

DEN NORSKE  
TANNLEGEFORENINGENS

# TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 124. ÅRGANG • NR. 11 DESEMBER 2014



# Du bestemmer!

Vårt ønske er å  
bidra til å finne rett  
løsning i forhold til  
dine behov –  
enten du velger å  
få det fremstilt hos  
oss i Norge eller i  
Hong Kong.

Les mer på  
[www.tannlab.no](http://www.tannlab.no).

#### FREMSTILLING

Vi tilbyr deg protetikk som møter dine pasienters individuelle behov. Våre tannteknikere er meget kompetente og har lang erfaring med å utføre avansert og kompleks protetikk.



#### RÅDGIVNING

Velger du TANNLAB som din tanntekniske partner får du valgmuligheter og råd basert på vitenskapelige anbefalinger og erfaringsbasert tannteknisk kompetanse.



#### FORMIDLING

Vi formidler tannteknikk fra profesjonelle produsenter, lokalt og globalt, enten du velger konvensjonell eller digital fremstilling.

TANNLAB-gruppen består av TANNLAB AS og TANNLAB Formidling AS. TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier. TANNLAB Formidling er agent for Sunrise Dental Laboratory Ltd, Hong Kong, og har lang erfaring og spisskompetanse innen formidling av tanntekniske produkter.

**TANNLAB**  
fremstilling · rådgivning · formidling



898



914



962

Boknytt

991



## Rubrikk- annonser

1013

- |     |   |
|-----|---|
| 878 | <b>Siste nytt først</b>   |
|     | <b>Leder</b>  |
| 881 | Det handler om å se   |
|     | <b>Presidenten har ordet</b>  |
| 883 | Folkehelse – nasjonale og globale utfordringer  |
|     | <b>Vitenskapelige artikler</b>  |
| 884 | Anette Kubon, Anne Christine Johannessen, Sigbjørn Løes og Knut Tornes: Ameloblastomer i Norge. Insidens og behandling                              |
| 890 | Trude Myhrer, Hilde Kjærnet Haugen, Tiril Willumsen og Astrid Bergland: Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag                     |
|     | <b>Kasusrapport</b>   |
| 898 | Ole Iden, Tore Solheim og Inge Fristad: Sentralt odontogent fibrom – en sjeldent, men viktig svulst for tannleger                                   |
|     | <b>Aktuelt fag</b>  |
| 902 | Linda Næss, Ragnhild Bjørknes og Ingfrid Vaksdal Brattabø: Tannhelsepersonellets rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt |
| 906 | Ellen Lykke Trier og Camilla Jørstad: Munnstell av alvorlig syke. Gode rutiner og prosedyrer for munnstell er viktigere enn valg av produkter       |
|     | <b>Nytt fra NIOM</b>  |
| 910 | Retningslinjer for lysherdning i odontologi   |
|     | <b>NTFs landsmøte</b>   |
| 914 | NTFs landsmøte 2014, Lillestrøm 16.-18. oktober: Godt besøkt  |
|     | <b>Aktuelt</b>  |
| 960 | Riksstämmaan fyller 50 år   |
| 862 | Folkehelsenettverkskonferanse, Gardermoen 4.-5. november 2014: Gode verktøy   |
| 964 | Militære tannleger  |
|     | <b>Kommentar og debatt</b>  |
| 966 | Står vi foran "Det store spranget" innen tannhelsespesialisering? (Sigbjørn Løes)   |
| 968 | Svar til Nils Martin Stølen i SSB: Debatten bør ikke være over (Carl Christian Blich)   |
| 969 | Svar til Carl Christian Blich: Usikker etterspørselsutvikling (Nils Martin Stølen)  |
| 970 | Kommentar til Carl Chr. Blich sitt innlegg i Tidende nr. 10: Er overproduksjon av tannleger ein god idé for samfunnet? (Hilde Aga)                  |
| 971 | Om arbeidsmarkedet for tannleger (Camilla Hansen Steinum)   |
| 972 | Hvem skal betale for revisjon? (Thomas Sefranek)  |
| 973 | Svar til Thomas Sefranek (Annette Randeberg)  |
| 974 | Svar til Camilla Hansen Steinum: Tannrensingskurs legges på is (Peter Lembke Gerdes)  |
| 975 | Svar til Peter Lembke Gerdes: Pasientsikkerheten viktigst (Camilla Hansen Steinum)  |
|     | <b>Praksisdrift</b>   |
| 976 | Ledig stilling i Den offentlige tannhelsetjenesten – hva nå? Må vi utlyse – og hvem kan vi ansette?   |
| 980 | Spør advokaten: Mønsteravtalen og lokale lønnsvurderinger for tannhelse-sekretærer  |
|     | <b>Snakk om etikk</b>   |
| 982 | Etikkhjørnet på NTFs landsmøte 2014   |
|     | <b>Notabene</b>   |
| 984 | Tilbakeblikk  |
| 985 | Kurskalender  |
| 990 | Personalia  |
| 993 | <b>Kolleiale henvisninger</b>   |

### Ikke bedre tilbud



Et år etter siste stortingsvalg mener velgerne at regjeringen ikke lykkes med å styrke det offentlige velferdstilbuddet. Det viser en undersøkelse som Respons analyse har gjennomført på oppdrag for Akademikerne.

Undersøkelsen viser at regjeringen hverken har lykkes med å utvikle tjenestetilbuddet, styrket samarbeidet med næringslivet eller forbedret offentlige innkjøp.

– Jeg er glad for at befolkningen er like utålmodige etter å se forbedringer som meg. Fremover må regjeringen ha mer fokus på å gjennomføre enn på å planlegge. Vi trenger mer samarbeid på tvers av departementene, og et tydeligere skille mellom hva som er politikernes oppgaver og hva som er forvaltingens ansvar, sier leder Knut Aarbakke i Akademikerne.

Undersøkelsen viser at regjeringen har lyktes dårligst med å forbedre offentlige innkjøp. Stat og kommune kjøper årlig inn varer og tjenester for over 400 milliarder kroner, og undersøkelser viser at det er mulig å spare inn 10–15 prosent av dette.

– Akademikerne har kommet med en rekke forslag til hvordan innkjøpsfunksjonen i offentlig sektor kan styrkes. Jeg forventer at regjeringen nå griper fatt i dette, sier Aarbakke.

### Seniorpolitisk barometer 2014



Hvert år måles holdningene til seniorer i arbeidslivet. Det er Senter for seniorpolitikk (SSP) som står bak, og undersøkelsen gjennomføres av Ipsos MMI – i år for 11. gang.

I undersøkelsen spørres ledere om hvor mange nye medarbeidere virksomheten har ansatt de siste 12 månedene. Til dem som svarer at de har ansatt nye, stilles det spørsmål om hvor mange av de nyansatte som er over 50 år.

64 prosent oppgir at ingen av de nyansatte er over 50 år. Bare 8 prosent av de spurte oppgir at halvparten eller en høyere andel av de nyansatte er over 50 år. De lederne som selv er over 50 år skiller seg ikke nevneverdig fra yngre ledere når det gjelder å ansette medarbeidere over 50 år. Ledere i store bedrifter har oftere ansatt seniorer enn ledere i små bedrifter.

De yrkesaktive får spørsmål om de har inntrykk av at arbeidstakere i 50-årsalderen er meget eller ganske ettertraktet på dagens arbeidsmarked, eller om de er lite ettertraktet.

Her svarer bare 7 prosent at de har inntrykk av at 50-åringene er meget ettertraktet. Med de som svarer ganske ettertraktet, er det i alt 41 prosent som samlet sett er positive. Dette er en betydelig nedgang fra i fjor.

– Det ser ut til at yrkesaktive innen høyeste inntektsgruppe og med høyest utdanning oftere enn andre mener de er ettertraktet i arbeidslivet også etter fylte 50 år. Dette tror vi har å gjøre med at de har innehatt stillinger der erfaring betyr mye, sier Erik Dalen i Ipsos MMI.

– Barometeret viser både positive og negative holdninger til eldre arbeidstakere, og holdningen er klart mer positiv nå enn for ti år siden. De fleste lederne

er fornøyd med de seniorene de har ansatt,

NOVA-forsker Per Erik Solem analyserer resultatene i Norsk seniorpolitisk barometer hvert år. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er sammen med Arbetsforskningsinstituttet en del av Senter for velferds- og arbeidslivsforskning ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

– Lederne har et positivt inntrykk av de eldre de har i arbeid, men er skeptiske til å ansette nye seniorer og eldre. Det tror jeg betyr at negative holdninger om eldre og aldring påvirker oppfatningen om de eldre man ikke kjenner. Derfor vil eldre tjene på å få vise fram hva de kan. Det første skrittet er å innkalte eldre søkere til jobbintervjuer. Men lederne nøler med å innkalte folk i 55–60-årsalderen eller eldre. Det fratar eldre muligheten til å presentere seg, og det fratar lederne muligheten til å bli kjent med eldre, kvalifiserte søkerne, sier Solem.

### Må prioriteres likt

Forskning har høyere prestisje i akademia enn undervisning, og årsaken er politiske prioriteringer og økonomiske incentiver, sies det i et notat utarbeidet for Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (Nokut), skriver bladet Forskerforum.

– Institusjonene har i mange år fått en tydelig marsjordre for å hevde seg innen forskning, sier Nokut-direktør Terje Mørland til bladet Utdannning. Han mener at undervisning må få samme prioritet hvis vi skal nå målene i kvalitetsreformen som kom for ti år siden.

Du kan følge oss på sosiale medier. Navnet er Tannlegetidende



## Intervju før studier?



– Det har blitt enda tydeligere at personer som i utgangspunktet ikke burde bli lege, heller ikke bør studere medisin, fordi bestått medisinstudium nå automatisk gir legeautorisasjon, mener prodekan Arne Tjølsen ved Det medisinsk-odontologiske fakultet (MOF) ved Universitetet i Bergen (UiB) i følge universitetsnettavisen På høyden. Når det ikke lenger er krav om turnustjeneste for å få autorisasjon som lege, melder en problemstilling seg på nytt: Motivsjonsbrev eller intervjuer som tilleggskrav til gode karakterer?

Det gir mening å ta egnethetsvurderingen før den kostbare utdanningen begynner, heller enn etter at den er ferdig. Alternativer er at kvalifiserte søkeres skriver om hvorfor de ønsker å bli lege, eller ved personlige intervjuer. Uansett kan det bli en masse ekstraarbeid ved MOF om dette blir innført.

– Vurderinger må gjøres i forhold til hensynet til pasientsikkerhet og andre samfunnsinteresser, rettferdighetsprinsipp med hensyn til høyere utdanning, og kostnader ved gjennomføring, mener prodekanen.

Dette bør ikke UiB mene noe spesifikt om uten en diskusjon mellom studiestene nasjonalt, mener Tjølsen videre.

– Vi har et pågående samarbeid mellom de fire fakultetene i Norge som utdanner leger, og har vært inne på dette flere ganger gjennom årene, sier Tjølsen.

– Det er både fordeler og ulemper med å bruke intervjuer, tester, motivsjonsbrev og lignende, så hittil har det ikke blitt noe entydig ønske om dette i Norge.

## Best å være gammel i Norge



Norge har klatret til topps på listen over beste land å bli gammel i, ifølge bladet Fysioterapeuten som viser til en omfattende indeks som måler eldres livskvalitet i 96 land. Etter Norge kommer Sverige, Sveits, Canada og Tyskland.

En rapport fra organisasjonen HelpAge International viser at flere nordmenn over 60 år er i arbeid enn folk over 60 år i andre land i regionen. Norge kommer derimot litt dårligere ut enn gjennomsnittet når det gjelder å være frisk i alderdommen og når det gjelder forventet levealder. Nyere data antyder også at de offentlige helsetjenestene for eldre i Norge er blitt redusert de siste 20 årene.

**På nett**

HIT THE ROAD TO HEALTH!

#HealthyMeans

The HealthyScore app helps you to rate your habits on a stoplight. Customizable reminders support you on the road to healthier living.

FDI lanserer app:

## Helsen i egne hender

FDI lanserer helse-appen HealthyScore for å hjelpe mennesker til bedre helse. Appen er laget av FDI, som representerer verdens tannleger, og partnerorganisasjonen WHPA, som representerer verdens leger, sykepleiere, farmasøyter og fysioterapeuter. Den er laget for at helsepersonell og pasienter sammen kan sette seg mål og følge fremgangen.

HealthyScore rangerer helseatferd etter viktige kriterier med et trafikklyssystem, og sender brukerne påminninger for å lede dem mot grønt lys. Appen skal hjelpe pasienter og helsearbeidere å finne felles mål og forbedre livsstil og biometriske risikofaktorer over tid.

HealthyScore skal minne brukerne om at helsen ligger i egne hender.

HealthyScore er en elektronisk versjon av «The WHPA Health Improvement Card», en viktig del av WHPA-kampanjen mot ikke-smittsomme sykdommer.

Appen finnes i både AppStore og Google play.

## Når kommer e-resepten?

E-resept for tannleger lar vente på seg. I vår var den rett rundt hjørnet, det vil si at løsningen skulle være ferdig i september eller oktober.

E-resept for tannleger skal fremdeles ha høy prioritet hos helsemyndighetene, men fristen for når den kan komme er igjen utsatt, og det er foreløpig ikke gitt noen ny dato.



# KONSTEN ATT SKAPA BESTÅENDE BINDNING

Från en snabb och effektiv självetsande adhesiv till ökad bindningsstyrka med selektiv emaljbindning

**G-ænial BOND** från GC

1 material - 2 metoder för perfekt adhesion

**GRATISPROV**



ESTETIKEN BLIR  
ENKLARE MED  
**'GC.'**



Prova innan du köper

Beställ ditt gratisprov på

G-ænial Bond (3 unidoser)

Besök vår hemsida

[gaenialbond.gceurope.com/sample](http://gaenialbond.gceurope.com/sample)

eller scanna QR-koden nedan



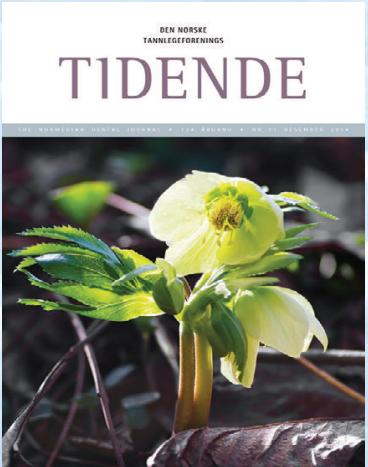


Foto: YAY Micro.  
Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:  
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:  
Nils Roar Gjerdet  
Jørn Arne Fridrich-Aas

Redaksjonssjef:  
Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:  
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten  
Enersen, Jostein Grytten, Anne Christine  
Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson,  
Nina J. Wang, Marit Øilo, Ulf Örtengren

Redaksjonskomité:  
Jon E. Dahl  
Anders Godberg  
Malin Jonsson

#### ABONNEMENT

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

ANNONSER  
Henr. markedsansvarlig Eirik Andreassen,  
Tlf. 22 54 74 30.

E-post:  
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

TELEFON OG ADRESSE  
Haakon VIIIs gate 6,  
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo  
Tlf. 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannegetidende.no

#### UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

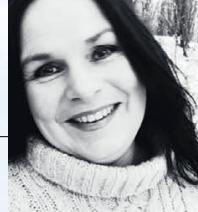
Opplag: 6 350. 11 nummer per år

Paralleltpublisering og trykk: 07 Media 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.

## LEDER



# Det handler om å se

Det er mye som henger sammen og gjensidig påvirker, også når det gjelder helse. Det er gammel vite-

Flere av sakene fra NTFs landsmøte som kommer i dette Tidende sier noe om dette; hvordan jeg er mot andre og de er mot meg har stor effekt på hvordan både jeg og de andre har det. Trond-Viggo Torgersen og ikke minst Marco Elsafadi snakket mer generelt om det mellommenneskelige, mens Geir Haukeland og Margrethe Mehus snakket mest om møtet mellom pasient og behandler. Maren Agdal snakket spesielt om å møte barnet som pasient.

Folkehelse er det også mye snakk om for tiden. Jeg har vært på folkehelsenettverkskonferanse. Der var det mest om tannhelse, og noe om tannhelse og generell helse. Det ene griper inn i det andre. Det er ikke noe nytt, og det er et spor som bør utvides og følges.

Det som er nytt er at den vitenskapelig dokumenterte kunnskapen om hvordan erfaring påvirker kroppen nærmest har eksplodert, var budskapet til lege og professor Linn Getz. Publikasjonene fra prestisjetunge fagmiljøer, forankret i avansert naturvitenskapelig metodologi strømmer på, og det definerte skillet mellom sjel og kropp opphører til fordel for en erkjennelse av at disse ikke bare henger sammen i statistisk betydning – men hører sammen. De er samtidige fenomener. Det siste tiåret har frembrakt solid vitenskapelig dokumentasjon av at all livserfaring, fra den svært gode til den ekstremt vonde, gjenspeiles så vel i hjernen og nervesystemet som i hormon- og immunsystemet og i cellene hvor arvestoffet DNA blir regulert og aktivert. Biologi og biografi er ett.

En som skjønte dette var Gregory Bateson, en av det 20. århundrets store tenkere i biologi og kommunikasjon, og som startet sin karriere ved å reise i Darwins fotspor til Galápagosøyene. Innsikten i at

biologi og biografi, materie og historie, er forent i menneskets vesen, fikk ham til å se menneskets egne, helbredende krefter som hellig grunn og advare mot en vitenskapelig utforskning uten klokskap og ydmykhet.

Det medisinske kunnskapskartet begynner å stemme bedre med det menneskelige terrenget vi lenge har beveget oss i, sier Getz. Den nye kunnskapen representerer imidlertid en enorm teoretisk og praktisk utfordring som ikke kan håndteres ved å kurse leger og tannleger i å kommunisere bedre. Det ligger i sakens – og menneskets – natur, at meningstapet knyttet til sykdom ikke kan bøtes med standardiserte behandlingsoppskrifter. Det vil være å virkelig gjøre kjernen i Batesons advarsel : Where angels fear to tread, fools rush in.

Noen tannleger som kjenner seg igjen? I at det ikke bare er å si, på den anbefalte måten, til pasienten at nå må du slutte å røyke, for eksempel. Så skjer det. Eller kanskje det er noen som har merket at all verdens veiledere for dette og hint ikke fungerer så godt?

Om det er noe som kjennetegner god legekunst er det evnen til å se et menneskes særpregede eksistensielle behov, og å støtte dets søken etter meningsfulle, bærende tiltak.

Forskning viser at å arbeide med meningsaspekter kan forløse og styrke egne, helsefremmende krefter. Hvordan kan i liten grad standardiseres. Det som er meningsfullt for én pasient i én situasjon, kan for en annen fungere motsatt.

Relasjonelle forhold kan utgjøre en betydelig behandlingseffekt. Høres det vanskelig ut? Du får ingen oppskrift. Det handler om å se akkurat den pasienten du har i stolen akkurat nå.

Ellen Beate Dyvi

Det er vi som gir deg  
de største økonomiske  
fordelene på klinikken!



Avdeling Tannteknikk

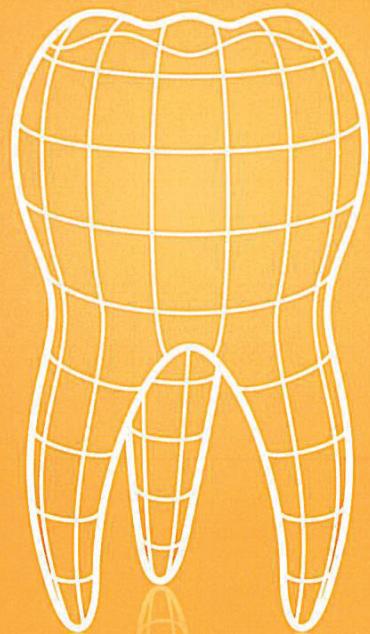
**InterDental**

**Vi sender arbeider til deg 4 ganger i uken.  
Nå tilbyr vi budtjeneste over hele landet!**

- Tirsdagsendinger returneres fra Oslo mandag 6 dager senere
- Onsdagsendinger returneres fra Oslo tirsdag 6 dager senere
- Torsdagsendinger returneres fra Oslo onsdag 6 dager senere
- Fredagsendinger returneres fra Oslo torsdag 6 dager senere



Avtalekunder får rabatt  
på både forbruksvarer og  
tanntekniske arbeider!



**LIC Scadenta AS**

Avd. Tannteknikk:

Tel: 22 47 72 00

Forbruk Sandvika:

Tel: 67 80 58 80

Forbruk Tromsø:

Tel: 77 67 35 00

Avd. Kjeveortopedi:

Tel: 67 54 00 23

import@licscadenta.no

forbruk@licscadenta.no

www.licscadenta.no



# Folkehelse – nasjonale og globale utfordringer

**E**t av policydokumentene som ble vedtatt på fjorårets representantskap handlet om folkehelse med hovedvekt på ikke-smittsomme sykdommer, kosthold/sukker og tobakk.

I vårt policydokument sier vi: «Tannlegen er den eneste helsearbeideren som et stort flertall av befolkningen har regelmessig kontakt med. Denne unike situasjonen bør utnyttes til fordel for folkehelsen. Både helsemyndighetene, NTF og den enkelte tannlege har et ansvar for dette.»

Den nye regjeringen skal neste år legge frem *Folkehelsemeldingen 2015*. NTF har en viktig oppgave med fortsatt å kjempe for tannlegenes plass i folkehelsearbeidet, som en naturlig del av den generelle helsetjenesten. Vi tannleger har en unik mulighet ved at vi ser pasientene våre regelmessig, og vi vet at vi som yrkesgruppe kan spille en enda større rolle i folkehelsearbeidet, som en ressurs for resten av helsetjenesten.

Samhandling er en nøkkel i å bringe dette arbeidet fremover. Det er nødvendig at tannhelsetjenesten samhandler med den øvrige helsetjenesten, på tvers av profesjoner. Men det er også viktig med samhandling og samarbeid over landegrensene. De ikke-smittsomme sykdommene samt utfordringer med tobakk og kosthold er globale utfordringer som vi må bekjempe sammen. Og tannlegene har en svært viktig plass i dette tverrfaglige samarbeidet nasjonalt og internasjonalt.

Jeg er meget tilfreds med at vi har klart å fokusere på folkehelse denne høsten.

På åpningen av årets landsmøte hadde jeg æren av å få annonser Trond-Viggo Torgersens æresmedlemskap i NTF. De fleste husker Trond-Viggo som synger «puss, puss så får du en suss» for Flode. Hans iherdige arbeid

for å få barn og ungdom til å tenke tannhelse representerer en stor folkehelseinnsats på vårt felt. Trond-Viggo er lege, og han er derfor også et glimrende eksempel på verdien av samarbeid på tvers av profesjonsgrupper, til beste for folkehelsen.

Vi hadde også gleden av å ha besøk av presidenten i World Dental Federation (FDI) Dr. Tin Chun Wong, i forbindelse med landsmøtet. FDI er svært opptatt av folkehelse og av at orale sykdommer skal ha en rettmessig plass blant de ikke-smittsomme sykdommene, fordi dette også innebærer at tannlegen har en naturlig plass i bekjempelsen av disse sykdommene. Dr. Wong snakket varmt om FDIs policydokumenter og om deres «*Vision 2020 – Shaping the future of oral health*». Mange av landene i verden har enorme utfordringer på tannhelsefeltet som vi heldigvis ikke kan kjenne oss igjen i her i Norge. Likevel ser vi at vi har mange av de samme utfordringene når det gjelder tobakksbruk, sukkerintak og utbredelsen av de ikke-smittsomme sykdommene.

NTF benyttet besøket fra FDI til å belyse disse problemstillingene. Vi ble invitert til møter både med den øverste ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet ved departementsråd Bjørn-Inge Larsen og med Knut-Inge Klepp, divisjonsdirektør for folkehelse i Helsedirektoratet. Larsen har tidligere vært Norges representant i styret for Verdens helseorganisasjon, og han er sterkt engasjert i arbeidet med de ikke-smittsomme sykdommene. Klepp har blant annet ansvar for at direktoratet gir gode faglige råd til politikerne på folkehelseområdet, samt for gjennomføring av vedtatt politikk på området, inkludert ernæring og helse. Disse møtene var meget nyttige for å rette

søkelyset mot tannlegenes plass i en samhandlende helsetjeneste og for å understreke tannhelsens viktige betydning for den generelle helsen.

Akademikerprisen 2014 ble tildelt tannlege og forsker Tiril Willumsen for hennes arbeid med tannbehandlingsangst i relasjon til tortur og overgrep. Prisen er en viktig anerkjennelse av forskning på tannhelseområdet, og den er ikke minst viktig for å sette søkelys på tannlegenes rolle i det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Prisen ble overrakt på årets Akademikerkonferanse, med både Leif Arne Heløe, tidligere professor i samfunnsodontologi, sosialminister og mye mer, og Reidar Hjermann, psykolog og tidligere barneombud, som innledere. Prisvinneren selv holdt et foredrag om samarbeid på tvers av profesjonsgrupper og tannlegenes rolle i å oppdage blant annet overgrep og omsorgssvikt. Denne prisen er virkelig med på å sette tannlegenes viktige rolle i helsevesenet på kartet.

Jeg er svært fornøyd med at vi gjennom hele denne høsten har maktet å få løftet frem budskapet om at tannleger har en viktig rolle i folkehelsearbeidet. Det er NTFs oppgave som profesjonsforening å sette søkelys på tannlegenes helt åpenbare plass på helsekartet, og vi benytter enhver anledning til å gjøre nettopp det.

Norske tannleger har i en årekke nedlagt en betydelig innsats for befolkningens tannhelse spesielt og for folkehelsen generelt. Dette skal vi fortsette med, med uforminsket styrke. Lykke til med det videre arbeidet – til beste for pasientene våre!

Men, først er det jul! Jeg ønsker dere alle en riktig god julefeiring og et godt nytt år!

*Camilla Hansen Stenum*

Anette Kubon, Anne Christine Johannessen, Sigbjørn Løes og Knut Tornes

# Ameloblastomer i Norge

## Insidens og behandling

Formålet med studien var å beskrive insidensen av ameloblastomer i Norge i perioden 2000–2009 og å evaluere kirurgiske behandlingsmetoder i relasjon til tumorresidiv.

**Materiale og metoder:** Informasjon vedrørende pasienter behandlet for ameloblastomer i Norge ble innhentet fra alle laboratorier som utfører oralpatologiske undersøkelser. Vi samlet i tillegg informasjon angående kirurgisk behandling og behandlingsresultat for alle pasienter behandlet for ameloblastom på Haukeland universitetssjukehus (HUS).

**Resultat:** Nittifem pasienter var registrert med diagnosen ameloblastom i Norge i 10-årsperioden. Åttien pasienter var diagnostisert med primærtumor, tilsvarende en insidens av ameloblastom på 1,6 tilfeller per million per år. 19 pasienter ble behandlet for ameloblastom på HUS i samme periode. Sytten av disse ble behandlet konservativt med kyrretasje og fire av disse utviklet tumorresidiv. To pasienter ble initialt behandlet med reseksjon, ingen av dem utviklet tumorresidiv i den aktuelle perioden.

**Konklusjoner:** Vi finner en insidensrate på 1,6 tilfeller per million per år i Norge i perioden 2000–2009. Kirurgisk reseksjon er assosiert med en lav residivtendens, men behandlingen kan involvere betydelig tap av ben og bløtvev. Kyrretasje kan benyttes i utvalgte kasus.

### Forfattere

Anette Kubon, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Anne Christine Johannessen, Gades institutt, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Sigbjørn Løes, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen og Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Knut Tornes, Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

**A**meloblastom er en benign, saktevoksende og lokalt aggressiv neoplasme av epithelialt opphav. Det er en av de vanligst forekommende tumorene med odontogen opprinnelse (1). Små ameloblastomer er ofte asymptomatiske og oppdages som tilfeldige funn ved røntgenundersøkelser. Større ameloblastomer kan gi hevelser og asymmetrier i ansikt og kjeverregionen, smerte, malokklusjon, rotresorbsjon samt påvirkning av tannerupsjon (1). Store ameloblastomer kan bli livstruende hvis de står ubehandlet (2). Åtti prosent av alle ameloblastomer er lokalisiert i mandibula, 70 % av disse i molar/ramusområdet (3). Tumoren er hyppigst forekommende ved 30–60 årsalderen og har en lik kjønnsfordeling (4). Generelt har ameloblastomer høy residivtendens, men dette avhenger av undergruppe av tumor og behandlingsmetode (5,6).

Basert på makroskopiske funn deles ameloblastomene inn i fire undergrupper: solid, multicystisk, unicystisk, desmoplastisk og perifer (1,7). Den perifere typen forekommer kun i bløtvev, mens multicystiske, desmoplastiske og unicystiske ameloblastomer er intraossøse lesjoner (8,9). Multicystiske ameloblastomer er hyppigst forekommende og den mest aggressive tumoren og har høyest residivtendens (10). Unicystiske ameloblastomer forekommer ofte hos yngre pasienter og har en lavere residivtendens. Røntgenologisk ses ameloblastomene som enten multilokulære eller unilokulære radiolucenser, og de kan ha en veldefinert kortikal begrensning. Histopatologisk finnes det to hovedtyper av ameloblastomer; follikulær og plexiform type. Innenfor den follikulære typen

### Hovedbudskap

- Vi finner en årlig insidensrate av ameloblastomer på 1,6 tilfeller per million per år i Norge i perioden 2000 – 2009.
- Radikal kirurgisk behandling gir mindre residiv enn konservativ behandling.
- En mer konservativ behandlingsholdning bør likevel vurderes hos hver enkelt pasient, der en tar i betraktning alder, lokalisasjon, estetikk og livskvalitet.

kan det oppstå cellulær differensiering, noe som gir opphav til achantomatøst ameloblastom, spindelcelleameloblastom, granulært ameloblastom og basalcelleameloblastom (1). En videre omtale av disse histopatologiske typene vil ikke bli gitt i denne artikkelen. Ekstremt sjeldne tilfeller der man har fått malign transformasjon av ameloblastomer har blitt rapportert (7).

På verdensbasis er insidensen av ameloblastomer oppgitt å være omtrent 0,5 per millioner per år (4). Insidensen av ameloblastom varierer geografisk og det er høyere insidens i asiatiske og afrikanske populasjoner (4,11). Vår kunnskap rundt epidemiologien av ameloblastomer i Skandinavia er mangelfull, bare to skandinaviske studier eksisterer (12). En studie av Larsson og Almerén (13) fra 1978 rapporterte om 31 nye tilfeller av ameloblastom i Sverige i perioden 1958–1971, tilsvarende en insidens på 0,3 tilfeller per million per år.

Ameloblastomer behandles i all hovedsak kirurgisk. Behandlingsmodalitetene kan variere, og har blitt klassifisert som konservativ behandling (kyrretasje) og radikal behandling (reseksjon/ blokkeseksjon) (14). Tumorekstirpasjon med marginer blir anbefalt i de fleste publiserte studier. På Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen har man tradisjonelt hatt en konservativ behandlingsstrategi med kyrretasje. Alternative behandlingsmetoder inkluderer kjemoterapi, elektroauterisering, kryobehandling og stråling (7, 14). Strålebehandling av ameloblastomer er kontroversielt da ameloblastomer generelt anses å være radioresistente tumorer. Optimal behandlingsstrategi er ennå ikke klarlagt og behandlingen bør individualiseres og tilpasses hver enkelt pasient, der det tas hensyn til pasientens alder, komorbiditet, subtype av ameloblastom og lokalisasjon av tumor. Kjemoterapi kan benyttes i behandling av maligne ameloblastomer.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive insidensen av ameloblastomer i Norge, og å evaluere kirurgiske behandlingsmetoder i relasjon til tumorresidiv.

## Materiale og metoder

Vi utførte en retrospektiv studie for å undersøke antall ameloblastomer registrert i Norge i tiårsperioden mellom år 2000–2009. Alle laboratorier i Norge som utfører oralpatologis-

**Tabell 1.** Sammendrag av demografiske data på pasienter behandlet for ameloblastom i Norge i perioden 2000–2009.

Pasienter diagnostisert med ameloblastom i Norge	
Antall pasienter	95
Antall primære tumorer	81
Antall residiver	29
Gjennomsnittsalder ved primær tumor (år)	52
Antall menn	63
Antall kvinner	32
Antall ameloblastomer i mandibula	74
Antall ameloblastomer i maxilla	21

ke undersøkelser, totalt 20 laboratorier, mottok en skriftlig henvendelse der de ble bedt om å rapportere alle pasienter som var blitt diagnostisert med ameloblastom i den aktuelle tiårsperioden. Informasjon som ble etterspurt var kjønn og alder på pasientene, lokalisasjon av tumor og om det var en primær tumor eller et residiv. Bare benigne ameloblastomer ble inkludert i vår studie, det var heller ikke registrert noen maligne ameloblastomer i Norge i denne tidsperioden. Et residiverende ameloblastom ble definert som et histologisk verifisert ameloblastom hos en pasient som tidligere har blitt behandlet for denne typen tumor.

Vi ønsket å undersøke sammenhengen mellom kirurgisk behandling og residvtendens på pasienter behandlet ved Kjevekirurgisk avdeling, HUS i perioden 2000–2009. Nitten pasienter ble behandlet for ameloblastom på HUS i denne perioden. Alle biopsier som blir tatt blir rutinemessig sendt til histopatologisk undersøkelse ved avdeling for patologi, Gades institutt, og registrert i det elektroniske journalsystemet. Vi utførte søk i dette systemet etter alle pasienter kodet M93100, som er koden for ameloblastom i «The Systematized Nomenclature of Medicine» (SNOMED). SNOMED er et system av helsefaglige begreper og økeord utviklet av College of American Pathologists. For å kontrollere at ingen ameloblastomer var blitt feildiagnostisert og/eller feilkodet ble alle histologiske snitt undersøkt igjen av en erfaren oralpatolog. Vi gikk gjennom journalene til alle 19 pasienter behandlet ved HUS for å undersøke om det var høyere residvtendens hos pasientene som ble behandlet konservativt med kyrretasje i forhold til de som ble behandlet mer radikalt med reseksjon. Vi innhentet informasjon om hvilken type behandling pasientene hadde mottatt, om de hadde utviklet residiv av tumor og om ameloblastomene var uni- eller multilokulære på preoperative orthopantomogram (OPG) og computertomografi (CT) undersøkelser.

Regional etisk komité (REK) hadde ingen innsigler mot utførelse av studien, da de anså det som en kvalitetssikring av etablert pasientbehandling.

## Resultater

Alle de patologiske avdelingene vi kontaktet responderte positivt på vår henvendelse. I perioden fra og med år 2000 til og med år 2009 var det registrert 95 pasienter med ameloblastom i Norge. Alle pasientene hadde blitt behandlet kirurgisk, og hadde ikke fått noen annen tilleggsbehandling. Åttien pasienter hadde primær tumor (tabell 1), og 15 av disse ble også diagnostisert med tumorresidiv i den aktuelle perioden. Fjorten tumorresidiv med primærtumor før år 2000 var registrert (tabell 1). Insidensen av ameloblastomer i 10 årsperioden 2000–2009 var 1,6 tilfeller per million innbygger per år. Gjennomsnittsalder for primærtumor var 52 år, alderen på pasientene varierer mellom yngste registrerte pasient på 11 år og eldste 88 år. Totalt var det registrert 63 menn (66%) og 32 kvinner (34%) (tabell 1). Syttifire ameloblastomer (78%) var lokalisert i mandibula og 21 i maxilla (22%) (tabell 1).

På HUS ble 19 pasienter behandlet for ameloblastom mellom år 2000 og 2009. Seksten hadde primærtumor og 3 hadde residiv

Tabell 2. Oversikt over pasienter behandlet for ameloblastom på Haukeland universitetssjukehus i perioden 2000–2009.

Kolonne 1	Alder	Kjønn	Lokalisasjon	Røntgenmønster	Tannresorpsjon	Primær tumor	Behandling av primær tumor	Residiv	Behandling av residiv
Pasient 1	18	Mann	Mandibula	Unilokulær	X	2009	Kyrretasje		
Pasient 2	22	Kvinne	Mandibula	Unilokulær	X	2005	Kyrretasje		
Pasient 3	26	Kvinne	Mandibula	Multilokulær	X	2005	Kyrretasje		
Pasient 4	26	Mann	Mandibula	Unilokulær	X	2003	Kyrretasje		
Pasient 5	40	Mann	Mandibula	Multilokulær		2000	Kyrretasje		
Pasient 6	43	Mann	Mandibula	Unilokulær		2009	Kyrretasje		
Pasient 7	45	Mann	Mandibula	Unilokulær		2002	Kyrretasje		
Pasient 8	47	Mann	Maxilla	Unilokulær		2005	Reseksjon		
Pasient 9	49	Kvinne	Mandibula	Multilokulær		2004	Reseksjon		
Pasient 10	50	Kvinne	Mandibula	Unilokulær		a	2004b	Kyrretasje	
Pasient 11	58	Kvinne	Mandibula	Unilokulær		2006	Kyrretasje	2007	Kyrretasje
Pasient 12	59	Kvinne	Mandibula	Multilokulær	X	2008	Kyrretasje	2009	Kyrretasje
Pasient 13	62	Kvinne	Maxilla	Unilokulær		2002	Kyrretasje		
Pasient 14	64	Kvinne	Mandibula	Unilokulær	X		a	2002b, 2003, 2009	Kyrretasje
Pasient 15	65	Mann	Mandibula	Multilokulær			a	2005b	Reseksjon
Pasient 16	65	Mann	Mandibula	Multilokulær		2008	Kyrretasje		
Pasient 17	70	Mann	Mandibula	Unilokulær		2007	Kyrretasje		
Pasient 18	75	Mann	Mandibula	Unilokulær		2006	Kyrretasje		
Pasient 19	77	Kvinne	Mandibula	Unilokulær		2000	Kyrretasje	2005	Kyrretasje

a Primær tumor før år 2000

b Residiv av tumor operert før år 2000 er ikke inkludert i beregningen av residiv raten på HUS mellom 2000–2009

(tabell 2). Sytten pasienter ble initialt behandlet konservativt med kyrretasje. I løpet av tiårsperioden ble fire pasienter diagnostisert med tumorresidiv, en pasient utviklet multiple residiver (Fig 1a). Residivraten var 21 %. Kun en pasient ble behandlet med reseksjon og påfølgende rekonstruksjon etter sekundær tumor (fig 1b, 1c). To pasienter ble initialt behandlet med reseksjon, en med hemimaxillectomi og en med segmentreseksjon av mandibelen. Ingen av dem utviklet residiv. Tretten pasienter (68 %) hadde unilokulært ameloblastom på preoperative OPG og CT undersøkelses, mens seks pasienter (32 %) hadde tumor med multilokulært røntgenutseende (tabell 2). Vi fant en noe yngre gjennomsnittsalder blant pasientene med unilokulære ameloblastomer (50 år) sammenliknet med multilokulære ameloblastomer (51 år). Det var utviklet tannresorpsjon hos seks pasienter (32 %), men vi fant ingen signifikant forskjell i graden av tannresorpsjon mellom de to ulike røntgenmønstrene (tabell 2). Det var høyere frekvens av unilokulære ameloblastomer blant pasientene som utviklet residiv, tre pasienter (75 %) hadde unilokulært ameloblastom, mens

én pasient (25 %) hadde multilokulært ameloblastom på de preoperative røntgenbildene.

Det ble ikke gjort noen subklassifikasjon basert på histopatologi. Siden bare deler av preparatet fra operasjonen ble undersøkt histologisk ble det ikke gjort noe forsøk på å differensiere mellom cystisk ameloblastom med intraluminalt vekstmønster og de med transmural vekstmønster eller invasiv vekst inn i bindevev (15).

## Diskusjon

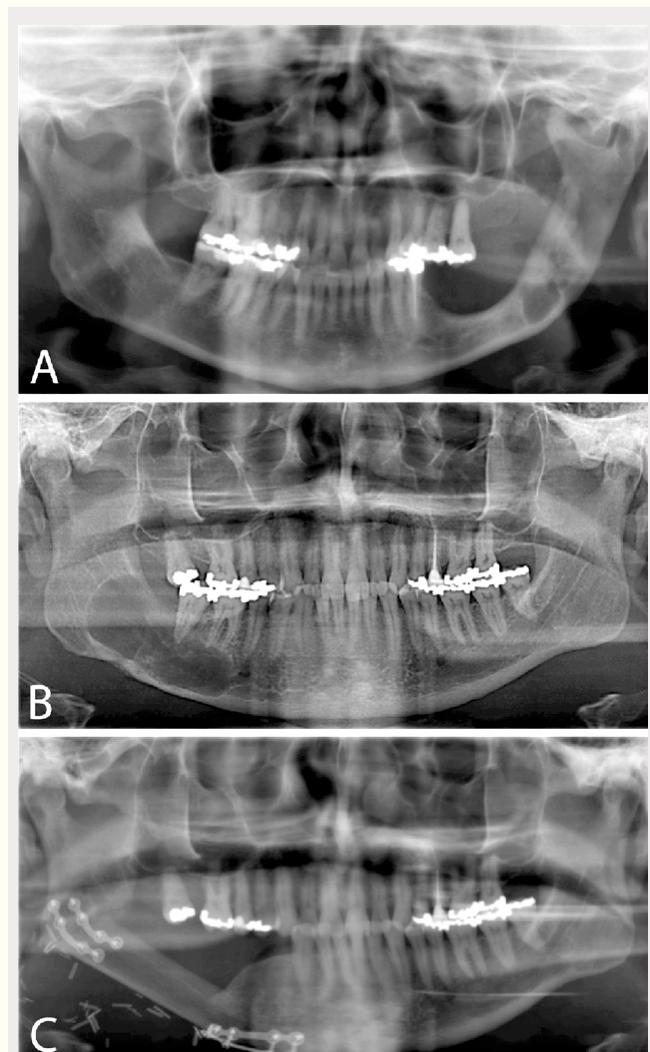
Det er gjort få studier på insidensen av ameloblastomer i Skandinavia. Norge og resten av landene i Skandinavia har gode kreftregister og odontogene tumorer blir imidlertid sjeldent rapportert, bortsett fra eventuelt i de ekstremt sjeldne tilfellene der tumorene utvikler seg malignt. Diagnostisering av ameloblastomer kan være utfordrende og krevende, feildiagnostisering kan derfor forekomme og føre til usikkerhet i materialet. Ved å kontakte alle patologiske avdelinger i Norge som driver med oral patologi tror vi at de fleste tilfellene av ameloblastom har blitt in-

kludert. Et annet problem er at ameloblastomene er saktevoksende og det er da mulig at en biopsi eller et kirurgisk preparat har blitt registrert på flere sykehus hvis pasienten har flyttet i løpet av tiårsperioden eller blitt behandlet flere steder. Siden vi ikke har personnummer på pasientene som ikke har blitt behandlet ved HUS, kan det ha forekommert dobbeltregistrering. Insidensen på 1,6 tilfeller per million per år som vi fant i denne studien er høyere enn det Larson og Almerén (13) fant i sin studie fra 1978. De fant en insidensrate på 0,3 tilfeller per million innbyggere per år i Sverige. For å undersøke innrapporteringen av ameloblastomer til det svenske kreftregisteret, noe som var påkrevd i Sverige på den tiden, sammenliknet forfatterne antallet ameloblastomer rapportert til kreftregisteret fra to store svenske sykehus med antallet pasienter diagnostisert med ameloblastom på de samme sykehusene i den aktuelle tidspersonen. De fant at kun 50 % av de diagnostiserte ameloblastomene var blitt innrapportert til kreftregisteret. Disse funnene indikerer at insidensraten av ameloblastomer i Sverige trolig liggere høyere enn oppgitt. Den mulige feilkilden med dobbeltregistrering i vår studie kan gi en falsk høy insidensrate. En annen mangel med vårt studiedesign er at ameloblastomdiagnosen har blitt stilt av ulike patologer over hele Norge.

Vi har ikke tilgang til de medisinske journalene til de pasientene som har blitt behandlet andre steder enn på HUS, og kun histologiske snitt fra pasienter ved HUS ble undersøkt på nytt for å kontrollere at det ikke har vært feildiagnostisering og/eller feilkoding. Vi har heller ingen informasjon om etnisiteten til pasientene som er blitt behandlet for ameloblastom andre steder enn ved HUS. Dette kan ha påvirket vår beregning av forekomsten i og med at det er kjent at det er høyere insidens av ameloblastomer blant etniske asiater og afrikanere. Shear og Singh (11) fant i en studie fra 1978 en årlig insidensrate på 1,9 per million per år for mørkhudede menn i Sør-Afrika, 1,20 for mørkhudete kvinner, 0,18 for hvite menn og 0,44 for hvite kvinner. Insidensraten på 1,6 tilfeller per million per år er derfor ikke nødvendigvis representativ for den innfødte norske populasjonen. En pasient som ble behandlet for ameloblastom ved HUS var av afrikansk opprinnelse. Han var kun 18 år og den yngste av pasientene som ble behandlet for ameloblastom ved HUS mellom år 2000–2009. Reichart et al. (16) rapporterte i sin studie fra 1995 at ameloblastomer forekommer i en yngre aldersgruppe i utviklingslandene.

Gjennomsnittsalderen på pasienter med primære ameloblastomer i vår studie var 52 år, dette sammenfaller med funn fra tidligere studier (1,10). Den generelle oppfatningen er at det ikke er noe forskjell i kjønnsfordeling av ameloblastomer, men enkelte studier har rapportert en mann- kvinne ratio på 2,4: 1 (17). Vi fant en mann- kvinne ratio på 1,97: 1. I forhold til anatomisk lokalisasjon av ameloblastomer er våre funn i tråd med eksisterende litteratur.

Tumorreseksjon med 1–2 cm margin er behandlingen som blir benyttet i de fleste publiserte studier. Den konservative behandlingsstrategien på HUS kan forklare den høye residivtendensen her. Tjuen prosent er likevel en langt lavere residivrate enn det



**Figur 1A:** Kvinne født 1954 med et ameloblastomresidiv i venstre mandibel. Hun har blitt operert en rekke ganger med kyrretasje. Hun har blitt tilbuddt reseksjon med påfølgende rekonstruksjon, men ønsker ikke dette og foretrekker hyppige røntgenkontroller og mindre kirurgiske inngrep. Hun aksepterer den høyere residivtendensen. Pasienten har ikke noen funksjonelle plager og ingen nedsatt sensibilitet av underleppen. **B og C:**

Mann født 1966 med et stort ameloblastom i høyre mandibel. Dette var initialt behandlet med kyrretasje, men tumoren residiverte raskt, og reseksjon med påfølgende rekonstruksjon var nødvendig. Han er rekonstruert med et fritt fibulatransplantat. Han har i dag ingen tegn til residiv og god funksjon i kjevene, men er uten sensibilitet i underleppen på høyre side grunnet destruksjon av nervus alveolaris inferior.

rapporteres om i litteraturen ved behandling med kyrretasje. Residivrater mellom 70–85 % har blitt rapportert for ameloblastomer behandlet med kyrretasje, men Chapelle et al. (18) rapporterer i en studie fra 2004 om residivrater på 90 % for ameloblastomer i mandibula behandlet med kyrretasje, 100 % for ameloblastomer i maxilla og 13–15 % residiv for alle ameloblastomer behandlet med reseksjon. Ameloblastomer i maxilla er relativt sjeldne og har en dårlig prognose grunnet betydelig grad av infiltrasjon i det trabekulære benet (19). De bør derfor behand-

les radikalt. Det er like fullt rapportert om ameloblastomer i maxilla som er unilokulære på preoperative røntgenbilder, og som har blitt behandlet suksessfullt med kyrretasje (20). I vår studie ble to pasienter initialt behandlet med reseksjon: En med et mandibulært ameloblastom og en med et maxillært ameloblastom. Ingen av disse utviklet residiv. Antallet pasienter i denne gruppen er selvsagt svært begrenset med tanke på å vurdere residivraten ved radikal kirurgisk behandling.

Enkelte studier har rapportert at ameloblastomene strekker seg fra 2,3–8 mm forbi synlige radiologiske begrensninger, og de anbefaler derfor reseksjon med 1–2 cm marginer til klinisk friskt ben (14). Av denne grunn kan man ved konservativ behandling etterlate små tumorøyer i benet som senere kan være foci for residivutvikling (20). Konservativ behandling kan likevel være å foretrekke fremfor reseksjon, på tross av den høye residivtendensen (fig 1a). Behandling av ameloblastomer med reseksjon vil medføre stort ben- og bløtvævstap, noe som kan gi betydelige asymmetrier i ansiktet, nedsatt funksjon, og i enkelte tilfeller påvirke pasientens livskvalitet (20). Den økte residivtendensen ved konservativ behandling med kyrretasje kan på den andre siden gi behov for senere større radikal kirurgi. Det er anbefalt å unngå reseksjon hos pasienter som er i vekst selv om dette øker risiko for residivutvikling (3).

Pasienter som er behandlet for ameloblastom bør kalles inn til kontroller 1 eller 2 ganger i året i minst 10 år grunnet den høye residivtendensen, spesielt ved konservativ behandling. Mer enn 50 % av alle residivene oppstår de første årene etter kirurgisk behandling (16), men tumorresidiv har blitt observert så sent som 21 år etter primær behandling (21).

## Konklusjon

Litteratur på insidens av ameloblastomer er mangelfull. Vi finner en årlig insidensrate på 1,6 tilfeller per million innbyggere i Norge i perioden 2000–2009. Ameloblastomer er oftest lokalisert i mandibula, og i molar/ramusområdet. Ulike behandlingsmetoder eksisterer; i litteraturen anbefales radikal kirurgisk behandling for å unngå residivutvikling. Residivraten på 21 % i vår artikkell ved konservativ behandling av ameloblastomer er betydelig lavere enn det som rapporteres i litteraturen. Vi mener kyrretasje bør vurderes hos pasienter som ikke er egnet for radikal kirurgi og ellers hos selekterte pasienter etter en helhetlig vurdering av alder, lokalisasjon, estetikk samt omfanget av og motivasjon for radikal kirurgisk behandling.

## English summary

Kubon A, Johannessen AC, Løes S, Tornes K.

### Ameloblastomas in Norway: Incidence and treatment modalities

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 884–9

**Objective.** The aim of the present study was to describe the incidence of ameloblastoma in Norway in the period 2000–2009 and to evaluate surgical treatment modalities in relation to recurrence

of the tumor. **Study Design.** Information regarding patients treated for ameloblastoma in Norway in the ten year period was collected from all laboratories dealing with diagnostic pathology in Norway. For all patients treated at Haukeland University Hospital Bergen, we collected information regarding surgical treatment and treatment results. **Results.** Ninety-five patients were registered with ameloblastoma. Eighty-one patients were diagnosed with primary tumor, corresponding to an incidence of ameloblastoma of 1.6 cases per million per year. Nineteen patients were treated for ameloblastoma at HUFs. Seventeen patients were treated conservatively with curettage and 4 of them experienced tumor recurrence. Two patients were initially treated with resection. None of them experienced tumor recurrence. **Conclusions.** We find an incidence rate of 1.6 cases per million per year in Norway in the period 2000–2009. Surgical resection is the preferred treatment for ameloblastoma and is associated with a low recurrence rate, but the treatment may involve severe loss of bone and soft tissue. Curettage should however be considered in selected cases.

## Referanser

- Gardner DG, Heikinheimo K, Shear M, Philipsen HP, Coleman H. Ameloblastomas. In: Barnes L, Evenson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005; p. 296–300.
- Chaine A, Pitak-Arnop P, Dhanuthai K, Ruhin-Poncet B, Bertrand JC, Bertolus C. A treatment algorithm for managing giant mandibular ameloblastoma: 5-year experiences in a Paris university hospital. Eur J Surg Oncol. 2009; 35: 999–1005.
- Torres-Lagares D, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, Guírrez-Pérez JL. Mandibular ameloblastoma. A review of the literature and presentation of six cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005; 10: 231–8.
- Hertog D, Bloemena E, Aartman IH, van-der-Waal I. Histopathology of ameloblastoma of the jaws; some critical observations based on a 40 years single institution experience. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012; 17: 76–82.
- Singh A, Shaikh S, Samadi FM, Shrivastava S, Verma R. Maxillary unicystic ameloblastoma: A review of the literature. Natl J Maxillofac Surg. 2011; 2: 163–8.
- Tortorici S, Difalco P, Buzzanca ML, Burruano F. Management of primary ameloblastoma of the jaw: a 15 years' experience. Minerva Stomatol. 2012; 61: 175–82.
- Bachmann AM, Linfesty RL. Ameloblastoma, solid/multicystic type. Head Neck Pathol 2009; 3: 307–9.
- Lau SL, Samman N. Recurrence related to treatment modalities of unicystic ameloblastoma: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006; 35: 681–90.
- Pitak-Arnop P, Chaine A, Dhanuthai K, Bertrand JC, Bertolus C. Unicystic ameloblastoma of the maxillary sinus: Pitfalls of diagnosis and management. Hippokratia. 2010; 14: 217–20.
- Ramesh RS, Manjunath S, Ustad TH, Pais S, Shivakumar K. Unicystic ameloblastoma of the mandible—an unusual case report and review of literature. Head Neck Oncol. 2010; 2: 1–5.
- Shear M, Singh S. Age-standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Witwatersrand, South Africa. Community Dent Oral Epidemiol. 1978; 6: 195–9.
- Hammarfjord O, Roslund J, Abrahamsson P, et al. Surgical treatment of recurring ameloblastoma: are there options? Br J Oral Maxillofac Surg. 2013; 51: 762–6.

13. Larsson A, Almerén H. Ameloblastoma of the jaws. An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish Cancer Registry during 1958–1971. *Acta Pathol Microbiol Scand A*. 1978; 86: 337–49.
14. Bataineh AB. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000; 90: 155–63.
15. Marx RE, Stern D. Epithelial odontogenic tumors. The ameloblastoma terminology confusion. In: Leah Huffman, editor. *Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment*. 2nd ed. London: Quintessence Publishing Co, Inc; 2012. 671–4.
16. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1995; 31B: 86–99.
17. Tsaknis PJ, Nelson JF. The maxillary ameloblastoma: an analysis of 24 cases. *J Oral Surg*. 1980; 38: 336–42.
18. Chapelle KA, Stoelinga PJ, de Wilde PC, Brouns JJ, Voorsmit RA. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 42: 381–90.
19. Mareque Bueno J, Mareque Bueno S, Pamias Romero J, Bescos Atín MS, Huguet Redecilla P, Rasplall Martín G. Mandibular ameloblastoma. Reconstruction with iliac crest graft and implants. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12: 73–5.
20. Montoro JR, Tavares MG, Melo DH, Franco Rde L, Mello-Filho FV, Xavier SP, Trivellato AE, Lucas AS. Mandibular ameloblastoma treated by bone resection and immediate reconstruction. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008; 74: 155–7.
21. Thompson IO, Ferreira R, van Wyk CW. Recurrent unicystic ameloblastoma of the maxilla. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1993; 31: 180–2.

*Adresse: Anette Kubon, Institutt for klinisk odontologi, kirurgisk avdeling, postboks 7804, 5020 Bergen. E-post: anette.kubon@iko.uib.no*

*Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.*

*Kubon A, Johannessen AC, Løes S, Tornes K. Ameloblastomer i Norge. Insidens og behandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 884–9.*

## 4 mm i ett sveip

Nyhet  
3-års studie av  
J.W. van Dijken/U. Pallesen  
presentert på IADR  
i september 2014 –  
se abstract på  
[www.dentsply.no](http://www.dentsply.no)

**SDR®**  
Smart Dentin Replacement

- 4 mm herdedybde – færre lag, enkelt og raskt
- Selvavrettende og adapterer til kavitsveggene
- 3 års kliniske data (Umeå/København)
- Over 20 millioner fyllinger siden introduksjonen i 2009

For better dentistry

**DENTSPLY**

Trude Myhrer, Hilde Kjærnet Haugen, Tiril Willumsen og Astrid Bergland

# Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag

**Bakgrunn:** Mennesker som har erfart hjerneslag antas oppleve økte orale problemer som følge av lammelser i ansikt, munn, tunge, og redusert fôrlighet til å betjene spisebestikk og tannbørste. Det er mangelfullt med forskning på tannhelse, oralfunksjon og livskvalitet hos eldre slagrammete.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å kartlegge selvopplevd tannhelse, oral funksjon, generell og oral livskvalitet hos eldre slagrammete, samt å se på mulige sammenhenger mellom oral funksjon, generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet.

**Metode:** En kvantitativ tverrsnittsstudie ble gjennomført ved en spørreundersøkelse blant medlemmer av Norsk forening for slagrammete. Svarprosent 46 prosent (N=293). Studien omfattet sosiodemografiske variabler, generell livskvalitet (HUNT-5), tannhelserelatert livskvalitet (OIDP) og selvopplevd tannhelse, munntørrhet, matkonsistens, samt tidsbruk og trygghet i spisesituasjonen. Data ble analysert med SPSS.

**Resultater:** Resultatene viser at kun fem prosent av de slagrammete ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden etter hjerneslag. En tredjedel opplever redusert tannhelse etter slaget. Slagrammete med færre enn 19 tenner og/eller brukere av tannprotese hadde signifikant dårligere oral helserelatert livskvalitet sammenliknet med de uten tannprotese og med flere

enn 20 egne tenner. Den enkeltfaktoren som påvirker opplevelsen av livskvalitet mest, er graden av munntørrhet.

**Konklusjon:** Informasjon om tannstell og munhygiene må fokuseres sterkere i rehabiliteringen etter hjerneslag. Tannhelsepersonell må inngå i oppfølgingen av slagpasienters tannhelse på et tidlig stadium for å redusere muligheten for dårligere tannhelse og forringelse av livskvalitet.

**H**jerneslag er en av våre vanligste folkesykdommer. I Norge får om lag 15.000 friske mennesker hjerneslag hvert år (1). Det betyr at cirka 40 personer får hjerneslag hver dag. Å bli rammet av hjerneslag er en dramatisk opplevelse som kan gi alvorlige fysiske, kognitive og sosiale begrensninger. En svensk studie (2) viste at det kan ta lang tid før den slagrammete klarer å håndtere sin nye livssituasjon og gjenvinne trygghet i hverdagen. Det å utføre daglige gjøremål som å innta måltider kan være vanskelig. Hvilken behandling og oppfølging slagrammete får i løpet av de første seks månedene etter at slaget inntreffer er helt vesentlig for en vellykket rehabilitering, ifølge denne studien (2). Begrepet tannhelse brukes ofte for å beskrive munnhulens tilstand og er knyttet til helsetilstanden i tennene (karies) eller tennenes festeapparat (gingivitt/periodontitt). Begrepet oral helse omfatter tilstanden i hele munnhulen og inkluderer dermed andre munnhulelideler som tannskader, slimhinnelidelser, munnhulekreft og så videre. (3)

Tannhelsen er blitt betydelig bedre i Norge (4). I 2004 fant Birgitte Moesgard Henriksen (5) at friske eldre mennesker

## Forfattere

Trude Myhre, høgskolelektor og tanntekniker. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for radiografi og tannteknikk

Hilde Kjærnet Haugen, høgskolelektor og tanntekniker. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for radiografi og tannteknikk

Tiril Willumsen, professor, dr.odont. Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for pedodonti og afterdsfag

Astrid Bergland, professor. Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for fysioterapi

Artikkelen er tidligere publisert i Sykepleien Forskning nr. 2, 2014; 9: 114–22.

## Hovedbudskap

Hensikten med studien er å:

- kartlegge selvopplevd tannhelse, oral funksjon, generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet hos hjerneslagrammete
- beskrive sammenhenger mellom oral funksjon, generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet hos hjerneslagrammete

i dagens samfunn har god oral helse. Stadig færre eldre mennesker blir helt tannløse, og flere i befolkningen beholder sine egne tenner livet ut (5). Sykdom kan føre til dårligere tannhelse hos eldre mennesker (6). Få studier har sett på tannhelse og livskvalitet etter hjerneslag. McGrath mfl. (7) fant i en studie sammenheng mellom generell livskvalitet og oral helserelatert livskvalitet både i akuttfasen og etter seks måneder. Data i sistnevnte studie indikerte at oral helserelatert livskvalitet var svekket i den akutte fasen, men økte noe etter seks måneder avhengig av fysisk funksjon. I akuttfasen etter hjerneslag ble pasientens opplevelse av oral helserelatert livskvalitet undervurdert av pasientens nærmeste (7). Så vidt vi kjerner til er tannhelse og oral helserelatert livskvalitet etter hjerneslag ikke utforsket i Norge tidligere.

En rapport fra Helsedirektoratet (1) vektlegger betydningen av at man i rehabilitering etter hjerneslag skal fokusere på å fremme god livskvalitet, sosial deltagelse og funksjon hos dem som deltar i rehabilitering. Det økende antall eldre i befolkningen synes å ha ført til en stigende interesse, både politisk og forskningsmessig, for å bedre eldre menneskers muligheter til å leve et meningsfullt og selvstendig liv med god livskvalitet (8). Med bakgrunn i dette er vår hypotese for denne studien at slagrammene opplever økte orale problemer og at de som har dårligst tannhelse har dårligst oral helserelatert og generell livskvalitet etter hjerneslaget.

## Design

En tverrsnittsstudie ble gjennomført med data fra en spørreundersøkelse der alle 638 medlemmer av Norsk forening for slagrammene i perioden august–oktober 2011 ble invitert til å delta ved selvrapportring. Kun de som selv hadde opplevd slag ble inkludert i undersøkelsen. Et spørreskjema med spørsmål om sosiodemografiske variabler, tannhelse, oralfunksjon, munntørrhet og livskvalitet ble sendt ut per post med anonyme svarkonvolutter. Undersøkelsen ble purret en gang gjennom medlemsbladet Hjernecella. Prosjektet er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst.

## Utvalg

Tabell 1 gir et bilde av representativiteten av innsamlet data. Antall hjerneslagrammene registrert i foreningen i mars 2012 var 697 personer. Ved utsending av spørreundersøkelsen var antall medlemmer som selv har erfart hjerneslag 638. Tabellen viser at 49,5 prosent av alle medlemmene som selv har opplevd et hjerneslag er over 65 år. 154 informanter (52,6 prosent) av deltakerne i vår undersøkelse var over 65 år ved innlasting av spørreskjemaet.

## Sosiodemografiske variabler

Informasjon om kjønn (kvinnne/ mann), sivil status (gift/samboende/enslig), utdanningsnivå (høyskole/universitet, gymnas/yrkesskole, folkeskole/ungdomsskole, annet), geografisk tilhørighet (nord-, midt-, vest-, sør, øst), og antall hjerneslag (ett, to, tre eller flere) ble registrert. Videre ble det registrert om den hjerneslagrammene mottok informasjon om tannhygiene og tannbehandling

ing i rehabiliteringsfasen de første seks månedene etter hjerneslaget (ja/nei).

## Måling av tannhelse, oralfunksjon og munntørrhet

Selvrapporert oralfunksjon ble rapportert gjennom avkryssing der det var mulighet for å krysse av for flere alternativer inndelt i tre områder:

I: Trygghet i forhold til hvilken konsistens maten har, ble vurderet ut fra spørsmålet «Hvilken type mat/matkonsistens gir opplevelsen av, trygghet i spisesituasjoner?» der de kunne krysse av på flere av følgende alternativer: 1) «suppe, grøt og mykt brød», 2) «fisk», 3) «kjøtt», 4) «epler, nøtter og knekkebrød» og 5) «jeg kan spise alle typer mat uten problemer». Hvert spørsmål ble behandlet som en dummy variabel hvis avkrysset = 1, 0 ellers.

II: Forhold under selve spisesituasjonen knyttet til funksjon med hensyn til 1) «håndtering av maten på tallerkenen», 2) «tygge», 3) «elite», 4) «svelge», 5) «jeg føler meg alltid uthygg i spisesituasjonen». Hvert spørsmål ble behandlet som en dummy variabel hvis avkrysset = 1, 0 ellers.

III: Tid bruk til måltidene ble registrert ved spørsmålet: «Opplever du at du trenger lengre tid til måltidene nå enn før hjerneslaget?» (Ja/nei). Dette spørsmålet hadde seks oppfølgings-spørsmål der mulige grunner til at måltidet tar lengre tid etter hjerneslaget kunne krysses av: 1) «problemer med henholdsvis å gape og bite av maten», 2) «tungen fungerer dårligere», 3) «vanskligere å tygge», 4) «vanskligere å svelge», 5) «tannprotesen passer dårligere enn før», 6) «avhengig av hjelp fra andre til måltidene». Oppfølgingsspørsmålene ble behandlet som en dummy variabel hvis problemer = 1, 0 ellers.

