhelsetjenesten og Sykehjemsetaten og bydelene (hjemmesykepleien).

- Dette er en god sak om den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo. Det er både en sak for å bedre tannhelsen og å utjevne forskjeller på dette området. Vi vet at 5-åringer i Oslo har dårligere tannhelse enn ellers, særlig blant de med innvandrerbakgrunn. Saken er også for gruppen pleietrengende eldre, og berører derfor også pleie- og omsorgstjenesten og sykehjemsetaten, sier Høyre representant Carl Christian Blich.

- Saken viser hvordan vi kan iverksette tiltak som kan hindre tannkatasstrofe hos pleietrengende. Tannhelsen hos pleietrengende kan raskt forverres på grunn av munntørrehet og utilstrekkelig munnstell. Disse pasientene har ofte redusert allmenntilstand som gjør at krevende tannbehandling kan være urealistisk. Derfor er forebygging svært viktig. Dette omfatter både kostholdet der hyppig inntak av sukker er uheldig, samt munnstell. Eierskapet for slike tiltak må først og fremst ligge hos Sykehjemsetaten og hos bydelenes hjemmetjenester, avslutter Carl Christian Blich.

Og fremtiden vil vise hvilke tiltak som faktisk blir iverksatt nå etter at saken er behandlet og vedtatt.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

Rask, sikker, pålitelig. PS 1201B Bordautoklav

Rask. Kortprogram 13 minutter. Fullt B-program med 6 instrumentbrett på kun 21 minutter.

Sikker. Sterilisering av alt gods med B-syklus og integrert vannrensningssystem.

Pålitelig. Driftsikker autoklav av ypperste Miele-kvalitet.

Ta kontakt med din forhandler Dental Sør på tlf: 38 27 88 88 for nærmere informasjon og tilbud.

Føl tryggheten, bli med på hygienelaget og bruk Miele-maskiner.



 **System4Med**

Rengjøring/desinfeksjon
Sterilisering
Dokumentasjon
Garanti

Miele AS
Nesbruveien 71, 1394 Nesbru
Postboks 194, 1378 Nesbru
Telefon 67 17 31 00
Telefaks 67 17 34 29
E-post: professional@miele.no
Internett: www.miele-professional.no

Miele
PROFESSIONAL

Privat forskning:

TMD som årsak til kroniske smerter i nakke og skuldre

Ved Tannatelieret i Oslo forsker tannlege Bjørn Hogstad på sammenhengen mellom temporomandibulær dysfunksjon (TMD), bittforhold og forandringer i leddskivens posisjon.

Så langt omfatter langtidsstudien rundt 300 pasienter. en blir gjennomført i privat tannlegepraksis uten noen form for økonomisk støtte fra institusjoner, det offentlige eller andre grupperinger. Man regner med at åtte til ti prosent av befolkningen er behandlingstrengende på grunn av TMD.

Det hittil samlede materialet viser at en stor gruppe har utviklet TMD etter å ha fått utført tannregulering. Studien søker å gi svar på om det finnes en sammenheng.

Blir kvitt spenninger

– Jeg sitter med en følelse av at det er alt for mange i det materialet jeg har som har hatt tannregulering. Mange av pasientene har hatt en skjevhet i utgangspunktet og så fått tennene regulert til å passe enda bedre til skjevheten. Hvis dette viser seg å være riktig og kan verifiseres av andre studier, må man se på hvordan vi utdanner tannlegestudentene, sier Hogstad.

I studien vil det også bli gjort en evaluering av myofasciale triggerpunkter og deres effekt i symptombildet hos pasientene, og hvordan dette kan påvirke behandlingsopplegget.

– Når man begynner å behandle pasienter med skjevheter i bittet, ser vi at de også blir kvitt spenninger og plager i nakke og skuldre. Muskulaturen rundt tyggeapparatet er involvert i langt større grad enn man egentlig er klar over, sier Hogstad.

Han har vært opptatt av TMD i over 30 år.

– Generelt vil jeg si at gruppen av pasienter med behov for kronisk smer-



Bjørn Hogstad forsker i sin private praksis og vil finne ut om det er sammenheng mellom TMD og tannregulering.

tebehandling får en veldig dårlig behandling i helsevesenet. Sett under ett har vi nok kunnskap til å utrede og behandle, men disse pasientene har ofte sammensatte plager innenfor flere fagområder som ikke nødvendigvis kommuniserer med hverandre, sier Hogstad.

Omfattende problem

Når en behandler undersøker pasienten uten å finne noe galt, blir ofte pasienten overlatt til seg selv uten å bli henvist videre til andre spesialister. Ofte får pasienten vite at det må være noe psykisk, siden man ikke kan finne årsaken til plagene.

– Kollektivt har helsevesenet ingen forståelse for at plager andre steder på kroppen kan ha en forbindelse til tyggesystemet. Det odontologiske fagmiljøet blir derfor ikke involvert i den grad vi burde. Fastlegen henviser kanskje til nevrolog og fysioterapeut, men så er det stopp, sier Hogstad.

En av fem nordmenn sliter med kronisk hodepine hvorav 90 prosent skyldes såkalt spenningshodepine. Det er

kjent fra før at spenningshodepine kan henge direkte sammen med spenninger i kjeven. Likevel blir TMD og forholdene rundt bittet sjelden sett på som en mulig årsak når det gjelder kronisk smertebehandling og kroniske smerter.

Tennene i under- og overkjeven har en form som gjør at de skal passe sammen. Når musklene må dra underkjeven ut for å få de to delene i en posisjon der tennene passer sammen, men som feilbelaster muskler og ledd, vil det over tid dannes spenninger i muskulaturen som forplanter seg videre til nakke og rygg og kan gi plager i disse delene av kroppen.

– Vi ser at smertebildet forsvinner hos mange av pasientene etter at vi har eliminert feilfunksjonen i tyggesystemet med en bittskinne, sier Hogstad.

Provoserer triggerpunktene

Tannatelieret får henvist pasienter fra hele landet. Mange har funnet frem til klinikken på nettet, andre henvises via helsepersonell etter først å ha forsøkt

å få hjelp i helsevesenet lokalt, gjerne i årevis.

– Smertebehandling hos oss starter med en reversibel behandling for å se om vi greier å få pasienten symptomfri. Symptomer som hodepine, smerter i kjeve, øresus, svimmelhet, dotter i ørene, smerter i nakke og rygg har hver for seg flere ulike årsakssammenhenger. Når de oppstår kollektivt kan de peke i retning av TMD som en mulig årsak, og dette bør derfor undersøkes differensialdiagnostisk, sier Hogstad.

Pasientene som blir med i studien gjennomgår først en innledning på anamneseopptak. Så følger en grundig fysisk undersøkelse av blant annet kjeveleddet. Man ser på gapehøyde og undersøker muskulaturen.

– Vi palperer muskulaturen i ansiktet, på hodet, nakke/rygg og bryst. Pasientene graderer smerten fra null til tre hvor null er ingen smerte og tre er sterk smerte. På den måten har vi et sammenlikningsgrunnlag til senere. Vi registrerer alle ømme punkter og går så inn og provoserer triggerpunktene i muskelknutene. Triggerpunktene vil

reagere med et henledet strålingsmønster, og ofte opplever pasienten dette strålingsmønsteret som likt med symptom bildet, sier Hogstad.

Eliminerer skjevhetene

Fokuset for behandlingen er å stabilisere alle skjevheter. Skjevheten i bittforholdene blir forsøkte eliminert ved å lage en bittskinne som pasienten anbefales å bruke 24 timer i døgnet. Pasienten blir så sendt til kiropraktor for å evaluere skjevheter i andre deler av skjelettsystemet som nakke, rygg, skulder og hofte etc.

– Hvis vi eliminerer skjevheten i bittforholdene som påvirker skjevheter i de andre nivåene, mener vi at kiropraktoren har større sjanse til å lykkes med sin behandling. Deretter sendes pasienten til fysioterapeut som behandler aktive og latente triggerpunkter og strekker muskulaturen tilbake til sin naturlige lengde. Pasienten gjennomfører også egentrening for å styrke kjernemuskulaturen og få holdningen tilbake, sier Hogstad.

Vattruller

Pasienter som har en skjevhet i skulder- og hoftepartiet kan i mange tilfeller få skjevheten betraktelig redusert ved å bruke en bittskinne som eliminerer eksisterende okklusjonskontakt. To vattruller plassert mellom de bakerste jekslene på pasienten vil ofte avdekke en umiddelbar effekt på skjevheter i både skulder- og hofte nivå.

– Når jeg først ber pasienten om å gå over gulvet og bite på tennene sine med eksisterende okklusjon, er skjevhetene der. Men hvis man legger to vattruller helt bakerst i munnen mellom tannrekkene, ber pasienten bite på disse og deretter gå over gulvet, skjer det ofte at skjevhetene blir mindre i både hofte- og skuldernivå.

Forskjellen kan enkelt måles med et hoftevater og resultatene er dessuten repeterbare.

– Hvis vi gjennom forskning kan få verifisert at pasienter som for eksempel har en skjevhet i skulder- og hoftepartiet kan bli rettet opp ved å justere bittforholdene, vil man ha en forklaring på at tyggesystemet har en direkte innvirkning på skjevheter andre steder i kroppen.

Ved oppstart ønsker Hogstad at pasienten skal bruke skinnen 24 timer i døgnet. Bittskinnen skal hjelpe pasienten til å få en avlastning på muskulatur, kjeveledd og tyggesystemet, i tillegg til at den skal den bekrefte diagnosen.

– For å finne ut om plagene er forårsaket av tyggeapparatet, må man ta ut effekten av det eksisterende bittet. Hvis pasienten kommer tilbake ved kontroller og sier at det er like ille, da vet man at årsaken til symptomene er å finne et annet sted, og så innretter man videre undersøkelser etter det, sier Hogstad

Etter noen måneder på bittskinne reduseres bruken gradvis. Noen pasienter oppdager da at det holder å bruke bittskinne kun på kvelden og natten. Andre opplever å få tilbake alle symptomene etter å ha vært uten skinne. Da står valget mellom å fortsette å bruke bittskinne hele tiden eller deler av dagen, eller man kan utrede muligheten for å sette inn tiltak som gjør det mulig for pasienten å klare seg uten.

PLUSS-
regnskap as

**Riktig organisering av tannklinikken betyr
betydelig årlige besparelser og lavere skatt ved
klinikksalg!**

Vår utfordring til deg: Gjør noe med dette i dag!

**Kontakt gjerne oss i Pluss-Regnskap AS som har
lang og bred erfaring i slike vurderinger!**

**Du treffer oss på telefon 38 12 95 30 eller på
e-post sissel@pluss-regnskap.org**

– Innjusteringer av okklusjon- /artikulasjonsforhold eller regulering kan være et alternativ, man kan bygge opp tennene, eller sette på krone eller bro. Hvis avviket er stort må man vurdere å flytte på segmenter av kjeven ved kjevekirurgi, eller en kombinasjon av behandling avhengig av den enkeltes situasjon, sier Hogstad.

Vil ha oppmerksomhet

Målet med forskningen er å få de etablerte forskningsmiljøene interessert i problemstillingene rundt TMD.

– Det er meget vanskelig å få midler til denne forskningen privat. De midlene som er tilgjengelige kanaliseres inn mot universitetene og det er forståelig med begrensede midler til rådighet. Jeg prøver å sparke i gang en ball, dette er mitt bidrag. Så håper jeg at universitetene vil gripe fatt i det etter hvert, sier han.

Trygdesystemet dekker bare en liten del av undersøkelse og skinnbehandling under ett. Det gis ingen stønad til kontroller og oppfølging med bittskinner, og heller ikke til rehabilitering av denne pasientgruppen slik at de kan bli kvitt plagene sine permanent.

– Kroniske smerte i muskel- og skjelettsystemet koster det offentlige 70 milliarder i året i tillegg til det det koster bedrifter i form av sykefravær, redusert produksjon ved vikarbruk. I tillegg kan det koste den enkelte pasient store summer. Så det burde være av samfunnsmessig interesse å fokusere mer på dette området, sier Hogstad

Møter liten forståelse

Mange av TMD-pasientene har brukt hundretusenvis av kroner på sin vandring gjennom helsevesenet uten å få hjelp.

– Det finnes ingen forståelse, hverken hos leger eller trygden, for at dette faktisk gir mennesker store plager, sier Hogstad.

I følge Hogstad mangler helsevesenet informasjon om TMD.

– Jeg synes vi har et stort kollektivt ansvar for kroniske smertepasienter, mennesker som er i en spesielt vanskelig situasjon og som ofte faller mellom to stoler i helsevesenet. Noen må tale deres sak. Jeg ønsker å få informasjonen ut slik at det kan bli gjort noen ordentlige studier. Nå trenger jeg en statistiker som kan gå gjennom det store materialet vi sitter på, sier Hogstad.

