

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 124. ÅRGANG • NR. 3 MARS 2014



Alle bør stole på
tannlab'en sin!

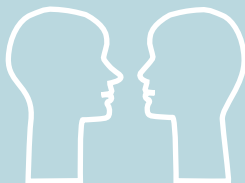
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.



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

TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier. Laboratoriet ble etablert i 1984, og våre kunder er blant de fremste tannleger i Norge. Laboratoriet ble i 1997 sertifisert i henhold til ISO 9002 som det første tanntekniske laboratorium i Norden.

TANNLAB

fremstilling · rådgivning · formidling

Gode resultater



Gravide kvinner utvikler mer gingivitt enn ikke-gravide med like plakkmengder, skriver det danske Tandlægebladet. Dette fastslås i en amerikansk undersøkelse som er publisert i journal of Clinical Periodontology.

Samme undersøkelse konkluderer med at en intensiv forebyggende hygieneinnsats reduserer problemet signifikant.

Hos de 120 gravide kvinnene som deltok i undersøkelse betød profylakse og hygieneinstruksjoner tre ganger med fire ukers intervall under graviditeten at både plakkindeks, gingivittindeks, blødningsindeks og lommedybder minsket signifikant. Plakkindeks og gingivittindeks minket i gjennomsnitt 50 prosent.

Geisinger ML, Geurs NC, Bain JL et al. Oral health education and therapy reduces gingivitis during pregnancy. J Clin Periodontol 2013. doi: 10.1111/jcpe. 12188. (Epub ahead of print)

Nye medlemmer

De nasjonale forskningsetiske komiteene har fått nye medlemmer frem til 2017, oppnevnt av Kunnskapsdepartementet. Professor Dag Bruusgaard skal fortsatt lede komiteen for medisin og helsefag, mens professor Øyvind Mikkelsen er ny leder for Den nasjonale forskningsetiske komiteen for naturvitenskap og teknologi. Professor Bjørn

Hvinden fortsetter som leder for komiteen for samfunnsvitenskap og humaniora. Ny leder for Nasjonalt utvalg for granskning av redelig i forskning er professor Tore Lunde.



Kutt i finansiering

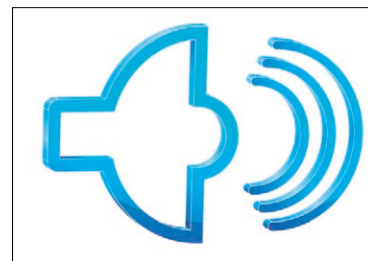
Siden finanskrisen inntraff i 2007 har en rekke land kuttet i finansieringen av forskning og høyere utdanning, skriver Times Higher Education ifølge bladet Forskerforum. En undersøkelse gjennomført av European University Association sier at 13 av 22 land har opplevd realkutt i universitetsbudsjettene siden 2008. i halvparten av landene utgjør studieavgiftene under fem prosent av universitetenes inntekter. Institusjoner i land med lave studieavgifter er særlig sårbare for kutt i de offentlige budsjettene, konkluderer rapporten.

Systematikk ga mer penger

For andre år på rad har Akershus universitetssykehus (Ahus) høyest innvilgelsesprosent på forskningsprosjekter i Helse Sør-Øst, ifølge Romerikes Blad.

- Vi har jobbet systematisk med å få forskere til å forstå at vi er helt avhengige av eksterne midler for virkelig å få fart i forskningen. Når man får slike midler er forskningen på sett og vis freddet i tre år - uavhengig av sykehusets egne budsjetter og eventuelle budsjettkutt, sier forskningssjef ved Ahus, Hilde Lurås. 27 prosent av søknadene ble innvilget.

Lyden er verst



Som tannlege utsettes man for både kjemi og støykilder på arbeidsplassen, skriver det danske Tandlægebladet. En ny undersøkelse i Journal of Craniofacial Surgery har rettet oppmerksomheten mot dette.

Hørselen til 40 tannleger ble testet og sammenlignet med hørselen hos en kontrollgruppe. Samtidig fikk de to gruppene tatt prøver av nasal mucosa for å undersøke kjemiske påvirkninger i form av eksempelvis hyperplasier, dysplasier og premaligne eller maligne celledorandring.

Mucosaundersøkelsen viste ingen forskjeller mellom tannlegene og kontrollgruppen mens hørselen var signifikant dårligere hos tannlegene. Forskerne konkluderer at støy fra diverse instrumenter og maskiner utgjør en yrkesrisiko for tannleger.

Gurbuz MK, Catli T, Cinci C et al. Occupational safety threats among dental personnel and related risk factors. J Craniofac Surg 2013; 24: e599-602.

Tidende er tilrettelagt for håndholdte medier



Søte munnfuller mot omgangssyke



ILL. VAY MICRO

Til høsten skal seks uker gamle spedbarn i Norge få gratis vaksine mot rotavirus, skriver forskning.no. Rotavirus gir oppkast, diaré og ofte feber hos små barn. Norske helsemyndigheter er i disse dager i forhandlinger med vaksineprodusenter. Begge vaksiner som vurderes gis som et par milliliter med dråper i munnen hver gang. Vaksinene har vært godkjent i Norge siden 2006 og tilgjengelige, uten at mange har benyttet seg av dette.

– Begge er trygge og godt utprøvd vaksiner, først i store studier og deretter gjennom flere år i andre lands vaksinasjonsprogrammer. De innebærer et par munnfuller med væske for så små barn, og de smaker søtt, sier overlege Synne Sandbu ved Folkehelseinstituttet til forskning.no.

Sandbu opplyser at vaksinen beskytter i størrelsesorden 80 prosent, og over 95 prosent mot de alvorlige variantene.

– Vi tar vaksinen med i barnevaksinasjonsprogrammet for å redusere alvorlige tilfeller av sykdom, fortsetter hun.

I Norge har nesten alle barn hatt rotavirus før femårsalderen. Viruset sørger hvert år for at tusenvis av barn må undersøkes av lege, og dessuten 700–

1100 sykehusinnleggelseser med alvorlige tilstander av diaré og uttørking.

Likevel har norske myndigheter drøyd med å inkludere vaksinen i programmet.

I USA har vaksiner mot rotavirus vært i bruk de siste syv-åtte årene. Argumentasjonen for å innføre dem har ikke bare handlet om de små barnas helse, men også om at småbarnsforeldre ble mindre borte fra jobb med sykt barn.

I fattigere land handler det i større grad om liv eller død. Hvert år dør 600 000 barn under fem år av diaré på verdensbasis.

WHO har anbefalt alle land å begynne å bruke rotavirus-vaksiner, og rundt 50 land har slike programmer nå, deriblant Finland, Østerrike, Belgia og Storbritannia.

I Norge har det drøyd med innføringen, og helt inntil de siste par årene har det vært uenighet om rotavirus-vaksine bør innføres,

Et argument har vært at sykdommen ikke har vært ansett som alvorlig nok. Det skjer svært sjelden dødsfall i Norge, mens det i USA er inntil 70 000 innleggelseser og 60 dødsfall årlig. Et flertall i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ville i 2011 ikke anbefale å ta den inn i barnevaksinasjonsprogrammet.. Selv om rådet også sa at vaksinasjon mot infeksjonen vil kunne redusere utgifter til sykefravær.

– En dose med RotaTeq koster rundt 460 kroner i apotek, mens Rotarix koster nærmere 430 kroner. Disse vaksinene er allerede godkjent for bruk i Norge, så det har vært mulig å ta dem, men kun ganske få har benyttet seg av den muligheten, sier overlegen.

På nett

Eget ikon for Tidende

Tidendes nettsider www.tannlegetidende.no er tilpasset smarttelefoner og lesebrett. Det betyr enkel navigering og søking.

For lett tilgang til tidsskriftet kan et Tidende-ikon legges til på telefon- eller bretttskjermen.

Har du iPhone eller iPad gjøres det slik: Gå til nettstedet, (www.tannlegetidende.no) og trykk på del-knappen nederst på Safari-skjermen. Trykk så på symbolet merket med «Legg til på Hjem-skjerm», og så på Legg til-knappen. Start nettstedet ved å trykke på Tidende-ikonet.

Dette gjelder bare iPhone og iPad. Androidtelefoner har en bokmerkefunksjon, som i praksis fungerer på samme måte, ikonet ikke er noe annet enn en snarvei til nettsiden, til tross for at det ser ut som en app.

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

Implantatkomponenter
kvalitet og presisjon
til en gunstig pris.
T: 22 96 61 00
www.nogusra.no



MEDENTIKA® GmbH
DENTALE PRÄZISION

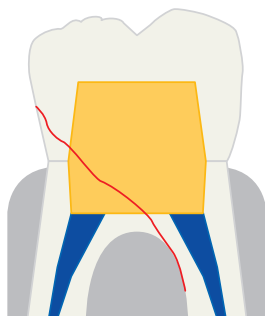
30 års garanti på
alle anvendte deler
inkl. fikstur -
gir deg trygghet!
www.medentika.de



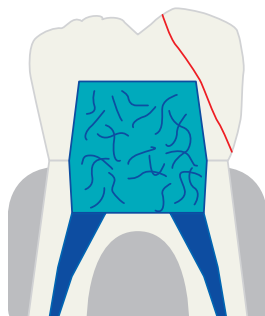
Den første fiberarmerte kompositten

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

everX Posterior™



Fraktur som ofte oppstår ved bruk av konvensjonell kompositt



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



Med everX Posterior får du:

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

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



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



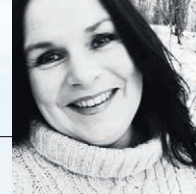


Foto: Yay Micro. Design: Mike Mills.

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

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,
Tlf. 22 54 74 30.

E-post:
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon VII's gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no
www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 300. 11 nummer per år
Parallellpublisering 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.

Ikke helt med?

Situasjonsrapporten om tannleger og E-helse i denne utgaven av Tidende viser at både lovverket og tannlegene henger etter. Tannlegeforeningen har bedt om et møte med helsedirektøren for å få en avklaring. Nok er nok, betyr det. Helsedirektøren har så langt brukt halvannen måned på å ikke svare.

Saken er blant annet at til tross for at både Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund, Innovasjon Norge og Tannlegeforeningen har brukt store beløp på Elin-T-prosjektet (elektronisk informasjonutveksling i tannhelsetjenesten), de siste fem årene, mangler fortsatt standarder og sertifiseringer som må ligge til grunn for en fungerende elektronisk kommunikasjon i og mellom sektorene i helsetjenesten. Helsemyndighetene har ikke gjort jobben sin.

Det er ikke første gang vi hører om at tannlegene ikke er helt med, for ikke å si glemt, når det planlegges og skjer ting i helsesektoren, som er av betydning for dem. Hvis det settes ned et utvalg er det gjerne med overvekt av leger, som de eneste fra helsesektoren, supplert med et par jurister og kanskje en økonom. Og så er de i gang, og finner ut av hvordan ting skal være. Tannlegene er ikke med selv om saken gjelder dem også, ei heller psykologer og fysioterapeuter med flere.

Hvorfor blir det sånn? Er det noens feil, eller skyld?

Er det Tannlegeforeningen som ikke er nok på banen. Er det helsemyndighetene som helt av seg selv burde tenke mer på tannlegene? Eller er det tannlegene selv, en og en, som burde gjøre seg mer gjeldende, for eksempel gjennom det offentlige ordskiftet og dermed sørge for at de aldri blir glemt.

Denne overgangen er muligens noe søkt. Jeg forsøker likevel.

Dere tannleger, med noen unntak selvfølgelig, gjør dere gjerne gjeldende uten å synes, er min erfaring.

Jeg ser dere godt når dere havner i min epostkasse med det dere mener. Godt formulert ofte. Gode poenger. Men å sette det på trykk i bladet. Nei, det vil dere helst ikke. Dere vil ikke synes, sier dere. Det er ubehagelig å gi seg til kjenne. Eller dere tror ikke det nytter. Det har dere prøvd før. Det er bedre hvis jeg kan si noe om det. Jeg er jo redaktør. Si det, du, sier dere til meg.

Hvor skal jeg si det, hen da, mener dere? Jeg sier jo bare det JEG mener. Her på lederplass. Det er ikke sikkert jeg er enig med deg eller dere. Og jeg tar ikke opp det samme temaet neste gang. Dere må hive dere på og debattere når saken er aktuell.

Dere får ganske enkelt ikke frem meningen deres hvis dere ikke sier det selv.

Det siste eksempelet på dette er reaksjonene jeg fikk etter lederen i Tidende nr. 2 i år. Den handlet om nettstedet Legelisten.no. Det kom mange reaksjoner til meg etter den. Flere var hjertens enige med meg. En sa at jeg var helt på jordet og mente at jeg var både naiv og arrogant. Flere hadde historier å fortelle om hvor håpløst det hadde vært å argumentere med Legelisten.no om anonyme innlegg av tvilsom art som det var umulig å få slettet.

Det er mulig jeg lager en søkt sammenheng, som sagt. Og jeg er ikke så sikker på det. Jeg tror innflytelse og makt og det med å bli regnet med i ulike sammenhenger henger sammen med villigheten til å vise seg frem.

Så vis dere frem, folkens. Si det høyt hvis dere mener noe og har lyst til at noe skal forandre seg. Ellers er dere ikke helt med.

Og i akkurat den saken med E-helse er det myndighetene som ikke har gjort jobben sin. Det står fast.

Ellen Beate Dyvi

Det er vi som

Avdeling Tannteknikk

InterDental

- sender 4 ganger i uka
- kun har 6 kalenderdagers leveringstid
- gir deg de største økonomiske fordelene på klinikken

*Avtalekunder får rabatt
på både forbruksvarer og
tanntekniske arbeider!*



Avd. Tannteknikk, Nedre Vollgate 4, Postboks 6657, St. Olavs Plass 0129 Oslo
Tel: 22 47 72 00 import@licscadenta.no www.licscadenta.no



Det er viktig å holde orden i eget hus

Forrige Presidenten har ordet skrevet om vår bekymring for ulike tilbud om tannbehandling fra det vi oppfatter som useriøse aktører. Vi ser et behov for å få helsemyndighetene til å klargjøre hvor grensen skal gå for hva som er lovlig og forsvarlig tannbehandling rettet mot norske pasienter, og vi mener det er nødvendig med avklaring og tydeliggjøring av hvilke forhold tannbehandling kan vurderes og leveres under.

Når man stiller høye krav til andre er det også naturlig å stille høye krav til seg selv. Tilgangen på tannleger i Norge er bedre enn på mange år. Det utdannes mange tannleger i utlandet, og det meldes om god søkning til stillinger i offentlig sektor. Flere privatpraktiserende medlemmer melder om mindre tilgang på pasienter, konkurransen har rett og slett blitt hardere. Juristene i sekretariatet vårt har en opplevelse av at konfliktnivået i bransjen stiger.

Økt konkurranse kan ha positive effekter. Det kan føre til bedre spredning av kompetanse og dermed til bedre tannhelse. Sett fra myndighetenes side er økt konkurranse bra. Men økt konkurranse kan også føre til at noen tar i bruk uheldige og uønskede virkemidler. Nå, mer enn noen gang, er det derfor viktig å følge de etiske reglene, både i forholdet til pasienter og til andre kolleger. Vi må alle gjøre vårt beste for at bransjen fortsatt skal opprettholde sitt gode omdømme, selv i tider med tøffere konkurranse.

Vi får stadig meldinger om aggressiv og til tider ugrei annonsering. Vi ser tilfeller av tannleger som annonserer med spesialistkompetanse eller spesialkompetanse de ikke har, eller som ikke eksisterer i Norge. Vi ser markedsføring av behandlingsmetoder og behandlingstilbud som i beste fall er på grensen av det som er akseptabelt, og vi ser tilfeller av overbehandling. Vi har også

sett eksempler på ulike former for avtaler om eksempelvis henvisningsprovisjon.

Alt dette er i strid med NTFs etiske regler, blant annet disse bestemmelsene:

§ 8 Pasientbehandling

En pasient har krav på tannlegens råd og veiledning... Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted...

§ 13 Samarbeid med spesialist

(...)En tannlege skal verken av tannleger eller andre kreve eller motta noen form for honorar eller vederlag for å henvise eller anbefale en pasient til en kollega. Tannlegen skal heller ikke betale noen form for honorar eller vederlag for å få henvist en pasient til seg.

§ 17 Markedsføring

En tannleges annonsering må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende.

... En tannlege må ikke overfor publikum drive produktreklame for medikamenter og forbruksvarer til pasienter eller for utstyr til bruk i tannlegevirksomhet...

§ 18 Tittelbruk

Bare godkjente spesialister kan avsette spesialistpraksis. Utenlandske titler og doktorgrader må ikke brukes i Norge uten godkjenning fra NTFs hovedstyre...

Våre etiske regler danner grunnlaget for en verdig utøvelse av tannlegeyrket. Etiske regler viser at vi som yrkesgruppe tar ansvar for pasientene og faget vårt, noe som medvirker til at publikum kan ha tillit til tannlegestanden. Dette har betydning også for den enkelte tannlege, ved at pasientene opplever at de kan stole på tannlegen sin. Derfor må vi forvente at alle tannleger gjør sitt beste for å unngå at det blir grunnlag for kritikk, ved å være faglig oppdatert og utføre arbeidet forsvarlig og til pasientens beste.