Tannhelse ble rapportert ved egenregistrering av antall tenner (20 egne tenner eller flere versus mindre enn 20 egne tenner). Antall tenner er registrert på samme måte i leveårsundersøkelsen i Norge (SSB). En studie gjort av Trovik og Berge (9) konkluderer med at tannlege og pasient kommer til samme resultat ved telling av tenner (98 prosent sammenfallende resultat for overkjeven og 88,2 prosent for underkjeven). Tannlegebesøk i løpet av de siste to år (ja/nei) og om tannstatus har blitt dårligere etter hjerneslag (ja/nei/vet ikke/vansklig å bedømme fordi jeg ikke har vært hos tannlege etter hjerneslaget) ble registrert. Personer som svarte ja på spørsmålet om redusert tannhelse etter slaget ble deretter bedt om å krysse av påstander for en eller flere av følgende: «Jeg får lettere karies/hull i tennene på høyre side i munnen», «Jeg får lettere karies/hull i tennene på venstre side i munnen», «Jeg har mistet/trukket flere tenner på høyre side i munnen», «Jeg har mistet/trukket flere tenner på venstre side i munnen», «Tannstatus er blitt generelt dårligere i hele munnen».

Munntørrhet (xerostomi) ble rapportert gradert som: 0=«Jeg føler meg ikke tørr i munnen», 1=«Jeg føler meg noe tørr i munnen», 2=«Jeg føler meg veldig tørr i munnen», og 3=«Jeg er så tørr i munnen at jeg har vanskelig for å snakke» basert på Xerostomia Inventory (10). Tilstanden ble i tillegg utforsket med fem påstander med graderte svaralternativer: «Munnen føles tørr når jeg spiser et måltid», «Jeg kjerner meg generelt tørr i munnen», «Jeg har problemer med å spise tørr mat», «Jeg har problemer med å svelge

Tabell 1. Aldersfordeling for medlemmer i Norsk forening for slagrammmede (NFS) som selv har erfart hjerneslag. Kun de som selv har erfart slag er inkludert i tabellen og ble invitert til deltagelse i studien.

	≤ 50 år	51 – 64 år	65 år ≤	Ukjent alder	Totalt
Aldersfordeling for medlemmer i NFS som selv har erfart slag (mars 2012)	67 = 9,6 %	154 = 22,1 %	345 = 49,5 %	31 = 18,8 %	697 = 100 %
Antall medlemmer som har svart på spørreundersøkelsen (totalt antall medlemmer var 638 august 2011)	33 = 11,3 %	100 = 34,1 %	154 = 52,6 %	6 = 2,0 %	293 = 100 %
Prosentandel medlemmer av NFS som har svart på undersøkelsen (totalt antall medlemmer var 638 august 2011)	5,2 %	15,7 %	24,2 %	0,9 %	46 % (av 638)

enkelte typer mat» og «Leppene mine kjennes tørre». Svaralternativer var: 0=Aldri, 1=Noen ganger, 2=Ofte. Jo lavere score jo mindre munntørrhet. Sumskår ble registrert som sum av alle seks spørsmål med mulig variasjon 0–14.

#### Måling av livskvalitet

Generell livskvalitet ble vurdert ved et 5-items spørreskjema HUNT-5, helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (11,12) og validert av Bergland og Wyller (13) i forhold til de 20 spørsmålene i det internasjonalt anerkjente skjemaet GHQ-20 (General Health Questionnaire-20) (14). Bergland og Wyller (13) fant at HUNT-5 var en god erstatning for GHQ-20. Jo lavere skår jo bedre livskvalitet. Sumskår ble registrert som sum av alle fem spørsmål med mulig variasjon 5–29.

Oral helserelatert livskvalitet ble målt ved OIDP (Oral Impacts on Daily Performance). OIDP er basert på OHIP (Oral Health Impact Profile) (15). OIDP benyttes i ulike forskningsprosjekter (4,16–18). OIDP-indeksem kartlegger om problemer fra tenner, munnhule og/eller proteser har hatt betydning for åtte ulike daglige aktiviteter. Det handler om å snakke og uttrykke ord, spise og nyte maten, munnhygiene, slappe av og sove, smile og le, indre ro, sosial omgang med andre og det å nyte samvær med andre (4). Jo lavere skår jo bedre livskvalitet. Sumskår ble registrert som sum av alle åtte spørsmål med mulig variasjon 0–40.

#### Statistiske analyser

Dataene er analysert med SPSS versjon 20. Resultatene er rapportert som gjennomsnitt, standardavvik, median, minimums- og maksimumsverdier. Forskjeller mellom grupper ble testet med T-test for kontinuerlige og normalfordelte variabler. Korrelasjonsanalyse og kjikvadrattest ble brukt for å påvise sammenhenger mellom to variabler. Enkel lineær regresjonsanalyse, ble utført for å utforske om det var signifikante sammenhenger mellom henholdsvis OIDP sum og Hunt sum som effektvariabler og de øvrige variablene som uavhengige variabler. Variablene med p-verdi  $\leq 0,05$  i den enkle lineære regresjonsanalysen ble inkludert i de multiple lineære regresjonsanalysene for å vurdere hvilke av variablene som uavhengig av hverandre hadde signifikant sammenheng med henholdsvis OIDP sum og Hunt sum, samt alder og kjønn (19). Signifikansnivået ble satt til 0,05.

#### Resultater

Totalt 293 informanter (svarprosent 46) i alderen 35 til 88 år (gjennomsnittsalder 64,6, SD=11,1 år) svarte på undersøkelsen. Informantene var fra Østlandet, Midt-Norge, Sørlandet, Vestlandet og Nord-Norge. 35,4 prosent (102 personer) hadde høyskole- eller universitetsutdanning.

208 av informantene (71 prosent) har hatt ett hjerneslag, de resterende har hatt to eller flere hjerneslag. 71,2 prosent var samboende eller gift og 37,1 prosent var kvinner. Menn brukte signifikant lengre tid til måltider (Pearson kjikvadrat = 5,4, p= 0,02), ellers var det ingen signifikante forskjeller med hensyn til kjønn og registrerte variabler.

Mer enn halvparten (60,4 prosent) hadde fått lammelser i ansikt, munn og/eller tunge som følge av slaget. Lammelsene varte fra bare noen få timer til varige lammelser. Etter slaget brukte 54,6 prosent lengre tid på måltider sammenliknet med før slaget.

Tabell 2. Forekomst av munntørrhet

Spørsmål knyttet til din opplevelse av munntørrhet i forbindelse med slaget	Aldri	Noen ganger	Ofte
Munnen føles tørr når jeg spiser et måltid	69,4 %	26,7 %	3,9 %
Jeg kjenner meg generelt tørr i munnen	56,4 %	30,8 %	12,8 %
Jeg har problemer med å spise tørr mat	60,4 %	30,8 %	8,8 %
Jeg har problemer med å svele enkelte typer mat	60,9 %	29,4 %	9,7 %
Leppene mine kjennes tørre	47,2 %	37,1 %	15,7 %

Kun 15 (5 prosent) av 293 deltagere i studien, hadde fått informasjon om stell av tennene sine i rehabiliteringsperioden 0–6 måneder etter at slaget inntraff. 266 deltagere (90,8 prosent) hadde vært hos tannlege i løpet av de siste to årene.

36,4 prosent svarer ja på at deres tannhelse har blitt dårligere etter slaget, 56,8 prosent har ikke opplevd forandring og 6,8 prosent svarer at de ikke vet siden de ikke har vært hos tannlege etter slaget. 26,6 prosent av deltakerne (78 stk.) oppgir å ha 19 eller færre egne tenner igjen i munnen. Av disse har 16,3 prosent tannproteser.

Henholdsvis 32,3 prosent; 37,9 prosent; 27,3 prosent; og 18,8 prosent svarte ja på at de opplever trygghet ved å spise henholdsvis 1) suppe, grøt og mykt brød, 2) fisk, 3) kjøtt, 4) epler, nøtter og knekkebrød. I tillegg oppgir 61,4 prosent at de kan spise alle typer mat uten problemer.

Vedrørende trygghet under selve måltidet svarte henholdsvis 52,6 prosent; 52,9 prosent; 32,8 prosent; og 44 prosent at de følte seg trygge ved å håndtere mat på tallerkenen, tygge, elte, og svelge, mens 23,0 prosent svarte at de alltid var utrygge i spisesituasjonen.

I alt svarte 57,1 prosent at de brukte lengre tid på måltidene nå enn før slaget. Av disse svarte 19,9 prosent; 8,2 prosent; 10,9 prosent; 18,1 prosent; 3,4 prosent; 11,3 prosent; at de hadde problemer med henholdsvis å gape og bite av maten, tungen fungerte dårligere, vanskeligere å tygge, vanskeligere å svelge, tannprotesen passer dårligere enn før, og avhengig av andres hjelp til måltidene.

Resultatene viser at det er en signifikant sammenheng mellom generell livskvalitet (HUNT) og oral helserelatertrelatert livskvalitet (OIDP) (Pearson korrelasjonskoeffisient =0,4, p=0,01).

Tabell 2 viser en oppsummering av resultatene for munntørhet vist i prosent av N=293. Tabellen viser at 47,7 prosent av alle slagrammene i denne studien opplever middels til sterk grad av munntørhet etter slaget.

Tabell 3 viser resultatene fra de enkle og multiple lineære regresjonsanalysene. Resultatene fra de enkle regresjonsanalysene viser at de som kun hadde erfart ett slag, eller ikke hadde tannprotese, eller ikke opplevde at tannhelsen var blir dårligere, og hadde 20 eller flere egne tenner i behold hadde bedre skåret i OIDP sum og Hunt sum enn de som hadde mindre gunstige skår på de nevnte variablene. I tillegg scoret de med høyskole/universitetsutdanning bedre på OIDP enn de med lavere utdanning. Den univariate analysen viste at det var bedre generell og oral helserelatert livskvalitet blant dem som svarte ja på spørsmål om hvorvidt konsistensen av suppe, grøt og mykt brød gjør spisesituasjonen trygg i forhold til de som ikke valgte dette alternativet. Det var en signifikant sammenheng mellom det å trenge lengre tid til måltidene etter slaget og dårlig livskvalitet. Tabell 3 viser at de som var trygge ved elting av mat i munnen, ved svelging av mat eller alltid trygge i spisesituasjoner scoret bedre på OIDP enn de som ikke hadde krysset av for disse alternativene.

Variablene som viste signifikante sammenhenger i den enkle lineære analysen (tabell 3) inngikk i den multiple lineære regresjonsanalysen som viste at munntørhet er den variabelen som

hadde sterkest sammenheng med generell livskvalitet (Hunt). For oral helserelatert livskvalitet hadde variablen måltidet tar lengre tid på grunn av svelgevansker signifikanst størst sammenheng, uavhengig av øvrige variabler (se tabell 3).

## Diskusjon

Et mål med studien var å kartlegge selvopplevd tannhelse og oral funksjon hos slagrammene. Tre fjerdedeler av deltakerne i studien hadde minst 20 egne tenner, noe som gjenspeiler den høye andelen eldre mennesker i Norge med egne tenner (5, 9,17,18). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er det et mål at alle mennesker skal ha minimum 20 egne tenner eller flere. Dette regnes som avgjørende for å opprettholde tilstrekkelig tyggefunksjon og en normal livskvalitet. Med mange egne tenner blir også munnstell og profesjonell tannpleie spesielt viktig for å bevare tenner gjennom sykdomsperioder.

Hovedfunnene i studien viser at kun fem prosent ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden etter hjerneslag. Samtidig opplever en tredjedel å ha fått dårligere tannhelse etter slaget. Opplevelsen av munntørhet var den variabelen som, både ut ifra den enkle og den multiple regresjonsanalysen, hadde størst sammenheng med oral helserelatert- og generell livskvalitet. De som i liten grad erfarte munntørhet hadde bedre livskvalitet. I studien hevder cirka halvparten av informantene å være plaget av munntørhet. Årsaken til munntørhet har ikke denne studien kartlagt, men selvrapportering av hvordan utvalget opplever munntørhet er registrert. Opplevelsen av munntørhet spenner fra å føle seg noe tørr i munnen (34,0 prosent) til å være så tørr i munnen at det er vanskelig å snakke (3,5 prosent). Tørre lepper og generelt tørr i munnen, problemer med å spise tørr mat og svelge enkelte typer mat er tilstander som er rapportert knyttet til munntørhet. Vi vet at god spyttsekresjon hjelper til med å rense munnhulen for matrester. Munntørhet vil derfor redusere evne til å rense munnhulen. Dårligere tannhelse kan bli resultatet. En tredjedel av utvalget hevder å ha fått dårligere tannhelse etter slaget, og økt munntørhet kan være en årsak.

Cirka 60 prosent av informantene i studien oppga å ha fått lammelser i ansikt, munn og/eller tunge som følge av slaget. Lammelsene varte fra kun noen få timer til varige lammelser. Halvsidig lammelse (hemiplegi) av ansiktet og munnhulen er vanlige følger av hjerneslag (20). Personer med slike lammelser kan ha vanskeligheter med å lukke munnen, svelge og bruke tungen og muskulaturen i munnhulen (20). Nedsatt oral funksjon bidrar til at den naturlige prosessen med å rense munnen etter måltidene forsinkes og det blir lengre tid med matrester og syrepåvirkning på tennene. Dette gir en kraftig økt risiko for utvikling av karies. I tillegg vil nedsatt førighet og kraft i armen kunne påvirke kvaliteten på tannpussingen.

Faktorene munntørhet, lammelser i ansikt og munnhule og nedsatt førighet i armen kan hver for seg eller sammen utgjøre klare risikofaktorer for oral patologi. Dette kan være noe av årsaken til at så mange som en tredjedel av informantene oppga at de har fått dårligere tannhelse etter hjerneslaget eller -slagene.

Tabell 3. Resultatene fra lineære regresjonsanalyser som viser sammenhenger mellom de to avhengige variablene OIDP og HUNT og de uavhengige variablene sosiodemografiske variable, oral funksjon og tannhelse

	OIDP sum##		Hunt sum##	
	Enkel regressjons-analyse	Multippel regressjons-analyse	Enkel regressjons-analyse	Multippel regressjons-analyse
		$\hat{\beta}$		$\hat{\beta}$
Alder		-0.09		-0.02
Kjønn (kvinne =1/mann=2)		0.03		-0,002
Utdanning (høyskole =1 vs lavere utdanning=0)		-0.12*		-0.05
Lammelser etter slaget (ja=1/nei =0)		-0.01		0.03
Antall slag (ett slag vs to eller flere)		0.13*		0.12*
Har tannprotese (ja=1/nei =0)		0.27*	0.14*	0.11
Opplever du at tannhelsen er blitt dårligere etter slaget? (ja=1/nei =0)		0.38*		0.24* 0.17*
Har du alle dine egne tenner i behold?				
(svarene inndelt i 2 alternativer:				
20 egne tenner eller flere (=1), 19 tenner eller færre (=0)		-0.31*	-0.15*	-0.14*
Konsistensen av suppe, grøt og mykt brød gjør spisesituasjonen trygg (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.34*		-0.33*
Konsistensen av fisk gjør spisesituasjonen trygg (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.28*		-0.13
Konsistensen av kjøtt gjør spisesituasjonen trygg (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.25*		-0.03
Konsistensen av epler, nötter og knekkebrød gjør spisesituasjonen trygg (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.27*		-0.17
Kan spise alle typer mat uten problemer (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.29*	-0.25*	-0.04
Trygg i håndtering av mat på tallerken (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.30*		-0.06
Trygg ved tygging (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.30*		-0.07
Trygg ved elting av mat i munnen (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.30*		-0.07
Trygg ved svelging av mat (ja=1/ikke avkrysset =0)		-0.30*		-0.06
Alltid utrygghet i spisesituasjoner (ja=1/ikke avkrysset =0)		0.17*		0.05
Opplever du at du trenger lengre tid til måltidene nå enn før slaget (ja=1/nei =0)		0.34*		0.26*
Måltidet tar lengre tid enn før slaget fordi det er vanskelige å gape og bite av maten (ja=1/ikke avkrysset =0)		0.30*		0.12*
Måltidet tar lengre tid enn før slaget fordi tungen fungerer dårligere (ja=1/ikke avkrysset =0)		0.31*	0.19*	0.13*
Måltidet tar lengre tid enn før slaget fordi det er vanskelige å tygge (ja=1/ikke avkrysset =0)		0.32*		0.07
Måltidet tar lengre tid enn før slaget fordi det er vanskelige å svelge (ja=1/ikke avkrysset =0)		0.39*	0.32*	0.17*
Måltidet tar lengre tid enn før slaget fordi tannprotesen passer dårligere enn før (ja=1/ikke avkrysset =0)		0.25*		0.06
Sum munntørrhet###		0.54*	0.31*	0.43* 0.40*
$\hat{\beta}$ = Standardisert beta koeffisient estimat, * p-verdi < 0.05 dvs signifikant, OIDP=Oral Impact on Daily Performance (se referanselisten nr 15.), HUNT= Generell livskvalitet, et 5-items spørreskjema HUNT -5, helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (se referanselisten nr 11 og nr 12), xx Modellen forklarer ca 60 % av variasjonen i OIDP sum. xx Modellen forklarer ca 24 % av variasjonen i Hunt sum. Kun signifikante resultater fra den enkle regresjonsanalysen er tatt med i den multiple regresjonsanalysen i tillegg til alder og kjønn. ##: Jo lavere score jo bedre livskvalitet, ### Jo lavere score jo mindre munntørrhet				

De som hadde alle egne tenner i behold, de som ikke brukte tannprotese, og de som kunne spise alle typer mat uten problemer hadde bedre oral helserelatert livskvalitet sammenliknet med dem som hadde få tenner igjen, brukte tannprotese eller ikke kunne spise alle typer mat. Lammelser i ansikt og munn påvirker ikke i seg selv livskvaliteten, men studien viser at de som bruker tannprotese og de som har få egne tenner igjen i munnen har dårligere opplevelse av tannhelserelatert livskvalitet. Deres orale funksjon påvirker dem negativt i daglige gjøremål.

Det er oppsiktsvekkende og bekymringsfullt at kun fem prosent av deltakerne hadde fått informasjon om stell av tennene sine i rehabiliteringsperioden 0–6 måneder etter at slaget inntraff. Ifølge en svensk doktorgradsstudie viser leger og sykepleiere mindre interesse for munnhulen enn for andre deler av kroppen til pasienter som behandles for kreft (21). Dette til tross for kunnskap om at tidlig informasjon og riktig tannpleie og tannhygiene er viktig for å bevare pasientenes tannhelse på sikt. Det er ingen grunn til å tro at leger og sykepleiere som behandler slagrammets opptrer annerledes. Stortingsmelding nr. 35 (22) sier at det skal forefinnes et likeverdig og tilgjengelig tannhelsetilbud for alle, uavhengig av bakgrunn og sosioøkonomisk situasjon. Pasientene kan ha krav på ytelsjer fra Den offentlige tannhelsetjenesten eller Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og bør også få opplysninger om dette.

Slagrammets og/eller deres pårørende bør gis informasjon om tannhelse og tannbehandlingstilbud av helsepersonell i rehabiliteringsperioden. Ifølge Grytten og Holst (23) har eldre mennesker flere tannsykdommer og dårligere tilgang til tannhelsetjenester enn resten av befolkningen. Studien konkluderer blant annet med at organisering av tannhelsetjenester ikke er optimal når pasienter er nødt til å oppsøke private tannleger. Private tannleger er ikke pålagt samme samfunnsansvar som offentlig tilsatte tannleger, og sjansen er til stede for at pasienter med fysiske, kognitive eller mentale handikap ikke får nødvendig behandling. En type fasttannlegeordning anbefales (23).

Alder hadde liten innvirkning på opplevelsen av livskvalitet i vår studie. En del andre studier viser at høy alder virker negativt inn på livskvaliteten (24, 25), men ikke all forskning viser signifikant sammenheng mellom høy alder og livskvalitet (18). Vår studie viser at høyskole- og universitetsutdannede hadde signifikant bedre oral helserelatert livskvalitet (OIDP) gjennomsnittsverdi i den univariate analysen, enn de som har lavere utdanning. Resultatet kan bety at personer med høyskole- eller universitetsutdanning har bedre forståelse for sammenhengen mellom livskvalitet og betydningen av velfungerende tenner. Dette svarer med levekårsundersøkelser i Norge (SSB) og epidemiologiske studier ellers i verden hvor det blant annet er påvist sammenheng mellom tannløshet og lav sosioøkonomisk status (18, 26). En studie fra 2006 gjennomført i den norske befolkning (18) viste at voksne med lavest registrert inntekt var de som fikk lavest skår på oral helserelatert livskvalitet.

Det er ifølge Muldoon (27) enighet blant forskere om at livskvalitet er multidimensjonal, subjektiv og varierer over tid (27). Våre resultater må ses i lys av det og det fremgår av forkart vari-

ans knyttet til variablene som ble inkludert i regresjonsanalyse. De viste henholdsvis 0,60 og 0,24 for OIDP og HUNT (se tabell 3).

Halvparten av deltakerne rapporterer at de bruker lengre tid til måltider nå enn før slaget. Grunnene til dette knytter seg til vansker med å svele, gape og bite av maten, tygge, at tunga fungerer dårligere, og at tannprotesen passer dårligere enn før. Dette samsvarer med funn fra en svensk studie fra 2000 (28) som konkluderte med at de mest alminnelige spiseproblemetene for personer med hjerneslag knytter seg til tre forhold; det å håndtere maten når den ligger på tallerkenen, det å håndtere maten i munnen (tygge, elite, og så videre) og det å svele. I tillegg opplevde pasientene frykt, usikkerhet, skam og isolasjon i spise-/måltidsituasjoner. Studien konkluderer blant annet med at tiden som brukes til måltidene ikke er tilstrekkelig til at pasientene kunne delta i sosiale måltider, altså sammen med andre i normale sosiale settinger (28). Ifølge en annen svensk studie ble det avdekket at det sosiale nettverket og relasjoner til venner og bekjente var vanskelig å opprettholde etter et slag (2). Det er i denne sammenheng interessant at cirka 65 prosent av deltakerne i vår studie oppgir å få mer besøk enn de ønsker seg, mens cirka 33 prosent synes de ser for lite til slekt og venner. Av de som oppgir å bruke lengre tid til måltider, viser vår studie en signifikant sammenheng med kjønn. Menn får i større grad enn kvinner hjelp av andre til å gjennomføre selve måltidet. Av utvalget var cirka 70 prosent samboende eller gift. Det er naturlig å tenke seg at den slagrammete som bor hjemme mottar hjelp til måltidet av sin samboer eller ektefelle. Dette synes å være i tråd med en svensk studie fra 2008 der det ble gjennomført 15 intervjuer av slagrammets omsorgspersoner i hjemmet (2). Ifølge denne studien går mye av hverdagen til hjemmeboende slagspasienter med til inntak av måltider og planlegging av disse i samarbeid med sine nærmeste.

I vår studie ser vi at trygghet under måltidene også kan ha sammenheng med hvilken konsistens maten har. Mat som suppe, grøt og mykt brød er den de fleste informanter over 65 år opplever som trygg, deretter følger matkonsistens tilsvarende fisk. Hvis konsistensen på matvarene blir avgjørende for hva eldre mennesker spiser kan dette selvsagt medføre at sammensetningen av mat med god kvalitet og næringsinnhold kommer i bakre rekke. I Statens Helsetilsyns veileder for rehabilitering av slagrammets (29) hevdes det at hjerneslag kan føre til uttørring og underernæring som følge av spisebesvær og vansker med å utløse svelefrefleksen. Tannhelse, tannstatus, og det å ha et velfungerende muskel- og skelettsystem er sentralt for å opprettholde et uavhengig liv og hindre institusjonalisering (29). Nettopp problemer med å svele vises som den variabelen som hadde størst sammenheng med oral helserelatert livskvalitet i vår studie. Munntørhet utløser også sveleproblemer for mange slagrammets i undersøkelsen og denne variabelen forringte opplevelsen av både oral helserelatert livskvalitet og generell livskvalitet.

Våre funn underbygger behovet for å etablere faste samarbeidsrutiner mellom lege, hjemmesykepleie og Den offentlige tannhelsetjenesten. Statens helsetilsyn (3) viser til forskrift om

kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten da de hevder at organisatoriske forhold ikke må være til hinder for et strukturert tverrfaglig samarbeid og nødvendig informasjonsflyt mellom faggrupper. Samhandlingsreformen (30) åpner for mer samarbeid på tvers av profesjoner for å utnytte en bredere faglig kompetanse til beste for pasienten

Det kan diskuteres om medlemmer av en interesseorganisasjon er representativ i forhold til gjennomsnittet av slagrammene i Norge. Det er en klar svakhet ved denne studien at de som har svart på spørreskjemaet mest sannsynlig er de friskeste hjemmeboende slagrammene i Norge. Kravet om selvrapportring forsterker dette. Svarprosenten er relativt lav og det er grunn til å anta at det er de «friskeste» slagrammene som velger å svare på undersøkelsen siden den er basert på selvrapportring. De som har lammelser og er hjelpetrengende kan ha begrensete svarmuligheter. Resultater fra en undersøkelse gjennomført av McGrath mfl. (7) bekrefter at nedsatt fysisk og kognitiv tilstand etter slag gjør selvrapportring av livskvalitet vanskelig. Å kommunisere effektivt og forstå spørsmålene som stilles kan være utfordrende (7). Dette kan ha hatt betydning for våre resultater. Selv om svarprosenten var noe lav (46 prosent) så er utvalget på 293 personer som selv har opplevd et hjerneslag likevel et antall som bør gi relativt generaliserbare resultater. Det er nærliggende å tro at man ved en høyere svarprosent, eller hvis man hadde hatt mulighet til å rekruttere andre med selvopplevd hjerneslag enn bare medlemmer av Norsk forening for slagrammene, hadde funnet at problemet er større enn det artikkelen viser. Det foreligger trolig en underrapportering.

Til tross for at utvalget er selektert anses det å være representativt når det gjelder tannhelserelaterte spørsmål. Ifølge Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse fra 1995; 1.2 «Andel personer 16 år og over med 20 eller flere egne tenner og andel helt uten egne tenner, etter alder, kjønn, husholdningstype, sosioøkonomisk status, høyeste utdanning og inntekt i husholdningen, samt landsdel». Resultatene på dette punktet viser at 76 prosent av de i alderen 44–66 år hadde 20 egne tenner eller flere i 1995 (menn og kvinner samlet). Voksne mennesker i Norge mister ikke tenner i vesentlig grad. Disse personene er i dag i aldersgruppen 65–86 år. Vi mener derfor at vårt utvalg er representativt og viser at 73 prosent har flere enn 20 egne tenner.

Gjennomsnittsalderen på informantene i studien er 64,6 år. Dette er noe lavere enn gjennomsnittsalderen for slagrammene generelt i Norge som er cirka 70 år. Det er positivt at utvalget omfatter informanter fra hele Norge og at halvparten av informantene er 65 år og eldre (tabell 1). Kun 2,5 prosent av respondentene var ikke etnisk norske, så disse kan være underrepresentert i studien.

En annen svakhet ved vår studie er at den baseres på et tverrsnittdesign og sier derfor ikke noe om kausalitet (årsak–virkning). Når undersøkelsen likevel avdekker et så klart signal om at informasjon om tannstell er svært mangelfull, og at behov for informasjon om tannhygiene og rettigheter til tannhelserelaterte tjenester i rehabiliteringsfasen etter slaget er stort, så må det tas på alvor.

## Konklusjon

Studien viser at kun 5 prosent ble informert om tannstell i rehabiliteringsperioden etter hjerneslag. En tredjedel opplever å ha fått dårligere tannhelse etter slaget. Munntørrhet, lammelser og dårligere oral funksjon kan hver for seg eller sammen være medvirkende årsaker til dette. Stor grad av munntørrhet var den variabelen som hadde sterkest sammenheng med dårligere oral helserelatert livskvalitet og generell livskvalitet. Bruk eller ikke bruk av tannprotese, en forverret tannhelse etter slaget og problemer knyttet til spisesituasjoner hadde en klar sammenheng med redusert oral helserelatert livskvalitet.

Orale problemer har signifikant sammenheng med redusert svelge- og tungefunksjon. Slagrammene bruker generelt lengre tid til måltidene nå i forhold til før slaget. Mest trygghet i spisesituasjoner oppnås med en matkonsistens tilsvarende suppe, grøt og mykt brød.

Informasjon om tannstell og munhygiene bør rutinemessig inngå i prosedyrene ved pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner for hjerneslagpasienter. Tannhelsepersonell bør inngå i det tverrfaglige teamet knyttet til rehabilitering etter slag. Tannhelsepersonell kan i større grad bidra med informasjon, veiledning, vedlikehold av gjenstående tenner og eventuelle tannproteser, og oppfølging av tannhelsen tidlig i slagpasienters rehabiliteringsprogram.

## English summary

*Myhrer T, Haugen HL, Willumsen T, Bergland A.*

### **Oral health and quality of life among elderly people after stroke**

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 890–7.

**Background:** People who experience stroke can develop increased oral problems caused by paralysis of the face, mouth, tongue, and reduced mobility in using table cutlery and toothbrush. There is little research about how physical limitations associated with eating, swallowing and dental care influence caries development and quality of life for this population.

**Objective:** The aims for this study are to explore oral health and oral function by elderly stroke survivors, as well as looking at possible links between oral function, general quality of life and oral health-related quality of life.

**Method:** The study is a quantitative cross-sectional study. All members of the Norwegian association for stroke survivors were invited to participate in the survey. Response rate was 46% (N=293 participants). The study included socio-demographic variables, general quality of life (HUNT-5), oral impact on daily performance (OIDP), dental health, dry mouth, consistence of food, time commitment and confidence in the dining situation. Data were analysed with SPSS.

**Results:** The study shows that only 5 % were informed about dental care in the rehabilitation period after stroke. A third experienced reduced oral health after stroke. Stroke survivors with less than 19 teeth and / or users of dentures had significantly po-

orer oral health-related quality of life compared with those without dental prosthesis and more than 20 teeth. Dry mouth is the factor that influences quality of life the most.

Conclusion: Information about dental care and oral hygiene must be more strongly focused on in rehabilitation after stroke. To reduce the possibility of poorer oral health and deterioration of quality of life, more systematic dental services for stroke patients at an earlier stage is necessary.

## Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. (red. Indredavik B mfl). IS-1688. Utgitt: 04/2010.
2. Berglund A-L, Johansson I. Anhörigas vardag vid vård och om-sorg av närliggande i hemmet med stöd av kommunens avlastning. Kap 6 i rapporten Regional utveckling- om produktion, livskvalitet och inflytande (red. Berger S). Karlstad University Press, Universitets-tryckeriet Karlstad 2008.
3. Statens helsetilsyn. Tenner for livet – Helsefremmende og fore- byggende arbeid. IK-2659. 1999.
4. Holst D, Dahl KE. Påvirker oral helse livskvaliteten? – En repre-sentativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2008; 118: 212–8.
5. Henriksen BM. Oral health among the elderly in Norway – A de-scriptive epidemiological study. (Doktorgradsavhandling), Det odon-tologiske Fakultet, Universitetet i Oslo. 2004.
6. Graven AR. Nå råtner tennene hjemme. Forskning.no, utgitt 05.02.2013. Intervju med professor Gunhild V. Strand, Institutt for klinisk odontologi, Universitet i Bergen 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/artikler/2012/februar/347534>
7. McGrath C, McMillan AS, Zhu HW, Li LSW. Agreement between patients and proxy assessments of oral health-related quality of life after stroke: an observational longitudinal study. J Oral Rehab 2009–36; 264–70. Blackwell Publishing Ltd. 2009.
8. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for spesialist-helsetjenesten for eldre. publikasjonskode: I-1137 B, Trykk: Departementenes servicesenter 11/2008. 2008.
9. Trovik TA, Berge TY. Do tooth gaps matter? Evaluation of self-as-sessments: a pilot study. Blackwell Publishing Ltd. Journal of Oral Rehabilitation 2007; 34: 814–20.
10. Lyng Pedersen AM, Weirsø Dynesen A, Beier Jensen S. Udred-nings af xerostomi og nedsat sputsekretion. Oversiktartikel 347 Vi-denskab & Klinik. Tandlægebladet 2011; 115: nr.5.
11. Holmen J, Midthjell K, Bjartveit K, Hjort PF, Lund-Larsen PG, Moum T, Naess S, Waaler HT. The Nord-Trøndelag Health Survey 1984–86: Purpose, Background and Methods. Participation, Non-participation and Frequency Distributions. Report. No 4–90. Verdal, Norway: National Institute of Public Health. 1990.
12. Hofoss D, Nord E. Norwegian physicians – affluent and reputed, but not particularly happy. Tidsskrift for Den Norske Legeforening 1997; 117: 3476–81.
13. Bergland A, Wyller TB. Construct and criterion validity of a Nor-wegian instrument for health related quality of life among elderly wo-men living at home. Forskningsprosjekt med blant annet en validering av måleinstrumentet HUNT-5 som er basert på en helseundersøkelse i Nord-Trøndelag. Social Indicators Research 2006; 77: 479–97.
14. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Mandsley Monogram #21. London: Oxford University Press. 1972.
15. Slade GD. Derivation and validation of a short-term oral health impact profile (OHIP-14). Community Dentistry and Oral Epidemiology. University of north Carolina, USA, 1997.
16. Åstrøm AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) frequency scale: a cross-section study of adolescents in Uganda. BMC Oral Health 2003; 3: 5.
17. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliabi-lity and prevalence estimates. Eur J Oral Sci 2005; 113: 289–96.
18. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, socio-demographic factors. Eur J Oral Sci 2006; 114: 115–21.
19. Altman DG. Practical statistics for medical research, Publisher; London; New York: Chapman and Hall 1991.
20. Christensen D. Apopleksi i hverdagen – håndbog for Social- og snihedshjælpere og andre hjælpere i hjemmet. Munksgaard, Køben-havn 1994.
21. Öhrn K. Oral health and experience of oral care among patients during radio- or chemotherapy. (Doktoravhandling Uppsala): Uni-versity of Uppsala 2001.
22. Stortingsmelding 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial ut-jevning- Framtidas tannhelsetjenester. Helse og omsorgsdeparte-mentet 2006–2007.
23. Grytten JI, Holst D. (2012). Perspectives on providing good ac-cess to dental services for elderly people. Patient selection and den-tists' responsibility. ISSN 0734–0664. 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.blackwellpublishing.com/journal.asp?ref=0734–0664>.
24. Steele JG, Sanders A, Slade GD, Allen PF, Lathy S, Nuttal N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral impacts and qua-ality of life? A study comparing to national samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 107–14.
25. John MT, Koepsell TD, Hujello P, Miglioretti DL, Leresche L, Mic-heelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 125–32.
26. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older peo-ple: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Blackwell Munksgaard. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81–92.
27. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ, 1998; 316: 542–5.
28. Jacobsen C. Eating training after stroke and its cost-effectiveness. Umeå University Medical Dissertation. New Series No 688 – ISSN 0346–6612. 2000.
29. Statens Helsetilsyn. Veileder i rehabilitering av slagrammde. Veiledningsserie 4–96, IK-2542. 1996.
30. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr 47 (Sam-handlingsreformen). Rett behandling – på rett sted – til rett tid. 2008–2009.

## Måleinstrumenter

HUNT-5 (Helseundersøkelse Nord-Trøndelag), vurdert av Berg-land A og Wyller TB (2006).

OIDP (Oral Impact on Daily Performance), vurdert av Åstrøm AN og Okullo I (2003).

Adresse: Trude Myhrer, e-post: [trude.myhrer@hioa.no](mailto:trude.myhrer@hioa.no)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Myhrer T, Haugen HK, Willumsen T, Bergland A. Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 890–7.

Ole Iden, Tore Solheim og Inge Fristad

## Sentralt odontogent fibrom – en sjeldent, men viktig svulst for tannleger

**S**entralt odontogent fibrom (SOF) er en sjeldent forekommende asymptomatisk benign odontogen tumor som er hyppigst forekommende hos kvinner (1 – 3). Den forekommer oftest i maksillen (4, 5). Klinisk sees den som en asymptomatisk hard hevelse hvor tenner i tilknytning til tumoren i noen tilfeller er deplassert (3). Histologisk defineres den som en fibroblastisk neoplasi (4). Den kan enten være av en cellefattig type med lite odontogen epitel (epitelfattig type) eller den kan være mer differensiert og rik på epitel med områder som inneholder dentin eller sement (WHO type; sammensatt og epitelrik) (3). Den epitelfattige typen av SOF synes å stamme fra den dentale follikkelen, mens en antar at den sammensatte utgår fra periodontalligamentet (6).

Røntgenologisk kan SOF være vanskelig å skille fra andre patologiske tilstander av dental årsak, for eksempel apikal periodontitt. Tenner i tilknytning til SOF er oftest vitale (7). Sammenfatning av kliniske, røntgenologiske og histopatologiske funn kan bidra til å diagnostisere sjeldne odontogene tumorer. I vårt tilfelle var dette et sentralt odontogent fibrom av den epitelfattige typen som var sekundært infisert. Tumoren som ble fjernet viste ingen tegn til residiv ved treårskontroll.

### Kasusrapport

En 47 år gammel kvinne ble henvist i september 2011 for utredning, diagnose og eventuell behandling av en multiloculær oppklaring i venstre overkjeve (figur 1A). Pasienten møtte til konsultasjon i vår praksis i Trondheim, oktober 2011.

Pasienten opplyste at hun hadde penicillinallergi og var røyker. Hun hadde oppsøkt henvisende tannlege i april 2010 på grunn av smerter fra venstre overkjeve og vond smak

### Forfattere

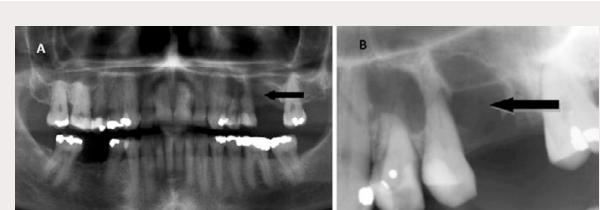
Ole Iden, spesialtannlege. Institutt for klinisk odontologi – seksjon for endodonti, Universitetet i Bergen

Tore Solheim, professor. Institutt for oral biologi, Universitetet i Oslo

Inge Fristad, professor. Institutt for klinisk odontologi – seksjon for endodonti, Universitetet i Bergen



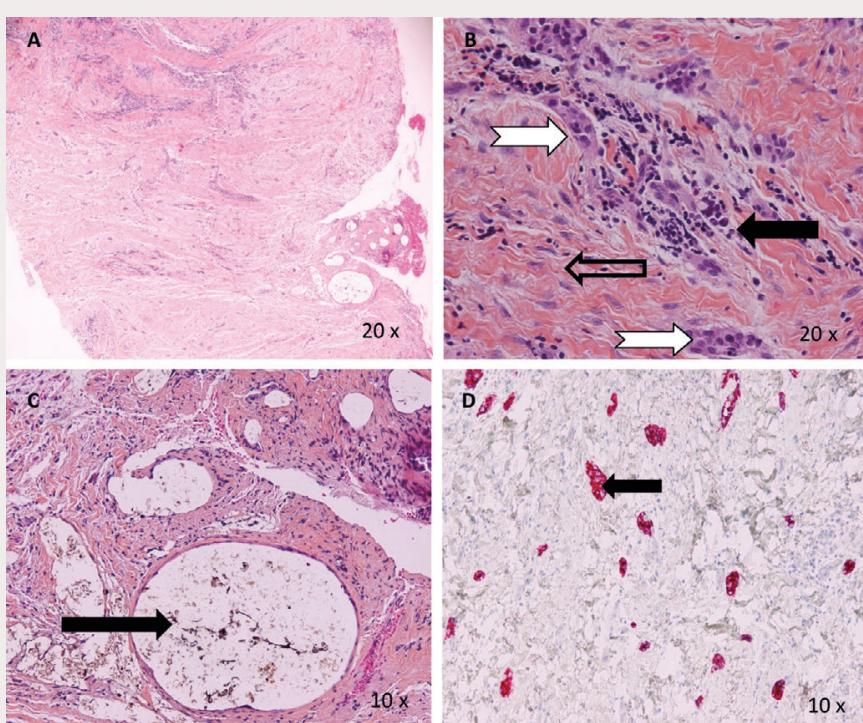
Figur 1 A-B. A: Røntgen viser en velavgrenset multiloculær prosess som strekker seg fra midt på tann 23 til midt på tann 26 i sagittalplanet og i kaudal retning fra midtrotts på tennene 24, 25, 26 til sinus maxillaris sin nedre begrensning. B: Fistelografi viser at fistel synes å drenere en infeksjon utgående fra tann 26.



Figur 2 A-B. A: OPG viser oppklaringens relasjon til sinus maxillaris (pil). B: Røntgen på henvisningstidspunkt viser at 26 er fjernet og at det er et radiolucent område i regio 23 – 26 (pil).

i munnen. Tann 26 ble ekstrahert på grunn av diagnostisert apikal periodontitt med fisteldannelse samtidig som det ble anbefalt videre oppfølging hos spesialist (figur 1B). Pasienten ønsket å avvente situasjonen.

I september 2011 ønsket pasienten videre oppfølging og behandling på grunn av persistenterende problemer i regionen. Etter henvisning ble det utført klinisk og røntgenologisk undersøkelse. OPG ble utført for å undersøke prosessens relasjon til andre strukturer og om det var andre lignende røntgenologiske endringer (figur 2A). I regio 26 ble det palpert en tydelig hevelse som strakk seg fra tann 24 til tann 26. Hevelsen var noe øm og området var rødlig på farge. Sensibilitets-testing av tennene 23, 24 og 25 ga positivt utslag. Tennene 24 og 25 var svakt perkusjonsømme med mobilitetsgrad



**Figur 3.** Sentralt odontogen fibrom. HE farging viser et fibrøst bindevev som er relativt celulerikt (A). Videre sees mange øyer av epitel (hvit pil) i bindevevet (åpen svart pil) og noen små ansamlinger av lymfocytter som tegn på betennelse (svart pil) (B). Hulrom (pil) med varierende størrelse og fnokkete fremmedlegemer (C). Bilde D viser immunfarging med pankeratin (rød farge). Fargingen viser at celleansamlingene utgjøres av epitel (pil) og ikke f. eks. endotelceller i årer.

1 – 2. Tann 25 hadde en periodontal lomme distopalatinalt på 5 mm (figur 2B).

Tentativt ble tilstanden diagnostisert som residualcyste etter ekstraksjon av tann 26. Det ble anbefalt kirurgisk fjerning og biopsi. Pasienten ble informert om behandling og samtykket til denne. Det kirurgiske inngrepet innebar risiko for at tennene 24 og 25 måtte rotfylles på et senere tidspunkt på grunn av fare for tap av blod- og nerveforsyning.

### Behandling

En rektangulær lapp fra tann 23 til tann 27 ble mobilisert. Den bukkale beinlamellen var perforert. Den cystelignende prosessen ble fjernet i tilnærmedesvis ett stykke og lagt på formalin for histologisk undersøkelse. Det ble også forsøkt å unngå ledering av blodkar og nerveforsyning til tennene 24 og 25. Den bukkale roten på tann 25 var konkav, sannsynlig-



**Figur 4.** Kontroll etter 2 måneder. Tenne 24 og 25 er rotfylt, men et radiolusent område fra distalt på tann 23 til midtros på tann 25 persisterer. I regio 26 er det tilheling med redusert beinnivå i kranial retning.

vis som et resultat av trykkresorpsjon fra prosessen. Det ble funnet to små perforasjoner til sinus maxillaris. Den kirurgiske etterkontrollen viste god bløtvevstilheling. Tennene 24 og 25 ble sensibilitetstestet med negativt resultat, men videre behandling ble avventet i to måneder for sikrere diagnostikk.

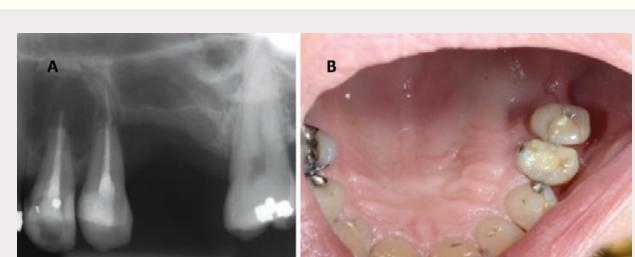
### Histopatologisk undersøkelse

Histopatologisk ble det funnet et fibrøst bindevev med en rekke små øyer og drag av odontogenet epitel (figur 3A og B). Forkalkninger ble ikke påvist. Vevet inneholdt områder med lokale kroniske betennelsesceller; i hovedsak lymfocytter (figur 3B). I et område av vevet ble det funnet relativt store hulrom med grå fnokket til trådaktig fremmed substans (figur 3C). Dette kan man noen ganger se i periapikalt vev etter rotbehandling, men det er usikkert hva fremmedlegeme består av. Immunfarging med cytotokeratin/pankeratin farget positivt for epitelceller (figur 3D). Epitelet virket inaktivt uten pleomorfii eller mitoseaktivitet. Diagnosen som ble stilt var et sentralt epitelfattig odontogen fibrom med

fremmedlegemer og fokal kronisk inflamasjon.

### Behandling

Ved 2-måneders kontroll viste tann 24 og 25 negativt utslag på elektronisk pulpatest, kuldetest (EndoIce®) og borretest. Ved åpning til pulpakavum ble det funnet sensibilitet og blødning i tennene 24 og 25. Rotbehandling ble utført på begge tenner. På grunn av at prosessen hadde forårsaket trykkresorpsjon på de palatinale røttene på tennene 24 og 25, ble disse rotfylt med Mineral Trioxide Aggregate. De bukkale rotkanalene på begge tennene ble rotfylt med guttaperka og AH+. Deretter ble tennene 24 og 25 forsynt med tett toppfylling (Cavit®, glassionomersement/Fuji IX®). Ifølge pasienten oppsto det i perioden mellom utrensing og endelig rotfylling en blemme palatinalt for tann 25 som



**Figur 5 A-B.** A: Kontrollrønten etter 6 måneder viser et persistente radiolusent område i regio 23 – 25. B: Klinisk bilde viser noe ødematost og rødlig gingiva distopalatinalt for tann 25.



**Figur 6.** Rothinnene omkring de bukkale røttene på tennene 24 og 25 har normal bredde. På de palatinale røttene på tann 24 og 25 er det vanskelig å følge rothinnen. Beinnivå distalt for tann 25 er sterkt redusert.



**Figur 7.** Postoperativt bilde etter rotspissamputasjon viser retrograd fylling i den bukkale roten på tann 24. Denne projeksjonen viser også manglende bein distalt for tann 25.

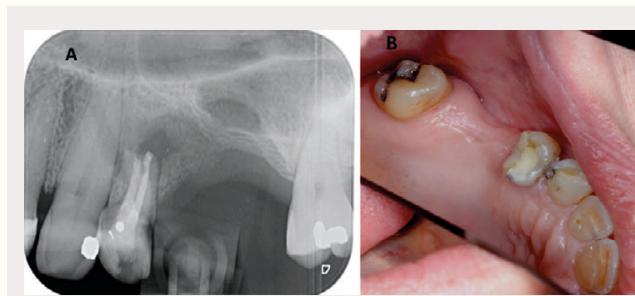
I november 2012 hadde pasienten persisterte symptomer i regio 24/25. Klinisk var det palpasjonsomhet i regio 24/25 og noe perkusjonsomhet i tann 25. Röntgen viste mangelfull tilheling i området (figur 6). Prosessen ble oppfattet som et granulom utgående fra tann 25 eller tann 24. Det ble derfor ikke utført ny histopatologisk undersøkelse. En ny undersøkelse kunne ha avdekket om fjernet vev bestod av rester av det sentrale odontogene fibromet. Det ble bestemt i samråd med pasient å utføre et rotspissinn-grep på 24/25. Prognosene på tann 25 ble bedømt som usikker, men pasienten ønsket å beholde tannen om mulig (figur 6).

En rektangulær lapp fra tann 23 til tann 25 ble mobilisert. Det ble observert beininnvekst i området hvor det odontogene fibromet hadde sin bukkale begrensning. En liten beinperforasjon i den apikale delen av tann 24 ble registrert. Den bukkale roten på tann 24 ble kappet og den palatinale roten som var fylt med MTA ble jevnet til. Det ble ikke observert granulom på den bukkale roten på tann 25. Granulom og arrnev ble fjernet fra beinkaviteten i området. Tann 25 ble foreløpig beholdt (figur 7).

Ved kirurgisk etterkontroll etter en uke var pasienten symptomfri, men tann 25 var mobil grad 3. En horizontal rotfraktur ble diagnostisert på den bukkale roten og tannen ble fjernet i samme seanse.

sprakk og tömte seg. Hun hadde ingen symptomer eller ubehag etter dette (figur 4). Blemmen synes å være knyttet til en infeksjon i regio 24/25.

Ved 6-måneders kontroll, august 2012, var det ingen hevelser, kun noe palpasjonsomhet i området. Tann 25 var mobil grad 1 – 2 med distopalatal lomme på 5 mm. Röntgen viste manglende bein distalt for tann 25. I apikalområdet på 24 var det en persistenter radiolusens (figur 5A). Klinisk kunne det sees normale slimhinner i regio 26, men med noe ødematøse forhold distopalatinalt for tann 25 (figur 5B). Pasienten ble satt opp for ny kontroll etter 3 måneder.



**Figur 8 A-B.** A: Kontroll 6 måneder etter rotspissamputasjon av tann 24 og fjerning av tann 25 viser beininnvekst og et tilfredsstillende beinnivå distalt for tann 24. Et radiolusent område kan sees i sinusbunnen. B: Klinisk bilde viser normale slimhinner uten synlige hevelser.

Ved etterkontroll 6 måneder senere var pasienten symptomfri. Det var ingen palpasjonsomhet eller intraoral hevelse i regio 24–26. Röntgen viste tydelig tegn til beininnvekst (figur 8A). Tann 24 hadde tilnærmet normal mobilitet. Slimhinner var nå normale i regionen (figur 8B).

## Diskusjon

Sentralt odontogenfibrom finner man som navnet antyder sentralt inne i kjeven. Normalt beinvev resorberes og erstattes av et fibrøst bindevev. I dette bindevevet finnes øyer eller drag av odontogen epitel (5, 8). Svlsten synes å ha sitt utgangspunkt i tannfollikel eller periodontiet (6, 9).

Sentralt odontogenfibrom utgjør ca. 0,1 % av alle odontogene svulster. Det er observert i alle aldersgrupper, og forekommer hyppigst i maksillen anteriort for 1. molar og i mandibula posteriort for 1. molar. Klinisk kan man finne en fast hevelse i området, men i noen tilfeller viser den seg som en forsenkning i vevet (9). Svlsten kan flytte tanner og i noen tilfeller forårsake tannlösning, men svulsten er ikke forbundet med smerter (10).

Röntgenbildet kan vise både unilokulær og multilokulær oppklaring. Prosessen er som regel veldefinert, men i noen tilfeller sees kortikal ekspansjon. Svlsten kan forårsake rotresorsjon av tanner. Ved eventuelle forkalkninger kan man finne små radioopake legemer i oppklaringen (11).

Histologisk finner man et fibrøst bindevev som inneholder øyer og drag av odontogen epitel. Bindevevet er relativt cellerikt og kan variere fra myxoid til tett og kollagenrikt. Det hender at det kan forekomme forkalkning (dentin eller cement), men det ble ikke påvist her (5). Betennelsesinfiltratet som ble observert i vårt tilfelle kan tilskrives sekundær infeksjon. Det er beskrevet enkelte tilfeller hvor svulsten opptrer sammen med sentralt kjempecelle-granulom. Differensialdiagnosene kan være desmoplastisk fibrom, hyperplastisk tannfollikel, odontogen myxom og sentralt ossifiserende fibrom (5).

Behandling av sentralt odontogenfibrom er enukleering og det er sjeldent med residiv (5).

Basert på resultatet av sensibilitetstesting ble rotbehandling av tennene 24 og 25 initiert etter det kirurgiske inngrepet. Elektrisk pulpa-, kulde- og borrestest ble utført uten å oppnå sensibilitetsutslag. Testene stimulerer sensoriske nervefibre i pulpa og utløser

en smertreaksjon (12). Midlertidig eller permanent tap av sensorisk nervefunksjon (på grunn av anestesi, traume eller kirurgi) kan gi negativ respons på stimuli (13). Videre kan noen nervefibre være motstandsdyktige mot nekrotisering til tross for at omliggende vev er brutt ned (14). Elektrisk pulpa-, temperatur og borretester kan derfor gi falske positive resultater (14).

Laser Doppler Flowmetry (LDF) registrerer sirkulasjonsbevegelse i blodkar (15). Et puls-oxsidimeter måler mengden av oksygenmettet hemoglobin i blodkar (16, 17). Begge målemetoder kan gi mer nøyaktig informasjon om pulpas vitalitet (15). LDF og puls-oxsidimeter er lite brukt innen fagområdet odontologi på grunn av høye kostnader, krav til fiksering for å hindre bevegelse og manglende reproducibelhet (18).

I dette kasuset ville en mer nøyaktig undersøkelsesmetode gitt bedre informasjon om sirkulatoriske forhold i tennene 24 og 25. Manglende sensibilitetsrespons og symptomer sammen med et traumatiserende inngrep i blodforsyningsområdet til tennene 24 og 25, tilsa nekrotisk pulpa. Det persisterende problemet i regionen oppfattes å utgå fra enten restpatologi av det sentrale odontogene fibromet, alternativt at infeksjonen ble initiert og opprettholdt via en periodontal lomme distopalatinal på tann 25.

Det er få retningslinjer for hvordan denne type kasus skal behandles med hensyn til å bevare og eller rotfylle tenner i forkant av en tumorfjerning. Vår behandling ble basert på pasientens ønske om å bevare flest mulig tenner i regionen av estetiske årsaker. En implantatstøttet protetisk erstatning av tennene 26 og 25 ville medført beintransplantasjon. Pasient ønsket ikke denne form for behandling. I ettertid ser vi at tann 25 burde vært fjernet på et tidligere stadium. Den periodontale lommen knyttet til tann 25 er sannsynlig årsak til opprettholdelsen av den patologiske tilstanden i regionen. Pasient er i dag symptomfri og oppfatter den estetiske situasjon som tilfredsstillende uten videre protetisk behandling.

## English summary

*Iden O, Solheim T, Fristad I.*

### **Central Odontogenic Fibroma – a rare but important tumor**

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 898–901.

Central Odontogenic Fibroma is a rare benign tumor of the jaws. It should be considered a differential diagnosis when evaluating radiolucencies associated with vital teeth. Our case report presents clinical, radiographic and histopathological findings connected with treatment of a Central Odontogenic Fibroma in the maxilla posterior region. As teeth connected to Central Odontogenic Fibroma are usually vital, the secondary infection in the present case made the diagnostics challenging.

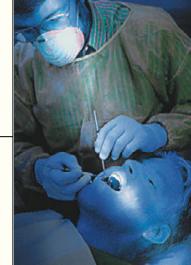
## Referanser

1. Piattelli A, et al. Central granular cell odontogenic tumour: report of the first malignant case and review of the literature. *Oral Oncol.* 2003; 39: 78–82.
2. Reichart PA, Philipsen HP, Sciubba JJ. The new classification of Head and Neck Tumours (WHO) – any changes? *Oral Oncol.* 2006; 42(8): 757–8.
3. Hrichi R, et al. Central odontogenic fibroma: retrospective study of 8 clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012; 17(1): 50–5.
4. Younis RH, et al. Hybrid central odontogenic fibroma with giant cell granuloma-like component: case report and review of literature. *Head Neck Pathol.* 2008; 2: 222–6.
5. Regezi JA, Jordan RCK. Central odontogenic fibroma. In: Regezi JA, Jordan RCK, editors. *Oral pathology. Clinical pathological correlations.* 5th ed. St. Luis: Sounders; 2008. p. 273–4.
6. Nah KS. Central odontogenic fibroma: a case report. *Imaging Sci Dent.* 2011; 41: 85–8.
7. Huey MW, et al. Central odontogenic fibroma mimicking a lesion of endodontic origin. *J Endod.* 1995; 21: 625–7.
8. Neville BD, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Central odontogenic fibroma. In: Neville BD, Allen DD, Bouquot, JE, editors. *Oral and Maxillofacial pathology.* 2nd ed. Philadelphia: Sounders; 2002. p. 633–4.
9. Dunlap CL, Barker BF. Central odontogenic fibroma of the WHO type. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984; 57: 390–4.
10. Daskala I, et al. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report. *J Oral Sci.* 2009; 51: 457–61.
11. Kaffe I, Buchner A. Radiologic features of central odontogenic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78: 811–8.
12. Luukko K, Kettunen P, Fristad I, Berggreen E. Structure and functions of the dentin-pulp complex. In: Hargreaves KM, Berman LH, editors. *Cohen's Pathways of the pulp.* 10th ed. St. Louis: Mosby; 2010 p. 45205–3.
13. Ikeda H, Suda H. Subjective sensation and objective neural discharges recorded from clinically nonvital and intact teeth. *J Endod.* 1998; 24: 552–6.
14. Radhakrishnan S, Munshi AK, Hegde AM. Pulse oximetry: a diagnostic instrument in pulpal vitality testing. *J Clin Pediatr Dent.* 2002; 26: 141–5.
15. Fratkin RD, Kenny DJ, Johnston DH. Evaluation of a laser Doppler flowmeter to assess blood flow in human primary incisor teeth. *Pediatr Dent.* 1999; 21: 53–6.
16. Aoyag Y. Tunable Distributed-Feedback Dye Laser. *Applied Physics Letters.* 1975; 27: 687–8.
17. Gopikrishna V, Tinagupta K, Kandaswamy D. Comparison of electrical, thermal, and pulse oximetry methods for assessing pulp vitality in recently traumatized teeth. *Journal of Endodontics,* 2007; 33: 531–5.
18. Ramsay DS, Artun J, Martinen SS. Reliability of pulpal blood-flow measurements utilizing laser Doppler flowmetry. *J Dent Res.* 1991; 70: 1427–30.

Adresse: Ole Iden, Institutt for klinisk odontologi – endodonti, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19/21, 5009 Bergen. E-post: ole.iden@iko.uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Iden O, Solheim T, Fristad I. Sentralt odontogen fibrom – en sjeldent, men viktig svulst for tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 898–901.*



Linda Næss, Ragnhild Bjørknes og Ingfrid Vaksdal Brattabø

# Tannhelsepersonellets rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt

**D**en offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland utviklet i 2011 intervasjonen *Tannhelse og barnevern* for å etablere en bedre praksis i å oppdage barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. I denne artikkelen presenteres det rettslige rammeverket for tannhelsepersonells opplysningsplikt til barnevernet, og beskrives deretter hovedkomponentene i intervasjonen *Tannhelse og barnevern*. Det settes også fokus på viktige faktorer for å sikre vellykket implementering av programmet i tannhelsetjenesten før artikkelen avsluttes med en kort orientering om det pågående forskningsprosjektet *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen (UiB), og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdelingene Hordaland og Rogaland.

Den offentlige tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten i Norge som kaller inn alle barn og unge mellom 3 og 18 år til regelmessig undersøkelse gjennom hele oppveksten. Innkallingen til den offentlige tannhelsetjenesten er hjemlet i tannhelsetjenesteloven § 1–3, 1. ledd bokstav a. Etter denne paragrafen skal Den offentlige tannhelsetjenes-

ten gi et regelmessig og oppsökende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.

Undersøkelsene som foretas i forbindelse med innkallingen gir viktig informasjon om barnets orale- og generelle helse, barnets utvikling samt samspillet mellom barn og foreldre. Dette gjør at tannhelsepersonell er i en unik posisjon til å oppdage barn som er utsatt for mishandling eller andre typer alvorlig omsorgssvikt (1). Slike bekymringer er svært komplekse og gjenstand for vurderinger, usikkerhet og dilemma for alle profesjoner. Det er ingen enkel fasit for når meldeplikten til barnevernet inntrer for tannhelsepersonell. Særlig kan det være en utfordring for tannlege eller tannpleier å differensiere mellom karies og den dentale omsorgssvikt som gir grunnlag for bekymringsmelding til barnevernet (2). I en nyere svensk studie ble det undersøkt hvilke faktorer svenske pedodontister mener hindrer rapportering til barnevernet. Funnen viser at bekymringsmeldinger til barnevernet gir en rollekonflikt som kan føre til et etisk og klinisk dilemma (3). Dette kan forklare noen av årsakene til at internasjonal og nasjonal forskning viser at det foreligger underrapportering av bekymringsmeldinger sendt til barnevernstjenesten fra tannhelsepersonell (4–8).

I 2011 ble det sendt totalt 474 bekymringsmeldinger fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge til barnevernstjenesten (9). Året før (2010) ble forekomst av omsorgssvikt og mishandling av barn i Norge stipulert til 5–8 prosent (10). Dette styrker mistanken om at det kan være underrapportering fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge. På denne bakgrunnen, ble det i Den offentlige tannhelsetjenesten i 2011 iverksatt en intervasjon som skulle gjøre det enklere for de ansatte å fange opp barn som kan være utsatt for omsorgssvikt og/eller mishandling. Intervasjonen, *Tannhelse og barnevern*

ble utviklet av Den offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland, i samarbeid med Statens Barnehus, Bergen, barneklinikken ved Institutt for klinisk odontologi UiB og Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Intervasjonens hovedkomponenter er (i) Kunnskap om meldeplikt etter gjeldende regelverk; (ii) Kompetanseheving i tannhelsetjenesten om barn som er utsatt for barnemishandling, overgrep og andre former for alvorlig omsorgssvikt; (iii) Samarbeidsavtale mellom barnevernet og tannhelsetjeneste; (iv) Interne rutiner for innsendning av bekymringsmeldinger.

I utgangspunktet er intervasjonen *Tannhelse og barnevern* utformet med tanke på Den offentlige tannhelsetjenesten, men også tannhelsepersonell i privat virksomhet kan møte barn som er utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. Dette har interesse for tannhelsepersonell både i offentlig og privat praksis.

## Barnevernstjenesten som adressat for bekymringsmeldinger

Barnevernstjenesten har som hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får den nødvendige hjelp og omsorg, jf. barnevernloven § 1–1. Det er de foresattes oppgave å sørge for barnets oppvekst og omsorg, mens det er barnevernstjenesten som er ansvarlig for å avdekke omsorgssvikt eller mishandling, og iversette tiltak for å hjelpe barnet. Barnevernet skal etter § 3–2, 2. ledd samarbeide med andre sektorer og forvaltningsorganer når dette kan bidra til å løse disse oppgavene.

Når barnevernstjenesten mottar en melding fra for eksempel tannhelsepersonell, skal meldingen vurderes snarest og senest innen en uke, jf. barnevernloven § 4–2. Meldingen kan resultere i at

### Forfattere

Linda Næss, fagleder, jurist, Tannhelse Rogaland FKF. Næss er tilknyttet studien *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*, for fremstilling av den juridiske analysen av opplysningsplikt til barnevernet

Ragnhild Bjørknes, førsteamannusis. Prosjektleder for *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*, HEMIL-senteret, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Ingfrid Vaksdal Brattabø, Ph.d.-kandidat i *Tannhelse og barnevern – samhandling til beste for barnet*, HEMIL-senteret/TK Vest avdeling Hordaland

saken blir henlagt eller at barnevernstjenesten oppretter en undersøkelsessak. Barnevernstjenesten har rett og plikt til å undersøke barnets omsorgssituasjon når det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter barnevernloven, jf. barnevernloven § 4–3. Denne undersøkelsen skal gjennomføres så skånsomt som mulig, men barnevernstjenesten skal likevel foreta de undersøkelser som er nødvendige for å avgjøre om det er grunnlag for tiltak etter barnevernloven.

### Tannhelsepersonells taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt

Det kan være ulike grunner til at man blir bekymret for et barn man møter i tannklinikken. Bekymringen kan være knyttet til observasjoner man gjør når barnet er på tannklinikken, eller det kan oppstå bekymring fordi barnet gjentatte ganger ikke møter til timeavtaler. Denne bekymringen kan man ha uten å ha sikker viden om at noe er galt i barnets omsorgssituasjon. Usikkerhet med hensyn til hva som ligger i vilkårene for opplysningsplikt og i hvilke situasjoner taushetsplikten skal settes til side kan, sammen med manglende interne melderutiner, være en barriere for å melde saker til barnevernet.

Alle som arbeider i tannhelsetjenesten eller i barnevernstjenesten er underlagt regler om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21 og barnevernloven § 6–7, første ledd. Taushetsplikten innebærer et forbud mot å formidle opplysninger til andre, med mindre det finnes unntak i lov som gir plikt eller rett til å formidle opplysningene. Helsepersonells taushetsplikt hviler på en langvarig og sikker tradisjon og utgjør ett av de etiske grunnprinsipper for profesjonsutøvere (11).