Tekst og foto: Tone Elise Eng Galåen

Hvordan kan tannlegen hjelpe søvnapnétikeren/snorkeren?

Flere og flere mennesker opplever pusteforstyrrelser under nattens søvntimer. Alt fra forstyrrende snorking til pustestopp, som søvnapné.

Vil du være en av de tannlegene som kan hjelpe denne pasientgruppen med å tilpasse SomnoDent® anti-apnéskinner?

KURSOVERSIKT HØSTEN 2013

Oslo:	17. september
Trondheim:	24. september
Stavanger:	15. oktober
Kristiansand:	22. oktober
Tromsø:	19. november

For nærmere informasjon og påmelding, ta kontakt med **Hilde Fossum** på tlf: 91 86 73 40 epost: hfossum@somnomed.com

SomnoDent® G2 Anti-apnéskinne

SomnoMed Nordic AB
Armfeltsgatan 11
Box 27254
102 53 Stockholm
+46 (0) 8 519 775 75
info@somnomed.se
www.somnomed.se



Møt oss på Nordental!



Stortingsvalget 2013:

Tannhelse i partiprogrammene

Mandag 9. september er det igjen tid for å gjøre sin borgerplikt, nemlig avgi stemme ved valget til nytt Storting for perioden 2013–2017. Og selv om det kanskje ikke er avgjørende for hvilket parti du velger å stemme på, kan det være interessant å vite hva de sju partiene som i dag er representert på Stortinget har tatt med om tannhelse i sine respektive programmer.

Arbeiderpartiet

Velferdssamfunnet: En mobilisering for folkehelse og forebygging


Arbeiderpartiet.no

Folkehelseiltak på mange områder har sikret flertallet av befolkningen god tannhelse og dermed relativt lave utgifter til videre forebygging og behandling. God tannhelse henger nøye sammen med resten av folkehelsen, og det må derfor legges til rette for god kontakt mellom tannlegene og resten av helsetjenesten.

Arbeiderpartiet vil sikre alle mot de store utgiftene. Arbeiderpartiet vil innføre et egenbetalingstak for nødvendig tannbehandling og 75 % dekning av overskytende utgifter.

Arbeiderpartiet vil fortsette arbeidet for at alle skal være sikret en god tannhelse. God forebygging og tilgang på tannhelsetjenester over hele landet er viktig. Jevnlige tannhelsekontroller er et effektivt forebyggende tiltak. For å legge et godt grunnlag er det viktig å stimulere til at ungdom går til tannlegen. Arbeiderpartiet vil derfor utvide rabattordningen for ungdom til flere årskull. Arbeiderpartiet vil innføre skjermingsordninger på tannhelseutgifter til personer med svak økonomi og dårlig tannhelse. Vi vil vurdere om stønad eller egenandelstak treffer behovet best. Tannstatus og behov for behandling skal defineres ut fra klart definerte

kriterier fastsatt av myndighetene.

Arbeiderpartiet vil fortsette å forbedre ordningene for refusjon gjennom folketrygden til spesielle diagnoser.

Arbeiderpartiet vil øke honorartakstene for grupper med sjeldne medisinske tilstander, også etter fylte 20 år, for personer med diabetes og personer med kreftdiagnoser/kreftbehandling som påvirker tannstatus.

Arbeiderpartiet vil gå fra refusjonstakst til honorartakst for personer med munntørrethet og vil sikre at disse får behandling tidligere enn i dag.

Arbeiderpartiet vil:

Videreutvikle forebyggende arbeid for god folketannhelse.

Sosialistisk Venstreparti

Helse: Tannhelse



Tennene er en viktig del av helsen vår. Likevel er tannhelse ikke dekket av det offentlige slik

andre sentrale helsetjenester er. I dag er selv små tannhelsebehandlinger så dyre at mange ikke har råd til å gå til tannlegen. Det er store prisforskjeller mellom tannleger, og det har blitt avdekket mange tilfeller av overbehandling.

SV vil gjøre tannbehandling rimelige. Vi vil først dekke tjenestene til dem som trenger det mest, før vi gradvis innfører en maksgrænse for egenbetaling for alle nødvendige tannhelsetjenester. Parallelt er det viktig å innføre priskontroll på tannhelsetjenester, og tilsynet må styrkes for å unngå spekulativ overbehandling.

SV jobber for:

At tannhelsen må bli en del av folketrygden. Å gjøre tannhelse til en del av det ordinære helsesystemet. Målet er at all nødvendig tannbehandling skal være betalt av fellesskapet med en egenandelsgrense på maksimum 2500 kroner.

Senterpartiet

Deling av samfunns-goder: Helse – forebygging framfor reparasjon



Senterpartiet vil:

ha gratis tannhelsebehandling fram til 21 år utvide Folketrygdens ansvar for å dekke utgifter

til tannhelse til flere grupper med spesielle behov i tillegg til de grupper som så langt har kommet inn under slike ordninger

Høyre

Helse: Lokalt helsetilbud



Høyres løsnin-
ger:

Øke støtten til tannbehandling til dem som har store tannhelseutgifter og dårlig økonomi.

Fremskrittspartiet

Helse og omsorg: Tannhelse



Fremskrittspartiet mener at tannhelsetjenesten må styrkes, både i forhold til økt utdanning av tannhelsepersonell og gjennom bedre refusjonsordninger. Tannlegene må være en integrert del av helsesektorens samhandling. Samhandling er

nødvendig både i forhold til pasientsikkerheten, fellesinnsatsen mot livssyttilsykdommer og for å sikre pasientenes økonomiske rettigheter. Tennene er en del av kroppen, og sykdom i munnhulen må derfor ses på som en ordinær diagnose.

Pasienter som mottar hjemmesykepleie eller sykehjemstilbud skal kunne fortsette hos sin faste tannlege, og kostnader for dette refunderes fra det offentlige på lik linje med det en offentlig tannhelseklinikk ville fått for samme type behandling.

Fremskrittspartiet vil:

Opprettholde og videreutvikle satsingen på forebyggende tannhelse, med særlig fokus på unge og på syke eldre.

Legge til rette for økt utdanning av tannhelsepersonell.

Stimulere til samhandling mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Bedre refusjonsordningene for sykdomsrelatert tannbehandling, og på sikt redusere kostnadene til egenandeler på lik linje med øvrig helsebehandling.

Venstre

Helse: Tannhelse



Pasienter med svak økonomi må gis rett til en forsvarlig tannbehandling. Utsatte grupper må få fullfinansiert

sine tannhelseutgifter gjennom offentlige støtteordninger, og grupper med

særlige behov må inkluderes i trygdesystemet.

Mange som har behov for nødvendige inngrep kommer i dag inn under en refusjonsordning for en pasientgruppe. Venstre vil på sikt utvide den offentlig finansierte tannhelsebehandlingen for alle, slik at flere får dekket deler av utgifter til større inngrep. Dette skal også medføre en forenkling av refusjonssystemet.

Venstre vil:

Utvide tannhelseordningen med offentlig fullfinansiering til utsatte grupper, slik at blant annet rusavhengige, kronikere og pasienter med manglende evne til egenomsorg får gratis behandling.

Delfinansiere nødvendige tannlegekostnader ved å innføre en høykostnadsbeskyttelse der det offentlige dekker en andel av kostnader over 10 000 kroner.

Integrere tannleger som del av helsesektorens samhandling, og gi tannleger rett til å skrive henvisning til spesialhelsetjenesten i akutte eller alvorlige tilfeller.

Kristelig Folkeparti Helsepolitikk



KrF vil: ha en reform av tannhelsetjenesten basert på offentlig ansvar og styring, refusjon fra folketrygden og begrensning av egenbetalingen.

Bedre alderdom: Eldreomsorg - Eldre og tannhelse

KrF mener at det offentliges engasjement må rettes mot grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester. KrF vil ha en reform av tannhelsetjenesten basert på offentlig ansvar og styring, refusjon fra folketrygden og tak på egenbetalingen.

KrF vil: innføre en reform av tannhelsetjenesten basert på offentlig ansvar og styring, refusjon fra folketrygden og begrensning av egenbetalingen.

Morten Harry Rolstad
Kommunikasjonssjef i NTF

PalodentPlus

Seksjonsmatrisesytem

- Optimale kontaktpunkter
- Tetter gingival
- Mindre overskudd



SDR®

Smart Dentin Replacement

- 4 mm i en sveip
- Selvtjevnes i kaviteten
- 3 års kliniske data*



Optimale klasse II fyllinger – på en enklere måte

For better dentistry

DENTSPLY

DENTSPLY DeTrey | Ørneveien 17 | 2070 RÅHOLT | Frank Hansen 97608438 | www.dentsply.no



Listerine® Professional Sensitivity Therapy blokkerer **92 %** av dentinkanalene – etter bare 6 skyllinger *in vitro**

Nå kommer det første munnskyllet i en ny ekspertserie fra Listerine® – et munnskyl som tas to ganger daglig, og som bruker kaliumoksalat-krystallteknologi til å blokkere dentinkanalene dypt nede for en langvarig beskyttelse mot sensitive tenner.^{2,3}

Etter bare 6 skyllinger blokkerer Listerine® Professional Sensitivity Therapy **92 %** av dentinkanalene: Det er dobbelt så mye som konkurrerende tannkrem-merker!^{1,4}

Det kan brukes alene for langvarig beskyttelse,³ eller sammen med den mest anbefalte tannkremen mot sensitive tenner for å oppnå en vesentlig økning i antall dentinkanaler som tannkremen blokkerer *in vitro*.^{4,5}

*Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon



Kilder:

1. Dentine Tubule Occlusion, DOF 1 – 2012.
 2. Tubule Occlusion Stability, DOF 3 – 2012.
 3. Relief of Hypersensitivity, DOF 4 – 2012.
 4. TNS – Sensitivity Market Research 1 – 2012.
 5. Combination Tubule Occlusion, DOF 2 – 2012.
- NO/LI/-0070

Produktet anbefales ikke til pasienter som har hatt nyresykdom, hyperoxaluria, nyrestein eller malabsorpsjonssyndrom, eller som har et høyt inntak av vitamin C (1000 mg eller mer pr. dag).

Informasjon, informert samtykke og journalføring

På Nordental 2012 var det mange utstillere som hadde store, flotte og i øyenfallende stands som tok mye av oppmerksomheten.

Men også en liten og beskjeden stand borte i et hjørne av utstillingshallen skulle vise seg å ha noe som virkelig burde få oppmerksomhet og ha interesse for de fleste tannleger.

Alle vet at gode journaler skal dokumentere at pasientene har fått god informasjon og at behandlingen skal baseres på et informert samtykke.

Dette står i journalforskriftene og følges opp av Helsetilsynet, Helfo og klagenemndene.

Men vi vet like godt at det er vanskelig å gi god nok informasjon på en enkel måte. Og så vet vi at mye av den informasjonen vi gir ikke blir oppfattet eller den blir misforstått.

Da blir det viktig at man kan gi informasjonen på en enkel og forståelig måte.

Og det er her den beskjedne standen på Nordental hadde noe viktig å vise frem: Et informasjonsprogram som heter Dental Info.

Dette er et skreddersydd informasjonsprogram for tannleger som vil sørge for at pasientene får så god veiledning at de er i stand til å gi et informert samtykke.

Informasjonen til pasientene kan vises på skjermen over uniten mens han eller hun sitter i stolen eller man kan vise informasjonen på en skjerm et annet egnet sted på klinikken. Og her kan jo både tannpleier og tannhelsesekretær være på banen.

Jeg har fått prøve programmet. Det består av flere hovedelementer:

Illustrasjoner

Tjuetre temaer er visualisert gjennom enkle og tydelige illustrasjoner med til-

hørende beskrivelser. Beskrivelsene og forklaringene er gode og holder absolutt mål faglig. I tillegg er illustrasjonene forbillig utført.

Her omtales karies, fasetter, gingivitt og periodontitt, visdomstenner, rotpis-samputasjon, infraksjoner, irreversibel pulpitt og mye, mye annet. Man kan vel egentlig si at nesten alt allmenntannlegen stiller med til daglig er omtalt.

Et tema tar det noen få minutter å vise – antagelig raskere og bedre enn vi gjør det når vi tegner og forklarer.

Kliniske fotos

Femten temaer ledsages også av gode kliniske fotos. Dermed blir det enklere for pasientene våre å forstå sammenhengene mellom tegningene og situasjonen intraoralt.

Det er lagt stor vekt på kvaliteten på de kliniske bildene. Det vises bilder av infraksjoner, snus-skader, syreskader, karies, gingivitt og mye annet.