En god leveregel er at vi skal behandle andre som vi ønsker å bli behandlet selv. Det gjelder både i forhold til kolleger og pasienter. Etter endt arbeidsdag skal jeg kunne se meg selv i speilet og pasienten i øynene og vite at jeg har gjort det jeg mener er best for pasienten. Det innebærer at jeg aldri utfører behandling som jeg ikke kan innstå for og som jeg ikke ville ha tilbudt mine nærmeste.

Hensynet til pasienten er det overordnede i de etiske reglene. Vårt forhold til pasientene må styres av respekt og empati, og målet må være å tilby pasientene best mulig omsorg og behandling. Vi skal naturligvis også støtte og hjelpe kolleger, og ta kollegiale hensyn, men ikke slik at det går på bekostning av hensynet til pasientene.

Lover og forskrifter vedrørende helsepersonell og pasientbehandling regulerer også en del etiske forhold. Alle tannleger har plikt til å sette seg inn i aktuelle lover og forskrifter, og utøve yrket i tråd med disse. Hensynet til samfunnet er også en del av yrkesetikken.

Det er verdt å merke seg at uavhengige undersøkelser år etter år setter tannlegene på omdømmetoppen i Norge. Befolkningen har stor tiltro til oss. Det er ikke noe som kommer av seg selv, og det er verdt å ta godt vare på. Et godt omdømme bygges sakte og møysommelig opp, men kan rives brått og brutalt ned. Å «holde orden i eget hus» er derfor helt avgjørende for at tannlegestanden fortsatt skal ha folkets tillit. Våre etiske regler bidrar til dette.

Jeg oppfordrer alle til å sette seg grundig inn i de etiske reglene. Bruk dem, og la dem være med på å styre den kliniske virksomheten. Slik skal vi sammen opprettholde befolkningens tillit og vårt gode omdømme!

Camilla Hanser Steinum

Ferda Gülcan, Elwalid Nasir, Kristin S Klock, Gunnar Eckbäck, Anne Nordrehaug Åstrøm

Sosiale forskjeller i tannhelse og bruk av tannhelsetjenester fra 65- til 70 års alder- et livsløpsperspektiv

Studier av oral helse og sosiale skjevheter i et livsløpsperspektiv gir viktig informasjon for tilrettelegging av tannhelsetjenester blant eldre. Formålet med studien var å kartlegge hvordan sosiale ulikheter i tannstatus, oral livskvalitet og bruk av tannhelsetjenester utvikles fra 65 til 70 års alder. Det søkes også svar på om sosiale forhold knyttet til barndom og oppvekstforhold betyr like mye for tannhelsen hos eldre som forhold seinere i livet. Høsten 2007 og 2012 ble et spørreskjema sendt ut til alle 65- og 70 åringer bosatt i Hordaland, Sogn og Fjordane og Nordland. Totalt deltok 4.211 og 3.733 personer i 2007 og 2012, mens 2.947 personer deltok både i 2007 og 2012 (oppfølgingsrate 70 %). Første del av analysen som er basert på deltakere i 2007 og 2012 (n=2.947) viste at sosiale ulikheter i tannstatus, oral livskvalitet, bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester stort sett forble uendret fra 2007 til 2012. For de fleste tannhelseindikatorer var den samlede sosiale gradienten noe lavere i 2012 enn i 2007. Betydningen av sosialt nettverk for tanntap og bruk av tannlegetjenester avtok med økende alder fra 65 til 70 år. Andre del av analysen viste at sosiale faktorer knyttet til oppvekstmiljø, som fødeland og utdanning hadde like stor betydning for tannhelsen og bruk av tannhelsetjenester som siviltilstand, sosialt nettverk og bosted knyttet til seinere livsløpssta-

dier. Sosiale ulikheter i helse blant eldre varierer i et livsløpsperspektiv og reduseres i seinere faser av livsløpet.

Oral helse er en integrert del av allmenn helse og velvære (1). Mange kroniske sykdommer, for eksempel hjerte-/karsykdommer, kreft og diabetes, og sykdommer i munnhulen øker med økende alder som følge av livslang, kumulativ risikoeksponering (2). Orale sykdommers betydning for den generelle helsetilstand er påvist i flere studier (3). Et viktig folkehelse tema er å opprettholde god livskvalitet i takt med at forventet levealder stadig øker (4). Behovet for tannbehandling hos eldre øker fordi stadig flere beholder sine egne tenner opp i høy alder. Økt antall gjenværende tenner med behov for forebyggelse, behandling og ettersyn, og en aldrende befolkning skaper store utfordringer for tannhelsetjenesten (5,6).

Tannstatus hos eldre er blitt bedre og studier tilsier at antall tannløse i Europa er redusert (6, 7). Trøndelagsundersøkelsen viser at antallet eldre som kun hadde egne tenner økte fra 1996 til 2004 (8). I Sverige økte andelen av befolkningen 16–74 år med egne tenner fra 45 % i 1975 til 85 % i 1996/97 (9). I tidsrommet 1972 til 2001 økte bruk av tannhelsetjenester

Forfattere

Ferda Gülcan, PhD stipendiat. Institutt for klinisk odontologi – forebyggende tannhelse, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Elwalid Nasir, NFR-finansiert postdoktor stipendiat. Institutt for klinisk odontologi – samfunnsodontologi, Universitetet i Bergen

Gunnar Eckbäck, overtannlege, PhD, Ledningskansliet, Tandvårdsenheten, Ørebro Läns Landsting, Ørebro, School of Health and Medical Sciences, Örebro University, Sweden

Kristin S. Klock, professor, dr. odont. Institutt for klinisk odontologi-Samfunnsodontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Anne Nordrehaug Åstrøm, professor, dr. odont. Institutt for klinisk odontologi-samfunnsodontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Hovedpunkter

- Omfanget av sosiale ulikheter i tannstatus og bruk av tannhelsetjenester er stort sett uendret fra 65 til 70 års alder.
- Effekten av sosialt nettverk på tanntap og bruk av tannhelsetjenester avtar fra 65 til 70 års alder.
- For de fleste tannhelseindikatorer var den totale sosiale gradienten mindre i 2012 sammenlignet med 2007 noe som kan tyde på at ulikheter hos eldre reduseres etter oppnådd pensjonsalder.
- Sosiale forskjeller i tannhelse hos eldre skyldes ikke primært påvirkning i seinere voksent livsløp.
- Forhold både i oppvekst og voksenlivet har betydning for tannhelse og bruk av tannhelsetjenester blant eldre.

ter blant 70-åringene i Sverige fra 20 % til 80 %. Kohortstudier i den svenske befolkning har imidlertid vist at regelmessig bruk av tannhelsetjenester gikk ned fra 93 % ved 50 årsalder til 87 % ved 65 årsalder (10, 11). I tråd med Verdens helseorganisasjons definisjon av helse viser undersøkelser at god oral tannhelse ikke bare er et spørsmål om å være fri for orale sykdommer. Eksempelvis oppga 3 % av et landsrepresentativt utvalg av den norske voksne befolkning at de manglet alle tenner mens halvparten av disse svarte at de hadde god tannhelse (12). Både subjektive og objektive mål for tannhelse bør legges til grunn ved vurdering av behov for tannlegetjenester.

Helse- og tannhelseplager forekommer hyppigst i den del av befolkningen som har minst sosiale ressurser. Sosiale forskjeller i tannstatus synes å vedvare i den norske befolkning samtidig som noen studier viser at disse forskjeller er redusert over tid (8, 13). Kohortstudier har vist at økning i tanntap og nedgang i bruk av tannhelsetjenester er mest uttalt blant individer med lav sosial status (11). Ennå vet man lite om hvordan sosiale forskjeller utvikler seg i et livsløpsperspektiv og om helseulikheter fortsetter, reduseres eller øker med økende alder (14). Livsløps-perspektivet ser helse som et resultat av et samspill mellom sosiale, atferdsrelaterte og biologiske faktorer og det antas at forhold i oppveksten og gjennom voksenlivet påvirker oral helse hos eldre (15,16). Livsløps-perspektivet har vært karakterisert slik: «Livsløpstilnærmingen undersøker hvordan sosiale og biologiske faktorer som opptrer på forskjellige stadier i livsløpet og som inkluderer flere generasjoner bidrar til utviklingen av helse/sykdom i seinere voksen alder» (17). Erfaring tilsier at sosiale og økonomiske forskjeller i helse/oral helse er ganske små tidlig i livet og har en tendens til å øke med økende alder (18). Seinere i livet synes disse forskjeller å reduseres igjen.

På ethvert alderstrinn er helse/oral helse en konsekvens av påvirkning i nåtid og nærmeste fortid men også av påvirkning fra barndom flere tiår tidligere. Et relevant spørsmål blir når i livsløpet de forhold inntreffer som skaper sosiale ulikheter i helse/oral helse i seinere voksen alder. Er det leveforhold som barn og ung voksen eller er det nåværende sosiale og økonomiske forhold som betyr mest for oral helse hos eldre? En annen hypotese tilsier at helse/sykdom akkumuleres under livsløpet og at helse/oral helse blant eldre er en konsekvens av akkumulert risikoeksponering over tid (14,17). Nyere undersøkelser har vist at kvinner og menn som har høy sosial status både som barn og voksen har mindre sannsynlighet for tanntap og redusert oral livskvalitet seinere i livet sammenlignet med dem som endrer sosial status fra barn til voksen livsfase (14, 19, 20).

I den foreliggende studien søkes det svar på følgende tre spørsmål: 1) Hvordan utvikler sosiale forskjeller i tannstatus, oral livskvalitet og bruk av tannlegetjenester seg fra 65- til 70 års alder? 2) Vil sosiale forskjeller øke, reduseres eller forbli stabile med økende alder? 3) Vil «tidlige» sosiale faktorer fra barndom og oppvekst gi variasjon i tannhelse blant eldre eller er det forhold i voksen alder som betyr mest for tannhelsen i det seinere livsløpet?

Metode

I 2007 ble et spørreskjema sendt per post til alle personer født i 1942 og bosatt i Hordaland (N= 3 831), Sogn og Fjordane (N= 975) og Nordland (N=2 442). Disse tre fylkene representerer rurale og urbane strøk, samt geografisk variasjon og derved variabilitet i oral helse og tannhelsetilbud. Navn og adresse ble hentet fra Folkeregisteret av Statistisk Sentralbyrå (SSB) i april 2007. Spørreskjemaet som var utviklet i Sverige ble revidert og oversatt til norsk (21). Svarprosenten var 58 % (n= 4.211 av netto populasjon N=7 248). I september 2012, sendte SSB ut et tilsvarende spørreskjema til alle personer født 1942 og bosatt i deltakerfylkene (N= 6.841). Den endelige svarprosenten var 55 % (n= 3 733 av en netto populasjon på 6841). Totalt deltok 2 947 personer både i 2007 og 2012 (oppfølgingsrate 70 %). Denne kohorten (n=2 947) danner basis for analyser i studien. Spørreskjemaundersøkelsen ble administrert av SSB både i 2007 og 2012. Prosjektet har etisk godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig data tjeneste (NSD) i 2007 og fra Regional komite for helseforskning (REK Vest) i 2012.

Karakteristika ved respondentene og bortfallsanalyse

I følge SSB var kjønnsfordelingen på alle som deltok i 2007 (n=4 211) den samme som i populasjonen. I forhold til populasjonen var det en overvekt av lavt utdannede blant de som deltok i 2007. Deltakerne i 2007 og 2012 (n=2 947) ble sammenlignet med de som ikke gjennomførte 2012 undersøkelsen (n=1 264) med hensyn til en rekke sosiale karakteristika og tannhelseindikatorer målt i 2007. Det var en overvekt av gifte og høyt utdannede i deltaker kohorten. I tillegg var andelen som rapporterte tanntap, redusert oral livskvalitet, sjeldent bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester lavere i deltakerkohorten sammenlignet med bortfallsgruppen.

Variabler og analyse

Sosiale karakteristika ble målt med følgende variabler: norsk/utenlandsk bakgrunn, utdanning, sivil status, bosted og antall personer i det sosiale nettverket. Tannstatus ble målt som antall gjenværende egne tenner og oral livskvalitet, her også kalt opplevd tannhelse, på en skala bestående av 8 spørsmål «The Oral Impact of Daily Performance», OI DP – skalaen (22). Bruk av tannlegetjenester ble målt ved spørsmålet «Hvor ofte går du til tannlegen?» og udekket behov for tannlegetjenester ble målt ved spørsmålet «Har du noen gang unngått å gå til tannlegen ved behov fordi du ikke hadde råd?». De uavhengige variablene er gruppert etter hvor i livsløpet de starter å utøve sin påvirkning som risikofaktor for fremtidig oral helse. Fødeland og utdanning regnes som tidsuavhengige eller stabile tidlige påvirkningsfaktorer – med virkning fra henholdsvis barndom og tidlig voksen alder. Sivil status, sosialt nettverk og bosted varierer over tid og har sin funksjon som risikofaktor i seinere stadier av livsløpet. Tidsavhengige og tidsuavhengige variabler er målt både i 2007 og 2012. Studien har således et retrospektive design i forhold til tidlig livsløp.

Statistiske analyser

Data ble tilrettelagt for analyse i SPSS (versjon 19.0). Krysstabeller er utført med Kji-kvadrat test. Sosiale faktorer og tannhelse indikatorer etter alder eller survey år er testet med Cochran's Q. Flervariabelanalyse med tanntap, redusert oral livskvalitet, sjeldent bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester som resultatvariable ble gjennomført separat i 2007 og 2012 med logistisk regresjonsanalyse, odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall (KI). Logistisk regresjonsanalyse for repeterte målinger (Generalized Equalized Equations, GEE), ble brukt til å modellere tannhelseindikatorer over tid fra 2007 til 2012. Både tidsuavhengige (kjønn, fødeland og utdannelse målt 2007) og tidsavhengige (sivilstatus, bosted og sosialt nettverk målt både 2007 og 2012) sosiale faktorer ble brukt som uavhengige variabler i analysen. Signifikansnivå ble satt til 5 %.

Resultater

Utvikling av sosiale karakteristika, tannstatus, oral livskvalitet og bruk av tannlegetjenester fra 65 til 70 års alder

Tabell 1 viser frekvensfordeling av sosiale faktorer i 2007 og 2012 hos 2.947 personer som deltok i begge undersøkelsesår. Fra 2007 til 2012 økte andelen enslige fra 19,6 % til 22,7 % ($p < 0,001$). Andelen som oppga begrenset sosialt nettverk (treffer $< 3-5$ personer ukentlig) økte fra 61,2 % til 78,1 % ($p < 0,001$). Omfattende tanntap økte fra 21,8 % til 23,2 %, mens redusert livskvalitet (OIDP > 0), sjeldent bruk av tannlegetjenester (< 1 gang årlig) og udekket behov for tannlegetjenester ble redusert i samme tidsrom med ca. 1-2 prosentpoeng.

Tabell 1. Indikatorer for sosiale karakteristika og tannhelse etter survey år i 2007 og 2012. Cochran's Q test ($n = 2\ 947$).

Variabler	Kategorier	2007 %	2012 %
Kjønn	Mann	51,2	
	Kvinne	48,8	
Nasjonalitet	Norsk	98,1	
	Utenlandsk	1,9	
Utdannelse	Lav utdannelse	67,5	
	Høy utdannelse (universitet/høgskole)	32,5	
Sivilstatus	Gift /samboer	80,4	77,3
	Enslig	19,6	22,7 **
Sosialt nettverk	$\leq 3-5$ personer per uke (smalt)	61,2	78,1
	> 5 personer per uke (bredt)	38,8	21,9 **
Bosted	Stor by	27,2	27,0
	Mindre by	21,6	21,8
	Landkommune	51,2	51,2
Antall tenner	Alle tenner	78,2	76,8
	Tanntap	21,8	23,2 **
Oral livskvalitet	OIDP=0	71,0	71,6 (2002)
	OIDP>0	29,0	28,4
Bruk av tannhelse tjenester	Minst en gang årlig	85,5	87,8)
	< 1 gang årlig til tannlege	14,5	12,2 **
Udekket behov for tannhelse tjenester	Ja	9,7	8,6
	Nei	90,3	91,4 **

** $p < 0,001$

Sosial ulikhet i tanntap, redusert oral livskvalitet, bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester ved 65- og 70 års alder

Tabell 2 viser tannhelseindikatorer etter sosiale livsløpsfaktorer i 2007 og 2012. I 2007 var tanntap størst blant de med lavere utdanning, begrenset sosialt nettverk, enslige og for de som bor i landkommuner. Tilsvarende sosiale forskjeller ble observert

i 2012. Menn rapporterte høyere tanntap enn kvinner, men bare i 2012 (25 % versus 21,3 % , $p<0,05$). Redusert oral livskvalitet varierte systematisk med fødeland, kjønn, og bosted i 2007 og 2012. Sjeldent bruk av tannlegetjenester varierte systematisk med kjønn, utdanning, sosialt nettverk, sivil status og bosted både i 2007 og 2012. I 2007 var udekket behov for tannlegetjenester størst blant lavt utdannede (12,8 % versus 3,3 % , $p<0,001$),

de med begrenset sosialt nettverk (11,5 % versus 6,9 % , $p<0,001$), og enslige (8,2 % versus 15,7 % , $p<0,001$). Tilsvarende sosiale gradient ble observert i 2012.