Taushetspliktreglene kompliseres av at helsepersonell kan være underlagt flere typer regelsett alt etter hvilke arbeidsoppgaver som utføres. Undersøkelser viser at mange oppfatter taushetsbestemmelsene som vanskelige å praktisere, og dette kan gi seg utslag i at bestemmelsene praktiseres ulikt, enten for strengt eller for lemfeldig (11). Når det gjelder taushetspliktbestemmelsene og bekymringsmelding til barnevernet kan det sondres mellom den plikten (helsepersonelloven § 33) helsepersonell har til å melde fra til barnevernet og den retten (helsepersonelloven § 23, 4. ledd) helsepersonell

har til å melde fra etter nødrettsbetragtninger.

Dette er en konkret vurdering som må gjøres i hvert tilfelle, men der er noen vesentlige forskjeller. I henhold til helsepersonelloven § 23, 4. ledd kan helsepersonell gi opplysninger som er underlagt taushetsplikt etter § 21 når «tungtveiende private eller offentlige interesser» gjør det rettmessig å gi opplysningsene videre. Det må her foretas en interesseavveining mellom ulike hensyn, hvor hensynene som taler for å meddele ellers taushetsbelagte opplysninger må veie tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet. Hensyn som taler for å fravike taushetsplikten er å motvirke skade av et visst omfang, for eksempel truende fare, eller akuttstasjoner der det er fare for gjentakelse (12). Det er verdt å merke seg at dette er en streng norm, og det skal svært mye til før opplysninger skal kunne ges videre på dette grunnlaget.

Ett av vilkårene for å melde etter pliktbestemmelsen i § 33, 2. ledd er at det oppstår bekymring under utførelse av helsehjelp. Det betyr at meldingen skal baseres på det man får vite under utførelsen av yrket (her: tannlege, tannpleier eller tannhelsesekretær), og være dokumentert. En slik begrensning finner vi ikke retten til å melde fra etter helsepersonelloven § 23.

Plikten til melde fra etter helsepersonelloven § 33, 2. ledd har et skjønnsmessig vurderingstema. Taushetsplikten settes til side når det er «grunn til å tro» at et barn blir «mishandlet i hjemmet» eller det foreligger «andre former for alvorlig omsorgssvikt». Spørsmålet blir da hva som ligger i vilkåret «mishandlet eller annen alvorlig omsorgssvikt»?

En vanlig måte å definere omsorgssvikt på er å skille mellom passiv og aktiv fysisk mishandling og passiv og aktiv psykisk mishandling (13–14). Passiv fysisk mishandling innebærer manglende tilfredstillelse av barns fysiske behov som sterkt avvikende ernæring, manglende beskyttelse mot fysiske farer, manglende hygiene og klær som ikke passer til vær og temperatur. I norsk dagligtale brukes gjerne begrepet vanskjøtsel for denne type omsorgssvikt. Den aktive fysiske mishandlingen omfatter blant annet grov vold i form av slag og spark. Passiv psykisk omsorgssvikt omfatter understimulering og manglende konsekvens,

og mangel på forutsigbarhet slik at det hemmer barnets utvikling. Aktiv psykisk mishandling kan være fiendtlig holdning fra omsorgspersoner, latterliggjøring og trusler om straff (14). Ifølge Killén (13) er ikke de ulike formene for omsorgssvikt gjensidig ute-lukkende. Barn som er utsatt for omsorgssvikt, utsettes sjeldent for bare en form for overgrep. For eksempel vil aktiv fysisk mishandling fra foreldre/foresatte alltid innebære at barnet samtidig er utsatt for aktiv psykisk omsorgssvikt. I tillegg til disse typene av omsorgssvikt finner vi de seksuelle overgrep som dreier seg om seksualisert språk/atferd, intime berøringer, seksuell omgang som tukling med kjønnsorganer til gjennomført samleie og voldtett (14,15). Helsepersonelloven § 33, 2. ledd sier videre at det skal meldes til barnevernet når man har «grunn til å tro» at barnet er utsatt for ett av ovenstående tilfeller. Med «grunn til å tro» menes at man har en begrunnet mistanke om at barnet er utsatt for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt. Det kreves altså ikke sikker viten.

### Forholdet til foresatte

I utgangspunktet bør tannhelsepersonell så tidlig som mulig informere foresatte om at man er bekymret for barnet. I forarbeidene til helsepersonelloven § 33 sies det at «det bør være en utfordring for helsepersonellet å innfri formålet med opplysningsplikt til barneverntjenesten samtidig som tillitsforholdet til pasienten opprettholdes. Departementet ønsker å synliggjøre dette ved å anbefale at samtykke forsøkes innhentet der et slikt forsøk ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade på barnet» (11). Forarbeidene sier med dette at noen ganger kan man ikke informere foresatte om at det vil bli sendt bekymringsmelding til barnevernet. Dette gjelder i situasjoner hvor man har mistanke eller visshet om at barnet er utsatt for mishandling eller overgrep. En melding til foresatte vil i slike tilfeller kunne sette barnet i større fare samt fare for bevisforspillelse.

### Barn over 16 år som ikke møter til tannbehandling

Den helserettslige myndighetsalder er 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4–3, med mindre det finnes unn-

tak i lov. I utgangspunktet kan derfor barn over 16 år selv velge om de vil motta helsehjelp. Som hovedregel skal det derfor ikke sendes melding til barnevernet dersom barn over 16 år unnlater å møte til tannhelsekontroll. Foreldre eller foresatte skal heller ikke varsles i disse tilfellene. Begrunnelsen for dette er at helsepersonell som hovedregel har taushetsplikt overfor pårørende til pasienter som er over 16 år, jf. pasient- og brukerettighetsloven § 3–4. Det er gitt unntak fra dette i paragrafens tredje ledd. Unntaket gjelder informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. Det skal mye til for å varsle foreldre eller foresatte på dette grunnlaget, men forhold som rusmisbruk eller alvorlig spiseformstyrrelse kan begrunne varsel.

Det er viktig å merke at ved mistanke om mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt som gjelder andre forhold enn manglende oppmøte til tannbehandling, gjelder opplysningsplikten til barnevernet frem til barnet er 18 år.

I det foregående er det gitt en oppsummering av de viktigste reglene for tannhelsepersonells opplysningsplikt til barnevernet. Regelverkets kompleksitet og fragmentariske karakter gjorde at en så et behov for å utvikle rutiner som skulle forenkle tannhelsepersonells lov pålagte opplysningsplikt til barnevernet. Under neste avsnitt sees det nærmere på oppbygning og innhold i intervasjonen *Tannhelse og barnevern*.

### Prosjektet Tannhelse og barnevern

*Tannhelse og barnevern* har som mål å sette tannhelsepersonell i bedre posisjon til å utøve lovpålagt opplysningsplikt til barnevernet, og dermed bidra til at flere barn og unge som lever under vanskelige forhold kan bli fanget opp tidligere. Programmet består av et kompetansenettverk og en samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barnevernet.

### Kompetansenettverket

Kompetansenettverk Vest arbeider for at tannhelsepersonell skal ha nødvendig kunnskap om barn som er utsatt for mishandling, overgrep eller omsorgssvikt. Initiativtakere til nettverket er Den offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland, Statens Barnehus, barneklinik-

ken ved Institutt for klinisk odontologi UiB og RVTS.

Gjennom nettverket skal nødvendig og relevant kunnskap gjøres tilgjengelig for samhandlende parter. I nettverket legges det vekt på tverrfaglighet som samarbeidsform der alle fagdisipliner bidrar med sin spesialkompetanse og erfaringer når det gjelder barn med ekstra oppfølgingsbehov. Nettverket er skriftlig formalisert gjennom en samarbeidsavtale mellom partene. I nettverket er følgende profesjoner representert: spesialist i pedodonti, tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer, politi, psykolog, barnelege, folkehelserådgivere, barnevernspedagoger, forskere og jurister. Kompetansenettverket har årlige møter. Her drøftes konkrete problemstillinger og erfaringer. Det blir tatt opp spørsmål knyttet til intervasjonen, og gitt innspill til det videre arbeidet i nettverket. I tillegg utveksles informasjon av faglig karakter fra de ulike fagdisiplinene. Kompetansenettverket ønsker å bidra til reflekerte diskusjoner og veloverveide beslutninger. I tillegg til fellesmøter, bistår partene i nettverket hverandre gjennom hele året. Bistand kan gis i form av undervisning, hospitering, veiledning og informasjonsutveksling. Kompetansenettverket har hatt og har en sentral og uvurderlig rolle i kvalitetssikring av intervasjonens andre del: Samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barnevernet med interne rutiner.

### Samarbeidsavtale og interne rutiner i tannhelsetjenesten

*Avtalen:* For å etablere en forståelse og godt samarbeid mellom tjenestene er det utarbeidet forslag til samarbeidsavtale mellom den enkelte tannklinik og det lokale barnevernkontor. For å sikre likhet for alle barn, uavhengig av geografisk tilhørighet, er det ønskelig å ha en tilnærmet standardisert avtale. Samtidig er det viktig at samarbeidsavtalen har rom for lokale tilpasninger og er godt forankret hos partene. Samarbeidsavtalen gjennomgås av partene årlig. Avtalen er gjensidig forpliktende og har en klar ansvarsfordeling. Inn under barnevernstjenesten sitt ansvar faller deltakelse på samarbeidsmøter med tannhelsetjenesten, kjennskap til tannhelsetjenestens rutiner for innkalling, informasjon til foresatte og oversendelse av bekymringsmeldinger. Tannhelsetjenesten på sin side har an-

svar for å kalle inn til årlige samarbeidsmøter, og sikre at de ansatte er gjort kjent med kontaktteam i barnevernstjenesten i sitt distrikt.

*Interne rutiner for innsending av bekymringsmeldinger:* Det er utarbeidet rutiner for når tannhelsepersonell skal sende bekymringsmelding til barnevernet. Det skiller mellom to type tilfeller:

1. Bekymringsmelding som gjelder pasienter mellom 0–16 år som til tross for påminnelser og varsel gjentatte ganger over tid uteblir fra oppsatte timer uten varsel.

2. Bekymringsmelding som gjelder pasienter mellom 0–18 år som en misstanker er utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Det er utarbeidet brevmaler for de to typene bekymringsmelding.

### Interne organisatoriske aktiviteter som støtter gjennomføringen av intervasjonen

En ny satsning som *Tannhelse og barnevern* vil, som alle nye satsninger, representere en organisatorisk endringsprosess. Dersom man skal lykkes med iverksetting og gjennomføring av *Tannhelse og barnevern* må det derfor sette fokus på faktorer som kan legge til rette for en slik endringsprosess. Forskning viser at kritiske komponenter i implementeringsprosesser er organisasjonens villighet og motivasjon til å ta i bruk den nye satsningen, de ansattes kompetanse, programforkjempere (ildsjeler) og opplæring (16). Videre har klar motivasjon (16) og interne behov for endring (17) stor betydning for om man lykkes med implementering av et nytt program.

Barn som er utsatt for mishandling eller annen alvorlig omsorgssvikt er et tema som berører mange i tannhelsetjenesten. Et ønske om å bidra til at flere barn og unge får den omsorgen de har krav på gir klar motivasjon for tannhelsepersonell å ta i bruk *Tannhelse og barnevern*. Et internt behov for endring kan tvinge seg frem når det fra myndighetene settes fokus på underrapportering fra tannhelsetjenesten. I utformingen av *Tannhelse og barnevern* ble det derfor lagt vekt på komponentene programforkjempere, de ansattes kompetanse og opplæring, og det ble utviklet aktiviteter som understøtter dette.

*Ressursperson barnevern:* I litteraturen beskrives programforkjempere som er en person med innflytelse som innehar tillit, både blant ansatte og ledelse, og

dermed kan opprettholde støtte og forhandle frem løsninger som oppstår i implementeringsprosessen (18, 19). I *Tannhelse og barnevern* har programforkjemper fått tittelen ressursperson i barnevern. Ressursperson barnevern er oppnevnt for å sikre at de ansatte har en person i egen organisasjon som de kan spørre til råds, eller på anonymt grunnlag, diskutere sine bekymringer og vurderinger. Ressurspersonen er tilgjengelig per telefon eller e-post, og kan i tillegg til å gi rådgivning i enkeltsaker også formidle kontaktinformasjon til andre faginstanser. Ressurspersonen sitter også i Kompetansenettverket.

**Opplæring:** Et ledd i intervensionen er kunnskapsheving og faglig oppdatering. Siden oppstart av intervensionen er det med jevne mellomrom gjennomført kurs og gitt forelesninger til ansatte i Den offentlige tannhelsetjenesten om emnet. Det er brukt både interne og eksterne foredragsholdere, hvorav mange er hentet fra Kompetansenettverket.

**Kvalitetssirkel:** For å sikre at de ansatte har god kjennskap til rutiner er det utviklet kvalitetssirkler. De ansatte arbeider gjennom et sett med spørsmål og caseoppgaver som er knyttet opp til opplysningsplikt, lovtekst og fiktive bekymringssituasjoner.

Tannhelsetjenesten får stadig flere utfordringer med utvikling av nye mål eller at nye tiltak utvikles. Det gjør at det kan være vanskelig å holde fokus oppe på det enkelte tiltak. For å opprettholde fokus på *Tannhelse og barnevern* over tid er det viktig å innføre vedlikeholdsrutiner og en plan for dette arbeidet. Målet er å etablere en levedyktig intervension som skal kreve mindre ressurser etter en viss tid. For å sikre levedyktighet bør det i takt med organisasjonens kompetanse og utvikling på området, legges vekt på evaluering og eventuelle justeringer av planleggings, gjennomførings og vedlikeholdsrutiner.

## Videre satsning på forskning og praksis

Studien *Tannhelse og barnevern, samhandling* til beste for barnet er en videre satsning på kompetanseheving for tannhelsesektoren. Studien er praksisnær ved å være initiert av den offentlige tannhelsetjenesten, og har som mål å fremskaffe kunnskap om opplevelser og utfordringer som ofte er knyttet til helsepersonell sin meldeplikt til barnevernet. Studien er etablert som et samarbeidsprosjekt mel-

lom Tannhelsetjenestens kompetansekonsenter Vest, avdeling Rogaland og Hordaland, og Hemil-senteret, UiB. Tverrfaglighet er en viktig kjernekomponten der forskningserfaring er hentet fra barnevern, helsefremmende arbeid, odontologi og juss. Forskerne i studien tar i bruk kvalitative og kvantitative metoder for å undersøke samarbeidet mellom offentlige tannklinikker og barnevernstjenesten. Konsekvensene av omsorgssvikt av barn er mange og svært alvorlige (8). Den offentlige tannhelsetjenesten er i en unik posisjon for å avdekke omsorgssvikt og overgrep. Men tjenesten trenger mer kunnskap, slik at tannhelsepersonell får etablert en trygghet i hvordan man går frem for å melde til barnevernet, og i hvilke saker man skal melde fra til barnevernet. Et sammespill mellom forskning og praksis kan være et faglig bidrag til å sette tannhelsepersonell i bedre posisjon til å utøve sin meldeplikt, og dermed sikre at flere barn og unge som lever under vanskelige forhold blir fanget opp og får tidlig hjelp.

## Referanser

1. Kloppen K, Rønneberg A, Espelid I, Bårdzen ML. Tannhelsetjenesten – en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barnet utsettes for omsorgssvikt og mishandling, Norges barnevern. 2010; 87: 224–30.
2. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. J Dent. 2013; 42: 229–39.
3. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. Eur J Oral Sci. 2014; 122: (5) 332–8.
4. Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R, L Papagiannoulis. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. Int J Paed Dent. 2012; 23: 64–71
5. Newcity A, Ziniel S, Needleman H. Recognizing and Reporting Child Maltreatment: A Survey of Massachusetts Dentists, Journal of the Massachusetts Dental Society (internet). 2011; 1–16. Hentet fra: <http://www.massdental.org/publications/search.aspx?searchText=recognizing%20and%20Reporting%20&include=170,22,30,26,28>
6. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. Eur J Dent Educ. 2012; 16: 158–165.
7. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen, Poulsen S. Danish dentists and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. Int J Paed Dent. 2010; 20: 361–5.
8. Early Years Neglect / EA. <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/emotional-neglect> (lest 24.06.2014)
9. Bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten. Ekstern prosjektgruppe Helsedirektoratet. Fra: <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/bekymringsmeldinger-i-tannhelsetjenesten.pdf>
10. Kvello Ø. Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. In: Moe V, Sløssing K, Hansen MB, editors. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010 p. 493–525.
11. Ot.prp.nr 13 Om lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven). Sosial- og helsedepartementet. Oslo: 1998.
12. Ot.prp.nr.45 (2006–2007) Om lov om endring av lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell mv. Helse- og omsorgsdepartementet Oslo: 2007.
13. Killén K. Sveket 1. 4.utg. Oslo: Kommuneforlaget; 2009. p. 29–63.
14. NOU 2004: 23 Barnehjem og spesialskoler under luppen. Barne- og familieldepertementet. Oslo 2004.
15. NOU 2009: 8 Kompetanseutvikling i barnevernet s.32–33. Barne og likestillingsdepartementet. Oslo 2009.
16. Ellickson P, Petersilia J. Implementing New Ideas in Criminal Justice. National Institute of Justice, US Department of Justice; 1983 Apr. Grant.No. 79-NI-AX-0085.
17. Gendreau P, Goggin C, Smith P. The forgotten issue in effective correctional treatment: Program implementation. Int J offender Ther Comp Criminol. 1999; 43: 180–187.
18. Mihalic S, Fagan A, Irwin K, Ballard D, and Elliott D. Blueprints for violence prevention. Boulder (CO): Center for the Study and prevention of Violence, University of Colorado at Boulder: 2004 July. Report No.: NCJ 204274. Grant. No. 98-MU-MU-K005. Sponsored by the office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
19. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. Am J Community Psychol. 2008; 41: 372–50.

Adresse: Linda Næss, Tannhelse Rogaland FKF, Postboks 130, 4001 Stavanger.  
E-post: [linda.naess@throg.no](mailto:linda.naess@throg.no)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Ellen Lykke Trier og Camilla Jørstad

# Munnstell av alvorlig syke

Gode rutiner og prosedyrer for munnstill er viktigere enn valg av produkter

Inntil 80 prosent av dagens alvorlig syke og døende er plaget av munntørrhet. Munn-tørrhet skyldes ofte flere medikamenter og kroniske sykdommer og fører letttere til infeksjoner i munnhulen. De samme pasientene har også svekket immunforsvar, og mikrober kan da lett finne vei via blodbanen og gi pasienten et langt verre sykdomsbilde. Ivaretakelse av god munnhygiene er derfor infeksjonsforebyggende.

**M**unntørrhet og munnstell er forsørte områder hos multisyme gamle og døende i kommunehelsetjenesten. Pleiepersonalet trenger kunnskap for å identifisere munntørrhet. Å lytte til pasientenes ønsker samt sørge for at munnstell inngår i daglige rutiner er viktig.

## Bakgrunn

Med anstrengt økonomi blir kompetansehevende tiltak ofte salderingsposten i kommunehelsetjenesten. «Frie midler» fra fylkesmannen i Østfold ga Peer Gynt Helsehus mulighet til å gjennomføre prosjektet «Munnstell hos alvorlig syke og døende – best practice». Samarbeidsprosjektet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Østfold og Peer Gynt Helsehus i Moss pågikk i ni måneder og ble avsluttet 1. oktober 2013. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

i Østfold hadde oppfølgingsansvar for prosjektene finansiert av «Frie midler» i samarbeid med Fylkesmannen.

## Munntørrhet

Dagens sykehjemspasienter har i gjennomsnitt 6,5 diagnoser, bruker 7,2 legemidler fast, bor på sykehjem i 2,1 år og har en gjennomsnittsalder på 82 år (1). Dette viser at pasientene som får plass på sykehjem i dag er alvorlig syke.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2) oppgir at inntil 80 prosent av dagens alvorlig syke og døende er plaget av munntørrhet. Munntørrhet skyldes ofte polyfarmasi og kroniske sykdommer og fører letttere til infeksjoner i munnhulen (3). De samme pasientene har også svekket immunforsvar, og mikrober kan da lett finne vei via blodbanen og gi pasienten et langt verre sykdomsbilde. Ivaretakelse av god munnhygiene er derfor infeksjonsforebyggende (3,4).

## Store forskjeller

Våre erfaringer er at munnstell ikke utføres systematisk hos sykehjemspasienter og er heller ikke individuelt tilpasset. Vi ser store forskjeller i praksis bare ved samme virksomhet. Vi håper denne artikkelen fører til økt bevisstgjøring av utfordringer vedrørende munntørrhet og betydningen av godt munnstell uavhengig av hvor pasientene befinner seg i «systemet».

Munntørrhet er den subjektive følelsen av tørrhet i munnen på grunn av nedsatt spyttskillelse (2). Munntørrhet kan utløses av dehydrering, medikamenter, manglende bruk av tyggeområdene, munnpusting, stress og feber. Dette kan føre til sprekker og sår i munnslimhinnen som blir en inngangsport for patogene mikroorganismer (3,5).

## Munnstell

Et godt munnstell til eldre kan følge følgende skjema (3,6):

- Fukting av lepper
- Fjerne bakteriebelegg fra tannoverflater og gommer
- Rengjøring av tunge
- Rensing av slimhinner
- Smøring av munnhule
- Fukting av lepper
- Tenner og tannkjøtt inspiseres under hele prosedyren

Hensikten med et munnstell er å fjerne plakk på tenner og i munnhulen samt å forebygge tannkjøttsykdommer og tannråde. Litteraturen anbefaler å starte og avslutte hvert munnstell med leppepomade (6). Hos pasienter med egne tenner, rengjøres tennene med en myk børste; for eksempel barnetannbørste, med tannkrem uten såpestoffer. Hos pasienter uten egne tenner, kan også munnhulen pus ses med samme børste og eventuelle tannproteser rengjøres ved hjelp av en protesetannbørste og vanlig håndåpe (3). Tungen kan rengjøres med en tannbørste eller en tungeskrape.

## Smøres

Etter at tenner og slimhinner er renset for bakteriebelegg, matrester og slim, smører man hele munnhulen for å bevare et fuktig og beskyttende miljø, dette vil hindre uttørring. Dette punktet er spesielt viktig hos pasienter med munntørrhet og hos munnpustere (7). God munnhygiene er med på å bidra til god kommunikasjon og opprettholdelse av et sosialt liv. Det stimulerer til bedre inntak av mat og drikke (6), bidrar til å bevare tennene og gir økt velvære (8).

Praktiske hindringer for et godt munnstell kan være ufaglært personale, dårlig tilgang på utstyr, fysisk motstand fra pasienten og stor gjennomtrekk av personale slik at munnstell ikke blir prioritert. De sosiale hindringerne er like viktige som de praktiske.

## Forfattere

Ellen Lykke, fagsykepleier ved Peer Gynt Helsehus  
Camilla Jørstad, intensivsykepleier ved Intensiv,  
Sykehuset Østfold, tidligere ansatt ved Peer Gynt Helsehus

Artikkelen er tidligere publisert i Sykepleien nr. 9, 2014.

Munnstell kan sette pasient og personale i forlegenhet; det blir for intimt, personalet kan ha dårlig selvtillit med hensyn til utføring av munnstell, personalet har ikke tid og pasienten ønsker ikke hjelp til munnstell (9).

### Kjent problemstilling

På lindrende enhet ved Peer Gynt helsehus er tilpasset munnstell en viktig sykepleieoppgave. Blant annet benytter man kartleggingsverktøyet ESAS (Edmonton Symptom Assesment System) for å identifisere ulike symptomer, inkludert munntørhet, så tidlig som mulig (9). Munntørhet er et symptom som sykepleierne ved Lindrende enhet møter ofte og som de har kunnskap om. Prosjektets mål var å heve kunnskapsnivået om munnstell og lindring av munntørhet også ved de andre avdelingene ved Helsehuset, og ved de andre sykehjemmene og bo- og servicesentrene i Moss kommune. Ved å legge prosjektet til andre enheter enn Lindrende enhet, ønsket man å involvere de ansatte der og styrke deres kompetanse gjennom å delta i prosjektet og ved å utarbeide et undervisningsopplegg.

Prosjektgruppen ønsket å fokusere på brukermedvirkning og inviterte derfor pasientene til aktivt å delta i prosjektet. Gruppen var også opptatt av pårørendes mulighet til å delta for eksempel gjennom å fukte munnen til den døende.

### Prosjektet

Alvorlig syke og døende var målgruppen for prosjektet, men produktutprøving på døende var utelukket. Vi valgte derfor å ta utgangspunkt i alvorlig syke pasienter som var samtykkekompetente, og som ønsket å delta i undersøkelsen.

Alle deltakere fikk skriftlig informasjon om prosjektet og skrev under på samtykkeskjema i forkant av prosjekturen. Vårt opprinnelige mål om å inkludere 20 pasienter i produkttestingen ble en praktisk utfordring. Peer Gynt Helsehus er et «korttidssykehjem», hvor bare 12 av 53 senger er såkalte langtidsplasser. Vi ble til slutt nødt til å si oss tilfredse med fem pasienter fra fire forskjellige enheter. Kriteriet om at alle pasientene måtte være innlagt i hele prosjekturen ble vanskelig å innfri på et helsehus med rask rulling av plassene.

### Fakta

#### Produktutvalg

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg gir råd om hva et munnplesett bør bestå av. Basert på disse retningslinjene satte vi sammen følgende produktpakke, med noen produkter i tillegg:

- Tannpuss: Zendium tannkrem, tannbørste med myk og mindre bust, ACO-leppemidde med E-vitamin.
- Midler som stimulerer spytproduksjon: Fluorette tyggegummi, Salivin fruktpastiller, Xerodrops og Xerodent sugetabletter.
- Spyttstatningsmidler: smøring av slimhimmer; Zendium gel, Salivia munnspray.
- Munnpensler: Toothette – tørr munnpensel, Ori Salivia – ferdig fuktet munnpensel.

#### Produkttesting

Tannpleier underviste prosjektgruppen og ansatte på Helsehuset om konsekvenser av dårlig tannpleie og munnstell i forkant av prosjekturen. Prosjekturen startet opp med møter med hver enkelt pasient som hadde samtykket i å delta. Pasientene fikk utdelt en produktpakke (se faktaboks) og de fikk skriftlig og muntlig informasjon om pakkens innhold, og instruksjon om hvordan de skulle bruke produktvurderingsskjemaet. Sykepleier ba pasienten angi grad av munntørhet ved bruk av ESAS-skjema (9). Tannpleier undersøkte pasientene og vurderte munntørhetsgrad ut fra en belegg- og slimhinneindeks (BSI) (10). I etterkant utarbeidet tannpleier et munnstellkort (11) til hver pasient.

Ansatte ble informert og bedt om å følge opp produktutprøvingen i tillegg til tannpuss to ganger daglig med tannbørste og tannkrem fra munnstellpakken. Produktutprøvingen foregikk over en arbeidsuke. Tannpleier og sykepleier gjorde nye vurderinger av munntørhet siste prosjektdag. De innsamlede vurderingsskjemaene ble sumert opp og svarene diskutert i prosjektgruppen.

#### Resultater

Pasientenes subjektive opplevelse av munntørhet varierte fra 0 til 8 (hvor 0 er ingen munntørhet og 10 er verst tenkelige munntørhet). Tannpleierens vurdering stemte i høy grad overens med pasientenes subjektive opplevelse. Tannpleieren benyttet en belegg- og slimhinneindeksskala (BSI) hvor belegg angis på en skala fra 1–4 hvor 1 er in-

tet synlig belegg og 4 er rikelig. SI – slimhinneindeks angis fra 1 som betyr normalt og 4 som angir sterkt inflamasjon (10).

Når det gjaldt endringer i grad av munntørhet fra prosjektets første dag til prosjektets siste dag var det marginal bedring. Pasientenes tilbakemelding var at mange av produktene hadde effekt der og da, men at langtidseffekten var liten.

#### Produktutprøving

På bakgrunn av pasientenes tilbakemeldinger og de ansattes erfaringer anbefaler prosjektgruppen at man gjør visse endringer i innkjøp ved vår virksomhet. For eksempel kjøper vi inn spytstimulerende sukkerfrie drops og sugetabletter, da pasientene ga uttrykk for at de hadde sterkere smak og var bedre enn de pastillene vi har i sortimentet i dag.

Flere av dem som var med opplevde at det var mange produkter å prøve ut, og at ikke alle produkter var like aktuelle for deres situasjon. Spyttstatningsmidler som gel eller spray samt munnpensler var det derfor ikke alle som prøvde.

Å gjennomføre en produkttesting i avdeling skapte i seg selv interesse blant ansatte på helsehuset. Siden pasientutvalget var så marginalt er det vanskelig å trekke konklusjoner som er valide for større grupper. Men enkeltefarer fra prosjektet og pasientenes tilbakemeldinger ga viktig innsikt som vi blant annet kunne bruke i undervisningsopplegget vi utformet.

## Diskusjon

Vi ønsker til slutt å diskutere munnstell til døende på bakgrunn av våre prosjekterfaringer, fagprosedyrer og diskusjon med ansatte gjennom flere runder med undervisning i prosjektperioden.

**Leppepomade.** Vi vil anbefale leppepomade med E-vitamin. Den fikk gode tilbakemeldinger fra pasientene samt at vi fant at faglitteratur anbefalte vannbaserte fukteprodukter som inneholder vitamin E og kokosnøttolje, fordi de holder lengre på fuktigheten (3) og ikke gir inflammasjoner (8). Hvit vaselin på tube som fordeles i begre og pensles på leppene med Q-tips er mye brukt i sykehjem. Det kan være økonomisk gunstig, men ut ifra et hygienisk perspektiv og det faktum at hvit vaselin er oljebasert, anbefaler vi pasienter å kjøpe nevnte leppepomade.

## Belegg

Desinfeksjon kan brukes hvis pasienten har belegg i munnhulen. Det er ulik praksis på om man skal benytte klorheksidin eller hydrogenperoksid. Klorheksidin er antisепtisk (3). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen framhører at klorheksidin inneholder sprit som kan gi svie og uttørking i munnhulen, og fraråder derfor bruk av dette til palliative pasienter. Vi anbefaler derfor ikke klorheksidin.

## Hydrogenperoksid

Hydrogenperoksid 3 prosent er et annet desinfeksjonsmiddel som kan benyttes i munnhulen. Hydrogenperoksid danner oksygen når det kommer i kontakt med kroppsvæsker og effekten varer bare så lenge det frigjøres oksygen, så virketheten er kort. Hydrogenperoksid har effekt på de fleste vegetative bakterier.

I fagprosedyren «Munnstell til palliative pasienter» i Helsebiblioteket (7) anbefales hydrogenperoksid tilsvarende en konsentrasjon på 0,5 prosent (Hydrogenperoksid 3 prosent: 15 ml i 75 ml vann eller NaCl 9mg/ml). Hydrogenperoksid har vi tidligere lest at man fraråder fordi det kan skade slimhinnen (3). Anne Watne Størkson (6) som har vært med å utarbeide prosedyren for Fagbiblioteket, understreker at det er viktig at man ikke lager for sterk konsentrasjon. Et mildere alternativ er bruk av lunken Salvie. Salvie har bakteriedrepene effekt (3) og brukes blant annet på Hospice Lovisenberg (12).

## Arteriepinsett

Thorsen et al. (7) anbefaler arteriepinsett med tupfer framfor munnpensler da de mener at engangspensler er for myke i skaftet og derfor egner seg dårlig. Vi velger allikevel ikke å anbefale bruk av arteriepinsett og tupfere ved munnstell da arteriepinsetten kan skade mucosa og tenner samt at tupferen kan (ved feil bruk av arteriepinsett) havne ned i pasientens luftveier (8). Ved bruk av arteriepinsett må man også påse at det benyttes ren arteriepinsett for hvert stell, og vi opplever ikke at det er ubegrenset tilgang på rene arteriepinsetter på sykehjem.

## Munnpensel

Det finnes ulike munnpensler, både fuktige og tørre, samt ferdige sett med tørre pensler og små poser med desinfeksjonsmiddel og fuktighetsgivende midler. Det er imidlertid viktig å huske på at munnpensler ikke fjerner plakk. Elektrisk tannbørste, eventuelt liten tannbørste med myk bust, bør derfor brukes til å pusse tenner så lenge pasienten er bevisst og kan samarbeide om dette.

I neste fase kan munnpensler benyttes til å fjerne mykt belegg, slim og matrester. Munnpensler brukes også til å fukte pasientens munn samt smøre på antimikroisk stoff når tannbørste ikke kan benyttes (5). Vår erfaring er at munnpensel er et lett tilgjengelig engangsprodukt som kastes etter bruk og dermed gir god hygiene. På sykehjem er det mye ufaglært personale og bruk av låsbar pinsett og tupfere forutsetter mer opplæring. Det er også enklere for pårørende som ønsker å fukte munnen til døende å benytte munnpensler. Vi anbefaler derfor engangs munnpensler ved munnstell til døende.

## Smøre munnhulen

Glyserol er et produkt man fortsatt finner på mange sykehjem og som mange fortsatt sverger til ved munnstell til døende. Glyserol har en fuktgivende og smørende effekt, men er omdiskutert. Glyserol har en osmotisk effekt som trekker til seg væske fra slimhinnene. På kort sikt kan glyserol gi en fuktig slimhinne, mens på litt lengre sikt kan den virke uttørrende (3). Thorsen et al. anbefaler blant annet glyserol, eventuelt med en smakstilsetning, men gjør oppmerksom på at Glyserol må brukes

i riktig blandingsforhold, altså 17 prosent løsning. (7).

Ved vårt helsehus har vi de siste årene forsøkt flere ulike spraystatningsmidler i form av spray og geler (7) til å smøre munnhulen med. Våre pasienter som har prøvd disse midlene har ulike preferanser når det gjelder smak og konsistens, men er klare på at også disse produktene har kortvarig effekt mot munntørhet.

## Fukting

Så lenge pasientene er bevisste kan ofte det å drikke små slurker vann, suge på isbiter, biter av ananas (7) eller suge på sukkerfrie drops, fluortabletter eller liknende være med på å holde munnhulen fuktig og motvirke plager av munntørhet.

Døende som ikke lenger selv er i stand til å gjøre aktive tiltak og i tillegg puster gjennom munnen trenger derfor å få fuktet munnhulen ofte. Det er i den forbindelse viktig å huske på at pårørende som våker over den døende er en viktig ressurs. Å fukte munnen og smøre leppene til den døende kan oppleves som en meningsfull oppgave i ventetiden for familien, og ikke minst lindre munntørhet og eventuelt tørstefølelse hos den døende (13).

## Konklusjon

I litteraturen er det vanskelig å finne evidens for at et munnpielemiddel er bedre enn noe annet. Tilgjengelighet, brukervennlighet og pris bør derfor ha betydning for valgene man tar. Vi ser det står skrevet flere steder at det er selve handlingen munnstell som utgjør den store forskjellen for å lindre og forebygge munnpLAGER! Å heve kompetansen, endre holdninger og innføre gode rutiner og prosedyrer for munnstell blir viktig! For å oppnå dette trenger vi å øke bevisstgjøringen omkring farene ved utelatt munnstell samt et sterkt engasjement i pleiegruppa for å gjøre det beste for pasienten.

Ideelt sett burde prosjektet vært gjennomført på et langtidssykehjem, og foregått over flere uker. Utfordringen består i å rekruttere nok samtykkekompetente pasienter i en tid hvor de fleste pasienter ved sykehjem har en eller annen form for kognitiv svikt.

I tillegg er det en stor utfordring å spre kompetanse og sørge for å opprettholde gode rutiner for munn-

stell i kommunehelsetjenesten når sykefraværet et høyt, vikarene mange og bruk av ufaglærte en del av hverdagen. Hyppig undervisning, god dokumentasjon og enkle prosedyrer som er lett forståelige for ansatte med dårlige norskunnskaper, bør vektlegges.

Deltakerne i prosjektgruppen understreket betydning av det tverrfaglige samarbeidet og etablering av en tett kontakt mellom helsehuset og tannhelsetjenesten i kommunen som svært nyttig. Også muligheten til faglig fordypning og det å få nye utfordringer som viktig motivasjonsfaktor i en ellers krevende arbeidshverdag ble trukket fram.

#### Referanser

1. Johannessen P. Nye kompetansebehov. Hvilken kompetanse må utvikles i sykehjem under samhandlingsreformen (Internettlese). Oslo: Fylkesmannens helsekonferanse 2012. <http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMOA/Helse%20og%20omsorg/Omsorgstje>

- nester/Helsekonferansen %202012/Nye %20kompetansebehov.pdf?epslangauge=nb (Nedlastet: 12.11.13).
2. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliativ omsorg (Internettlese). Oslo: Helsedirektoratet. <http://www.helsebibliotek.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord> (Nedlastet: 24.10.13).
  3. Flovik AM. Munnstell. Godt munnstell nødvendig og helsebringende. 1. Utg. Oslo: Akribe, 2005.
  4. McNally ME, Martin-Misener R, Wyatt CCL, McNeil KP, Crowell SJ, Matthews DC Clovis J. B. Action Planning for Daily Mouth Care in Long-Term Care: The Brushing Up on Mouth Care Program. *Nursing Research and Practice*. 2012; 11 sider. DOI: 10.1155/2012/368356.
  5. Gulbrandsen T, Stubberud DG. Personlig hygiene og velvære. I: Stubberud, DG, red. *Intensivsykepleie*. 2. utgave. Oslo: Akribe, 2010: 94–126.
  6. Watne Størkson A. Munnstell til palliativ pasienter. *Kreftsykepleie* 2012; 2: 22–4.
  7. Helsebiblioteket. Munnstell til palliativ pasienter. Bergen: Helse Bergen. <http://www.helsebibliotek.no/microsite/fag->

prosedyrer/fagprosedyrer/munnstell-til-palliative-pasienter (Nedlastet: 24.10.13).

8. Helse Møre og Romsdal. Hygienisk munnstell. Ålesund: Helse Møre og Romsdal. [http://www.helse-mr.no/ftp/equsp-public/kompetanseportalen/docs/doc\\_271/index.html](http://www.helse-mr.no/ftp/equsp-public/kompetanseportalen/docs/doc_271/index.html) Nedlastet (24.10.13).
9. Helsebiblioteket. ESAS-Edmonton Symptom Assessment System (Internettlese). Oslo: Helsebiblioteket. <http://www.helsebibliotek.no/microsite/fag-prosedyrer/fagprosedyrer/esas-edmonton-symptom-assessment-system> Nedlastet (24.10.13).
10. Henriksen BM, AmbjørnSEN E, Axéll T. Evaluation of mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist* 1999; 19: 154–7.
11. Dyvi EB. Klar bedring i tannstatus for eldre. Den norske tannlegeforeningens Tidende 2003; 113 (16): 854–55.
12. Sundal TE. Munnstell til alvorlig syke og døende. *OMSORG* 2012; 2: 49–51.
13. Kaasa S. Væskebehandling hos pasienter med langtkommen kreft I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006: 477–484.



## Årets beste nyttårsforsett: Bli tannlege på Haydom!

To behandlingsrom (restaurert i 2013) står og venter på akkurat deg, og kanskje en kollega, som har lyst på en annerledes opplevelse. Noe du ikke finner i charterkatalogene, det kan vi love deg! Les mer om Tannleger for Haydom på våre hjemmesider: [dentalnet.no/om-oss/tannleger-haydom/](http://dentalnet.no/om-oss/tannleger-haydom/)

## Dental Sør holder klinikken i Haydom, Tanzania, med alt av forbruksvarer og utstyr

- og vi benytter herved anledningen til å oppfordre alle til å gi et bidrag.

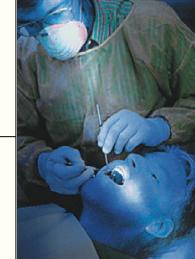
Pengegaver fordeles uavkortet blant alle som har arbeidet frivillig og ulønnet som tannlege på Haydom dette året.

Tannlege for Haydom kontonr: 1204.54.49333.

**Vi ønsker alle  
en strålende jul!**

**dental sør**  
OPPLEV 1. KLASSE

Dental Sør AS - Postboks 901, Saltverket 6 - 4509 Mandal  
Tlf. 38 27 88 88 - post@dentalnet.no - [www.dentalnet.no](http://www.dentalnet.no)



# Retningslinjer for lysherdning i odontologi

I mai 2014 deltok NIOM på et symposium ved Dalhousie University, Halifax, Canada om lysherdning i odontologi. Det var 40 deltakerne fra ulike akademiske miljø og industrien, som utarbeidet retningslinjer for klinisk relevant valg og bruk av herdelamper (1).

## Valg av herdelampe:

Ikke alle lamper er like. Bruk lamper fra en produsent som oppgir kontaktinformasjon, som legger ved bruksanvisning og som kan gi service. Helst bør lampen ha fått god bedømming gjennom en pålitelig tredjepartsverdering.

### *Ha kjennskap til nøkkeldata for en ny lampe:*

(i) hvor sterkt lyset fra lampen er (radians ved lysutgangen) angitt i milliwatt/kvadratcentimeter ( $mW/cm^2$ ) og spektralsammensetningen (hvor sterkt lyset er ved hver bølgelengde som sendes ut).

(ii) hvorvidt lysstrålen er jevn og tilstrekkelig effektiv, over hele strålens tverrsnittsarealet til lysstrålen.

*Vær spesielt oppmerksom* når det anvendes sterke lamper (mer enn ca.  $1500\text{ mW/cm}^2$ ) der det angis svært korte lysherdingstider (for eksempel 1–5 sekunder). Ved så korte herdetider er det kritisk at lysutgangen blir holdt stabilt over materialet under lysherdingen. Det er fare for at det ikke oppnås tilstrekkelig herding av alle kompositter til forventet herdedybde når det anvendes korte herdetider, selv om enkelte fyllingsprodukter kan herde med spesiifikke sterke lamper. Se etter fagfellevurdert litteratur for å vurdere effekti-

viteten og sikkerheten av slike lamper og materialer.

## Før lampen tas i bruk, husk å:

*Kontrollér lysutbyttet jevnlig* og ha en logg som viser lysutbyttet over tid. Anvend da samme måleutstyr og nøyaktig samme lysleder (lyslederen påvirker lysutbyttet som måles). Lamper som ikke lenger oppfyller fabrikantens spesifikasjoner skal repareres eller erstattes.

*Kontrollér og eventuelt rense lampen før bruk* for å sikre korrekte innstillinger, at den fungerer normalt og at lysutgangen ikke har defekter eller er tilsmusset.

*Ta hensyn til at de enkelte plastbaseerte materialer må ha tilført en minimumsenergi* av korrekte bølgelengder for å oppnå tilfredsstillende resultater. [ $\text{Energi (Joules/cm}^2\text{)} = \text{radians (W/cm}^2\text{)} \times \text{lysherdingstid (sekunder)}$ ]. Uansett er det også nødvendig med en minimum lysherdingstid.

*Følg de lysherdingstider og materiatykkelsel som anbefales* av materialprodusenten, og tilpass hvis du anvender lampe fra en annen produsent. Øk herdetiden hvis avstanden til materialet øker og ved herding av mørke eller opake farger.

*Velge en lysutgang (spiss/lysleder) som gir jevn belysning* over hele arealet der lyset kommer ut og som dekker så mye av restaureringen som mulig. Bestrål hver flate for seg med overlappende bestråling når lysutgangen er mindre enn restaureringen.

*Plassér lysutgangen* så nær som mulig (men uten å berøre) og slik at lyset treffer i rett vinkel på overflaten av materialet som skal herdes.

*Holde lysutgangen stabilt* over materialet gjennom hele lysherdingstiden.

Anvend alltid egnede beskyttelsesbriller og/eller skjermer som beskytter mot herdelyset når du sikrer korrekt og stabil plassering av herdelampen over materialet.

## Forholdsregler:

*Unngå* situasjoner som vil redusere bestrålingen av materialet, for eksempel:

- å holde lysutgangen mange millimeter fra materialet
- å holde lysutgangen i skrå vinkel i forhold til materialoverflaten
- tilsmusset eller skadet lysutgang eller optikk først

*Lengre lysherdingstider* bør vurderes ved situasjoner som begrenser ideell lystilgang, slik som skygging fra matri-sebånd, tannstrukturer eller andre restaureringsmaterialer.

*Vær oppmerksom på risiko for termiske skader* på pulpa og bløtvev når det anvendes sterke lamper eller ved lange lysherdingstider. Luftkjøling av tannen er aktuelt i slike situasjoner.

*Man må aldri lyse direkte i øynene.* Selv reflektert lys kan være skadelig for øynene, så man må alltid bruke egnet øyebeskyttelse.

*Å bedømme overflatehardheten* av et materiale med en sonde gir INGEN informasjon om tilstrekkelige herdedybder.

## Referanse

- Price RB. Light Curing Guidelines for Practitioners: A Consensus Statement from the 2014 Symposium on Light Curing in Dentistry, Dalhousie University, Halifax, Canada. J Can Dent Assoc 2014; 80: e61. <http://www.jcda.ca/article/e61>



# STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR

Inneholder  
enzymer og  
proteiner – som  
finnes naturlig  
i munnen.

Forebygger hull og  
tannkjøttproblemer.



\*Zendium Classic er Svanemerket.



*I stedet for julekort sender  
vi i år en gave til  
Norsk Luftambulanse.*

*Vi ønsker alle våre medlemmer,  
venner, samarbeidspartnere og  
forretningsforbindelser en  
riktig god jul og et fredelig nytt år!*



*Med vennlig hilsen*  
**Den norske  
tannlegeforening**

# FRITT VALG

XO CARE har i mange år samarbeidet med Jacobsen Dental om salg og service av arbeidsplasser til tannleger i Norge.

Nå ønsker vi også Dental Digital og Dental Service velkommen som nye forhandlere og servicepartnere.

Du velger selv hvor du kjøper din XO, og hvem som skal montere og levere service på den.

Kontakt oss eller en av våre sertifiserte samarbeidspartnere for nærmere opplysninger.



## XO SERTIFISERTE SAMARBEIDSPARTNERE:

**Jacobsen Dental A/S** • jacobsen-dental.no • 22 79 20 20

**Dental Digital Norge A/S** • digora.no • 40 00 69 88

**Dental Service AS** • dentalservice.no • 55 22 19 00

**XO**<sup>®</sup>  
xo-care.com

NTFs landsmøte 2014, Lillestrøm 16.-18. oktober:

## Godt besøkt

NTFs landsmøte trekker mange besökende hvert år. 2014 er intet unntak.

NTFs president Camilla Hansen Steinum åpnet tannlegenes landsmøte på Lillestrøm torsdag 16. oktober.  
Foto: NTB Scanpix



1 300 hadde meldt seg som tilskuere til åpningen av NTFs landsmøte og folket strømmet inn i salen torsdag morgen.  
Foto: NTB Scanpix



2 605 deltakere ble registrert på årets landsmøte, i tillegg til 1 525 besökende på Nordental. Totalt 4 130 unike gjester var altså innom Norges Varemesse på Lillestrøm de aktuelle dagene. Torsdag

ble det registrert 2 809 besökende, fredag 3 677 og lørdag 1 554 – noe som betyr at flere var der både en og tre dager. Tallene sier at de besökende fordelte seg på 1 700 tannleger, 370 tannhelsesekretær-

rer og 135 tannpleiere. Utstillingen, Nordental, hadde 113 stands, med en bemanning på cirka 1 000 personer. Festen på Rockefeller trakk 890, hvorav mange møtte opp i døren.



FDI's president T.C. Wong  
kastet glans over åpningen av  
NTFs landsmøte.  
Foto: NTB Scanpix



NTFs president dekorerte Jørn  
Andre Jørgensen, Inger Johanne  
Nyland, og Jan Gunnar Theien  
med NTFs hederstegn.  
Foto: NTB Scanpix



Fagnemndens leder, Berit Øra,  
presenterte et variert fagpro-  
gram. Foto: NTB Scanpix



Den norske tannlegeforenings  
pris for odontologisk undervis-  
ning og forskning ble tildelt Carl  
Hjortsjø ved Det odontologiske  
fakultet, Universitetet i Oslo.  
Foto: NTB Scanpix



Mange moret seg over Trond-Viggo Torgersens hovedforedrag ved åpningen av NTFs landsmøte.  
Foto: NTB Scanpix



Trafalger spilte fin musikk mellom slagene under åpningsseremonien.  
Foto: NTB Scanpix



Den nyopprettede Tidendeprisen for beste kasuspresentasjon gikk til Asgeir Bårdsen, Inge Fristad, Sivakami Rethnam Haug, Tine B. Sivertsen og Vilhjalmur H. Vilhjalmsson. Alle fra Universitetet i Bergen. Sivakami Rethnam Haug tok imot prisen.  
Foto: Nils Roar Gjerdet



NTFs president fikk en klem av Trond-Viggo Torgersen, som ble æresmedlem av Tannlegeforeningen.  
Foto: NTB Scanpix





NTFs stand har avdelinger for informasjon av alle slag og fungerer fint som møteplass. Foto: NTB Scanpix

Foto: NTB Scanpix



Prisen for Beste stand gikk til Oral-B Procter & Gamble.  
Foto: Kristin Aksnes.



Nordental er en viktig del av NTFs landsmøte. Mange tannleger benytter anledningen til å handle her.

Foto: NTB Scanpix

# HVER DRÅPE ER KONSTRUERT FOR Å BIDRA TIL Å REDUSERE KARIES RISIKOFAKTORER

Listerine® Professional Fluoride Plus tar hånd om risikofaktorene som er identifisert i Keyes-konseptet.<sup>1</sup>

Alkoholfrie Listerine® Professional Fluoride Plus bidrar til å redusere risikoen for karies fordi det:

- Inneholder ekstra fluor (0,1 %) som styrker tennene
- Reduserer plakk
- Kontrollerer den bakterielle syreproduksjonen

Listerine® Professional Fluoride Plus gir 100 % økt beskyttelse for tennene sammenlignet med fluortannkrem alene (i laboratoriestudie<sup>2</sup>).

## Profesjonell munnpleie hjemme



1. Van Loveren, C. et al., European Journal of Nutrition 2012; 15-25 2. Surface micro hardness, DOF 4-2013 NO/LI/13-0110(1)

Camilla Hansen Steinum, president i Den norske tannlegeforening:

## Tale ved åpning av NTFs landsmøte 2014

Velkommen til Den norske tannlegeforenings landsmøte 2014. Landsmøtet er uten sammenlikning foreningens største og viktigste faste arrangement, og det er unikt i mange sammenhenger. Det er en viktig møteplass, både faglig og sosialt, og samler en meget stor del av våre medlemmer. Jeg har sett ekstra frem til årets landsmøte og spesielt til denne åpningen, som på mange måter vil kretse rundt folkehelse og viktigheten av samarbeid mellom profesjoner, men også nasjoner. Som dere ser av programmet har vi to meget interessante gjester med oss i dag, og jeg gleder meg til å høre dem begge.

Dette året har vi fokusert mye på medlemskommunikasjon og informasjon. Vi har styrket kommunikasjonsteamet, og vi kommuniserer nå både med nyhetsbrev, blogginnlegg, twittermeldinger og ikke minst treffer vi mange medlemmer gjennom vår nye facebook-side.

I dag kan jeg også lansere en nyhet jeg vet mange har ventet på, nemlig NTFs medlemsforum! Dette er et lukket debattforum for våre medlemmer. Her kan dere trygt debattere stort og smått, be om råd, utveksle erfaringer og komme med innspill til NTFs arbeid. Vi håper på stort engasjement og livlige diskusjoner som alle kan delta i.

Tannblogg gjøres samtidig om til NTFs blogg. Målet er at både tillitsvalgte og ansatte i sekretariatet skal legge ut små meldinger og blogge om aktiviteter de deltar på i NTF-sammenheng. Her kan dere som medlemmer holde dere oppdatert om hva som skjer og hva vi arbeider med. Nettstedet oppdateres også kontinuerlig, noe dere vil merke mer til i tiden fremover.

Vi har også jobbet med nytt informasjonsmateriell denne perioden. På NTFs torg ved inngangspartiet kan dere møte ansatte i sekretariatet, men også tillitsvalgte fra alle råd og utvalg og der kan

dere hente vår nye brosjyre «Få mer ut av ditt medlemskap». I tillegg har vi produsert «Verdt å vite som tillitsvalgte i NTF» som jeg håper vil være et nyttig verktøy for alle tillitsvalgte i foreningen.

I «Få mer ut av ditt medlemskap» kan dere lese om den nye fordelsavtalen NTF har inngått med

Visma. Her kan dere

få tilgang til meget gode avtaler som dere kan benytte både som privatpersoner og som bedriftseiere. Dere kan også lese om den nye avtalen på bank og forsikring som Akademikerne har fremforhandlet, og som løper fra 1. januar 2015. Denne avtalen vil det bli informert mer om både i nyhetsbrev og på nettstedet.

Etikkhjørnet holder, tradisjonen tro, åpent på NTFs torg. Nytt av året er at dere også finner representanter for alle spesialistforeningene våre på torget. Ta med dere kasus eller andre spørsmål dere måtte ha, og så av en prat over en kopp deilig kaffe fra vår eminente barista.

Vi håper at dere alle sammen vil ta en tur innom NTFs torg! Vi er avhengig av god dialog med dere for hele tiden å kunne utvikle foreningen og tilbudene våre i tråd med medlemmenes behov og ønsker.

### NTF som samfunnsaktør

Så langt om interne satsinger. Nå skal vi rette blikket litt utover. Noe av det som gjør meg så stolt over å få lede NTF, er den rollen organisasjonen vår spiller som en aktiv samfunnsaktør. Vi er en slagkraftig interesseorganisasjon, men vi tar samtidig vårt samfunnsan-



NTFs president, Camilla Hansen Steinum, åpnet landsmøtet 2014.

svar, og deltar i debatter med basis i ekspertisen og fagkompetansen vår.

Samfunnet vårt er i endring, og dette får også konsekvenser på tannhelsefallet. Det første statsbudsjettet fra den nye regjeringen har akkurat blitt lagt frem, og det skal nå bearbeides før Stortinget vedtar det endelige budsjettet senere i år. Det er økt satsing på helse i statsbudsjettet, men vi er likevel bekymret.

Ved første øyekast kan det se ut som om tannhelse styrkes i statsbudsjettet. Men går vi bak overskriftene, ser vi at vi i realiteten snakker om en omfordeling av midler. Det som ser ut som en satsing finansieres egentlig gjennom kutt på andre områder innenfor tannhelse.

10,4 millioner foreslås tatt fra tilskuddet til Sykehjelpsordningen for tannleger. Formålet med Sykehjelpsordningen er å sikre tannlegene økonomisk ved sykdom eller fødsel. Departementet viser til forbedringer i folketrygdens stønadsordninger de siste årene, og til at Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse (TGS) dekker inntektsbortfall ved sykdom. Det siste er ikke korrekt. TGS er en ren forsikringsordning som tilbyr dekning av løpende driftsutgifter ved sykdom, men ikke inntektsbortfall.

Det ligger også i forslaget til statsbudsjett at folketrygdens takster for tannbehandling ikke oppjusteres i 2015. Innsparingen ved en videreføring av takstene på 2014-nivå anslås til om lag 74 millioner kroner. I tillegg foreslås en nedjustering av enkelte av takstene, blant annet for behandling av periodontitt, erosjoner/attrisjoner og munntørhet. Dette innebærer sammen en redusert bevilgning på ca. 11,6 millioner kroner.

Disse kuttene er svært urovekkende. De siste årene har det vært politisk vilje til å øke trygdeutbetalingene for å hjelpe de svakeste gruppene, og NTF reagerer sterkt på at regjeringen nå foreslår å redusere støtten til disse pasientene. Spesielt er det trist at de strammer inn i forhold til gruppen med munntørhet, som de valgte å styrke i fjor. I denne gruppen finner vi mange pasienter med stort behandlingsbehov, ofte på grunn av annen sykdom.

Vi kommer ikke til å sitte stille og se på at dette gjennomføres. Vi arbeider nå målrettet mot politikere for å informere om hva dette egentlig innebærer av kutt i tilbuddet til de aller svakeste pasientene.

NTF er positive til økte midler til kompetanseheving i vår sektor, men reagerer på at pengene i stor del tas fra de svakeste pasientene. Vi reagerer også på at satsingen på kompetanseheving og pasientsikkerhet ensidig retter seg mot offentlig sektor uten at privat sektor er nevnt i den sammenhengen. Forslaget regjeringen har lagt frem skal nå gjennom komitehøringer og behandles i Stortinget før det endelige budsjettet kan vedtas i desember. Vi vil fortsette påvirkningsarbeidet mot politikerne for å få mest mulig gjennomslag for NTFs synspunkter.

Det pågår flere store prosesser og arbeides med flere samfunnsreformer som kan få store konsekvenser for vår sektor. Det skal godt la seg gjøre ikke å ha fått med seg debatten om kommune- og regionreform som nå går høyt på mange fronter. Det pågår en debatt innad i vår sektor om kompetansesentrene og hvordan man ser for seg fremtidens spesialistutdanning og -spredning, noe som igjen vil påvirke grunnutdanningen og dermed hele tannhelse-Norge. Det er mer konkurransen i markedet fordi det utdannes flere tannleger og vi ser også et tilskudd av tannleger spesielt fra andre euro-

peiske land. Myndighetenes oppmerksomhet omkring bruk og fordeling av midler i vår sektor øker, og da særlig interessen for prioritering av midlene. Dette er en naturlig konsekvens av at staten bruker stadig flere penger på tannhelsefeltet.

Alt dette gjør at vi er inne i en spennende, ja faktisk en avgjørende tid for oss tannleger. Det er i slike tider at sterke interesseorganisasjoner trengs, og kommer til sin rett. NTF skal på vegne av våre medlemmer spille en viktig rolle som premissleverandør og som påvirker i disse prosessene.

Arbeidet med kommune- og regionreformen går svært raskt. Kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner har lagt en stram tidsplan, og allerede til våren skal Stortinget behandle ny oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene. Toget står på Perrongen, og det går nå, enten vi er med eller ikke. Det er derfor nødvendig at NTF snarest tar noen prinsipielle debatter, og at foreningens ledelse får nødvendige fullmakter slik at vi kan delta aktivt i ordskiftet, og påvirke den løpende prosessen der vi har mulighet.

Det vil komme endringer på vårt felt, og min ambisjon er klinkende klar: NTF skal ikke bli stående igjen som en passiv tilskuer på Perrongen når toget går. Vi skal være fremoverlente og aktive, og fortsette kampen for å beholde det viktigste i den norske tannhelsemodellen, som er svært vellykket og meget velfungerende. Men tannhelsetjenesten må selvfølgelig også være forberedt på, og også ha evne til å endre seg, hvis samfunnet rundt oss gjør det. Så skal vi kjempe for tannlegenes viktige plass i helse-Norge og sikre at de positive elementene i vår norske tannhelsemodell blir tatt vare på.

For: Den norske tannhelsemodellen har vært en suksess! De aller fleste nordmenn har svært god tannhelse, takket være at vi, de norske tannlegene, har drevet med aktiv forebygging og behandling av munnsykdommer i decennier. Den norske tannhelsemodellen gir alle nordmenn, uavhengig av sosiale skillelinjer, gode vaner tidlig i livet og senere gode incentiver for å ta vare på sin egen tannhelse. Nordmenn vet at å gå til tannlegen jevnlig er en god helseinvestering. De aller fleste har ingen problemer med å ta vare på sin egen tannhelse, ei heller å betale det det

koster. Men det er noen som faller utenfor, og disse må vi hjelpe.

NTFs politikk er derfor fortsatt «mer til dem som trenger det mest». For hovedtyngden av befolkningen er utgiftsnivået fortsatt forholdsvis lavt. Dette henger trolig sammen med den høye andelen av befolkningen som går regelmessig til tannlege. Ved regelmessige besøk kan tannsykdom oppdages tidlig, og behandlingen utføres før skadeomfanget blir for omfattende. Dette understrekker betydningen av den norske tannhelsemodellen, og viktigheten av helsefremmende og forebyggende arbeid. I høst vil NTFs ledermøte bli den viktigste arenaen for den politiske diskusjonen, og lokalforeningenes, altså deres representanter, må gi oss et mandat og spillerom, til å ivareta medlemmene og befolkningens interesser i endringstiden fremover. NTF skal være en aktiv premissleverandør. Vi er klare til å ta ansvar. Medlemskap i NTF skal og må være et kvalitetsstempel. I en tid hvor vi ser stadig økt konkurransen i bransjen og, med dette, større utfordringer både når det gjelder det å følge etiske regler og lovverk, er det viktig at vi som forening stiller høye krav til oss selv og medlemmene våre.

## Nytt for medlemmer av foreningen

De etiske reglene står helt sentralt i vår forening. I tillegg har vi klagenemndene våre som nyter stor respekt. Den obligatoriske etterutdanningen er ytterligere et kvalitetsstempel knyttet til medlemskapet i NTF, og det er en ordning som blir lagt merke til også utenfor vår egen profesjon og norske landegrenser. Ordningen er med på å styrke våre medlemmers omdømme. I dag har jeg gleden av å fortelle dere at hovedstyret har besluttet å forsterke dette kvalitetstempet ytterligere.

Vi vedtok i går at de nettbaserte kursene som tar for seg myndighetskrav eller er relatert til viktige temaer for alle våre medlemmer skal være en medlemsgode inkludert i kontingensten og alltid være tilgjengelig for alle våre medlemmer. Det vil si, at dere som medlemmer av NTF, hele tiden har tilgang på oppdaterte kurs. Så langt gjelder dette TANK-kursene «personvern og informasjonssikkerhet» og «smittevern». De neste kursene som lanseres er «strålehigiene» og et kurs/oppslagsverk i trygdesystemet og bruk av dette. Det arbeides også med et kurs i etikk. Dere

kan være helt sikre på at når dere benytter dere av og innretter dere slik disse kursene anbefaler, så vil dere være oppdatert og følge gjeldende lover og regler. Et neste skritt kan være å gjøre disse kursene obligatoriske, og at sanksjoner slår inn dersom man ikke følger dette opp. Hovedstyret mener at dette vil være beslutninger som det er opp til representantskapet å ta. Vi starter så vidt diskusjonen på informasjonsmøtet senere i dag, og den vil fortsette på høstens ledermøte slik at hovedstyret antageligvis kan legge frem en godt gjennomarbeidet sak om dette på neste representantskap i 2015. Jeg håper at mange av dere kommer på informasjonsmøtet. Det vil bli et interaktivt møte hvor vi åpner for innspill, spørsmål og også meningstrynger på SMS. Deres innspill er viktige og vil bli tatt med i hovedstyrets arbeid videre. I tillegg til obligatorisk etterutdanning vil vi snakke om såkalte «billigtannleger» og «useriøse behandlere». Dessuten om netportalene, som [www.hvakoster-tannlegen.no](http://www.hvakoster-tannlegen.no) og [www.legelisten.no](http://www.legelisten.no).

Lars Haakon Søraas fra legelisten kommer, så dette må dere få med dere. Som jeg sa, medlemskap i NTF skal være et kvalitetsstempel, og vi skal holde fanen høyt. Mange av dere har sikkert sett innslag i diverse medier om ulike useriøse behandlere og klinikker med tannleger som ikke snakker eller skriver norsk språk, og som dermed ikke forholder seg til lovverket. NTF har den siste tiden slått hardt ned på dette. Vi tar saker opp med dem det gjelder og sender bekymringsmelding til fylkeslege og helsetilsyn når det er nødvendig. Når vi holder fanen høyt hevet må vi også holde orden i eget hus. Jeg har i flere utgaver av «Presidenten har ordet» i Tidende dette året adressert ulike problemstillinger rundt blant annet § 4. i Lov om helsepersonell, forsvalighetsprinsippet. Norske tannleger har et meget godt omdømme, men dette kan fort endre seg. Vi har alle et stort ansvar! Vi skal være stolte av faget vårt og profesjonen vår og vi skal holde vår faglige og etiske integritet høyt! Teamarbeid er viktig på klinikken. Alle har sitt ansvarsområde og sine naturlige arbeidsoppgaver i kraft av sin utdanning. Og innenfor vårt felt er det bare tannleger som kan utføre irreversible inngrep og vi har heldigvis dyktige spesialister å henvise til når vi møter på utfordringer som vi ikke behersker.

Pasientsikkerheten og pasientens beste skal alltid være i fokus. Slik skal vi sammen opprettholde vårt gode omdømme i befolkningen.