Utskrivbare tekster

Hele 27 temaer finnes som utskrivbare tekster. Det betyr at pasienten kan få med seg hjem en tekst med illustrasjoner som viser den informasjonen som de har fått. Tekstene er kvalitetssikret av Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen, men de kan også redigeres for dem som ønsker å supplere eller endre noe. Med et tastetrykk vil det journalføres hvilken informasjon som er gitt til pasienten. Dermed er dokumentasjonen på plass.

Dental Info har mer å by på

En meget oversiktlig og kortfattet modul om førstehjelp hører også med. Her omtales alt fra allergi og anafylaktisk sjokk til fremmedlegeme i luftveiene og hjerteinfarkt.

Ni viktige temaer er belyst, og noen hver kan nok ha glede av en kikk på denne modulen, i alle fall som oppfriskning.

Info Dental er under kontinuerlig utvikling og på Nordental 2013 håper man å kunne presentere en ny versjon hvor også en medikamentmodul vil høre til.

Informasjonsprogrammet Dental Info holder høy faglig standard og vil for de fleste tannleger vært et nyttig hjelpemiddel i en travel hverdag.

Det er forøvrig meget enkelt å navigere gjennom programmet slik at man får full glede av alt det inneholder.

Programmet er integrerbart i journalsystemene fra Opus, Nextsys og Dentica

I løpet av få år har det blitt mellom fem hundre og tusen brukere, og det er neppe tilfeldig at man har valgt dette programmet til å informere pasientene på studentklinikken ved fakultetet i Bergen.

Til slutt

Det er strenge krav til god informasjon og ikke minst journalføring av den informasjonen vi gir til pasientene.

Innblikk i flere saker der Helsetilsynet har gitt advarsel, har vist at det er den manglende eller dårlige informasjonen som ofte er en stor del av problemet.

Det er flere måter å løse dette på, men et informasjonsprogram som Dental Info er et godt hjelpemiddel på veien til informert samtykke og en god journal.

Dental Info er utviklet av norske tannleger og Ferrule Media og mer informasjon om programmet finnes på www.dentalinfo.no. Programmet leveres blant andre av Norsk Dental Depot (NDD).

Kjetil Reppen

Kvalitet hele veien... ...det merkes!



VÅR SERVICETELEFON:
38 27 88 88



Miele PS 1201B - 2 års garanti

Ønsker du en problemfri hverdag på sterilen?

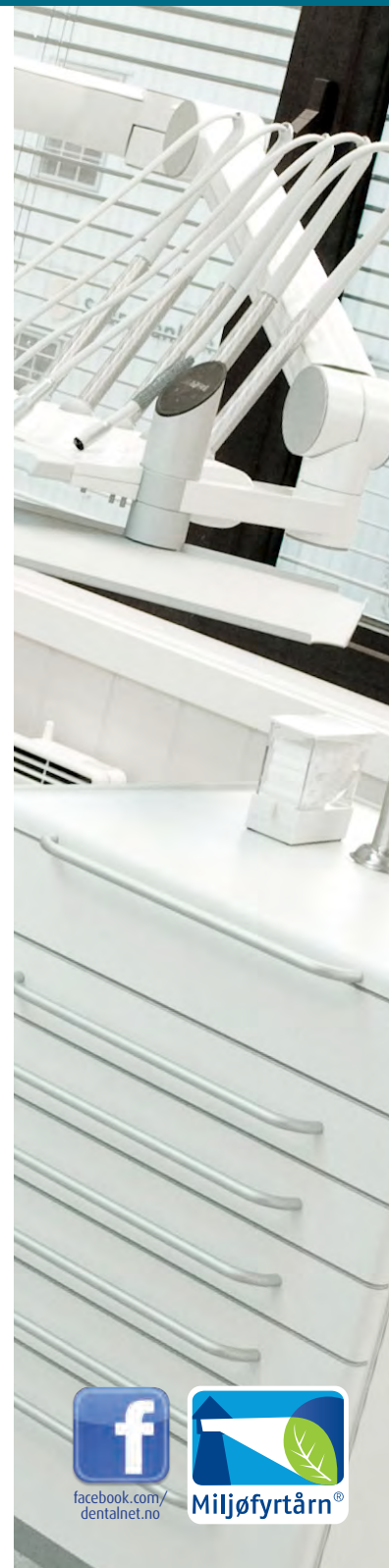
Da skal du slå til på vårt jubileumstilbud på Miele autoklav med 2 års garanti.

Akkurat nå kan du spare 11 550,- så ring oss i dag!

Kontant eller leasing? Valget er ditt!

dental sør
HELE VEIEN!

Dental Sør AS - Postboks 901, Saltverket 6 - 4509 Mandal
post@dentalnet.no - www.dentalnet.no



Samfunnsodontologisk forum i Bodø, 12.-13. juni 2013:

Godt forum

Årets samfunnsodontologiske forum ble arrangert i Bodø og føyer seg inn i rekken av svært vellykkede arrangementer både faglig og sosialt.

Nordland fylkeskommune med fylkestannlege Lars Inge Byrkjeflot i spissen hadde gjort et flott forarbeid, noe som også deltakelsen reflekterte. I sin spede begynnelse var forumet for 'de spesielt interesserte', men i år var det nesten 250 engasjerte deltakere, og dette viser berettigelsen av et slikt arrangement.

Programmet var i hovedsak rettet mot offentlig ansatte, noe som også har vært en tradisjon. En bredt sammensatt arrangementskomité hadde lagt alle forhold til rette for at vi skulle bli godt ivaretatt både i forhold til det sosiale og kulturelle. Det var flere valgmuligheter for utflukter, og med et fantastisk vær og en natur som i hvert fall vi østlendinger misunner ble det en flott helhet-

lig opplevelse som ikke så lett lar seg beskrive. Det må oppleves!

De kulturelle innslagene ble naturlige avbrekk i fagprogrammet og ved å velge Bodø kulturhus som foredrags-sal første dagen fikk alle kunstnerne utfolde seg i kjente omgivelser. Under festmiddagen om kvelden ble det kulturelle toppet med brødrene Bremnes som hadde en fantastisk flott konsert som bekrefter at visekulturen fortsatt er høyst levende!

Kvalitet i tannhelsetjenesten

Åpningen av forumet ble foretatt av fylkesmann Hill-Marta Solberg som presenterte fylket og pekte på de store utfordringene som var relatert til en spredt bosetting på et stort geografisk område. Lars Inge Byrkjeflot introduserte temaene for de to dagene og hadde underveis fyldige presentasjoner både av foredragsholdere og temaer.

Ved årets Samfunnsodontologisk forum ble det satt fokus på kvalitet

i tannhelsetjenesten. Et av målene var å fremme en kvalitetskultur i tannhelsetjenesten og en organisasjon i kontinuerlig forbedring. Det ble også rettet fokus mot risikopasienten og hvordan vi fordeler og utnytter ressursene. Innfallsvinkel til dette var «Grensløs tandvård i Norr», et samarbeidsprosjekt mellom tannhelsetjenesten i Nordland og folktandvården i Västerbotten. Det er utført en komparativ studie når det gjelder demografi, organisasjon, drift, ressursbruk og resultat. Målet med prosjektet er at en skal lære av hverandre, skape varige samarbeidsrelasjoner og overføre det beste fra hverandre over landegrensen. På grunnlag av studien har en på norsk side valgt noen utviklingsområder. To av disse samsvarer godt med nasjonale føringer og var valgt som tema på årets forum.

Kvalitet i tannhelsetjenesten, med hovedvekt på kunnskapsbaserte tjenester, der faglige retningslinjer er et virkemiddel for kvalitetssikringen.



Utsikt fra Keiservarden, en av utfluktene deltakerne kunne velge mellom.

«Mer til de syke, mindre til de friske». En bedre oppfølging av risikogrupper, risikovurdering og differensierte innkallingsintervaller

Over landegrensen

Prosjektet «Grensløs Tandvård» som er et veldig spennende samarbeidsprosjekt mellom to fylker som har mange demografiske fellestrekk, men ulike resultater med ulik ressursinnsats ble presentert av Silja Ildgruben, tannhelsesjef Helgeland og Ulf Søderstrøm, tandvårdsstrateg i Västerbotten. Hovedideen med prosjektet er å lære av hverandre og å hente det beste over landegrensen. For å belyse dette hadde de invitert Elisabeth Wärnberg Gerdin, som er leder av Svensk Samhällsodontologisk Förening og ansatt i Landstinget i Østergötaland, og Eeva Widstrøm som er professor i samfunnsodontologi ved universitetet i Tromsø. Gerdin redegjorde for den svenske tandvårdsmodellen som har blitt revidert relativt hyppig de senere år og som hun beskrev som en kombinasjon av en velferdsideologi med felles skattefinansiert tjeneste, og en ideologi basert på markedet, individets frihet og egen finansiering. Widstrøm konkluderte med at i Sverige har tannhelsen vært politisk viktig over partigrensene, det har vært et målrettet og langsiktig arbeid med mye fokus på personalets kompetanse og en har vært villig til å gjøre store økonomiske investeringer. Vi fikk

deretter en innføring i kunnskapsbasert praksis fra senteret med samme navn ved Høgskolen i Bergen. Katrine Aasekjær hadde et inspirerende innlegg med mange innspill til ettertanke. Et eksempel hentet fra en amerikansk undersøkelse viser at 30–40 prosent av pasientene ikke får behandling i henhold til vitenskapelig dokumentasjon og at 20–25 prosent av all behandling er unødvendig. Nils Oscarson, fra TkNN og Ulf Søderstrøm videreførte dette til odontologien og redegjorde for de nasjonale retningslinjene som er gitt ut av den svenske Socialstyrelsen. Som avslutning første dag fikk vi en gjennomgang av oppdraget gitt av Helsedirektoratet om: «Veileder. Gode tannhelsestjenester til barn og ungdom». Ivar Parmann som er leder av gruppen presenterte oppdraget og en rekke problemstillinger som de vurderte å ta med i rapporten.

Mer norsk og svensk

Fagprogrammet fortsatte neste dag med en presentasjon av utviklingsverktøyet «vår gode tannklinikk» fra Nordland. Dette er et verktøy som de bruker for å kartlegge og forbedre de enkelte klinikker. En enkel folder er laget og inneholder et skjema som besvares av alle ansatte. Ut ifra besvarelsen skal en velge noen satsningsområder med størst potensiale til forbedring. Neste hovedtema fokuserte på ulikhet og igjen var det erfaringer fra Sverige som ble presentert av Pia Gabre, cheftand-

låkare i Uppsala. Primær forebygging må rette seg mot hele befolkningen, mens sekundær forebygging betyr en individuell høyrisikostrategi. Variabler som har betydning for å identifisere risikoindivider er de kjente sosioøkonomiske parameterne, men en skal heller ikke glemme det epidemiologiske paradoks; det er gruppen friske eller lavrisikopasienter som står for den største andelen av den totale kariestilveksten! Fra Skåne fikk vi høre om erfaringer med risikovurdering og differensiering av innkallingsrutiner ved Ing-Mari Redmo Emanuelsson. Hun viste hvordan de hadde utarbeidet retningslinjer for risikogruppering og etablerer en munnhelseprofil som er styrende for innkallingsintervallene og terapiplanleggingen. Typisk svensk grundighet og systematikk!

Fagprogrammet ble avsluttet med en god paneldebatt hvor Norge var representert med fylkestannlegen i Oppland og Nordland, Bjørn Ellingsæter og Lars Inge Byrkjeflot. Deres standpunkter ble godt mottatt av salen, Ellingsæter frembrakte spontane klappsalver noe som underbygger at vi også gjør noe riktig i Norge!

Stafettspinnen ble overlevert til Nord-Trøndelag, jeg håper alle som er engasjert i tannhelseproblematikk sett fra et samfunnsodontologisk perspektiv får en like flott opplevelse neste år!

Tekst og foto: Øyvind Asmyhr

Sikker på at du får det beste?

Benytt vår kampanje og la oss overbevise deg om at vi leverer utsøkt tannteknikk til Norges laveste priser.



Les mer på www.dentsolution.no eller ring tlf. 23 68 68 68

ARTINORWAY®

ANNO 1986



Fornøyde kunder har gjort oss til
Norges største formidler av tannteknikk

SPØR OSS OM DIGITALE AVTRYKK

Følg oss på facebook for spennede kampanjer og nyheter
www.facebook.com/artinorway



ARTINORWAY®

NYHET!

SUNSTAR



SOFT-PICKS™

**Endelig finnes GUM® Soft-Picks i 3 størrelser:
REGULAR • LARGE • X-LARGE!**



Regular **Large** **X-Large**



FINNES PÅ DITT DEPOT!

Sunstar | Tel 909 84154 | info.se@se.sunstar.com



GUM® Soft-Picks 2013 NO



Assistenttannlegers prosentavtaler – utgått på dato?