Hva betyr mest for tannhelse og bruk av tannlegetjenester – fortid eller nåtid?

For å vurdere den relative betydningen av sosiale faktorer i ulike livsløpsstadi-er, ble det gjort bruk av trinnvis multipel logistisk regresjonsanalyse stratifisert på studie år. Sosiale livsløpsfaktorer som fødeland og utdanning, ble lagt inn i første trinn i analysen etterfulgt av bosted, sivil status og sosialt nettverk i trinn 2. I følge tabell 3–6, viste både «tidlige» og «seinere» sosiale faktorer statistisk signifikant sammenheng med tanntap, redusert oral livskvalitet, sjeldent bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester. Med få unntak gjaldt dette både i 2007 og 2012. Odds rater (OR) for tanntap minket med høy utdanning og stort sosialt nettverk, og økte med bosted i landkommune og enslig sivilstatus. Tidlige og senere livsløpsfaktorer forklarte 6 % og 8 % av tanntapsvariasjonen i 2007 og 5,0 % og 6,8 % av tanntapsvariasjonen i 2012. Det samme mønster fremkom med hensyn til redusert oral livskvalitet, sjeldent bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester. Både tidlige og seinere livsløpsfaktorer hadde en uavhengig effekt på tannhelseindikatorene ved 65- så vel som ved 70-års alder.

Sosiale forskjeller i tannhelse og bruk av tannlegetjenester over tid fra 60–70 års alder

Ved å bruke logistisk regresjon for repeterte målinger (GEE) ble endring i sosiale faktorer og i hver enkelt tannhelseindikator fra 2007 til 2012 innbakt

Tabell 2. Prosentandel deltakere med tanntap, redusert oral livskvalitet (OIDP>0), sjeldent bruk av tannlegetjenester og udekket behov for tannlegetjenester etter sosiale karakteristika i 2007 og 2012 (n=2 947). (Kji-kvadrat test).

2007	Tanntap %	OIDP>0 %	Sjeldent bruk av tjenester %	Udekket behov %
Mann	22,4	30,9	17,1	10,4
Kvinne	21,2	26,9*	11,7**	8,8
Norsk	21,8	28,7	14,4	8,5
Utenlandsk	24,1	41,2 *	23,1	12,5
Lav utdanning	27,3	29,8	16,9	12,8
Høy utdanning	11,7 **	27,3	8,8 **	3,3 **
Smalt nettverk	24,6	31,4	16,9	11,5
Bredt nettverk	17,7**	25,5 **	10,7 **	6,9**
Gift	20,5	28,5	13,2	8,2
Enslig	27,5 **	30,7	19,3**	15,7**
Stor by	15,9	23,7	6,3	8,3
Mindre by	23,4	31,8	15,8	13,1
Landkommune	24,7 **	31,1 **	18,7 **	8,9 *
2012				
Mann	25,0	31,5	14,2	9,2
Kvinne	21,3 *	25,2 **	10,0**	8,0
Norsk	23,8	28,3	12,2	9,6
Utenlandsk	26,5	40,7 *	18,4	9,3
Lav utdanning	28,1	30,1	13,5	11,0
Høy utdanning	13,2 **	26,6	8,3 **	3,5**
Smalt nettverk	25,1	29,0	13,4	8,8
Bredt nettverk	16,8 **	28,8	8,7**	7,8
Gift	21,7	27,2	11,2	6,8
Enslig	28,3 **	32,4 **	16,1**	14,6**
Stor by	17,3	24,7	5,9	8,4
Mindre by	22,7	29,0	15,6	10,7
Landkommune	26,6 **	30,3*	14,4 **	7,9

** $p<0,001$, * $p<0,05$

i analysene. I følge tabell 7 økte sannsynligheten for tann-
tap i denne femårs perioden med lav utdanning (OR= 2,7, 95 % KI :
2,2–2,3), bosted i småby/ landkommune (OR =1,5, 95 % KI:
1,2–1,8) og enslig sivilstatus (OR =1,4 , 95 % KI : 1,2–1,6). Sann-
synligheten for redusert oral livskvalitet økte med utenlandsk fø-
dested (OR =1,7 , 95 % KI: 1,1–2,6), bosted i småby/landkommu-
ne (OR= 1,2 , 95 % KI: 1,0–1,4), mindre sosialt nettverk (OR= 1,2

95 %, KI: 1,1–1,3) og enslig sivilstatus (OR= 1,2 ,95 % KI:
1,0–1,4). Tilsvarende var utdanning, fødeland , sivilstatus og bo-
sted de sterkeste påvirkningsfaktorer for sjeldent bruk av tannle-
getjenester og udekket behov for tannlegetjenester. Det var en
statistisk signifikant interaksjon mellom sosialt nettverk og alder
med hensyn til sjeldent bruk av tannlegetjenester. Stratifiserte
analyser viste at sammenhengen mellom sjeldent bruk av tann-

**Tabell 3. Tanntap etter sosiale faktorer i barndom/ung voksen-
og voksen alder i 2007 og 2012. Multipl logistisk regresjons-
analyse (n= 2 947). Odds rate (OR) og 95 % konfidensintervall
(KI). Nagelkerke's R² angir forklart variasjon i modellen.**

	OR (95 % KI) 2007	OR (95 % KI) 2012
Barndom/ung voksen		
Kvinne versus mann	0,7 (0,6–0,9)	0,6 (0,5–0,8)
Høy utdanning versus lav	0,3 (0,3–0,5)	0,4 (0,3–0,5)
Utenlandsk versus norsk	1,6 (0,8–3,2)	1,6 (0,8–3,2)
Voksen		
Småby versus storby	1,6 (1,2–2,2)	1,5 (1,1–2,1)
Land versus storby	1,6 (1,2–2,0)	1,6 (1,2–2,0)
Bredt nettverk versus smalt nettverk	0,7 (0,6–0,9)	0,8 (0,6–1,1)
Enslig versus gift/samboer	1,4 (1,2–1,8)	1,5 (1,2–1,8)
Nagelkerke's R ²	0,081	0,068

**Tabell 4. Oral livskvalitet etter sosiale faktorer i barndom/ung
voksen – og voksen alder i 2007 og 2012. Multipl logistisk
regresjonsanalyse (n=2 947). Odds rate (OR) og 95 % konfiden-
sintervall (KI). Nagelkerke's R² angir forklart variasjon i model-
len.**

	OR (95 % KI) 2007	OR (95 % KI) 2012
Barndom/ung voksen		
Kvinne versus mann	0,8 (0,6–1,0)	0,6 (0,5–0,8)
Høy utdanning versus lav	0,8 (0,7–1,1)	0,8 (0,6–1,0)
Utenlandsk versus norsk	1,7 (0,9–3,2)	2,1 (1,2–3,8)
Voksen		
Småby versus storby	1,5 (1,2–2,1)	1,4 (1,1–1,8)
Land versus storby	1,4 (1,1–1,8)	1,3 (1,1–1,7)
Bredt nettverk versus smalt nettverk	0,8 (0,7–1,1)	0,9 (0,7–1,2)
Enslig versus gift/samboer	1,1 (0,9–1,4)	1,4 (1,1–1,7)
Nagelkerke's R ²	0,016	0,024

**Tabell 5. Bruk av tannhelsetjenester etter sosiale faktorer i barndom/
ungvoksen og voksen alder i 2007 og 2012. Multipl logistisk gre-
sjonsanalyse (n=2 947). Odds rate (OR) og 95 % konfidensintervall (KI).
Nagelkerke's R² angir forklart variasjon i modellen.**

	OR (95 % KI) 2007	OR (95 % KI) 2012
Barndom/ung voksen		
Kvinne versus mann	0,5 (0,4–0,7)	0,5 (0,4–0,7)
Høy utdanning versus lav	0,5 (0,4–0,7)	0,5 (0,4–0,8)
Utenlandsk versus norsk	2,5 (1,2–5,3)	2,1 (0,8–4,7)
Voksen		
Småby versus storby	2,6 (1,8–3,9)	2,7 (1,8–4,9)
Land versus storby	2,9 (2,0–4,2)	2,2 (1,5–3,3)
Bredt nettverk versus smalt nettverk	0,6 (0,4–0,8)	0,7 (0,5–0,9)
Enslig versus gift/samboer	1,7 (1,3–2,2)	1,5 (1,1–2,5)
Nagelkerke's R ²	0,094	0,059

**Tabell 6. Udekket behov for tannhelsetjenester etter sosiale fakto-
rer i barndom/ung voksen og voksen alder i 2007 og 2012. Mul-
tippel logistisk regresjonsanalyse (n=2 947). Odds rater og 95 %
konfidensintervall (KI). Nagelkerke's R² angir forklart variasjon
i modellen.**

	OR (95 % KI) 2007	OR (95 % KI) 2012
Barndom/ung voksen		
Kvinne versus mann	0,6 (0,5–0,9)	0,7 (0,5–0,9)
Høy utdanning versus lav	0,2 (0,1–0,4)	0,3 (0,2–0,4)
Utenlandsk versus norsk	1,2 (0,4–3,4)	1,9 (0,8–5,2)
Voksen		
Småby versus storby	1,7 (1,1–2,5)	1,5 (0,9–2,2)
Land versus storby	1,0 (0,7–1,5)	0,9 (0,6–1,3)
Bredt nettverk versus smalt nettverk	0,7 (0,5–0,9)	0,9 (0,7–1,3)
Enslig versus gift/samboer	2,0 (1,5–2,8)	2,4 (1,7–3,3)
Nagelkerke's R ²	0,094	0,081

legetjenester og redusert sosialt nettverk var sterkere i 2007 enn i 2012.

Diskusjon

Resultatene fra den foreliggende studien viser at andelen som hadde tanntap (tapt alle eller mange tenner) økte noe fra 65- til 70-års alder, mens andelen som oppga redusert oral livskvalitet var stabil i samme tidsperiode. Tanntapstallene stemmer overens med landrepresentative tall fra Levekårsundersøkelsen i 2008 (23). I følge SSB oppga 26 % av aldersgruppen 67+ at de hadde under 10 gjenværende tenner (stort tanntap) eller mer (23). I denne studien gikk andelen eldre som rapporterte sjeldent bruk av tannlegetjenester og udekket behov ned med økende alder fra henholdsvis 14,5 % til 12,2 % og fra 9,7 % til 8,6 %. Resultater fra Levekårsundersøkelsen i 2008 viste tilsvarende at sannsynligheten for å gå oftere til tannlegen og å ha et udekket behov henholdsvis økte og minket med stigende alder (23). Videre var det 14 % i aldersgruppen 67 og eldre som oppga et udekket behov for tannlegetjenester på grunn av dårlig økonomi (24). Målt i totale utgifter til tannhelsetjenester per innbygger, er Norge det land som bruker mest sammenlignet med andre nordiske land (24). Likevel viser en større undersøkelse (EU-SILC) at Norge har en høyere andel som oppgir udekket behov sammenlignet med andre nordiske land og majoriteten av EU-land (25). I denne forbindelse har det vært stilt spørsmål om det er god nok informasjon til den voksne befolkning om tjenestene og de stønadsordninger som finnes. Forekomst når det gjelder sjelden bruk av tannlegetjenester og udekket behov i denne undersøkelsen må sees i lys

Tabell 6. Udekket behov for tannhelsetjenester etter sosiale faktorer i barndom/ung voksen og voksen alder i 2007 og 2012. Multippel logistisk regresjonsanalyse (n=2 947). Odds rater og 95 % konfidensintervall (KI). Nagelkerke's R² angir forklart variasjon i modellen.

	OR (95 % KI) 2007	OR (95 % KI) 2012
Barndom/ung voksen		
Kvinne versus mann	0,6 (0,5–0,9)	0,7 (0,5–0,9)
Høy utdanning versus lav	0,2 (0,1–0,4)	0,3 (0,2–0,4)
Utenlandsk versus norsk	1,2 (0,4–3,4)	1,9 (0,8–5,2)
Voksen		
Småby versus storby	1,7 (1,1–2,5)	1,5 (0,9–2,2)
Land versus storby	1,0 (0,7–1,5)	0,9 (0,6–1,3)
Bredt nettverk versus smalt nettverk	0,7 (0,5–0,9)	0,9 (0,7–1,3)
Enslig versus gift/samboer	2,0 (1,5–2,8)	2,4 (1,7–3,3)
Nagelkerke's R ²	0,094	0,081

av dekningsgraden i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge som viste en økning i perioden fra 2004 til 2008 (24).

Resultatene viser at tanntap, redusert oral livskvalitet, sjelden bruk av tannlegetjenester og udekket behov var størst blant del-

Tabell 7. Livsløpsfaktorer assosiert med tannhelseindikatorer i tidsperioden 2007–2012. (Generalized Equalized Equations).

	Tanntap (alle/mange tenner) OR (95 % KI)	OIDP>0 OR (95 % KI)	Tannlege < en gang årlig OR (95 % KI)	Udekket behov OR (95 % KI)
2007/65 år	1	1	1	1
2012/70 år	1,1 (0,9–1,2)	1,0 (0,9–1,1)	0,8 (0,7–0,9)	0,8 (0,7–1,0)
Mann	1			1
Kvinne	0,7 (0,6–0,8)	0,7 (0,6–0,8)	0,5 (0,4–0,6)	0,7 (0,5–0,8)
Høy utdanning	1		1	1
Lav utdanning	2,7 (2,2–3,3)	1,1 (0,9–1,3)	1,7 (1,4–2,1)	3,5 (2,5–4,8)
Norsk	1	1		1
Utenlandsk	1,5 (0,9–2,5)	1,7 (1,1–2,6)	2,8(1,2–3,6)	1,7 (1,0–3,1)
Storby	1	1		1
Land/Små by	1,5 (1,2–1,8)	1,2 (1,0–1,4)	2,5 (1,9–3,1)	0,9 (0,7–1,3)
Bredt nettverk	1	1		1
Smalt nettverk	1,0 (0,9–1,2)	1,2 (1,1–1,3)	1,4 (1,2–1,6)	1,3 (1,1–1,5)
Gift/samboer	1			1
Enslig	1,4 (1,2–1,6)	1,2 (1,0–1,4)	1,6 (1,3–1,9)	2,1 (1,6–2,5)

takere med innvandrerbakgrunn, lav utdanning, enslige, bosted i liten by/ landkommune og de med begrenset sosialt nettverk både ved 65- og 70-års alder. Styrken på den sosiale gradienten holdt seg stabil, mens noen sosiale forskjeller forsvant med økende alder. Videre var omfanget av den samlede sosiale gradient (uttrykt som prosentandel forklart variasjon) mindre i 2012 (70 -års alder) sammenlignet med 2007 (65-års alder). Resultatene kan tyde på at sosiale ulikheter i helse varierer i et livsløpsperspektiv og synes å reduseres i seinere faser av livsløpet. Tidligere studier har vist at sosiale ulikheter i helse holder seg stabil eller reduseres med økende alder etter oppnådd pensjonsalder (18). I overensstemmelse med Levekårsundersøkelsen var udekket behov størst blant de som bor i mindre byer og utkantstrøk, men bare i 2007. Det samme var tilfelle med sammenhengen mellom i udekket behov og sosialt nettverk og mellom tanntap og sosialt nettverk. Disse sammenhenger var statistisk signifikante bare i 2007. Lavt utdanningsnivå og sivilstatus som enslig fremstod som de sterkeste påvirkningsfaktorer for udekket behov for tannlegetjenester både i 2007 og 2012. Dette kan tolkes som at de med lav utdanning har mindre informasjon om tannhelsetjenestens tilbud og støtteordninger. Enslig sivilstatus kan reflektere lav husholdningsinntekt som tidligere er vist å ha betydning for udekket behov for tannlegetjenester (24).

Sett i et livsløpsperspektiv er variasjon i oral helse på ethvert alderstrinn en konsekvens, ikke bare av samtidige sosiale påvirkninger, men også av det som har skjedd mange tiår tidligere under oppveksten og i ungdom- og tidlig voksen alder (17). Ved å gjøre bruk av panel data (observasjoner av de samme individer over lengre tidsrom) har denne studien vist at indikatorer for oral helse og bruk av tannlegetjenester varierer med sosiale karakteristika knyttet til ulike livsløpsfaser. Resultatene tyder på at sosiale forskjeller i tannhelse og bruk av tannlegetjenester hos eldre ikke primært skyldes påvirkning i seinere voksent livsløp. I tillegg var forhold som reflekterer oppvekst vilkår og familiebakgrunn (fødeland og utdanning) viktige. Flere av resultatene er sammenfallende med tidligere livsløpsstudier (14, 19, 20, 26, 27). Resultatene støtter også Barkers programmerings hypotese om at viktige aspekter av eldre menneskers helsetilstand kan være grunnnet tidlig i livet (28). Nærmere bestemt hadde faktorer definert som tidlig livsløpspåvirkning (fødeland og utdanning) en selvstendig effekt på oral livskvalitet og bruk av tannlegetjenester ved henholdsvis 65- og 70-års alder som ikke var kanalisert gjennom seinere livsløpsfaktorer (sosialt nettverk, sivil status og bosted). Dette betyr at påkjenning og omgivelser i barndom og oppvekst ikke bare har kortsiktige, men også langsiktige konsekvenser for tannhelsen. Den relative betydningen av fortid og nåtid syntes ikke å være forskjellig for de ulike tannhelseindikatorer (19). I en tidligere nordisk studie i 1997 fant Rahkonen og medarbeidere (29) at både forhold i oppvekst og senere i livet styrer helseulikheten blant voksne. Andre studier har pekt på en kumulativ effekt; det vil si at summen av negative livsløpsfaktorer, eksempelvis lav sosioøkonomisk status både som barn og voksen, påvirker helse i seinere livsstadier (30).