### Folkehelse

Nå tilbake til folkehelse. Et av policy-dokumentene som ble vedtatt på fjarørets representantskap var dokumentet om folkehelse med tre forskjellige innfallsvinkler, nemlig ikke-smittsomme sykdommer, kosthold/sukker og tobakk. Det fokuseres på folkehelsearbeid nå, og regjeringen skal neste år legge frem folkehelsemeldingen 2015.

I vårt policydokument sier vi: «Tannlegen er den eneste helsearbeideren som et stort flertall av befolkningen har regelmessig kontakt med. Denne unike situasjonen bør utnyttes til fordel for folkehelsen. Både helsemyndighetene, NTF og den enkelte tannlege har et ansvar for dette.«

NTF har en viktig oppgave med å fortsette å kjempe for tannlegenes plass i folkehelsearbeidet, som en naturlig del av den generelle helsetjenesten. Vi har en unik mulighet ved at vi ser pasientene våre regelmessig, og vi vet at vi som yrkesgruppe kan spille en enda større rolle i folkehelsearbeidet, som en ressurs for resten av helsejenesten.

Samhandling er en nøkkel i arbeidet fremover. Det er nødvendig at tannhelsetjenesten samhandler med resten av helsetjenesten, på tvers av profesjoner. Her er henvisningrett til legespesialist fortsatt et viktig element. Saken står alltid på agendaen i møter med politikere og helsemyndigheter. Men det er også viktig med samhandling og samarbeid over landegrensene. De ikke-smittsomme sykdommene samt utfordringer med tobakk og kosthold er globale utfordringer som vi må bekjempe sammen. Og tannlegene har en viktig plass i dette tverrfaglige samarbeidet.

Det er derfor ekstra gledelig at Akademikerprisen i år går til tannlege og forsker Tiril Willumsen blant annet for hennes forskning på tannbehandlingsangst i relasjon til tortur og overgrep. Gratulerer så mye Tiril! Prisen er en viktig anerkjennelse av forskning på tannhelse og den er ikke minst viktig for å rette søkelyset mot tannlegens rolle i det tverrfaglige samarbeidet, blant annet i folkehelsearbeidet. Prisen deles ut på årets Akademikerkonferanse 23. oktober der prisvinneren skal holde

foredrag. Vi håper at konferansen og prisen virkelig vil sette tannlegenes viktige rolle i helsevesenet på kartet.

Vi har invitert to fremstående gjester til årets åpning. Disse to har hver på sin måte en viktig rolle i tannhelsetjenestens folkehelsearbeid. Trond-Viggo Torgersen er kjent for alle i denne salen blant annet for sin store innsats med folkehelseopplysning spesielt for barn og unge. Jeg er også meget glad for at presidenten for vår internasjonale tannle geforening, FDI World Dental Federation, Dr. Tin Chun Wong, har valgt å prioritere vår landsmøteåpning i et tettpakket program. Både TC selv og FDI som sådan er veldig opptatt av folkehelsearbeid, noe vi får høre mer om litt senere.

### Takk – og godt landsmøte

En stor hilsen går til alle tillitsvalgte i NTF, både i lokale og sentrale verv. Dere legger ned en fantastisk innsats, tusen takk. Takk også til mine kolleger i hovedstyret for godt samarbeid, og til generalsekretæren og resten av sekretariatet for knallhardt arbeid gjennom hele året og dessuten for å ha tilrettelagt for nok et landsmøte.

Fagprogrammet er igjen innholdsrikt og interessant. Jeg håper at dere alle sammen benytter dere av mange av forelesningene, og at dere tar dere en tur for å snakke med leverandørene på den store utstillingen. Jeg håper også å se dere på informasjonsmøtet senere i dag og på landsmøtefesten i kveld!

I år går vi for et helt nytt konsept! Gå ut og spis med kullinger, kolleger og venner på en av de gode restaurantene hovedstaden har å by på. Legg så turen videre innom Rockefeller og få med dere konserter og musikk. Norges nye idol, Silya, fra Stjernekamp kommer, og etter det blir det fest ut i de små timer med et av Norges beste liveband, nemlig DDE. Det blir musikk fra DJ mellom slagene, men også mulighet til å trekke seg unna musikken for å lå av en prat med gamle kjente. Det er fortsatt mulig å kjøpe billetter her på Varemessen i løpet av dagen eller i døra i kveld.

Tusen takk til fagnemnden og til våre gode medhjelpere i NPG og den tekniske staben som jobber her på messen. Jeg glieder meg til disse dagene sammen med dere alle her på Lillestrøm!

Jeg erklærer herved NTFs landsmøte med dentalutstillingen Nordental for åpnet og ønsker dere alle noen flotte dager!

FDI President Dr. Tin Chun Wong, 16 October 2014:

# Address to the conference of the Norwegian Dental Association

**D**et er fantastisk å være her!  
Good morning and greetings  
from FDI World Dental Federation!

It's always a pleasure to address some of FDI's oldest friends – and Norway has been a friend of FDI for over 70 years, holding its first FDI event in Oslo in 1953. At the time, it was called the 'Annual Session'; now it is renamed the 'Annual World Dental Congress'.

Today, I intend to focus on national/international collaboration, how it works for you, as a National Dental Association; how it works for us as your World Federation.

Norway has always been a strong and dependable partner in FDI work, and that remains true today: in particular, I would like to take this opportunity to personally thank Dr Harry-Sam Selikowitz for his exceptional dedication as Vice-Chair of the FDI Science Committee. This is especially so for the time he spends writing, editing and checking some of the key FDI Policy Statements.

## FDI Policy Statements

Policy Statements are a good place to start this analysis because they are a key outcome of international discussion and debate. I imagine that if I went to the website of any one of our NDAs in high-income countries, I would be able to find your national Policy Statement in a specific area of dental medicine. It may even resemble, even if it is not identical to, an FDI Policy Statement. Why have two?

I think the principal answer is that disease knows no borders and, in a world of massive human migration, we all have something to learn from each other. That is because we are more and more likely to come upon oral conditions or diseases we have never seen before. In recent times, you only have to look at the speed with which an epidemic which started in Africa has



*FDIs president, Dr. Tin Chun Wong, holdt en lang hilsningstale til NTFs landsmøte - og innledet på norsk med: Det er fantastisk å være her!*

reached the shores of both Europe and the United States – and now, even to Norway. International awareness is extremely important.

FDI Policy Statements are the result of profound discussion between some of the best minds in international dentistry: they represent the best in international consensus. And they are a reliable resource in the face of the unfamiliar. They also demonstrate perhaps better than any other aspect of FDI work, national specialists coming together to speak with one voice. As such, they enhance the reputation of the profession at international level, within the World Health Organization and other agencies of the United Nations.

As Harry-Sam Selikowitz himself will attest, FDI Policy Statements, based

on member demand, cover an enormous range of subjects. In 2013, the focus was on noncommunicable diseases, oral health and the social determinants of health, and salivary diagnostics.

This year, we adopted Policy Statements on, among other things, perinatal and infant oral health, radiation safety in dentistry, and early detection of HIV and appropriate care of subjects with HIV infection/AIDS.

## FDI and NCDs

Earlier, I used the word 'partner', and I think this describes better than anything the working relationship between FDI and its member NDAs. I cannot stress enough, FDI is a member organization: without its members, it can achieve little. Working together, we can

achieve a great deal. It provides a huge opportunity for networking and sharing information among its members, especially at the General Assembly, held during the FDI Annual World Dental Congress.

I can draw an example of that fruitful partnership from FDI's recent history. You no doubt recall our highly successful advocacy in 2011 to secure a reference to oral diseases in the United Nations Political Declaration on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.

In that particular case, I can clearly distinguish between the essential roles played by FDI and by its NDAs. FDI was the 'short-cut' to which successive drafts of the Declaration were communicated in the build-up to the Conference. Sometimes this was through official channels, sometimes through less formal channels: access to the informal channels is one of the big advantages of having a strong working relationships with the UN and its agencies.

Once FDI was fully aware of the likely content of the Declaration, it was in a position to inform its NDAs and call upon them to lobby their national negotiators, i.e. the voting parties of UN Member States present at the conference, to ensure the continued reference to oral disease. It was very much an FDI-NDA team effort.

The NCD issue has proved useful politically as a means of drawing attention to the relationship between oral health and general health; it has also provided inspiration for many of FDI's ongoing international projects.

#### **FDI Data Hub for global oral health**

Take, for example, the newly-created FDI Data Hub for global oral health, a first-of-its-kind online database of oral health and related information. This project, funded through FDI's Vision 2020, is a direct response to the challenge of implementing the global monitoring requirements of the NCD Declaration. To do this, we need access to reliable sources of information that monitor trends and assess progress of health indicators. These are key to improving health outcomes and implementing national healthcare strategies and plans.

For FDI, this has meant an enormous effort to remedy the current situation where oral health data is frequently diffuse, incomplete and irrelevant. This 'live' evolving Data Hub seeks to fill critical gaps in oral health data, such as statistics and indicators. Its ambition is to become the most comprehensive source of all available oral health information.

The Data Hub will also include regular country-by-country updates where countries can compare and contrast performance and better understand the kind of policies that lead to better outcomes. We will, of course, need active input from our NDAs and I very much hope that we can count on our friends and colleagues in the Norwegian Dental Association to keep us up-to-date on your latest national statistics on oral health and related issues.

#### **FDI and the Istanbul Declaration**

One of the principal outcomes of the 2013 FDI Annual World Dental Congress was the Istanbul Declaration, which called upon FDI and its member associations to support a broadened scope of practice for dentists. Further, it called for a reinforced inter-professional collaborative approach in the development of global and national health policies.

Good interprofessional collaborative practice models may increase the contribution of dentists to the general health and quality of life of patients and the public and subsequently broaden the role of dentists in the general health arena.

To familiarize dentists with the broad context of collaborative practice and global trends, FDI has issued a report of case studies and models from around the world.

This report, funded by FDI Vision 2020, recognizes that there is no one-size-fits-all approach; rather, delivery of health services will depend on contextual factors and country needs: the report is therefore illustrative rather than prescriptive.

In my view, the FDI report on collaborative practice is essential reading for all dentists and I urge you to read it once it is published in the International Dental Journal.

#### **Minamata Convention on Mercury**

Another item of importance on FDI's international agenda is the Minamata Convention on Mercury, developed by the United Nations Environment Programme (UNEP). During the five-year negotiation period, FDI and its partners lobbied hard for a phase-down approach to dental amalgam, which would give dentists the right to continue using it, when clinically appropriate.

The other option, advocated by some governments, including Norway, was a phase-out, that is to say a total ban. I am, of course, aware that dental amalgam has been banned in Norway since 2008: this is a national choice and one that I greatly respect.

In line with FDI's wishes, the Minamata Convention on Mercury has adopted the phase-down approach. This is in exchange for commitments from the worldwide community of dentists and researchers in the field of prevention and control of oral disease. Bearing in mind that the Convention watchdog will monitor progress on dental amalgam phase-down within five years of the Convention's ratification, FDI has developed implementation guidelines for National Dental Associations and their member dentists, with a focus on oral health advocacy and education, preventive dentistry and dental materials research.

#### **Conclusion**

In conclusion, I hope I have been able to illustrate the crucial role that FDI is playing in ensuring that the voice of the Norwegian Dental Association and the voice of its member dentists is heard, appreciated and acted upon in international public affairs. That is our job.

I would like to add that FDI is a member organization: we could not carry out our important work without your support – which you have demonstrated time and time again over the years.

For this, I would like to thank you, personally and on behalf of FDI.

# Det går bra!

Trond-Viggo Torgersen sto for hovedforedraget ved åpningen av NTFs landsmøte. Han snakket blant annet om hva barndommen gjør med oss. Og han sang flere gamle kjente sanger. Flode var også med.

**H**usk at alle har vært barn, sa Trond-Viggo. Tenk på det når dere møter sånne gærninger. Siv Jensen for eksempel, har også vært et barn.

Barndommen bestemmer mye når det gjelder hvem vi er eller blir. Det samme gjør de vi er i familie med.

Alle har et stamtre, eller kanskje bare en liten stambusk. Jeg har bare en busk. Så blir man kanskje gift med en annen, som har sitt stamtre – som er annerledes. Kona mi har stamtre. En ordentlig familie, som er veldig annerledes enn min.

Når de skal møtes i min kones familie avtaler de kanskje at de skal møtes i femtiden. Det betyr fra fem og utover.

De har et helt annet forhold til tid enn det jeg er vant til. Jeg er redd for å komme for sent, i konas familie er de redde for å komme for tidlig. Når vi kommer klokken fem er ingenting klart. Ingen har begynt å tenke på å lage middagen en gang. Da kan vi få en brødskive kanskje, mens vi venter..

## Tannlegeliv

– Jeg har et tannlegeliv, sa Trond-Viggo. – Det begynte da jeg var barn. Jeg gikk til privat tannlege, og ikke til skoletannlegen. Tannlegen var i en bygård, med heis. Det var et venterom der, med lukt – og blader med bilder av stygge ting, og på veggen var det også bilder, av stygge ting.

Tannlegen hadde en hvit frakk med sånne bendlbånd som var knyttet på ryggen. Under der var det en naken hårete rygg. Og så kunne han gå med stolen. Han snakket ikke mye, men han sa «sitt ned».

Han drev bare med å gi beskjeder, og det var helt fint, for det var jeg vant til.

Jeg så på det som et slags tivoli å være hos tannleggen. Han hadde et blått skap som det lyste i og mye annet fint utstyr. Og jeg satt en del og så ut av vinduet. «Gap opp» sa tannleggen. Jeg tenkte at det var en lek vi holdt på med.

«Gap ennå mer.» Jeg gapte. «ENNÅ mer.» Han stakk fingrene inn. Jeg hadde aldri gapt så høyt.

Jeg gjør det faktisk fortsatt, når jeg er hos tannleggen. Gaper veldig høyt.

Og så hadde han en fiskestang oppunder taket, opplevde jeg. Han fikk tak i den og dro den i gang. Bssss. «Det kan bli litt boring» hadde mor sagt. «Men det går bra», sa mor.

Så satte han i gang igjen. Det var litt vondt. Og så ble det kaldt, og det var fryktelig mye vondere.

Så fikk damen som var der beskjed om amalgam. Hun kom med en fille og tannlegen trykket og trykket stoffet inn i hånden. Men det gikk ikke å få det inn, selv om han trykket veldig mye.

Så la han en perle i vasken og det var veldig gøy.

## Om menn og kvinner

– Jeg har lyst til å si litt mer om det å være sammen. Man treffer en kone eller mann – det er jo blitt valgfritt etter hvert.

Jeg synes det er fint med en av hvert kjønn. Fordi de er så veldig forskjellige.

Noen menn oppdager at alle damer er vanskelige. Først har de en som blir vanskelig og så får de en til som er mye greiere. Men så tenker de «Så vanskelig hun var etter hvert også da!» Og så tenker de ikke at det kan ha noe med dem selv å gjøre.

Når mennesker blir laget vet vi at xx blir dame og at xy blir mann. Damer er på en måte default. Hvis du ikke gjør noen ting, blir det dame. Det er menn det er vanskelig å lage.

Menn må kunne både vaskemaskin og bil.



Trond-Viggo Torgersen hadde med seg Flode og musikere, og oppfordret, som han pleier, til å tenke sjæl. NTB Scanpix.

Menn kommer til verden og tenker: «Her er det mye gøy å plukke fra hverandre – uten å sette det sammen igjen.»

Damer kommer til verden og tenker: «Her var det mye rot. Her må vi rydde!»

Menn synes det kan være veldig morsomt å finne på at de skal løpe opp en trapp. Kvinner tenker: «Gud så barnslig!»

Kristopher Schau forteller at eksempel kan synge 'Ja vi elsker', med tissen i en støvsuger. Det gjør ikke damer.

Damer har veldig god forbindelse mellom høyre og venstre hjernehalvdel. Menn får nesten ikke frem beskjeder mellom de to halvdelene.

Å være sammen med ulike mennesker er gaven til et langt liv. Jeg synes det er skikkelig gøy å være blitt ordentlig voksen, med barnebarn.

Hvis jeg skal gi noen råd er det at målet skal være å gjøre livet godt for dem rundt deg. Bidra med noe og ikke la alt bare være rutine. Følg med og vær barnslig. Bruk observasjoner på en ærlig måte. Tenk sjæl. Og hvis noe er vanskelig kan du tenke: «Dette går bra!»

#### Æresmedlemskap

Etter foredraget gikk NTFs president opp på scenen, og der fikk hun en klem av Trond-Viggo, fordi hun ble så nervøs og starstruck. Og så sa hun:

– Veldig mange nordmenn husker klippet fra barne-TV på NRK hvor Trond-Viggo Torgersen pusser tenner



Trond-Viggo Torgersen ble æresmedlem i Tannlegeforeningen og fikk en tann av NTFs president Camilla Hanseen Steinum. NTB Scanpix.

på seg selv og Flode mens han synger «Puss, puss så får du en suss».

Dette var, og fortsetter å være, veldig mange barns introduksjon til tannhelse. Sangen har gjort tanppussen til en lek for barn i hele Norge i en årekke.

Trond-Viggo Torgersen er utdannet lege. Han var Norges andre barneombud, og er fortsatt en forkjemper for barn og unges rettigheter. Han er godt kjent fra underholdningsbransjen, både på radio og TV. Han er en av våre aller beste formidlere og en av veldig få som klarer å gi medisinsk undervisning meget høy underholdningsverdi.

Trond-Viggo er svært flink til å snakke om alvorlige ting på en ordentlig måte. Han har benyttet sin medieeksponering til å gjøre en betydelig innsats for folkehelseopplysning

generelt, men også for tannhelsearbeidet spesielt. Han er et glimrende eksempel på at samarbeid på tvers av profesjonsgrupper i folkehelsearbeidet er meget verdifullt, konkluderte Steinum og ønsket Torgersen velkommen som æresmedlem i Den norske tannlegeforening.

Da ble Trond-Viggo Torgersen veldig rørt, så det ut som – og han sa at dette skulle han fortelle til barna sine.

Bare én gang tidligere i Tannlegeforeningens 130-årige historie har en ikke-tannlege blitt utnevnt til æresmedlem. Det var da Torbjørn Egner ble utnevnt til æresmedlem ved NTFs 100-årsjubileum i 1984.

Ellen Beate Dyvi

# Du plikter å ta vare på deg selv

Dette er en av påstandene til Marco Elsafadi, som snakker om samspill mellom mennesker og om hvordan ting henger sammen. Ditt bidrag er viktig. Ikke tro noe annet.

**M**arco Elsafadi er opptatt av kraften som oppstår i relasjon mellom mennesker – på godt og godt. Livet handler om samarbeid. Mennesker bygger hverandre opp og bryter hverandre ned, daglig. Er vi bevisst vårt ansvar i samspill med våre medmennesker?

Det er lett å tenke at ansvar ligger hos ledere, lærere og foreldre. Men ansvar for trivsel ligger også hos medarbeidere på jobb og elever på skolen. Vi har det godt dersom vi føler oss nyttegjorte i et fellesskap. Lær deg å bli et bedre medmenneske, både på jobb og hjemme. Og hvorfor er det så viktig å ta vare på seg selv?

Slik lød introduksjonen til kurset, som ble gitt to ganger på NTFs landsmøte på fredag. Først som lunsjforedrag for studenter og senere til den allmenne landsmøtedeltaker.

## Humør smitter

Til studentene sa Elsafadi at humør er det mest smittsomme som finnes.

– Hvordan påvirker du dem som er rundt deg, når du er sliten? Blir du mindre tålmodig med andre? Mer irritert?

– Du skylder å ta vare på deg selv. Det er din plikt. Det samme gjelder dem du har rundt deg. Alt avhenger av hvordan vi behandler hverandre.

Elsafadi har forsøkt litt, eller gjort noen observasjoner av hva som skjer blant oss mennesker. Han fikk en nervesykdom for noen år siden og tilbrakte seks måneder på nevrologen. Der brukte han tiden til å snakke med andre pasienter. Han fant ingen sammenheng mellom diagnose og humør. Bitterhet og selvmeldidenshet kan gjerne forekomme hos

en som ikke har dårlig prognose, mens en som ikke ligger så godt an kan ha verdens beste humør og pågangsmot. Forklaringen synes ikke mulig å finne.

Elsafadi mener likevel at vi har mulighet til å påvirke vår egen livskvalitet. Og hva skal vi egentlig med stress? Kan stress ha noe med frykt å gjøre? Vi bygger oss opp. Vi føler stresset. Og da er det jo sånn det skal være? Vi er både selvpiskere og våre egne sabotører, påstår Elsafadi, og mener vi kan gjøre noe med det.

## Selvtillit også

Selvtillit er nesten like smittsomt som humør. Vis at du prøver og feiler, og prøver igjen – så vil andre tørre det samme. Gjør nye ting og drit deg ut. Aksepter at du feiler, og legg deg flat. Bruk sunn retorikk og sunt selvsnak. Le av deg selv.

– Se på Petter Solberg og hans engelsk! Eller hør. Han er mitt største forbilde, sa Elsafadi. Han har trua!

Og han drifter seg ut så mye at ingen bryr seg lenger. Han har skapt seg et rom. Nå er han riktignok blitt flinkere til å snakke engelsk, så nå er det ikke så morsomt lenger. Og det er jo nettopp det som skjer! Vi blir flinkere når vi tør.

Selvtillit har vi i ulik grad avhengig av hva det er snakk om. Hvordan er din selvtillit når det gjelder fotball? Rekk opp hånden så mye som du vil vise at selvtilliten din er. Og hva med dans? Hvor mye selvtillit har du da? Og hvor langt strekker du hånden når det gjelder sang? Hendene går i været, i varierende høyde.

– Selvtillit er ellers en illojal venn. Den er ikke der når du trenger den mest. Den er sterkest når du er alene. Når du synger i dusjen. Når du slipper å bli dømt av andre.

Hvem er forresten de andre? Navn og ansikter. Lager du forestillinger om hva de andre tenker? Tolker du i minus?

Selvtilliten er en illusjon. Mangelen på den får deg til å la være å gjøre ting. Det går ikke likevel, tenker du kanskje.



Marco Elsafadi mener vi langt på vei kan påvirke vår egen livskvalitet. Og andres. Foto: privat.

Og verst blir det når vi begynner å sammenligne egne ferdigheter med andres. Det kan du bare glemme.

## Ta ansvar

Best blir det når du tør å ta ansvar, for deg selv og andre. Og når du tar ansvar for å inkludere andre. Du har et ansvar, sa Elsafadi. Og så sa han:

– Tenk deg at du skal overta dette foredraget om 30 sekunder. Bruk et halvt minutt til å tenke på hva du skal si og gjøre. Du skal fylle ett minutt, sa Marco Elsafadi. Og da ble det stille.

Etter femten sekunder sa han at det var femten sekunder igjen, og at han ville peke ut en hvis ingen meldte seg frivillig.

Etter ytterligere to sekunder var det en som reiste seg. Han tok ansvar. Og han snakket i et minutt.

Hvordan reagerer vi når vi får vite at en av oss skal ta ansvar, om ett minutt? Elsafadi deler oss i fire kategorier:

1. Hjertebank. Full panikk. Kanskje det blir meg!
2. Nei takk! Strutseløsningen.
3. Transe. Løsningsorientert. Tenke, tenke. Hva skal jeg si?
4. Ansvar. Jeg gjør det!

Jeg gikk i transe. Og var på nippet til å ta ansvar. Hvilken kategori tilhører du, tror du?

Ellen Beate Dyvi

Om helsefremmende forskning:

## Hvor kommer helse fra?

Geir Arild Espnes, professor og senterleder for Center for Health Promotion Research ved NTNU i Trondheim, snakket om de store helseutfordringene vi står foran globalt og hvorfor økt forskning på helsefremmende arbeid er nødvendig.

**D**e største helseutfordringene er ikke-smittsomme sykdommer, den demografiske utviklingen, stress og press hos unge, og ulikhet, skjevfordeling og disintegrasjon, sa Espnes. Både FN og WHO har identifisert livsstilssykdommer eller ikke-smittsomme sykdommer som et verdensproblem i årene som kommer. Det har vært stor oppmerksomhet rundt dette i Skandinavia og vestlige land i mange år, men nå er det regnet som et globalt problem

– Det er avgjørende at vi ikke betrakter fedme og overvekt som et overveiende individuelt problem, men som et symptom på det samfunn vi lever i, og en utfordring som må arbeides med gjennom gode strategier på samfunnsplass. Disse skal selvfølgelig gi konsekvenser på individnivå, sa Espnes.

– Finnes det nye tanker og arbeidsmåter? spurte han.

### Helseangst og helse

– Den tradisjonelle helseforskningen er preget av vitenskaper som undersøker hva det er som gjør oss syke, men for å løse våre største helseutfordringer trenger vi mer forskning på hva det er som gjør oss friske, sa Espnes.

– Hvis du skal på ferie, starter du ikke med å finne alle stedene du ikke vil, og lager en plan for å unngå dem. Du tenker heller: det er dit jeg vil, og lager en plan. Slik er det kanskje også med helse? Det må da være bedre å bestemme seg for hvor en skal og så prøve å komme dit, enn å bestemme seg for hvor en ikke skal og prøve å la



– Det er viktig å forske på hva som holder oss friske, og ikke bare hva som gjør oss syke, sa Geir Arild Espnes.

være å komme dit. Vi må hjelpe folk til å få god kunnskap om hvordan de kan utvikle og beholde god helse, sa Espnes.

Han illustrerte poenget videre ved å vise en fredagsutgave av Dagbladet, hvor det ønskes god helg med følgende hilsen: Slik unngår du kreft, hjerteinfarkt, diabetes, blodpropp, nervesykkdommer og slag, og til slutt overskriftten: 150 000 mennesker er syke uten å vite det.

### Eldrebølgen

Om 30 år vil antallet eldre på verdensbasis over 65 år være nesten doblet, til 1,3 milliarder personer, ifølge US Census bureau 2009. Det raskest voksende alderssegmentet er de over 80 år.

I 2050 vil andelen av mennesker over 80 år utgjøre 31 prosent, mot 18 prosent i 1980. Hvordan vil dette styre utviklingen? Hvordan utvikler vi samfunnsstrukturer og systemer som kan legge til rette for at en skal oppleve å ha god helse på sine gamle dager?

Eldrebølgen skyldes jo at folkehelsearbeidet har lykkes. Dessuten er det oftest slik at de som er friske når de er 60, tar med seg sin gode helse videre.

Ifølge en engelsk studie ønsker eldre mennesker i stor grad det samme som yngre: Å bli sett som en ressurs og å få lov til å få ansvar, å delta i meningsfulle aktiviteter, der deres dyktigheter kan bli verdsatt og brukt, ha mulighet til å besøke venner, ha en partner og tilfredsstillende forhold, ha god helse, ha en følelse av sikkerhet slik at de kan føle seg trygge og ha tilstrekkelige livsforhold. (Cattan et al 2002–2011 Research with older people)

### Presset på de unge

Opplevelsen av stress er en anerkjent trussel mot god helse og sunn utvikling hos barn og unge. I dag rapporteres det om et økende antall unge som opplever press fra samfunnet rundt seg. Færre kommer gjennom skolesystemet, for eksempel i Finnmark er det bare halvparten av elevene som avslutter videre-

gående. I mange land i Europa er ungdomsarbeidsledigheten mellom 25 og 60 prosent, og en hel ungdomsgenerasjon står i fare for å falle utenfor arbeidslivet.

Fra Aftenposten 14.10.14: Forskningsinstituttet NOVA har kartlagt vanene til rundt 80 000 elever i ungdoms- og videregående skoler Tendenzen er klar: Mange ungdommer dropper organiserte fritidstilbud, de trener alene, de har mange skjermtimer og er både mer hjemme og mer alene. En av tre er ikke ute med venner

Hvordan kan vi bygge samfunn som sikrer a mennesker i alle aldre bli sett, tas I betraktnig og blir integrert?

#### **Lite nytt – egentlig**

– Det er nærliggende å tro at helse har noe med helsevesenet å gjøre. Det har det ikke. Helsevesenet er et sykdomsvesen. Det er der for oss når helsa begynner å skrante, så hvor kommer helse fra? spurte Espnes og svarte: Fra salutogene kilder. En salutogenetisk orientering fokuserer på kildene til helse.

Det er mange som har gjort de samme observasjonene før:

– Dagens leger er for oppatt av delene, de ser ikke helheten, sa Platon.

Robert Kennedy sa i en tale til Universitet i Kansas i 1968: Brutto nasjonalprodukt måler luftforurensning, sigarettrekklame og (...) ødeleggelsen av Redwoodskogen. Det tar ikke med våre barns helse, kvaliteten på deres utdanning eller deres glede over lek, (...) poesiens skjønnhet eller styrken i våre

ekteskap. Det måler med andre ord alt, bortsett fra det som gjør livet verdt å leve.

#### **Sykdom, helse og livskvalitet**

En norsk undersøkelse blant eldre kvinner viste at på tross av et snitt på tre sykdommer hver og gjennomsnitsalder på over 80 år, svarte syv av ti at de følte seg friske (Bergland and Wyller 2006). Sykdom kan avgjøre om du skal dø, om du skal plages, men sykdom og grad av sykdom kan ikke predikere din helse eller livskvalitet.

En definisjon på helse og livskvalitet: Helse er å kunne mestre de utfordringer dagen gir deg. Livskvalitet er å være tilfreds med områder av livet som er viktige for oss.

– Tradisjonelt har f.eks. positive følelser hatt temmelig liten plass i psykologien og psykiatrien. Ta The Comprehensive Textbook of Psychiatry: Boka vier flere hundre linjer til hvert av begrepene skam, skyld, redsel, sinne, hat og synd, og selvfølgelig tusenvis av linjer til depresjon og angst. Til sammenligning finnes det fem linjer om håp, én linje om glede og ikke en eneste linje om tillit, medfølelse, tilgivelse eller kjærighet. Er dette uten betydning for hvordan du bedømmer helsa di? sa Espnes. I denne nye forskningstanken ligger å rette oppmerksomheten mot ressursene heller enn symptomene og mot styrken i stedet for svakhet.

#### **Senter for helsefremmende forskning**

Kjernesørsmålene Senter for helsefremmende forskning tar for seg er:

- Hvorfor tåler noen store belastninger og andre ikke?
  - Hva kjennetegner personer med god helse og velvære, og hva kan vi lære av dem?
  - Hvordan forklare at folk med samme sykdomsmønster opplever egen helse ulikt?
  - Hvordan kan kunnskap om positive helsefaktorer gi bedre helse til både de som ikke har en form for sykdom eller lidelse og de som har det?
  - Hvordan kan kunnskap om god helse hjelpe folk tilbake etter å ha vært syk?
  - Hvordan skape engasjerte, motiverete og produktive medarbeidere?
  - Hva er våre helseressurser?
  - Og hvordan kan denne kunnskapen brukes i praktisk helsefremmende arbeid?
- Med andre ord, dette er forskning for helse og ikke mot sykdom.
- Vi erkjenner at vi trenger sykdomsforskning, men det vi er interessert i er å ta tak i menneskenes positive helseressurser og arbeide med å styrke dem, avsluttet Espnes.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

# Du og jeg og vi to

- om å lage en god relasjon mellom pasienten og tannhelseteamet

Det var sent på ettermiddagen den første dagen på landsmøtet. Likevel var salen fullsatt da tannlege Geir Haukeland og psykolog Margrethe Mehus inntok scenen for å snakke om relasjonen mellom pasienten og tannhelseteamet. De fleste av tilhørerne var kvinner – ikke uvanlig med et slikt tema på dagsordenen. Og da var det trolig overvekt av tannhelsesekretærer og tannpleiere. Ikke så dumt, for de spiller ofte en viktigere rolle enn tannleggen for pasientens opplevelser på klinikken.



Geir Haukeland og Margrethe Mehus prøvde seg på en oppskrift på å skape en god relasjon mellom pasient og tannhelseteam.

Tannlege Geir Haukeland er en bergenser med bakgrunn fra Pedodontiatavdelingen ved fakultet i Bergen, som nå er ansatt i delstilling ved det regionale kompetansesenteret i Trondheim, der han i et par års tid har vært med i et såkalt TOO-team sammen med klinisk psykolog Margrethe Mehus og tannhelsesekretær Gullborg Vårhus. TOO-prosjektet dreier seg om å etablere et «tilrettelagt tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har hatt odontofobi», og planen er at det skal være slike team i alle fylker. Mehus har nå forlatt kompetansesenteret og arbeider på heltid i et firma kalt «Dynamisk helse» som skal utvikle e-læring for helsearbeidere. Men de to foredragsholderne har erfaring fra samarbeid om å hjelpe pasienter som ikke føler seg vel under tannbehandling og øste av sin erfaring. Som også kan appliseres på den «vanlige» pasienten tannhelseteamet møter på klinikken.

Margrethe Mehus var spesielt opptatt av hva ord betyr og foreslo innledningsvis å si «tannhelsekontor» istedenfor «tannlegekontor», «tannhelsebehandling» istedenfor «tannlegebesøk», og hun brukte «tannteam» om fagpersonene pasienten møter ved et besøk.

Siden vi allerede bruker det innarbeidede begrepet «tannhelseteam», kan vi vel fortsette med det. Men et viktig poeng er at alle personene pasienten møter betyr noe for den totale opplevelsen, og da er det kanskje sekretæren som betyr aller mest? Hun (sjeldent en han) representerer det første inntrykket pasienten får, og det siste inntrykket når pasienten går ut av døra.

## På vei til tannhelsekontoret – og på vei inn

– Til og med formuleringen av innkallinger er viktig, sa hun. Er den hyggelig formulert? Står det at de er velkomne? Står det at mange er redd for å gå til tannlegen og at dere er lydhøre overfor dette? Hva skjer hvis de ikke kommer? Hvordan er mottakelsen?

– Og hvordan er det på venterommet, spurte hun. Er det hyggelige bilder på veggene? Hva slags lesestoff ligger på bordene? Er det noen som er tilgjengelige for spørsmål? Og hvordan roper dere pasienten inn?

– Husk å spørre pasienten hvordan han eller hun liker å ha det hos tannlegen, la hun til.

## Inne hos teamet

Psykologen beskrev detaljert hva som bør skje når pasienten er kommet inn i behandlingsrommet, at alle skal presenteres for hverandre og sitte slik at de ser hverandre og er i lik høyde. Hun foreslo også å avtale med pasienten hvordan han eller hun ønsker å ha det i stolen, blant annet at vedkommende skal kunne avbryte behandlingen, stille spørsmål underveis og få vite hvor lang tid det vil ta.

Mehus mente at pasienten bør ha den beste plassen i rommet, kunne se utgangsdøren og være trygg på at det ikke kommer uvedkommende inn under behandlingen.

– For husk munnen og munnhulen er pasientens intimsone, la hun til.

Etter behandlingen skal man fortelle og vise hva som er gjort, takke for innsatsen, spørre om pasienten føler seg vel og ønske velkommen tilbake hvis det skal settes opp ny time. Ikke minst er det viktig å oppfordre pasientene til å ta kontakt hvis det er noe de lurer på.

## **God relasjon – som å sette penger i banken**

Mens Margrethe Mehus snakket om pasientens relasjon til hele tannhelseteamet og totalopplevelsen på klinikken, fokuserte Geir Haukeland først og fremst på det direkte forholdet mellom pasient og tannlege i behandlingssituationen.

– Hvorfor er det så viktig å ha en god relasjon, spurte han innledningsvis, og sa at det er viktig for å etablere den tiliten pasienten bør ha til sin tannlege. Det gir trygghet, og trygghet er fundamentet når du som tannlege ønsker å formidle noe til pasienten.

– Ja, det er som å sette penger i banken; det lønner seg. Men husk at enhver god relasjon må vedlikeholdes, og det tar tid.

Haukeland hadde mange gode råd til sine kolleger – råd som egentlig baserer seg på god folkeskikk, men som kanskje kan glemmes i en travl hverdag når timeboka er full, og du kanskje må ta deg av en akuttbehandling.

## **Øyekontakt og humor**

En god start er å smile og ønske velkommen, å håndhilse og få øyekontakt,

å spørre om hvordan det går og om det er noe spesielt pasienten, trenger hjelp til. Og da er det spesielt viktig å lytte og la vedkommende snakke ut. Når det dreier seg om nye pasienter vil en slik innledende fase ta noe lengre tid, og da er det viktig å få vite hvordan de føler seg når de kommer inn på et tannlegekontor, eller tannhelsekontor som psykologen vil kalte det. Overfor nye pasienter kan det være nødvendig å gjøre avtale om «stoppssignal», og en slik avtale må overholdes.

Overfor faste pasienter trenger man ikke å gjennomgå slike forhold detaljert, men til gjengjeld er det viktig å ha tatt en titt på journalen på forhånd, slik at man husker hvordan akkurat denne pasienten vil ha det. Ikke minst er det viktig å bruke riktig navn og sjekke fødselsdag og vite om vedkommende har spesielle interesser som bør nevnes.

Og overfor alle pasientene vil bruk av humor lette stemningen. Det er kanskje ikke like lett for alle å være morsom, men ifølge bergenseren bosatt i Trondheim er det tilstrekkelig med «bare to-tre morsomme vendinger, så har du til alle pasientene dine». Men da er det vel viktig å ikke fortelle den

samme vitsen til alle pasientene hver gang?

## **Refleksjon**

Geir Haukeland avsluttet med å snakke om refleksjon etter endt arbeidsdag. Man bør tenke gjennom dagen som helhet og stille seg selv noen spørsmål. Hadde jeg gruet meg for noen pasienter denne dagen og hvorfor? Hvilke pasienter gleder jeg meg til å få i stolen og hvorfor? Gikk det bra i dag eller var det noe som gikk dårlig? Å reflektere er trolig det viktigste rådet han ga, og i en slik prosess bør vel hele teamet være med. Kanskje ikke hver dag, men på jevnlige stabsmøter.

Dette foredraget var basert på enveiskommunikasjon, bortsett fra at det var mulig å stille spørsmål helt til slutt. Og slik det er i store forsamlinger her til lands, er det ikke mange som stiller spørsmål. Det kan tolkes som tilslutning til budskapet og at alle satt og tenkte at slik gjør vi det jo hos oss.

Tekst og foto: Reidun Stenvik

**For mer informasjon – se vår hjemmeside [www.dentalstoep-import.no](http://www.dentalstoep-import.no)**



 **Dentalstoep Import as**  
**KVALITET TIL LAVPRIS**  
Vår ekspertise din trygghet



# Å hjelpe barn som er redde for sprøyter

Hvis du er barn og redd for sprøyter ligger du godt an hvis du møter tannlege, PhD og spesialistkandidat Maren Lillehaug Agdal. Det gjør kanskje også de redde barna som møter noen som var på landsmøtet og lærte noe av Agdal.

**M**aren Lillehaug Agdal ga inntrykk av at hun har veldig god greie på det hun snakker om – og får det til i praksis.

Agdal ønsket først og fremst å formidle noe om viktigheten av tre ting: ivaretakelse, mål for behandlingen og valg av metode.

For å lykkes med behandlingen trenger du som behandler å vinne barnets tillit. Barnet trenger også å oppleve at det har kontroll og at det mestrer situasjonen. God klinisk kommunikasjon og respekt fra behandlerens side er avgjørende.

## God kommunikasjon

– Spør barnet hva det er redd for: – Hva er det verste som kan skje?

Er det angst som er farligst, eller smerten ved stikket eller innsprøytingen? Kanskje det er redselen for å besvime – fordi det har skjedd før?

Still åpne spørsmål og la barnet komme med sitt. Agdal har blant annet fått disse svarene, som hun har kunnet følge opp med videre spørsmål og avklaringer:

– Du bedører hele meg, og det er ikke sikkert jeg våkner igjen.

– Sprøyten stikker inn i øyet, det blir vondt, jeg blir blind..

– Sprøyten knekker, den vandrer i blodet og går til hjertet, hjertet stopper.

– Den vonde smerten etter stikket varer i flere dager.

Barnet viser ofte mange signaler på redsel og uvelhet som tannleggen overser eller responderer på med overfla-



Maren Lillehaug Agdal har god erfaring med at det går an å hjelpe barn som er redde for sprøyter og få dem til å oppleve at de mestrer situasjonen. Foto: Kristin Aksnes

tiske forsikringer. Vær på jakt og på vakt overfor angstsymptomer – som kan være hjertebank, vondt i magen, snøring i halsen – får ikke puste, skjelvinger, kuldegysninger, svette, svimmelhet, sterkt ulyst, unngåelsesatferd. Snakk med barnet om det du observerer. Å avslutte en prosedyre når barnet er trøtt eller lei seg er en god idé. Det gir barnet følelse av mestring.

Og spør:

– Skjedde det du hadde forventet? Gjør pasienten bevisst på at de kroppslige angstreaksjonene avtar i takt med eksponeringen.

– Hvordan kjennes det at du mestrer dette selv om du synes det er ubehagelig?

Si at du synes barnet er sterkt, fordi det utfordrer seg selv til tross for at det ikke liker det som skal skje. Da blir en fortære kvitt redselen som er så plag som.

## Tell, show, do

Agdal viser bilder av hvordan barnet ser ut i behandlingsstolen og hvor langsomt hun går frem. Barnet får se seg selv i et speil. På den måten ser det hva som faktisk skjer, noe som kan ta oppmerksomheten bort fra følelser.

Først gir Agdal barnet overflateanestesi.

– Kjenn på hvordan det er å være bedøvet, sier hun til barnet.

– Vi skal bygge tillit, gi følelse av mestring og bygge selvfølelse.

Tell, show, do, heter metoden. –

Gang det gjerne med tusen, sier Agdal.

– Fortell, vis, gjør. Igjen og igjen og igjen.

– Tannleger er ellers veldig prosedyreorienterte, sier Agdal.

– Dere skal gjennomføre. Alt dere har satt dere fore. Dere skal fullføre. Jeg tenker mer på at alt skal gå for seg på en måte som gjør at pasienten kommer videre, med det som er vanskelig. Angsten er jo så vondt.

– Sekretæren kan av og til spørre meg: Fikk du egentlig gjort noe i dag? Jeg synes jeg har fått gjort masse og blir irritert. Jeg har jobbet med angst og fått til endring. Jeg er kommet et stykke i tilvenning til sprøyten. Det er et kjempesteg fremover.

### Kontroll

Kontroll er å vite hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres. I tillegg er det avgjørende for å ha kontroll at man har mulighet til å påvirke det som skal gjøres.

– Avtal et stopptegn, og bruk god tid og injiser sakte. Mange barn foretrekker at jeg setter bedøvelse i flere omganger. Ikke overse tegn til smerte. Kommuniser hele veien, fortell hvor lang tid som gjenstår.

Si at du synes det er flott at barnet tør å vise hvordan det har det.

– Det betyr mye for meg, for da vet jeg at dette ikke er så lett for deg og vi kan sammen finne ut hvordan det skal bli lettere for deg.

Barn elsker å være den voksnes hjelper, og hjelperen får skryt for jobben han gjør.

### Gjennomføringen

Ved første konsultasjon er det relasjonsoppbygging som står sentralt. Tenk trygghet, ivaretagelse, tillit og kontroll. Samtal også med foreldrene og si at du aldri gjør noe med barnet under sedasjonen som du ikke ville gjort dersom barnet ikke er sedert.

Ved annen konsultasjon og dormicumsedasjon: tenk på atmosfæren. Ingen høye lyder, bruk papoose, puter og teppe.

### Selve anestesiprosedyren:

- Overflateanestesi: Begynn før barnet er tilstrekkelig sedert for bedre utnyttelse av tiden.

– Sjekk av effekt av overflateanestesi med sonde. Gjenta mange ganger – vurder barnets toleranse.

– Ta sprøyten mot slimhinnen på samme måte som du gjorde med sonden

– vurder barnets toleranse

– Si: Så flink du er... Kjenner du hvor bra det går? Nå kan det hende du vil kjenne litt, men du er SÅ kjempeflink.

– Stryk samtidig på kinnet, hvis teknikken tillater det.

– Infiltrer heeelt rolig.

– Når samarbeidet er godt holder jeg hele tiden i kinnet som om jeg skulle sette bedøvelse, forklarer Agdal, og jeg slipper ikke taket før jeg har satt litt bedøvelse.

– Ta bort sprøyten ved dårlig compliance og fortsett med sprøyten borttil. Dersom de ikke godtar sprøyten borttil går du tilbake til steget med sonden og gjentar til du setter en ny infiltrasjon. Ved god aksept infiltrerer du rolig til du har satt nok. Gi tilstrekkelig anestesi!!

Veien til målet kan være lang og tidskrevende. Og det er verdt å ta tiden til hjelp, sier Agdal. Samtidig hjelper det nok veldig å ha både innsikten, stemmen og væremåten til nettopp Maren Lillehaug Agdal.

Og som det meste annet er vel dette også en treningsakk.

EN AVDELING I RAINBOW HOTEL A

*Ellen Beate Dyvi*

Tannhelsepersonell og meldeplikt:

## Tannhelse og barnevern, samhandling til det beste for barnet

– Den påkjenningen det er for tannhelsepersonell å melde fra, er mye mindre på lang sikt enn det er for et barn å vokse opp med omsorgssvikt, sa Ragnhild Bjørknes og Ingfrid Vaksdal Brattabø.

**H**va er omsorgssvikt, hva er konsekvensene, og hvor vanlig er det? fortsatte de. Dette rammer mellom ti og 25 prosent av alle barn i én eller annen grad i løpet av oppveksten. Omsorgssvikt har livslange følger både fysisk og psykisk.

De trakk fram den prisbelønte rapporten i Bergens Tidende om Janne og Ronny, to barn og pasienter i tannhelsetjenesten som ble utsatt for straffbare forhold og omsorgssvikt gjennom hele oppveksten. Her var det også ikke møtt problematikk men ingen ble fulgt opp av tannhelsetjenesten i Hordaland. Det var i tillegg manglende rutiner for å sende bekymringsmeldinger til barnevernet.

– Her trengs det økt kompetanse og økt oppmerksomhet rundt temaet, sa Bjørknes og Brattabø. Det er for lite forskning både nasjonalt og internasjonalt og underrapportering fra helsetjenesten til barnevernet.

Alt tannhelsepersonell har meldeplikt. Dilemmaet kommer når en skal være den som skal vurdere dette. Hva om en tar feil? En pilotundersøkelse i Akershus viste at 36 prosent har unnlatt å sende



Ragnhild Bjørknes og Ingfrid Vaksdal Brattabø snakket om tannhelsepersonell og meldeplikten til barnevernet.

bekymringsmelding ved mistanke om omsorgssvikt. På spørsmål om det var behov for mere opplæring, svarte 94 prosent i pilotundersøkelsen ja.

### Forskingssamarbeid

Ragnhild Bjørknes er førsteamanuensis ved Hemil-senteret ved Det psykologiske fakultet i Bergen, og Ingfrid Vaksdal Brattabø er Ph.d.-kandidat ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter vest, Hordaland fylkeskommune. De har et samarbeid om studien Tannhelse og barnevern, samhandling til det beste for barnet, et forskningssamarbeid mellom Hemil-senteret, Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter vest og Den offentlige tannhelsetjenesten.

Studien, som er initiert av Den offentlige tannhelsetjenesten, har som mål å skaffe kunnskap om de opplevsene og utfordringene som ofte er knyttet til helsepersonells meldeplikt til barnevernet.

Tannhelsetjenesten er den eneste helsetjenesten som ser barn og unge jevnlig gjennom hele oppveksten. Tannhel-

sepersonellet er i kontakt med mange barn og unge og kan oppleve å bli bekymret for mindreårige pasienter. Hvert barn er unikt og hver bekymring er kompleks og gjenstand for vurderinger, usikkerhet og dilemmaer. Det er ingen enkel fasit for når meldeplikten til barnevernet inntreffer. Foredragsholderne er derfor spesielt interesserte i tannhelsepersonellets erfaringer og oppfatninger rundt disse problemstillogene og deres opplevelser fra en eventuelt samhandling med barnevernet.

I løpet av 2014 er det sendt ut en spørreundersøkelse til et landsrepresentativt utvalg av tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten. Studien er praksisnær, og gjennom forskning ønsker foredragsholderne å øke kunnskapen på dette området, slik at det i framtiden kan bli enklere for tannhelsepersonell å utøve meldeplikten. Sammen ønsker de å bidra til at flere barn og unge som lever under vanskelige forhold blir fanget opp.



– *Forglemmegei* er symbolet på pasientene vi ikke ser – for de kommer ikke til oss, sa Brattabø og Bjørknes.

Tekst og foto:  
Kristin Aksnes

# Om litt av hvert

Harald O. Heymann, professor fra University of North Carolina (UNC), hadde en sesjon på landsmøtet som han kalte «brød- og-smør-odontologi».

## Fyllinger

Fyllinger er typisk «brød-og-smør-stoff». Heymann drøftet vanlige restorative teknikker med kompositter og bindingsmidler. Emalje er nøkken til god binding og selvetsende bindingsmidler trenger ekstra (selektiv) emaljeetsing for virke godt der. Dette er helt i samsvar med det fyllingseksperten sa i andre sesjoner på landsmøtet.

Nedbrytning av bindingen til dentin kan motvirkes med forbehandling med klorheksidin eller produkter som inneholder for eksempel glutaraldehyd, for eksempel Gluma. Amalgam er fremdeles et aktuelt fyllingsmateriale i USA, men han hoppet stort sett over dette temaet her i Norge. Restaurering av gingivale sklerotiske ikke-kariøse defekter er en utfordring der det ble anbefalt god etsing og gjerne små mekaniske undersnitt, og kanskje en flytbar komposittversjon.

Heymann snakket om dype proksimale prepareringer, der han likte å legge en base av flytbar kompositt eller glassionomersement. Lagvis legging er viktig, ikke overraskende. Han likte også ultralyd-assistert innlegging av kompositter. Matriseteknikk var han også innom, og anbefalte sterkt konturerte, tynne matriser og gode gamle treklær.



Ole Øiestad (til høyre) benyttet anledningen til å drøfte noe med Harald O. Heymann fra University of North Carolina.

## Nasal anestesi og probiotika

I USA er det på trappene med et anestesimiddel basert på nesespray som skulle kunne bedøve overkjevefronten fra og med premolarene. Probiotika er tydeligvis aktuelle produkter i USA. Disse skal kolonisere orale miljø og konkurrere ut patogene bakterier, for eksempel laktobasiller.

Samlet sett hadde sesjonen mange gjennkjennelige synspunkter, og noen nye. Det er alltid greit å se at «våre» teknikker og vurderinger samsvarer noenlunde med andres.

Tekst og foto: Nils Roar Gjerdet

# Søvn, søvnforstyrrelser og behandling

Dagen etter landsmøtefesten, tidlig fredag morgen, ble den store salen Svalbard på Varemessen fylt av tilhørere. Var de kommet for å høre om søvn og søvnforstyrrelser av egeninteresse? Eller var det for å lære om skinnebehandling ved søvnnapné?

**P**rofessor Bjørn Bjorvatn er en av Norges fremste søvnspesialister og leder av både Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer og Senter for søvnmedisin ved Haukeland universitetssykehus. Han innledet sesjonen med en generell forelesning om søvn og søvnforstyrrelser. De to andre foredragsholderne, overlege og førsteamanuensis Sverre Lehmann og overtannlege og professor Anders Johansson, er også knyttet til Søvnmedisinsenteret, som administrativt ligger under Lungeavdelingen på Haukeland. Lehmann snakket om den spesielle søvnforstyrrelsen, obstruktiv søvnnapné (OSA) og behandlingsalternativer mens Johansson tok for seg behandling med skinner og tannlegens rolle i slik behandling.

## Dyp søvn er viktig

Bjorvatn gjennomgikk normal søvn og døgnrytme, og sa at det er den dype søvnen som betyr mest for oss, og at den bør utgjøre 20–25 prosent av den tiden vi sover. Søvnmonsteret endrer seg i løpet av livet og behovet for søvn blir mindre etter hvert som vi blir eldre. Blant voksne ligger forekomsten av søvnforstyrrelser på 10–15 prosent.

– Insomni, eller søvnloshet, er den vanligste søvnforstyrrelsen. Sønvanskene varierer fra pasient til pasient. Noen sliter mest med innsovningen, andre med urolig nattesøvn og mange oppvåkninger. Den mest brukte behandlingsformen har vært sovemedisiner, men ny kunnskap peker på at ikke-medikamentell terapi er mer effektiv, sa Bjorvatn og fortalte at kognitiv atferdsterapi har vist å ha god effekt.

På nettstedet til Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer ([www.sovno.no](http://www.sovno.no)) kan man teste seg og få gode råd om søvnhygiene. Bjorvatn har også skrevet en selvhjelpsbok, *Bedre søvn*, som i to vitenskapelige undersøkelser har vist å ha dokumentert effekt, bedre enn et «søvnhygieneark» der rådene er opplistet. At dårlig

søvn er en helserisiko som kan føre til blant annet hjerte-karsykdommer og diabetes, er også dokumentert i en rekke undersøkelser. Den alvorligste følgen er trolig at spesielt søvnnapné kan føre til at man sovner ved rattet under bilkjøring.

## Søvnnapné

Ved søvnnapné slutter man å puste når man sover. Det er ikke unormalt å puste litt uregelmessig under søvn, men hvis pustepausene er langvarige (minst ti sekunder) og inntreffer hyppig (over fem ganger per time), får det konsekvenser for helsen og defineres derfor som sykdom. Obstruktiv søvnnapné (OSA) forekommer hos en av seks voksne personer i Norge. Personer med OSA er vanligvis også snorkere. Snorkelen fremkommer ved vibrasjon av bløtvev i svelget, og når bløtvevet stenger helt for luftpassasjen videre ned til lungene, inntreffer pustestopp/apné, selv om personen gjør aktive forsøk på å puste. I denne perioden, som kan vare lengre enn ett minutt, reduseres oksygennivået i blodet.

Ved pustestopp våkner man ofte helt eller delvis opp av søvnen, og enkelte hiver etter pusten i oppvåkningsfasen. De som har søvnnapné, er derfor ofte trøtte om dagen og har økt risiko for trafikkulykker, arbeidsulykker og sykdommer som høyt blodtrykk, hjernehag og hjerteinfarkt. OSA kan forekomme hos både kvinner og menn og i alle aldersgrupper, men er vanligere hos overvektige, menn, røykere, eldre og hos personer med hjerte-karsykdom, lavt stoffskifte og diabetes type 2. Hos barn er årsaken vanligvis store mandler, mens årsaken hos voksne bare delvis er kjent.

Sentral søvnnapné (CSA) er langt sjeldnere, og her inntreffer pustestopp-pepisodene uten at pasienten gjør forsøk på å trekke pusten. Årsaken sitter vanligvis i de områdene av sentralner-



Fra venstre; Sverre Lehmann, Anders Johansson og Bjørn Bjorvatn foreleste grundig om søvnforstyrrelser og behandlingsalternativer.

vesystemet som regulerer pustertymen. Slike pasienter har som regel sykdom i hjernen, for eksempel tidligere hjerne slag, eller forstyrrelser i hjernens regulering av pustertymen sekundært til kronisk hjertesvikt.

### Utredning og gode råd

Lehmann omtalte så utredning av søvnnapné som vanligvis gjøres ved måling om natten. Søvnregistreringsutstyret består av en liten boks som er tilkoblet forskjellige ledninger som måler luftstrømningene gjennom nese og munn, snorkelyd, pustebegegelsene i brystkasse og mage, surstoffinnholdet i kroppen, pulsrytmen og kroppsposisjonen. Dette kan foregå hjemme hos pasienten eller på sykehjem. En fullverdig søvnregistrering – polysomnografi – er svært ressurskrevende og benyttes bare i spesielle tilfeller.

Alle med søvnnapné bør slanke seg hvis de er overvektige. Sovemedisiner, alkohol og tobakksrøyking forverrer sykdommen og bør derfor unngås. Mange har størst tendens til snorking og pustestopp når de ligger på ryggen. I slike tilfeller kan tiltak som forhindrer ryggleie gi mindre plager. Dette kan for eksempel gjøres ved å sove med en T-skjorte med et par tennisballer i innsydd i ryggen.

### CPAP førstevalg

CPAP er en maskin som sørger for kontinuerlig overtrykk i luftveiene – på engelsk «continuous positive airway pressure», derav navnet. De fleste med alvorlig til moderat OSA vil trenge behandling med en slik maskin. Oppstart av behandlingen skjer vanligvis ved god opplæring og tilpasning av maske på sykehús på dagtid. Deretter prøves utstyret hjemme noen netter –



Anders Johansson (til venstre) svarer på spørsmål fra en tilhører.

alternativt på sykehús – før neste oppfølging med justering av utstyret og oppklaring av de spørsmål brukeren skulle ha. CPAP må brukes minst fem timer per natt, og behandlingen vil være livslang, med mindre pasienten foretar en livsstilsendring.

Tidligere ble OSA behandlet med ulike former for kirurgiske inngrep, men det har vist seg at ingen av metodene har vært effektive, så i dag er CPAP førstevalg. Men også skinnebehandling kan være en mulighet.

### Skinnebehandling

– Skinner kan aldri konkurrere med CPAP som er «gullstandarden» i behandling mot søvnnapné, sa Anders Johansson som med sin bakgrunn fra Sverige, har lang erfaring med apné-skinner. I Sverige har man i langt større grad enn her i landet benyttet skinner i behandlingen av søvnnapné. Han fortalte videre at det har skjedd en stor utvikling av slike skinner de siste fem årene og at det foreligger et økende antall publikasjoner om emnet. Johansson

mente at skinner er et godt alternativ ved mild til moderat søvnnapné – og i visse tilfeller også ved alvorlig grad.

– Det viser seg dessverre at mange pasienter ikke mestrer å bruke CPAP på riktig måte over lengre tid, og da kan skinne prøves fordi man iblant kan oppnå tilfredsstillende behandlingseffekt med skinne også hos pasienter med alvorlig søvnnapné, sa Johansson, men han understreket samtidig at ved all behandling mot søvnnapné, er det behov for adekvat medisinsk oppfølging. Tannleger som arbeider på dette feltet, må derfor etablere et nært samarbeid med ansvarlige medisinske enheter.

Siden de tre foredragsholderne, sammen med fire medarbeidere, har publisert en artikkel i Tidende nr. 8, 2014 om skinnebehandling, henvises det til denne for mer detaljert informasjon. Samme artikkel er også publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Tekst og foto: Reidun Stenvik

# Vellykket rotbehandling

Ni av ti rotbehandlinger er vellykket uttalte Wilhelm J. Pertot, privatpraktiserende tannlege innen endodonti, med adresse i både Paris og Beirut. Måten man vurderer vellykkethet på varierer imidlertid.

**V**i fikk presentert ulike kriterier uten at noe var den absolutte sannhet. Er det vellykket når tannen fortsatt er til stede i munnen en viss tid etter behandling, må tannen fungere for pasienten, være symptomfri eller er det nødvendig å vise tilheling eller være tilhelet på røntgen?

Uten helt å definere mislykket, var apikal cyste og persisterende infeksjon hovedårsakene til mislykkethet, sa Pertot. Faktorer som kan påvirke prognosoen er om det er en preoperativ lesjon og lesionens størrelse. Kliniske symptomer har liten betydning for prognosoen.

En god toppfylling eller kronerestaurering etter endodontibehandlingen forbedrer prognosoen. Viktige faktorer for å lykkes med endodontibehandling er å kunne tannanatomi, ha godt innsyn (lupe og godt lys), bruk av kofferdam – og erfaring.

Pertot er tilhenger av én-seanses behandlinger, spesielt om pasienten er uten symptomer og det er mulig å ha tørr kanal.

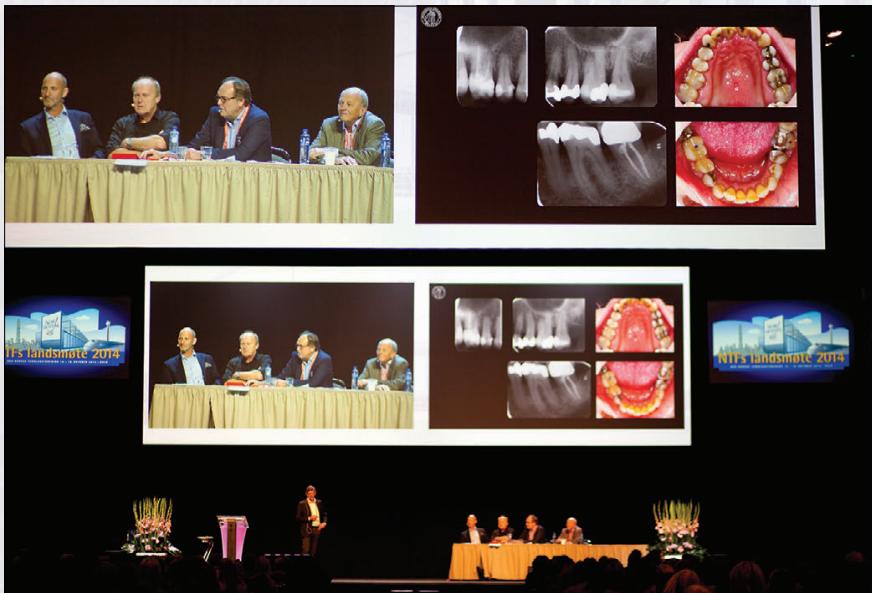
Tekst og foto: Jon E. Dahl



Wilhelm J. Pertot presenterte ulike kriterier for vellykket endodontibehandling på NTFs landsmøte.

For fulle hus:

## Behandlingsplanlegging



Sekvensen Behandlingsplanlegging trakk fulle hus i varemessens storsal.

For annet år på rad trakk sekvensen Behandlingsplanlegging fulle hus i varemessens storsal. Her bød et opplagt panel og en drenet moderator på faglig innsikt og god underholdning.

**K**onseptet går ut på å presentere varierte kasi hvor deltakerne i et tverrfaglig panel diskuterer funn, diagnoser og behandlingsopplegg ut fra sitt faglige ståsted.

Moderator var Kjetil Reppen, og i panelet satt spesialister innen fire fagfelt: Hans R. Preus, spesialist i periodonti, Hans Jacob Rønold, spesialist i oral protetikk, Tor Egil Westberg, universitetslektor i kariologi og gerodontologi og Dag Ørstavik, spesialist i endodonti, alle underviser ved Universitetet i Oslo.

Det som var spesielt i denne sekvensen var at kursdeltakerne ble invitert inn i diskusjonen. Publikum kunne stille spørsmål på SMS til panelet og fikk også selv spørsmål om behand-



Det var både engasjement og god stemning i salen.

lingsalternativer hvor de kunne stemme med mentometerknapper. Resultatene kom opp som soyler på en storskjerm, og diskusjonene både før avstemmingen og etterpå skapte liv og god stemning i salen.

Diskusjonen dreide seg om hva som er faglig forsvarlig, hvilke muligheter som finnes og hvilke som ikke finnes. I noen kasi ble det også vist hva som ble gjort og sluttresultatet.



Moderator for behandlingsplanleggingen var Kjetil Reppen.

En såpass engasjerende og populær sekvens som dette, kan gjentas med hell på neste års landsmøte.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

# Solid om fyllinger

På landsmøtet var det flere sesjoner om fyllinger og restaureringer. Dette ble dekket av ulike foredragsholdere som snakket om tema som delvis tangerte hverandre.

## Store kompositfyllinger – en risikosport?

Torgils Lægreid fra Universitetet i Bergen snakket for et tallrikt publikum om valget mellom direkte og indirekte restaureringer for større tanndefekter, definert som der det mangler minst tre flater og en kusp. Det er mange indirekte restaureringstyper, for eksempel keramer, men det er ofte nødvendig å fjerne mye tannsubstans.

Det varierer i hvilken grad tannleger vil bruke direkte eller indirekte restaureringer. Lægreid hadde gjort en spørreundersøkelse ut fra kliniske eksempler på defekter med forskjellig utstrekning. I tilfeller der det manglet én kusp

ville cirka 90 prosent velge direkte teknikk med komposit. Etter hvert som det manglet mer tannsubstans, vil flere velge krone.

Det er ikke mye data på holdbarhet for store kompositfyllinger, men det er større fare for svikt sammenlignet med mindre «standardfyllinger». Det kan være en utfordring å få gode kontaktpunkter. Egne data tyder på en årlig sviktrate på cirka tre prosent. Lægreid ønsker å legge vekt på tannens varighet, heller enn fyllingens.

## Nytt fra NIOM – faktorer for fyllingskvalitet

Tre forskere fra NIOM og Universitetet i Oslo presenterte ulike aspekter ved kompositfyllinger.

Simen Kopperud snakket om levetiden for fyllinger, basert både på egne data fra det såkalte KVIT-prosjektet, og på litteraturdata. Sammenligning mellom amalgam og komposit viser ulike

utfall, men nyere undersøkelser viser at kompositorer har like god, kanskje bedre, overlevelse enn amalgam.