Høsten 1988 startet vi i Pluss-Regnskap AS opp samarbeid og rådgivning overfor norske privatpraktiserende tannleger og noe av den tannlegeverden vi møtte kan beskrives slik:

Tannlegekontorene var organisert opp som personlige selskaper, klinikene var relativt enkelt utrustet – ofte med ett behandlingsrom og bemannet med tannlegen og dens sekretær.

I noen tilfeller hadde tannlegens egen arbeidsinnsats medført at klinikken hadde opparbeidet seg så mange pasienter at klinikken hadde knyttet til seg en kollega som arbeidet som assistenttannlege i virksomheten.

Den gangs store tannklinikker kunne dermed ha både to og tre behandlingsrom, ha noe mer sekretærhjelp og noen var sågar organisert opp som aksjeselskaper.

Uansett, godtgjørelsen til assistenttannlegen var 45 til 50 % av brutto honorar redusert for kostnader til tannteknikk.

Nå, 25 år senere – høsten 2013 driver vi fortsatt med regnskap og rådgivning overfor norske privatpraktiserende tannleger og vi kan beskrive norsk tannlegeverden som følger:

Klinikkene er gjennomgående mye større, har mange tannleger – også assistenttannleger – har tilgang til og jobber ut i fra to behandlingsrom. Behandlingsrommene har gjennomgående et høyt og dyrt utstyrsnivå og

kvalitetsfokuset drift krever også store løpende driftskostnader – blant annet i form av mer sekretærhjelp, store kostnader til drift – vedlikehold av lokaler og utstyr.

Alt skal betales og tannklinikken har derfor lagt opp honorarsatser / honorarnivåer som kan dekke alle disse etablerings- og driftskostnader.

Så mange forhold i den norske tannlegeverden har forandret seg gjennom disse 25 årene, men ett forhold har i liten eller ingen grad endret seg; prosentatsen til assistenttannlegen!

Og vårt spørsmål til norske tannleger blir derfor:

Når kostnadene til etablering og drift har mangedoblet seg over de siste 25 år – når disse kostnadene forholdsmessig utgjør en større andel av grunnlaget for nivået på honorarsatsene som klinikken jobber etter – er det da riktig at prosentatsen beholdes og synes tenkt videreført?

Vi møter ofte tilfeller hvor enkelte dyktige effektive assistenttannleger mottar årshonorarer fra 1,5 til 2 millioner kroner – og vi spisser derfor spørsmålstillingen:

Er dette honorarer for arbeidsinnsatsen? Spør dere oss, svarer vi nei!

I stor grad fremstår slike honorarer for oss som en konsekvens av den store investerte kapital i tannklinikken, i store løpende kostnader, et stort tannhelseteam, samme sted etc.

Vi utfordrer derfor og kaster ut følgende brannfakkell: Arbeidsgodtgjørelse til assistenttannleger i form av 45 til 50 % av omsetning eks tannteknikk må opphøre!

Når det er sagt så mener vi at dyktige assistenttannleger skal ha god lønn for å utøve sitt yrke, men prosentavtaler er og har nå i en årrekke, vært feil.

Alternativene til prosentavtale kan være flere – et forslag kan dere få her:

Hva med å ta utgangspunkt i lønna til offentlig ansatte tannleger, kompensere for faktiske forskjeller; så som for eksempel forskjeller i pensjons- og forsikringsrettigheter, dekning av reise- og kursutgifter, permisjonsmuligheter, mengde arbeidsdager – arbeidstimer og dermed definere hva normal lønnsnivået er.

Bevisstgjør så assistenttannlegen hva som er forventet normal produksjon i den enkelte klinikk og så kan det om ønskelig defineres og avtales bonus, for produksjon utover forventet nivå.

En slik modell klargjør etter vår mening hva som er det rene lønnsnivået for tannleger – offentlig eller privat ansatt.

Det finnes selvsagt andre løsninger, men for oss står ett igjen: Prosentavtalene har overlevd seg selv og må opphøre!

*For Pluss-Regnskap AS
Trond-Egil Korsmo
Seniorkonsulent*

For mer informasjon – se vår hjemmeside www.dentalstoep-import.no



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Kjeveortopedi – offentlige takster og egenbetaling

Når Helsedirektoratet inviterer NTF til dialogmøter om stønad til tannbehandling, regner jeg med at også fordelingen av trygdemidlene blir diskutert. Vi håper alle på friske penger, men staten stiller neppe med ubegrensede midler. Da er det viktig at både NTF og spesialistforeningene vet hvorfor kjeveortopedisk behandling av barn dekkes over trygden og ikke over De offentlige tannhelsetjenestens budsjetter, og at de kan refusjonsreglene så godt at de ser konsekvensene av endringer. Dette er den eneste tannbehandling barn må betale for, og en bør derfor være ekstra på vakt mot uønskede utslag.

De siste årene har trygdens takster for kjeveortopedi stått nesten stille, mens takstene for resten av tannhelsefeltet har fulgt prisutviklingen. Når NTF

så ber oss tenke bedriftsøkonomisk og øke prisene når driftskostnadene øker, gir dette større utslag for kjeveortopediske pasienter enn NTF kanskje er klar over.

Dersom en kjeveortoped beregner for eksempel 20 prosent mellomlegg, noe som er vanlig, er 80 prosent av den totale omsetningen låst av de offentlige takstene og kan ikke økes. Hvis det likevel skal kompenseres for en kostnadsøkning på eksempelvis tre prosent må hele prisøkningen legges på mellomlegget som da må økes med 15 prosent. Mellomlegget betales av pasienten, og egenbetalingen vil øke tilsvarende, mest for de med høyest refusjonsprosent og størst behandlingsbehov. Da blir det fort for dyrt for mange barnefamilier.

Nøyaktig dette skjedde da alle kjeveortopeder måtte innføre Norsk Helsenett. Trygdens takster sto stille, og verken NHN-økningen eller øvrige kostnadsøkninger ble kompensert. Strengt driftsøkonomisk burde da egenbetalingen økt med 15–20 prosent.

Hvis denne utviklingen får fortsette, vil ikke bare egenbetalingen øke uforutsvarlig, men hele prinsippet i refusjonsordningen (lavest egenbetaling for dem med størst behandlingsbehov) vil undergraves. Det er derfor svært viktig at trygdens kjeveortopediske takster reguleres i takt med pris- og kostnadsutviklingen, og jeg håper NTF kan kommunisere dette på en god måte til myndighetene.

Tor E. Torbjørnsen

ERG OPTIKK

- et bedre liv



Hos oss får du ergonomisk veiledning og spesialoptikk

Vår filosofi handler om kvalitet og omtanke. Med vårt skreddersydde konsept kan du unngå smerter i nakke og rygg.

Basert på ergonomisk analyse av din arbeidssituasjon og personlige målinger, produserer vi ultralette prismabrilles med vinklet innfatning og fast TTL eller Flip-up lupe, som gir deg en optimal arbeidsstilling og synsforhold.



ERG OPTIKK AS - TELEFON: +47 41 73 02 19 - E-POST: ULRIKA@ERGOOPTIKK.NO - WWW.ERGOOPTIKK.NO

MERIDENT OPTERGO
OPTICAL ERGONOMIC SOLUTIONS



**SCANDINAVIAN
DENTAL SERVICE AS**
Norsk produksjon og import

Fullservice laboratorium og totalleverandør av tanntekniske produkter

Bruxer ZR krone, kr 1.250,-

Med sin høye slitestyrke passer denne perfekt for bruxister

Prøv også vår mye omtalte Snorkeskinne, kr 2.100,-

Spør oss om digitale avtrykk

Nedre Baklandet 58 C // Postboks 6143, Sluppen, 7435 Trondheim

Telefon +47 73 54 90 00 // E-post: sds@sds.as

www.sds.as

KVALITET
KONTROLL
KUNNSKAP
VÅR STYRKE



Alle typer tannerstatninger

Spesialisering innen freste
implantatløsninger og
avtagbar protetik



*"Man verdsetter ikke sine
tenner så lenge man har dem"*
Ordspråk, Bengali

dental as
Agent for Well Dental Lab, (China) Co Ltd
Agent for Chengdu Trushine Dental Lab



Under Landsmøtet 2013 har vi gleden av
å invitere alle til stor bursdagsfeiring med:

Svein å di!

- bandet som skapte liv og røre på Landsmøtet i Bergen.

Fredag kl 18 på Lillestrøm!



Freddy Bukkøys bilder fra Landsmøte pubben i Bergen



Vi feirer vårt 30-års jubileum med å invitere hele Landsmøtet
til bursdagsfeiring i glassgaten utenfor messehallen.

Start kl. 18.00 - og vi holder på til ca. kl. 21.00.

Arrangementet er gratis og på vår stand kan du
gjøre deg fortjent til en gratis mat og drikkebonge!



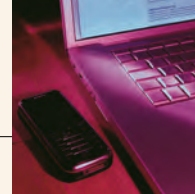
Dette bør du få med deg, her blir det liv!



Meld deg gjerne på
via vår Facebook-side

dental sør
HELE VEIEN!

Servicetelefon: 38 27 88 88



Syk i ferien

Ferien skal være tiden for å nyte livet og hente seg inn, men man kan også bli syk i ferien og arbeidstakere som blir syke i ferien, har ofte rett på nye feriedager samme år.

For at den ansatte skal ha rett på å få nye feriedager på grunn av sykdom i ferien, må imidlertid flere vilkår være oppfylt.

I følge Lov om ferie (ferieloven) § 9 må arbeidstaker ha vært 100 prosent arbeidsufør i minst én uke av ferien, det vil si seks virkedager, for å få rett til erstatningsferie. I ferieloven regnes lørdag men ikke søndag som en virkedag. Det er imidlertid verdt å merke seg at sykdom på fridager før eller etter ferien ikke teller med i beregningen.

Eksempel

Linda har sin siste arbeidsdag før ferien fredag 12. juli og reiser rett til hytta samme kveld. I løpet av natten blir hun syk og lagt inn på sykehus. Hun er seneliggende og 100 prosent arbeidsufør helt frem til og med fredag 19. juli. Linda har vært arbeidsufør i seks virkedager, men har ikke rett til å få erstattet ferien fordi feriedagene hennes først startet å løpe mandag 15. juli. Dermed har hun bare vært arbeidsufør i fem virkedager. Dersom hun hadde vært syk også lørdag 20. juli ville seksdagerskravet vært oppfylt og hun ville hatt rett på å få erstattet en ukes ferie.

Enkelte avtaler inneholder bestemmelser som senker kravet til antall dager med sykdom før man har rett til å få erstatter ferien. Veiledende avtale om lønns- og arbeidsvilkår for tannhelsesekretærer (mønsteravtalen) inneholder ingen slik bestemmelse.

Ferieloven § 9 krever at sykdommen må dokumenteres med legeerklæring (sykemelding) for at den ansatte skal ha rett til å få erstattet feriedagene.

Videre sier ferieloven at arbeidstaker må fremme krav om å få ny ferie *uten ugrunnet opphold etter at arbeidet er gjenopptatt*. Bestemmelsen tolkes slik at fristen for å kreve erstattet feriedagene normalt settes til to uker etter at man er tilbake på jobb. Fristen er ikke absolutt og hvis den ansatte har hatt en god grunn for å vente med å fremme kravet, må arbeidsgiver godta et krav som fremmes noe senere enn dette.

Hvis en ansatt oppfylder vilkårene for å få hele eller deler av ferien sin erstattet, er det viktig å vite at det kun er de feriedagene vedkommende har vært 100 prosent sykemeldt som vil bli erstattet. Resten av feriedagene anses som avvirket.

Den utsatte ferien legges til den gjenstående delen av ferieåret (kalenderåret). Dersom en arbeidstaker har blitt syk i hovedferieperioden (1. juni – 30. september), har ikke vedkommende rett til å få ta den utsatte ferien innenfor den samme hovedferieperioden, men

arbeidsgiver kan selvfølgelig gå med på dette dersom det er gjennomførbart.

Dersom den utsatte ferien ikke kan bli avvirket i løpet av ferieåret *på grunn av sykdom*, kan arbeidstaker kreve å få overført inntil to uker ferie til neste år. De to ukene kommer i *tillegg til* eventuell annen ferie som kan overføres til neste år etter andre bestemmelser.

Det er ikke slik at arbeidstaker har plikt til å overføre ferie ved sykdom. I tilfeller der 100 prosent arbeidsuførhet har vart så lenge at det ikke er mulig å avvikle ferie før ferieårets slutt, har arbeidstaker rett til å få ferien utbetalt i stedet for å overføre den.

Det er kun egen sykdom som gir rett til å få erstattet ferie.