Spørsmål om hvorfor tannhelse og bruk av tannlegetjenester påvirkes av tidlige livsløpsfaktorer kan ikke besvares i denne studien. Selv om utdanning har en effekt (statistisk samvariasjon) på tannhelsen hos eldre i analysene innebærer ikke dette at det finnes en årsaks-relasjon. En forklaring kan være at utdanning påvirker hvilke helsefremmende/ helsebelastende omstendigheter individer utsettes for i voksenlivet. Sammenhengen mellom sosiale faktorer i tidlig livsløp og seinere oral helse status hos eldre kan også være spurios fordi oral helse i tidlige livsfaser kan påvirke utdanningsforløpet og samtidig ha direkte sammenheng med seinere tannhelsestatus. Det foreliggende datamateriale som denne studien bygger på inneholdt ikke direkte opplysninger om tannhelseforholdene fra barne- og ungdomstiden. En begrensning ved den foreliggende studien er dens retrospektive design i forhold til tidlig livsløp. Fødselskohorter er det naturlige utgangspunktet for livsløpsstudier (28).

Konklusjon

Resultatene tyder på at sosiale forskjeller i oral helse og bruk av tannlegetjenester hos eldre ikke primært skyldes påvirkning i seinere voksent livsløp. Både forhold i oppvekst og voksenlivet ser ut til å ha betydning for den orale helse og bruk av tannlegetjenester hos eldre fra 65- til 70-års alder. Tatt i betraktning et kort oppfølgingsintervall på fem år viser resultatene at omfanget av sosiale forskjeller i tannhelse og bruk av tannlegetjenester holder seg stabilt fra 65- til 70-års alder. Betydningen av sosialt nettverk for bruk av tannlegetjenester avtok imidlertid med stigende alder. For de fleste tannhelseindikatorer var de sosiale forskjeller samlet sett noe mindre i 2012 sammenlignet med 2007. Dette kan tolkes som at noen sosiale forskjeller reduseres i seinere livsløpsstadier.

Takk

Vi ønsker å takke Den offentlige tannhelsetjenesten, Universitetet i Bergen og Norges forskningsråd som har vært med å finansiere datainnsamlingene i 2007 og 2012. Deltakerne som har tatt seg tiden til å besvare og returnere det tilsendte spørreskjema sendes en varm takk.

English summary

Gulcan F, Nasir E, Klock KS, Ekback G, Åström AN.

Social inequality in oral health and use of dental health care services from age 65 to 70 years of age: a lifecourse perspective

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 192–99.

This study aimed to assess the development of social inequalities in dentition status, oral impacts, use of dental services and uncovered demand for dental care following a Norwegian cohort from age of 65 to 70 years of age. Questionnaires were administered by mail to 4,211 and 3,733 persons in 2007 and 2012. Of the cohort members who completed the 2007 survey, 70% (n=2,947) also participated in 2012. Multivariable analyses focu-

sed on social predictors grouped according to the life-course stage at which they were expected to operate. Early (country of birth and education) as well as later life course factors (social network, place of residence and civil status) were statistically significantly associated with dentition status, oral impact, use of dental services and uncovered demands of dental care in both survey years. Generally, social inequalities in oral health outcomes remained stable from 2007 to 2012. Amount of explained variance was less in 2012 compared with 2007 with respect to all oral health indicators investigated. The effects of social network on tooth loss and use of dental care decreased with increasing age. The results suggest that social inequalities in oral health and use of dental services among the elderly vary across the life-course and seem to decline in later stages of the life course.

Referanser

- Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. In: Buckingham: Open University Press; 2001. (p.??)
- Galobardes B, Lynch JW, Smith GD. Childhood socioeconomic circumstances and cause specific mortality in adulthood: Systematic review and interpretation. *Epidemiologic Reviews*. 2004; 26: 7–21.
- Bognakke WS, Ylostalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. *J Clin Periodontol*. 2013; 84: 135–52.
- Guarnizo-Herreno CC, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. Oral health and welfare state regimens: a cross-sectional analysis of European countries. *Eur J Oral Sci*. 2013; 121: 169–75.
- United Nations. *World Population Ageing: 1950–2050*. New York: United Nations, 2002.
- Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of toothloss in the adult and elderly populations in Europe? *Clin Oral Impl Res*. 2007; 18: 2–14.
- Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Incidence and predictors of self-reported toothloss in a representative sample of Norwegian adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31: 261–8.
- Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36: 326–34.
- Østerberg T, Johanson C, Sundh V, Steen B, Birkhed D. Secular trends of dental status in five 70 year old cohorts between 1971 and 2001. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006; 34: 446–54.
- Åstrøm AN, Ekback G, Ordell S, Unell L. Socio-behavioural predictors of changes in dentition status: a prospective analysis of the 1942 Swedish birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39: 300–310.
- Åstrøm AN, Ekback G, Nasir E, Ordell S, Unell L. Use of dental services throughout middle and early old ages: a prospective cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00709.x
- Holst D, Skau I, Grytten J. Egenvurdert tannhelse, generell helse og tannstatus i den voksne befolkningen i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2005; 115: 576–80.
- Haugejorden O, Klock KS, Åstrøm AN, Skaret E, Trovik TA. Socioeconomic inequality in the self-reported number of natural teeth among Norwegian adults-an analytical study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36: 269–78.
- Thomson WM. Social inequality in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40: 28–32.
- Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Soc Sci Med*. 1993; 36: 1047–52.
- Power C, Kuh D. Lifecourse development of unequal health I: J Siegrist & M Marmot red. Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Sacker A, Clarke PC, Wiggins RD, Bartley M. Social dynamics of health inequalities: a growth curve analysis of aging and self-assessed health in the British household panel survey 1991–2001. *J Epidemiol Commun Health*. 2005; 59: 495–501.
- Bernabe E, Suominen AL, Nordblad A, Vehkalahti MM, Hausen H, Knuuttila N, Kivimäki M, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G. Education and level of oral health in Finnish adults: evidence from different lifecourse models. *J Clin Periodontol*. 2011; 38: 25–32.
- Mason J, Pearce MS, Walls AWG, Parker L, Steele JG. How do factors at different stages of the life-course contribute to oral health related quality of life in middle age for men and women? *J Dent Res*. 2006; 85: 257–61.
- Ekback G. Satisfaction with oral health and associated factors in Sweden and Norway- cross sectional and longitudinal perspectives. PhD thesis. Bergen: University of Bergen, 2010.
- Adulyanon A, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997; pp 152–160.
- Ekornrud T, Jensen A. Tannhelse Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk. Statistisk Sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger, 2010. (Rapport nr 29)
- Ekornrud T, Jensen A. Udekt behov for tannlegetjenester. Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg. Statistisk Sentralbyrå Oslo-Kongsvinger, 2013. Rapport nr 7.
- Eurostat. Health care: Indicators from the SILC survey (from 2004 onwards). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/ENhlth_care_silc_esms.htm (lest 10.07.2013)
- Holst D, Schuller AA. Oral helse i livsløpsperspektiv. Født 1929 og 77 år i 2006. *Den Nor Tannlegeforen Tid*. 2010; 120: 974–81.
- Åstrøm AN, Wold B. Socio-behavioral predictors of young adults' self-reported oral health: 15 years of follow up in the Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40(3): 210–20.
- Kristiansen P. Medisinsk fødselsregister som utgangspunkt for livsløpsstudier. *Norsk Epidemiologi*. 2007; 17: 147–52.
- Rahkonen OE, Lahelma E, Huuhka M. Past or present? Childhood living conditions and current socio-economic status as determinants of adult health. *Soc Sci Med*. 1997; 44: 327–336.
- Strand BH, Kunst A. Childhood socioeconomic position and cause-specific mortality in early adulthood. *Am J Epidemiol*. 2007; 165: 85–93.

Adresse: Anne Nordrehaug Åstrøm, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske-odontologiske fakultet, Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post: anne.aastrom@iko.uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Gulcan F, Nasir E, Klock KS, Ekback G, Åstrøm AN. Sosiale forskjeller i tannhelse og bruk av tannhelsetjenester fra 65- til 70 års alder- et livsløpsperspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2014; 124: 192–99.

Kristine Eidal Tanem, Janicke Liaaen Jensen, Tore Bjørnland

Lukket fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner

En retrospektiv studie av pasientopplevelsen og behandlingsresultatet

Behandling av palatinalt retinerte hjørnetenner vil i kompliserte tilfeller ofte kreve en kombinasjon av kjeveortopedisk og kirurgisk behandling. Ved kirurgisk behandling benyttes enten lukket fremføring med feste av sleper eller åpen fremføring uten feste av sleper. Hvilken kirurgisk metode som foretrekkes er diskutert ved flere anledninger.

Mange kjeveortopeder henviser sine pasienter til Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske fakultetet, Universitetet i Oslo. Ved fakultetet er lukket fremføring med feste av sleper standard behandling av retinerte hjørnetenner.

Formålet med denne studien var å vurdere resultater og komplikasjoner etter lukket fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner, samt å se på pasientenes subjektive opplevelse av behandlingen. Studien viser at 90 % av pasientene som responderte på tilsendt spørreskjema var fornøyde med resultatet. At de var fornøyde så ut til å være uavhengig om de opplevde peroperative- eller postoperative smerter. Heller ikke lang behandlingstid så ut til å redusere andelen fornøyde pasienter. Informasjon om endelig behandlingsresultat ble innhentet fra henvisende kjeveortopeder for 54 av pasientene. 52 av disse pasientene oppnådde vellykket fremføring av retinert tann. I de to tilfellene der resultatet ikke ble vellykket, ble tannen fjernet. Studien har i tillegg vist at frekvensen av komplikasjoner er lav etter behandling.

En tann ansees for å være retinert når den hindres i normal erupsjon. Det er flere mulige årsaker til at frembrudd ikke skjer som normalt. Plassmangel, tett overliggende ben, cyster eller genetisk abnormalitet er bare noen eksempler. Etter visdomstennene er hjørnetennene i overkjevnen de tennene som hyppigst er retinerte (1, 2)

Rapporter fra studier gjort i blant annet Sverige, USA og Canada, viser at frekvensen av retinerte permanente maxillære hjørnetenner varierer fra 0,8 % til 2,9 % (3). I en mastergradsoppgave fra Oslo i 2006 fant man en prevalens av retensjon av overkjevns hjørnetann på 4,5 % hos norske 12 åringer. Dette kan indikere en høyere frekvens av retinerte permanente hjørnetenner hos norske barn sammenliknet med andre land (4). Omtrent 85 % av retinerte permanente maxillære hjørnetenner er lokalisert palatinalt, mens 15 % er lokalisert buccalt (3).

Ericson og Kurol (5) oppdaget viktigheten av tidlig diagnostikk, før 11 års alder, for å oppnå størst effekt ved enkel behandling av pasienter med palatinalt retinerte hjørnetenner. I denne studien fant man at ekstraksjon av de primære hjørnetennene hos pasienter i aldersgruppen 10–13 år burde være første behandlingsvalg. Dette forutsetter at det ikke er tegn til resorpsjon av incisivene og at det er tilstrekkelige plassforhold. I tilfeller der man ikke ser tegn til endring i posisjon og erupsjonsretning senest 12 måneder etter ekstraksjon, vil man ikke kunne forvente normalt frembrudd. Likeså kan man ikke forvente at ekstraksjon av de primære

Forfattere

Kristine Eidal Tanem, cand.odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

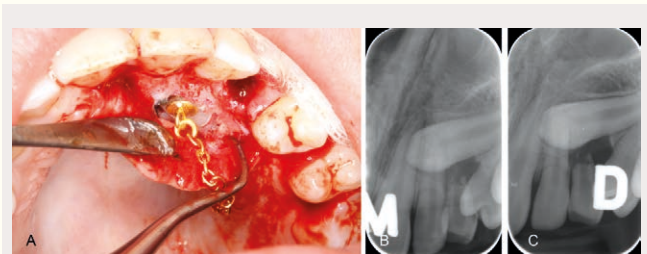
Janicke Liaaen Jensen, professor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Tore Bjørnland, professor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Artikkelen er en forkortet utgave av et Mastergradsarbeid ved Det odontologiske fakultet, UiO

Hovedpunkter

- Pasientene er fornøyde med resultatet etter fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner ved lukket fremføring med feste av sleper.
- De fleste pasientene er fornøyde uavhengig av smerter under eller etter operasjon.
- Lang behandlingstid ser ikke ut til å gjøre pasientene mindre fornøyde med behandlingsresultatet.
- Frekvensen av komplikasjoner etter behandling er lav.



Figur 1 A-C. En 14 år gammel gutt med palatinal retinert 23. **A:** Etter at man har lagt opp en mucoperiostal lapp og fjernet overliggende ben er en kjeveortopedisk bracket og lenke festet til palatinalsidan av 23. **B, C:** røntgenpeiling av 13 viser palatinal posisjon av tannen.

hjørnetennene vil gi like positivt resultat hos pasienter som diagnostiseres sent, har stor plassmangel, resorpsjon av incisivene og/eller meget horisontal erupsjonsretning. I disse tilfellene må man vurdere mer omfattende behandling (5).

Pasienter med palatinalt retinert maxillære hjørnetenner som ikke bryter frem som normalt, vil ofte trenge en kombinasjon av kjeveortopedisk og kirurgisk behandling. Dette kan i mange tilfeller være teknisk vanskelig og tidkrevende for behandleren og kan gi peroperative og postoperative komplikasjoner for pasienten. I dag er det to kirurgiske metoder som benyttes, åpen fremføring uten feste av sleper eller lukket fremføring med feste av sleper. Hvilken metode som er mest fordelaktig har vært tema for diskusjon. Ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO, er lukket fremføring med feste av sleper standard behandling når en hjørnetann er retinert både i palatinal og buccal posisjon. Målet er å oppnå festet gingiva rundt tannen etter frembrudd. Under inngrepet legges en lapp opp og overliggende ben fjernes slik at kronen eksponeres, eventuell blødning kontrolleres og tannen tørklegges og klargjøres til feste av sleper. Deretter replaseres mucoperiostlappen og ved hjelp av ortodontisk apparatur vil tannen dras frem under lappen (Figur 1). Kjeveortopedisk bracket festes på tannen idet den er tilstrekkelig eksponert. Fremføring, korreksjon til riktig posisjon i tannbuen og retensjonsfase gjennomføres innen debonding finner sted (1, 6). Selv om fremføring med feste av sleper er en vel etablert og tilfredsstillende metode, er det flere som kritiserer lukket fremføring i å være mer teknikk sensitiv og mer tidkrevende enn åpen fremføring (7). Andre igjen mener at både palatinal og labial lapp i kombinasjon med en godt festet sleper gir forutsigbar erupsjon og få komplikasjoner (8).

Formålet med denne studien var å se på resultat og komplikasjoner etter operasjon og fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner i overkjeven. I tillegg til å vurdere klinisk behandling av retinerte tenner fra et faglig perspektiv, er det viktig å vurdere pasientens subjektive opplevelse under og etter behandling. Vi innhentet informasjon fra journaler, pasienter og henvisende kjeveortoped.

Pasienter og metoder

Denne studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Pasientgruppen som er undersøkt er hentet fra journalarkivet på Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske fakultet i Oslo, UiO. Fra journalen hentet vi pasientens navn og adresse, kjønn, alder, anamnesticke opplysninger, hvilken tann som ble frilagt, dato for operasjon og eventuelle komplikasjoner. Det ble sendt skriftlig forespørsel om deltagelse i studien til 230 pasienter operert for palatinalt retinerte hjørnetann/tenner frilagt med feste av sleper.

For å bli inkludert i studien måtte man ha en palatinalt retinert hjørnetann som var frilagt ved lukket fremføring og feste av sleper. Pasientene hadde enten unilateral eller bilateralt palatinalt retinerte hjørnetenner. Også pasienter med bilateralt retinerte hjørnetenner der en tann var lokalisert palatinalt og den andre buccalt, fikk forespørsel. Pasientene måtte være fylt 16 år innen 2012, og de måtte være operert i perioden 2006 til 2009. Eksklusjonskriterier var enten leppe-kjeve-gane spalte eller om retensjonen var en del av et syndrom.