Det å legge en ny fylling er begynnelsen på en dødsspiral der det blir større og større fyllinger. Både pasientfaktorer og tannlegefaktorer spiller inn på fyllingsoverlevelse. Det er ikke klare data for hvilke faktorer som betyr mest, men tidligere kariesaktivitet synes å være en prediktor for fyllingsoverlevelse. Å skifte tannlege er også en tydelig faktor med hensyn til å skifte fyllinger.

Frode Staxrud la vekt på at det er viktig å behandle sykdommen karies, og minnet også om at høy kariesaktivitet ga kortere levetid på fyllingene. Han gikk gjennom ulike materialer, kompositorer – som kan brukes til nesten alt – og i tillegg kompomerer og glassionersementer. Også bindingssystemene ble drøftet.

En stor del, kanskje opptil to tredeler av fyllingene i allmennpraksis er utskiftinger. Spørsmålet om reparasjoner blir da høyst relevant. Silanbehandling gjør det fullt mulig å få god binding til gammel komposit. Reparasjon er en god behandling med tanke på å bevare resten av tannen mest mulig upåvirket.

Hilde Kopperud presenterte hva kompositmaterialer består av, med hovedmonomerer, fortynnermonomerer og fyllpartikler og hjelpestoffer. Glassionomer er en annen type hydrofilt materiale som baserer seg på en syre-basereaksjon.

Lyshering er en kritisk faktor. NIOM har gjort studier med ulike kompositorer og lampetyper der det er målt herdetid og utelekking av stoffer ved ulike betingelser. Lampeprodusenter anbefaler ofte kortere belysningstider enn kompositprodusentene, helt ned i to sekunders herdig for svært kraftige lamper. Kort fortalt viste NIOMs data at det ikke er noen god erstatning for lang herdetid. Selv svært korte herdetider med sterke lamper kan gi uønsket oppvarming. Derfor: Følg kompositprodu-



Disse snakket om mange aspekter ved fyllinger og fyllingsmaterialer i løpet av en ettermiddag på landsmøtet: Fra høyre: Torgils Lægreid fra Universitetet i Bergen med temaet store kompositfyllinger. Hilde Kopperud, Frode Staxrud og Simen Kopperud kommer fra NIOM og Universitetet i Oslo og dekket et bredt felt av egenskaper ved fyllinger.



Disse to vet mye om fyllinger: Thomas Jacobsen (til venstre) fra Folktandvården i Västra Götaland og Göteborgs universitet og Jon E. Dahl fra NIOM.

sentens anbefalinger om herdetider, som et minimum.

### Hvordan går det med fyllinger, egentlig?

Thomas Jacobsen fra Folktandvården i Västra Götaland og Göteborgs universitet har et enormt datamateriale på fyllinger som er lagt i tannhelsetjenesten i regionen, totalt flere millioner fyllinger. Dette er et enestående datamateriale, både for tilbakemelding til klinikene og som forskningsgrunnlag.

Det er et tankekors når det gjelder å vurdere fyllingskvalitet at mange funn er gjort i kontrollerte studier, med spesielt interessert personell, mens resultene kan være annerledes i den daglige allmenmpraksisen. Spørsmålet er hva som påvirker fyllingskvaliteten: Operatøren, materialet, pasienten? Det finnes godt dokumenterte fyllinger som er velfungerende etter 25 år, utført med «museumsmaterialer». Det kan tyde på at materialfaktoren er overvurdert i forhold til operatør- og pasientfaktorer.

Jacobsen liker å stille kritiske spørsmål, for eksempel om stivningskrympning faktisk er en klinisk viktig materialegenskap. Fører spalter til karies? Er indirekte kompositter bedre enn direkte? Tja. For bondingmaterialer har det dreid seg om antall flasker. Har det stor betydning i det store bildet? Hva med foringer og «sandwich-prosedyrer»? Operatøren må ta riktige beslutninger og bestemme hvor mye som skal bores, noe som varierer mye mellom ulike land.

Fyllinger svikter på grunn av karies eller frakturner, stort sett. Karies er en utfordring i begynnelsen og mot slutten av livet og levetiden for fyllinger kortest i disse aldersområdene. Fyllingsfrakturne forekommer mest midt i livet og følgelig er spørsmålet om reparasjoner et aktuelt tema.

Fyllinger er ikke kariesbehandling, man får ikke karies av komposittmanget, som Jacobsen retorisk uttrykte det.

### Reparasjon eller omgjøring?

Jon E. Dahl fra NIOM snakket om reparasjon versus omgjøring av fyllinger.

Det finnes lite systematiske data på dette, og den siste litteraturoversikten fra Cochrane-samarbeider konkluderer med at det ikke finnes gode nok studier. Men de studiene som tross alt finnes viser at reparasjon vil forlenge fyllingslevetiden.

Adhesivsystemer er nødvendige. Det er en rekke ulike på markedet nå, blant annet slike som inneholder monomeren MDP, som binder til kollagen og apatitt. Laboratorieforsøk på NIOM viser at man kan oppnå god binding til gammel kompositt hvis det brukes bindingsmidler, og silanmidler gir høyest bindingsstyrke. Reparasjon av nylagt kompositt gir generelt god binding.

Det generelle rådet er at reparasjoner er formålstjenlige når det er godt feste på restfyllingen, og når restfyllingen er større enn reparasjonsfyllingen. Ruing av den gamle fyllingen med diamant og gjerne noe ekstra mekanisk retensjon, silan og bindemiddel gir et godt resultat på reparasjonen.

Tekst og foto: Nils Roar Gjerdet

# Tannvernseminar 11. mars 2015

## God helse for alle – utfordringer og muligheter for tannhelsetjenesten

**Målgruppe:** Tannhelsepersonell, samarbeidspartnere og andre aktører i folkehelsearbeidet – i praksis og i administrasjon

**Sted:** Oslo Kongressenter Folkets Hus AS, Youngs gate 11, Oslo

**Tid:** Onsdag 11. mars 2015, kl. 0830 – 1630 – deretter minglestund

**Deltakeravgift:** Kr. 2500,-. Personlige medlemmer kr. 2250,-

**Påmelding:** Kun digital påmelding – se forsiden [www.tannvern.no](http://www.tannvern.no).

**Påmeldingsfrist:** 23. januar 2015. Begrenset plass – først til mølla...

«Norsk Tannvern skal bidra til god folkehelse ved å arbeide for at befolkningen har kunnskap, ferdigheter og holdninger som setter dem i stand til å opprettholde god oral helse hele livet.  
Norsk Tannvern skal medvirke til å synliggjøre tannhelse som en del av det totale helsebegrepet.»

Med Norsk Tannverns virksomhetsidé som utgangspunkt har vi utarbeidet et program som vi håper vil engasjere, vekke interesse og gi faglig inspirasjon.

Representanter fra helsemyndighetene vil gi oss oppdatering om **nytt lovverk og overordnede politiske føringer**.

Seminaret skal videreforsmidle erfaringer med **kommunal tannpleier i Elverum kommune**, en oppfølging etter tannvernseminaret i 2013.

**Fastlegens rolle i samarbeidet** med tannhelsetjenesten kan på mange områder styrkes, og vi får presentert en fastleges syn på dette samarbeidet.

Regjeringen har som mål et inkluderende samfunn der alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester. Tannhelsepersonell må ha kunnskap og kompetanse om hvordan vi skal legge til rette for en tjeneste som kan møte de utfordringer et flerkulturelt samfunn gir oss. NAKMI (Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse) har erfaring fra samarbeid med tannhelsetjenesten, og tema er **migrasjon og helse, kommunikasjon, kultur og brukermedvirkning**.

Seminaret vil vise eksempler fra tannhelse-tjenesten som har særlig innsats rettet mot minoritetsgrupper. Fra Oslo får vi høre om prosjektet **«Puss fra første tann»** og erfaringer fra **odontofobiteamet i Vestfold**.

En rekke dyktige foredragsholdere vil gi oss faglig påfyll og inspirasjon om hvordan tannhelsetjenesten skal være en integrert samarbeidspartner.



Årets seminarkomite har satt sammen et program Norsk Tannvern håper vil belyse mange av dagens og fremtidens utfordringer, sett i et folkehelse- og samhandlingsperspektiv, og på den måten bidra til motivasjon, involvering og mangfold. Fra venstre: Over-tannpleier Grete T. Brudeseth, tannpleier Eline Juel Bjørkevik (leder) og fylkestannlege Claes T. Næsheim. Foto er tatt av daglig leder i Norsk Tannvern, Bente Stuveseth som er komiteens sekretær.



Norsk Tannvern®  
[www.tannvern.no](http://www.tannvern.no)

Økonomisk støttet av:

Helsedirektoratet



Den norske  
tannlegeforening

# Kronisk orofacial smerte

Kronisk smerte er et betydelig helseproblem, og vi bruker mange ressurser på undersøkelse og behandling av dette, sa dosent, overtannlege Per Alstergren, Malmö, og professor Tore Bjørnland, Oslo. Smerter anses som kroniske når de har vart i mer enn tre måneder.

En svensk undersøkelse har vist at cirka 18 prosent av befolkningen har kroniske smerter av middels eller høy intensitet. For mange har tilstanden vart i årevis, snitt på syv år. Ulike studier har rapportert at mellom syv og tolv prosent av befolkningen har kroniske orofaciale smerter. Kvinner mellom 30 og 60 år er overrepresentert. Typisk er at de har vært hos mange behandlerer uten at plagene er vesentlig redusert. Mange med orofaciale smerter har også kroniske smerter andre steder på kroppen.

Målet med terapi for kroniske smerterpasienter er å redusere smerteintensiteten mer enn å fjerne smerten helt. Det kan være nyttig å kombinere ulike behandlinger som farmaka, avlastning (bittskinne), motorisk aktivering og



Per Alstergren (t.v.) og Tore Bjørnland samarbeidet om forelesningen om kronisk smerte. Målet med behandlingen er oftere å redusere smerten enn å fjerne den helt. Foto: Kristin Aksnes

sensorisk aktivering. Atferdsendring kan også inngå, pasienter med negative tanker (katastrofiering) plages mer av smerte enn pasienter som aktivt forsøker å styre smerten. Man skal være tilbakeholden med å gjøre invasiv terapi,

selv om pasienten mener at en tann eller restaurering er opphavet til smerten.

Jon E. Dahl

# INTEGO. PERFORMANCE YOU CAN RELY ON.

INTEGO er rett og slett den beste uniten i sin klasse. Ergonomisk design kombinerer perfekt utseende og funksjonalitet. Overlegen tysk kvalitet som ikke bare tilfredsstiller alle krav – den imponerer. To utgaver, INTEGO og INTEGO pro, konfigureres fleksibelt for å imøtekomme nettopp dine ønsker. Om du velger over- eller underhengende instrumenter, alle valg gir deg optimal ytelse til en fornuftig pris. **Enjoy every day. With Sirona.**



[SIRONA.COM/INTEGO](http://SIRONA.COM/INTEGO)

**JD** JACOBSEN  
DENTAL AS

The Dental Company

**sirona.**

# Oral medisin

Munnhulen er den mest interessante av alle kroppshuler, mente to svært erfarte oralmedisiner, Stephen Challacombe fra King's College London – Guy's Hospital og Morten Schiødt fra Rigshospitalet i København. Temaene var blant annet sår, hevelser («lumps and bumps»), hvite flekker i slimhinnene og munntørhet.

**D**et er over 40 ulike typer orale sår-dannelser, og det er en tendens til å feilaktig å kalte de aftøse; aftøs stomatitt er en spesifikk diagnose. Lesjonene kan grovinndeles i slike som kommer igjen med mellomrom. De er oftest godartede. De bestående lesjonene kan gjenspeile systemisk sykdom, slik som pemfigus, pemfigoid, Crohns sykdom og andre autoimmune tilstander. Enkeltstående, men forbigående sår kan være av infektøs årsak eller reaksjoner på for eksempel medikamenter. Enkeltstående lesjoner som er bestående skal anses som maligne inntil noe annet er godt gjort.

## To speil – og hjernen!

Schiødt anbefalte å bruke to speil for å strekke ut munnslimhinnene, og så engasjere hjernen. Da har man gode forutsetninger for å diagnostisere hvite lesjoner – leukoplakier. Leukoplakiene er ikke-avskrapbare, oftest hvitlige lesjoner. Røyking og alkohol er risikofaktorer for lesjonene, som har noe forhøyet tendens til malign utvikling. Det er differensialdiagnostiske utfordringer, for eksempel lichen planus. Områ-



Stephen Challacombe (til venstre) fra King's College London – Guy's Hospital og Morten Schiødt (til høyre) fra Rigshospitalet i København sammen med sesjonslederen Elin Hadler-Olsen.

der som er inhomogene, med hevelse eller innsynkning og med smerte skal gi mistanke om malignitet.

## Munntørhet

Saliva er et superstoff med mange viktige funksjoner. Xerostomi er et symptom som inkluderer den subjektive oppfatningen av en tørr munn selv om det ikke er hypofunksjoner. Munntørhet kan spenne fra mild til alvorlig der tungen virker som et sandpapir og slimhinnene for øvrig blir affisert. Saliva

kan endres i både mengde, konsistens og sammensetning ved flere systemiske tilstander, for eksempel Sjögrens syndrom. Også dehydrering kan være en faktor, spesielt hos eldre. Det er kjent at mange medikamenter, inkludert «recreational drugs» kan gi munntørhet.

På slutten av symposiet hadde foredragsholderne en oralmedisinsk bildequiz der de engasjerte både hverandre og publikum. Lærerikt.

Tekst og foto: Nils Roar Gjerdet

# Snus fra flere vinkler

Snus brukes av mange nordmenn etter hvert. Vet vi hvem snuserne er? Og hvor farlig er det å snuse? Er det ikke, tross alt, bedre at det snuses enn at det røykes? Hva sier de som har forsket på dette?

Til seansen om snus på NTFs landsmøte, fredag 17. oktober kom forskningsleder ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) Karl Erik Lund, førsteamanuensis Gunilla Andersson fra Malmö universitet og Liv Grøtvedt fra Folkehelseinstituttet.

Først ut var Karl Erik Lund. Han introduserte tre ulike perspektiver for risikovurdering: Det reduksjonistiske, det komparative og folkehelseperspektivet.

– Snus er ikke et risikofritt alternativ til sigarettene, men skadeforskjell mellom røyking og snusbruk er likevel meget stor, sa Lund. – Fordi flertallet av

snusbrukerne består av forhenværende røykere, røykere som forsøker å slutte eller trappe ned sigarettkonsumet og ungdom som ellers ville ha blitt røykere kan det tenkes at tilgjengeligheten til snus har en positiv nettoeffekt på folkehelsenivå. Hvordan vi betrakter snus – som et gode eller onde – avhenger av hvilket risikoperspektiv vi velger; et biokjemisk (reduksjonistisk), et sammenlignende (med sigarettter) eller et folkehelseperspektiv.

Fra det reduksjonistiske, det vil si det biokjemiske eller medisinske, perspektivet kom Lund med disse faktaopplysningene:

Snus inneholder karsinogener, men færre og i lavere koncentrasjoner enn før. Norsk snus har mindre karsinogener enn amerikansk snus. Amerikansk snus er påvist å kunne føre til svulstdannelser i intolerante dyr. Overføringsverdien fra disse studiene er usikker. Humandata viser at snus er assosiert med kreft i spiserør og pancreas, men observasjonstiden er kort og fun-

nene er inkonsistente. Hjerte-kar: ingen insidensøkning. Økt risiko for plutselig død blandt hjertesyke forsvinner ved kontroll for utdanning.

– I det komparative perspektiv er snus årsak til færre sykdommer enn røyking, det vil si at snusbruk har et smalere skadepanorama enn sigarett-røyking.

Snusbruk resulterer ikke i unike sykdommer som ikke også kan forekomme ved røyking. Ved sykdommer der både snusbruk og røyking kan være årsak gir snus lavere risiko. Det er også svakere avhengighet ved snusbruk enn ved røyking, sa Lund.

Helsedirektoratet vil at nikotintyggegummi eller -plaster eller reseptpliktige legemidler til røykeslutt skal brukes. Dersom pasienter har forsøkt disse metodene mener Helsedirektoratet at helsepersonell i individuelle tilfeller kan åpne for at pasientene prøver snus i stedet.

Lund fortalte også at det amerikanske Food and drug administration (US FDA) vurderer å gi snus status som skadereduserende middel – dersom det viser seg å være bra på individ- og samfunnsnivå.

I folkehelseperspektivet er snus avhengighetsskapende, inneholder kreftfremkallende stoffer og kan gi følgeskader.

Snus i forhold til sigarettter, er mindre avhengighetsskapende, inneholder langt færre kreftfremkallende stoffer i lavere koncentrasjoner og skadepanoramaet er smalere.

Majoriteten av snusbrukere er sammensatt av eksrøykere (37 prosent), dobbeltbrukere (40 prosent) og unge ikke-røykere med karakteristika som disponerer for røykestart (cirka 15 prosent). Minoriteten av snusbrukere er ungdom uten pre-disponerende trekk for røykestart (cirka åtte prosent). Gitt skadeforskjell 90 prosent og brukerkonfigurasjon har tilgjengeligheten til



Snusbruka øker i Norge. Alle snusbokser har advarsel om mulig helseskade.  
Foto: YAY Micro.

snus ført til en nettogevinst for folkehelsen

Følgeskadene som potensielt rammer den minoritet av snusbrukere som hadde forblitt tobakksfrie i snusens fravær er langt mindre enn helsegevinsten som kommer de mange transisjonistene til del.

Gitt skadeforskjell og brukerkonfigurasjon vil snus redde flere liv enn den eventuelt vil ta

Ja, tobakk er tobakk, avhengighet er avhengighet, all nikotin kommer fra tobaksplanten – og tobakksindustrien står bak.

Ulikheter i skadepotensial er lite reflektert i norsk avgiftsprofil og i regler for markedsadgang samt regler for bruksadgang. Hvor mye større ville overgangen fra røyk til snus vært dersom tobakksavgiften hadde reflektert skadepotensial og helseinformasjonen hadde korrigert misoppfatningene?

Visjonen om det tobakksfrie samfunn kan paradoksalt nok stå i veien for å redusere tobakksrelatert dødelighet, sa Lund avslutningsvis.

### Hjem bruker snus og hvor farlig er det?

Neste kvinne ut var Liv Grøtvedt fra Folkehelseinstituttet. Hun viste at mens daglig røyking går ned, går snusbruken opp – for alle mellom 16 og 74 år. I 2013 er det totalt sett 15 prosent menn og 14 prosent kvinner som røyker, mens 14 prosent menn og fire prosent kvinner snuser daglig.

For aldersgruppen 16–24 år er det åtte prosent menn og seks prosent kvinner som røyker daglig, mens 27 prosent menn og 14 prosent kvinner snuser daglig. Daglig røyking og daglig snusing har sammenheng med opplevd familieøkonomi. En opplevelse av dårlig råd hele tiden fører til daglig tobakksbruk for langt flere enn for dem



Porsjonssnus gjør mindre skade enn løs snus. Foto: YAY Micro.

som har en mer positiv opplevelse av familieøkonomien.

Grøtvedt viste til en ny norsk undersøkelse som sier at 40 prosent angør på at de er begynt med snus og at 55 prosent sier de ville være en bedre rollemodell uten snus. Hun viste til publiserte artikler som sier at det er like vanskelig å slutte med snus som å slutte å røyke og at det er mange som bruker både sigaretter og snus, noe som kan gi større avhengighet. Dessuten viser museforsøk og epidemiologiske studier at nikotin fungerer som et gateway-stoff for kokain.

Grøtvedt sa at det er ikke tvil om at snusbruk er mye mindre skadelig enn røyking. Men nikotin er sterkt avhengighetsskapende. Snusbruk virker dessuten inn på blodtrykk og puls. Det er ikke påvist at snus gir økt risiko for hjerte-karsykdom. Det er holdepunkter for at snusbruk kan gi større dødelighet for dem som får en hjertesykdom.

Snus inneholder ulike kreftfremkalende stoffer, mest tobakksspesifikke nitrosaminer.

Snusepidemien i Norge er på et tidlig stadium. Vi kan ikke vite om dagens snusbruk vil virke inn på antall krefttilfeller i fremtiden, siden kreft utvikler seg overlang tid.

Det er ikke tall på snusbruk blant gravide i Norge. I Sverige viser studier at risikoen for dødfødsel dobles ved snusbruk. Risiko både for vekstretardasjon og for tidlig fødsel øker med 30–40 prosent.

Selv om hver enkelt snusbruker har en liten risiko for sykdom, kan snusbruk likevel øke sykeligheten på befolkningsnivå, avsluttet Liv Grøtvedt.

### Porsjonssnus gir langt mindre skade enn løs snus

Gunilla Andersson fra Malmö Universitet snakket om slimhinneforandringer hos snusbrukere og var opptatt av at norske snusbrukere må bli klar over at porsjonssnus gir mindre klinisk skade enn løs snus. Hvis snuseren bytter på hvor i munnen snusen plasseres vil dette også kunne gjøre skaden mindre. Videre må snusbrukere rådes til ikke å snuse hele døgnet, slik de oftest gjør. Seks-åtte timer i døgnet er maks. Hvis det forekommer retraksjoner gingivalt er rådet: Slutt å snuse!

Blottlagte tannhalser er vanligere hos løssnusere enn hos porsjonssnusere og er en irreversibel forandring. Den kliniske skaden i munnslimhinnen som følge av snusing er for øvrig reversibel, hvis snusing opphører.

Andersson viste videre til en undersøkelse som sier at nikotin er en av de substanser i snus som har en biologisk effekt på munnslimhinnen, og det er også sannsynlig at det finnes en synergieffekt mellom pH-verdi og nikotinkonsentrasjonen i snus.

Ellen Beate Dyvi

# Alt inkludert – ingen overraskelser.

# Fri+



Gjør bedriftens mobilbruk enkel og oversiktlig! I de nye bedriftsabonnementene Fri+ får du med fri **tale**, fri **SMS**, **SikkerMobil** og **Velkomstmeny**. Det eneste du må velge er hvor **mye data** du vil ha inkludert. SikkerMobil gjør det mulig å sperre og slette sensitivt innhold på mobilen etter at den har blitt borte, og Velkomstmeny gjør det enkelt å besvare kunder også etter at sentralbordet er stengt.

**Bestill Fri+ i dag på 09000, telenor.no/bedrift eller besøk en Telenor-forhandler.**



**Jobb smartere.**  
Bedre opplevelser.

**telenor**

The Telenor company logo, featuring a blue, abstract, three-lobed 't' shape followed by the word 'telenor' in a lowercase sans-serif font.

NTFs informasjonsmøte 2014:

# Meningsfylt møte med medlemmene

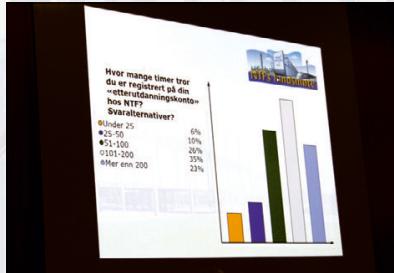
Landsmøtets informasjonsmøte var denne gangen tilrettelagt for å få medlemmene i direkte tale. NTFs kommunikasjonssjef Morten H. Rolstad var møteleder, og deltagerne kunne både svare på påstander og stille egne spørsmål ved hjelp av egen mobiltelefon om tre aktuelle tema: Obligatorisk etterutdanning, «useriøse behandlere» og «billigtannleger» og nettportaler av typen «Hvakostertannlegen» og «Tannlegelisten».

## Obligatorisk etterutdanning: Hvordan utvikler vi ordningen?

NTFs president Camilla Hansen Steinum innledet om bakgrunnen for at foreningen valgte å etablere ordningen med obligatorisk etterutdanning. Hun viste til erfaringene fra den første femårsperioden, som løper fram til 1. januar 2017. I løpet av denne tiden må alle systemdelene utvikles ferdig og ordningen implementeres gjennomgående, slik at den omfatter alle medlemmene. NTF står overfor flere utfordringer og nødvendige veivalg, blant annet om registreringsordningen, bruken av timer kontra poeng, kriterier for godkjennning av kurs, pålegg om obligatoriske tema/kurs og selvsagt oppfølging og eventuelle reaksjonsmuligheter overfor dem som ikke følger opp.

40 prosent av de yrkesaktive medlemmene hadde per 1. oktober registrert mer enn 100 timer, 13 prosent mer enn 200 timer. 17 prosent står oppført uten registrerte timer, mot 26 prosent for et år siden. Det går altså framover!

– Fortsatt tror vi at det er en god del underrapportering i forhold til den reelle aktiviteten hos den enkelte, fastslø NTFs utdanningssjef Øyvind Asmyhr, som sammen med fagnemndens leder Berit Øra bistod presidenten med å kommentere et antall forberedte påstander og svare på spørsmål fra salen.



Deltakerne på NTFs informasjonsmøte svarte på spørsmål underveis. Her ser vi hva de trodde om status på egen etterutdanningskonto.

De mente begge at NTF kan være fornøyd med resultatene så langt, men at det nå er nødvendig blant annet å få konkretisert hvilke reaksjoner de som ikke følger opp timekravet, kan vente seg fra NTF.

Deltakerne fikk anledning til å mene noe om et antall forberedte spørsmål og påstander:

– Har du selv vært inne og registrert etterutdanningstimer på NTFs nettsted? 88,6 % sier Ja, 10,1 % Nei. 1,3 % svarer at de ikke husker!

– Hvor mange timer tror du er registrert på din «etterutdanningskonto» hos NTF?

57,3 % mer enn 100 og 5,6 % under 25 timer – salen lå altså langt over gjennomsnittet!

– Obligatorisk etterutdanning er et virkemiddel som bidrar til god pasientsikkerhet.

67,6 % helt eller nesten helt enig; bare 7,1 % nesten helt eller helt uenig.

– Hvilke av disse reaksjonsmulighetene synes du er relevante?

– Pålegg om å fylle opp timekvoten med angitt tidsfrist – 40 %

– Advarsel fra NTF – 25 %

– Offentliggjøring av liste over dem som oppfyller/ikke oppfyller timekravet – 20 %

– Økonomiske sanksjoner – 8 %

– Eksklusjon fra NTF – 8 %

## «Useriøse behandlere» og «billigtannleger» – hva er problemet?

I de siste årene har det dukket opp flere eksempler på konsepter, virksomheter og behandlere som etter NTFs oppfatning beveger seg på grensen av det som er forsvarlig tannlegevirksomhet, og som dermed setter pasientsikkerheten på spill. Hvorfor er dette et problem – og for hvem?

Leder av Sentralt næringsutvalg og hovedstyremedlem Gunnar Amundsen poengterte at eksempler på det NTF mener er «useriøse behandlere», flere

## Obligatorisk etterutdanning: Innkommne spørsmål og kommentarer

- Er det ingen krav om etterutdanning fra norske myndigheter?
- Teller bare kurstimer arrangert av NTF eller lokal forening?
- Hvilke kriterier har NTF for å tildele godkjente kurstimer? I Norge, i utlandet?
- Bør man kvalitetssikre kurs som skal gi godkjente timer?
- Mange kurs NTF arrangerer er i nært samarbeid med leverandører. Hvorfor teller da ikke kurs arrangert av (de samme) leverandører fullt ut?
- Det er jo til en viss grad å straffe tannlegene når det trekkes timer fra et ellers godt kurs pga. markedsføringsgevinst.
- Er det noen kontroll av at man faktisk har vært til stede, f.eks. på Landsmøtet, før timene godskrives?
- Må vi ha sanksjoner?
- Kan vi akseptere at 6–700 tannleger aldri går på kurs?



Lars Haakon Søraas fra Legelisten.no fortalte at antall besøkende på netportalen der pasienter kan gi sin vurdering av leger og tannleger øker. Foto: Tonje Camacho.

ganger er tatt opp med myndighetene. Det er registrert at personer helt uten helsefaglig bakgrunn inviterer «pasienter» til konsultasjon på hotellrom for videreformidling til behandlingstilbud i utlandet, tannteknikere som tilbyr behandling direkte på pasient og markedsføring av behandlerkompetanse som i beste fall er omstridt. Svarene NTF så langt har fått fra myndighetshold, tyder på at ikke alle tar disse sakene like seriøst.

Men det finnes også hederlige unntak. Et innslag på NRK1 Kveldsnytt 22. september omhandlet en såkalt «billig-klinik» i Moss, der det, etter at tilsvyns-myndigheten hadde vært på besøk, blant annet ble påpekt at kravene til språklig kompetanse ikke så ut til å være oppfylt. I innslaget understreket NTFs president hvor viktig det er at journaler skal skrives på norsk, alternativt et annet skandinavisk språk. Den som er ansvarlig for helsehjelten som ytes, må kunne lese og forstå det som står i journalen. Brytes dette prinsippet, settes pasientsikkerheten i fare.

– Hvordan skal foreningen håndtere slike saker i fremtiden, spurte Amundsen og konkluderte selv:

NTF skal fortsette å være vaktbikkje på vegne av både pasientene og tannlegestanden. Hvis NTF mener det forelig-

ger brudd på lov, forskrift eller annet regelverk, skal foreningen melde fra og følge opp overfor både dem det gjelder og offentlige myndigheter. De skal ikke få fred!

### Netportaler – til glede og fortvilelse

Forbrukerrådets prisportal [www.hvakostertannlegen.no](http://www.hvakostertannlegen.no) og den private portalen [www.legelisten.no](http://www.legelisten.no) med egen del for tannleger er nye elementer i tannlegenes hverdag. Hva er argumentene for og imot slike portaler, og hvordan oppleves de av tannlegene?

NTFs visepresident Arnt Einar Andersen konsegnerte seg om «Tannlegelisten», ikke minst fordi en av gründerne bak denne portalen var til stede. Han spurte retorisk om hvilken verdi de vurderingene som

pasientene selv gir av tannlegene, egentlig har. Er det realistisk å tro at man kan innhente informasjon før innkjøp av helsetjenester, slik man gjør hvis man skal kjøpe ny bil eller bygge hus? Hvilken informasjon kan Tannlegelisten gi pasientene? Og hva er egentlig en «god» tannlege, undret Andersen?

Pasientvurderinger vil alltid være subjektive. Det pasienten kan vurdere, er egen opplevelse og erfaring – service og tilgjengelighet, vondt/ikke vondt, personkjemi, egenskaper ved menneskene (= tannlegene). Objektive vurderinger er det straks verre med. Den faglige kvaliteten på en behandling er det ikke mulig for pasienten å vurdere. Priser kan sammenliknes, men bare der som de gjelder akkurat samme produkt, tjeneste eller behandling. Og for å kunne si noe sikkert om kostnader må

man også se på diagnostisk kvalitet og behandlingsvalg, varighet og prognose. Her er dokumentert kunnskap manglavare, og pasienten har liten mulighet til å vurdere de kvalitetsmessige aspektene. Da står vi igjen med liker eller liker ikke tannlegen.

Andersens konkluderte med at den informasjonen som netportalen kan tilby brukerne, er av typen «tror og føler», og siden det verken finnes kvalitetskriterier eller -indikatorer, må verdien sies å være svært liten. Dette understrekkes av det lave antallet pasientvurderinger som faktisk er publisert. Kommentarene er i hovedsak positive, men de har liten relevans både på grunn av det subjektive elementet og fordi de savner enhver statistisk signifikans!

Lars Haakon Søraas fra Legelisten.no fortalte at etableringen av denne nettportalen hadde sitt utspring i en vurdering av at tilsvarende løsninger som da eksisterte, var altfor dårlige for forbrukerne. Legelisten.no har hatt en økning i gjennomsnittlig besøk per måned fra 87 000 i 2012 til 121 000 så langt i 2014. De har hatt over 3 millioner besøk siden oppstarten. 80 prosent av vurderingene som er publisert på Legelisten.no er positive.

– Vi bruker mye tid og ressurser på å moderere innhold og kvalitetssikre data, sa Søraas. Men han hadde ingen planer om å reversere muligheten til å publisere anonyme innlegg, og han advarte samtidig mot å fabrikkere innlegg. Derimot fortalte Søraas at det jobbes med en løsning for at behandler skal kunne få «tilsvarsrett» på kommentarer om dem. Konfidensialitet og taushetsplikt er problemstillinger som da må ivaretas.

Avslutningsvis ga Søraas noen tips om hvordan man som tannlege bør forholde seg til Legelisten.no:

1. Vær en god tannlege.
2. Oppfordre pasienter til å skrive vurderinger.
3. Ta kontakt med oss.

Morten Rolstad  
Informasjonssjef i NTF

### Har du noen gang sjekket hva som står om deg selv?

- Ja, på legelisten.no/tannleger – 25,5 %
- Ja, på hvakostertannlegen.no – 12,7 %
- Ja, på begge – 40,0 %
- Nei – 21,8 %

SUNSTAR



PAROEX®

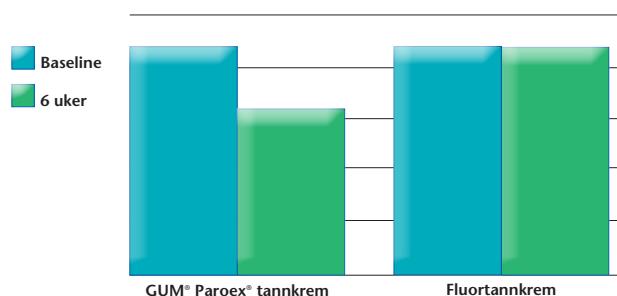
KJØPES PÅ DITT DEPO!

## Har dine pasienter tannkjøttbetennelse?

Å skifte tannkrem er en god start!

**GUM® Paroex 0,06 CHX tannkrem er den første antiseptisk tannkrem for langvarig bruk!**

**Klinisk bevist effektiv mot tannkjøttsykdom\***



I en nylig gjennomført studie med gingivitpasienter, fikk en gruppe pusset tennene med GUM® Paroex® 0,06% tannkrem med 1450 ppm fluor i 6 uker, og en annen gruppe fikk pusset tennene med vanlig fluortannkrem (1450 ppm).

### RESULTAT:

**Effekt:** Etter 6 uker fant man en **signifikant gingivitt reduksjon (31%)** hos pasienter som pusset tennene med GUM® Paroex® tannkrem. I den andre gruppen kunne man ikke se noe forskjell i gingivitt hos pasientene som brukte vanlig fluortannkrem.

**Bivirkninger:** Ingen av pasientene i gruppene rapporterte om bivirkninger på misfarging av tenner eller smak.

\* "Klorhexidin i lavdose - Et effektiv til daglig munnhygien? doc Per Ramberg, Sahlgrenska Akademien, Göteborg universitet, Publ. i TandhygienistTidning nr 4.13

## GUM® Paroex® 0,06% CHX TANNKREM

- God smak
- Inneholder både **klorhexidin, CPC** og **Fluor** (1450 ppm)
- **Dobbeltvirkende antibakteriell effekt** og kan brukes daglig over en lengre tid for de som trenger mer enn en vanlig tannkrem
- Pasienter bør børste tennene med **GUM® Paroex® 0,06% tannkrem** morgen og kveld, akkurat som med en vanlig tannkrem

**For pasienter som trenger  
mer enn en vanlig tannkrem!**



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

Nordental 2014:

## Solid gjenganger

Den store utstillingen på NTFs landsmøter er for mange minst like viktig som fagprogrammet. Nordental viser oss hva dentalbransjen til enhver tid har å by på av så vel gode og velkjente klassikere som spennende nyheter – store og små. I tillegg fungerer Nordental som en viktig og hyggelig sosial arena undre våre landsmøter.

Dentalbransjen hadde også i år laget en flott utstilling. Den var oversiktlig og med god plass til å røre seg. Mange bød også på litt å bite i eller noe å drikke.

Nordental 2014 var laget over samme leit som tidligere, og det var vanskelig å se noen spesielle trender. Utviklingen på røntgensiden er rask og meget interessant og nye produkter med fantastiske muligheter dukker opp hele tiden.

Mange av produktene har en, for oss kjøpere, gunstig prisutvikling. Og, som for røntgen, er det selvsagt digitalisering av alle mulige produkttyper som dominerer. Utviklingen går fort, og det er ikke alltid lett å vite om man skal kjøpe nå eller vente på neste generasjon av et produkt.



**NOR  
DENTAL**  
**2014**



Technomedics Norge viste frem TotalFill, et biokeramisk rotreparasjonsmateriale. Materialet hevdes å ha suverene håndteringsegenskaper og skal være meget enkelt å bruke. Kanskje verd å prøve? I tillegg viste de frem sin flotte lupebrillekolleksjon. Dette er kvalitetsbriller som trygt kan anbefales.



DNB presenterte sine tilbud, og selv om avtalen med Akademikerne og dermed NTF opphører ved årsskiftet, mener DNB at de har tilbud som bør vurderes.



Saga Consult er nok kjent for mange. De har spesialisert seg på rådgivingstjenester for norske tannleger og sitter på betydelig kompetanse i alt som har med økonomi å gjøre. I tillegg leverer de bedriftshelsejeneste slik at Arbeidstilsynet ikke lager unødig problemer.



Praxis leverer arbeidstøy og fottøy til bruk på tannklinikken av høy kvalitet. Stort utvalg i farger og modeller. Her er noe for enhver smak.



TSA har agentur på alle mulig produkter for god munhygiene. Produktene kommer fra TePe i Sverige. Et stort og meget interessant produktutvalg. Be om katalog! Interdentalbørstene fra TePe bør i alle fall absolutt vurderes.



HealthWorkers viste frem sin kolleksjon av arbeidstøy for tannhelsepersonell. Også her var det mye fint å se, og kvaliteten så bra ut.



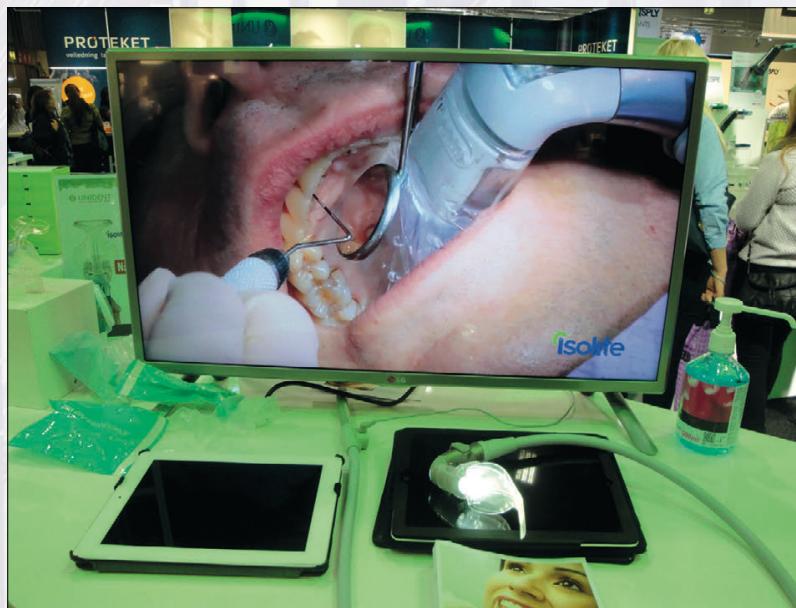
3M presenterte sin Filtek Bulk Fill Posterior. Alle produsenter med respekt for seg selv leverer i dag bulkfillmaterialer. Så nå er det mye å velge mellom. 3Ms nye materiale har undertegnede hatt gleden av å prøve noen måneder, og dette er et meget håndterbart og samarbeidsvillig materiale.

XO har alltid en av Nordentals flotteste stands. I år gikk ikke alt etter planen og ved messeåpningen var standen en byggeplass. XO ble sviktet av dem som skulle sette opp standen – men det tok ikke lang tid før alt var på plass og den flotte, spesielle standen var på plass.



Listerine hadde som vanlig en stor og oversiktig stand. Verdens mest brukte munnskyllemiddel kommer stadig med nye varianter. Den nye Listerine Professional leveres kun på apotek og mange kliniske tester dokumenterer god effekt mot gingivitt. Listerine Professional Gum Therapy skal redusere kolonisering av plakk.





Unident hadde kanskje Nordentals flotteste stand. De viste frem Isolite-systems som er en spyttsuger med tungeholder og LED-lys. Den gir et utrolig oversiktig arbeidsfelt med en belysning man før bare kunne drømme om. Dette er et produkt som bør sees og prøves – det vil lette hverdagen for mange.



Plandent, (tidligere Norsk Dental Depot) hadde som vanlig en stor og innholdsrik stand.

Jacobsen Dental hadde som vanlig en stor og oversiktig stand med mye interessant. Skanning og digital fremstilling av kroner og broer er et område i utrolig rask utvikling. Det som for et år siden var utenkelig er i dag realitet. Så vel i tradisjonell kroneterapi som i produksjonen av kroner og broer på implantater er i dag mulighetene helt fantastiske og mye tyder vel på at tradisjonell tannteknikk slik vi kjenner den i dag etter hvert vil fases mer eller mindre ut. Jacobsen Dental har betydelig kompetanse på dette området.



Durr Dental er leverandør av kvalitetsprodukter i segmentet sugemotorer og kompressorer. Men også andre produkter kan være av interesse. Den nye Vector Paro er en ny generasjon ultralydapparater til bruk i periobehandling. Ved lineær omdirivering av svingningene får arbeidsspissen en bevegelse som gir bedre berøringsfølsomhet. En interessant nyhet.



Actavis var på plass med sitt etterhvert store utvalg av Flux-produkter. Actavis har lyttet til tannlegene og målrettet laget produkter som vi trenger i profylaksen.



Unident viste også frem sin Waterlase – en laser fra Biolase. Dette er en universallaser med anvendelsesområder fra endo, perio, implantologi og restorativ behandling. Dette er et produkt som nok vil få større og større utbredelse når man får øynene opp for mulighetene som laser gir oss.



Zeiss hadde en flott stand hvor de viste et utvalg av sine kvalitetsprodukter. Lupebriller og mikroskoper. For å kunne gjøre kvalifisert diagnostikk og behandling blir vi mer og mer avhengig av denne typen hjelpemidler. Prisen på mikroskoper er etter hvert til å leve med og det er jo interessant at Zeiss har solgt ca. 250 mikroskoper i Norge de siste 5 årene. Og at det ikke bare er endodontister som ser verdien av denne typen hjelpemidler – flere og flere av kjøperne er allmenntannleger.



Det var mange interessante produkter, og i tråd med fokuset på stikkskader presenterte man Pludent Ultra Safe pluss. Dette er et system for avhenging av brukte kanyler og skalpellblader.



Dental Sør viste frem «Norges-uniten»,- Hekas bestselger i Norge – pyntet for anledningen i norske farger. Hekas uniter er vel kjent for sin kvalitet og driftssikkerhet – noe det store antallet solgte uniter viser. Dental Sør viste også frem KaVos Mastersurge. Et supert hjelpe middel, særlig i implantologien, med ti programmer og trådløs fotkontroll.



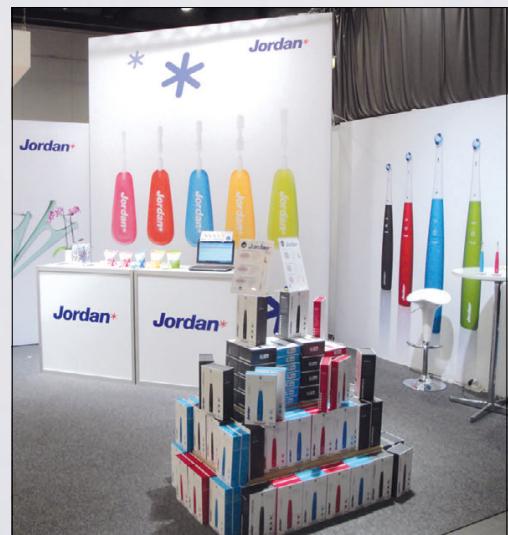
3M viste også sin nye engangs avtrykkskjæ i plast, med en lang rekke fine detaljer som for eksempel gir eliminasjon av adhesiv, gode retensionselementer og redusert brekningsfare.



ErgoFinger var en liten smart sak der spytsugeren ble montert på en liten fingerholder. Tanken er frigjøring av hender (og fingre) under arbeidet i munnen. Ideen er nok god, men det er vel litt usikkert hvor bekvemt det er å ha suget festet til hånden når man arbeider(?)



Opus er en tung aktør på IT-siden. Stadig i front på nye løsninger og nå først ute med godkjente e-løsninger for sending av henvisninger, epikriser, sykmeldinger etc. Bildet viser peptalk påstanden før en ny dag på Nordental



Jordan vet hvordan. Og på sin fine stand viste de frem en del av sine produkter. Deres nye elektriske tannbørste Clean Premium + er en interessant nyhet fra en leverandør med stor kompetanse på tannbørster. Prøvet og kan anbefales!



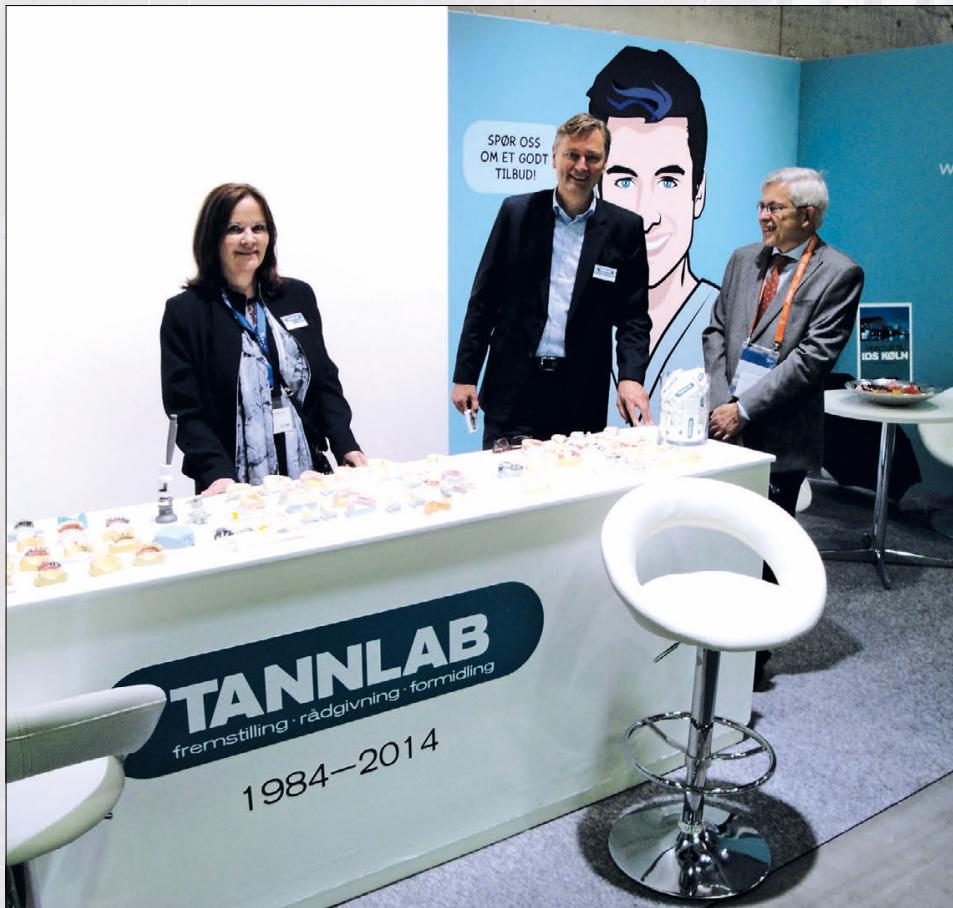
Osstem er en aktiv aktør på leveranser til implantologimarkedet. De er 6. Størst i verden og produserer 1,5 mill implantater årlig og kan definitivt konkurrere på pris. Osstem markerte seg allerede på parkeringsplassen utenfor messeområdet.



Tonne Dental viste frem sin unit FIMNET neo. En lekker sak med alt man kan ønske seg at muligheter. Vel verd en vurdering.



DentalSpar i Drammen er i stadig vekst. DentalSpar har nå blitt agent for Tysklands nest største depotkjede, Pluradent, og kan nå med to dagers leveringstid levere fra et assortiment på 14 000 artikler. Prisene er åpenbart konkurransedyktige.



Tannlab er et av Oslos kvalitetslaboratorier med solid kompetanse. De var selvsagt på Nordental med sine produkter – her besøkt av direktør J.E.Dahl fra Niom.

- Er det i dag noen grunn til å benytte begrepet hygienetakst?
- Skal ikke alt vårt utstyr være rent samme hva?

Etisk råd hadde som vanlig en godt besøkt stand der problemer kunne diskuteres med kompetente rådgivere. Det er viktig at Etisk råd er på plass. Etikken er og blir en tilbakevendende utfordring, men NTF tar dette alvorlig og mye gjøres for å sørge for at norske tannleger kan beholde sitt gode rykte i befolkningen.



Acerys er en polsk produsent av lekre innredninger til tannklinikker. De hadde en liten stand, men det var liten tvil om at dette er flotte produkter til meget konkurransedyktige priser. Vel verd en titt for den som skal innrede eller fornye på tannklinikken.

Nordental er en fin arena for informasjon om produkter, og en hyggelig arena for sosial mingling. Uten Nordental ville landsmøtene mangle en av sine virkelige bærebjelker. Takk til dentalbransjen for enda en fin landsmøteutstilling.

Tekst og foto: Kjetil Reppen

**NOR  
DENTAL**  
**2014**

# Riksstämmman feirer 50 år

Odontologisk Riksstämma, svenskenes landsmøte, feiret 50-årsjubileum på Stockholmsmässan i Älvsjö utenfor Stockholm 13.-15. november. Siden starten i 1964 har Riksstämmman fungert som svenskenes store møteplass og kunnskapsformidler innen odontologisk vitenskap og klinik.

**T**ema for årets Riksstämma var «Så här gör vi – State of the art inom svensk tandvård 2014». Programmet var komponert med tanke på at deltakerne skulle få den mest oppdatterte og beste tilgjengelige kunnskapen om diagnostikk og behandling.

Programmet rettet videre oppmerksomheten mot ulike pasientmøter, og var grovt tematisert i sekvenser om møter med og behandling av henholdsvis barn, voksne og eldre. Rundt disse

symposiene var det også spesifikke foredrag som skulle gi økt forståelse av ulike områder å forstype seg i, som eksempelvis behandling av torturofre.

## Størst i Norden

Sammen med utstillingen Swedental er Odontologisk Riksstämma den største kompetanseutviklingsaktiviteten innen tannhelse i Sverige. Arrangementet er årlig og finner sted vekselvis i Stockholm og Göteborg, og oftest i Stockholm.

Swedental, som er Nordentals svenske storebror, anses å være Nordens viktigste dentale fagmesse. Utstillingen trekker cirka 13 000 besøkende. At besøkstallet på Swedental blir så høyt som 13 000 kan ha sammenheng med at det ikke koster noe å komme inn på den svenske utstillingen.



Kristin Klock fra Universitetet i Bergen og NTFs fagnemnd var på Odontologiska Riksstämmman i Stokholm og ble inspirert av svenskenes måte å organisere sitt store stevne på.



Det svenska Tandläkarförbundet satser på en stor stand på Riksstämmman, med avdelinger for foreningens ulike satsingsområder. Ikke ulikt NTFs stand på NTFs landsmøte.

## Nordmenn drar også til

### Riksstämmman

Hvor mange nordmenn som besøkte Riksstämmman og Swedental i år kunne arrangørens system ikke gi opplysnin- ger om, men blant utstillerne på Swedental var det registrert ett norsk selskap; Labrida AS, med produktet LABRIDA BioClean, som var blant kandidatene til Årets nyhet på Swedentals Nyhetstorg. Samtidig var det mange norske fjes å se blant utstillerne på Swedental. Også blant foredragsholderne i fagprogrammet var det flere norske navn. NTFs utdanningssjef og fagnemnd var også på plass for å hente inspirasjon og ideer som kan komme NTFs medlemmer til gode.

## Overskuddet går til forskning

Riksstämmman arrangeres av Svenska Tandläkare-Sällskapet, som støtter odontologisk vitenskap og forskning. Stiftelsen arbeider for Tandläkarförbundets medlemmer gjennom å blant



*Professor Per Axelsson har ikke gått glipp av en eneste Riksstämma siden den første ble arrangert for femti år siden. Det ble han til sin overraskelse tildelt en blomst for da han møtte opp til et foredrag fredag ettermiddag.*



*13 000 besøkende regnet de med på den 50. Odontologiska Riksstämmman i Stockholm 13.-15. november 2014.*

annet dele ut stipender til forskere, og arrangere den årlige riksstämmman. Det økonomiske overskuddet av Riksstämmman går tilbake til den svenska tannhelsetjenesten i form av forskningsstipender. Under åpningen av Riksstämmman 13. november fikk Tord Berglundh Skandinaviska Tandläkareföreningens Bensowpris, Peter Lingström fikk Forssbergs Dentals pris og prisen «Bästa avhandling» gikk till Daniel Nebel.

#### Svensk tannhelse

Drøye 70 prosent av den voksne befolkningen i Sverige anses å ha en god tannhelse. Karies hos barn og unge er betydelig forbedret de siste 30 årene og i dag er 96 prosent av landets treåringer og 65 prosent av 12-åringene kariesfrie. Samtidig er forekomsten av karies og periodontitt i befolkningen fortsatt stor, heter det i en pressemelding i forbindelse med Riksstämmman. I årene

2011–2012 ble 27 prosent av den voksne befolkningen behandlet for karies og 15 prosent for periodontitt.

*Tekst og foto:  
Ellen Beate Dyvi*

## Gode verktøy

Fylkestannlegenes arbeidsutvalg med Norsk Tannvern på laget arrangerer folkehelsenettverkskonferansen hvert annet år. Titelen Gode verktøy fungerte godt for et bredt sammensatt program fordelt på undertilene: Hvor er de som trenger oss mest, Ulikehet i helse – oversiktarbeidet, Fokus på samspill, samarbeid og samhandling: Hva er gjort og hvordan fikk de det til?, Reisen til Helseland og Hva fremmer og hva hemmer helse?

**F**oredragsholdere fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, fylkeskommuner, kommuner og kompetansesentre fra nord til sør bidro alle med sitt, og viste at det finnes gode verktøy for mye – på både makro- og mikronivå. Det er verktøy for å føre statistikk og planlegge, for utforming av helsepolitikk og administrasjon av helsetjenester, på nasjonalt og mer lokalt nivå- og på individnivå; for eksempelvis røykeslutt og for det enkelte møte med pasienten på klinikken.



Tannlege, dr. odont og nestleder i FDIs vitenskapskomité Sam Selikowitz, avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet, dr. med. Else-Karin Grøholt og seniorrådgiver i Helsedirektoratet Hildur Cecilie Søhoel bidro ved Folkehelsenettverkskonferansen på Gardermoen.

FDI var også til stede og tok det til et internasjonalt nivå, og viste også at både i Norge og resten av verden er sykdommer forårsaket av tobakksbruk, usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet og skadelig bruk av alkohol en stor utfordring.

Her i landet skjer ett av tre dødsfall før 75-års alder og langt over halvparten av disse skyldes ikke-smittsomme sykdommer som deles i de fire gruppeiene: hjerte-kar-sykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes. Orale sykdommer har samme risikofaktorer som andre ikke-smittsomme sykdommer og tannhelsepersonell har gode forutsetninger og mulighet til å begrense ikke-smittsomme sykdommer. Slagordet er 'Fra dental isolasjon til integrasjon for helse.' Tannhelsetjenesten er en ubenyttet ressurs, hevdet Harry-Sam Selikowitz og understreket viktigheten av samarbeid med generell helsetjeneste.

### Det som nærer og det som tærer – om allostase og sykdomsutvikling

Den generelle helsetjenesten var til stede, ved lege og professor i medisinske afferdsfag ved NTNU, Linn Getz.

Hun understreket også den samme observasjonen, at kroppshelse og tannhelse ser ut til å dele kilder og trusler.

Samtidig innfører hun begrepet allostase som et godt verktøy. Allostase inviterer til helhetlig og dynamisk tenkning rundt problemer og muligheter.

– For å forstå komplekse helseproblemer må en tenke både biologi og biografi, altså både anatomi og fysiologi og personens livsbetingelser, relasjoner og historie, sa Getz, og fortsatte:

– Vi eksisterer i meningsmettede sammenhenger som preger vår kropp ned til dypet av fysiologien.

Linn Getz har publisert artikkelen «Menneskets biologi – mettet med erf-



Linn Getz er lege og professor ved Institutt for samfunnsmedisin, Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU. Getz har bred, klinisk erfaring fra allmennmedisin, psykiatri og arbeidsmedisin og forsvarte i 2006 en doktorgrad om forebyggende medisin og risikobegrepet. Hun er på vitenskapsteoretisk nivå interessert i den fremvoksende kunnskapen om hvordan menneskets biologi preges av livserfaringer. Foto: Hanne Stry pet, NTNU.

ring» publisert i Legetidsskriftet i 2011, og sier:

– De siste 15–20 årene har vi fått mye ny kunnskap, empirisk, naturvitenskapelig, som belyser sammenhengene mellom eksistensielle livsvilkår, mening og relasjoner, og biologisk skjeutvikling – risikofaktorer og sykdom. Disse sammenhengene innebærer en god del plastisitet og reversibilitet. Interessen for en persons liv fra tidlig barndom er et biologisk anliggende – og relasjonen pasient-lege (eller tannlege) kan legge et biologisk grunnlag, både for tilheling, men også for forverring. Terapi er altså mer enn intervensjonen, jfr. placebobegrepet.

Så ikke tro at det ikke betyr noe hvordan du behandler pasienten din. Og ikke tro at alt som har med pasientens sykdom å gjøre, som ved første øyekast kanskje kan se ut som et eget valg av dårlig livsstil å gjøre, er selv-forskyldt. Hvis du behandler med respekt kan du faktisk kanskje bidra til at noe reverseres og forandrer seg til det bedre for pasienten din.

Linn Getz hadde for øvrig lagt merke til at Tiril Willumsen hadde fått akademikerprisen for sin forskning på

behandling av torturofre. Med det førstoguru at allostasetankegangen har nådd tannlegene også.

### Multimorbiditet på dagsorden

Getz sa også at fenomenet multimorbiditet endelig er kommet på dagsorden. Også her, som gjennom hele foredraget, kunne hun vise til solid dokumentert forskning, publisert i prestisjetunge tidsskrift. British Medical journal (BMJ), publiserte i 2012 artikkelen: «Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study», at det er tre erkjennelser som er i ferd med å vokse frem: Sykdommer og lidelser «klumper seg», grensen fysisk/psykisk viskes ut og det er en klar sosial gradient i all kompleks sykdom.

### Mer om allostase

Allostase beskriver kroppens fysiologiske tilpasning til utfordringer på godt og vondt – slik personen erfarer dem. Det er viktig å vite at alle er ulike og erfarer ulikt. 'Allo' kommer av gresk og henspeiler på variasjon mens 'stasis' viser til å stå. 'Allostasis' kan oversettes med å bestå under endring.

Allostatiske systemer er komplekse og ikke-lineære. En allostastisk overbelastning får vi når stresset vi utsettes for blir toksisk. Høy belastning, overveldende påkjennninger, eventuelt kronisk stress har biologiske kostnader på sikt. Allostastisk overbelastning er et integrativt begrep som tar høyde for at mentale og fysiske belastninger overbeskatter de samme fisiologiske systemene.

Sagt med andre ord er allostastisk overbelastning for mye av det som tærer og for lite av det som nærer.

### Eksistensielle grunnvilkår gjenspeiles i biologien

Det som nærer, eller salutogenese, i et liv, altså verdighetens og tilhørighetens fysiologi – er tillit, tilhørighet, respekt, omsorg, ære og stolthet, mening og innflytelse, mens det som tærer, patogenese eller avmaktens patofysiologi, er trusler og svik, isolasjon og forlattethet, krenkelse av integritet, vanskjøtsel, skyld og skam, meningsløshet og avmakt.

Andre ting vi kjenner som tærer er overveldende ansvar, isolasjon, ensomhet, integritetskrenkelse, slitsomme

relasjoner, urettferdighet, svik, avmakt, øvnemangel, fysisk slit, inaktivitet, usunn mat, sykdom og smerte (onde sirkler), medikamenter (bivirkninger), røyking og andre rusmidler og forurenning. Det som nærer er tillit, trygghet og støtte, anledninger til å vokse og utvikle seg, opplevd mening (samtalere og kunst), god sovn og hvile, fysisk aktivitet og rekreasjon, sunn mat, relevante medikamenter osv.

Toksisk stress, altså for mye stress, for lenge og, eller, for ofte, mangel av muligheter for restitusjon, uforutsigelig støtte, eller manglende støtte, integritetskrenkelse, neglekt, kulde og kaos – ikke minst i sårbare livsfaser som i barndom og ungdom skader hjernens utvikling.

Det siste tiåret har frembrakt solid vitenskapelig dokumentasjon av at all livserfaring, fra den svært gode til den ekstremt vonde, gjenspeiles så vel i hjernen og nervesystemet som i hormon- og immunsystemet og i cellene hvor arrestoffet DNA blir regulert og aktivert. Dette skjer via mentale prosesser. Vår sjel kan følgelig ikke lenger reduseres til biografo, den påvirker også vår biologiske utvikling. Vi vet at erfaring kan gjøre en syk. Hvorfor skulle den da ikke kunne gjøre en frisk?

### Hovedbuskapet

Ny forskning tilslter at mange av vårt samtid folkesykdommer, og ikke minst opphopning av sykdommer og helseplager hos enkeltindivider, kan ha sammenheng med belastende livserfaringer. Systemorientert stressforskning har vist hvordan overbelastning av kroppens tilpasningsevne over tid kan disponere for en rekke helseproblemer vi er vant til å tenke på som mer eller mindre genetisk betinget og uavhengig av det som skjer med et menneske.

Den dagen et menneskes tillit til at tilværelsen er meningsfull og sammenhengene brister, øker farene for at vedkommende blir syk. Grensekrenkelse, vanskjøtsel, avmakt og redsel påvirker kroppens utvikling. Jo mer vond og vanskelig erfaring i barndommen, desto større sannsynlighet for sykdom i voksenlivet. Det er heller ikke bare livsstil og den biomedisinske risikoprofilen som avgjør helsen, men også sosial rang og anseelse. Alt dette er dokumentert. Å forstå hvordan det skjer, forutsetter en helhetlig modell for

samordning av kunnskaper fra områder som i dag er svært spesialiserte.

Men forskning viser også erfaringens positive betydning, og at det å arbeide med meningsaspekter ved liv og sykdom kan forløse og styrke egne, helsefremmende krefter, og gi resultat som for eksempel færre tilbakefall og dødsfall i grupper av kvinner med hjertesykdom, eller brystkreft. Men hvordan slikt gjøres, kan i liten grad standardiseres. Det som er meningsfullt for én pasient i én situasjon, kan for en annen fungere motsatt.

Denne erkjennelsen utfordrer på flere måter medisinens og helsefagenes tradisjonelle årsaksoppfatninger og diagnostisk terapeutisk praksis. Begrepet allostase tar høyde for at erfaringer, både de vi er vant til å kalte mentale og de vi kaller fysiske, både av mellommenneskelig og annen art, «håndteres» av de samme fisiologiske systemer i menneskekroppen.

Perioder med store utfordringer og belastninger kan på lengre sikt fremme livskraft og robusthet. Hvis belastningene blir for overveldende, for mange eller for langvarige derimot og, eller, hvis det ikke finnes dedikerte omsorgspersoner som ivaretar personens interesser, peker stress i retning av helse-skade. På motsatt side av skalaen får vi stadig mer kunnskap om hvordan gode livserfaringer og bærekraftige relasjoner (i menneskelivet generelt og innenfor rammen av terapeutiske relasjoner spesielt) synes å virke helsefremmende, helt inn til dypet av biologien. Den framvoksende kunnskapen om allostastiske prosesser og sammenhengene mellom biologi og biografi gir nye muligheter for å bygge nye broer mellom de to kultur, naturvitenskapene på den ene siden og de humanistiske vitenskaper på den andre.

Det som er nytt i dagens situasjon, er at kunnskapen om hvordan erfaring påvirker kroppen har eksplodert. Publikasjonene strømmer på fra prestisjetunge fagmiljøer forankret i avansert naturvitenskapelig metodologi. Det definerte skillet mellom sjel og kropp smuldrer hen, til fordel for en erkjennelse av at disse ikke bare henger sammen (i statistisk betydning), men hører sammen, de er samtidige fenomener.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

Analyse av tannstatus er en rask og effektiv metode for identifisering etter terror og ulykker:

## Militære tannleger kurses i identifisering

I november arrangerte Forsvarets sanitet et nybegynnerkurs i identifisering av ofre etter ulykker, basert på tannstatus. Avhengig av forholdene kan fortsatt 60–70 prosent identifiseres på denne måten. Norge ligger langt fremme hva angår kompetanse på området. Det er vanlig med internasjonal deltagelse på kurs, slik det nylig avholdte kurset i forsvarsregi hadde for første gang nå i november.