For å ha rett til sykepenger må man oppholde seg i Norge eller i et EØS-land. Dersom en arbeidstaker skulle være uheldig og bli syk på reise utenfor EØS, har vedkommende rett til å få erstattet de feriedagene hun er syk utenfor EØS, men får kun feriefritid og ingen penger ettersom det ikke betales sykepenger. Norske leger har ikke anledning til å tilbakeføre en legeerklæring til datoen man blir syk i utlandet, selv om du har vært i kontakt med legen på telefon da du ble syk. Det er derfor ikke (av den grunn) noe poeng i å ta kontakt med fastlegen hjemme hvis man blir syk i utlandet i ferien.

Lin Muus Bendiksen
Seniorkonsulent i NTF



NORTANN
- alltid vakre tenner

NORSMILE
- agent for V-Best Dental Technology Ltd. Hong Kong

NorTann AS lager alt av estetisk, fast og avtagbar tannteknikk i Norge. NorSmile AS leverer konkurransedyktig tannteknikk fra Hong Kong.

Kontakt oss for tannteknisk kompetanse. Vi gir deg gjerne navn på referanser.

Tlf: 22 29 27 14 - Tlf: 23 38 80 08
www.nortann.no - www.norsmile.no



Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

Kollegahjelp er kollegial omsorg satt i system. Tanken er at vi skal være til hjelp for andre kollegaer som er i en vanskelig situasjon som kan påvirke arbeidsinnsatsen som tannlege. Vi skal være tilgjengelige kanskje først og fremst som medmennesker. Du kan selv ta kontakt med en av oss eller du som ser at en kollega trenger omsorg kan gi oss et hint. Vi har taushetsplikt og rapporterer ikke videre.

**Aust-Agder
Tannlegeforening**
Torleiv Lauvdal,
tlf. 37 02 29 40

Astrid Tredal,
tlf. 37 23 55 78

Bergen Tannlegeforening
Ingrid Slinde Fauske,
tlf. 98 00 55 78

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksbj,
tlf. 31 28 43 14

Erik Münter Strand,
tlf. 32 13 26 06

Finnmark Tannlegeforening
Bente Jørgensen,
tlf. 78 41 87 57

**Haugaland
Tannlegeforening**
Christine Stene Holstad
tlf. 52 85 38 64

**Hedmark
Tannlegeforening**
Terje Skogly
tlf. 90 20 82 77

Björg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

**Nordland
Tannlegeforening**
Sigmund Kristiansen,
tlf. 75 52 23 69

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

Nord-Møre og Romsdal
Anna-Haldis Gran,
tlf. 71 69 18 79

Lars Brubak,
tlf. 97 03 65 60

**Nord-Trøndelag
Tannlegeforening**
Anne Marie Veie Sandvik,
tlf. 74 09 50 02

Hans Haugum,
tlf. 74 27 01 58

**Oppland
Tannlegeforening**
Hans Solberg,
Hunnsveien 5, 2821 Gjøvik

**Oslo
Tannlegeforening**
Lise Kiil,
tlf. 22 60 05 34

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening
Ernst Inge Helland,
tlf. 51 53 33 03

Romerike Tannlegeforening
Trygve Næsheim,
tlf. 63 81 50 38

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

**Sogn og Fjordane
Tannlegeforening**
Arvid Fleten,
tlf. 57 82 29 17

Inge Fridell,
tlf. 57 69 54 77

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 70 13 21 56

Hege Leikanger,
tlf. 70 12 78 02

**Sør-Trøndelag
Tannlegeforening**
Anne Grethe Beck Andersen,
tlf. 72 41 15 64

Jan Henrik Parow,
tlf. 73 93 64 37

Telemark Tannlegeforening
Ragnhild Elisabet Berg,
tlf. 99 15 07 35

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

**Troms
Tannlegeforening**
Håkon Tande,
tlf. 77 01 81 00

Elsa Sundsvold,
tlf. 77 68 74 28

**Vest-Agder
Tannlegeforening**
John Øydna,
tlf. 38 12 06 66

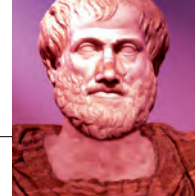
**Vestfold
Tannlegeforening**
Eva Nielsen,
tlf. 33 31 24 42

Kristian Schøyen,
tlf. 33 38 49 77

**Østfold
Tannlegeforening**
Marit Johnsrud Tonholm,
tlf. 69 14 28 04

Tore-Cato Karlsen,
tlf. 69 31 25 20

**Kontaktperson i NTFs
sekretariat**
Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 15
E-post: lin.bendiksen@
tannlegeforeningen.no



Om tannlegens forhold til tannteknikk

I de innledende kommentarene til NTFs etiske regler står følgende avsnitt:

«Den norske tannlegeforenings etiske regler, som fastlegges av tannlegene selv, skal danne grunnlaget for en verdig utøvelse av tannlegeyrket. Etiske regler viser at vi som yrkesgruppe tar ansvar for pasientene og faget vårt, og det vil være medvirkende til at publikum opprettholder tilliten til tannlegestanden. Dette kan også få betydning for den enkelte tannlege ved at pasientene føler at de kan stole på tannlegen sin. Derfor må det forventes at tannlegen gjør sitt til at det ikke er grunnlag for kritikk, ved å være faglig oppdatert og utføre arbeidet forsvarlig og til pasientens beste. En god regel er at man skal behandle andre som man ønsker å bli behandlet selv.»

I NTFs blogg er det en tannlege som hevder at den norske tanntekniker er en truet art, ikke på grunn av pris eller kvalitet, men som følge av griske tannleger. Dette er et tema som ofte kommer frem i diskusjoner mellom tannleger, og i den samme bloggen etterlyser tannlegen at dette burde være en sak for etisk råd.

Det har skjedd store endringer de senere år når det gjelder tannlegens forhold til tannteknikk. Vi snakker om

tiden før og etter direkterefusjon fra Helfo.

Før vi fikk direkterefusjon kunne vi sende med teknikerregningen som en tilleggsfaktura, og den ble dekket uansett størrelse, og ble holdt utenom tannlegens prosedyrer.

Det er helt riktig som tannlegen hevder i bloggen at Helse- og omsorgsdepartementet med sin innføring av prosedyretakster har introdusert en helt ny måte å beregne honorar på, og dette har blitt ytterligere forsterket av lanseringen av Markedsportalen.

Vi trenger norske tannteknikere, og vi trenger nærhet til gode teknikere for å løse estetiske utfordringer. Billig importert tannteknikk har medført at priser på i utgangspunktet likeverdige produkter varierer med opptil 700 prosent. Ny datateknologi medfører også at tannlegene i mange tilfeller kan klare jobben helt uten tannteknikere.

Denne utviklingen lar seg ikke stoppe, og Helse- og omsorgsdepartementets regelverk vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling viser det seg ikke å være spesielt enkelt å påvirke! Takstene er heller ikke gjenstand for forhandlinger. Alt ville imidlertid blitt ryddigere hvis tannteknikerhonoraret fremkom som en egen post i oppgjøret til Helfo, dette ville tydelig-

gjøre at tannteknikk er en egen leveranse.

I veilederen fra Helse- og omsorgsdepartementet står det at tannlegen må forsikre seg om at laboratoriet anvender materialer som tilfredsstiller kravene i forskriften om medisinsk utstyr, Helsetilsynets rundskriv angående retningsslinjer for bruk av medisinsk utstyr og rundskriv angående CE-merking og betydning av denne ved kjøp og salg.

Det blir feil å hevde at tannteknikk er en vare fra en underleverandør på lik linje med kompositt fra et dentaldepot. Tannteknikk er spesialprodusert medisinsk utstyr .

Som yrkesgruppe tar vi ansvar for pasientene og faget vårt, og vi ser viktigheten av at publikum opprettholder tilliten til tannlegestanden.

Vi kan fortsatt la tannteknikere være medleverandører av spesialprodusert medisinsk utstyr ved å føre dette som en egen post på pasientens kvittering. Selvfølgelig bør en lavere pris fra tanntekniker komme pasienten til gode. Vi har jo bundet oss opp via de etiske reglene til å utføre vårt arbeid forsvarlig og til pasientens beste.

*Maria Alvenes,
Leder for NTFs råd for tannlegeetik*

For mer informasjon – se vår hjemmeside www.dentalstoep.no

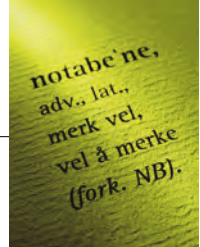
Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTÉKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium





Odontologilærer i Bergen fikk:

Høyhengende undervisningspris



Trond Inge Berge fikk undervisningsprisen ved Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen. I forgrunnen lydopptakeren han bruker for å legge ut lyd fra forelesningene på det elektroniske undervisningssystemet ved UiB.

Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen tildelte årets undervisningspris til professor Trond Inge Berge ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen.

Han fikk prisen i konkurranse med undervisere ved de mange medisinske fagfeltene ved det store fakultetet.

Fagfeltet til Berge er oral kirurgi og medisin. Han er også leder for undervisningsblokken Kjeve- og slimhinnelidelser i tillegg til å være ansvarlig for opplegget rundt prosjektoppgavene for studentene.

Undervisningen som han leder får svært god studentevaluering med hensyn på både faglighet og engasjert gjennomføring. Et pedagogisk grep han benytter

er å legge ut lydfiler av forelesninger på lærestøttesystemet, noe som viser seg å være svært effektivt sammen med elektroniske støtteark.

Tekst og foto:
Nils R. Gjerdet

Bidrag og tips til
Notabenesidene sendes til
tidende@tannlegeforeningen.no

TILBAKEBLIKK

■ 1913

Statens Tandlægeinstitut

Tinstituttets styre, som allerede høsten 1911 uttalte sig for en utvidelse av elevantallet ved skolen, vil nu gjenta sit forslag herom. Efter dette forslag skulde instituttet fra næste aar kunne opta 18 studenter i første klasse. Men først maa skolen flytte, da de lokaler den nu raader over i Tordenskjoldsgate 9 blir for smaa. Leiekontrakten utløper i oktober 1914. Hvor instituttet efter den tid faar lokaler er endnu ikke avgjort; foreløbig har man fæstet sig ved en gaard paa hjørnet av Edv. Stormsgate og Pilestrædet.

Ogsaa i aar er det et par løitnanter blandt de studenter som har søkt om optagelse i 1ste klasse. Da den ene av disse løitnanter ikke har kunnet skaffe betryggende erklæringer for, at hans militærtjeneste ikke vil komme iveien for skolesøgningen, er han ikke blit optat.

Juli-august 1913, 6te hefte

■ 1963

Møte i Østfold Tannlægeforening

Møtet ble avholdt på Mysen 16. november med ca. 30 medlemmer til stede. Etter en liten debatt om amalgamsaken, ble ordet gitt til kveldens foredragsholder, rettsodontologen Ferdinand Strøm. Han orienterte oss først litt om rettsodontologi. Denne har andre formål enn vanlig odontologi, men odontologisk lære er en forutsetning for utøvelse av rettsodontologi.

Strøm fortalte så om brannen på Stalheim Turisthotell i 1959. Brannen krevde 25 menneskeliv. Mange av ofrene var så forbrente at det var funn i forbindelse med tennene som gjorde identifikasjon mulig.

Til sist ga Strøm oss et innblikk i Torgersen-saken, der et bitt i myrdes bryst sterkt bidro til å felle tiltalte. Denne saken er for øvrig utførlig behandlet i Kriminalteknisk Tidsskrift nr. 10, 1959.

Juni 1963, hefte 6

■ 2003

Få klagesaker helt til topps

Det er ikke mange klagesaker mot tannleger som når helt frem til Statens helsetilsyn. De fleste saker løses i NTFs egne klagenemnder eller hos Helsetilsynet i det enkelte fylke, det som tidligere het Fylkeslegen. I hele fjor mottok Helsetilsynet sentralt 10 saker som angikk tannleger, enten i form av klager eller opplysninger om hendelser som tilsynet er forpliktet til å følge opp. Seks saker førte til reaksjoner i form av advarsel, men ingen saker endte opp med tap av autorisasjon, forteller underdirektør Kristin Cordt-Hansen i Avdeling for tilsynssaker i Statens helsetilsyn.