Hver pasient operert ved Det odontologiske fakultet, UiO, hadde vært inne til en preoperativ separat konsultasjon der det ble gjort klinisk og røntgenologisk undersøkelse. Under konsultasjonen ble pasienten og foresatte informert om mulighet for peroral sedasjon før operasjon. Postoperativ informasjon ble gitt både muntlig og skriftlig. Ibuprofen eller paracetamol, eventuelt paracetamol/kodein for pasienter over 15 år, er standard postoperative analgetika anbefalt ved fakultetet.

For å studere den subjektive opplevelsen under og etter behandling av palatinalt retinerte hjørnetenner ved frilegging med feste av sleper, ble pasientene bedt om å fylle ut et tilsendt spørreskjema. Spørreskjema ble utarbeidet på Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO. De ble blant annet bedt om å svare på:

- Hvordan opplevde du operasjonen?
- Var du plaget av smerter etter operasjonen?
- Hvordan opplevde du hele prosessen med å få dratt frem hjørnetannen?
- Er du fornøyd med resultatet?
- Synes du det tok lang tid før behandlingen var ferdig?

Mange av pasientene som ble operert ved Det odontologiske fakultet, var henvist fra eksterne kjeveortoped. Det var derfor nødvendig å innhente informasjon fra henvisende behandler for å kunne vurdere endelig behandlingsresultat.

Henvisende kjeveortoped fikk forespørsel om å innhente journalopplysninger i sin praksis og å fylle ut et skjema for hver pasient. Informasjon vi ønsket var blant annet:

- Dato for feste av bracket på palatinalt retinert tann
- Dato for debonding
- Eventuelle komplikasjoner

Resultater

En oversikt over antall forespurte og antall responderende pasienter sees i Tabell 1. Totalt 85 pasienter som samtykket til å delta

Tabell 1. Oversikt over antall forespurte pasienter og antall svar

Antall pasienter forespurt	Antall svar før purring	Antall puringer	Antall svar etter puring	Totalt antall svar*	Totalt antall i retur, ved 1 og 2 forespørsel	Kjønn	
						K	M
230	67	136	30	97	39	141	89
	29,1 %		42,2 %			61,3 %	38,7 %

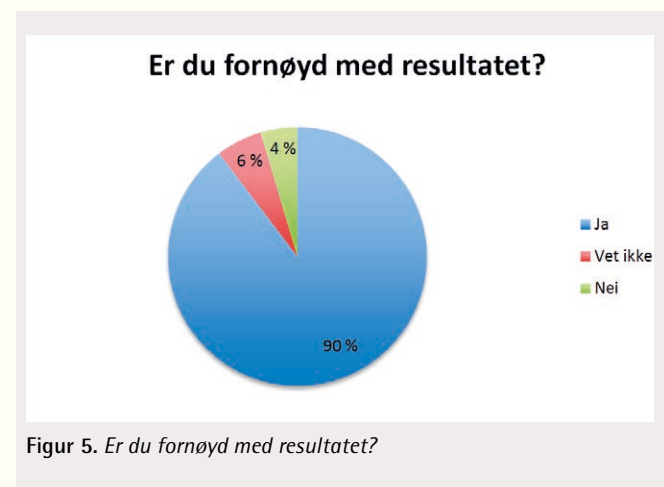
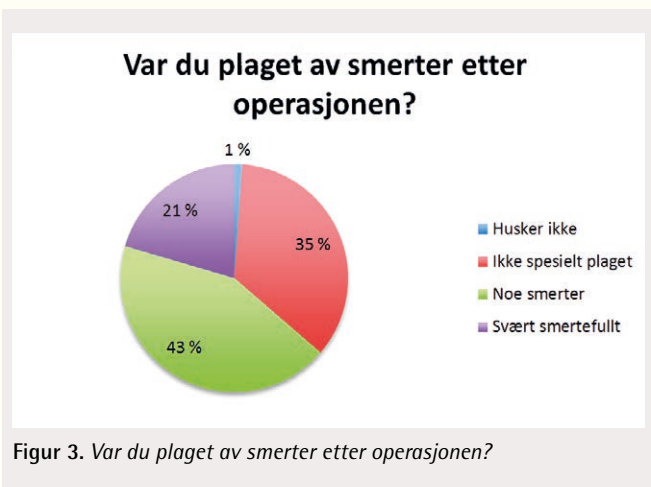
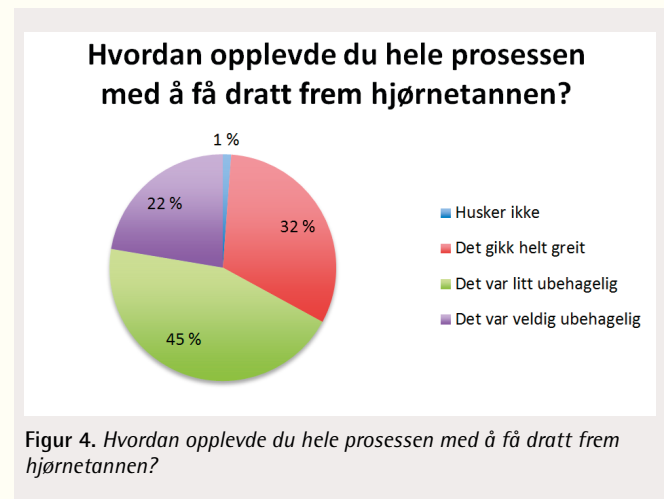
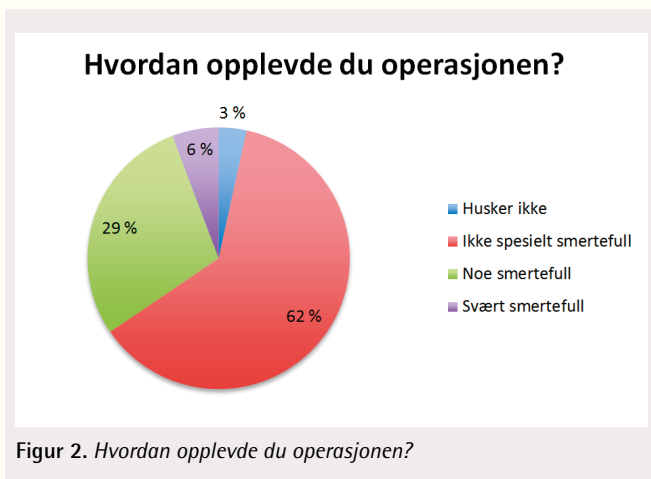
*Blant 97 pasienter som svarte;
 - 6 pasienter ville ikke delta
 - 4 pasienter kunne ikke identifiseres
 - 1 pasient ekskludert fordi personen tidligere var operert med åpen fremføring
 - 1 pasient med generell forsinket erupsjon ble ekskludert

i studien kunne identifiseres. For disse var det aktuelt å innhente journalopplysninger fra fakultetet og henvisende kjeveortoped. Hvordan pasientene opplevde operasjonen og behandlingen etterpå er presentert i Figur 2–6.

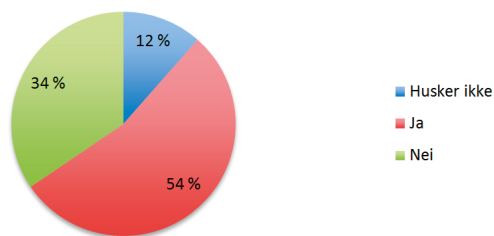
Vi ønsket å innhente informasjon fra henviserene om de 85 pasientene som samtykket til å delta i studien og som vi kunne identifisere. Tabell 2 viser pasientdata fra undersøkelsen av disse 85 pasientene. Fem pasienter var henvist internt på Det odontologiske fakultet fra Avdeling for kjeveortopedi, UiO, mens 80 pasienter var henvist fra kjeveortopeder utenom fakultetet. Anamnesticke opplysninger om hver av disse pasientene ble

registrert på fakultetet. I tillegg ble det notert om pasienten hadde fått sedativa preoperativt. Blant de 30 pasientene som ble premedisinert fikk 26 pasienter 1 mg Flunipam, 2 pasienter fikk 0,5 mg Flunipam og 2 pasienter fikk 10 mg Vival.

36 ulike kjeveortopeder og tannleger hadde henvist de 80 pasientene. Av praktiske grunner ble informasjon innhentet fra 18 kjeveortopeder. Internt fra fakultetet og eksternt fra kjeveortopeder fikk vi informasjon om tilsammen 53 pasienter. I tillegg inkluderte vi to pasienter uten å innhente opplysninger fra kjeveortoped. Disse pasientene fikk fjernet retinert tann etter mis-



Synes du det tok lang tid før behandlingen var ferdig?



Figur 6. Synes du det tok lang tid før behandlingen var ferdig?

lykket forsøk på fremføring, og journalen på Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO, inneholdt tilstrekkelig informasjon om resultat av behandling. Totalt utgjorde dette 55 pasienter. En av pasientene hadde avbrutt sin behandling hos kjeveortoped, og vi kan derfor ikke si noe om komplikasjoner eller behandlingsperioden for denne pasienten.

Av 54 behandlede pasienter fikk 52 pasienter vellykket resultat etter frilegging av retinert hjørnetann. Hos to pasienter fikk man ikke fremført retinert tann og hos begge pasientene ble tannen fjernet. En pasient måtte fjerne tann på grunn av mislykket forsøk på fremføring og en pasient måtte fjerne tann på grunn av ankylose. Disse pasientene var jenter på henholdsvis 11 og 12 år. En av disse hadde astma og brukte daglig astmamedisiner, denne pasienten ble premedisinert med 1 mg Flunipam. Den andre

hadde ingen anamnesticke anmerkninger og ønsket ikke premedisinering. 12 av 54 behandlede pasienter opplevde en eller annen form for komplikasjon i forbindelse med frilegging av tann ved lukket fremføring (Tabell 3). Komplikasjonene registrert inkluderer i tillegg fornyet frilegging og reliming ved reoperasjon, reliming av feste uten behov for reoperasjon, delvis pulpaoblitasjon og resorpsjon av laterale på grunn av kjeveortopedisk behandling (Tabell 4). Ingen infeksjoner ble registrert.

Resultatet av tid fra operasjon til påliming av kjeveortopedisk bracket og debonding vises i Tabell 5. Pasientene som avbrøt sin behandling eller hvor forsøk på fremføring av tann var mislykket, ble ikke inkludert i denne delen av studien. Det manglet opplysninger om dato for påliming av bracket på to tenner hos to ulike pasienter. En pasient som fortsatt er under behandling ble ikke inkludert i beregning av tid fra operasjon til debonding. Totalt kunne opplysninger om 64 tenner fordelt på 51 pasienter inkluderes for beregning av tidsbruken fra operasjon til påliming av bracket. For beregning av behandlingsperiode fra operasjon til debonding ble 65 tenner fordelt på 51 personer inkludert.

Diskusjon

I denne studien har vi vist at pasienter er fornøyde med behandlingen av palatinalt retinerte hjørnetenner ved lukket fremføring med feste av sleper på Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO. Vi har i tillegg funnet at det oppstår få komplikasjoner, og at de fleste pasientene oppnår vellykket resultat etter behandling ved lukket kirurgi med feste av sleper.

Den subjektive opplevelsen til pasientene etter behandling av palatinalt retinerte hjørnetenner ved lukket fremføring ble vur-

Tabell 2. Oversikt over 85 pasienter som kunne identifiseres og som ønsket å delta i studien

Gjennomsnittsalder ved studiens start	Gjennomsnittsalder ved operasjon	Aldersspenn ved operasjon	Kjønn		Antall palatinalt retinerte tenner	Pasienter med sykdommer	Pasienter som bruker medikamenter	Pasienter med allergier	Premedisinerte pasienter
			K	M					
19 år	13,5 år	10 år – 27 år	60	25	110	8*	13**	31***	30
			70,6 %	29,4 %					

*Registrerte sykdommer; astma, diabetes mellitus, ADHD/ADD, under utredning av ME

** Registrerte medikamenter; allergipreparater, astmapreparater, insulinpumpe, p-piller, Ritalin

***Registrerte allergier; penicillin, støv, pollen, ulike matvarer, Furadentin, sulfapreparater, pelsdyr, nikkel, latex

Tabell 3. Resultater etter innhenting av opplysninger fra henvisende kjeveortopeder av 54 pasienter med til sammen 68 frilagte tenner

Vellykket tenner/pasienter	Antall tenner/pasienter med komplikasjoner	Frekvens tenner/pasienter med komplikasjoner	Antall tenner/pasienter med behov ny frilegging pga tap av feste	Antall tenner/pasienter med tenner som måtte fjernes	Frekvens av tenner/pasienter med behov for reoperasjon	Kjønn	
						K	M
66/52	14/12	20,6 % /22 %	3/3	2/2*	7,4 % /9,3 %**	38	16

* En pasient fjernet tann pga mislykket forsøk på fremføring. En pasient fjernet tann p.g.a. ankylose

** Reoperasjon for å fjerne tann eller for å fornye frilegging

Tabell 4. Type komplikasjoner etter behandling

Type komplikasjon:	Antall pasienter:
Resorpsjon av incisiver pga. behandling	3
Reoperasjon: fjerner retinert tann	1
Reoperasjon: Ankylose	1
Reoperasjon: fornyet frilegging. Feste løsnet	3
Reliming av feste/sleper løsnet. Utført av kjeveortoped	3
Delvis pulpaobliterasjon	1
Totalt antall pasienter	12

dert ut fra svarene fra spørreskjemaet som ble sendt til den enkelte pasient. Vi har ikke funnet noen tidligere studier hvor spørreskjema er benyttet i evaluering av denne type behandling. 90 % av pasientene var fornøyde med resultatet etter behandling. Vår studie viser også at pasientene stort sett er fornøyd uavhengig om pasienten har opplevd smerte under eller etter operasjonen. 20% av pasientene som oppga at det var svært smertefullt under operasjonen oppga at de ikke var fornøyd med resultatet mot kun 4% av dem som oppga noe smerter under operasjon. Blant de pasientene som synes at hele prosessen med å få dratt frem hjørnetann var veldig ubehagelig, er det overvekt av pasienter som er fornøyd med resultatet. At 39 av 47 pasientene var fornøyde selv om de svarte at de synes det tok lang tid, gjør at man kan anta at lang behandlingsperiode heller ikke er avgjørende for om pasienten blir fornøyd.

I forbindelse med vevsskade, som ved et kirurgisk inngrep som dette, vil pasientene kunne oppleve sensorisk og emosjonelt ubehag. At 6% av pasientene opplevde at det var svært smertefullt under en slik operasjon, kan tyde på at det vil være behov for mer fokus på smertekontroll under operasjonene. 21% av pasientene synes det var svært smertefullt etter operasjonen. Vi ser det er mulighet for at de forespurte pasientene ikke bare har svart om de opplevde postoperative smerter i forbindelse med selve inngrepet, men også om de opplevde smerter i forbindelse med kjeveortopedisk drag av tannen. Ettersom den kjeveortopediske delen av behandlingen også er forbundet med smerte, ser vi at det er behovet for mer nyanserte spørsmål for å få klarhet i dette. Det er også viktig å understreke at dette er en retrospektiv studie, og at det for mange av pasientene er opp til 6 år siden behandling ble utført.

I vår undersøkelse har vi ikke undersøkt smerter hos pasienter operert ved åpen fremføring, men en studie av Gharaibeh og Al-

Nimri (9) har vist at de postoperative smertene etter lukket- og åpen fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner er sammenlignbare, men ved lukket fremføring var smertene av kortere varighet.

Ved økt fokus på smertekontroll, vil muligens færre pasienter føle at opplevelsen av hele prosessen var veldig ubehagelig, noe som hele 22% svarte. Her må man ta i betraktning at «opplevelsen av hele prosessen» gjelder både den kirurgiske og kjeveortopediske delen av behandlingen. Vi ser i denne studien at det gjennomsnittlig tar 2 år fra frilegging av tann til debonding. Det at over halvparten av pasientene synes at behandlingen tok lang tid, er derfor ikke et overraskende resultat. Fremføring av en palatinalt retinert hjørnetann er en tidkrevende behandling, og man kan ikke risikere negativt utfall av behandlingen bare for å oppnå kortere behandlingsperiode for pasienten. Om pasientene synes behandlingen tok lenger tid enn det de i utgangspunktet forventet, er usikkert. Det er viktig at pasienten er innforstått med den lange behandlingstiden de har i vente. Muligens er ytterligere informasjon til pasient og foresatte angående den forventede behandlingstiden, nødvendig.