**D**ette er et kurs i noe som jeg håper vi aldri får bruk for, sier fagansvarlig for kurset, rettodontolog i Krios' ID-gruppe, frøsteamanuensis Sigrid Kvaal fra Universitetet i Oslo. Hun legger til at hun vet at det dessverre blir bruk for det. Historien og erfaringen tilsier det.

Tidende besøker Sessvollmoen i Akershus, der kurset i all hovedsak foregår, samme dag som PST publiserer en ny trusselvurdering for terror mot Norge, som sier at det er sannsynlig at det vil komme et anslag innen ett år.

**Politiet bestemmer, Forsvaret bistår**  
Det er Krios som har all myndighet når det gjelder identifiseringsarbeid i Norge. Forsvaret bistår med personell, og som denne gangen, som administrativ enhet – bak kurset der 13 norske, danske, nederlandske og tyske tannleger som er yrkesoffiserer deltok. Også på lærersiden var kurset internasjonalt sammensatt, med dansk, svensk, nederlands og tysk ekspertise, i tillegg til norsk.

Cirka halvparten av kursdeltakerne hadde erfaring med identifiseringsarbeid fra før, mens den resterende halvdelen ikke hadde vært på identifiseringsoppdrag tidligere.

– Kursdeltakerne er rekruertet blant norske militærtannleger og blant tannleger som meldte interesse etter at vi inviterte deltakere fra andre land



Militære tannleger fra Danmark, Nederland, Norge og Tyskland deltok på kurs i identifisering av ofre etter ulykker på Sessvollmoen 3.–7. november. Her er de fotografert sammen med sine sivile og militære lærere, NATO-observatører og administrativ tilrettelegger fra Forsvarets sanitet. Fagansvarlig Sigrid Kvaal står helt til høyre, mens Geir Grønlund er nr. fire fra venstre i bakre rekke. Per Lüdemann som var hovedansvarlig for kursopplegget fra Forsvarets side var ikke til stede da bildet ble tatt.

i NATO, forteller major og tannlege Geir Grønlund, som har stått for mye av den praktiske tilretteleggingen, sammen med sin overordnede i Forsvaret, oberstløytnant og tannlege Per Lüdemann.

### Mye teori og noe praksis

– Det er av stor betydning at tannleger som skal ut på identifiseringsoppdrag har noe erfaring med å ha vært i befatning med døde kropper, sier Kvaal.

– Derfor hadde vi en kursdag ved Folkehelseinstituttet i Oslo i løpet av uken. Her fikk gruppen også erføre at det ikke alltid er mulig å identifisere med utgangspunkt i tenner og tannstatus. En av de døde personene som kursdeltakerne fikk studere hadde ikke tenner, og der ble konklusjonen at identifikasjon mest hensiktmessig kunne skje ved hjelp av fingeravtrykk.

En av de andre dagene var kursdeltakerne hos Krios der de blant annet ble nærmere kjent Identifiseringsgruppen ved Krios, DNA-identifisering og identifisering ved hjelp av fingeravtrykk.

Mange land har egne ID-grupper som kan kalles til tjeneste over hele verden, tillegg til at de er de første til å gjøre jobben når det skjer noe i eget land. Norges ID-gruppe dekker for øvrig også Island, som ikke har noen egen gruppe.

– Både sivile og militære tannleger inngår i de nasjonale ID-gruppene, forteller Kvaal, som også legger til at det ikke er noen ulempe at ID-tannlegene rekrutteres fra Forsvaret, av den enkle grunn at de ofte er lettere å beordre enn eksempelvis en privatpraktiserende tannlege med full timebok.

Eksempler på internasjonale identifiseringsoppdrag fra senere tid er tsuna-

mien i Sørøst-Asia i desember 2004, terrorangrepet mot oljeinstallasjonen i Algerie i 2013 og ennå mer nylig; flystyrtene over Ukraina sist sommer.

Hvilke lands ID-grupper som tilkalles er ofte bestemt av hvilke(n) nasjonalitet(er) ofrene hadde. Norske tannleger deltok i Thailand etter tsunamien og i Algerie, mens det var den nederlandiske ID-grupper som fikk ansvaret etter flystyrtene i Ukraina, basert på hvor de fleste passasjerene som omkom i ulykken hørte hjemme.

– Det er forresten alltid det lokale politiet som er myndigheten ID-gruppene underlegger seg når de kommer til et ulykkessted for å gjøre en jobb, samtidig som de følger internasjonale rutiner i arbeidet, forteller Kvaal.

På kurset på Sessvollmoen blir deltakerne gjort godt kjent med Interpols skjemaer som tas i bruk ved identifiseringsarbeid over hele verden. Det ene, gule, skjemaet er for informasjon om den savnede. ID-tannlegen overfører informasjon fra behandlingsjournal til

en statusjournal på dette skjemaet for hver enkelt savnet. Overføringen er basert på tannjournal som ideelt sett mottas fra alle de savnedes tannleger. All dokumentert informasjon om tannbehandling som er utført frem til dags dato inkluderes i skjemaet. De andre, rosa, skjemaene fylles ut med utgangspunkt i den døde som skal identifiseres. På tannlegesidene registreres alle relevante funn i munn og kjeve.

– Ved match mellom gult og rosa skjema har vi en identifikasjon, forklarer Kvaal, som legger til at matchingen naturligvis foregår ved hjelp av et data-program. Programmet kommer for øvrig i ny versjon i disse dager, noe som tilsier at alle norske tannleger som ingår i Kriplos' ID-gruppe må på skolebenken og kurses i den nye programvaren om ikke lenge.

Kursdeltakerne på Sessvollmoen avslutter sin uke i militærleiren med en eksamen der de presenterer og begrunner funn og konklusjoner overfor en kommisjon.

## Sammen en hel uke

De 13 kursdeltakerne og lærerne bodde på Sessvollmoen hele uken, og så lenge kurset varte.

– At vi bor på samme sted og i stor grad omgås sosialt også på kveldene tror jeg øker kontakten mellom deltakerne, og det igjen øker både kvaliteten ved kurset og utbyttet av det, sier Kvaal.

– På den måten får vi mer anledning til å snakke sammen om dette som vi er her for å fordype oss i enn om vi skulle gått hver til vårt etter endt skoledag – og holdt på med andre ting.

At deltakere fra flere land får anledning til å bli godt kjent med hverandre, i tillegg til at de lærer både teori og praktisk arbeid sammen, kan også komme til å være et gode dersom de senere skulle møtes et sted i verden for å arbeide sammen i forbindelse med et identifiseringsoppdrag.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

Til Reidun Stenviks innlegg i Tidende nr. 9, 2014

## Står vi foran «Det store spranget» innen tannhelsespesialisering?

Jeg leste med interesse Reidun Stenviks innlegg om tannhelsetjenes tens kompetansesentre i Tidende 124: 768–9 og hennes bekymring for at dette i realiteten blir «konkurranseentre». I dette innlegget er Helse- og omsorgsdepartementets avdelingsdirektør Kjell Røynesdal sitert som motvekt. Han skal ha uttalt at det ikke er «hensiktsmessig å se på forholdene mellom universitet og kompetansesenter som en kamp om ressursene, men heller som en mulighet til å få til et samlet kunnskaps- og kvalitetstøft i hele tannhelsetjenesten». Slik jeg ser det, delvis basert på erfaring fra Bergen, støtter jeg Stenviks bekymring.

«Det store spranget» var i sin tid Mao Zedongs grandiose prosjekt for å industrialisere Kina. Et av de mest kjente (og grelle) eksemplene var forsøkene på å øke stålproduksjonen. Også bønder og jordbrukskulturer ble oppmuntret til å bygge smelteovner. For å oppfylle sentralmaktens stadig økende produksjonskrav, ble ferdigprodukter som wokpanner og sykler smeltet om til «stål». Dette «stålet» hadde selvsagt ingen bruksverdi, og landbruket led av at bøndene forlot sitt opprinnelige arbeid til fordel for denne «stålproduksjonen», samt at de brukte store mengder trevirke til brensel.

Det er en målsetting at kompetansesentrene skal inneholde alle odontologiske spesialiteter. Dette høres glimrende ut, men det kan vise seg å virke kontraproduktivt på sikt. Antall pasienter under Den offentlige tannhelsetjenesten som trenger utredning og behandling på spesialistnivå (kanskje med unntak av kjeveortopedi) er begrenset. For eksempel blir langt de fleste barn greit ivaretatt på offentlige tannklinikker av allmennpraktiserende tannleger. Kun de med sjeldne odontologiske problemstillinger har behov for oppfølging av pedodontist. Med den planlagte tettheten og plasseringen av

odontologiske kompetansesentre risikerer man at spesialistene vil 1) hovedsakelig befatte seg med banaliteter, 2) spise seg innpå andre spesialisters fagområde, eller eventuelt 3) gjøre ingenting, i påvente av at noe sjeldent dukker opp. For pasientene er dette selvsagt uheldig: De risikerer unødvendige ekstra konsultasjoner (som riktig nok vil fremstå som økt produksjon) eller utredning hos spesialist som ikke har nødvendig kompetanse, både fordi de tar seg til rette utenfor sitt eget spesialfelt og/eller fordi de faktisk ser så få sjeldne tilstander at når noe endelig dukker opp kan de ikke bidra med noe særlig fornuftig. Ingen av disse scenariene er tilfredsstillende hverken for pasient eller spesialist. Så konkurranse og kamp om ressursene mellom fakultet og kompetansesentrene er egentlig uungåelig: Ikke bare om tilskudd og nye stillingshjemler, men også om pasientene, der antallet sjeldne tilstander med behov for spesialistbehandling ikke uten videre vil mangedobles. Man kan selvfølgelig omdefinere kravene til hva som krever spesialistbehandling, men risikerer da at spesialisten reduseres til en tittel uten reell spesialistkompetanse. Ved økt konkurranse i et markedsmarked risikerer man også lav utnyttelse når «etterspørselselastisitten» er lav. Man kommer derfor til et punkt der kompetansesentrene må velge mellom å øke produksjonen av ikke-spesialistkrevende behandling eller å gå med store underskudd.

Kompetansesenteret i Bergen er på papiret en suksess. Leppe-kjeve-gane-spalteteamet og tannklinikken tilknyttet Haukeland universitetssjukehus er eksempler på produktive enheter med høyt faglig nivå. Disse enhetene eksisterer imidlertid lenge før kompetansesenteret. Således er de ikke representativt for nyskaping ved senteret, men mer for strukturelle endringer der en (ettertraktet) enhet gis flere hatter, og

hver «hatteeier» kan innkassere produksjonen/kompetansen under sin fane. Når i tillegg pasienten henvises til mange ulike spesialister for samme tilstand, multipliseres pasienten opp, og alle kan vise til et stort antall pasientkonsultasjoner. På denne måten økes «stålproduksjonen», men nytteverdien blir begrenset. Som et tilfeldig valgt eksempel kan det nevnes at det er både unødvendig og ressurssløsende at en pasient med en ren kjeveortopedisk problemstilling også skal tilses av en pedodontist bare fordi pasienten er under 18 år. Selv om BNP øker.

Jeg er ikke motstander av odontologiske kompetansesentre. Men jeg er motstander av å lokalisere dem til byer der odontologisk spesialkompetanse allerede finnes, sågar i overskudd. I NOU 2005: 11 står det: «Opprettelse av regionale kompetansesentra er også et viktig bidrag i tiltakene for å øke stabiliteten og spredningen av kompetanse til distriktene. Staten bør derfor i sitt videre arbeid med tannhelsetjenesten følge opp dette økonomisk og prioritere regionale kompetansesentra i områder med tannlegemangel» (min kursiv). Videre er jeg motstander av å utdanne og ansette et større antall spesialister enn at de i hovedsak kan beskjefte seg med spesialistarbeid. Da får man nemlig dårlige spesialister.

Modellen med odontologiske kompetansesentre minner om helsevesenets øvrige oppbygging, der kompetansesentrene fremstår som spesialisthelsestjenesten, altså sykehusene. Dette høres vel og bra ut, men forutsetningene for faglig drift er helt annerledes. Det meste av tannbehandlingen i Norge i dag utføres i privat regi. Følgelig er tilgangen til spesialistkrevende kasi kraftig redusert for kompetansesentrene og fakultetene sammenlignet med helsevesenet for øvrig.

Behovet for bedre odontologisk spesialkompetanse i distrikene er åpen-



bart, og jeg ser på opprettelsen av kompetansesentre der det trengs som ubeitinget positivt. Allikevel er jeg usikker på om norsk odontologi vil være faglig bedre rustet om 20 år enn da jeg begynte å studere odontologi for 20 år siden. Den gang sto allmenntannlegen sterkt og spesialistene var så få at om man kom over noe skikkelig snålt eller særskilt vanskelig, var det stor sannsynlighet for at spesialisten faktisk hadde vært borti noe tilsvarende før.

Med et økende antall spesialenheter kan man ikke lenger forvente å kunne utvikle den spisskompetansen som behøves i en begrenset befolkning. Det er ikke tilfeldig at det for eksempel kun er to leppe-kjeve-ganespalteteam i Norge, selv om dette kan være upraktisk for pasienter i Nord- og Midt-Norge. Innen odontologi må man i Norge akseptere faglige kompromiss i forhold til geografien. Men å smelle opp en smelteovn i hver bakgård for

å utdanne og ansette spesialister er hverken faget eller geografien tjent med. Ikke alle store sprang er gode sprang.

Jeg uttaler meg som privatperson. Synspunktene er ikke representative for mine arbeidsgiveres offisielle holdning. Skjønt hvem vet.

Sigbjørn Løes  
sigbjorn.loes@odont.uib.no



**Kirurgiklinikken**  
tann - kjeve - ansiktsskirurgi



Sertifisert etter  
ISO 9001:2008  
standarden

[www.kirurgiklinikken.no](http://www.kirurgiklinikken.no)  
tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhh.no

God jul

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

Tannlege  
**Kjetil Misje**  
spesialist i oral kirurgi

Tannlege  
**Frode Øye**  
spesialist i oral kirurgi

Tannlege  
**Eva Gustumhaugen Flo**  
Spesialist i protetikk

Tannlege  
**Bent Gerner**  
spesialist i protetikk

God Jul  
og godt  
nytt år!

Oppfølging av debatten i Tidende nr. 10, 2014:

## Debatten bør ikke være over

**L**a meg begrunne mitt initiativ til debatt rundt utdanningskapasiteten av tannleger slik:

Basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) tall fra 2010 var det i Norge 4 597 tannlegeårsverk. I Tidende nr. 10 skriver Nils Martin Stølen: «Sammenlignet med andre grupper med høyere utdanning, utdannes det ikke så veldig mange tannleger i forhold til gruppens størrelse». Gruppens størrelse var altså i 2010 4 597 årsverk. Samtidig er det kapasitet til cirka 1 000 studenter i femårslopet inkludert utenlandsstudentene. For meg synes dette å være en svært stor studentgruppe relatert til dagens antall årsverk.

Stølen skriver videre: «En klart voksende befolkning drar isolert sett i retning av større etterspørsel». Det avhenger – isolert sett – av om det avgrensede tannhelsemarkedet innebærer økt etterspørsel. Hvem er «de nye»? Ettervekst av kariesfrie barn? Eller av innvandrere med behov for – og ønsker om – tannbehandling? De syke gamle vil ha behov ingen tannhelsetjeneste kan innfri fullt ut på grunn av de gammels skrantende helse.

Spørsmålet, den gode tannhelseutviklingen og tilstedeværelsen av godt kvalifiserte tannpleiere tatt i betrakning, er hvorvidt antallet tannleger skal være uendret frem mot 2035, slik SSB ser ut til å mene.

Jeg imøteser mer debatt, ikke minst på vegne av mine unge etterkommere som vil trenge praksis for å bli gode tannleger. Samtidig ser jeg en åpen dør i SSB. Den skal selvsagt ikke sparkes inn!

Mitt tilsvarende har to hensikter, 1) å imøtegå påstanden om at ratio antall utdannede og antall årsverk i bransjen står i et godt forhold, og 2) å invitere til mer meningsutveksling knyttet til antatt fremtidig etterspørsel.

Jeg håper flere vil mene noe i denne debatten.

Carl Christian Blich  
carl.christian@stomapro.no

### Tidendes pris for beste oversiktsartikkell

**T**idende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 40 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den besete publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to årganger av Tidende.

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserene og som bidrar til å opprettholde

norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkell deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2015.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:  
– artikkellens systematikk og kildehåndtering

– innholdets relevans for Tidendes leser  
– disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet  
– illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvedelse til redaktøren

---

Svar til Carl Christian Blich:

## Usikker etterspørselsutvikling

**D**et er usikkert hvordan etterspørse-  
len etter tannleger vil utvikle  
seg. Statistisk sentralbyrås (SSB)  
framskrivinger av tilbud og etterspørsel  
for tannleger publisert i Rapporter 14/  
2012 gir ikke noe klart svar på om det  
utdannes for mange tannleger eller  
ikke. Det kommer an på hvilke forutset-  
ninger en legger til grunn for utviklin-  
gen i etterspørselen.

Utsagnet i mitt forrige svar til Blich  
«Sammenlignet med andre grupper med  
høyere utdanning, utdannes det ikke så  
veldig mange tannleger i forhold til

gruppens størrelse», sier ingen ting om  
det utdannes for mange eller for få  
i forhold til etterspørselen. En forutset-  
ning om et opptak til tannlegestudiet på  
185 i året (146 i Norge og 39 i utlandet)  
sikrer at tallet på nye tannleger akkurat  
tilsvarer de som går av med pensjon.  
For de aller fleste andre grupper med  
høyere utdanning utdannes det så  
mange at bestanden øker.

For en gitt tannhelse vil en økende  
befolkning dra i retning av økt etter-  
spørsel etter tannhelsetjenester. Selv  
om jeg ikke er tannlege, er jeg enig med

Blich i at tannhelsen generelt har  
bedret seg, og spesielt for den yngre  
delen av befolkningen. Det er fortsatt  
grunn til å vente bedring i årene fram-  
over. Jeg påpeker imidlertid at tannhel-  
sen for både innvandrere og eldre er  
mer usikker. Begge disse gruppene vil  
øke sterkt i antall i de nærmeste tiå-  
rene.

*Nils Martin Stølen  
Forskningsleder i Statistisk sentralbyrå  
nils.martin.stolen@ssb.no*

### Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

**T**idende ønsker å motta gode kasuspre-  
sentasjoner til tidsskriftet. Vi oppretter  
derfor en ny pris som vi tar sikte på å dele  
ut hvert annet år, og første gang på NTFs  
landsmøte 2014.

Prisen på 20 000 kroner tildeles forfatter-  
en(e) av den kasuistikk som vurderes som  
den beste av de publiserte kasuspresenta-

sjonene i løpet av to årganger av Tidende.  
Tidende ønsker med dette å oppmuntre til  
en type fagskriving som er etterspurt blant  
leserne og som bidrar til å opprettholde  
norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttil-  
feller som er sett og dokumentert i praksis  
og som beskriver kliniske situasjoner som  
bidrar til erfaringsgrunnlaget i tannhel-

setjenesten. Vi er svært interessert i flere  
bidrag fra den utøvende tannhelsetjenest-  
en i tillegg til kasi fra spesialistutdannin-  
gene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig  
vekt på: Innholdets relevans for Tidendes  
lesere Disposisjon fremstillingsform og  
lesbarhet Diskusjon av prognose og event-  
uelle alternative løsninger Illustrasjoner

Kommentar til Carl Chr. Blich sitt innlegg i Tidende nr. 10:

## Er overproduksjon av tannleger ein god idé for samfunnet?

Norsk Tannpleiarforening (NTpF) har med interesse lest tidlegare president i NTF, Carl Christian Blich sine innlegg i DN, Dagbladet og sist i Tidende. Blich stiller spørsmål ved Statistisk sentralbyrå (SSB) sin konklusjon vedrørende trong for tannlegar i dag og framover. SSB konstaterer at tannhelsa er i fortsatt betring samstundes som det er udekt behov for tannlegenester i Norge. (Ekornrød og Jensen 2013, SSB)

I fleire av ledarane i tannpleiarane sitt tidsskrift Tannstikka, har eg etterlyst ei vurdering frå myndighetene si side over kva tannehelseteneste vi ønskjer i framtida med utgangspunkt i tannhelsesituasjonen i dag. Vel vi fokus på eit sjuke- og reparasjonssamfunn eller skal fokus vera å gjera befolkninga betre i stand til å ta i vare eigen helse og tannhelse? Politikarane seier gjennom folkehelselova og samhandlingsreformen at det skal satsast på helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid. Det er vidare politisk vilje til at vi skal ha ei teneste som set pasienten i stand til sjølvstendigheit, eigenkontroll og meistring. Intensjonen er å bevisstgjera og skapa grunnlag for at pasienten lærer å ta vare på eigen tann- og munnhelse. Dette er fagfelt som tannpleiaren har kompetanse på. Fortset vi å utdanna tannlegar på same nivå som i dag, vel Norge å prioritera fokus på å reparera skader framfor

å prioritera helsefremjing og eigen opplevd livskvalitet. Det vil vera i utak med WHO sine retningslinjer om eit vel fungerande helseundersøkelse, og ikkje i tråd med LEON-prinsippet.

Det er viktig å ta i vare sårbare grupper som pasientar med psykisk liding, eldre pleietrengjande i og utanfor institusjon. Dette er grupper med trong for meir tannlege- og tannpleiarhjelp. Likevel, tala for framtida er klare: SSB visar til at circa 20 prosent av 20-åringane er kariesfrie og cirka 70 prosent i denne aldersgruppa har 0–4 hull. Talet av eldre framover som vil ha trong for omfattande behandling vil minke, samtidig som det går ei grense der omfattande tannbehandling ikkje er aktuelt. 40–50-åringane har god tannhelse og dei yngre enno betre tannhelsestatus. Med samfunnstrekk som det her er vist til, er det riktig å satsa på å utdanna antal tannlegar på det nivå vi har i dag? Overskot av tannlegar, kan føra til at tannlegen sit og utfører tannpleiefaglege oppgåver til ein høgare pris enn nødvendig. Det er korke pasienten, yrkesgruppene eller samfunnet tent med. Resultatet kan også bli oftare innkalling til tannhelsekontrollar. Forsking visar at hyppige innkallinger, resulterer i fleire inngrep. «Hyppige undersøkelser hos behandlerne leder til flere beslutninger om inngrep. Det er derfor viktig at regelmessige tannhelsekontroller foretas av personer med

forebyggingskompetanse». (Holst, Schüller og Gimmetstad, 2004)

Helsetenestene skal vera tilpassa det behov brukarane har. Friskheitskontrollar blir utført av tannpleiaaren som har ein treårig bachelor og har spesialkompetanse på veileding og eigen meistring. Dersom tannpleiaaren tar dei fleste tannhelsekontrollane, får ein ei helsefremjande førstelinjeteneste og ein behandlingskompetent annanlinjeteneste, i tråd med etisk tenking og politiske føringar.

Arbeidsutøvaren er mest nøgd i sin arbeidssituasjon når han løyer oppgåver som svarar til utdanningsnivå og -bakgrunn. Blich ser ei framtid med forholdstala to tannpleiarar til ein tannlege.

I Sverige, har Västra-Götaland som mål forholdstal ein tannpleiar til ein tannlege innan 2017. Bakrunnen er god erfaring med tannpleiaaren som med sin helsefremjande bakgrunn, aukar bevisstheita blant pasientane i å ta vare på eigen munnhelse. NTpF ser fram til at myndighetene gjer meir for å prioritera helsefremjande arbeid framfor behandling også i tannhelsefeltet, ved å satsa på utdanning av fleire tannpleiarar.

Hilde Aga  
leiar i Norsk Tannpleiarforening  
[hilde.ag@delta.no](mailto:hilde.ag@delta.no)

Kommentar til innlegg fra Blich og SSB i Tidende nr. 10:

## Om arbeidsmarkedet for tannleger

Begge innleggene i Tidende nr. 10 viser at debatten om arbeidsmarkedet for tannleger er en kompleks og til dels vanskelig sak. Ulike trender peker i ulike retninger, som alltid, når man forsøker å kikke inn i fremtiden. Vil den gode tannhelsen føre til en overproduksjon av tannleger? Vil den økende andelen av gamle mennesker med egne tenner føre til at behovet for tannleger blir større enn antatt? Vil befolkningen etterspørre flere og andre tjenester, bare fordi tilbudet finnes og privatøkonomien tillater det? Det utdannes flere tannpleiere enn tidligere, men befolkningsveksten er sterkere enn før. Store tannlegekull

skal pensjoneres i årene fremover, men antallet som fullfører tannlegestudiet er lavere enn hva utdanningskapasiteten skulle tilsi på grunn av frafall på studiet. Og vil den økende kvinneandelen i tannlegeyrket få konsekvenser for hvor mye tannlegene jobber?

Statistisk sentralbyrå (SSB) understrekker at usikkerheten på tilbudssiden er liten, men at forutsetningene som er lagt til grunn for framskrivingene på etterspørrelssiden er langt mer usikre. De sier videre at de ikke har noen faglig kompetanse til å vurdere tannhelsen i befolkningen, og de besitter heller ikke kompetanse i å vurdere organiseringen av tannhelsetjenesten.

Det kan derfor synes som om prognosene fra SSB bygger på sviktende kunnskap om sykdomsbildet og tjenestene. Prognosene bør derfor utarbeides og vurderes i samarbeid med dem som har særlig kompetanse på dette, for eksempel de samfunnsodontologiske miljøene og bransjeforeninger som NTF. Vi bidrar gjerne slik at fremtidige prognosenter kan bli så gode og riktige som mulig.

*Camilla Hansen Steinum  
President i NTF  
camilla.hansen.steignum@  
tannlegeforeningen.no*

Er du på nett med Norsk Tannvern?

### Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



# Hvem skal betale for revisjon?

Etter Harald Gjengedals doktoravhandling innførte Helse- og omsorgsdepartementet et nytt innslagspunkt § 15 for behandling med dekkprotese som festes til to implantater.

Store deler av målgruppen er pasienter med et tanntap som ligger til dels flere tiår tilbake.

Indikasjonen for inngrepet er forhold som gjør at pasienten «..ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende protese»

Mandibelen er ofte svært atrofisk med kun kortkalt ben, uten optimal blodforsyning. Den totale vertikale høyden kan være så lite som under 10mm.

Foramen mentale ligger gjerne meget høyt, ofte direkte i horisontalplanet rett under mucosa.

Tilsammen er det en rekke anatomiske, kirurgiske og biologiske utfordringer her, sammenlignet med en mindre resorbert mandibel.

Postoperativt er det av meget stor betydning at protesen seponeres inntil mucosatilhelging har skjedd og at den også avlastes for å unngå komplikasjoner.

Pasienten får rutinemessig skriftlig informasjon om seponering av protesen, bløt kost i en overgangsperiode og hyppige kontroller i tilhelgingstiden.

Likevel skjer det at et implantat ikke integrerer og må fjernes.

En pasient av nevnte gruppe syntes utsparingen av protesen etter inngrepet var for stor og romslig. Han la selv et foringsmateriale i sin protese, noe som medførte ukontrollert belastning av mucosa og implantatet.

Mucosa fenestrerte, implantatet ble utsatt for ukontrollerte krefter og måtte fjernes ved en etterkontroll.

En annen pasient brukte protesen trass i skriftlig veiledning. Kom ikke til etterkontroll. Etter 10 uker innrømte han at han brukte protesen, «men bare når han spiste».

Samme problemstilling her.

Det er her problemet dukker opp:

Hjem skal til syvende og sist ha det økonomiske ansvaret for en ny operasjon hvor det tapte implantatet erstattes med et nytt?

Pasienten, HELFO eller klinikken?

Klinikken har fulgt alle prosedyrer og retningslinjer, gitt pasienten skriftlig informasjon og fulgt tett opp.

Vi spurte rådgivende tannlege i HELFO om deres syn på saken og siterer hans svar:

«Jeg har fått svar fra en kollega som klart mener at det i slike tilfeller blir regnet som «mislykket behandling» og at det skal svært mye til for å kunne

hevde at det er pasientens skyld. Min kollega mener at det vanligvis blir foretatt omgjøring for klinikkins regning.»

Konsekvensen blir at vi må bli svært restriktive når det gjelder å tillate bruk av proteser i tilhelgingstiden.

Et annet moment er da verdien av skriftlig informasjon til pasienten om ikke å bruke underkjeveprotesen, når pasienten fritas for alt ansvar for et vellykket behandlingsresultat.

Vi registrerer at selv om pasienten ikke følger opp den behandlingsplan og postoperativ instruksjon skal ifølge HELFO altså klinikken ta de økonomiske konsekvensene av dette.

Så kan man sikkert ha en mere pragmatisk tilnærming til problemstillingen; tilby omgjøringen gratis som et rent servicetilbud, og ikke lage noe nummer ut av det, fordi det tross alt dreier seg om et meget begrenset antall pasienter osv.

Prinsipielt vil vi likevel spørre om HELFO kan akseptere at refusjonstaksten blir brukt to ganger, dersom årsaken til komplikasjonen ikke kan tilskrives klinikken?

Thomas Sefranek  
thomas.sefranek@sefranek.nhn.no

# Svar til Thomas Sefranek

**G**runnlag for refusjon for tannbehandling fremgår av veilederen «Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2014».

Det er et vilkår for refusjon for tannbehandling at pasientens tilstand dekkes av et av innslagspunktene i «Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom».

Mer utfyllende bestemmelser om hvert innslagspunkt står i «Rundskriv til § 5–6 og § 5–6a – Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom».

Begrensninger og utfyllende bestemmelser om den enkelte takst står i «Takster for tannbehandling».

Leserinnlegget viser til regelen om manglende stønad for mislykket behandling jf. forskriften § 4. Bestemmelsen sier at behandler er ansvarlig for behandlingen og for det tanntekniske arbeidet som det kreves stønad for. Hvis behandlingen mislykkes, og dette kan føres tilbake til behandler, er ikke ny behandling stønadsberettiget.

Dette er i samsvar med helsevesenets krav til medisinsk kompetanse, medisinsk forsvarlighet og kvalitet av behandling. Bestemmelsen gjelder mislykkede tilfeller som kan føres tilbake til behandler. Når dette ikke er tilfelle, må tannlegen på tidspunktet for ny behandling og etter det regelverket som gjelder, vurdere om det er grunnlag for refusjon for nødvendig behandling.

Tannlegen må vurdere om det finnes et innslagspunkt som dekker pasientens tilstand, samt om den enkelte takst gir grunnlag for ny behandling/rebehandling. Noen av takstene er begrenset slik at de kun kan nytties én gang. Det vil fremgå av takstens ordlyd.

Dette svaret er gitt på generelt grunnlag ut i fra gjeldende regelverk og ikke på bakgrunn av en enkeltsak.

Anette Randeberg  
sekretær i HELFO  
[anette.randeberg@helfo.no](mailto:anette.randeberg@helfo.no)

**For mer informasjon – se vår hjemmeside [www.dentalstoep.no](http://www.dentalstoep.no)**

Fullservice  
Laboratorium



**Dentalstoep Tannteknikk as**  
**TANNTENKISK LABORATORIUM**  
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice  
Laboratorium



Til Camilla Hansen Steinum i Tidende nr. 10

## Tannrensingskurs legges på is

Takk for svar – jeg er en stor tilhenger av dialog. Vi har i Danmark i de siste 5 år arbeidet med å få noen av de dyktigste internasjonale forelesere innen deres respektive områder til Danmark for å øke kompetansen for både våre tannleger samt for tannpleiere og tannhelsesekretærer. Våre tannrensingskurs er en svært liten del av alt det vi driver med, og jeg ønsker egentlig ikke at det skal ta oppmerksomheten fra alle de andre områder, som vi i DentaNet ellers har fokus på.

Det er riktig, at det er en forskjell på utdanningen av tannhelsesekretærer i Norge og tannhelsesekretærer i Dan-

mark, hvor alle tannhelsesekretærer i Danmark i motsetning til i Norge har stort sett den samme utdannelsesbakgrunn.

Vi har de siste årene sett at det er et stort behov for mer etterutdanning av tannhelsesekretærer. Erfaringene med tannrensingskurset i Danmark har vist at det har vært et fint og nyttig kurs. Jeg har besluttet etter dine innspill og legge tannrensingskursene i Norge på is for nu. Jeg vil samtidig gjøre en ytterligere evaluering av de som har deltatt på våre tannrensingskurs og tannlegene deres for å høre i hvilken grad de brukte kunnskapene fra kurset

i ettertid i praksis og hvilken nytte de føler dette har hatt for behandlingen av pasientene. Vi vil selvfølgelig også følge debatten hos dere i Tannlegeforeningen og lokalforeninger i Norge tett.

Kanskje vi med hjelp fra NTF og andre aktører kan finne en god måte å dekke behovet for å øke kompetansen hos tannhelsesekretærerne? Dette kunne jo f.eks være i forhold til pasientkommunikasjon om forebyggelse og tannsunnhet generelt.

Peter Lembke Gerdes  
DentaNet  
[pg@dentanet.dk](mailto:pg@dentanet.dk)

Kl. 0000 på utgivelsesdato  
[www.tannlegetidende.no](http://www.tannlegetidende.no)

Svar til Peter Lembke Gerdes:

## Pasientsikkerheten viktigst

Takk for svar. Dialog er alltid viktig! Vi er glade for at dere ser ulikhetene mellom norske og danske forhold, og for at dere nå vil se på etterutdanningstilbudet deres her i Norge.

NTF er selvsagt er opptatt av at alle yrkesgruppene i tannhelseteamet skal få god og hensiktsmessig utdanning og etterutdanning. Vi medvirker derfor

allerede til at slike etterutdanningstilbud blir gjort tilgjengelig, f.eks. på vårt landsmøte og i regi av våre lokalforeninger. Vi samarbeider også med tannhelsesekretærerne og tannpleierne organisasjoner, og dette er noe vi vil fortsette med.

Det er viktig med et bredt etterutdanningstilbud for alle tannhelseteamets yrkesgrupper, men det er viktig

å presisere at teammedlemmene har ulike utdanninger og arbeidsoppgaver som følger av disse. Dette må respekteres slik at pasientsikkerheten kan ivaretas på best mulig måte.

*Camilla Hansen Steinum  
President i NTF  
camilla.hansen.steignum@  
tannlegeforeningen.no*

Er du på nett med Norsk Tannvern?

### Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



Ledig stilling i Den offentlige tannhelsetjenesten – hva nå?

## Må vi utlyse – og hvem kan vi ansette?

**N**år det blir en ledig stilling i den offentlige tannhelsetjenesten kommer spørsmålene opp om man må utlyse den ledige stillingen, og senere i prosessen om hvem man bør eller kan ansette.

En del medlemmer tar kontakt med sekretariatet og melder at de føler seg forbiggått ved ansettelsesprosesser, og noen opplyser om at ledige stillinger slett ikke blir utlyst.

### Utlýsing

Først utlysning, er det virkelig nødvendig bestandig? I henhold til AML § 14-1 skal alle ansatte få informasjon om ledige stillinger i virksomheten, derfor er intern utlysning alltid nødvendig. Dette er bl.a. fordi arbeidstakerne skal kunne gjøre bruk av fortrinnsrett til utvidelse av deltidsstilling. Intern utlysning kan foregå på ulike måter, for eksempel ved oppslag på intranett o.l.

Målsettingen ved tilsetting i offentlige stillinger er å få tilslatt den personen som er best egnet for stillingen, både hva gjelder formelle kvalifikasjoner og personlig egnethet. En bredest mulig utlysning av ledige stillinger er et ledd i å oppnå denne målsettingen. Den ledige stillingen må bli allment kjent, og aktuelle kandidater får en oppfordring til å søke eller melde sin interesse. For tilsettingser i staten følger hovedregelen om offentlig utlysning av ledige stillinger av tjenestemannsloven. For tilsettingser i kommuner og fylkeskommuner er det ingen tilsvarende bestemmelse, men det har utviklet seg en ulovfestet hovedregel om offentlig utlysning også her. Offentlig kunngjøring av ledige stillinger er normalt en forutsetning for å finne frem til den best kvalifiserte personen for stillingen, og av dette følger det altså at alle offentlige stillinger som hovedregel skal lyses ut offentlig.

Utlýsinga skal bidra til at tilsettingssaken blir så godt opplyst som

mulig, slik at grunnlaget sikres for at den som er best skikket blir tilslatt. Utlysingen skal også gi trygghet for at det ikke blir lagt vekt på utenforliggende hensyn ved tilsettingen. Også likhets-hensyn tilslier at forvaltningen gir alle interesserte kandidater de samme muligheter til å konkurrere om stillingen. Utlysingen skal også klargjøre de vilkår som skal være bestemmende ved tilsettingen. Det bidrar til at tilsettingen skjer på en ryddig måte og at søkerne blir behandlet likt, og etter objektive og etterprøvbare kriterier.

Det finnes unntak fra hovedregelen om offentlig utlysning. Det mest praktiske er tilfeller hvor en person har en lov- eller tariffavtalefestet fortrinnsrett til stillingen. Også utenfor de lov- eller tariffavtalebaserte unntakstilfellene, kan det være tilfeller hvor det etter en konkret vurdering kan anses saklig for en kommune å unnlate ekstern utlysning. Relevante momenter vil bl.a. være stillingens varighet og karakter, behovet for snarlig tilsetting, og om den som vurderes tilslatt direkte, tidligere har vært med å konkurrere om stillingen eller andre tilsvarende stillinger i virksomheten, på bakgrunn av en ekstern utlysning. Hvilket nivå stillingen ligger på vil også være av sentral betydning. Generelt skal det mer til for å unnlate ekstern utlysning jo høyere stilling det er tale om f.eks. må en fylkestannlegestilling alltid utlyses eksternt.

### Kvalifikasjonsprinsippet

I offentlig sektor (stat, fylkeskommune og kommune) gjelder som sagt et prinsipp om at den best kvalifiserte søkeren til en stilling skal ansettes. Prinsippet er basert på den alminnelige saklighetsnormen som gjelder ved ansettelses og kalles gjerne for «det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet». Prinsippet er slått fast både i rettspraksis, forvaltningspraksis, ombudsmannspraksis og juridisk teori og bygger på

den generelle saklighetsnormen og kravet til likebehandling i offentlig forvaltning. I tillegg er prinsippet avtalt mellom partene i kommunal sektor i jf. Hovedtariffavtalens § 2 pkt. 2.2. Hovedtariffavtalene sier at «teoretisk utdanning, praksis, og skikkethet for stillingen» skal tillegges vekt. Avveining mellom utdanning, praksis og personlige egenskaper, med andre ord en konkret, skjønnmessig og helhetlig vurdering, må ses i sammenheng med virksomhetens behov, stillingens krav og samlet kompetanse.

Det er lagt til grunn at prinsippet rettskildemessig har formell lovs rang. Unntak fra prinsippet må derfor ha hjemmel i lov, enten i en egen lovbestemmelse eller i forskrift som er hjemlet i lov. Arbeidsgiver er altså bundet av prinsippet. Innenfor rammen av kvalifikasjonsprinsippet tilliger det forvaltningen et fritt skjønn.

Kvalifikasjonsprinsippet tilslier altså at ved ansettelsen i statlig og kommunal sektor er arbeidsgiver forpliktet til å ansette den best kvalifiserte søkeren til den stilling som skal besettes.

Hvem er så den beste? Når det gjelder utlysningsteksten, sier Sivilombudsmannen blant annet at en kvalifikasjonsvurdering må ta utgangspunkt i kravene som er fastsatt i utlysningsteksten der sentrale momenter vil være utdanning, praksis og personlig egnethet.

I de aller fleste tilfeller vil våre medlemmer ha omtrentlig den samme utdanningen. Har de ikke det vil det være lettere å skille dem fra hverandre.

Ansettelsesmyndigheten skal foreta en sammenlignende vurdering av samtlige søkeres utdanning, yrkeserfaring og personlige skikkethet for å finne frem til den av søkerne som er best kvalifisert til den konkrete stillingen. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig å konstatere hvem av søkerne som er kvalifisert for stillingen.



Hvilke vurderinger som skal gjøres avhenger som nevnt av hvilke krav som stilles til den konkrete stillingen. **Kvalifikasjonsprinsippet er ikke en absolutt størrelse.** Også når det gjelder krav til personlig skikkethet, vil utgangspunktet for vurderingen være de krav som er fremsatt i utlysningsteksten. Det er imidlertid forutsatt at det er anledning til å ta med i vurderingen de personlige egenskaper stillingen krever også der dette ikke er spesielt nevnt i utlysningsteksten. Til en lederstilling vil det for eksempel være legitimt å legge vekt på evnen til å ta beslutninger, skape gode relasjoner osv.

Sivilombudsmannen har i flere uttalelser gitt uttrykk for at dersom det skal legges avgjørende vekt på personlige egenskaper forutsettes det at ansettelsesmyndigheten har tilstrekkelig kunnskap til å vurdere alle de aktuelle søkernes personlige skikkethet. Dette kan skje gjennom intervju, tester eller referanser. I mange tilfeller har også aktuelle søkerne på en stilling tidligere vært ansatt i et vikariat, slik at erfaringer fra dette også tillegges vekt.

Som en hovedregel kan det utleses at joiktigere de personlige egenskapene er for stillingens arbeidsoppgaver, jo mer akseptabelt vil det være for forvaltningen å ta hensyn til disse egenskapene i tilsettingsprosessen. Der slike egenskaper ikke spiller så stor rolle, vil det også være mindre mulighet til å vektlegge de personlige forholdene.

I en tannlegestilling som til daglig samarbeider og arbeider tett med hjelpepersonell vil samarbeidsevne være helt avgjørende, tannlegen har også et overordnet ansvar for behandlingssituasjonen, og lederegenskaper i forhold til hjelpepersonell kan med det tillegges en viss vekt.

### **Hvordan skal arbeidsgiver kunne finne frem til den best kvalifiserte og best skikkede for stillingen?**

Arbeidsgiver og øvrige medlemmer av innstillings- og ansettelsesråd får som regel kjennskap til personen via intervju og referanser. I andre tilfeller er det tidligere ansatte i midlertidige stillinger som søker på faste stillinger, erfaringer fra vikariatet vil da være en viktig kilde til kunnskap om søkeren. Andre kilder igjen kan være referanser fra tidligere arbeidsplasser.

Står vurderingen mellom to nokså likere søkerne vil ofte personlige vurderinger og «kjemi» mellom søker og arbeidsgiver bli avgjørende. Dette er forståelig av mange grunner, men det er også en betydelig utfordring for hvilken relevans og vekt som skal tillegges elementet skikkethet. Som nevnt vil det variere med type oppgaver den nye medarbeideren skal utføre. Det er alltid en fare for at intervjueren tillegger vedkommende antipatier og sympatier. Det er ikke vanskelig å forstå. Kravet er allikevel nokså enkelt og konkret – vedkommende skal være skikket til stillingen, eller med andre ord i stand til å løse oppgavene, kunne gå inn i det tiltenkte arbeidsmiljø, og gjøre en rimelig god jobb.

### **Det er ved vurderingen av personlig egnethet problemene starter**

Vurderingen av en søkeres personlige egnethet må i stor grad bygge på tilsettingsmyndighets skjønn. Det er forståelig, men denne skjønnsutøvelsen må da bero på et forsvarlig faktisk grunnlag for vurderingen. Ombudsmannen har i tidligere saker uttalt at et forsvarlig faktisk grunnlag for konklusjonen er at det må gjennomføres intervju og at aktuelle referanser må innhentes. Dette er et utslag av kravet om forsvarlig saksbehandling til all offentlig forvaltning. Det innebærer at tilsettingsmyndighets avgjørelse skal

være saklig begrunnet og at saken skal være tilstrekkelig opplyst, jf. forvaltningsloven § 17.

I tilsettingssaker er det derimot gjort unntak fra kravet om å gi partene skriftlig begrunnelse. Det blir da desto viktigere å sikre at det i ettertid blir mulig å kontrollere at tilsettingsprosessen har vært saklig og forsvarlig. Dette betyr at hovedpunktene i tilsettingsprosessen bør nedtegnes skriftlig. Hensynet til notoritet og sakens opplysning tilsier at avgjørelsens faktiske grunnlag og virksomhetens vurderinger blir nedtegnet.

### **Sivilombudsmannen**

Dersom man mistenker at det har forekommet en ansettelse uten at stillingen har vært lyst ut, bør man i første omgang henvende seg til ansettelsesmyndigheten. Videre kan man melde saken inn for Sivilombudsmannen, som da har mulighet til å ta saken opp til behandling.

Kvalifikasjonsprinsippet har i tillegg en viktig funksjon når det gjelder likebehandling, forutsigbarhet og saklighet i ansettelsesprosessen. Dette er naturlig nok viktig for den enkelte søker, men også for samfunnets tillit til det offentlige.

Kravene som er definert i utlysningsteksten danner grunnlaget for den vurderingen som skal gjøres. Noen stillinger har også lovpålagte kvalifikasjonskrav, som for eksempel tannlegestillinger, hvor det foreligger krav om autorisasjon eller lisens.

### **Forbigått – hva kan du gjøre?**

Dersom du mener at det er blitt begått et brudd på kvalifikasjonsprinsippet og du er forbigått, er det første du kan gjøre å kreve innsyn i saken. Du som søker kan kreve å få en utvidet søkerliste etter reglene i forvaltningslovforskriften. Der vil det som regel i tillegg til navn, alder og bosted stå en sammen-

fatning av de øvrige søkernes formelle utdannelse og erfaring. Søknader med vedlegg fra søker som er innstilt eller tilsat i stillingen. Skiftelig referat (der som slik er skrevet) som gjengir hva søker selv har sagt i intervjuet. Hvem som er innstilt til stillingen og den rekkefølgen de er innstilt i. Det er viktig å være oppmerksom på at en har taushetsplikt om den informasjonen man får om andre søker. Dette vil danne et godt første grunnlag for å vurdere dine kvalifikasjoner i forhold til de øvrige. I tillegg vil vi oppfordre deg til å ta en samtale med den ansvarlige for søkerprosessen for å få vite mer om hvordan de vurderer din «skikkethet», det vil si dine personlige egenskaper.

Dernest kan du i noen tilfeller ha klageadgang. Innstillingen som er godkjent av ansettelsesrådet er å anse som et vedtak, og vedtak i ansettelsessak er unntatt regler for klage og begrunnelse, jf. forvaltningsloven § 3. Om ansettelsesrådet har delt seg i et mindretall og et flertall, kan mindretallet klage vedtaket inn for en overordnet myndighet. **Du som søker kan ikke klage.** Du har derimot anledning til å klage vedtaket inn for Sivilombudsmannen eller få

**saken prøvd rettslig**, ved at det tas utsnevning for domstolen.

Hva kan Tannlegeforeningen gjøre?

Hva kan Tannlegeforeningen eventuelt gjøre for deg og hva må du gjøre selv? Det absolutt første man bør gjøre er og kontakte arbeidsgiver og be om en evaluering av den enkeltes søkerprosess, og om det var særlige forhold som gjorde at du ikke nådde opp eller ikke ble innkalt til intervju. Etter at vi i fellesskap har vurdert arbeidsgivers tilbakemeldinger og gått gjennom utvidet søkerliste kan vi, dersom vi finner det hensiktsmessig, bistå med en klage til ombud. Det kan være å bistå i utföringen av en klage til Likestillingsombudet og/eller til Sivilombudsmann. Vi kan også velge å ta saken til ordinær domstolsbehandling, men det er det sjeldent vi gjør.

Første steg etter å ha vært i kontakt med arbeidsgiveren kan altså være å legge saken fram for Sivilombudsmannen. Tannlegeforeningens anbefaling er at dette kun gjøres i de klare tilfellene av fravikelse.

Sivilombudsmannen vurderer på bakgrunn av klagen om det er grunn til å foreta nærmere undersøkelser. Hvis så er tilfelle, innhentes synspunkter fra

partene. Sivilombudsmannens vurdering av saken kommer til uttrykk i en skriftlig uttalelse. Ombudsmannen kan påpeke at det er gjort feil eller at forvaltningen har forsømt seg. Han kan også gi uttrykk for at en avgjørelse for eksempel må anses ugyldig, klart urettelig eller at den er i strid med god forvaltningsskikk. Hvis det er grunnlag for det kan han også ta opp med tilsetningsmyndigheten hva som bør foretas overfor vedkommende.

Vår erfaring fra saker som er fremmet overfor Sivilombudsmannen er at uttalelsene ofte knytter seg til vurderinger av tilsettingsprosessen, særlig ulike sider ved kvalifikasjonsprinsippet, mer enn til det konkrete resultatet. Det er ofte vanskelig for Sivilombudsmannen å overprøve den skjønnsmessige vurderingen som er foretatt av tilsetningsmyndigheten. En uttalelse fra Sivilombudsmannen har likevel stor betydning både for den enkelte og for arbeidsgiver.

*John Frammer*

*Forhandlingsjef i NTF og  
advokatfullmektig*



## SKANNER FOR FOTOREALISTISK 3D-DIGITALISERING AV ANSIKTER

- *Pålitelig planlegging for tannteknikeren, tannlegen og pasienten ved fremstilling av tannrestaureringer på basis av pasientens fysiognomi*
- *Intuitive kontroller: Digitalisering med bare ett klikk*
- *Høy skannehastighet: under 0,3 sekunder per ansikt*
- *Integreres svært godt i Zirkonzahn-arbeidsflyten: Ansiktsskanningene lagres i modelleringsprogrammet Zirkonzahn. Modellier i kombinasjon med skanneren S600 ARTI gjennom en patentert prosess*

## FACE HUNTER

3D ANSIKTSSKANNER

## DAK/DAP-SYSTEMET 1-TEC WET HEAVY

- *Datadrevet freseenhet med 5+1 samtidige akser med 8-stykkers verktøyskifter, irrigert behandling og metallbehandling*
- *Pc og skjerm*
- *Helautomatisk, optisk strukturert lysskanner S600 ARTI*
- *Programpakken består av: Skanneprogram, modelleringsprogram, fresepgram, lagringsprogram, fletteprogram og DAP-program*



# §§§ Spør advokaten

NTFs advokater får mange spørsmål om praktiske og juridiske problemstillinger fra tannlegenes hverdag. Tidende tar opp enkelte av disse problemstillingene i en egen spalte. Leserne oppfordres til å komme med egne spørsmål som kan sendes til redaksjonen.

## Mønsteravtalen og lokale lønnsvurderinger for tannhelsesekretærer

Jeg har to tannhelsesekretærer og følger Mønsteravtalens bestemmelser. Sekretærerne er ansatt i henholdsvis 100 og 50 prosent stilling. Hva innebærer den nye bestemningen om årlig lønnsvurdering i § 9 nr. 2 og årets forhandlingsresultat om lokale tillegg i praksis for meg som arbeidsgiver?

**Svar:** Mønsteravtalen er en veilegende avtale for tannhelsesekretærer ansatt hos privatpraktiserende tannleger. Den er blant annet ment å skulle være et bidrag til at privat sektor skal kunne tilby konkurransedyktige lønnsvilkår, på nivå med tannhelsesekretærer i offentlig sektor.

I offentlig sektor er oppgjøret todelt. Generelle tillegg og minstelønnssatser forhandles sentralt. Noen år blir en andel av lønnsmassen satt av til lokale lønnsvurderinger i fylkeskommunene, og fordeles mellom sekretærerne etter forhandlinger mellom tillitsvalgte og arbeidsgiver.

Mønsteravtalen er også basert på forhandlinger om generelle tillegg og minstelønnssatser. Det er opp til hver enkelt arbeidsgiver i privat sektor om de ønsker å gi lokale lønnstillegg utover det som følger av minstelønnsystemet. Noen år er det blitt avtalt et «flatt» individuelt tillegg til sekretærerne, som kompensasjon for at det ikke

har vært et system for å gjennomføre lokale lønnsvurderinger i privat sektor.

I forhandlingene i år ble man enige om å ta inn en ny bestemmelse i Mønsteravtalen § 9 nr. 2 om Årlig lønnsvurdering, som lyder slik:

I den enkelte virksomhet skal det gjøres en årlig vurdering av tannhelse-sekretærers og assistenters lønnsinnplassering. Grunnlaget for den årlige vurderingen skal være bedriftens økonomi, produktivitet, fremtidsutsikter og konkurranseevne. Tillitsvalgte kan kreve drøftingsmøte i forbindelse med den årlige lønnsvurderingen. Arbeidstaker har rett til årlig lønnssamtale.

I vurderingen av den enkelte ansatte skal følgende legges til grunn:

- Stillingens arbeids- og ansvarsområde.
- Arbeidstakerens kompetanse og egnethet.
- Utilsiktede skjevheter mellom de ansatte.

Følgende er avtalt for 2014, og tilsvarer om lag det som er satt av til lokale lønnsvurderinger i fylkeskommunene:

Med virkning fra 1.7 2014 settes det av minst kr 2 160,- per ansatt i 100 prosent stilling (forholdsmessig avkortning til ansatte i redusert stilling) til lokal lønnsvurdering i henhold til § 9 nr. 2 Årlig lønnsvurdering.

Dersom man har flere sekretærer er ovennevnte beløp ment å skulle danne en lokal «pott» til lokale lønnsvurderinger. I ditt tilfelle med to sekretærer i henholdsvis 100 og 50 prosent stilling vil den samlede lønnsmassen som settes av til lokale lønnsvurderinger bli: kr 2 160,- x 1,5 = kr 3 240,-.

Arbeidsgiver kan deretter avgjøre om det lokale tillegget skal gis som et «flatt» tillegg til sekretærerne, eller om det skal differensieres og fordeles ulikt mellom de ansatte. Hvilke forhold som skal vektlegges i vurderingen av den enkelte ansatte fremgår av Mønsteravtalen § 9 nr. 2 (se over).

Dette innebærer ikke at arbeidsgiver må gjennomføre lønnsvurderinger. Lønnfastsettelse for sekretærene ligger under arbeidsgivers styringsrett, men sekretærene har rett til en lønnssamttale.

Bestemmelsen om årlig lønnsvurdering er en konsekvens av at Mønsteravtalen er basert på et minstelønnssystem. Dette vil gi arbeidsgiver muligheten til å benytte økonomiske virkemidler for å rekruttere og beholde dyktige, pliktoppfyllende og ansvarsfulle sekretærer, og bidra til at lønn ikke bare fastsettes ut fra ansiennitet. Lokale tillegg kommer, som tidligere, i tillegg til det generelle tillegget i Mønsteravtalen.

NTF og Virke er av den oppfatning at lokale lønnsvurderinger bør overlates til den enkelte virksomhet. Sentral avsetning til lokale lønnsvurderinger, slik det ble avtalt i år, anses derfor som en overgangsordning.

Resultatet fra årets forhandlinger i sin helhet, og informasjon om hvordan dette praktiseres, finner du bl. a. på [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no) under nyheter fra 15.10 2014 «Forhandlinger om Mønsteravtalen er avsluttet». Den reviderte Mønsteravtalen for 2014 – 2016 vil i sin helhet bli publisert på NTFs nettsted under jus og arbeidsliv / kontrakter og avtaler så snart den er klarert av partene (NTF / Virke, Parat og Fagforbundet).



# Det enkle har blitt enda enklere

## Filtek™ Bulk Fill Posterior kompositt

Rask og enkel ett-trinnsapplisering; Fyll opp hele kavitten uten toppdekke med annen kompositt.

Fremragende holdbarhet og slitestyrke.

Meget god røntgenkontrast.

Filtek™ Bulk Fill Posterior kompositt er utviklet for å legge store posteriore fyllinger raskere og enklere, uten at slitestyrke, stressutvikling og polering påvirkes negativt. Materialet er svært enkelt å applisere og eliminerer behovet for lagvis oppbygging. Kan appliseres i ett sjikt opp til 4 mm (klasse I) eller 5 mm (klasse II).



[www.3MESPE.no](http://www.3MESPE.no)

**3M** ESPE

# Etikhjørnet på NTFs landsmøte 2014

Også på årets landsmøte hadde Etisk råd en sentral plass på NTFs torg. Vi som er medlemmer i rådet går i turnus for å bemanne vår stand. For å få flest mulig i tale lager vi etiske «problemstillinger» og serverer kaffe til dem som vil snakke med oss.

**D**et vi ønsker først og fremst er at våre kollegaer skal komme og ta opp saker de selv er opptatt av, saker som irriterer, bekymrer eller forvirrer. Medlemmene i Etisk råd tror ikke at vi er orakler og at vi kan svare fornuftig på alle henvendelser, men vårt ønske er å lytte og ta med oss de etiske spørsmålene til våre møter og diskutere dem der.

I år var flere studenter innom, de var positive til at NTF har et Etisk råd og at NTF prioriterer etikken høyt. De fikk med heftet med de etiske reglene med en anbefaling å sette seg godt inn i dem.

**Problematisk utenlandsbehandling**  
Vi snakket lenge med en kollega som var svært opprørt over en pasient som på reise til et østeuropeisk land hadde fått utført, noe impulsivt, 12-ledds broer i over- og underkjeven. Pasienten var diagnostisert med kronisk periodontitt. Hun hadde i flere år kun ønsket minimumsbehandling, men ti vel fungerende kroner var laget og bortsett fra den ubehandlede periodontitten var det ikke stort behandlingsbehov.

De ti kronene er fjernet, broer med store overheng og tette interdentalrom umuliggjør skikkelig renhold for pasienten. Hennes periodontale og orale helse er sterkt forverret.

Vår kollega har tatt kontakt med klinikken hvor behandlingen var utført og gitt uttrykk for sitt sinne. Han ønsker nå å få en spesialist i periodonti og protetikk til å se på pasienten og gi sin

uttalelse, slik at han kan gå videre med saken.

I våre etiske regler § 10 står det «Utover kommunikasjonen med pasienten, må en tannlege bare uttale seg om en kollegas arbeid eller vurderinger på oppfordringer fra NTFs organer eller offentlige tilsynsmyndigheter»

Vår indignerte kollega mener imidlertid at det må være vår (NTFs?) oppgave å advare pasienter mot ukritisk å gjennomføre tannbehandling ute. Han mener at vi er engstelige for at vi som profesjon skal bli beskyldt for proteksjonisme.

## Måle blodtrykk?

Noen tannleger tilbyr nå at pasienten får utført andre medisinske undersøkelser i tannlegestolen, for eksempel måling av blodtrykk. En kollega lurer på om dette er noe vi bør gjøre. Hvor usikker er målingen når vi vet at pasienten er i en behandlingssituasjon som kan oppfattes som stressende? Hva skal vi gjøre hvis vi får verdier som et utenfor de normale? Hvorfor skal vi tilby en slik måling og hvilket ansvar påtar vi oss?

## Annonsering og markedsføring

Mange kollegaer er opprørt over at tannleger averterer med «kun egenandel» for eksempel i forbindelse med innslagspunkt 15, og bruker HELFO i annonsene sine.

Er det innenfor våre etiske regler å annonser med: «Avtale med HELFO», når dette er noe alle privatpraktiserende tannleger har?

Vi tok dette opp med en representant for HELFO som fortalte at når HELFO får kjennskap til at tannleger informerer eller annonserer budskap som de reagerer på, tar de kontakt med tannlegen og gjør dem oppmerksom på dette. Det gjør de både overfor norske og utenlandske tannleger. Deres erfaring er at tannlegene følger henstillingene

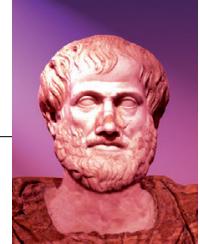
fra HELFO. Det som står på trykk i mediene, får de kjennskap til via en medieklipptjeneste. Denne klipptjenesten fanger imidlertid ikke opp annonser fra tannleger og heller ikke hva de skriver på sine nettsider. HELFO har blant annet reagert overfor tannleger og tannlegefirma som har brukt HELFOs logo i sin annonsering. De har også reagert på formuleringer i annonser med budskapet «våre tannleger er godkjent av HELFO» og gjort tannlegene oppmerksom på at ingen tannleger er «godkjent» av HELFO, de har oppgjørsavtale med HELFO. Formuleringen «Har oppgjørsavtale med HELFO» har de ikke reagert på, siden de som bruker formuleringen i sin annonsering eller på sine nettsider, faktisk har oppgjørsavtale.

## Enkle agenesier

To unge kollegaer har opplevd at kjeve-ortopedene ikke lenger behandler pasienter med enkle agenesier etter at refusjonen for behandling av disse er tatt ut av «Det gule heftet». De var frustrert over at pasientene blir gående med sin(e) primære tann/tenner og at de eventuelle følgene er noe de må ta i voksen alder.

## Klagenemndene og NPE

NTFs klagenemnder har i mange år utført en stor innsats for våre pasienter og kollegaer. I Oslo har statistikken vist at det er en liten overvekt av medhold til pasientene i forhold til tannlegene. Vi har nå fått NPE som en aktiv medspiller. I NPEs regler står det at pasienten kan få sin sak behandlet dersom erstatning etter en eventuell feilbehandling eller skade overskridet kr 5 000. Ifølge en representant for klagenemnden i Oslo Tannlegeforening har dette ført til at det omrent ikke er noen saker til behandling lenger. Er dette en utvikling vi synes er god? Kan vi foreslå en økning av minstebeløpet? Ønsker vi at klagenemndens ordning skal bestå?



## Akuttbehandling i ferien

Vi snakket også med en privatpraktiserende tannlege som opplevde at hennes faste pasienter som trengte akuttbehandling i hennes ferie ble tilbuddt full pakke med undersøkelse og røntgenbilder på den offentlige tannklinikken. Dette førte til at pasientene avbestilte neste innkallingstid ved den private klinikken. I NTFs etiske regler § 14 står det «Dersom en pasient tar kontakt med en tannlege for akuttbehandling, skal tannleggen kun behandle det akutte problem!»

## Mange spørsmål

Vi opplevde engasjement, og mange spørsmål ble stilt:

- Tar man betalt for 4 x anestesi der som 4 fronttenner skal behandles?
- Må jeg henvise til spesialist når jeg ønsker å utvikle egen kompetanse?
- EUs kosmetikkdirektiv, hvem kan bleke og hvem kontrollerer?
- Kan frykt for å gjøre noe galt føre til overbehandling?
- Kan man ta betalt for å sende ut journalkopier?
- Hva gjør man med «kliniske tannteknikere»? Hva gjør NTF?

– Hvis det oppstår etiske uoverensstemmelser med tannleger som ikke er medlemmer av NTF, hva kan man gjøre med det?

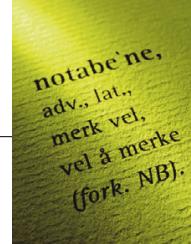
– Kan NTF markere tydeligere at det er en fordel for våre pasienter å velge å gå til en tannlege som er medlem av vår forening?

Vi i Etiskråd takker for alle som var innom hos oss!

*Lise Kjel og Vemund Øiestad  
NTFs råd for tannlegeetikk*

Besøk oss på [www.colteneblogg.no](http://www.colteneblogg.no) for mer informasjon

**COLTENE®**



## Studentforskerprisen 2014

**P**osterpresentasjonen av masteroppgaver til Studentforskerprisen ble arrangert på landsmøtefredagen, altså den 17. oktober. Det var meldt inn syv posterer, fordelt med én fra Universitetet i Bergen (UiB), tre fra Universitetet



Fra venstre: Lisa Søreide Johansen, Katrine Gullhav Hansen og Sandra Marie Jakobsen mottok Studentforskerprisen 2014 på NTFs landsmøte. Foto: Kristin Aksnes.

i Tromsø (UiT) og tre fra Universitetet i Oslo (UiO).

Emmene var varierte og omfattet kjeveledd-osteointritt, dentale erosjoner, oscillasjoner i mRNA-nivåer, kjeveortopedi og gingivale retraksjoner, bisEMA i komposittresiner, bruddstyrke i zirkoniumkroner og snusbruk hos ungdom.

De muntlige presentasjonene var gode og klare, og det var et gjennomgående godt nivå på arbeidene. Juryen hadde en betydelig utfordring i sine vurderinger.

Den posteren juryen fant som den beste var «Snusbruk blant ungdomsskoleelever ved videregående skoler i Tromsø». Masteroppgaven var levert av Katrine Gullhav Hansen, Sandra Marie Jakobsen, Lisa Søreide Johansen og Werner Johansen. I sine kommenta-

rer skrev juryen: «Posterens viser god oversikt, en kortfattet og grei diskusjon, en balansert konklusjon, og den omhandler et emne som er aktuelt i tiden. Juryen er også fornøyd med posterens layout og den muntlige presentasjonen».