Juni 2003, nr. 8



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

23.-24. august 13.-14. sept.	Fritzøe gård Radisson Scandina- navia hotell, Oslo	NM i golf for tannleger Årsmøte i Praksiseierforeningen. Se www.praksiseier.no
31. okt. -2. nov.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
23.-24. nov.	Holmen Fjordhotell	SPA's høstmøte. Henv. Elisabeth Engemoen, eliseng@online.no
9.-11. jan '14	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
10.-11. mars '14	Oslo	NTFs symposium 2014 - Endodonti. Rica Holmenkollen Park Hotell. Henv. NTF v/Sissel Dahl, ann.kristin.solem@tannlegeforeningen.no
23.-24. mai '14	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmoetet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@eninvest.net
16.-18. okt. '14	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
8.-10. jan. '15	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
15.-17. okt. '15	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
7.-9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
12.-15. okt. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no

UTLANDET

29. aug.-1. sept. 6.-7. september	Istanbul, Tyrkia København	FDI. Se www.fdiworldental.org Henv. NTF, tlf. 22 54 74 00 Third Copenhagen Trauma Smposium. www.dentaltraumaguide.org
11.-13. okt.	Moskva	1st International Conference on Orthofacial Surgery and Orthodontics, ICOSO. Se www.orthofacial2013.info
31. okt.-3. nov. 14.-16. nov.	New Orleans, USA Stockholm	ADA Annual Session 2013. Se www.ada.org Odontologisk Riksstämman och Swedental 2013. Se www.tandlakarforbundet.se
29. nov.-4. des.	New York, USA	Greater New York Dental Meeting. Henv. info@gnydm.com
2.-4. april '14	København, Danmark	Årskurs. Se www.tandlaegeforeningen.dk
3.-5. april '14	København	Årskursus 2014. Bella Center. Henv. efterutdannelse@tdl.dk
11.-14. sept. '14 9.-12. okt. '14	New Dehli, India San Antonio, Texas, USA	FDI. Se www.fdiworldental.org . Henv. NTF, tlf. 22 54 74 00. ADA Annual Session 2014. Se www.ada.org

Med forbehold om endringer. Sjekk alltid aktuelle datoer direkte med kursarrangøren.
Vi er avhengige av dine innspill til kurs- og aktivitetskalenderen. De kan sendes til
tidende@tannlegeforeningen.no

Kongens medalje til Knut Tornes



Foto: Jørgen Barth

Knut Tornes er spesialist i oral kirurgi og oral medisin ved Haukeland universitetssykehus og har dessuten i 40 år vært tilknyttet odontologiutdanningen ved Universitetet i Bergen, i de siste årene som professor. Tornes har de siste 13 årene vært avdelingsleder for Kjevekirurgisk avdeling ved Haukeland.

Den 7. juni fikk han overrakt Kongens fortjenstmedalje i sølv for et langt og innflytelsesrikt virke innen oral kirurgi og kjevekirurgi.

Det var Bergens alltid entusiastiske ordfører, Trude Drevland, som overrakte medaljen. Hun la vekt på at Tornes hadde vært med på å utdanne en hel generasjon fagfolk og har vært – og er fremdeles – en inspirator og rollemodell for nye utøvere i fagområdet. Han har avgjort vært med på å styrke samarbeidet mellom ulike medisinske fag og odontologi. Forskningsområdet som Tornes har vært spesielt aktiv i gjelder utvikling av bedre og sikrere metoder for behandling av brudd og kjevestillingsfeil og bruk av orale implantater.



For ytterligere informasjon se
www.kirurgiklinikken.no
tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no

Kort ventetid

Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetik

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

Lege & tannlege
Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetik

Tannlege
Kjetil Misje
spesialist i oral kirurgi

Personalia

Dødsfall

Bjørn Geir Gundersen, f. 20.09.1948, tannlegeeksamen 1973, d. 26.04.2013
Hans Kosberg, f. 13.04.1924, tannlegeeksamen 1950, d. 21.02.2013
Per Drangsholt, f. 23.06.1921, tannlegeeksamen 1947, d. 11.11.2012
Jostein Budal, f. 10.11.1929, tannlegeeksamen 1953, d. 29.05.2013

Fødselsdager

85 år

Torje Skeie, Kristiansand, 26. august
Bernt Gitlestad, Gressvik, 21. september
Atle Drageset, Bergen, 11. september

80 år

Margit Hellevang, Os, 24. august
Grete Damm Blystad, Oslo, 2. september
Oddleiv Skarstein, Tertnes, 2. september
Per Gjermo, Asker, 11. september
Ivar A. Mjør, Nesøya, 18. september

75 år

Sverre Korsgaard Njaa, Eidsvoll, 12. september
Lars Resberg, Sarpsborg, 16. september
Hans Petter Lindseth, Spydeberg, 20. september

70 år

Kjell Olafsen, Kristiansand, 8. september
Per S. Nordby, Oslo, 2. september
Rolf Steen Tindlund, Bergen, 3. september
Jan Vidar Kristoffersen, Nes i Hedmark, 5. september

Reidunn Holm, Vikersund, 14. september
Erling Berg, Bergen, 17. september
Thormod L. Strøno, Oslo, 19. september
Terje Nøtland, Leirfjord, 22. september

60 år

Kari Solheim Birkeland, Oslo, 28. august
Svein Øksenholt, Jakobsli, 29. august
Ulf Broch, 1. september
Leif Johan Gade, Larvik, 7. september
Bernt Arne Rønbeck, Hammerfest, 9. september
Helga Alnes, Larvik, 11. september
Carsten Aas, Skien, 19. september

50 år

Parvez Machuletz, Storsteinnes, 12. september
Judith Sæther Caspersen, Oslo, 15. september
Cato Nordahl, Stavem, 18. september

40 år

Harald Ag, Tromsø, 28. august
Olga Majeve, Oslo, 26. august
Samira Nadeem, Tolvsrød, 29. august
Kristina Nyakas, Jørpeland, 4. september
Edyta Bjørsvik, Drøbak, 7. september
Lilly Dahlström, Sandefjord, 10. september
Kathrin Trelles Cohen, 13. september
Eli Brinck, Bergen, 17. september

30 år

Gunel Zakariyya, Bergen, 28. august
Gholamreza Sefidroodi, Sandnes, 1. september

Åslaug Haugsdal, Bergen, 7. september
Kathrine Themmen Nordby, Oslo, 7. september
Kristin Evje, Tønsberg, 10. september
Louise Linn Lam, Oslo, 10. september
Jennifer Marie Stople, Stavanger, 12. september
Carl Haavard Knutsson, Bodø, 16. september
Lino Torlakovic, Fjellhamar, 16. september
Gunnhild B. Farstad Bjerkeset, Kleive, 17. september
Stig Rune Meland, Porsgrunn, 20. september
Linda Stadheim Valland, Bønes, 20. september
Stian Solheim, Tromsø, 22. september

Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personaliaspalten, gir skriftlig melding *minst åtte uker* i forveien på e-post: tidende@tannlegeforeningen.no, faks 22 55 11 09 eller per post til Tidende, postboks 3063 Elisenberg, 0207 Oslo.

Dødsfall

Sekretariatet får dessverre ikke automatisk beskjed om dødsfall. Vi ber derfor medlemmene være behjelpelig med å gi NTF beskjed når en kollega er gått bort. Vennligst kontakt NTF, tlf. 22 54 74 00 eller e-post: post@tannlegeforeningen.no.

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



Vi er i dag et team av: kjevekirurger, endodontist, periodontist, allmennpraktiserende tannleger og anestesileger/anestesisykepleier.

Vi tar gjerne imot henvisninger fra andre tannleger/leger for behandling hos oss. Vi vil gjøre vårt ytterste for at din pasient skal få så god behandling, service og omsorg som mulig til pasienten sendes tilbake til deg.

TELEFON: 22 44 15 35
TELEFAKS: 22 44 30 50
ADRESSE: Bygdøy Allé 5, 0257 Oslo
E-POST: henvistil@tannleger.com
INTERNETT: www.tannleger.com

OPERASJONS AVDELING

Vi kan gjennomføre operasjoner i full narkose eller sedasjon. Henvisning rettes til avdelingen generelt. Pasienter vil få time hos en av spesialistene – alt etter hva henvisningen gjelder.

Implantater:

- Fiksturinnsetting – enkelttann/delkjeve/helkjeve/for magnetfester/kulefester
- Guided computerbasert fiksturinnsetting – operasjon "uten kirurgi"
- Ferdig behandling med krone/brø/protese på fiksturer hvis ønskelig

Bentransplantasjon:

- Fra hofte til kjeve/sinus (sinuslift)
- Fra kjeve til sinus (sinuslift)
- Kjevekamsoppbygging

Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

Andre inngrep:

- Fjerne visdomstenner/andre tenner
- Biopsier
- Cyster/tumorer

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

- Behandling av periodontitt
- Implantater
- Andre inngrep
- Deler av behandlingene kan gjøres i narkose/sedasjon om nødvendig

NARKOSE AVDELING

Vi kan gjennomføre operasjoner i full narkose eller i sedasjon i klinikkens nye operasjons og narkoseavdeling. Ved behandling i narkose deltar anestesileger og anestesisykepleier.

Lyst til å prøve deg på å behandle pasienter i narkose/sedasjon – eller å henvise pasienter? Det praktiske avtaler du med **Olav Egeland** som er å treffe på
TELEFON: 22 44 15 35 og 900 43 020
E-POST: narkose@tannleger.com



Bygdøy Allé Tannestetiske Senter
Bygdøy Allé 5, 2. etasje, 0257 Oslo

Zendiumpris til prosjekt for utsatte barn

Fylkestannlegene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane samarbeider for å avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn. Kompetansenettverk Vest – tannhelse, omsorgssvikt og overgrep mot barn, heter prosjektet.

Barnemishandling er vanligere enn det offisielle tall tyder på. Kompetansenettverket skal styrke den offentlige tannhelsetjenesten med å avdekke slike forhold og derved hjelpe barna til en bedre oppvekst. I juni ble initiativet belønnet med Zendium-prisen i forebyggende tannhelsearbeid 2013. Prisen ble delt ut under Samfunnsodontologisk forum i Bodø 13. juni.

Psykologer hevder at uoppdaget barnemishandling og omsorgssvikt er vår tids største utfordring. Undersøkelser i Norge tyder på at storparten av barn og unge som blir utsatt for fysisk mishandling eller seksuelt misbruk ikke blir oppdaget og ei heller diagnostisert.

Tannhelsepersonell er det eneste helsepersonell som behandler alle barn og unge mellom null og 18 år regelmessig gjennom hele oppveksten og er derfor i en unik posisjon når det gjelder å avdekke ulike former for omsorgssvikt. Det være seg pasienter som kommer med fysiske skader i hode- og halsregionen, skade på tenner, alvorlig karies i ung alder til tross for opplæring og oppfølging, vedvarende manglende oppmøte, unormalt samspill med foresatte, ekstrem behandlingsvegring, rusede pasienter eller rusede foresatte.

For å sikre faglig og tverrfaglig kompetanse til tannhelsepersonell har tannhelsetjenestene i de tre vestlandsfylkene inngått formelt samarbeid med Statens Barnehus Bergen, Statens Barnehus Stavanger, RVTS Vest og barneklubben ved Institutt for klinisk odontologi, Medisinsk-Odontologisk fakultet, Universitetet i Bergen. Samarbeidet er unikt og viktig og har bidratt til økt faglig trygghet hos alle parter, samt skapt ringvirkninger langt utenfor kompetansenettverket, skriver Zendium i en pressemelding.



Zendims Torbjørn Wilhelmsen (til høyre) med to av tre prisvinnende fylkestannleger: Helene Haver fra Rogaland og Arne Åsan fra Hordaland.

I begrunnelsen for tildelingen av prisen på 65 000 kroner heter det at samarbeidet er faglig godt forankret, det kan vises til resultater og at samarbeidskonseptet både kan utvikles videre til å inkludere flere helsedisipliner og at modellen kan overføres og brukes i andre regioner i landet.

Ny nettbutikk for
Opus/tannlegetrykksaker:
www.hsteenbergt.no

Hakon Steenberg grafiske tjenester
Postboks 100 • 3431 Spikkestad
Tlf. 920 46 290
Se også: www.tannlegetrykksaker.no

Nye bøker

■ Steinar Hunsikar, redaktør:

Allmenntannmedisin

Tredje utgave



Den nye utgaven er oppdatert og utvidet med nye kapitler. Forfatterne legger vekt på å beskrive symptomer og sykdommer som er relevante for allmennleger, og å vise hvordan allmenntannmedisinsk arbeid utføres i praksis med tanke på utredning og behandling av de vanligste tilstandene og sykdommene. I tillegg tas det opp generelle allmenntannmedisinske temaer, som allmenntannmedisinens og fastlegenes oppgaver, helseopplysning, helsekontroll, legeetik, rusproblematikk og spesielle medisinske oppgaver i pasientens ulike livsfaser.

Boken egner seg også godt for sykepleiere, fysioterapeuter, kiropraktorer, helsesekretærer og andre helsearbeidere som samarbeider med allmennleger. Tannleger, ansatte ved legevakter, trykdeforvaltningen, ambulansetjenesten, bedriftshelsetjenesten og mange andre vil også ha nytte av den.

Steinar Hunsikar har redigert boken og ledet redaksjonskomiteen. Han er forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, spesialist i allmenntannmedisin, fastlege og professor i allmenntannmedisin ved Universitetet i Bergen.

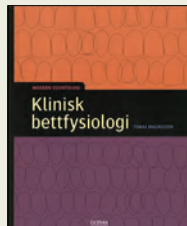
Redaksjonskomiteen har bestått av følgende personer: Mette Brekke, Per Hjortdahl, Knut Arne Holtedahl, Hogne Sandvik og Tone Smith-Sivertsen.

Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013. 984 sider. 3. utg. Bokmål. ISBN/EAN: 9788205401921

■ Tomas Magnusson

Klinisk bettfysiologi

Modern odontologi



Funktionsstyringer i kæk-systemet, så kallade kækledsbesvær, kan yttra sig som kækledsljud, gapningssvårigheter, ansikts- eller huvudværk. Dessa besvær är mycket vanligt förekommande, och de flesta som har dem kan behandlas framgångsrikt inom allmäntandvården.

Klinisk bettfysiologi är en lättillgänglig bok med tydlig klinisk tillämpning. Boken beskriver på ett pedagogiskt sätt de olika momenten i en bettfysiologisk utredning och ger förslag på behandlingar. Den innehåller dessutom en systematisk genomgång av funktionell anatomi, olika bettfysiologiska symtom samt olika orsaker till förlust av tandsubstans. Möjligheterna till ett delegerat arbetssätt är många och beskrivs därför i ett eget avsnitt.

Varje kapitel avslutas med instuderingsfrågor. Bildmaterialet är fylligt och pedagogiskt.

Boken Klinisk bettfysiologi vänder sig till studerande inom de olika tandvårdsutbildningarna, liksom till redan yrkesverksamma tandsköterskor, tandhygienister och allmäntandläkare.

Tomas Magnusson har lång klinisk erfarenhet som specialist i bettfysiologi. Han har även bedrivit undervisning för såväl studenter som färdiga tandsköterskor, tandhygienister och tandläkare. Numera är han verksam som professor i oral hälsovetenskap vid Hälsohögskolan i Jönköping och som föredragande tandläkare vid Socialstyrelsens tillsynsenhet i Jönköping.

Stockholm: Godthia Fortbildning; 2013. 77 sider. ISBN 978-91-7205-905-4.

■ Karin Sjögren; Claes Virdeborn

Hälsofrämjande tandvård



Grunderna till god tandhälsa är välkända sedan decennier. Trots det behandlar vi dagligen patienter med skadade tänder och förlorad stödjevänad. För individen handlar det om oåterkalleliga skador med känslomässiga och ekonomiska konsekvenser. Det ställer också höga krav på samhälle och vårdinsatser. Att arbeta hälsofrämjande kräver att vi fokuserar mer på det friska och tar tillvara patientens inre motivation till att leva hälsosamt. Det kräver också att vi förstår hur man behandlar de stora folksjukdomarna i munnen på ett sådant sätt att patienten får ett naturligt ansvar för sin egen sjukdom.

Boken vänder sig till all personal inom tandvården och kan även användas som kurslitteratur inom tandvårdsutbildningarna. Med många konkreta exempel får läsaren ta del av nyckelfaktorer för en hälsofrämjande kommunikation i tandvården. Rekommendationerna i boken grundar sig bland annat på nationella riktlinjer för vuxentandvård och nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Karin Sjögren är odont. dr. i cariologi, kommunikatör och lärare i motiverande samtalsmetod och har varit tandläkare i 20 år. Hon driver också filmbolaget Hälsofrämjande film.

Claes Virdeborn är specialist i parodontologi. Han har många års erfarenhet som tandläkare, lärare och studie- rektor på Tandvårdshögskolan i Malmö. Han ger utbildningar i parodontologi och kommunikation.

Stockholm: Godthia Fortbildning; 2013. 131 sider. ISBN 978-91-7205-881-1



■ Karin Sjögren.

Motiverande samtal i tandvården



Motiverande samtal är en samtalsmetod som passar i alla sammanhang där man vill stimulera en person att förändra sitt beteende. Metoden är evidensbaserad, används på hela livsstilsområdet och rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvård.

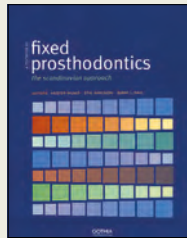
I boken MI, Motiverande samtal – praktisk handbok för tandvården beskrivs metoden på ett enkelt sätt och hur den kan tillämpas i tandvården. Boken innehåller många tydliga exempel på MI-samtal om: karies, tandlossning, munhygien, mat, dryck och tobaksbruk. Läsaren får en förståelse för metoden och kan direkt tillämpa den. Målet är att patienterna ska komma till insikt i hur de kan ta eget ansvar för sina tänders hälsa.

Denna andra upplaga har omarbetats och anpassats till det delvis nya sättet att pedagogiskt beskriva MI som W.R. Miller och S. Rollnick har introducerat under senare tid. De två författarna har båda stor erfarenhet av motiverande samtal som utbildare, behandlare och skribenter: Barbro Holm Ivarsson leg. psykolog och Karin Sjögren leg. tandläkare och odont. dr. Båda är medlemmar av Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

Stockholm: Godthia Fortbildning; 2013. 64 sider. ISBN 978-91-7205-907-8.

■ Krister Nilner; Stig Karlsson; Björn L Dahl:

A textbook of fixed prosthodontics The Scandinavian approach



Fastsittande protetik i olika former används i allt större utsträckning. Patienternas önskemål om funktionellt och estetiskt tilltalande tänder gör att nya material och metoder ständigt utvecklas och kraven på kunskap hos den behandlande tandläkaren ökar.

Boken ger nödvändiga kunskaper på området och tar upp det senaste rörande bl.a. keramiska material, digitala tekniker och implantatbehandling, liksom estetiska aspekter på protetisk behandling. Författarna presenterar olika biologiska överväganden – ur kariologisk, endodontisk, ortodontisk och parodontologisk synpunkt – innan de går igenom aktuella metoder inom den fastsittande protetiken. De redogör för materialval, metodik och olika praktiska delmoment. Kliniska råd vävs genomgående in i texten.

Boken vänder sig i första hand till studerande på grundutbildningen och till tandläkare under specialistutbildning. Den fungerar också som referensbok för allmäntandläkaren. Boken är en omarbetad andra upplaga med nya kapitel och färgbilder. Den är skriven på engelska för att passa en bredare målgrupp. De 32 författarna är experter inom sina respektive områden.

Stockholm: Godthia Fortbildning; 2013. 422 sider. ISBN 978-91-7205-796-8.

Nye bøker og anmeldelser

Tidendes redaksjon mottar et stort antall bøker, både om odontologi og andre fagområder innen helse, samt helse og samfunn med ulike vinklinger, fra forlag i inn- og utland. Mange av disse er det ikke aktuelt for Tidende å anmelde, mens mange sendes til anmeldelse. Det blir derfor jevnlig anmeldt et antall bøker i Tidende under Boknytt. Ofte går det imidlertid noe tid fra boken kommer ut til anmeldelsen foreligger.

For å gjøre bokutgivelser kjent for Tidendes lesere, presenterer vi bøker, både odontologiske fagbøker og de som omhandler andre temaer, med en kort omtale basert på vaskeseddelen fra forlaget, under vignetten Nye bøker. Presentasjonen kommer på det språket boken er skrevet; det være seg norsk, svensk, dansk eller engelsk, og er ledsaget av et bilde av bokens forside.

En presentasjon under Nye bøker i Tidende er ingen garanti for at det kommer en anmeldelse av boken senere, samtidig som det heller ikke utelukker en anmeldelse i en senere utgave.

Spesialistklinikken i Storgata

Tar imot henvisning
Kort ventetid!

Tannlege Janet Østrem
spesialist i periodonti

Tannlege Marika Hæreid
spesialist i protetik

Tannlege Trude Handal
spesialistkandidat i
endodonti

Storgata 17
0184 Oslo

Tel 22 41 80 80

Web: tannklinikken.no

FDI 2013 Istanbul Annual World Dental Congress

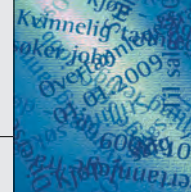
28 to 31 August 2013 - Istanbul, Turkey

Bridging Continents for Global Oral Health



2013 ISTANBUL

www.fdi2013istanbul.org
congress@fdi2013istanbul.org



■ STILLING LEDIG

TANNLEGE PÅ KARL JOHAN

Tannlege søkes til vikariat pga. fødselspermisjon fra ca. 15.november. Klinikken er veletablert og moderne utstyrt. Ta gjerne kontakt for mer informasjon

Tlf: 22429732/93021909

E-post: langset@centrumtannlegekon-tor.no

Vilje gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no
 Kontaktperson: Helene Haver
 tlf. 51 51 69 07 eller helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGALAND



Østfold fylkeskommune

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på www.ostfoldfk.no

Fra stillingene legges ut er det 4 ukers søknadsfrist. Det er mulig å abonnere på nye stillinger via nettsiden.

Kontaktperson: Kristin Strandlund, telefon 69 11 73 33/
95 44 71 72



BUSKERUD
FYLKESKOMMUNE

STILLING LEDIG

TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD FKF

LEDIGE STILLINGER

Alle våre ledige stillinger i Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF annonseres på www.bfk.no
 (Om fylkeskommunen / Ledige stillinger)

www.bfk.no Skaper resultater gjennom samhandling

UNIVERSITETET I BERGEN (UIB) er eit internasjonalt anerkjent forskingsuniversitet med over 14 000 studentar og vel 3500 tilsette ved seks fakultet. Vi held til midt i hjartet av Bergen og har røter tilbake til grunnleggjinga av Bergens Museum i 1825. Det viktigaste bidraget vårt til samfunnet er framifrå grunnforskning og utdanning med ei stor fagleg breidd.



UNIVERSITETET I BERGEN

Ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Institutt for klinisk odontologi, er det ledig følgjande faste vitsskapelege stillingar:

Førsteamanuensis i oral protetikk

50 % stilling.

Utfyllande opplysningar om stillinga kan ein få ved å vende seg til:
 Instituttleiar, professor Anne Nordrehaug Åstrøm, tlf. 55 58 64 83, e-post: anne.aastrom@iko.uib.no,
 Professor Morten E. Berge, tlf. 55 58 66 36, e-post: morten.berge@iko.uib.no.

Søknadsfrist: 14. september 2013

Overtannlege (kjeveortopedi)

Stillinga kan delast i to 50 % stillingar.

Utfyllande opplysningar om stillinga kan ein få ved å vende seg til:
 Seksjonsleiar Keijo Luukko, tlf. 55 58 65 66, e-post: keijo.luukko@iko.uib.no,
 Instituttleiar Anne N. Åstrøm, tlf. 55 58 64 83, e-post: anne.aastrom@iko.uib.no.

Søknadsfrist: 7. september 2013

Søknad og CV skal sendast elektronisk via www.jobbnorge.no

www.uib.no/stilling

Jobbnorge.no



TSMG Madlagården søker

Protetiker

Vi har behov for enda en dyktig spesialist i Stavanger. Alle typer stillingsstørrelser er aktuelle.

Vi tilbyr:

- Spennende tverrfaglig miljø med spesialister i endodonti, kjeveortopedi, periodonti, protetikk og oral kirurgi, i tillegg til stor allmennpraksis med tannleger og tannpleiere.
- Kultur for kompetanseutveksling
- Positive og engasjerte medarbeidere
- En moderne og velutstyrt klinikk

Les mer om oss på www.smildeal.no

Interessert? Kontakt:

Inger-Johanne Nyland, klinikkssjef
Tlf. 907 46 737 / inger-johanne@tsmg.no

Eirik A. Salvesen, avdelingsleder TSMG
Spesialistene / Tlf. 909 42 298 / eirik@tsmg.no



Sørlandet- Assistenttannlege
Selvstendig og serviceinnstilt assistent-tannlege søkes til travel praksis i Mandal. Lyse og trivelige lokaler. Tre til fem dager i uka. To behandlingsrom.

Digora dig. rtg., OPG, Opus og Helsenett. Vikariat er for ett år og kan utvides med eierskap om samarbeid fungerer bra.

Søknad og CV sendes til:
hanhlien99@hotmail.com.

Assistenttannlege Hedmark

Assistenttannlege søkes til travel praksis på Kirkenær (tre mil nord for Kongsvinger) En til to dager per uke med mulighet for større stilling etter hvert. Praksisen er moderne og velutstyrt og har stor pasienttilgang. Den er bemannet med en tannlege og en tannpleier. Tiltredelse etter avtale. Søknad sendes på e-post: tannlege@stenshol.no eller ring 62947066/ 97075377.

Assistenttannlege

Vi søker en dyktig og serviceinnstilt kollega i 50-60 prosent stilling til moderne og travel tannlegepraksis en time fra Stavanger sentrum fra 05.08.13. Lyse og trivelige lokaler, planmecastoler, opus data, digital røntgen. Du vil jobbe i felleskap med tre hyggelige kollegaer.