Det er kjent at mange av utfordringene man møter i forbindelse med klinisk forskning er knyttet til innhenting av informert samtykke fra den enkelte pasient, særlig i retrospektive studier. Pasientens samtykke er viktig for å utføre etisk forsvarlig forskning, men det krever mye tid og ressurser. I tillegg vil dette ofte medføre at man får en mindre pasientgruppe enn det man ønsker, noe som kan gi mindre grad av evidens. Denne undersøkelsen er ikke et unntak i så måte. Problemet viser seg i form av den lave svarprosenten på 29, 1% før purring og 42,2% etter purring. Det gir en lavere deltagelse enn ønskelig og vil kunne påvirke resultatene i en slik studie (10). Andelen forespurte kvinner var i alt 61,3%, mens andelen forespurte menn var 38,7%. Denne kjønnsfordelingen samsvarer med studier der en har funnet at retinerte hjørnetenner forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn (3). Blant de 85 pasientene som samtykket til å delta og som kunne identifiseres var andelen kvinner 70,6% og menn 29,4%. Ut i fra disse tallene ser en at det er små forskjeller mellom kjønnene i forhold til deltagelse. Andre har i tillegg vist at pasientens motiver og personlighet er viktigere enn kjønnsforskjeller i forhold til postoperativ bearbeidelse. Dette indikerer at resultatene fra spørreskjemaene i liten grad er påvirket av at det er en høyere andel kvinner enn menn i studien (11).

Som nevnt tidligere vil det å forhøre seg om en pasients subjektive opplevelse etter en behandling som er utført for opp til 6 år siden, kunne gi usikre resultater. Det vil være usikkert om det man husker og svarer på skjemaet, faktisk stemmer med den opplevelsen man virkelig hadde. Positive og negative opplevelser vil

Tabell 5. Tid fra operasjon til påliming av bracket/debonding på frilagt tann

Antall pasienter	Antall tenner	Kortest tid fra operasjon til påliming/debonding av bracket	Lengst tid fra operasjon til påliming/debonding av bracket	Gjennomsnittlig tidsbruk fra operasjon til påliming/debonding av bracket
51/51	64/65	1 mnd/5 mnd	36 mnd/51 mnd	12 mnd/24 mnd

ha ulik kognitiv innvirkning. En antar at negative opplevelser vil ha en større innvirkning på oss enn de positive opplevelsene, og at uoverensstemmelser mellom hukommelsen og den faktiske hendelsen er større for negative enn positive opplevelser (12, 13, 14).

Det at så mange som 36 ulike kjeveortopedier hadde henvist pasienter, gjorde det tidkrevende og vanskelig å innhente informasjon. Flere av kjeveortopedene hadde flyttet, gått av med pensjon eller kunne ikke lokaliseres. Noen tannleger i den offentlige tannlegehelsetjenesten hadde sendt henvisning på vegne av en kjeveortoped. Det er en svakhet i studien at det bare ble innhentet informasjon fra 18 kjeveortopedier.

Ved hjelp av informasjon fra journalene på Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO, og journalene fra henvisende kjeveortoped fant vi at hele 52 av 54 pasienter fikk vellykket resultat etter frilegging av retinert tann. Hos to av 54 pasienter ble forsøk på fremføring mislykket, og tannen måtte fjernes. Frekvensen av pasienter som opplevde komplikasjoner var 22 %, noe som viser at frekvensen av komplikasjoner etter behandling er forholdsvis lav. At bare 9,3 % av 54 pasienter trengte reoperasjon, enten i form av kirurgisk fjerning av tann eller fornyet frilegging, er i tillegg betydelig lavere enn tidligere studier har vist. Pearson et al. (15) sammenlignet lukket fremføring med åpen fremføring hos pasienter med palatinalt retinerte hjørnetenner. Av 52 pasienter operert ved lukket fremføring var det 30,7 % som trengte nytt kirurgisk inngrep. Årsaken til reoperasjon var enten fraktur av lenke, tap av feste mellom lenke og tann eller at tannen ikke erupterte. Til sammenligning trengte 15,3 % av 52 pasienter behandlet ved åpen fremføring reoperasjon. Årsaken til i reoperasjon hos denne pasientgruppen var enten overgrodd gingiva eller at tannen ikke erupterte (15). Våre resultater er altså betydelig bedre enten vi sammenligner med lukket- eller åpen fremføring, men det er mulig at både operasjonsteknikk er forbedret og at andre dentale materialer er tatt i bruk siden den forrige studien var utført.

Resorpsjon av incisiver som følge av fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner ble rapportert fra kjeveortopedier som komplikasjon hos tre av 54 pasienter. Linge og Linge (16) har vist at forekomsten av rotresorpsjon av incisiver er høy ved behandling av maxillære retinerte hjørnetenner med fast apparatur. Antagelig har dette å gjøre med den axiale kraften som påføres incisivene når man utsetter hjørnetennene for drag (16). Disse tilfellene ble rapportert som komplikasjon etter kjeveortopedisk behandling. Dog er det mulig at resorpsjon kan være tilstede allerede før kjeveortopedisk behandling ettersom resorpsjon av laterale er en vanlig komplikasjon ved ektopisk frembrudd av hjørnetenner (3).

Mislykket erupsjon og ankylose kan sees dersom det ikke utøves stor forsiktighet under inngrepet og man unngår å skade periodontalligamentene og rotoverflatens cement. Når drag påføres en tann med skadet periodontalmembran er det fare for at ben dannes mellom roten og alveolarprosessen gjennom pressindusert nekrose. Faren for ankylose som følge av behandling er noe man skal ta med i betraktning. Likså er det viktig å gjøre opp-

merksom på at en tann også kan være ankylosert før man starter behandling (6, 17, 18). Ankylose ble rapportert som komplikasjon hos en av pasientene inkludert i studien. Det er i tidligere studier funnet assosiasjoner mellom ankylose og kirurgisk teknikk, alder og hvor alvorlig retensjonsgraden er (19).

Ut i fra denne studien ser vi at tidsperioden både fra operasjon til feste av bracket på fremført tann og tidsbruk fra operasjon til debonding varierer veldig. Det er vanskelig å trekke noen klare resultater ut fra disse funnene ettersom det er en liten pasientgruppe. Ofte behandles pasienter for annen malokklusjon samtidig som det utføres behandling av palatinalt retinert hjørnetann. Dette fordi behandlingen ofte starter i det alle eller nesten alle permanente tenner er frembrutt (20). Det gir store sprik i forhold til hvor lenge en pasient er under behandling. Henvisende kjeveortopedier rapporterer at grad av kooperasjon mellom pasienten og behandlende kjeveortoped også gir store variasjoner i tidsbruk.

Konklusjoner

Studien viser at pasienter som har gjennomgått behandling av palatinalt retinerte hjørnetenner ved lukket fremføring med feste av sleper er fornøyde med resultatet. At de er fornøyd med resultatet er stort sett uavhengig av om de har opplevd smerter under eller etter operasjon. I tillegg ser det ut til at de fleste pasientene som synes behandlingsperioden er lang, likevel er fornøyde med resultatet. Også blant pasientene som syntes hele prosessen med å få fremført en tann var ubehagelig er en overvekt av pasientene fornøyde.

Vår studie viser at resultatet er vellykket for de fleste pasientene behandlet ved lukket fremføring med feste av sleper. I tillegg har vi vist at frekvensen av komplikasjoner er lav etter behandling. Likeså er det behov for mer kunnskap om type komplikasjoner og frekvensen av komplikasjoner etter lukket fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner.

Takk

Stor takk til alle pasienter og kjeveortopedier som svarte på undersøkelsen. Takk til tannlege Siv Forsberg Hansen, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo for utlån av klinisk bilde.

English summary

Tanem KE, Jensen JL, Bjørnland T.

Closed eruption of partially impacted canines

A retrospective study of patient satisfaction and treatment results

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 200–6.

In complicated cases palatally impacted canines require a combination of orthodontic treatment and surgical exposure to erupt successfully. There are two commonly used surgical methods; closed- eruption with bonding of an attachment and open-erup-

tion without bonding of an attachment. The choice of surgical technique has been discussed.

In the Oslo-area, most orthodontists refer their patients to the Department of Oral Surgery and Oral Medicine, Faculty of Dentistry, University of Oslo. The closed-eruption method with bonding of an attachment is the standard treatment of impacted canines in this department.

The purpose of the study was to assess the results and complications related to the closed-eruption method of palatally impacted canines, and to review the patients' subjective experience of the treatment. According to this study, 85% the patients responding to the questionnaire sent by mail were satisfied with the results of the treatment. Information regarding the final result of the treatment was collected from referring orthodontists. The subjective experience of the patients seemed not to be affected by the level of intraoperative- or postoperative pain. Long total treatment time did not influence patient satisfaction. In 52 out of 54 patients, the result of exposure was successful. Exposure was not achieved in two patients and the impacted tooth was removed.

Referanser

1. Hupp JR. Principles of management of impacted teeth. In: Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR, editors. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 2nd ed. Missouri: Mosby Elsevier; 1998. p 153-78.
2. Andreasen JO. Normal and disturbed tooth eruption in humans. In: Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM, editors. Textbook and color atlas of tooth impaction. Diagnosis, treatment and prevention. Copenhagen: Munksgaard; 1997. p 49-64.
3. Kurol J, Ericson S, Andreasen JO. The impacted maxillary canine. In: Andreasen JO, Petersen JK, Laskin DM, editors. Textbook and color atlas of tooth impaction. Diagnosis, treatment and prevention. Copenhagen: Munksgaard; 1997. p 125-65.
4. Øyri H, Misje Ø. Erupsjon av maxillære hjørnetenner hos norske 9- og 12- åringer. (Masteroppgave). Oslo: Institutt for Odontologi, Universitetet i Oslo; 2006.
5. Ericson S, Kurol J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. Eur J Orthod. 1988; 10: 283-95.
6. Mitchell DA. Dentoalveolar surgery for orthodontic treatment. In Mitchell DA, editor. An Introduction to Oral and Maxillofacial Surgery. New York: Oxford; 2006. p 112-5.
7. Burden DJ, Mullally BH, Robinson SN. Palatally ectopic canines: closed eruption versus open eruption. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999; 115: 640-4.

8. Caminiti MF, Sandor GKB, Giambattistini C, Tompson B. Outcomes of the surgical exposure, bonding and eruption of 82 impacted maxillary canines. J Can Dent Assoc. 1998; 64: 572-9.
9. Gharaibeh TM, Al-Nimri KS. Postoperative pain after surgical exposure of palatally impacted canines: closed-eruption versus open-eruption, a prospective randomized study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008; 106: 339-42.
10. Amundsen B. Folk svarer ikke lenger. Bladet Forskning 2013; 21: 14-5.
11. Kiyak HA, Hohl T, Sherrick P, West RA, McNeill RW, Bucher F. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. J Oral Surg. 1981; 39: 757-64
12. Isen AM. Positive affect. In: Dalgleish T, Power MJ, editors. Handbook of cognition and emotion. West Sussex, U.K: John Wiley & sons Ltd; 1999. p 521-540
13. Miron-Shatz T, Stone A, Kahneman D. Memories of yesterday's emotions: does the valence of experience affect the memory-experience gap? Emotion. 2009; 9: 885-891
14. Baumeister RF, Bratslavsky E, Vohs KD, Finkenauer C. Bad is stronger than good. Rev Gen Psychol. 2001; 5: 323-70
15. Pearson MH, Robinson SN, Reed R, Birnie DJ, Zaki GA. Management of palatally impacted canines: the findings of a collaborative study. Eur J Orthod. 1997; 19: 511-5.
16. Linge BO, Linge L. Apical root resorption in upper anterior teeth. Eur J Orthod. 1983; 5: 173-83.
17. Kokich VG. Surgical and orthodontic management of impacted maxillary canines. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2004; 126: 278-83.
18. Andreasen JO, Jacobsen I. Traumatic injuries: follow-up and long-term prognosis In: Koch G, Poulsen S, editors. Pediatric Dentistry A clinical Approach. 2nd ed. West Sussex (UK): Blackwell Publishing; 2009. p 284-97.
19. Koutzoglou SI, Kostaki A. Effect of surgical exposure technique, age, and grade of impaction on ankylosis of an impacted canine, and the effect of rapid palatal expansion on eruption: A prospective clinical study. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2013; 143: 342-52.
20. Becker A. Palatally impacted canines. In: Becker A, editor. Orthodontic treatment of impacted teeth. 3rd ed. West Sussex (UK): Wiley-Blackwell; 2012. p 110-72.

Adresse: Tore Bjørnland, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, postboks 1109, Blindern, 0317 Oslo. E-post: tore.bjornland@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Tanem KE, Jensen JL, Bjørnland T. Lukket fremføring av palatinalt retinerte hjørnetenner. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 200-6.

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

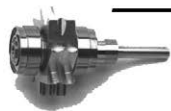
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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!



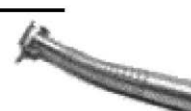
Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

Strandbygdeveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tankjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!



“Syreskader - den nye karies”

Overtannlege emeritus
Lene Esmark



Emalje Protect
Dobbelvirkning mot
syreangrep

Gode råd

- Begrens inntak av syreholdig drikke mellom måltidene
- Skyll munnen med vann etter at du har spist eller drukket noe surt
- Drikk syreholdig drikke med sugerør
- Vent minst en time med å børste tennene
- Børst tennene med en myk tannbørste
- Bruk en tannkrem som hjelper med å motvirke syreskader
- Få dine tenner undersøkt av en tannlege regelmessig

zendium[®]

Les mer på zendium.no

Sendoline®

PERFECT ENDO

S5 Rotary System®

Smidig og letthåndterlig endomotor for maskinelle filer med den unike S-profilen.



S5 Apex Locator®

Kombiner vårt S5 Rotary System med den nye S5 Apex Locator!



Helautomatisk apexlokator, som med høy presisjon, enkelt måler rensedybden på rotkanalen i forhold til apex. Det kompakte designet gjør at den er lett å flytte med seg.

Kontakt gjerne vår produktspecialist Linda Kjølstadmyr på tlf. 400 53 691

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

RAPPORTERING AV UØNSKETE REAKSJONER/BIVIRKNINGER HOS PASIENTER I FORBINDELSE MED ODONTOLOGISKE MATERIALER

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikk, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer.

Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningstiltatt at skjemaet blir fylt ut og returnert.

Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er).

Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat

Spesialist i:

Lege Sykehus Primær/privat

Spesialist i:

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:

- Sveie/brennende følelse
- Smerte/ømheth
- Smaksforstyrrelser
- Stivnummen
- Tørrhet
- Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- Sveie/brennede følelse
- Smerte/ømheth
- Stivnummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

- Muskler/ledd
- Mage/tarm
- Hjerte/sirkulasjon
- Hud
- Øyne/syn
- Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:

- Treitthet
- Svimmelhet
- Hodepine
- Hukommelsesforstyrrelser
- Konsentrasjonforstyrrelser
- Angst
- Uro
- Depresjon

Annet:

Rapportørens funn

Ingen

Intraoralt:

- Hevelse/ødem
- Hvitlige forandringer
- Sår/blemmer
- Rubor
- Atrofi
- Impresjoner i tunge/kinn
- Amalgamtatoveringer
- Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- Hevelse/ødem
- Sår/blemmer
- Erytem/rubor
- Utslett/eksem
- Palpable lymfeknuder
- Kjeveleddsdystfunksjon
- Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn:

- Hevelse/ødem
- Urtikaria
- Sår/blemmer
- Eksem/utslett
- Erytem/rubor

Annet:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overfømflighet/allergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjonen(e)?
 Ja Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

Umiddelbart innen 24 timer innen 1 uke innen 1 måned ukjent til år

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)?

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avlagbare protetiske erstatninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøtsbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling
- Annet: _____

Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)?

- Amalgam
- Komposit
- Kompomer
- Glassionomer
- Kjemisk lysherdende
- Bindingsmaterialer (primer/bonding)
- Isolerings-/foingsmaterialer
- Fissurforsglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varmish, fermish, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- vannbasert plastbasert
- Metall-keram (MK, FG)
- metall/legning keram
- Materialer for kroner/broer/innlegg
- metall/legning plastbasert keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- metall/legning plastbasert
- Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
- metall/legning plastbasert
- Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
- metall/legning plastbasert
- Materialer for bittfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avrykksmaterialer
- hydrokolloid elastomer
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbuds materialer (f.eks. hansker, kofferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent

av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e).
Legg gjerne ved HMS-datablad.

Mottatt: _____
Besvart: _____
Registrert: _____
Klassifisert: _____
Sign: _____

Yrkesreaksjoner

Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkesammenheng (dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter).

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Årstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 55 58 62 71
Fax: 55 58 98 62

E-post: bivirkningsgruppen@uni.no
web: www.uni.no/helse/bivirkningsgruppen

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2

Henvisninger

Er pasienten henvist for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjonen(e)?
 Nei

- Ja til
- Bivirkningsgruppen
- tannlege
- odontologisk spesialist
- allmennlege
- medisinsk spesialist eller på sykehus
- alternativ terapeut
- Annet: _____

Hvor sikker bedømmes relasjonen mellom materialet og reaksjonen(e)?

Tannlege/tannpleier/lege:
 Sikker/trolig relasjon
 Mulig relasjon
 Usikker/ingen oppfatning

Pasient:
 Sikker/trolig relasjon
 Mulig relasjon
 Usikker/ingen oppfatning

NYHET!

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

Nye Listerine® Professional Fluoride Plus tar hånd om risikofaktorene som er identifisert i Keyes-konseptet.¹

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 laboratoriestudie²).