NTF takker alle som deltok i posterpresentasjonen, og ønsker lykke til med tannlegevirksomheten.

Aril Juul Nilsen  
Fagsjef i NTF



## TILBAKEBLIKK

### ■ 1914

#### Olding – Konfirmant

**M**idt imellem flatbrød og ost og manden solid landsens kost kunde man paa Jubilæumsutstillingen for nogen uker siden se to tandavtryk, som i høi grad vakte publikums interesse. Avtrykkene var tat av en olding og av en konfirmant. Oldingens gebis viste 28 solide og feilfrie tænder; konfirmanten hadde mest bare røtter og kun nogle faa kronerester, ikke en eneste hel tand.

Udstillerne, tandlæge P. Larsen og amtsdyrlæge J. Kjos Hanssen, Ekersund, mener at denne bedrøvelige foretelse er et resultat av nutidens kosthold, som er saa helt forskjellig fra tidligere tiders. Ved siden av tandavtrykkene har derfor utstillerne hængt op spisesedler fra ældre og nyere tider i distrikten omkring Ekersund

September 1914, 8de hefte

### ■ 1964

#### Redaktørskifte

**E**tter i 6 år å ha ledet tidsskriftets faglig-vitenskapelige del, trekker Ferdinand Strøm seg tilbake som redaktør for N. T. F.'s Tidende. Med sin allsidige odontologiske bakgrunn fra praksis, undervisning, forskning og foreningsarbeide hadde han de beste forutsetninger for å holde tidsskriftet på et faglig høyt nivå. Denne oppgave har han løst på en utmerket måte.

N. T. F.'s Tidende er standens ansikt utad og innad, og redaktørstillingen er ansvarsfull og krevende. Ferdinand Strøm gikk helhjertet og med aldri sviktende interesse inn for oppgavene, og det gjør godt å kunne si: Hjertelig takk!

Da bl.a. spørsmålet om deling av Tidende i et faglig-vitenskapelig tidskrift og et medlemsblad er under utredning, er den nye redaktøren S. F. A. Bervell konstituert for ett år. Jeg ønsker ham lykke til. (Rolf Wang-Norderud, president)

November 1964, hefte 9

### ■ 2004

#### Sukret mineralvann og søtsaker – 1989 til 2001

**S**om del av studien «Helsevaner blant skoleelever» gjennomførte HEMIL-senteret, UiB regelmessige spørreundersøkelser blant representative utvalg av norske 11-, 13- og 15-åringer i 1989, 1993, 1997 og 2001. Andelen gutter og jenter som oppgav at de daglig konsumerer suktet mineralvann/brus og søtsaker økte fra 1989 til 2001. Økningen var konsistent i alle aldersgruppene. Samlet viste resultatene at gutter og jenter hadde henholdsvis fire og nesten fem ganger så stor sannsynlighet for å drikke brus daglig i 2001 sammenlignet med 1989. For daglig inntak av søtsaker/snop var sannsynligheten dobbelt så stor for guttene og tre ganger så stor for jentene over samme 12-årsperiode.

November 2004, nr. 15

## KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

### NORGE

8.–10. jan. '15	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
30.–31. jan. '15	Oslo	Fellesmøte for spesialistforeningene. Quality Hotel Expo Fornebu. Henv. spesialistforeningene
6.–7. febr. '15	Bodø, Rica Havet Hotell	Norsk forening for odontofobi. Februarseminaret. Henv. Pål Ellingsen, paalelli@online.no eller se under spesialforeninger på www.tannlegeforeningen.no
23.–24. april. '15	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
29.–30. mai '15	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no. Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
8.–9. juni '15	Kristiansand	Kristiansand Lederforum
9.–11. juni '15	Kristiansand	Samfunnssodontologisk Forum. www.vaf.no
28.–30. aug. '15	Solstrand hotel	SAED's møte. Se www.saed.nu
11.–12. sept. '15	Oslo	Årsmøte i Praksiseierforeningen SPA. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henv. Magne Skomedal, e-post: magne@tsmg.no
29.–31. 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
21.–22. april. '16	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no. Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
3.–5. nov. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
9.–10. juni '17	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no. Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
25.–26. mai '18	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no. Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
24.–25. mai '19	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no. Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net

### UTLANDET

28. nov.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meetiting. www.gnydm.com
29. april–3. mai '15	Sicilia	Norsk Endodontiforenings Italiakurs. Henv. nina.wiencke.gerner@gmail.com
4.–6. juni '15	Riga, Latvia	BSCOSO. The 2nd Baltic Sea Conference on Orthognathic Surgery and Orthodontics. www.BSCOSO.com
22.–25. sept. '15	Bankok, Thailand	FDI. Se www.fdiworlddental.org
7.–10. sept. '16	Poznan, Polen	FDI. Se www.fdiworlddental.org
27. nov. '15	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meetiting. www.gnydm.com

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

### Mange takk

Tidendes redaksjon takker alle som har bidratt med stoff til Tidende gjennom året som er gått - fagstoff, aktuelt, debatt, bokanmeldelser, sommersaker, foreningsstoff og faste spalter. Ingen nevnt, og ingen glemt.

En særskilt takk går til fagfellene som vurderer vitenskapelige artikler og kasuspresentasjoner - for det viktige arbeidet dere utfører når dere kvalitets-sikrer fagstoffet for Tidendes lesere.

Vi ønsker alle våre verdifulle bidragsytere en god jul og et fint og godt nytt år.

Redaksjonen

### Årsindeks for 2014

Innholdsfortegnelsen eller årsindeks for Tidende har fra og med 2013-årgangen ikke fulgt med årets siste utgave i papir-versjon. Årsindekser ligger på Tidendes nettsted, www.tannlegetidende.no under Innhold.

Tips og bidrag til  
Notabene-sidene sendes  
tidende@tannlegeforeningen.no



Er du på nett med Norsk Tannvern?

### Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøtssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



## Internasjonal kongress om funksjonshemming og oral helse

Den 22. kongressen til IADH (International Association for Disability and Oral Health) fant sted fra 1. til 4. oktober 2014 i kongressenteret Estrel i Berlin. Fra Norge reiste flere personer med interesse for feltet, disse representerte Norsk seksjon av NFH, TAKO-senteret ved Lovisenberg Diakonale sykehus i Oslo og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest.

**I**ADH er en internasjonal organisasjon for oral helse for personer med kronisk sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne. Den internasjonale kongressen arrangeres hvert annet år. Norsk seksjon av NFH (Nordisk Forening for Funksjonshemming og Oral Helse) er medlem av IADH. Norsk seksjon av NFH arrangerer jevnlig dagskurs og kveldsforelesninger om ulike tema innenfor dette området. Annet hvert år arrangeres det en felles nordisk kongress. I 2013 ble den arrangert på Lillestrøm utenfor Oslo og i 2015 blir den nordiske kongressen arrangert på Jylland i Danmark i august ([www.nfh-danmark.dk](http://www.nfh-danmark.dk)).

I sin åpningstale sa presidenten for IADH-kongressen, Andreas Schulte, at det var vanskelig å skaffe midler til pasienter med ekstra utfordringer. Han oppfordret myndighetene i alle land til i sterkere grad å støtte omsorgen for disse pasientenes orale helse. Han oppfordret også alle odontologiske læresteder til å behandle pasienter med spesielle behov for at studentene skal få erfaring med å ta seg av disse pasientgruppene.

Rundt 500 deltakere fra mer enn 40 land hadde funnet veien til Berlin og IADH-kongressen, og byen viste seg fra en solrik og varm side. Med tanke på at det akkurat i disse tidlige oktoberdagerne ble feiret 25-års-jubileum for Berlin-murens fall (selv om den egentlig falt 9. november 1989), oppfordret presidenten for IADH-kongressen alle til å være med på å rive ned barrierene for at mennesker med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming får god nok omsorg i tannhelsetjenesten.

Det faglige programmet var variert og delt inn i tematiske blokker hvor eksperter gav oversiktsforedrag og i vitenskapelige blokker med korte presentasjoner av forskning og kasuistik-

ker. Den første dagen var det flere foredrag om smerte hos utviklingshemmede. Helt til langt ut på 1980-tallet trodde man at barn under ett år ikke hadde utviklet sin smertepersepsjon og at man derfor kunne operere på disse uten analgesi. Det var først en artikkel av inderen Kanwaljeet (Sunny) Anand i Lancet i 1987 som forandret denne misoppfatningen. Han viste at babyer som fikk smertestillende hadde færre stressreaksjoner enn babyer som bare fikk lystgass.

Chambers og medarbeidere skrev i 1998 at foreldre underestimerer smerte hos egne barn og Versloot og medarbeidere konkluderte i en studie i 2004 at tannleger underestimerer smerte hos barn generelt. Dette er med på å bekrefte begrepet smerteblindhet hos profesjonelle helsearbeidere. I 1995 inkluderte American Pain Society (APS) smerte som det femte tegn for vitalitet ved siden av hjerteslag eller puls, blodtrykk, temperatur og respirasjon.

Når det gjelder mennesker som har redusert kognitiv funksjon og kommunikasjonsproblemer, som ikke enkelt kan meddele at de opplever smerte, har senere års studier vist at smerte blir underregistrert også hos denne gruppen.

Peter Martin fra Seguin-hospitalet i Kehl-Kork (i Tyskland, på grensen mot Frankrike) holdt foredrag om smerte hos pasienter med utviklingshemming. Han viste til McCaffery, som allerede i 1968 uttalte at «smerte er det som personen som opplever det sier at det er». Dysfunksjoner i hjernen kan føre til unormal smertereaksjon, men normal smerteoppfatning. I en studie ble helsepersonell intervjuet angående deres oppfatning av smerteopplevelser hos sine pasienter. I følge helsepersonell hadde kun syv prosent av pasientene smertetilstander. Ved videre undersøkelser av pasientenes helsetilstand viste det seg allikevel at langt flere (ca. 70 prosent) hadde diagnosører som forårsaker smerte! Hos individer med Downs syndrom finnes en del komorbiditeter som instabilitet



Fra IADH-konferansen i Berlin i oktober 2014.

i ryggraden, cervical spondylose, infeksjoner i mellomøret, akutt glaukom, ulcerer på øyet, og alle disse forårsaker smerte i hode- og ansiktsregionen. Det viser seg at pasientene ofte formidler at «det er noe med hodet», men at de ikke er i stand til å formidle spesifikt hva det er.

Et annet eksempel er pasienter med Rettss syndrom, der terskelen for somatisk smerte er øket, men redusert for visceral smerte. Når pasienter med utviklingshemming forandrer sin habitus må man alltid spørre seg om dette er forbundet med, eller har årsak i smerte. Subtile forandringer i oppførsel hos en utviklingshemmet person kan indikere smerte. Problemoppførsel som har eksistert i mange år og som øker i intensitet eller frekvens kan også være uttrykk for smerte, understreket Peter Martin. Elinor Bouvy-Berends fra Rotterdam viste også til eksempler fra studier om mennesker med Downs syndrom. I 2010 ble en nederlandsk studie om barn med Downs syndrom og smerte publisert. I studien hadde man testet barnas visuell-motoriske reaksjonstid og deres smertesensitivitet (med is på pannen). I tillegg så man på deres medisinske historikk og de deltok også i en spørreundersøkelse om smertetoleranse. Studien viste at 85 prosent av de undersøkte kunne uttrykke smerte, men bare 20 prosent av barna med Downs syndrom kunne kvantifisere smerte. Kun 46 prosent kunne lokalisere smerte.

Foreldre har lett for å tro at deres barn er mindre sensitive for smertestimuli, trolig fordi barna reagerer annerledes og har redusert mestring av smerte. Det er derfor interessant å merke seg at det i en studie ble vist at mennesker med Downs syndrom er flinkere til å peke ut ansiktsuttrykk som uttrykker smerte enn de er til å peke på tall. Undersøkelser har også vist at tannlegen er mer smerteblind enn sin sekretær!

Dagene fortsatte blant annet med foredrag om tannbehandling i generell anestesi i forskjellige land. I USA er det mulig å utdanne seg til anestesiolog etter grunnutdanning som tannlege, og på denne måten kvalifisere seg til å



Behandlingsmål presenteres på IADH-konferansen.

legge pasienter i generell anestesi i tannlegepraksis! I andre land er det som i Europa, hvor leger med spesialitet innen anestesiologi har ansvaret for pasienten i generell anestesi, mens tannlegen har ansvaret for den odontologiske behandlingen. John Meecham fra Newcastle presenterte oss for hvordan vi skulle løse problemer med lokalane stesi hos pasienter med funksjons hemming. Han viste bl.a. Vazirani-Akin nozi-teknikken (går ut på å fylle pterygomandibularrommet med lokalane stesi) for å sette mandibularblokk ved lukket munn. En metode for å teste om lokalane stesien virker er å bruke pulpatester. Man må imidlertid være oppmerksom på at adrenalin fra lokalane stesi kan øke blodtrykket markant og at dette kan være uheldig hos en rekke mennesker med kronisk sykdom.

Av kortere presentasjoner er spesialfysioterapeut Malik Mahics (TAKO-senteret, Oslo) verd å nevne. Han presenterte et kasus hvor en pasient som var behandlet med stråleterapi og operasjon i kjeveledd hadde fått redusert gapeevne. Pasienten var 16 år gammel og hadde tale- og spisevansker. Pasienten ble henvist til Mahic med alvorlige

kontrakturer i kjeveleddet, generell gingivitt og paralyse av N. facialis. Mahic fikk økt pasientens gapeevne med fem mm i løpet av en måned ved ulike former for trening og toying, men etter ni måneder var det nødvendig med nok et kirurgisk inngrep. Etter dette var pasientens gapeevne igjen redusert betraktelig og Mahic begynte på nytt med oralmotorisk trening. Det fulgte mange spørsmål etter Mahics presentasjon, men vi la merke til en kommentar fra Mahic: «Når pasienter opereres i kne eller hofte får de fysioterapi og opptrening. Når de opereres i kjeveledd får de ingen fysioterapi eller opptrening!»

Det kunne nevnes mye mer fra denne store konferansen i Berlin, da programmet både var stort og interessant. Vi oppfordrer interesserte kollegaer til å melde seg inn i norsk seksjon for NFH (Kontaktperson: stefan.axelson@tako.no). Den 23. IADH-konferansen finner sted i 2016 i Chicago, og kanskje blir vi enda flere som reiser dit? Les mer på [www.iadh.org](http://www.iadh.org).

Tekst og foto: Styret i Norsk seksjon av NFH

## Symposium for Arild Stenvik – pensjonist og løsarbeider



Lisen Espeland overrakte Arild Stenvik en symbolisk laurbærkrans. Fra venstre: Lisen Espeland, Arild Stenvik, Gundega Jacobsone, Hans R. Haanæs, Ewa Czochrowska, Urban Hägg og Bjørn Zachrisson,

Avdeling for kjeveortopedi ved Universitetet i Oslo avholdt den 23. oktober et symposium for Arild Stenvik, som en markering av hans innsats for fakultetet og kjeveortopedien gjennom mange år. Han ble pensjonist i 2010, men er fortsatt engasjert ved fakultetet – dels i samarbeidet med kirurger om behandling av pasienter med alvorlige bittavvik, som trenger både kjeveortopedisk behandling og kjeveoperasjoner. Og dels som veileder for doktorgradsstipendiater. Ved symposiet deltok noen av hans mange samarbeidspartnere fra inn- og utland.

**P**rofessor og fagleder ved avdelingen, Lisen Espeland, ønsket velkommen, og fortalte gjennom en lengre billedkavalade om Stenviks faglige liv fra han begynte på spesialistutdanningen i kjeveortopedi i 1966 til han offisielt gikk av med pensjon i 2010. Etter avsluttet spesialistutdanning startet han sin vitenskapelige karriere på «Anatomoen» hos Ivar A. Mjør på Blindern der han ble prossektor og tok lisensiatgraden på vevsreaksjoner ved tannforflytning. Etter mange år som utøvende kjeveortoped, kom han tilbake til fakultetet på 1980-tallet.

– Arild utfører fremdeles et stort arbeid ved avdelingen, sa hun og fremhevet blant annet hans innsats for å starte den tverrfaglige Ekspertjenesten for behandling av barn og unge

med spesielle og komplekse problemer, basert på interdisiplinært samarbeid.

### Dekanen kastet glans

Dekan ved Det odontologiske fakultet, Pål Barkvoll, er en travle mann, men han tok seg tid til å innlede symposiet og omtalte Stenvik som en av fakultets pilarer, som alltid har vært flink til å fremme kjeveortopedi som disiplin. Han trakk fram 68 forfatterregisteringer i Medline og 122 arbeider i Kristin, Universitetet i Oslos artikkelarkiv; de første fra 1960-tallet, de siste fra 2014. Han ga Stenvik mye av æren for et stromlinjeformet utdanningsløp i kjeveortopedi, fortalte at han i tillegg var sentral i ADEE (Association for Dental Education in Europe) mens han var studiedekan. Av andre verv kan

---

nevnes at Stenvik var forskningskoordinator i Euroqual-prosjektet som dreide seg om kvalitetssikring av kjeveortopedisk behandling. Han har vært «visiting professor» ved Trinity College i Dublin og Universitetet i Amsterdam og hatt et utstrakt samarbeid med alle de baltiske landene, noe som har ført til at han er utnevnt til æresdoktor i Riga, Latvia.

#### Fra Hong Kong til Warszawa

Svenske Urban Hägg, som har vært professor i Hong Kong i mer enn 20 år og en viktig samarbeidspartner for Stenvik siden 1980-tallet, var første foreleser. Hägg og Stenvik har samarbeidet om spesialistutdanning og hatt et tett samarbeid i en årekke.

– Kjeveortopeder er de eneste bortsett fra politiet som er opptatt av folks profiler, sa Hägg og ga en kritisk gjennomgang av kjeveortopediske kasus, klassifikasjons- og diagnosemetoder.

Neste foreleser var polske Ewa Czochrowska som har spesialistutdanning og doktorgrad fra Oslo, med Stenvik som veileder. Hun snakket om fordelene ved tanntransplantasjon hos unge som ennå vokser og er i forandring. Tittelen på foredraget var «Is tooth transplantation still a valid option in dentistry?»

Tanntransplantasjon er en skandinavisk tradisjon og kan vise til svært gode resultater, noe som ikke er like godt kjent ellers i Europa. Hun fortalte at hun en gang sendte inn en artikkel om dette til et vitenskapelig tidsskrift og at

redaktøren svarte at det fantes svært gode løsninger med implantater nå for tiden, og anbefalte forfatterne å diskutere disse mulighetene i stedet.

– Dette var én av grunnene til at jeg har villet slå et slag for transplantasjon, sa Czochrowska og fortalte at det foreligger et materiale ved Avdeling for kjeveortopedi i Oslo på mer enn 1800 transplantasjoner. Hun har nylig vært president for European Orthodontic Society's kongress i Warszawa og reiser verden rundt og holder foredrag om tanntransplantasjon.

#### Vakre smil og profiler

Professor Bjørn Zachrisson er en populær foredragsholder rundt omkring i verden og i stor grad ansvarlig for at Stenvik startet sin andre vitenskapelige karriere etter å ha vært kliniker en periode, og de to har blant annet samarbeidet om flere vitenskapelige artikler. Tittelen på hans foredrag var «Manglende fortener – smilet kan likevel bli vakkert». Det dreide seg om hvordan en kan erstatte manglende tenner hos barn og ungdom, og hvilke alternativer som finnes. Her gir kombinasjonen ortognatisk kirurgi og protetikk i tillegg til transplantasjon store muligheter.

Neste person på arenaen var Gundega Jacobsone, og temaet var «Surgical management of Class III malocclusion». Hun er fra Riga og tok norsk doktorgrad i høst med Stenvik som veileder sammen med Lisen Espeland og Urban Hägg som opponent.

Jacobsone berømmet det givende forskningssamarbeidet fra talerstolen før hun satte seg i salen og viste en film om denne prosessen. Filmen viste en del av veiledningen, som hadde foregått med e-post, illustrert med både tekst og bilder til klassisk pianomusikk på en delvis ekspressiv, delvis noe slurve måte, noe som illustrerte læringsprosessen på en underholdende måte.

#### Gammelt vennskap ruster ikke

Tidligere professor ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Hans Haanæs, hadde kalt sitt bidrag «Oralkirurgiske smokebiter fra et halvt århundre». Han er både medisiner og odontolog, men betrakter seg som det siste. Han er også en av pionerene innen laserbehandling. Han illustrerte utviklingen fra 1960-årene til i dag med metoder hvor ikke alle var blitt del av standardprosedylene, men som til gjengjeld kunne være underholdende såpass lang tid etterpå.

Haanæs og Stenvik har fulgt hverandre tett fra de gikk på Katedralskolen i Trondheim sammen på femtitallet og på samme kull da de utdannet seg til tannlege. De valgte forskjellig spesialitet, men har hatt et utstrakt faglig samarbeid på tvers av spesialitetene.

Alle bidragsyterne fremhevet Arild Stenviks solide vitenskapelige bidrag, hans evne til å dele kunnskap og hans mange gode menneskelige egenskaper.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

**Dødsfall**

Rolf Holmeide, f. 6.09.1931, tannlegeeksamen 1960, d. 30.09.2014  
 Harald M. Kjellevold, f. 08.02. 1944, tannlegeeksamen 1970, d. 22.09.2014  
 Rune Solheim, f. 25.06.66, tannlegeeksamen 1992, d. 11.09.2014  
 Erik Drangholt, f. 29.11.1934, tannlegeeksamen 1965, d. 30.10.2014

**Fødselsdager****90 år**

Sigfrid Hovlandsdal, Oslo, 18. desember  
 Karl Hugo Jacobsen, 14. januar, 90

**85 år**

Torkel S. Viland, Ølen, 11. desember

**80 år**

Ivar Leo Sæther, Kristiansund n, 11. desember  
 Pål Arneberg, Oslo, 12. desember  
 Per Vagn Kjellsen, Eydehavn, 20. desember  
 Stein Iversen, Sandefjord, 28. desember  
 Borghild Hæreid, Fredrikstad, 14. januar  
 Frode Egge, Porsgrunn, 24. januar  
 Svein Erik Sveinsson, Drammen, 24. januar

**75 år**

Lillian Oulie, Oslo, 28. desember  
 Harald Stautland, Rubbestadneset, 22. januar

**70 år**

Inger Theie Naalsund, Drøbak, 11. desember  
 Gunnar Heimark, Storebø, 24. desember  
 Peter Blystad, Oslo, 30. desember  
 Ove Holst, Kristiansand, 7. januar  
 Harry-Sam Selikowitz, Oslo, 13. januar  
 Sjur Henning Klatran, Nesoddtangen, 14. januar  
 Terje Jenssen, Eidsvoll, 15. januar  
 Oddbjørn Bruaset, Oslo, 16. januar

**60 år**

Vigdis Hovden Måansson, Moss, 12. desember  
 Jan Norberg, Stavern, 17. desember

Elin Giertsen, Oslo, 18. desember

Annika Sahlin-Platt, Solna, Sverige, 18. desember

Per David Clee Søhoel, Halden, 21. desember

Mette Nordstrand Tangen, Hafrsfjord, 22. desember

Helge Ravik, Asker, 28. desember

Kate Margareth Adolfsen-Trabelsi, Stokmarknes, 27. desember

Jarle Worre, Kopervik, 1. januar

Hans Haugum, Namsos, 5. januar

Leif Ørvrum, Tommestad, 8. januar

Najwa Abou Aljadayel, Mysen, 10. januar

Dariush Farahani, Steinkjer, 10. januar

Svein-Ivar Dahle Foss, Paradis, 10. januar

Elsa Sundsvold, Tromsø, 13. januar

Bjørn Kvaran, Steinkjer, 18. januar

Jon-Edgar Stalheim, Bergen, 18. januar

Espen Plünnecke, Sarpsborg, 23. januar

**50 år**

Ingred Moen Sande, Sunndalsøra, 16. desember

Manal I Mustafa Sharafeldin, Bergen, 16. desember

Jafar Jafari, Sandnessjøen, 27. desember

Soteris Achilleos, Gjøvik, 24. desember

Ivar Kvitnes, Mosjøen, 30. desember

Ingrid Roko Krogstie, Flisa, 10. januar

Nguyen Ngoc Nu, Oslo, 16. januar

Anne Rønneberg, Rælingen, 17. januar

Tore-Cato Karlsen, Fredrikstad, 23. januar

**40 år**

Lise Nyøygard, Bekkestua, 17. desember

Tania Sanchez Tamargo, Tynset, 18. desember

Hugo Nygård Pettersen, Harstad, 24. desember

Gitanjali Pathak, Kristiansand, 27. desember

Elisabeth Jæger, Oslo, 27. desember

Frank Bertinussen, Bodø, 6. januar

Christian Skoe Berntsen, Skien, 7. januar

Hedda E. Storsten, Oslo, 8. januar

Marte Marit Sveinhaug, Fredrikstad, 10. januar

Vibeke Frigaard, Rådal, 13. januar

Nicolay Nilssen, Jevnaker, 14. januar

Håvard Aass, Skreia, 14. januar

Jo Sæther Mæhle, Stavanger, 20. januar

**30 år**

Shruti Dutta, Oslo, 13. desember

Andrea Constance Børresen, Bekkestua, 24. desember

Cecilie Bjærum, Asker, 31. desember

Marit Eidissen, Tromsø, 1. januar

Kathrine Tvermyr, Arendal, 1. januar

Erland Often Sveen, Oslo, 3. januar

Per Christian Tronesvold, Bergen, 6. januar

Stina Hellesen Birkeland, Bergen, 9. januar

Kim Ngoc Nguyen, Oslo, 12. januar

Betina Adriana Lind van Pelt, Geilo, 15. januar

Hannelore Cuypers, Flaktveit, 16. januar

Kristina Bergström, Tønsberg, 19. januar

Chin (Andy) Chen, Oslo, 20. januar

Tete Corinne Blakstad, Kristiansand, 21. januar

Liv Oddrun Valør, Trondheim, 21. januar

Charlotte Elizabeth Talseth, Oslo, 23. januar

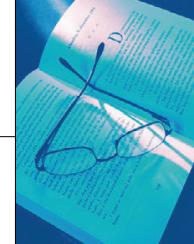
**Fødselsdager**

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](mailto:tidende@tannlegeforeningen.no),  
 faks 22 55 11 09 eller per post til  
 Tidende, postboks 2073 Vika,  
 0125 Oslo

**Dødsfall**

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



Tore Åge Bringsværd og Anne G. Holt  
**Petra skal til tannlegen**



Dette er en nylig utgitt bok i den populære barnebokserien Karsten og Petra-bøkene. Bringsværd er forfatter og Holt ilustratør. Historien begynner med at

Petra som er «nesten seks år» håper hun snart mister en tann, og det skjer mens hun spiser matpakken sin i barnehagen. Vel hjemme legger hun tannen i et vannglass og venter på at tannfeen skal komme i løpet av natten. Mamma sier det det er godt at de «netttopp har fått innkalling til tannlegen», og på sengekanten leser hun en billedbok om tannbørster.

Petra kommer til barnehagen neste dag og forteller fornøyd at tannfeen har vært på besøk og at hun snart skal til tannlegen. Da er det flere av barna som sier hun bør grue seg fordi det er «ekkelt og forferdelig vondt», og en mener til og med at «tannleger burde stappes inn i en rakett og sendes til månen!» Heldigvis bringes det inn noen motforestil-

linger fra Henrik som jobber i barnehagen, og han forklarer at det kan gjøre litt vondt hvis hun har et hull som må bores. Og at hun sikkert kan få bedøvelse.

Deretter følger noen sider om melktenner og tannutvikling, formidlet av Petras kosedyr kaninen, som leser om dette i en bok. Ikke noe å utsette på det faglige innholdet.

Neste dag går Petra og mamma til tannlegen som holder til i et hus nede ved havnen. Dette viser seg å være et tannlegekontor med tannhelsesekretær og tannlege. De blir mottatt av den hyggelige sekretæren som ønsker velkommen og blir vist inn til tannlege Roger. Han oppfører seg eksemplarisk og utviser en stegvis tilnærming med å vise og fortelle før han undersøker og til slutt ender med å fortelle Petra at hun har et lite hull som må bores og fylles – det gjør han, og det går stort sett greit. Petra synes det gjør «litt vondt», og etter behandlingen setter Roger seg ned på en stol, takker Petra og gir en henne en liten havfrue som premie. Men hva Petra og mamma må gjøre for å forebygge flere hull, sier han ikke noe om. Kosthold og tanppuss var

et ikke-tema under besøket hos tannlege Roger – temaet ble så vidt berørt da mamma leste om tannbørster i historisk perspektiv for Petra.

Min innvending mot boken er at den virker litt utdatert. Alle barn i Norge får innkalling til tannhelsekontroll senest det året de fyller tre år, de blir innkalt til en offentlig tannklinik, oftest med flere ansatte, og de blir undersøkt av en tannpleier. Og jeg er blitt fortalt at barna stort sett gleder seg til å komme til kontroll. Jeg var nylig på konferanse i Tannhelsetjenestens folkehelsenettverk, og der fikk jeg høre at barna blir skuffet om timen av en eller annen grunn må utsettes!

Jeg vil tro at Norsk Tannverns brosjyre Første besøk på tannklinik vil være mer egnet når foreldre skal forberede barnet på den første tannhelsekontrollen, og så vidt jeg vet, er det mange, men sikkert ikke alle, klinikker som vedlegger denne brosjyren når de sender ut innkallingen.

*Reidun Stenvik*

*Oslo: Cappelen Damm AS, 2014. ISBN 978-82-02-43995-8*

## ■ 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.

Før 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.

# Ordre

Avsender, stempel

170784

Kundenummer

Dato

Underskrift

Vi bestiller følgende artikkel:

Artikkel nr. Artikkel

- Total-ets-bonding
- Selv-ets-bonding
- Dual-herder aktivator
- Applikasjonsbørste
- Ceramic primer
- Metall primer
- Zirkonium primer
- Glazing

**X**

Antall Total pris

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

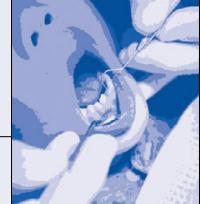
1 - -

2 - -

1 - -

2 - -

1 - -



## ■ SPESIALISTER

### ■ ENDODONTI

#### AKERSHUS

**Bekkestua Tannmedisin AS**  
Dr.odont. Gilberto Debelian  
**Tannlege Randi Dahl Espeland**  
**Tannlege Anne-Grethe G. Tronstad**  
**Tannlege Trude Udnæs**  
**Tannlege Stig Heistein**  
Gamle Ringeriksvei 37  
1357 Bekkestua  
Tlf. 67 83 22 10  
Faks 67 83 22 15  
post@bekkestuatannmedisin.no

**Tannlege Kjersti Asbjørnsen**  
Også lystgass  
Åsenveien 1  
1400 Ski  
Tlf. 64 87 28 15  
Faks 64 86 52 66

**Tannlegene Jan Boiesen og Sølve Larsen**  
**Tannlege Hilde M. Aanmoen**  
Brogata 10c  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 81 28 03  
Faks 63 81 13 35  
E-post: boiesen@online.no

**Tannlege Nabeel K. Mekhlif**  
Skedsmogt. 7  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 80 33 66

**Tannlege Arash Sanjabi**  
Tannhelsesenteret Skårer AS  
Skårersletta 10  
1473 Lørenskog  
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70  
Faks 67 91 72 01

**Tannlege Johan Ulstad**  
Brynsveien 104  
1352 Kolsås  
Tlf. 67 13 69 93  
Faks 67 13 22 11

**Tannlege Berit Aanerød**  
Vestbytorget  
Møllevei 4  
1540 Vestby  
Tlf./faks 64 95 16 40

*Jobber også her:*  
Torget 1, 3256 Larvik  
Tlf. 33 18 44 24

#### BUSKERUD

**Bragernes Endospesialist As**  
Tannlege Elham Al-Toma  
Bragernes torg 4, 3017 Drammen  
Tlf. /Faks 32899860/32899861  
Tar i mot funksjonshemmede

**Tannlege Unni Endal**  
Smerteutredning  
Endodontisk kirurgi  
Resorbsjoner  
Drammen Tannlegesenter  
Besøks adresse: Øvre Torggate 10–3017  
Drammen  
Post adresse: Postboks 316, Bragernes –  
3001 Drammen  
Telefon: 32 83 60 00  
Telefax: 32 83 55 90  
post@drammen-tannlegesenter.no  
www.drammen-tannlegesenter.no

**Tannlege, Dr.odont Isabelle Portenier**  
Drammen Tannlegesenter AS  
Øvre Torggate 10, Postboks 316  
3001 DRAMMEN  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
post@drammen-tannlegesenter.no  
www.drammen-tannlegesenter.no

**Spes.endo. Arash Sanjabi**  
også behandling i narkose/sedasjon  
**Bergstien tannlegesenter as**  
Bergstien 64  
3016 Drammen  
kollega-telefon VIP: 3282 0300  
(3283 8000)  
Faks 3283 8820  
tannlegen@tannlegen.nhn.no  
www.tannlegen.com

#### HEDMARK

**Tannlege Nabeel K. Mekhlif**  
Torggt. 83 2317 Hamar  
Tlf. 62 52 65 22

#### HORDALAND

**Tannlege Hege Hekland**  
Tannlege Hekland AS  
Starvhusgt 2A  
5014 Bergen  
Tlf. 55 31 73 61

#### Tannlege Irene Våge

Askøy Tannlegesenter  
Spesialist i endodonti  
Juvikflaten 14a  
5308 Kleppestø  
Tlf. 56 14 20 14/90 07 73 33  
Tilkomst for funksjonshemmede  
www.ats.as  
irene@ats.as

#### MØRE OG ROMSDAL

**Tannlege Marianne Kleivmyr**  
President Christies gate 19  
6509 Kristiansund  
Tlf 71 67 27 47  
Spesialist i endodonti

#### OPPLAND

**Tannlege Veslemøy Linde**  
Ola Dahls gt. 14  
2670 OTTA.  
Tlf. 61 23 11 36  
Faks 61 23 11 88.  
post@tannlegen.org

Mjøstannlegene  
Trondheimsvn. 8  
2821 Gjøvik  
Tlf. 61 13 08 25

#### OSLO

**Bjerke Tannmedisin AS**  
**Tannlege Stig Heistein**  
sh@tannmedisin.no  
Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
www.tannmedisin.no

**Endodontisenteret Homansbyen**  
**Tannlegesenter As**

Oscarsgate 20  
0352 Oslo  
Tlf. 23 32 66 60  
Faks 23 32 66 61  
www.htls.no  
post@htls.nhn.no  
**Tannlege Nina Wiencke Gerner**  
**Tannlege Arash Sanjabi**  
**Tannlege Hilde M. Aanmoen**  
**Tannlege Dr. odont Pia Titterud Sunde**  
Mulighet for sedasjonsbehandling ved  
anestesilege Nina Solheim

**Festningen tannklinikk AS**  
**Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold, Knut Årvig og Cecilie Herbjørnsen**  
Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 42 54 87  
Faks 22 41 31 73  
[www.festningen-tannklinikk.no](http://www.festningen-tannklinikk.no)  
e-post: firmapost@raadhustann.no

**Galleri Oslo Klinikken**  
**Tannlegene Arne Loven og Dr. odont Pia Titterud Sunde**  
Schweigaardsgate 6, 0185 Oslo  
Tlf. 22 36 76 30  
Faks 22 36 76 01  
E-post: [loven.as@online.no](mailto:loven.as@online.no)  
post@galleriosloklinikken.no

**Grefsen Tannlegepraksis AS**  
**Tannlege Nicolai Orsteen**  
Kjelsåsveien 7  
0488 OSLO  
Tlf. 22 15 30 00  
Faks 22 15 29 00  
e-post: [post@tannlegepraksis.no](mailto:post@tannlegepraksis.no)  
[www.tannlegepraksis.no](http://www.tannlegepraksis.no)

**SpesDent**  
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
**Thomas Myrhaug**  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 22 95 51 10  
[www.spesdent.no](http://www.spesdent.no)  
post@spesdent.nhn.no

**Stovner Tannlegesenter DA**  
**Tannlege Thomas H. Myrhaug**  
Stovner Senter 7  
0985 Oslo  
Tlf. 22 78 96 00  
Faks 22 78 96 01

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13**  
**Tannlege Marius Bunes**  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Fax 22 23 02 88  
E-post: [post@tannlegesenteret.no](mailto:post@tannlegesenteret.no)  
[www.tannlegesenteret.no](http://www.tannlegesenteret.no)

**Tannlege Elham Al-Toma**  
Tannestetisk Senter AS  
Bygdøy Allé 5  
0257 Oslo  
Tel/faks 22 44 15 35 / 22 44 30 50

**Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby**  
Akersgt. 16  
0158 Oslo  
Tlf. 23 10 53 50  
Faks 22 33 02 87

**Tannlege Ingela Pedersen**  
Drammensveien 126  
0277 Oslo  
Tlf. 22 55 41 79  
Faks 22 55 41 85

**Tannlege Lene Thestrup Rikvold**  
Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 42 54 87  
Faks 22 41 31 73  
[www.festningen-tannklinikk.no](http://www.festningen-tannklinikk.no)  
e-post: firmapost@raadhustann.no

**Tannlege Arash Sanjabi**  
Dentalia – Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB, 0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
E-post: [post@dentalia.no](mailto:post@dentalia.no)  
[www.dentalia.no](http://www.dentalia.no)

**Tannlege Homan Zandi**  
**Tannlege Andre Roushan**  
**Tannlege Trude Bøe**  
Spesialister i endodonti  
Parkveien 60, 0254 Oslo  
Telefon: 22 44 18 11  
Faks: 22 44 18 12  
[www.homan.no](http://www.homan.no)  
homan@zandi.no

## ROGALAND

**Tannlege Ole Henrik Nag**  
Løkkeveien 51  
4008 Stavanger  
Tlf. 51 52 12 23  
E-mail: [ole.nag@lyse.net](mailto:ole.nag@lyse.net)

**Tannlege Elisabeth Samuelsen**  
Rogaland Spesialisttannklinik  
Tastagaten 30–32  
4007 Stavanger  
Tlf. 51 53 72 50 Faks 51 53 72 51  
[elisabeth.samuelsen@throg.no](mailto:elisabeth.samuelsen@throg.no)

## TELEMARK

**Tannlege Anders Otterstad**  
Storgaten 118b, 3900 Porsgrunn  
Tlf. 35 55 03 74  
Faks 35 55 51 05  
[anders@tannlege-otterstad.no](mailto:anders@tannlege-otterstad.no)

**Tannlege Robert Austheim**  
Tannklinikken Skien  
Telemarksvn. 170, 3734 Skien  
Tlf. 35 58 39 20

## TROMS

**Tannlege Anne Kjæreng**  
Strandskillet 5, 9008 Tromsø  
Tlf. 77 28 01 00  
Faks 77 28 01 11  
[anne.k@tannlegespesialistene.no](mailto:anne.k@tannlegespesialistene.no)

## VEST-AGDER

**Tannlege Cesar Ariastam**  
Nordmo Tannlegesenter  
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Fax 38 09 04 04  
[post@tannlegenordmo.no](mailto:post@tannlegenordmo.no)  
[www.tannlegenordmo.no](http://www.tannlegenordmo.no)

**Tannlege Karl Martin Loga**  
Farsund Tannlegesenter  
Barbosgt. 13, 4550 Farsund  
Tlf. 38 39 06 80  
Faks 38 39 45 04

**Tannlege Claus Ungerechts**  
Leirvollen 1A  
4513 Mandal  
Tlf. 38 26 06 10  
Faks 38 26 06 11  
[clunge@online.no](mailto:clunge@online.no)

## VESTFOLD

**Tannlege Ruth Kristin Gran**  
Farmand Endo AS  
Farmandstredet, 3110 Tønsberg  
Tlf. 33 37 82 82  
Faks 33 37 82 81

## ØSTFOLD

**Tannlege Harald Prestegaard**  
Kirkegt. 63, Boks 53  
1701 Sarpsborg  
Tlf. 69 16 00 00  
E-post: [hara-pr@online.no](mailto:hara-pr@online.no)

**Tannlege Bente Wiig**  
Heyden Tannhelsesenter  
Dronningensg. 19, 1530 Moss  
Tlf. 69 24 19 50  
Faks 69 24 19 51

## ■ KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

## OSLO

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13**  
**Tannlege Stein Johannessen**  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: [post@tannlegesenteret.no](mailto:post@tannlegesenteret.no)

**SpesDent**  
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
**Stein Johannessen**  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 22 95 51 10  
www.spesdent.no  
post@spesdent.nhn.no

## ØSTFOLD

**Tannlege Bjørn Mork-Knutsen**  
Dyrendal tannhelsesenter  
Dyrendalsveien 13c, 1778 Halden  
Tlf. 69 21 10 60  
Faks 69 21 10 61  
E-post: bamse@tannlegene.no

## ■ KJEVEORTOPEDI

### AKERSHUS

**Asker Tannregulering**  
David Weichbrodt  
Torveien 7, 1383 Asker  
Telefon 66 90 20 20  
Faks 66 90 20 19  
info@askertannregulering.no  
www.askertannregulering.no

**Dag Kjellands Tannklinikkk AS**  
**Tannlege Dag Kjelland**  
Storgt. 12, Jessheim Storsenter  
2050 Jessheim  
Tlf. 63 98 39 10  
Faks 63 98 39 20  
E-post: post@dagkjelland.no  
www.dagkjelland.no

**Grefsen Tannlegepraksis AS**  
**Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak**  
Kjelsåsveien 7  
0488 OSLO  
Tlf. 22 15 30 00  
Faks 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

**Tannlegene Hassan Zarbakhsh**  
**Movahhed og Siv Myrlund**  
Sandvika Reguleringsklinikkk  
Rådmann Halmrasts vei 4  
1337 Sandvika  
Tlf. 67 54 02 25  
Faks 67 54 02 45  
www.sandvikatann.no  
post@sandvikatann.no

**SpesDent Romerike**  
**Tannlege Marianne Jentoft Stuge**  
(også skjult tannregulering for voksne)  
Strømsveien 48  
2010 Strømmen  
Tlf. 63 81 06 00  
E-post: kontakt@spesdentromerike.no

## MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikkk**  
Tannlege, Dr.odont Nils Jørgen Selliseth  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
E-post: nils.jorgen@apollonia.no  
www.apollonia.no

## OSLO

**Bjerke Tannmedisin as**  
Tannlege Lise Nyøygard  
Trondheimsveien 275, 0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
E-post: post@tannmedisin.no

**Grefsen Tannlegepraksis AS**  
**Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak**  
Kjelsåsveien 7  
0488 OSLO  
Tlf. 22 15 30 00  
Faks 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

**Kjeveortopedene på Trosterud**  
**Ingunn Berteig og Anne Fjeld**  
Dr. Dedichens vei 82  
0675 Oslo  
Tlf. 22 81 30 30  
post@berteigofgfeld.nhn.no  
www.berteigofgfeld.no

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13**  
**Tannlege, dr.odont. Kari Birkeland**  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

**Tullinlokka Tannlegesenter**  
**Tannlege, spes. Kjeveortopedi Kristin Aanderud-Larsen**  
Kristian Augustsgt. 19, 0164 Oslo  
Tlf. 22 20 21 34  
Faks 22 20 21 01  
post@tullinlokka-tannlegesenter.no  
www.tullinlokka-tannlegesenter.no

**Tannlege Svein Høimyr**  
Akersgata 36  
0180 Oslo  
Tlf. 22 42 74 42  
Faks 22 42 74 02

**Tannlege Bjørn Hoyer-Andreassen**  
Colosseumklinikken avd. Majorstua  
Sørkedalsvn. 10 c  
0360 Oslo  
Tlf. 23 36 67 40  
hoyer@colosseum.no

## Tannlege Kim Christian Johansen

Rommen Tannhelse  
Nedre Rommen 5 C, 0988 Oslo  
Tlf. 22 21 02 93/22 21 29 19  
Faks 22 21 00 24

**Tannlege Tom Kjellstrøm**  
Parkveien 60, 0254 Oslo  
Tlf. 22 55 15 97  
Faks 22 55 70 98

**Kjeveortoped Magnhild Lerstøl**  
Sørkedalsveien 90 B, 0787 OSLO  
Tlf. 22 52 24 00  
magnhild@reguleringstannlegen.no

**Tannlegene Hassan Zarbakhsh**  
**Movahhed og Siv Myrlund**  
Oslo Tannregulering  
Linderud Senter  
Erich Mogensøns vei 38  
Postboks 14, Linderud  
0517 Oslo  
Tlf. 22 88 36 00  
Mobil 48 04 51 17  
www.oslo-tannregulering.no  
post@oslo-tannregulering.no

**Tannlege Margaretha C. Rolsdorph**  
Tannbuen  
Hegdehaugsveien 24  
0352 Oslo  
Tlf. 22 46 00 52  
Faks 22 46 00 53  
E-post: kontakt@tannbuen.no  
www.tannbuen.no

## VESTFOLD

**Sandefjord Tannregulering**  
Kjeveortoped Geir Bjørnum Kristiansen  
Aagaards Plass 5  
3211 SANDEFJORD  
Tlf. 33 46 34 40  
post@sandefjordtannregulering.no  
www.sandefjordtannregulering.no

## ■ ORAL KIRURGI OG ORAL MEDISIN/KJEVEKIRURGI

### AKERSHUS

**Bærum private praksis**  
Spesialistpraksis i oral kirurgi og  
oral medisin  
Kjevekirurgi  
Implantatbehandling  
Snorkbehandling  
Øre-nese- halsbehandling  
**Tannlege Fredrik Lindberg DDS**  
**Lege Robby Roarsen MD**  
Sandvika storsenter, helsetorget. 5etg  
nye delen.  
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika  
Tel: 40 10 53 00  
www.barumsprivatepraksis.no

**Løkketangen Tannlegesenter**  
Oral kirurgi og implantologi  
Dosent Gørán Widmark  
Løkketangen 12 a  
1337 Sandvika  
Tlf. 67 52 16 00  
Fax: 67 52 16 05  
e-post: post@wangestad.no  
[www.lokketangen-tannlegesenter.no](http://www.lokketangen-tannlegesenter.no)

**Oralkirurg Karl Iver Hanvold**  
Lysaker Torg 5  
1366 LYSAKER  
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01  
post@dentales.no  
[www.dentales.no](http://www.dentales.no)  
Åpningstider:  
Mandag – onsdag 08: 00 – 20: 00  
Torsdag og fredag 08: 00 – 16: 00

#### AUST-AGDER

**Arendal Tannlegesenter**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
**Oralkirurg Ove Busch**  
Vestregate 14, 4838 Arendal  
Tlf. 37 02 14 00 Fak 37 02 88 61  
post@arendaltannlegesenter.no

**Lasse A. Skoglund**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,  
Dr.Sci.  
c/o Tannlege Ellen Christine Vigen AS  
Risør tannlegesenter  
Tlf. 37 15 06 20

#### BUSKERUD

**Bergstien tannlegesenter as**  
**Spes.oral kirurgi og oral medisin**  
**Erik Bie**  
Oral kirurgi og implantatkirurgi, oral  
medisinsk utredning  
Også behandling i narkose/sedasjon  
Bergstien 64, 3016 Drammen  
kollega-telefon VIP: 3282 0300  
(3283 8000)  
Faks 3283 8820  
[www.tannlegen.com](http://www.tannlegen.com)  
[tannlegen@tannlegen.nhn.no](mailto:tannlegen@tannlegen.nhn.no)

**Tannlege Göran Ahlborg**  
Oralkirurg  
Implantologi  
Drammen Tannlegesenter  
Øvre Torggate 10, Postboks 316  
3001 Drammen  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
post@drammen-tannlegesenter.no

**Tannlegene Brennhovd**  
Oral kirurg Seong Hwan Jeon  
Postboks 1164  
3503 Hønefoss  
Tlf. 32 12 18 20  
anders@tannlegene-brennhovd.no

**Tannlege Bjarte Grung**  
Oralkirurg Implantatbehandling  
Drammen Oralkirurgi  
Torgeir Vraas pl. 6  
3044 Drammen  
Tlf. 32 27 67 50/Faks 32 27 67 59  
[bjarte.grung@drammenoral-kirurgi.no](mailto:bjarte.grung@drammenoral-kirurgi.no)  
[www.drammenok.no](http://www.drammenok.no)

**Tannlege Heming Olsen-Bergem**  
Oralkirurg  
Implantatkirurgi  
Tannlegene Sydow&Mo a/s  
Torgeir Vraa's plass 4, 3044 Drammen  
Tlf. 32 83 10 54/Faks 32 83 09 49  
post@tannlegesydow-mo.no

#### HEDMARK

**SpesTorg**  
Tannlege Petar Ninkov  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Torggata 83, 2317 Hamar  
Tlf. 62 53 46 06  
E-post: kir@spestorg.nhn.no

#### MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk**  
Tannlege Paula Frid, spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Tannlege Dr. Odont, spesialist i oral kirurgi Lado Lako Loro  
PB 605, 6001 Ålesund  
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71  
E-post: firmapost@apollonia.no

**Brosundet Tannklinikk AS**  
Postboks 606 Sentrum  
6001 Ålesund  
Besøksadresse: Notenesgata 3  
Telefon: 70 10 70 80/Faks: 70 10 70 81  
[www.brotann.no](http://www.brotann.no)  
E-post: post@oralkirurg.no

**Tannlege Fredrik Ahlgren**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,  
MSc Implant Dent.  
Sentrum Tannhelse  
Konsul Knudtzons gate 8  
6508 Kristiansund N  
Telefon 71 67 25 00  
<http://www.sentrumbtannhelse.no>  
E-post post@sentrumbtannhelse.nhn.no

#### NORDLAND

**Tanntorget Svolvær**  
**Spes. oralkirurgi og oral med. Cecilie Gjerde**  
Torget 1, 8300 Svolvær  
Tlf. 76 06 67 90/Faks 76 06 67 91  
e-mail: [tanntorget@yahoo.no](mailto:tanntorget@yahoo.no)

**Tannlege Roar Karstensen**  
Oralkirurg  
Implantatbehandling  
Storgt. 1b, 8006 Bodø  
Tlf. 75 50 65 10  
E-post: [rokarste@online.no](mailto:rokarste@online.no)

#### OPPLAND

**Kjevekirurg Jan Mangersnes**  
**Mjøstannlegene Gjøvik AS**  
Trondhemsveien 8  
2821 Gjøvik  
Tlf. 61 13 08 10/Faks 61 13 08 26  
Mobil 91 39 76 09  
[jan.mangersnes@kjeve-kirurg.no](mailto:jan.mangersnes@kjeve-kirurg.no)

#### OSLO

**Bygdøy Allé Tannestetiske Senter AS**  
Implantatkirurgi, kjevekirurgi, bentransplantasjoner  
Narkose hvis ønskelig.  
Dr. Hans Erik Høgevold, dr.med., spes. kjevekirurgi, generell kirurgi.  
Telefon 22 44 15 35  
E-post: [henvising@tannleger.com](mailto:henvising@tannleger.com)  
[www.tannleger.com](http://www.tannleger.com)

**Dentalia – Nydalen Tannlegesenter**  
Spesialistklinikk – Implantatbehandling  
**Spesialist i oral kirurgi og oral medisin**  
**Dr. odont. Carl-Johan Ivanoff**  
**Anestesilege Stefan Hauptig**  
Narkose/sedasjon/lystgass Pb. 4 Nydalen  
PiB, 0410 Oslo Tlf. 23 00 79 00  
E-post: [post@dentalia.no](mailto:post@dentalia.no)  
[www.dentalia.no](http://www.dentalia.no)

**Festningen tannklinikk AS**  
Oral kirurgi og Implantatkirurgi  
**Spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael Marques da Silva**  
Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 91 02 90  
Faks 22 41 31 73  
[www.festningen-tannklinikk.no](http://www.festningen-tannklinikk.no)  
E-post: [firmapost@raadhustann.no](mailto:firmapost@raadhustann.no)

**Galleri Oslo Klinikken**  
**Tnl. Dr. odont Andreas Karatsaidis**  
Oral kirurgi & oral medisin  
Implantatkirurgi  
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo  
Tlf. 22 36 76 50  
Faks 22 36 76 01  
[post@galleriosloklinikken.no](mailto:post@galleriosloklinikken.no)  
[www.galleriosloklinikken.no](http://www.galleriosloklinikken.no)  
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller.

## KIRURGIKLINIKKEN

Alt innen oral- og kjevekirurgi  
**Frode Øye**, spes. oral kirurg  
**Helge Risheim**, spes. oral og maxillofacial kirurgi  
**Kjetil Misje**, spes oral kirurgi  
**Bent Gerner**, spes. protetikk.  
Implantatprotetikk.  
Kirkeveien 131, 0361 Oslo  
Tlf. 23 36 80 00  
Faks. 23 36 80 01  
E-post: post@kirurgiklinikken.nhn.no  
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

## Oralkirurgisk klinik AS

Spesialistklinik – Implantatbehandling  
**Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn Nilsen**  
**Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad, Spes. oral kirurgi Erik Bie**  
Sørkedalsvn 10 A 0369 Oslo  
Tlf: 23 19 61 90  
Faks: 23 19 61 91  
E-post: post@oralkirurgisk.no  
www.oralkirurgisk.no

## SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Oral kirurgi  
Implantatbehandling  
Tannleger MNTF  
Spesialister i oral kirurgi og oral medisin  
**Ulf Stuge**  
**Petter O. Lind**  
**Marianne Tingberg**  
Tlf. 22 95 51 03  
Faks 22 95 51 10  
www.spesdent.no  
post@spesdent.nhn.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13  
Overlege, spesialist i kjevekirurgi  
Olav Anders Olstad,  
Tannlege, spesialist i oral kirurgi og oral medisin Seong Hwan Jeon  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

## Tannlege Zina Kristiansen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Oral kirurgi. Implantatkirurgi  
Oralmedisinsk utredning  
Parkveien 60, 0254 Oslo  
Tlf. 22 44 29 00/22 55 60 22

## Tannlege Gholam Soltani

Spesialist oral kirurgi  
Oral kirurgi og implantatbehandling  
Chr. Kroghsg. 2, 0186 Oslo.  
Tlf. 22 17 65 66

## ROGALAND

**Forus Tann- & Kjeveklinik**  
Dr. Peter Schleier  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,  
Implantatbehandling  
**Attila Csillik**  
spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Luramyrveien 12  
4313 SANDNES  
Tlf : 51 96 99 99  
Faks: 51 96 99 98  
E-post: post@forustann.no  
www.forustann.no

## Roshi Frafjord

Spesialist i oral kirurgi og medisin  
Implantatkirurgi  
Sola Tannlegesenter  
Solakrossen 14  
4050 Sola  
Tlf. 51 21 68 00  
post@solatann.nhn.no  
www.solatann.no

## SØR-TRØNDELAG

**Bakke Tannlegekontor AS**  
Oral kirurgi og implantologi  
**Oral Kirurg Murwan Idris**  
Nedre Baklandet 58c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00 Faks. 73 56 88 01  
E-post: post@bakkettannlegekontor

## SANDEN TANNHELSE

**Oralkirurg Thomas R. Klimowicz**  
Implantatbehandling og henvisninger  
innen oralkirurgi  
Kongens gate 60  
7012 Trondheim  
Tlf. 73 52 71 73/Faks 73 50 41 97  
post@sandentannhelse.no www.sandentannhelse.no

## Tannlegene i Munkegaten 9

**Oral kirurg Lars Zetterqvist**  
7013 Trondheim  
Telefon 73 80 67 60

## Tannlege og lege Bjørn-K. Brevik

Implantatkirurgi  
Kjevekirurgi  
*Tannlegene på Solsiden*  
Trenerysg. 8 – Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80/Faks 73 80 78 81  
E-post: bkbrevik@medident.no

## Oralkirurg Laszlo Kalmar

Kongensgate 49  
7012 Trondheim  
Tlf. 73 53 45 45/Faks 73 53 45 43  
post@trondheim-tannhelsesenter.no

## TELEMARK

**Skien Oralkirurgiske Klinikk AS**  
**Oralkirurg Anne Aasen Gjærum**  
Telemarks gt 12, 3 etb 170  
3724 Skien  
Postadress:  
Pb. 3114, 3707 Skien  
Tlf. 35 54 43 70  
post@sokas.no

## TROMS

**ABA tannlegene**  
ved spes.oralkirurgi og oral medisin  
+(implantatkirurgi/kjeveleddsprobl.)  
Bernt Arne Rønbeck  
(www.abatannlegene.no)  
(post@abatann.no)  
Helsehuset, Sjøgt. 31/33  
9008 Tromsø  
tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

**Byporten Tannklinik**  
**Oral kirurg Seong Hwan Jeon**  
Skipperg 32  
9008 Tromsø  
mail@byportentannklinik.no  
www.byportentannklinik.no  
Tlf. 77 67 31 00

## VEST-AGDER

**Tannlege Bård Alvsaker**  
Oralkirurg, Implantologi  
Industrigt. 4  
Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
E-post: post@tannlegenordmo.no  
www.tannlegenordmo.no  
www.implantattenner.no

## Tannlege Katja Franke

Oralkirurgi  
Implantologi  
Leirvollen 1A  
4513 Mandal  
Tlf. 38 26 06 10  
Faks 38 26 06 11  
E-post: dr.katjafranke@online.no

## VESTFOLD

**Tønsberg Oralkirurgisk Klinikk AS**  
Spesialistpraksis i oral kirurgi & oral medisin  
Implantatbehandling  
Tannlege MSc Eivind Andersen  
Tannlege Dr Odont Rafael M da Silva  
Tannlege Dr Odont Gudmundur Bjørnsson  
Tannlege Dag Tvedt  
Farmandstredet 3110 Tønsberg  
Tlf. 33 37 82 82  
Faks 33 37 82 81  
tonsbergoralkirugi@gmail.com

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen  
Kjevekirurg  
Implantologi  
Storgaten 33  
3110 Tønsberg  
Tlf. 33 31 22 36  
Faks 33 31 61 39  
E-post: bjhan3@online.no

## ØSTFOLD

**Tannlege, dr.odont. Anders Heyden**  
Oralkirurg  
Implantologi  
Heyden Tannhelsesenter  
Dronningensgt 19, 1530 Moss  
Tlf. 69 24 19 50/Faks 69 24 19 51

## ■ ORAL PROTETIKK

### AKERSHUS

**Tannlege Knut Erik Eide**  
Implantatprotetikk  
Skedsmogaten 7  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 80 55 77  
E-mail: post@ticb.no  
www.ticb.no

**Tannlege, dr.odont.**  
**Jørn A. Fridrich-Aas**  
Implantatprotetikk  
Skedsmogaten 7  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 80 55 77  
E-mail: post@ticb.no  
www.ticb.no

**Tannlege Helge Lysne**  
Implantatprotetikk  
Sentrumsveien 4, 1400 Ski  
Tlf. 64 87 41 20  
Faks 64 87 19 50  
E-post: hlysne@online.no

**Tannlege Tor Skjetne**  
Implantatprotetikk  
Mathias Skyttersvei 47  
1482 Nittedal  
Tlf. 67 06 90 99  
Faks 67 06 90 98

### BUSKERUD

**Tannlege Elisabet Henderson**  
spesialist i oral protetikk  
Alt innom avansert oral protetikk,  
inklusive implantat protetikk  
**Spesialistklinikken Union Brygge**  
Grønland 38b, 3045 Drammen  
Tlf. 97 47 43 00  
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no  
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no

**Tannlege Ph.D. Carl Hjortsjö**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene Sydow&Mo a/s  
Torgeir Vraa's plass 4  
3044 Drammen  
Tlf. 32 83 10 54  
Faks: 32 83 09 49  
post@tannlegesydow-mo.no

**Tannlege Arild Mo**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene Sydow & Mo a/s  
Torgeir Vraa's plass 4  
3044 Drammen  
Tlf. 32 83 10 54  
Faks: 32 83 09 49  
post@tannlegesydow-mo.no

### HEDMARK

**TAMIM Tannklinikk**  
Spes. i oral protetikk Hazem Tamim  
Basarne 2. etg.  
Lille Strandgate 3  
2317 Hamar  
Tlf. 62 52 67 06  
tamimklinikk@gmail.com  
www.tamimtannklinikk.no

**Tannlege Eva Gunler**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene i Hippegården  
Storgt 111, Pb 110  
2390 Moelv  
Tlf. 62367301

**Tannlege Geir Oddvar Eide**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene i kvartal 48  
Torggt. 44, 2317 Hamar  
Tlf. 62 52 30 73  
Faks 62 52 24 49

### HORDALAND

**Tannlege Sverre Eldrup**  
Implantatprotetikk  
Broegelmannhuset tannhelsesenter  
Strandgt. 5, 5013 Bergen  
Tlf. 55 90 02 30  
Faks 55 90 02 32

**Tannlege Harald Gjengedal**  
Implantatprotetikk  
OK Klinikken  
Halfdan Kjerulfs gate 4  
5017 Bergen  
Tlf. 55 55 06 00  
Faks: 55 55 06 01  
E-mail: harald.gjengedal@iko.uib.no

**Tannlege Helge Hekland**  
Tannlege Hekland AS  
Starvhusgt 2A, 5014 Bergen  
Tlf. 55 31 65 17

**Tannlege Marit Morvik**  
Implantatprotetikk  
Bergen Nord tannhelsesenter  
Åsamyrene 90, 5116 Ulset  
Tlf. 55 39 50 80  
Faks 55 39 50 81  
Marit.morvik@bgn-tannhelse.no  
www.bgn-tannhelse.no

**Tannlege Kyrr Teigen**  
Askøy Tannlegesenter  
Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk og -kirurgi  
Juvikflaten 14a  
5308 Kleppestø  
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333  
Tilkomst for funksjonshemmede  
www.ats.as  
kyrre@ats.as

### MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk Tannlege,**  
**Dr. odont. Ingvar Ericsson**  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
e-post: firma@apollonia.no  
www.apollonia.no

**Tannlege Geir Kristiansen**  
Implantatprotetikk  
Notenesgata 3  
Postboks 606  
6001 Ålesund  
Tlf. 70 10 70 80 - Faks 70 10 70 81  
E-post: geir@brotann.no

### NORDLAND

**Tannlege Are A. Moen AS**  
Spesialist i oral protetikk  
Storgata 3b, 8006 Bodø  
Telefon 75 50 65 10  
tannlege@snehvit.com  
www.snehvit.com

### OPPLAND

**Tannlege Pia Selmer-Hansen**  
Spesialist i oral protetikk  
Raufoss Tannlegesenter  
Storgata 13  
2830 Raufoss  
Tlf. 61 15 97 00  
pia@raufosstannlegesenter.no  
www.raufosstannlegesenter.no

## OSLO

**Bjerke Tannmedisin AS**  
**Tannlege, dr.odont. Hans Jacob Rønold**  
Implantatprotetikk  
E-post: hjr@tannmedisin.no

**Tannlege Roy Samuelsson**  
Implantatprotetikk  
E-post: rs@tannmedisin.no  
Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
www.tannmedisin.no

**SpesDent**  
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Oral kirurgi

**Tannlege Henrik Skjerven**  
Implantatbehandling

**Tannlege Knut Øverberg**  
Implantatbehandling  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 22 95 51 10  
www.spesdent.no  
post@spesdent.nhn.no

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13**  
**Tannlege Sven A. Stovne**  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

**Professor, dr.odont. Jan Eirik Ellingsen**  
Implantatprotetikk  
Klingenberggaten 5, Pb. 1887 Vika  
0124 Oslo  
Tlf. 22 83 70 75  
Faks 22 83 74 41  
E-post: janee@odont.uio.no

**Tannlege Bent Thv Gerner**  
implantatprotetikk  
Homansbyen Tannlegesenter As  
Oscarsgate 20, 0352 Oslo  
Tlf. 23 32 66 60  
Faks 23 32 66 61  
www.htls.no  
post@htls.nhn.no

**Tannlege Elisabet Henderson**  
Implantologi, Porslensfasader, Kombinasjonsprotetikk, Snorkeskinner  
Slottsparkentannklinikkk as  
Parkveien 62  
0254 Oslo  
Tlf. 22 44 17 38  
post@slottsparkentannklinikkk.no  
www.slottsparkenklinikk.no

**Tannlege Knut-Erik Jacobsen**  
Implantatprotetikk  
Ekebergveien 237, 1166 Oslo  
Tlf. 22 28 80 01  
Faks 22 28 33 34

**Tannlege Anne Kalvik**  
Implantatprotetikk  
Ekebergveien 228c, 1162 Oslo  
Tlf. 22 28 25 58  
Faks 22 28 25 59  
E-post: akalvik@odont.uio.no