Ta kontakt for nærmere info. Tlf 95034614, post@perleraden.net

Assistenttannlege

Kvalitetsbevisst og arbeidsom tannlege søkes til veletablert, moderne klinikk i Oslo øst. I første omgang er det ledig et vikariat i et år i 60 % stilling (3-4 dager pr. uke). Stillingen er ledig fra sept/okt og det kan bli aktuelt med utvidelse og forlengelse av stillingen etter et år.

Søknad med CV sendes til:
flittons@online.no

Oslo sentrum

Omgjengelig og fleksibel kollega i 100% stilling i moderne klinikk i Oslo sentrum. Meget god pasienttilgang og faglige utfordringer. Gode inntjeningsmuligheter. Rask tiltredelse. Erfaring ønskelig. Er du interessert, vennligst send søknad m / CV til sentrumtannlegevakt@gmail.com. Henv. Vasko Kovachev, tlf. 917 52 150, e. kl. 18.

Østfold

Assistenttannlege søkes til ca. 60% stilling i veldrevet og moderne praksis midt i Østfold.

Søknad sendes til:
ostfoldtannlege@gmail.com

Assistenttannlege

søkes til veldreven klinikk i Drammensområdet, 1-2 dager i uken. Senere med muligheter for 100% stilling.

B. mrk 2-7/13

Kolbotn Tannlegesenter AS

har ledig lokale for en odontologisk spesialist (endodontist, periodontist, oralkirurg, kjeveortoped). Lokalet er i dag i bruk av spesialist som flytter høsten 2013. Det er forøvrig fire allmenpraktikere i Kolbotn Tannlegesenter AS. Lokalene har egen steril, venterom, stort lyst behandlingsrom med 2 uniter, OPG med ceph og mikroskop.

Kolbotn Tannlegesenter AS holder til i Oppegård kommune syd for Oslo, nær bygrensen, i Landerudsenteret på Sofiemyr, med kort vei til Ski og Ås kommuner. Ytterligere opplysninger kan fås på mobil 90034188, tannlege Kjell Tonne

Assistenttannlegestilling Bergen

Stilling ledig som allmennpraktiserende tannlege (assistenttannlege) ved Bergen Storsenter Tannlegepraksis. Vår klinikk består av 5 tannleger med assistenter, vi har 7 moderne behandlingsrom, OPG, osv.

Vi ønsker en allsidig allmenpraktiserende tannlege, eventuelt med spesialistkompetanse, 100% stilling, til et erfarent og stabilt miljø. Meget stor kundemasse. Stillingen er ledig fra og med 1/7 - 2013.

Ønskes det videre informasjon om stillingen, vennligst ta kontakt med undertegnede på tlf nr 90193858.

Søknad med CV sendes til:
Tannlege Øyvind Skarstein, Bergen
Storsenter Tannlegepraksis,
Strømgaten 8, 5015 Bergen
eller via mail: oyvind@minetenner.no

Velkommen til vår praksis!

Bergen
Storsenter
**TANNLEGE
PRAKSIS**
www.minetenner.no

Ledige stillingar

Møre og Romsdal fylkeskommune søker etter

tannlegar



Fullstendig utlysningstekst og meir informasjon om stillingane finn du her:

www.mrfylke.no/job/tannhelse. Søknadsfrist 30. august 2013



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Skann QR-koden og sjå
kva for stillingar som er
ledige i fylkeskommunen
akkurat no.

Fylkestannlegen Møre og Romsdal, Julsundvegen 9, 6404 Molde | www.mrfylke.no | post@mrfylke.no

Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag

LEDIGE FASTE TANNLEGESTILLINGER PÅ LEVANGER OG STJØRDAL

På Stjørdal kan funksjon som klinikkssjef bli aktuell for den som tilsettes.
Fullstendig utlysning på ntfk.no, zett.no og nav.no

Tannhelse og folkehelse

- et ansvar for **FYLKESTINGET**
i Nord-Trøndelag

frantz.no



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Midt-Norge

Administrerende Direktør i Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge

- Lederstilling i en innovativ og utviklingsorientert organisasjon
- Stilling som rapporterer direkte til styre og representantskap
- Spille en ledende rolle i forsknings og utviklingsarbeidet innenfor tannhelse i regionen

Vi har nå en spennende stilling ledig som Administrerende Direktør i Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge. Stillingen rapporterer til Styre og Representantskap i kompetansesentret og er ansvarlig for gjennomføring av en nylig vedtatt strategi for 2013-2016.

Lønn etter avtale.

Søknadsfrist 1.september 2013.

Les mer om stillingen på: www.tkm-n.no

Søknad med CV og eventuelle referanser bes sendt fortrinnsvis elektronisk til: anneb.skjetne@ntebb.no med kopi til kirsten.kringstad@stfk.no



BUSKERUD
FYLKESKOMMUNE

STILLING LEDIG

Tannhelsetjenesten i Buskerud er et fylkeskommunalt foretak med fylkestannlegen som øverste leder. 170 ansatte arbeider på 40 tannklinikker som igjen er delt inn i fem distrikter. Arbeidet omfatter alle kategorier pasienter.

TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD FKF

SPENNENDE LEDERSTILLING

Stilling som overtannlege i Lier, Røyken og Hurum er ledig fra 1. august 2013.

Distriktet har ca. 50.000 innbyggere, 25 ansatte og betjener 5 tannklinikker. Lederstillingen er pr. i dag plassert ved Lierbyen tannklinikk.

Ansvars- og arbeidsområdet omfatter daglig ledelse av distriktets faglige og administrative virksomhet, utarbeiding og oppfølging av budsjett og planer, videreutvikling av personalets kompetanse og rekruttering.

Den vi søker har en tydelig lederstil og er utviklingsorientert. Utfordringene i Tannhelsetjenesten er mange, vi står bl.a. ovenfor endringer i klinikkstrukturen i hele Buskerud.

Vi søker en person med odontologisk embetseksamen. Utdanning innen helseadministrasjon, ledelse og samfunnsodontologi vil bli vektlagt.

Lønn og arbeidsvilkår etter gjeldende tariffavtale og vilkår for øvrig i henhold til lover, regler og avtaler.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til Fylkestannlegen i Buskerud, Berit Binde tlf. 32 80 86 12.

Søknad sendes elektronisk. Du finner stillingsutlysninger og elektronisk søknadsskjema på www.bfk.no under «Ledige stillinger».

Søknadsfrist: 31.08.13

www.bfk.no

Skaper resultater gjennom samhandling

Tannlegehuset

*Tannlegehuset er en av Bergens ledende og største private tannklinikker. Virksomheten ble etablert i 1980 og har alltid ligget i fremste rekke når det gjelder å ta i bruk nye teknologier for å gi behagelige opplevelser, god tannhelse og et godt smil. Tannlegehuset holder til i moderne, lyse og hensiktsmessige lokaler sentralt på Landås.
www.tannlegehuset.no*

Tannlegehuset i Bergen søker yngre dynamisk tannlege m/erfaring, og som ønsker å jobbe i team. Moderne trivelig større praksis med alle moderne hjelpemidler. Godt faglig og sosialt miljø.

Gode karriere muligheter for den rette tannlege(er). Tiltredelse snarest.

Ta kontakt med daglig leder Sissel Nesse på mobil 91596222,

e-post sissel.nesse@tannlegehuset.no
eller Bo-Henning Skaale på mobil 91741001

■ STILLING SØKES

Tannlege søker nye utfordringer

Kvinnelig tannlege, 16 års allsidig erfaring fra privat praksis. Oslo og Bærum. To til fire dager i uka.

Kontakt: kvinnelig.tannlege@outlook.com/tlf 95 28 25 48

Kvinnelig tannlege søker jobb

Tannlege med 4 års allsidig erfaring søker fast jobb i Oslo og omegn. Har gode referanser. Ta gjerne kontakt på tannsett@gmail.com eller 99 70 93 16.

Tannlege søker stilling i Oslo og omegn

Kvinnelig tannlege, uteksaminert fra UiB 2010, erfaring fra både offentlig og privat praksis. Kontaktes på: nyttannlegeoslo@gmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

Ledige lokaler i kontorfellesskap i Drammen

Ca. 25 kvm fullt utstyrt tannlegekontor, med felles venterom, resepsjon, steril, OPG og spiserom, leies ut til spesialist eller etablert tannlege. Lokalene ligger i Globusgården på Strømsø, rett ved jernbane og buss. Klinikken består av fem allmenn-tannleger, en kjeveortoped og en tannpleier. Kontakt: post@globustannhelse.no

Tannlegepraksis til salgs

grunnet pensjonering. Sentralt beliggende i travel gågate i sentrum av Oslo.

En tannklinik i lyse trivelige lokaler. Må sees.

Planmeca, Dimaxis, Opus.
B.mrk.1-7/13

Tannlegepraksis til salgs

Tannlegepraksis til salg på Kokstad. Kokstadområdet har mange arbeidsplasser, med planlagte nybygg med mange nye arbeidsplasser i nær fremtid. Tannlegekontoret er i kontorfellesskap med 5 andre tannleger og 2 spesialister. Nydelige og lyse lokaler, med moderne utstyr. Lave kostnader. Praksisen selges grunnet for stor arbeidsmengde hos selger. Kontakt tannlege Anne Lerum kveldstid; 924 99 111 eller e-post; lerum.anne@gmail.com

Bergen Sentrum

Praksisdel av velrenommert større klinikk til salgs. Attraktiv beliggenhet. To fullt utstyrte behandlingsrom, egen resepsjon, OPG, Digora. Andel av et tredje behandlingsrom/tannpleierkontor.

Kan være behjelpelig med finansiering. Interessenter bes ta kontakt på mail : praksissalg@gmail.com

Å svare på B.mrk.-annonser

Svar på annonser merket B.mrk. kan sendes redaksjonen enten per e-post eller i posten. For e-post skrives B.mrk. og nummeret i tittelfeltet, mens selve svaret enten skrives som tekst i e-posten, eller sendes som vedlegg. E-posten sendes til tidende@tannlegeforeningen.no. Redaksjonen videresender e-posten til annonsøren uten å åpne eventuelle vedlegg.

Ved svar per post legges svarbrevet i egen konvolutt, merket B.mrk. og nummeret, og sendes i en annen konvolutt til NTFs Tidende, Postboks 3063 Elisenberg, 0207 Oslo. Svarkonvolutten omadresseres av redaksjonen og sendes uåpnet til annonsøren.

■ DIVERSE

Diverse tannlegeutstyr selges rimelig

Nesten ny Kavo Estetica E50 unit, Cattani TurboSmart våtsug og kompressor. Pakken (unit, sug, kompressor) ble skaffet gjennom Dental Sør. Overta leasing. 2 år nedbetalt. 3 år igjen av garantien. Du får Sirona sensor og røntgenapparat med på kjøpet ved hurtig avgjørelse

Gi bud. Vennligst ta kontakt på følgende e-post: tannlegeutstyr.akershus@gmail.com

Diverse tannlege utstyr til salg (Rogaland/Sola sentrum)

1 stk Planmeca Prostyle m supersoft trekk.

Sprøyte- motor -turbin. (Luzzani, kaVo196F og LRN465) Delight OP-lampe- ca 3 år gammel

1 stk KODAK Rtg med intraoral sensor (helt nytt)

1 stk Silamat S5 fra Vivadent .

1 stk elektro kirurgi

1 stk Melag Vacuklav 30B m vannfilter-- ca 2 år gammel

1 stk Melag Sveismaskin

1 stk kompressor ifra Hillevåg elektro-diesel (40 L) alder 15-20 år

1 stk Helt nytt (1 år) SRAB sugelanlegg (40 L septank)

1 stk Helt ny (1 år) teknojet sugemotor på 1,5KW

Kontakt e-mail adresse:

masso@online.no

Kontakt tlf +4751666611

HTS Homansbyen tannlegesenter

S P E S I A L I S T - & A L L M E N N P R A K S I S

Oscarsgt. 20,
0352 Oslo, tlf.23326660, fax.23326661
www.htls.no

Endodontisenteret i Homansbyen Tannlegesenter

ved spesialister i endodonti: Nina Wiencke Gerner, Arash Sanjabi, Hilde M. Aanmoen, Trude Bøe;
endodontisk behandling, smerteutredning og apikal kirurgi.
Muligheter for sedasjon ved anestesilege.

Spes. oral protetik Bent Thv. Gerner;
protetisk vurdering, rådgivning og behandling, med og uten implantater. Snorkeskinnebehandling.

Spes.periodonti Jan Akre
periodontittbehandling, implantatbehandling

Vi tilstreber kort ventetid.

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

Vi utfører reparasjoner/service på turbiner, de aller fleste merker.

NB!(Ikke vinkelstykker)

Prisen for overhaling, dvs. ny spindel, ny impeller, nye lagre og o-ringer.

Kun kr 1990 eks mva. Rask levering. 6 mnd. garanti!



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!