Profesjonell munnpleie hjemme



Malin V. Jonsson, Sigbjørn Løes, Anne Christine Johannessen, Stein Johannessen og Ketil Moen

Kasusrapport om en sjelden variant av den vanligste odontogene tumor

Diagnostikk og behandling av et ameloblastisk fibroodontom

Ameloblastisk fibroodontom er en uvanlig variant av den vanligste odontogene tumoren, odontom. Kasusrapporten beskriver diagnostikk og behandling av et ameloblastisk fibroodontom som ble oppdaget hos en 10 år gammel jente i forbindelse med planlegging av kjeveortopedisk behandling. Tumoren hadde displasert tannanlegg 17.

Oodontom er den vanligste odontogene tumoren og forekommer ofte sammen med tenner som ikke erupterer (1). Ameloblastisk fibroodontom er en sjelden odontogen tumor som terminologisk er en kombinasjon av ameloblastisk fibrom og komplekst odontom. Radiologisk kjennetegnes odontom av en røntgentett del med emalje-, dentin-, pulpa- og sementkomponenter, omgitt av en tynn radiolucent sone som indikerer en bløtvevskapsel. Et typisk ameloblastisk fibroodontom kjennetegnes av et radiolucent område som indikerer bløtvev og varierende innslag av radiopake strukturer som indikerer hårdvevskomponenter og dermed kan ligne et komplekst odontom. Tilsvarende består det histologiske bilde av en bindevevskomponent med et ungt myksomatøst stroma og øyer og strenger av ameloblastomlignende epitel og noen mer eller mindre tannlignende elementer (2, 3). Et odontom vil vedvare dersom det ikke fjernes, men øker sjelden i størrelse etter at tannutviklingen er avsluttet, mens et

ameloblastisk fibroodontom i kraft av sin bløtvevskomponent vil inneha et større potensiale for videre vekst.

Kasus

Pasienten, en 10 år gammel jente, ble henvist fra sin kjeveortoped til Seksjon for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, for vurdering av en røntgentett struktur i regio 17. Ved undersøkelse var ansiktet symmetrisk, og sensorikk og motorikk i ansiktet var normal. Det var, og hadde til dette tidspunkt vært, normal luftføring i begge nesekaviteter, og pasienten hadde ikke vært plaget med bihulebetennelser. Intraoralt var det ingen påvisbare hevelser eller smerter. Palpasjon av overgangsfolden i området viste normal kontur. Tann 17 og tann 27 var ikke frembrutt.

Henvissende kjeveortoped hadde utført en OPG undersøkelse (figur 1) i forbindelse med planlegging av kjeveortopedisk behandling av pasientens overbitt. På OPG kunne ses en retinert og displasert tann 17 og en røntgentett struktur projisert over høyre sinus maxillaris. Pasienten ble deretter henvist videre til Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Universitetet i Bergen, for radiologisk utredning av retinert tann 17 og en sirkulær, sklerotisk benforandring i regio høyre sinus maxillaris. Det ble besluttet å foreta en CT-undersøkelse for kartlegging av prosessens størrelse og relasjon til nabostrukturer, samt vurdering av behandlingsvalg og oppfølging.

Radiologisk undersøkelse

En CT-undersøkelse av overkjeven ble utført ved Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi. Undersøkelsen viste en velavgrenset, men uregelmessig røntgentett struktur med tetthet tilsvarende emalje og dentin (figur 2 a-c). Strukturen hadde en stedvis noe uregelmessig begrensning og var omgitt av en radiolucent sone. Perifert for dette kunne en tynn veldefinert sklerotisk sone ses.

Med unntak av noe luft fortil, medialt og kranialt fylte strukturen den øvrige del av høyre sinus maxillaris. Inne i prosessen, anteriort mot fremre sinusvegg, lå retinert og displasert tann 17 med kronen i posterior retning (figur 2 a). Prosessen samt tann 17 nådde opp til laterale del av orbita-

Forfattere

Malin V. Jonsson, Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Universitetet i Bergen

Sigbjørn Løes, Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for oral medisin og oral kirurgi, Universitetet i Bergen og Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Anne Christine Johannessen, Klinisk institutt 1 – Gades laboratorium for patologi og Avdeling for patologi, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Stein Johannessen, Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Universitetet i Bergen

Ketil Moen, Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for oral medisin og oral kirurgi, Universitetet i Bergen og Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen



Figur 1. OPG fra henvisende tannlege viser en fortetning som projiseres over høyre sinus maxillaris og rundt retinert og displasert tann 17.

gulvet (figur 2 b). Det var antydning til ekspansjon av laterale vegg av høyre sinus maxillaris (figur 2 c) og tegn til et lite gjennombrudd av posteriore sinusvegg (figur 2 a).

Røntgenfunn ble vurdert til å være forenlig med et stort, mulig kompleks odontom som fylte ut vesentlige deler av høyre sinus maxillaris. Tann 17 var retinert og displasert i fremre del av prosessen.

Kirurgisk behandling

Til tross for at den aktuelle lesjon ut fra kliniske og radiologiske funn ble antatt å være benign, ble det foretatt en fullstendig kirurgisk fjerning ved kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Grunnet pasientens alder og lesjonens størrelse og lokalisasjon ble operasjonen gjennomført i generell anestesi med nasal intubasjonsnarkose. Det ble lagt en skarp incisjon i overgangsfolden posterior i molarområdet. En åpning inn til høyre sinus maxillaris ble så preparert. Tumoren ble da klart synlig, og man kunne konstatere at prosessen ikke vokste inn i omliggende strukturer. Den var imidlertid for stor til å fjernes i ett stykke, og

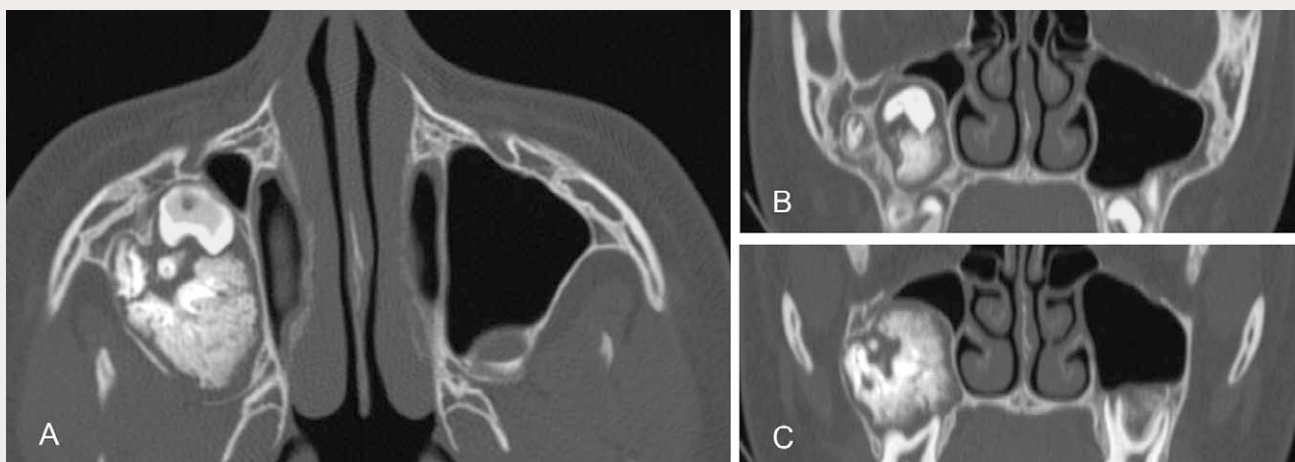
tumor ble derfor fjernet i deler (figur 3) og sendt til Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus, for histopatologisk undersøkelse. Retinert og displasert tann 17 ble fjernet i samme sesjon. Pasienten hadde et normalt og ukomplisert postoperativt forløp. Etter 12 måneder er det ikke sett kliniske eller radiologiske tegn til residiv av tilstanden (Figur 4), og pasienten blir fulgt videre opp av egen tannlege på sitt hjemsted.

Histopatologisk undersøkelse

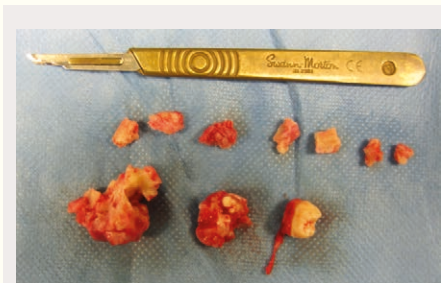
Vevet ble dekalisert før histopatologisk undersøkelse. Mikroskopisk var tumorvevet velavgrenset med en sone av bløtvev som omga hardvevet. Hardvevet besto av irregulære masser av dentin og rester etter emaljeprismer samt mer irregulært hardvev uten så regelmessig oppbygging, sannsynlig sement. Vekstmønsteret viste en sammenhengende perifer hardvevssone, mens det i de mer sentrale områdene var mer tannlignende elementer der hardvevet var organisert med emalje ytterst og bløtvev tilsvarende pulpa sentralt. I disse områdene var der bare sparsomt med fibrøst stroma. Andre områder inneholdt bløtvev i form av et ungt myxomatøst bindevev tilsvarende reticulum stellate i tannutviklingen (Figur 5). Der var områder med odontogent epitel med et karakteristisk ameloblastomlignende utseende, med polariserte kjerner bort fra basalmembranen. Forandringene ble oppfattet som et ameloblastisk fibroodontom. Der var ingen holdepunkter for malignitet.

Diskusjon

I vår kasuistikk belyses en uvanlig variant av odontom, der emalje- og dentinkomponenter ble påvist radiologisk, og histologisk analyse av vevsprøver avslørte en ameloblastomlignende komponent. Radiologisk fremstår ameloblastisk fibroodontom vanligvis som en velavgrenset oppklaring med en sentral røntgentett



Figur 2. A–C. Representative snitt fra radiologisk undersøkelse (MDCT) foretatt ved Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi. A: Aksialt snitt. Velavgrenset men uregelmessig røntgentett struktur med tetthet tilsvarende emalje og dentin som med unntak av noe luft fortil, medialt og kranialt fyller øvrige del av høyre sinus maxillaris. Tann 17 ligger retinert og displasert inne i prosessen, anterior mot fremre sinusvegg og med kronen i posterior retning. Tegn til lite gjennombrudd av posteriore vegg av høyre sinus maxillaris. B: Coronalt snitt. En del av prosessen og tann 17 når opp til laterale del av orbitagulvet. C: Coronalt snitt, lenger posteriort enn (B). Strukturen hadde en stedvis noe uregelmessig begrensning og var omgitt av en radiolucent sone. Her synes noe luft kranialt, ellers fyller strukturen store deler av høyre sinus maxillaris, med antydning til ekspansjon av laterale sinusvegg. Foto: Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi.



Figur 3. Operasjonspreparat. Lesjonen måtte deles i flere deler og kunne deretter fjernes i sin helhet, sammen med tann 17. Foto: Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssykehus.

kanne være benigne neoplasmer som komplekst odontom eller adenomatoid odontogen tumor, og hos eldre pasienter kalsifiserende epitelial odontogen tumor (CEOT), også kjent som Pindborg tumor (1) som svært sjelden forekommer hos individer under 40 år (6). Tydelige emalje- og dentinkomponenter samsvarte i vårt tilfelle med et komplekst odontom, og CEOT og adenomatoid odontogen tumor var dermed lite sannsynlige differensialdiagnoser radiologisk.

Lesjonen var i vårt tilfelle velavgrenset og omgitt av en tynn radiolucent sone og utenfor dette en tynn veldefinert sklerotisk sone, og fylte nesten hele høyre sinus maxillaris. Dersom forandringen hadde hatt vært mer radiolucent og ligget lengre anterior i kjeven ville kalsifiserende cystisk odontogen tumor ha representert en mulig differensialdiagnose; omtrent 70% av denne cystiske tumoren opptrer i maxilla, og 25% av det totale antallet er observert ekstra-ossøst (6, 7). Kalsifiserende cystisk odontogen tumor forekommer imidlertid oftest hos pasienter over 50 år, men er også beskrevet hos en 36 år gammel kvinne, der cysten fylte ut sinus maxillaris og resorberte røttene til nærliggende tenner (8).

Radiologiske funn viste at tann 17 var innkapslet i tumorvev og displasert til anteriore del av høyre sinus maxillaris. Et flertall odontogene utviklingslesjoner, deriblant CEOT, odontom, ameloblastisk fibrom og adenomatoid odontogen tumor er kjent for å kunne displasere tenner og tannanlegg (1), i tillegg til odontogene cyster og tumores som follikulær cyste og keratocystisk odontogen tumor. Bløtdelskomponenten i tumor tilsvarer ameloblastisk fibrom, med potensiale for både residiv og malign utvik-



Figur 4. Tegn til residiv kan ikke påvises på OPG ca. 1 år etter operasjon.

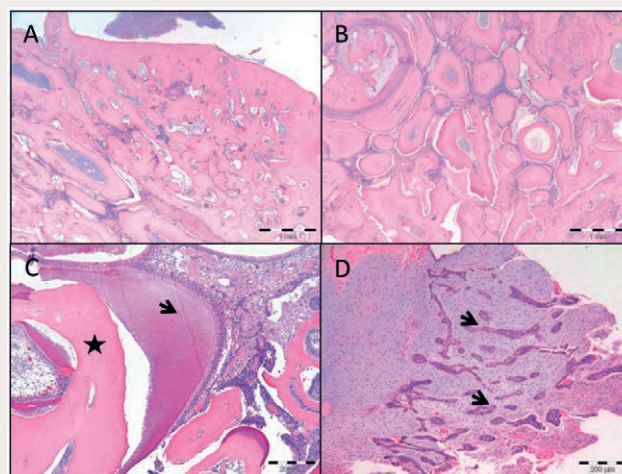
struktur av varierende form og størrelse, og noen ganger tannlignende strukturer (4, 5). Radiologiske funn indikerer da en større bløtvevskomponent enn i vårt tilfelle. Nærliggende radiologiske diagnoser hos yngre individer vil da

ling, selv om det sistnevnte er svært lite sannsynlig (9, 10). Vi kan i dette tilfellet se betydningen av histopatologisk vevsundersøkelse.

Residiv er satt i sammenheng med ufullstendig fjerning initialt (11). Det å beholde tenner kan bidra til ufullstendig fjerning av tumor (12–14), og residiv er beskrevet hos en ni år gammel pasient med ameloblastisk fibroodontom der et kaudalt displasert tannanlegg ikke ble fjernet (15). Konsensus om å fjerne eller ikke fjerne assosierte tannanlegg finnes imidlertid ikke per i dag (16, 17) og det kan se ut til at residiv hovedsakelig er et resultat av ufullstendig kirurgisk fjerning der rester av tumor persisterer i reseksjonen eller relatert til den involverte tannen. Forandringer i histopatologisk mønster med et mer uorganisert stroma og uorganiserte odontogene elementer observeres ofte i disse tilfellene (13).

Preoperativ snittbildeundersøkelse, som i vårt tilfelle med MDCT (18), eller CBCT (19), bidrar til kartlegging av lokalisering og avgrensningene av tumor i forhold til nabostrukturer og legger forholdene til rette for at hele tumor blir fjernet. Selv om ameloblastisk fibroodontom i stor grad har tydelig begrensning mot omliggende vev kan store tumorer likevel være vanskelig å fjerne da de kan være svært kompakte. Tannanlegg som man lar stå igjen kan spontaneruptere (20), men i vårt tilfelle var tannanlegg 17 displasert og innkapslet i tumor og ble preoperativt vurdert som tapt. Residiv er ikke påvist i oppfølgingsperioden.

Diagnostiske metoder og behandlingsvalg samsvarer med rapporterte funn i et tilsvarende kasus, en syv år gammel jente, der man etter 11 måneder ikke påviste residiv (18). Konservativ kirurgisk behandling i form av enukleasjon og kyrretasje vil være foretrukket behandling ved ameloblastisk fibroodontom (13, 18, 20), da slik behandling også fungerer kurativt. CT-undersøkelse hadde i vårt tilfelle påvist både ekspansjon og en liten perforasjon av sinus maxillaris posteriore vegg, og en videre vekst i superior retning ville på sikt kunne påvirke øyeeplet. Selv med



Figur 5. A: Histologiske bilder viser dekalsinert vev med en ytre sone av hardvev og B: en mer sentral sone med tverrsnitt av mer eller mindre tannlignende elementer. C: Nærbilde av et tverrsnitt av liten tann med rester etter emalje (pil) og dentin (stjerner). D: Et ungt myxomatøst cellerikt bindevev med øyer og strenger av odontogen epitel med ameloblastomlignende utseende (piler).

lesjonens størrelse og lokalisasjon, kunne fullstendig ekstirpasjon gjøres med intraoral tilgang uten spesielle kirurgiske risikomomenter utenom narkose i et relativt lett tilgjengelig område. Kirurgi kunne dermed begrenses til ett inngrep.

Konklusjon

Ameloblastisk fibroadontom er en sjelden odontogen tumor som oftest forekommer hos barn og unge, og assosiert med retinerte tenner/tannanlegg. Tumor kan forårsake lokal ekspansjon av kjeven, men er som oftest asymptomatisk og oppdages tilfeldig i forbindelse med annen radiologisk undersøkelse. Større lesjoner kan med fordel kartlegges med CT for bidra til fullstendig fjerning og dermed forebygge residiv.