**Tannlege, dr.odont. Erik Saxegaard**  
Implantatprotetikk  
Kongsvien 91, 1177 Oslo  
Tlf./faks 22 28 84 17

**Professor, dr.odont. Sonni Mette Wåler**  
Implantatprotetikk  
Odontologisk fakultet  
Geitemyrsvæien 71, 0455 Oslo  
Tlf. 22 85 20 89  
E-post: smw@odont.uio.no

## ROGALAND

**Tannlege Erland Eggum**  
Implantatprotetikk/spes oral protetikk  
Sola tannlegesenter  
Solakrossen 14  
4050 Sola  
Tlf. 51 21 68 00  
post@sola.tann.nhn.no  
www.sola.tann.no

**Tannlege Hamid Hosseini AS**  
Spesialist i oral protetikk  
Sølvbergsgt. 16  
4006 Stavanger  
Tlf. 51 89 60 88  
E-post: seyed@hotmail.com

**Tannlege Hannu Larsen**  
Spes oral protetikk  
Tannklinikken Larsen og Bøe  
Implantatbehandling  
Løkkeveien 51  
4008 Stavanger  
Tlf. 51 53 13 00  
post@tannlegelarsenogboe.no  
www.tannlegelarsenogboe.no

## SØR-TRØNDELAG

**Tannlege Eva Børstad**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene på Solsiden  
Trenerys gate 8 – Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
Faks 73 80 78 81  
E-post: eva@tannlegenepaasolsiden.no

**Tannlege Bodil Norgaard**  
Implantatprotetikk  
Nordre Tannhelse  
Nordre gt. 12  
7011 Trondheim  
Tlf. 73 84 13 20  
Faks: 73 84 13 29  
E-post: bodil@nordretannhelse.no

## TROMS

**Tannlege Carl Fredrik Haseid**  
Grønnegata tannlegesenter  
Grønnegata 32, Postboks 1142  
9261 Tromsø  
Tlf. 77 75 30 30  
carlfredrik@gronnegata.no

**Tannlege Hans Are Ovanger**  
Implantatprotetikk  
Strandskillet 5  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 28 01 00  
Faks 77 28 01 11  
E-post: hans.are@tannlegespesialis-tene.no

## VEST-AGDER

**Tannlege Karl Martin Loga**  
Implantatprotetikk  
Farsund Tannlegesenter  
Barbrosg. 13, 4550 Farsund  
Tlf. 38 39 06 80  
Faks 38 39 45 04

**Tannlege Jon Nordmo**  
Implantatprotetikk  
Industrigata 4  
Postboks 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
E-post: post@tannlegenordmo.no  
www.tannlegenordmo.no  
www.implantattener.no

## VESTFOLD

**Tannlege Anders Kamfjord**  
Implantatprotetikk  
Thor Dahlsg. 1–3–5  
3210 Sandefjord  
Tlf. 33 46 52 18  
Faks 33 46 19 88

## ØSTFOLD

**Tannlege Rune Hamburg**  
Implantologi  
Søndre Mysens vei 2e, 1850 Mysen  
Tlf. 69 89 16 21

**Tannlege Kai B. Hannestad AS**  
Implantatprotetikk  
Fredrikstad private tannhelsesenter  
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad  
c/o Heyden tannhelsesenter  
Dronningengsgate 19, 1530 Moss  
Tlf: 69 36 88 00  
www.ftann.no

**Tannlege, spesialist i protetikk**  
**Sigurd Schneider**  
Kransen 16, 1531 Moss  
Tlf. 69 25 19 82  
Varnaveien 35, 1523 Moss  
Tlf. 69 26 49 00

**Tannlege Rune Sollin**  
Implantatprotetikk  
Gudesgt 1, 1530 Moss  
Tlf. 69 25 11 45  
Faks: 69 25 11 50

## ■ PERIODONTI

### AKERSHUS

**Tannlege Ph.D. Morten Enersen**  
Kirkevn. 230, 1383 Asker  
Tlf. 66 90 01 26  
Mobil: 481 105 46  
E-post: moenerse@online.no  
www.tannlege-enersen.no

**Tannlege Marie Fjærtoft Heir**  
Strøket 9, 1383 Asker  
Tlf. 66 78 97 47  
Faks 66 75 93 33

**Tannlege Berit Bae Lier**  
Sentrumsveien 4, 1400 Ski  
Tlf. 64 87 41 20  
Faks 64 87 19 50

**Tannlege Tove Roscher**  
Depotg. 20, 2000 Lillestrøm  
Tlf/faks 63 81 22 76  
Faks 63 80 22 70

**Tannlege Trond Telje**  
Tannhelsesenteret Skåre AS  
Skåresletta 10, 1473 Lørenskog  
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70  
Faks 67 91 72 01  
E-post post@tannhelsesenter.no

### BUSKERUD

**DRAMMEN IMPLANTATSENTER AS**  
Periodontist, Bengt Lewin, MNTF  
Implantatkirurgi, Mucogingival kirurgi  
Tordenskioldsgate 22, 3044 Drammen  
Tlf. 32833872  
www.drammenimplantatsenter.no  
mail@hvitesmil.no

**Spesialistklinikken Union Brygge**  
Grønland 38b, 3045 Drammen  
Tlf: 974 74 300  
www.spesialistklinikken-unionbrygge.no  
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no  
**Dr odont Thorarinn Sigurdsson,**  
spesialist i periodonti  
**Tannlege Jon Flinth Vatne,** spesialist i  
periodonti  
Periodontitt behandling  
Implantat behandling  
Mukogingival kirurgi  
Preprotetisk gingival kirurgi

**Tannlege Bjørn Elling Gulsvik**  
Implantatbehandling  
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss  
Tlf. 32 12 10 07  
Faks 32 12 07 72  
E-post: gulsvik@odont.uio.no

**Professor, dr.philos.**  
**Bjørn Frode Hansen**  
Nedre Storgate 11, 3015 Drammen  
Tlf. 32 83 60 62

### HEDMARK

**Tannlege Klaus Ånerud**  
Implantatbehandling  
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger  
Tlf. 62 81 46 78  
Faks 62 81 42 20  
E-post: klaus.anerud@gmail.com

### HORDALAND

**Tannlege John Tore Mellingen**  
Spes. periodonti  
Implantatkirurgi/implantatprotetikk  
Tannhelseteam Mellingen AS  
Valkendorfsgate 5, 5012 Bergen  
Tlf. 04855  
www.tannhelseteam.no  
post@tannhelseteam.no

### MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk**  
**Tannlege Anders Skodje**  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
e-post: anders@apollonia.no

### OPPLAND

**Tannlege Knut Sæther**  
Implantatbehandling  
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 17 31  
Faks 61 25 43 19  
E-post: knut.sather@iventelo.net

**Tannlege Martin Wohlfeil**  
Systematisk periodontal behandling  
Regenerativ kirurgi  
Estetisk mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 17 31  
Faks 61 25 43 19

### OSLO

**Bjerke Tannmedisin AS**  
**Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt**  
Implantatkirurgi  
Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
cw@tannmedisin.no  
www.tannmedisin.no

**Grefsen Tannlegepraksis AS**  
**Tannlege Rita M. Cruz**  
Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo  
Tlf. 22 15 30 00  
Faks 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

**Majorstuen tannlegesenter Spes.perio.**  
**tannlege Oscar Villa**  
All peridontittbehandling, implantatki-  
rurgi  
Kirkeveien 64A, 0364 Oslo  
Tlf. 22 46 67 54/Faks 22 60 48 22  
post@mts.no

**Slottsparkentannklinikk as**  
**Tannlege, dr.med. Annika Sahlin-Platt**  
Systematisk periodontal behandling  
Regenerativ kirurgi  
Muckogingival kirurg  
Implantatkirurgi  
**Tannpleier Kristin Haugan**  
Parkveien 62  
0254 Oslo  
tlf. 22 44 17 38  
post@slottsparkentannklinikk.no  
www.slottsparkentannklinikk.no

**Spesialistklinikk for Periodonti as**  
Implantatkirurgi  
Tannlege Bettina Iversen Thomseth  
Tannlege John Erik Thomseth  
Hegdehaugsveien 36 b  
0352 Oslo  
Tlf. 22 46 78 10  
Faks 22 60 19 77  
E-post: henvisning@spes-periodonti.no

**Tannklinikken AS**  
**Janet M. Østrem**  
Storgata 17  
0184 Oslo  
Tlf. 22 41 80 80  
Faks 22 41 80 81  
E-post: storgata@tannklinikken.no  
www.tannklinikken.no

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13**  
**Tannlege Anne Lise Helsingør**  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

**Tannlege Jan M. Akre**  
Homansbyen Tannlegesenter As  
Oscarsgate 20, 0352 Oslo  
Tlf. 23 32 66 60  
Faks 23 32 66 61  
www.htls.no  
post@htls.nhn.no

**Tannlege Nina Bjergene**  
Akersgata 16 0158 Oslo  
Telefon 23 10 53 50  
Faks 22 33 02 87

**Tannlege, dr.odont. Inger Johanne Blix**  
Bogstadveien 51, 0366 Oslo  
Tlf. 22 46 42 89  
Faks 22 56 68 30  
E-post: ijblx@broadpark.no

**Spesialist periodonti Ulla-Karin Engstrøm**  
Eckersbergs gate 30–32  
0260 Oslo  
Tlf. 22 44 71 69  
E-post: ukengs@gmail.no

**Tannlege Mette Gilhus Hillestad**  
Slemdal tannlegesenter  
Stasjonsveien 4  
Postboks 31 Slemdal  
0710 Oslo  
Tlf. 22 14 18 00  
Faks 22 13 87 33  
www.slemdal-tann.no

**Prof. Odont. Dr. Jan Håkansson**  
Spesialist i perio. Alt innen perio og implantater  
Tann- og kjeveklinikken  
Nedre Rommen 5c, 0988 Oslo  
www.tannlegerommen.no  
Tlf 22 21 42 22

**Tannlege Henrik Jansson**  
Odont Dr. Spesialist Periodonti  
c/o Bjerke Tannmedisin  
Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40

**Tannlege Ph.D Annika Sahlin Platt**  
Systematisk periodontal behandling  
Mucogingival kirurgi – Implantatkirurgi  
Dentalia – Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB, 0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
post@dentalia.no  
www.dentalia.no

**Tannlege Trond Telje**  
Von Øtkensv. 1, 1169 Oslo  
Tlf. 22 61 32 01  
Faks 22 61 32 01  
E-post: post@tannlegetelje.no  
www.tannlegetelje.no

**Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge**  
Grünerløkka tannhelsecenter  
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo  
Tlf. 22 35 77 92  
Faks 22 35 49 18,  
Mobil: +47 984 777 62

**Tannlege Jon Flinth Vatne**  
Vestgrensa 4  
0851 Oslo  
Tlf: 22463671  
Periodontittbehandling, implantatki-  
rugi.  
E-post: post@tennerihagen

#### ROGALAND

**Tannlegene Hetland AS**  
**Tannlege Trond Ole Hetland**  
**Tannlege Pedro Franca**  
Hinnasvingene 50, Postboks 6097  
4088 Stavanger  
Tlf. 51 88 15 80  
Faks 51 58 83 27  
www.tannlegenehetland.no

**Tannlege Fahri Demirbas**  
Holbergsgt 22  
4306 Sandnes  
Tlf. 51 31 82 00  
Faks. 51 31 82 01

**Tannlege Øystein Fardal**  
Johan Feyersg. 12  
4370 Egersund, 51 49 15 55  
fardal@odont.uio.no

**Tannlege Rigmor S. Flatebø**  
Apollonia tannlegesenter  
Handelens Hus 2. etg., Kongsgaten 10  
Postboks 397, 4002 Stavanger  
Tlf. 51 85 60 30  
E-post: rigmor.flatbo@gmail.com

**Tannlege Otto Førland**  
Implantatbehandling  
Apotekergården  
Kirkegt. 169, 5525 Haugesund  
Tlf. 52 71 39 24  
Faks 52 71 29 50

**Tannlege Morten Klepp**  
Implantatkirurgi  
Tannlegesenteret Solakrossen 14  
4050 Sola  
Tlf. 51 21 68 17  
Faks 51 65 05 50  
klepp@tannlegesenteret-solakrossen.no  
www.tannlegesenteret-solakrossen.no

#### SØR-TRØNDELAG

**Bakke Tannlegekontor AS**  
**Spes.Perio.Dr. Odont Helge Ehnevold**  
Nedre Baklandet 58 c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
post@bakkettannlegekontor.no

**Tannlege Roya Torabi-Gaarden**  
Tannlege, spes.periodonti  
Tannlegene på solsiden  
Trenerys gate 8, Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
Faks 73 80 78 81  
e-post: roya@tannsol.no

#### TELEMARK

**Holtanklinikken**  
**Prof. Dr. odont. Hans R. Preus.**  
**Periodontist Jan M. Akre**  
Periodontittbehandling  
Implantatkirurgi  
Folkestadvegen 12, Postboks 153  
3833 Bø i Telemark  
Tlf. 35 06 10 50  
Faks. 35 06 10 58  
Holtanklinikken@hotmail.no

#### VEST-AGDER

**Tannlege John Øydna**  
Implantatkirurgi  
Vestre Strandgt. 42, Haanesgården  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 06 66  
Faks 38 12 06 70  
E-post karies@online.no  
www.oeydna.no  
Rullestolbrukervennlig kontor

#### VESTFOLD

**Perio Klinikken**  
**Tannlege Nico H. Toosinejad**  
Systematisk periodontal behandling  
Mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
Møllersgt. 3, 3210 Sandefjord  
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13  
Faks 33 46 22 34  
E-post periodont@doctor.com

**Sandefjord Tannhelse as**  
**Periodontist Arnt Helge Dybvik**  
Periodontittbehandling.  
Mucogingival kirurgi.  
Implantatbehandling.  
Aagaards plass 1  
3211 SANDEFJORD  
Tlf. 33 44 60 30  
E-post: post@sandefjordtannhelse.no

## ØSTFOLD

**Tannlege, dr.odont. Kari Monefeldt**  
Nygaardsgate 49/51  
1607 Fredrikstad  
Tlf. 69 31 24 24  
Faks 69 31 12 03

**Tannlege Lars Walle**  
Periodontittbehandling  
Implantatkirurgi  
Gudes gate 1  
1530 Moss  
Tlf. 69 20 54 00  
Faks: 69 20 54 01  
E-post: lawa@tanngaarden.nhn.no

**Tannlege Sven Grov**  
Jessheim Tannlegesenter  
Stallvegen 4, 2050 Jessheim  
Tlf. 63 94 76 00  
Faks 63 94 76 10  
E-post: svengrov@online.no

**Tannlege Per Opsahl**  
Tannhelsesenteret Skåre AS  
Skårsletta 10, 1473 Lørenskog  
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70  
Faks 67 91 72 01

## AUST-AGDER

**Tannlege Cathrine Foldvik**  
Nygårdsgt 15  
4792 Lillesand  
Tlf. 37 27 23 22

**Tannlege Bent Dramdal**  
Myntgt. 5, 3616 Kongsberg  
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28  
Klokkerbakkentannlegene@gmail.com

**Tannlege Terje Døviken**  
Drammen Oralkirurgi  
Torgeir Vraas plass 6  
3044 Drammen  
Tlf. 32 27 67 50  
terje.doviken@drammenoralkirugi.no  
www.drammenok.no

**Tannlege Jens Fredrik Nygaard**  
Dine Tannleger  
Tannlegene Nygaard as  
Vårveien 22  
3024 Drammen  
Tlf. 32 82 35 40  
e-post: jens.fredrik@dine-tannleger.no  
www.dine-tannleger.no

## BUSKERUD

**DRAMMEN IMPLANTATSENTER AS**  
Tannlege, Spesialkompetanse i implantatprotetikk, MNTF, Claus Gamborg Nielsen  
Samarbeidende med Tannlege, MNTF  
Bengt Lewin, Spesialist i Periodonti  
Tordenskioldsgate 22  
3044 Drammen  
Tlf. 32833872  
[www.drammenimplantatsenter.no](http://www.drammenimplantatsenter.no)  
mail@hvitesmil.no

**FLESBERG TANNKLINIKK**  
**Tannlege Knut Ekre**  
Postboks 14  
3621 LAMPELAND  
Tlf. 32 76 24 20  
Åpningstid 815 til 1530 mandag til fredag.  
Kan ta imot funksjonshemmede.

**Tannlege Jan Bommen**  
Nymoen tannlegekontor  
Nymoens Torg 9  
3611 Kongsberg  
Tlf 32734800  
[kontakt@tannlegenebommen.no](mailto:kontakt@tannlegenebommen.no)

**Tannlegene Brennhovd**  
Tannlege Anders Brennhovd  
Postboks 1164  
3503 Hønefoss  
Tlf: 32 12 18 20  
[anders@tannlegene-brennhovd.no](mailto:anders@tannlegene-brennhovd.no)

**Tannlege Trond Anderssen**  
Drammen Tannlegesenter AS  
Øvre Torggate 10, Postboks 316  
3001 DRAMMEN  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
[post@drammen-tannlegesenter.as](mailto:post@drammen-tannlegesenter.as)  
[www.drammen-tannlegesenter.no](http://www.drammen-tannlegesenter.no)

## FINNMARK

**Daldorff Tannhelseklinikk AS**  
Tannlege, spes. Oral kirurgi  
Dagfinn Nilsen  
Tannlege, implantatprotetikk  
Roger Daldorff  
Lystgass/sedasjon ved tannbehandling  
Presteveien 10, PB 414  
9915 Kirkenes  
Tlf. 78 97 04 44  
Faks 78 97 04 45  
[post@tannlege-daldorff.no](mailto:post@tannlege-daldorff.no)  
[www.tannlege-daldorff.no](http://www.tannlege-daldorff.no)  
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

**Tannlege Bård Anders Hagen**  
Bossekop Tannklinikk AS  
PB 10  
9501 Alta  
Tlf: 78 43 52 10  
Faks: 78 43 67 79  
[www.bossekoptannklinikk.no](http://www.bossekoptannklinikk.no)  
[post@bossekoptannklinikk.no](mailto:post@bossekoptannklinikk.no)

## HEDMARK

**Hartz Dental AS**  
Tannlege Tore Hartz  
**Tannlege Einar Hartz**  
Storgata 7B, 2408 Elverum  
Tlf. 62 43 21 00  
Faks 62 41 18 30  
E-post: [info@hartzdental.no](mailto:info@hartzdental.no)  
[www.hartzdental.no](http://www.hartzdental.no)

## ■ SPESIALKOMPETANSE

### ■ IMPLANTATPROTETIKK\*

\* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med trygdestønad.

## AKERSHUS

**Dentales Tannklinikk Lysaker**  
Implantatprotetikk

Lysaker Torg 5  
1366 LYSAKER  
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01  
[post@dentales.no](mailto:post@dentales.no)  
[www.dentales.no](http://www.dentales.no)  
Åpningstider:  
Mandag – onsdag 08: 00–20: 00  
Torsdag og fredag 08: 00–16: 00

**Løkketangen Tannlegesenter**  
**Tannlege Anders Wangestad**  
Samarbeider med dosent, spesialist i oral-kirurgi Gørán Widmark Løkketangen 12a  
1337 Sandvika  
Tlf. 67 52 16 00  
Faks 67 52 16 05  
E-post: [post@wangestad.no](mailto:post@wangestad.no)  
[www.lokketangen-tannlegesenter.no](http://www.lokketangen-tannlegesenter.no)  
Narkose/sedasjon/lystgass  
Parkering i kjeller

**Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl**  
Son Torg, Stortg. 25  
1555 SON  
64 95 80 00/64 95 85 85  
[tahk.da@online.no](mailto:tahk.da@online.no)

**Tannlege Håkon Giving**  
Tannlegene Giving A/S  
Skjetten senteret  
2013 Skjetten  
Tlf. 64 83 10 10

## HORDALAND

**Tannlege Kyrre Teigen**  
Askøy Tannlegesenter  
Spesialist oral protetikk  
Implantatprotetikk og -kirurgi  
Snorkeskinner  
Juvikflaten 14a, 5308 Kleppestø  
Tlf 56 14 20 14 / 900 77 333  
Tilkomst for funksjonshemmende  
www.ats.as  
kyrre@ats.as

## MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk**  
**Tannlege Fredrik Skodje**  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Faks 70 10 46 71  
E-post: fredrik@apollonia.no

**Bryggen Tannhelsesenter**  
Tannlege Anja Michaelis  
Sjøgata 34  
6390 Vestnes  
Tel. 71 18 08 44  
anja.michaelis@  
bryggentannhelsesenter.nhn.no  
Åpningstider: man.-fre. 8.00-16.00

**Dento2 AS**  
**Tannlege Truls Osnes**  
Implantatprotetikk  
Kongengs gate 13  
6002 Ålesund  
Tlf. 70 11 44 99  
E-post: truls@dento2.no

**SKANSEN TANNLEGEKONTOR A/S**  
**Tannlege dr.odont. Torbjørn Jarle Breivik**  
Implantatprotetikk  
Skaregt. 3  
6002 Ålesund  
Tlf. 70 12 12 21  
E-post: t-jbre@online.no  
http://folk.uio.no/tbreivik

**Tannlege Per-John Halvorsen**  
Pb 197  
6501 Kristiansund N  
Tlf. 71 67 12 29  
Faks 71 67 89 28  
E-post: pjhalv@online.no

**Tannlege Åge Thingvold Karlsen**  
Nedre Enggate 14  
PB.197  
6501 Kristiansund  
Tlf. 71679098  
e-post: post@tkarlsen.nhn.no

## NORDLAND

**Tannlege Espen Slotterøy a/s**  
Jonas Lies gt 11  
8657 Mosjøen  
Tlf./Faks 75 17 18 94  
E-post: eslotter@online.no

**Tanntorget Svolvær AS**  
**Tannlege Gunhild Johansen**  
**Tannlege Espen Mortensen**  
- i samarbeid med spes.oralkirurgi og  
oral med. Cecilie Gjerde  
Torget 1  
8300 Svolvær  
Tlf. 760 66790  
Faks 760 66791  
E-post: tanntorget@yahoo.no

**Johan Andreas Furebotten**  
Dronningen Tannklinikk  
Dronningensgate 30  
8006 Bodø  
Tlf. 75 50 64 40  
Faks 75 50 64 41  
E-post post@dronningentannklinikk.no  
Web: www.dronningentannklinikk.no

**Tannlege Per Hamre**  
Tannboden AS  
Sandnessjøen  
Tlf. 75 04 36 00  
Mosjøen  
Tlf. 75 17 28 88

**Tannlege Rune Hilde AS**  
Implantatforankret protetikk  
Søndrefrydenlund alle 6  
8400 Sortland  
Tlf. 76 12 64 02  
Faks: 76 12 64 03  
E-post: tannlege@runehilde.no

**Tannlege Gunhild Johansen**  
Tanntorget Svolvær AS  
Torget 1, 8300 Svolvær  
Tlf. 76 06 67 90

**Tannlege Irene Nygård AS**  
Strandgt.36  
8656 Mosjøen  
Tlf. 75175550  
E-post: post@irenenygard.nhn.no

**Tannlege Thomas Sefranek**  
Implantatprotetikk  
Markedsgt. 10, Postboks 24  
8455 Stokmarknes  
Tlf. 76 15 12 52  
Faks 76 15 10 66  
E-post: thomas.sefranek@tnett.no  
www.implantatklinikk.info

## NORD-TRØNDELAG

**TANNLEGE ALSTAD AS**  
v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad  
v/Tannlege Per Johan Alstad  
Jernbanegt. 15  
7600 Levanger  
tlf. 74 08 23 35  
mea@tannlege-alstad.no  
pja@tannlege-alstad.no  
www.tannimplantater.no

**Tannlege Niklas Angelus**  
Abel Margrethe Meyersgt. 8  
7800 Namsos  
Tlf. 74 27 22 69  
E-post nik.angelus@gmx.net  
Åpningstider mandag-fredag 8.30-  
16.00  
Mulighet for å ta imot funksjonshem-  
mede

**Tannlege Espen Vekseth-Hahn**  
Kongeng gt 43  
7713 Steinkjer  
Tlf. 74 13 56 90  
evekseth@yahoo.no  
Åpningstider 0800-1530

## OPPLAND

**Tannlege Ole Johan Hjortdal as**  
Kirkegt.12, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 06 92  
E-post: ojohjort@online.no.

**Tannlege Johan Nordblom**  
Implantatprotetikk  
Kronen Tannklinikk  
Besøksadresse Lilletorg, tidl. Hotell Kro-  
nen, 4.etg.  
Storgaten 89, 2615 Lillehammer  
Tlf 61 25 27 63  
tannlege@nordblom.no  
Åpent kl 8-15 hver dag.  
Tilrettelagt for funksjonshemmende

**Tannlege Gunnar Steinsvoll AS**  
Johan Nygårdsgt. 11B  
2670 Otta  
Tlf. 61 23 00 26  
post@gsteinsvillas.nhn.no  
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.  
Tilgjengelighet for funksjonshemmende.

**Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll**  
Spesialist i periodonti  
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk  
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss  
Tlf. 61 19 14 81  
sebstein@online.no

## OSLO

### Galleri Oslo Klinikken

**Tannlege Kåre Jan Attramadal**  
samarbeider med Tannlege Dr. Odont  
Andreas Karatsaidis  
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo  
Tlf. 22 36 76 50  
Fax 22 36 76 01  
post@galleriosloklinikken.no  
www.galleriosloklinikken.no  
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller.

### Grefsen Tannlegepraksis AS

**Tannlege Johan Furebotten**  
Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo  
Tlf. 22 15 30 00  
Fax 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

### Homansbyen Tannlegesenter AS

Oscarsgate 20, 0352 Oslo  
www.htls.no  
post@htls.nhn.no  
Tannlege Bent Thv Gerner  
Implantatprotetikk  
Tlf. 23 32 66 60  
Fax 23 32 66 61

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13  
Tannlege Per-Trygve Krossholm,

**Tannlege Jan Engh,**  
**Tannlege Anders Brennhovd**  
**Tannlege Sven Støvne og**  
**Tannlege Lars Lystad**  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13, 0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

### Tannlege Amer Maqbool Ahmad

Spesialkompetanse i implantatprotetikk  
Din Tannklinik  
Dronningens gate 40, 0154 Oslo  
Tlf. 22 42 42 49,  
post@dintannklinik.no  
www.dintannklinik.no  
Åpningstider: Mandag - fredag 08: 00 -  
20: 00  
Tilrettelagt for funksjonshemmede.  
Kort vei til tog, T-bane, buss og trikk.

### Tannlege Jan Fritsch

Valkyrien Tannklinik  
Jacob Aallsgate 18 B  
0368 Oslo  
Tlf. 22 17 17 66  
e-post: tannlegenefritsch@hotmail.com  
Åpningstider: mand.-fred.: 7.00-16.00

### Tannlege Anders Ølund Gerner

Homansbyen tannlegesenter As  
Oscarsgate 20, 0352 Oslo  
Tlf. 23 32 66 60  
Faks 23 32 66 61  
www.htls.no  
post@htls.nhn.no

### Tannlege Carl-Henrik Gullaksen

Dentalia – Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB, 0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
E-post: post@dentalia.no  
www.dentalia.no

### Tannlege Siv Kristin Helgheim

Rommen Tannhelse  
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo  
Tlf. 22210293  
e-post: siv@rommentannhelse.no  
webside: www.rommentannhelse.no  
åpningstid for klinikken: man.-fre.  
08.00 – 16.00  
Tilrettelagt for funksjonshemmede

### Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth

Aurstad Riksen  
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO  
Tlf. 22 44 86 13  
tannrik@online.no  
www.tannlege-ar.no  
Åpningstider: Man-fre 8 – 16

### Tannlege Anja Skagmo

**Sandaker Tannklinikk AS**  
Implantat protetikk  
Avd. Torshov:  
Vogts gate 57, 0477 Oslo  
Tlf. 22 71 27 91  
Avd. Sandaker:  
Frederik Glads gate 8a  
0482 Oslo  
Tlf. 22 15 28 97  
post@sandakertannklinikk.no  
www.sandakertannklinikk.no  
Åpningstider:  
Mandag-Fredag 8.00-16.00.

## ROGALAND

### Forus Tann- & Kjeveklinik

Tannlege Ole Berntsen  
Tannlege Linh Bui  
Luramyrveien 12,4313 SANDNES  
Tlf: 51 96 99 99  
Faks: 51 96 99 98  
E-post: post@forustann.no  
www.forustann.no

### Tanlegene Hetland AS

Tannlege Trond Ole Hetland  
Tannlege Pedro Franca  
Implantatbehandling  
Hinnasvingene 50, Postboks 6097  
4088 Stavanger  
Tlf. 51 88 15 80  
Faks 51 58 83 27  
www.tannlegenehetland.no

### Tannlege Leif Berven

Pb 430  
4379 Egersund  
Tlf. 51 49 11 30  
Faks 51 49 33 82  
E-post: leif\_berven@hotmail.com

### Tannlege Bernt Vidar Vagle

Storgaten 43  
4307 Sandnes  
Tlf. 51 68 14 00  
Faks 51 68 14 09  
E-post: bvagle@hotmail.com

### Tannlege Helge Øyri

Implantatprotetikk Langgt. 41 – 43  
Pb. 454  
4304 Sandnes  
Tlf. 51 66 17 30  
e-post: helg-rao@online.no  
Sertifisert i implantatbehandling i 2013  
av EAQ

## SOGN OG FJORDANE

### Lærdal tannhelse AS

Tannlege Henning Greve Lem  
Tlf. 57 66 66 59  
post@lardal.nhn.no  
www.lærdaltannhelse.no

## SØR-TRØNDELAG

### Bakke Tannlegekontor AS

Spesialkompetanse Implantatprotetikk  
Kjell Ulsund  
Kai Sandvik  
Nedre Baklandet 58c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
post@bakkettannlegekontor

### SANDEN TANNHELSE

Tannlege Bjørn Thunold  
Implantatprotetikk og lystgass  
Kongens gate 60  
7012 Trondheim  
Tlf. 73 52 71 73  
Faks 73 50 41 97  
post@sandentannhelse.no  
http://www.sandentannhelse.no

**Tannhelse Melhus AS**  
**Bjørn Gunnar Benjaminsen**  
Kai Åge Årseth  
Melhusvegen 451  
7224 MELHUS  
Tlf. 72 87 11 70  
E-post: post@tannhelsemelhus.nhn.no  
web: www.tannhelsemelhus.no

**Tannlegene i Munkegaten 9**  
**Tannlege Rolf Isaksen**  
7013 Trondheim  
Telefon 73 80 67 60

**Tannlege Parvaneh Monemy**  
7260 Sistranda  
Tlf. 72 44 98 80  
pmemory@c2i.net  
Åpningstider: Man-Fred fra 8.15  
tom.15.15  
Klinikken er tilpasset til funksjonshemmede

**Tannlege Kjell Øyasæter**  
Skograndveien 34  
7200 Kyrksæterøra  
Telefon 72 45 26 50  
E-mail: tanngard@hemne.as

## TELEMARK

**Holtanklinikken**  
**Tannlege Halvor Holtan**  
**Tannlege Inge Holtan Saga**  
Prof. Hans R. Preus utfører  
implantatkirurgi med trygdestønad.  
Folkestadvegen 12, Postboks 153  
3833 Bø i Telemark  
Tlf. 35 06 10 50  
Faks. 35 06 10 58  
Holtanklinikken@hotmail.no

**Tannklinikken Skien**  
**Tannlege Ståle Bentsen**  
**Tannlege Tore Lervik lic.odont., MDSc**  
Telemarksvegen 170, 3734 SKIEN  
Tlf. 35 58 39 20  
Faks 35 58 39 21

**Tannlege Øystein Grønvold**  
Korvetten Tannklinikkk AS  
Torskebergveien 7  
3950 Brevik  
Tlf. 35 57 02 32  
Faks. 35 55 33 35  
oystein@korvettentannklinikk.no

**Tannlege Per Hauge**  
Handelstoget tannlegesenter  
Telemarksgata 12  
3724 Skien  
Tlf. 35 51 96 02  
Faks 35 51 96 01  
E-post: per@handelstorget-tann.no

**Tannlege Per Otterstad**  
Tannlege Spesialist i oral kirurgi og oral  
medisin Erik Bie  
Kirurgisk implantatbehandling med stø-  
nad fra HELFO  
Storgaten 118  
3921 Porsgrunn  
Tlf. 35 93 03 60  
Faks 35 93 03 61  
E-post: potterst@online.no  
Direkteoppkjørsavtale med trygden

## TRØMS

**ABA tannlegene**  
ved tannlege Johnny Øverby  
(www.abatannlegene.no)  
(post@abatann.no)  
Helsehuset  
Sjøgt. 31/33  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

**Byporten Tannklinikkk**  
**Oral kirurg Seong Hwan Jeon**  
Tannlege Bjørnar Rørstrand  
Skippergt 32  
9008 Tromsø  
mail@byportentannklinik.no  
www.byportentannklinik.no  
Tlf. 77 67 31 00

**Tannlege Tore Berset**  
Torvet Tannlegesenter AS  
Torvet 1b  
Postboks 44  
9481 Harstad  
Tlf. 77 01 94 90  
Faks 77 01 94 91  
E-post: post@torvet-tannlegesenter.no

**Tannlege MNTF Ninni Haug**  
Storgt. 9, 9405 Harstad  
Tlf. 77 00 20 50  
Faks 77 00 20 59  
E-post: ninnih@online.no

## VEST-AGDÅR

**TANNPALETT**  
**Tannlege Mikal Heyeraas**  
Spesialkompetanse implantatprotetikk  
Vestre strandgate 32  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 29 50  
Faks 38 12 29 51  
E-post: fellespost@tannpaleet.no

**Torvgården Tannhelsesenter AS**  
**Tannlege Steinar Osmundsen sr**  
Agrefestveien  
4580 Lyngdal  
Tlf. 38 34 44 80  
Faks 38 34 44 20  
post@torvtann.no  
Åpningstider:  
Man-fre 08.00 - 16.00  
Lørdag etter avtale  
Tilrettelagt for rullestolbrukere

## Tannlege Ragnar Borning

Vestre Tannlegesenter  
Vestre Strandgate 42  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 06 66  
Faks 38 12 07 60

**Tannlege Egil Lind**  
Tannlege Egil Lind A/S  
Gåseholmen Brygge  
Postboks 275, 4554 Farsund  
Tlf. 38 39 35 56  
Solbygg Tannlegesenter A/S  
Agder Allé 4  
4631 Kristiansand Tlf. 38 70 38 38

**Tannlege Alfred Gimle Ro**  
Søgne Helsehus,  
Rådhusveien 5, 4640 Søgne.  
Tlf. 38 05 10 81  
Faks 38 05 10 80

## VESTFOLD

**Perio Klinikken**  
Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad  
Møllersgt. 3, 3210 Sandefjord  
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13  
Faks 33 46 22 34  
E-post periodont@doctor.com

**Sandefjord Tannhelse as**  
Tannlege, spesialist i periodonti Arnt  
Helge Dybvik  
Totalbehandling, kirurgi og protetikk.  
Aagaards plass 1, 3211 SANDEFJORD  
Tlf: 33 44 60 30  
epost: post@sandefjordtannhelse.no

**Tønsberg tannhelse**  
Tannlege MNTF Gisle Prøsch  
Grev Wedelsgt. 10  
3111 Tønsberg  
Tlf. 33 37 98 03  
Faks 33 37 98 19  
E-post: gisle.proesch@gmail.com  
www.tannhelse.no

**Øvregate Tannhelse AS**  
Tannlege MNTF Esben Sjøblom og  
Tannlege MNTF Ole Johan Foske Johnsen  
Øvre Langgt. 50, 3110 Tønsberg  
Tlf. 33 31 34 27  
Faks 33 33 01 97  
E-post: post@ovregate.no  
www.ovregate.no

## ØSTFOLD

### Privattannlegene AS

Tannlege Karlsen  
Tannlege Jaavall  
Farmannsgt 13b  
1607 Fredrikstad  
Tlf. 69 31 25 27  
Faks 69 31 32 15  
[resepsjon@privattannlegene.no](mailto:resepsjon@privattannlegene.no)  
[www.privattannlegene.no](http://www.privattannlegene.no)  
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

### Rygge Tannlegesenter

Tannlege Ragnvald Schille  
Samarbeider med spesialist i oralkirurgi  
dosent dr.odont Göran Widmark og -spesialist i oral protetikk Bertil Hager  
Ryggeveien 353 B  
1580 Rygge  
Tlf. 69 23 63 00  
Faks. 69 23 63 10  
[E-post: post@rygge-tannlegesenter.no](mailto:post@rygge-tannlegesenter.no)  
[www.rygge-tannlegesenter.no](http://www.rygge-tannlegesenter.no)

### Vegahelse

Lege og tannlegesenter  
**Tannlege Pål Sørensen**  
i samarbeid med oral kirurg Zoran Ristevski og spes. periodonti Jon Vatne  
Storveien 3a  
1624 Gressvik  
Tlf: 99 33 22 00  
[post@vegahelse.no](mailto:post@vegahelse.no)  
[www.vegahelse.no](http://www.vegahelse.no)  
Tilpasset funksjonshemmede  
Gratis parkering inntil bygget

**Tannlege Alf-Chr. Kloster-Jensen**  
Nygårdsgt.32, 1607 Fredrikstad  
Tlf. 69 31 26 28  
[E-mail ac.kloster@broadpark.no](mailto:E-mail ac.kloster@broadpark.no)

## ■ LYSTGASS

## MØRE OG ROMSDAL

### Apollonia Tannklinikk

Tannlege Fredrik Skodje  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70 Telefaks 70 10 46 71  
[E-post: firmapost@apollonia.no](mailto:E-post: firmapost@apollonia.no)  
[www.apollonia.no](http://www.apollonia.no)

## NORDLAND

### Tannlege Per Hamre

Tannboden AS  
Sandnessjøen  
Tlf. 75 04 36 00

## NORD-TRØNDELAG

### TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Per Johan Alstad  
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger  
Tlf. 74 08 23 35  
[pja@tannlege-alstad.no](mailto:pja@tannlege-alstad.no)  
[www.tannimplantater.no](http://www.tannimplantater.no)

## OSLO

Tannlege Et lege/Spesialistkandidat i oral kirurgi Karl Iver Hanvold  
Dentalia Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PIB  
0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
[E-post: post@dentalia.no](mailto:E-post: post@dentalia.no)  
[www.dentalia.no](http://www.dentalia.no)

## TROMS

**ABA Tannlegene**  
Tannlege Einar Brage Thorsteinsson  
Helsehuset  
Sjøgt. 31/33  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00  
[post@abatann.no](mailto:post@abatann.no)  
[www.abatannlegene.no](http://www.abatannlegene.no)

**Tannlege MNTF Ninni Haug**  
Storgt. 9, 9405 Harstad  
Tlf. 77 00 20 50/Faks 77 00 20 59  
[E-post: ninnih@online.no](mailto:E-post: ninnih@online.no)

## VEST-AGDER

**Tannlege Egil Lind**  
Tannlege Egil Lind A/S  
Gåseholmen Brygge  
Postboks 275  
4554 Farsund  
Tlf. 38 39 35 56  
Solbygg Tannlegesenter A/S  
Agder Alle 4, 4631 Kristiansand  
Tlf. 38 70 38 38

**Tannlege Vegard Tronstad**  
Nordmo Tannlegesenter  
Industrigata 4  
PB 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
[post@tannlegenordmo.no](mailto:post@tannlegenordmo.no)  
[www.tannlegenordmo.no](http://www.tannlegenordmo.no)

## ■ NARKOSE/SEDASJON

## AKERSHUS

Løkketangen Tannlegesenter  
Tannlege Anders Wangestad  
Samarbeider med dosent, spesialist i oral-kirurgi Göran Widmark Løkketangen 12a  
1337 Sandvika  
Tlf. 67 52 16 00  
Faks 67 52 16 05  
[E-post: post@wangestad.no](mailto:E-post: post@wangestad.no)  
[www.lokketangen-tannlegesenter.no](http://www.lokketangen-tannlegesenter.no)  
Narkose/sedasjon/lystgass  
Parkeringskjeller

### Tannlege Arild Aarnseth

Samarbeider med anestesilege Thor Haukeland  
Lysaker Torg 5  
1366 LYSAKER  
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01  
[post@dentales.no](mailto:post@dentales.no)  
[www.dentales.no](http://www.dentales.no)  
Åpningstider:  
Mandag – onsdag 08: 00–20: 00  
Torsdag og fredag 08: 00–16: 00

## BUSKERUD

**Bergstien tannlegesenter as**  
Tar imot henvisninger for narkose/sedasjon ved endodonti, oral kirurgi, implantatkirurgi, odontofobi  
Bergstien 64  
3016 Drammen  
kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283 8000)  
Faks 3283 8820  
[tannlegen@tannlegen.nhn.no](mailto:tannlegen@tannlegen.nhn.no)  
[www.tannlegen.com/](http://www.tannlegen.com/)

## MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk**  
Ved anestesilege Marius Conradi  
PB 605  
6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70 Telefaks 70 10 46 71  
[E-post: firmapost@apollonia.no](mailto:E-post: firmapost@apollonia.no)  
[www.apollonia.no](http://www.apollonia.no)

## OSLO

Tannlegesenteret I Bergrådveien 13  
Anestesiooverlege Tormod Røysland  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
[E-post: post@tannlegesenteret.no](mailto:E-post: post@tannlegesenteret.no)  
[www.tannlegesenteret.no](http://www.tannlegesenteret.no)

**Overlege i anestesi Nina Solheim**  
Homansbyen Tannlegesenter As  
Oscarsgate 20, 0352 Oslo  
Tlf. 23 32 66 60  
Faks 23 32 66 61  
www.htls.no  
post@htls.nhn.no

## SØR-TRØNDELAG

**SANDEN TANNEHELSE AS,**  
Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt  
Tannlege MNTF Bjørn Thunold  
Tannlege og spesialist i oral kirurgi Thomas Klimowicz  
Kongens gate 60, 7012 Trondheim  
Åpningstider alle dager 0800–1530.  
Kveldstid mulig etter avtale.  
Telefon/faks: 73527173/ 73527172  
E-post: post@sandentannhelse.no  
Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

## TROMS

**ABA tannlegene**  
ved overlege anestesi Jan Yuri Kazanski  
([www.abatannlegene.no](http://www.abatannlegene.no))  
(post@abatann.no)  
Helsehuset, Sjøgt. 31/33  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

## VEST-AGDER

**Nordmo tannlegesenter**  
Ved anestesioverlege Tom H. Hansen  
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
E-post: post@tannlegenordmo.no  
[www.tannlegenordmo.no](http://www.tannlegenordmo.no)  
[www.implantattenner.no](http://www.implantattenner.no)

## ■ ANDRE KOLLEGIALE HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner.

Under denne overskriften kan man annonse om man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.

For mer informasjon, henv. Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30,  
e-post: eirik.andreasen@tannlegeforeningen.no

## BUSKERUD

**Bergstien tannlegesenter AS**  
Tannlege Thor Fredrik Hoff samarbeider med narkoseteam og endospesialist eller oral kirurg i samme setting. Samarbeid med spes. oral protetikk  
Lang erfaring med pasienter med odontofobi  
Bergstien 64, 3016 Drammen  
Kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283 8000)  
Faks 3283 8820  
[tannlegen@tannlegen.nhn.no](mailto:tannlegen@tannlegen.nhn.no)  
[www.tannlegen.com](http://www.tannlegen.com)

## OSLO

### TannAtelieret DA

#### Tannlege Bjørn Hogstad (MNTF)

Øvre Slottsgt 18–20  
0157 Oslo

Telefon 22 42 04 16

[www.tannatelieret.no](http://www.tannatelieret.no)

resepsjon@tannatelieret.no

Mottar kollegiale henvisninger for utredning og behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg til avdeling for interdisiplinær utredning/behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg

### Avteling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo  
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi  
Spesialkompetanse i oralpatologi  
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim  
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36  
E-mail: solheim@odont.uio.no  
Tannlege, Phd Tine Søland  
Telefon: 22 84 03 76  
E-mail: tinehe@odont.uio.no

## TANNLEGESENTERET - BERGRÅDVEIEN 13

### Allmennpraksis og behandling på spesialistnivå

Vi er et godt innarbeidet team med en grunnstamme av erfarte og stabile tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

De fleste odontologiske spesialiteter er representert ved klinikken på tilnærmet daglig basis.

Vi har fast tilknyttet anestesilege og anestesisykepleiere og kan ukentlig tilby behandlinger i narkose og intravenøs sedasjon.

Vi utfører alle former for bittrehabiliteringer, inkludert hele eller deler av implantat- og regenerasjonsbehandlinger  
(Biomet 3i, Nobel, Astra og Straumann).

Vi samarbeider gjerne med kolleger som ønsker å engasjere seg i slike behandlinger.

På implantatpasienter vil våre tannleger og tannteknikere kunne bistå i valg av protetiske komponenter og utforming av overkonstruksjon.  
Om ønskelig kan vi organisere hospitantbesøk.

Våre spesialister og spesialutdannede tannleger tar i mot henvisninger innen alle fagdisipliner.  
Pasienter med akutte behandlingsbehov vil i de fleste tilfeller kunne få tilbud om behandling samme dag.

BERGRÅDVEIEN 13  
0873 OSLO

TELEFON  
23 26 51 00

TELEFAX  
22 23 02 88

E-POST  
[post@tannlegesenteret.no](mailto:post@tannlegesenteret.no)

ORG.NR  
965075542

# Laboratorium for Patologi

## HISTOLOGI OG CYTOLOGI

**Immunhistokjemi  
Elektroniske prøvesvar  
Korte og effektive svarrutiner**

Laboratorium for Patologi AS har rammeavtale om analyser av alle typer patologiprøver for rekvirenter fra primærhelsetjenesten, spesialister og tannleger i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Dette innebærer at leger, spesialister og tannleger fritt kan sende alle vevs- og celleprøver til laboratoriet.

Laboratorium for Patologi AS kan også motta og analysere prøver fra sykehus i alle helseregioner.

Nærmere opplysninger ved laboratoriesjef Erik Svendsen

Peder Claussønsgate 5  
Postboks 6727 St. Olavs plass  
0130 Oslo

Telefon : 22 99 65 00  
Telefax : 22 99 65 01

*lfp@lfp.no*  
[www.lfp.no](http://www.lfp.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 anestesilege/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: [henvisning@tannleger.com](mailto:henvisning@tannleger.com)  
INTERNETT: [www.tannleger.com](http://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/bro/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 visdomstinner/andre tenner
- Biopsier
- Cyster/tumores

### ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

### PERIODONTI AVDELING

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

### NARKOSE AVDELING

Vi kan gjennomføre operasjoner i full narkose eller i sedasjon i klinikens nye operasjons og narkoseavdeling. Ved behandling i narkose deltar anestesilege og anestesitsykepleier.

Lyst til å prøve deg på å behandle pasienter i narkose/sedesjon – eller å henvisse pasienter? Det praktiske avtaler du med

**Olaug Egeland** som er å treffe på  
TELEFON: 22 44 15 35 og 900 43 020  
E-POST: [narkose@tannleger.com](mailto:narkose@tannleger.com)



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





**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 konkurranse-  
dyktig 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](http://www.nortann.no) - [www.norsmile.no](http://www.norsmile.no)

**LUST PÅ  
PENETENNER**

Vi er kjent for  
høy kvalitet og bra service,  
prov oss!

Fauske Tannteknikk AS  
Best Dental Import  
Best Dental Trading  
Postboks 184, 8201 Fauske

Org. nr.: 984 357 702  
Tlf.: 75 64 65 66  
Fax: 75 64 64 22  
e-mail: [bcstdental@bcstdental.no](mailto:bcstdental@bcstdental.no)

Egenproduserte og importerte tanntekniske arbeider

Vi er forhandler for:

<b>CURADEN</b> Munnhygiene Klorhexidin	<b>CAVEX</b> Kompositt Alginat	<b>DENTAL RATIO</b> Implantater	<b>BEST-Lens</b> Lupebriller
--	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Besøk vår hjemmeside: [www.fausketannteknikk.no](http://www.fausketannteknikk.no), [www.bestdental.no](http://www.bestdental.no)

**God jul**



Tidendes redaksjon ønsker alle leserne av tidsskriftet en god og fredelig jul.



**Nye Listerine® Professional Gum Therapy reduserer blødning i tannkjøttet med 50,9% på bare 4 uker<sup>1</sup>**



Listerine® Professional Gum Therapy er **klinisk dokumentert å behandle gingivitt når den anvendes som et supplement til tannpuss to ganger daglig.**

Listerine® Professional Gum Therapy er et alternativ til klorheksidinbaserte løsninger. Formelen er basert på den unike LAE-teknologien (Ethyl Lauroyl Arginate). LAE danner en fysisk beskyttende hinne på pellikelen og hindrer plakkbakterier i å feste seg til pellikelens proteiner. Dermed avbrytes dannelsen og modningen av plakk.

Ved bruk etter tannpuss, reduserer munnskyllen blødning i tannkjøttet med 50,9 % (p<0,001) på bare 4 uker.<sup>1</sup>

I tillegg er Listerine® Professional Gum Therapy **utviklet for å ikke forårsake misfarging.<sup>2</sup>**

EN DEL AV  
**LISTERINE®**  
PROFESSIONAL SORTIMENTET

Referanser:

1. Bleeding Index Reduction DOF 1 – 2013 (LAEBBA0001), 50,9 % reduksjon i whole-mouth mean bleeding index etter 4 uker.

2. DOF 2 – 2013 (UNKPLT0006).

\*Når den anvendes som et supplement til tannpuss to ganger daglig.

NO/LI/14-0302d



**Behandler og  
forebygger gingivitt\***

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

# TIDENDE

## Frister og utgivelsesplan 2015

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	3. desember '14	10. desember '14	16. januar
2	9. januar	15. januar	13. februar
3	6. februar	12. februar	13. mars
4	6. mars	12. mars	10. april
5	1. april	7. april	15. mai
6	5. mai	9. mai	12. juni
7	6. juni	12. juni	14. august
8	7. august	13. august	11. september
9	11. september	17. september	16. oktober
10	9. oktober	15. oktober	13. november
11	6. november	12. november	11. desember





## Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag

### Ledige tannlegestillinger i Steinkjer, Verdal og Stjørdal

Fullstendig utlysning på ntfk.no, zett.no og nav.no

Tannhelse og folkehelse

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



franz.no



TELEMARK  
FYLKESKOMMUNE

## Klinikkleder Tannklinikken Skien 100% fast stilling

### Kontaktpersoner:

Fylkestannlege Turid Kristoffersen, tlf 35 91 73 08/92 41 60 17

Rådgiver Sissel Annweiler, tlf. 35 91 73 13/41 45 36 00

Søknadsfrist: 31.01.2015

Se fullstendig utlysning på [www.telemark.no](http://www.telemark.no) eller [www.jobbdirekte.no/telemarkfk](http://www.jobbdirekte.no/telemarkfk)



TROMS fylkeskommune  
ROMSSA fylkssuohkan

Informasjon om  
Troms fylkeskommune  
på: [www.tromsfylke.no](http://www.tromsfylke.no)

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) er samlokalisert med Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Tromsø.

## KLINISK LEDER - KJEVEORTOPED

### Ledig 100 % stilling som klinisk leder for spesialistutdanning i kjeveortopedi ved TkNN

Den kliniske lederen vil få det daglige ansvaret for tilrettelegging av den kliniske tjenesten til kandidatene og skal samarbeide med andre kliniske veilederne som bidrar i undervisningen. Planlegging av undervisningen skjer i samråd med prosjektleader på IKO og med andre fagspesialister som engasjeres. I stillingen inngår også pasientbehandling.

Den delen av utdanningen som ikke er ren klinikk, vil skje i seminarform og selvstudier eller gjennom intern og ekstern kursvirksomhet.

Vi søker en erfaren spesialist i kjeveortopedi som skal organisere og lede den kliniske utdanningen. Det vil være en fordel men ikke nødvendig med erfaring fra undervisning og administrativ virksomhet. Erfaring fra forskning og utviklingsarbeid er ingen forutsetning, men vil telle positivt. Den kliniske lederen har en viktig rolle som miljøskaper og det vil bli lagt vekt på personlige egenskaper. Vi verdsetter personer som er strukturerte og som har gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.

Det kan være aktuelt å dele stillingen i to halve stillinger. Søkere besøk om å oppgi om søknaden gjelder hel eller halv stilling evt. begge alternativer. Det stilles krav om at søkerne behersker norsk eller skandinavisk tilfredsstillende. Utenlandske tannleger må ha norsk autorisasjon som tannlege og norsk spesialistgodkjenning før tiltredelsen.

Søknaden sendes fortrinnsvis elektronisk via link på [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no). ID 106873.

Lønn etter avtale. Pensjonsinnskudd trekkes med 2 %. Flyttekostnader dekkes etter bestemte retningslinjer for tilståelse av flyttegodtgj  relse i Troms fylkeskommune. Hvis mulig er vi behjelpeelig med    finne bolig. Ytterligere opplysninger fås ved henvendelse til leder Elisabeth Camling, tlf. 77 78 90 00, 0047 474 89 495, e-post: [elisabeth.camling@tromsfylke.no](mailto:elisabeth.camling@tromsfylke.no). Bes  k g  rne [www.tknn.no](http://www.tknn.no) for mer informasjon.

- For tilsetting i tannhelsetjenesten kreves politiattest.
- Opplysninger om søker kan bli offentliggjort selv om det er bedt om unntak fra offentlighet. Jf. Off.loven.

Adresse: TkNN, Postboks 2406, 9271 Tromsø

Søknadsfrist: 16. januar 2015

## Tannlege søkes

Omgjengelig, seriøs og kvalitetsbevisst tannlege søkes til moderne tannklinik i Stavanger Sentrum. Arkaden Tannhelse har et godt og trivelig arbeidsmiljø med hyggelige pasienter. Vi er et team på fire tannleger og en oral kirurg som er opptatt av å holde et høyt faglig nivå. Tiltredelse er fra 1.februar 2015. Henvendelse kan gjøres til arkadentannhelse@gmail.com eller til Moe Rezai tlf.: 47 88 84 97. Tor Einar Kjørkleiv tlf.: 91 86 27 37

Vilje  
gir vekst

## Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tanndeierstillinger er annonseret på [www.tannhelseroгалand.no](http://www.tannhelseroгалand.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](http://www.ostfoldfk.no)

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

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

## ■ STILLING SØKES

### Hedmark/Oppland

Nyutdannet kvinnelig tannlege 26 år søker stilling primært i Hedmark og Oppland. Har jobberfaring fra privatklinikken siden mai 2014. Kontaktet via e-post: f\_dotterud@hotmail.com/ mobil 45268479.

### Oslo og omegn- eller Tromsø og omegn

Tannlege med lang og bred erfaring fra privatpraksis søker 40–60 % stilling – gjerne vikariat av kortere el lengre varighet. Spesiell interesse for protetikk og endo. Serviceinnstilt, hyggelig, trives godt i travelt miljø. Henv: elia@getmail.no

### Oslo og omegn (Akershus, Østfold, Buskerud)

Tannlege med flere års erfaring fra off. og privat praksis søker 40–60 % stilling i Oslo og omegn (Akershus, Østfold, Buskerud). Tlf 99355283 eller helenebyenordbaek@gmail.com

### Oslo, Akershus, eller Østfold

Ung, positiv og engasjert manlig tannlege søker fra 50 til 100 % stilling i Oslo, Akershus, eller Østfold. Har spesiell interesse for endodonti og erfaring fra privat praksis. Ta kontakt helst via: zamoeller@live.no eller ring 92 46 69 69

### Ass.tannlegestilling søkes

Kvinnelig spes.kand. i protetikk søker stilling som ass.tannlege. 1-2 dager pr uke, området Oslo/Akershus. Er positiv og faglig engasjert.

Kontakt pr epost:  
spes.kand.protetikk@gmail.com

### Tannlege søkes

Omgjengelig, seriøs og kvalitetsbevisst tannlege søker til moderne tannklinik i Stavanger Sentrum. Arkaden Tannhelse har et godt og trivelig arbeidsmiljø med hyggelige pasienter. Vi er et team på fire tannleger og en oral kirurg som er opptatt av å holde et høyt faglig nivå.

Tiltredelse er fra 1.februar 2015.

Henvendelse kan gjøres til arkadentannhelse@gmail.com eller til Moe Rezai tlf.: 47 88 84 97.

Tor Einar Kjørkleiv tlf.: 91 86 27 37

## ■ KJØP – SALG – LEIE

### VELETABLERT

#### TANNLEGEPRAKSIS SAUDA

110 m2 midt i sentrum, 100 % nyoppusset. Stor privat parkeringsplass, busstopp rett utenfor døra. Alt utstyr nytt og topp moderne, f eks:

- Planmeca compact i unit med dig.rtg og intraoralt kamera og tempur skinnstol
- OPUS system journaler og arkiv
- Planmeca promax dimax 4 OPG (romexis)
- Masterpiezon scaler og luft/saltrenser
- Wand anestsi rullestativ
- Elektro kir.apparat

Bunnsolid paisentgrunnlag i alle aldersgrupper

Henv pealhaug@online.no /

52 78 33 68

### TANNLEGEPRAKSIS TIL LEIE/

#### SALG I MYSEN

Selges/leies ut grunnet sykdom. Lyse og trivelige lokaler sentralt i Mysen med god pasienttilgang. Kort vei til tog. Egen parkeringsplass. Offentlig tannlegekontor i samme bygg. Nyere Fimet-unit. Alle leasing kontrakter betalt. Digitalrøntgen. Opus datasystem. Laser. Lett tilgjengelighet. Gode parkeringsmuligheter for pasienter. Heis i bygget. Takst utarbeidet av Tonne Dental. Ta kontakt på tlf. 92 43 26 06 el mail: tannlegemysen@gmail.com

### TANNLEGEPRAKSIS SELGES

Tannlegepraksis sentralt i Moss planlegges solgt. 100 kvm i annen etasje i Helsehuset. Én gammel og én nyere unit, Opus, Digora. Praksisen er taksert av Svend Solum i Saga Consult.

tannlegen@mkw.no

## DIVERSE

### Ønskes kjøpt

Planmeca Røntgensensor  
Dixi. B2 (31 x 41mm)  
Kontakt Øvregate Tannhelsesenter AS  
Cathrine.ovregate@gmail.com  
Telefon 33313427

### Planmeca Compact unit selges

Planmeca Compact unit 2005 modell selges rimelig. Meget pent brukt.

Unit med stol, lampe (Delight), brygge med pisker inkl. mikromotor (kavokobling), turbinmotor, treveissprøte, herdelampe/min-led. EMS airscaler.

Unit monteres for våtsuganlegg.

Ta kontakt med Pharo Tannhelse

32846433,

mail: [beate@pharotannhelse.nhn.no](mailto:beate@pharotannhelse.nhn.no),  
Beate Pharo 90660478.



**DENTAL RØNTGENFILM**

**Høy kontrast/finkornet**

Se informasjon og priser på [www.fomafoto.no](http://www.fomafoto.no)

For prøver ring **99264846**/ e-post: [service@fomafoto.no](mailto:service@fomafoto.no)

Fomafoto er distributør av Foma Bohemia Ltd.-produkter i Norge.

**Unik,  
eksklusiv og  
høy kvalitet!**



Prøv Bambach  
sadelstolen en periode!

post@bardum.no  
tlf.nr: 64 91 80 60  
[www.bardum.no](http://www.bardum.no)



### Oslo Tannlegesenter

tilbyr tannbehandling under sedasjøn og full narkose. Vi har kort ventetid!  
Vi samarbeider med dyktige narkoseleger og ønestesisykepleiere som har stor erfaring med denne type behandling.

Ta kontakt for mer informasjon.  
Tlf. 22 42 49 50.  
E-post: [post@oslotannlegesenter.no](mailto:post@oslotannlegesenter.no)  
Nettside. [www.oslotannlegesenter.no](http://www.oslotannlegesenter.no)



### TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

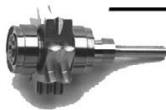
**Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.**

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!**

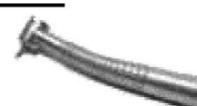


Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

**Strandbygdveien 54, 2408 Elverum**

**Tlf 62 43 10 00**

[tannkjel@online.no](mailto:tannkjel@online.no)



NB! Husk navn og adresse!

# NÅ ER TIDEN FOR EKTE OG MAGISKE GAVER



## SEND OSS DITT DENTALSKRAP

og kjøp smykker fra **NOOR®**  
til spesialpriser !

Besök [www.noorsmykker.no](http://www.noorsmykker.no) for å se flere smykker.

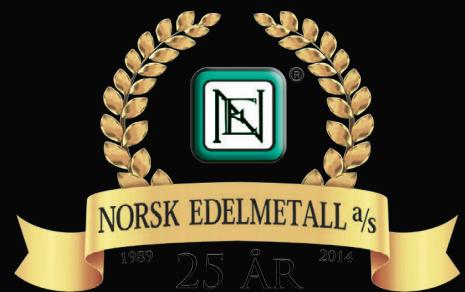
Tlf: 64 91 44 00 Faks: 64 91 44 01 E-post: [info@norskedomstall.no](mailto:info@norskedomstall.no) Boks 184, 1401 SKI

### VI KJØPER ELLER RAFFINERER:

- \* Dentalgull
- \* Gamle smykker
- \* Barrer, granulat, mynter, m.m.
- \* Skrapsølv / Sølvstøy

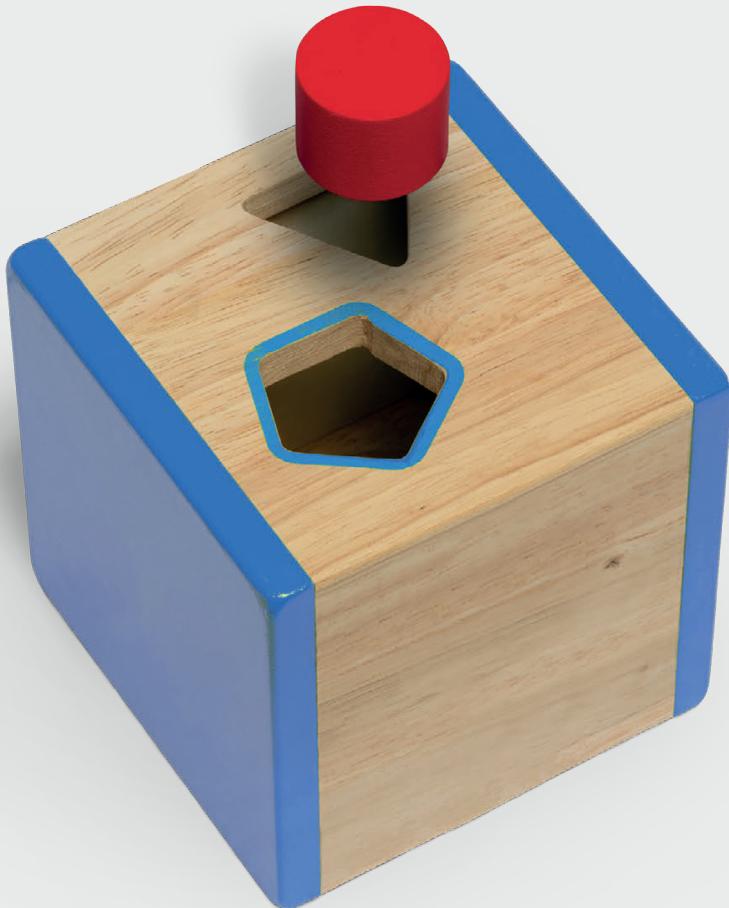
### OPPGJØR ETTER EGET VALG:

- \* Nytt Dentalgull
- \* Gullbarrer - 24K
- \* Kontanter
- \* Avregning på nye smykker





# Presisjon er alt.



## 24,5 ÅR MED SAMME LEVERANDØR!

Vi liker når protetikk sitter perfekt på første forsøk. I 23 år har vi samarbeidet med noen av de dyktigste tannteknikerne i verden. Det har gitt oss et solid rykte som leverandør av presisjon og kvalitet. Det betyr mindre tid på tilpasning og oppfølging, og vil settes pris på av både deg – og pasientene dine.

**Som bonuskunde får du opptil hver 9. MK kostnadsfritt (ekskl.au).**



Uansett!

**Ring oss på 32 89 60 55 for et godt tilbud!**

NEDRE STORGATE 65, 3015 DRAMMEN | FAKS: 32 89 60 62 | DENTRADE@ONLINE.NO | WWW.DENTRADE.ORG  
Agent for DWWW, Modern Dental Lab



**DENTRADE**  
We put a smile on your face