Takk

Takk til kjeveortoped Signe Storesund, Haugesund som sjenerøst har delt pre- og postoperativt bildemateriale.

Referanser

1. White SC, Pharoah MJ. Benign tumors of the jaws. Oral radiology Principles and interpretation. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2009. p. 366–404.
2. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. Lyon: IARC Press; 2005.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral oncol. 1997; 33(2): 86–99.
4. Nascimento JE, Araujo LD, Almeida LY, De Paula AM, Bonan PR. Ameloblastic fibro-odontoma: a conservative surgical approach. Med oral patol oral. 2009; 14(12): e654–7.
5. Reis SR, de Freitas CE, do Espirito Santo AR. Management of ameloblastic fibro-odontoma in a 6-year-old girl preserving the associated impacted permanent tooth. J oral sci. 2007; 49(4): 331–5.
6. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis treatment. 2nd ed: Quintessence Publishing Co, Inc.; 2011.
7. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. In: Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, editors. Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations. 4th ed. St Louis, Missouri: SAUNDERS; 2003.
8. Moen K, Lybak S, Jonsson HN, Seland H, Størksen K, Johannessen AC, et al. Orbital reconstruction after resection of giant calcifying

- cystic odontogenic tumor of mid-face. Journal of oral and maxillofacial surgery: J Oral Maxillofac Surg. 2012 Jan; 70(1): 233–41.
9. Chen Y, Wang JM, Li TJ. Ameloblastic fibroma: a review of published studies with special reference to its nature and biological behavior. Oral oncol. 2007; 43(10): 960–9.
10. Gyulai-Gaál S, Takacs D, Szabo G, Suba Z. Mixed odontogenic tumors in children and adolescents. J Craniofac Surg. 2007 Nov; 18(6): 1338–42.
11. Chen Y, Li TJ, Gao Y, Yu SF. Ameloblastic fibroma and related lesions: a clinicopathologic study with reference to their nature and interrelationship. J Oral Pathol Med. 2005 Nov; 34(10): 588–95.
12. Chang H, Precious DS, Shimizu MS. Ameloblastic fibro-odontoma: a case report. J Can Dent Assoc. 2002 Apr; 68(4): 243–6.
13. Friedrich RE, Siegert J, Donath K, Jakel KT. Recurrent ameloblastic fibro-odontoma in a 10-year-old boy. J Oral Maxillofac Surg. 2001 Nov; 59(11): 1362–6.
14. Miller AS, Lopez CF, Pullon PA, Elzay RP. Ameloblastic fibro-odontoma. Report of seven cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976 Mar; 41(3): 354–65.
15. Furst I, Pharoah M, Phillips J. Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. J Oral Maxillofac Surg. 1999 May; 57(5): 620–3.
16. Pontes HA, Pontes FS, Lameira AG, Salim RA, Carvalho PL, Guimaraes DM, et al. Report of four cases of ameloblastic fibro-odontoma in mandible and discussion of the literature about the treatment. J Craniomaxillofac Surg. 2012; 40(2): e59–63.
17. Santos Tde S, de Carvalho RW, Avelar RL, Dias de Oliveira e Silva E, Frota R, Anjos ED. Ameloblastic fibro-odontoma in children: report of 2 cases. J Dent Child (Chic). 2011 Sep-Dec; 78(3): 173–7.
18. Zouhary KJ, Said-Al-Naief N, Waite PD. Ameloblastic fibro-odontoma: expansile mixed radiolucent lesion in the posterior maxilla: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008; 106(4): e15–21.
19. Lucio PS, Cavalcante RB, Maia RN, Santos ES, Godoy GP. Aggressive ameloblastic fibro-odontoma assessment with CBCT and treatment. European archives of paediatric dentistry. Eur Arch Paediatr Dent. 2013; 14(3): 179–84.
20. Okura M, Nakahara H, Matsuya T. Treatment of ameloblastic fibro-odontoma without removal of the associated impacted permanent tooth: report of cases. J Oral Maxillofac Surg. 1992; 50(10): 1094–7.

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

Besøk oss på www.colteneblogg.no for mer informasjon

 COLTENE®

Lasse A. Skoglund, Ellen C. Vigen og Bente O. Teigmo

Stikkskadedirektivet og lokalanestesi i odontologisk praksis

Den 18. juni 2013 ble «recapping» forbudt i henhold til norsk lovverk. For tannleger og tannpleiere som utøver behandling i munnhulen og omgivende vev betyr dette at det er forbudt å sette (plast)etten tilbake på kanylen etter injeksjon av lokalanestesi under pasientbehandling (figur 1).

Forbudet mot recapping skyldes innføringen av «stikkskadedirektivet» fra EU – Rådskadedirektiv 2010/32/EU (1) – i den norske forskriften (Forskrift om utførelse av arbeid) som sikrer at utførelse av arbeid og bruk av arbeidsutstyr blir gjennomført på en forsvarlig måte slik at arbeidstakerne er vernet mot skader på liv eller helse (1, 2).

Det er viktig å understreke at stikkskadedirektivet skal bidra til å begrense skader forårsaket av skarpe objekter, ikke bare nåler, som fører til penetrasjon av hud og/eller infeksjonssykdom. Det er også verdt å merke seg at tilsynet med virksomheter som omfattes av forskriften pålegger Arbeidstilsynet, som er underlagt Arbeidsdepartementet og ikke Helse- og omsorgsdepartementet.

Bakgrunn for stikkskadedirektivet

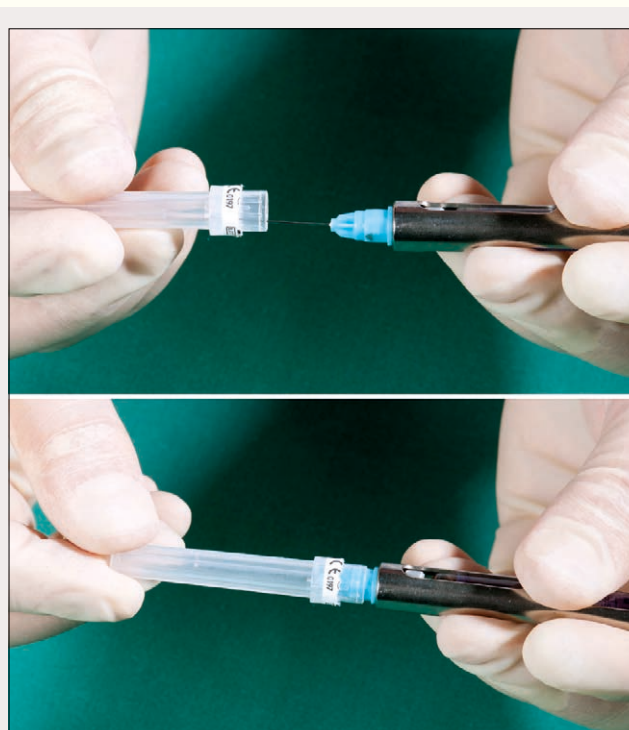
Bakgrunnen for direktivet er at to arbeidslivsorganisasjoner, EPSU (The European Federation of Public Service Unions) og HOSPEEM (The European Hospital and Healthcare Employers'

Association) 17. juli 2009 inngikk en rammeavtale der formålet var å redusere omfanget av stikkskader ved bruk av kanyler som for eksempel ved blodprøvetaking og vaksinasjoner og ved annen medisinsk pasientbehandling som kan medføre skader gjennom hud. Et vesentlig argument var å redusere smiterisikoen fra pasienter med forskjellige virulente infeksjonssykdommer.

«Recapping» er spesielt nevnt i stikkskadedirektivet fordi den ble ansett av de nevnte arbeidstakerorganisasjoner til å være en av hovedårsakene til stikkskader.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), Atlanta, USA, estimerte i 2011 at 385 000 sykehusrelaterte stikkskader, dvs. penetrasjon av hud med forskjellige instrumenter, forekom

per år (4). Data fra EPINet (Exposure Prevention Information Network) som hvert år samler detaljert informasjon fra 32 deltagende sykehus i USA viste i 2011 at engangssprøyter utgjorde 37,4 % (250/668) av de rapporterte stikkskadene hvor 40,7 % (n= 283/696) skadene oppstod under bruk av forårsakende objekt, mens «recapping» forårsaket 2,7 % (19/696) av stikkskadene. Leger, uansett funksjon, pådro seg til sammen 161 av 706 stikkskader (22,8 %), medisinstudenter 18 (2,5 %), mens sykepleiere pådro seg 296 stikkskader (41,9 %) (5). Selv om resultatene er fra et begrenset antall sykehus og er påvirket av helsepersonellens forskjellige roller er det meget interessant å legge merke til profesjonsrelaterte forskjeller i forekomsten av stikkskader.



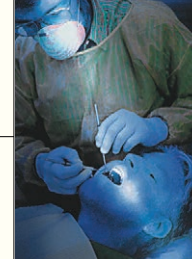
Figur 1. Dette er «recapping» som ble forbudt fra og med 18. juni 2013.

Forfattere

Lasse A. Skoglund, professor i farmakologi. Seksjon for odontologisk farmakologi og farmakoterapi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Ellen C. Vigen, universitetsstipendiat. Seksjon for odontologisk farmakologi og farmakoterapi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Bente O. Teigmo, oversykepleier smittevern, kvalitet og internkontroll. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo



Data om stikkskader i odontologisk praksis i Norge er vanskelig tilgjengelig, men publiserte data fra en ikke-europeisk tannlegeskole viste at 26 % (32/53) av stikkskader i løpet av et år skyldtes «recapping» (6). På et sykehus i Litauen fikk paradoksalt nok 51 % (19/37) av utdannede sykepleiere stikkskader, mens 18 % (14/78) av sykepleiestudentene fikk stikkskader som følge av «recapping» i løpet av ett år (7). Det er ikke urimelig å anta at disse tallene varierer betydelig etter personellets grad av pasienteksponering, opplæringsnivå og ikke minst klinisk erfaring.

Stikkskadedirektivet og odontologisk behandling

Selv om det er gode og velbegrunnede årsaker til at stikkskadedirektivet foreligger, så kan problemet med smitterisiko ved stikkskader sees fra to forskjellige vinkler.

Den ene er i forhold til spesielt utdannede fagpersoner som leger, tannleger og tannpleiere som utøver en mer avansert form for injeksjon under pasientbehandling over tid, herunder gjentatte injeksjoner av lokalanestesi med samme sprøyte.

Den andre er til sykepleiere og annet medisinsk hjelpepersonell som setter engangsinjeksjoner eller tar blodprøver, og ikke minst hjelpepersonell som rydder vekk brukte sprøyter og transporterer risikoavfall til avfallsdepot eller destruksjon. Det er svært lett å se at det er hensynet til den sistnevnte gruppen som har vært dominerende i utformingen av stikkskadedirektivet selv om et generelt argument er at direktivet skal ta hensyn til alle relevante helsearbeidere.

En rigid tolkning av forbud mot «recapping» skaper imidlertid store utfordringer i odontologisk praksis hvor en er avhengig av gjentatte injeksjoner av lokalanestesisivøske i sylinde-

rampuller. I England påpekte odontologiske fagmiljøer dette problemet rett etter innføringen av direktivet (8, 9). Det er av praktisk/kliniske årsaker meget utfordrende i en odontologisk behandlingssituasjon ikke å tillate noen som helst form for «recapping». Dette har flere nasjonale helsemyndigheter fornuftig nok tatt innover seg. Det er kommet nærmere spesifisering av hvordan forbudet mot «recapping» skal tolkes. Department of Health, Social Services and Public Safety i Nord-Irland sier; «It (stikkskadedirektivet) prohibits the practice of «re-capping» except where required to control risk and where the risk to the employee is controlled by means of special equipment» (10). Health safety Executive i Storbritannia sier mer eksplisitt; «Needles must not be recapped after use unless the employer's risk assessment has identified that recapping is itself required to prevent a risk (eg to reduce the risk of contamination of sterile preparations). In these limited cases, appropriate devices to control the risk of injury to employees must be provided. For example, needle-blocks can be used to remove and hold the needle cap and so allow safe one-handed recapping» (11).

Den danske Sundhedstyrelsen har via Dansk Tandlægeforening informert om at «tandlægerne skal være særligt opmærksomme på er, at recapping (påsætning af hætte på brugt kanyler) nu kun er tilladt med hjælpemidler, mens det ikke længere er tilladt at holde hættten i hånden ved påsætning af hættten. Hjælpemidler kan f.eks. være en særlig holder (kanylebeskytter), som hættten kan stå i, eller i mangel af en sådan, et hjørne på et kasettelåg». Det antas at Arbeidstilsynet i løpet av 2014 vil komme med en nærmere presisering av hvordan stikkskadedirektivet skal forstås. Det vil overraske fagmiljøene meget om Arbeidstilsynet vil skille seg



Figur 2. Sprøyteholder av metall som låser plastylsen og tillater frigjøring av sprøyten med to-håndsgrep, men tilbakesetting med én hånd.

vesentlig ut fra andre nasjonale myndigheters tolkning av stikkskadedirektivet med hensyn til injeksjon av lokalanestesi med kanyler.

I Norge er det etter innføringen av stikkskadedirektivet et sterkt kommersielt påtrykk for å få tannleger og tannpleiere til å kjøpe tilleggsutstyr eller nye sprøytesystemer. For de fleste tannlegepraksiser vil det være kostnadskrevende å skifte ut hele sitt utstyr for injeksjon av lokalanestesi. Dette gjelder ikke minst for de som har investert i automatiserte injeksjonssystemer.

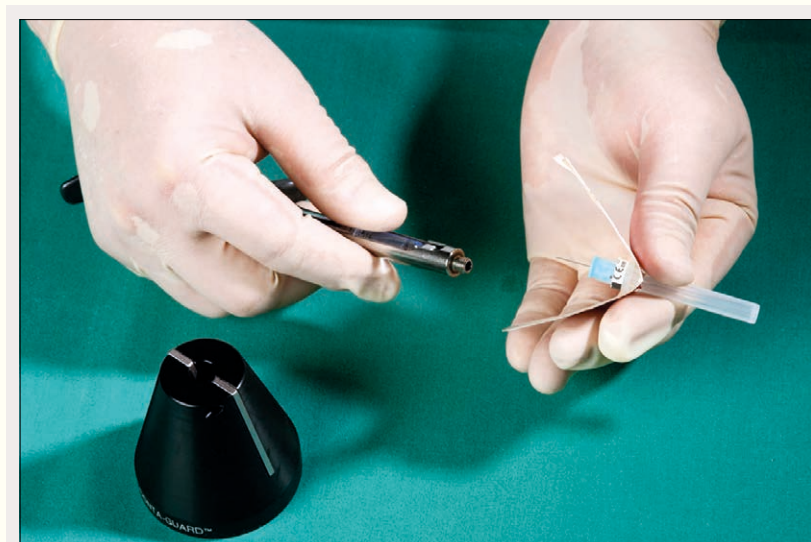
I det følgende finnes noen eksempler på kommersielt tilgjengelig utstyr til bruk ved lokalanestesi som oppfyller forbudet mot «recapping». Det presiseres at valg av hjelpemidler også er et spørsmål om sikkerhet og lønnsomhet ut fra størrelse på klinikk og den faglige kompetanse som brukerne har. For større institusjoner som for eksempel

offentlige klinikker over en viss størrelse og utdanningsinstitusjoner, er det også en avveining mellom økt belastning for en sterilavdeling ved bruk av flergangsutstyr kontra engangsutstyr. I tillegg kan det være avgjørende om flergangsutstyret kan steriliseres eller desinfiseres. Det kan være stor forskjell mellom en mindre odontologisk praksis og en stor institusjon, men stikkskadedirektivet er klart uansett størrelse og kompleksitet.

Utvalget av utstyr som er vist i denne artikkelen som gjør at odontologisk lokalanestesi oppfyller stikkskadedirektivet er gjort kun for å vise prinsippene som kan benyttes. Steriliserbart flerbruksutstyr som gjør at allerede eksisterende lokalanestesiutstyr kan benyttes, er sannsynligvis mest prisgunstig i en vanlig odontologisk praksis. Figur 2 viser en type tilleggsutstyr som holder plasthylsen som beskytter kanylen på tradisjonelle sprøytetyper fast i vertikal stilling. Man støtter metallholderen med den ene hånden når man tar sprøyten løs fra plasthylsen med den andre og bruker kun én hånd når man setter den på plass igjen. Figur 2 viser en sprøyteholder av typen Miramatic® Holder plus (Hager & Werken GmbH, Duisburg, Tyskland). Ash Jenker Needle Guard (Dentsply, Weybridge, Surrey, Storbritannia) er en lignende type (ikke vist).

En lignende sprøyteholder er (CONTA-GUARD™, Rønvig Dental AS, Daugaard, Danmark) med to fikseringsvinger for å holde plasthylsen fiksert ved oppløfting av sprøyten. Ved bruk av denne føres først sprøyten med plasthylsen igjennom en bøyelig klebefolie som holder plasthylsen fast over kanylen og samtidig lukker kanylen som stakk inn i sylinderrampullen (figur 3).

Det finnes også sprøytesystemer til engangsbruk (Ultra Safety Plus, Septodont, Saint-Maur-des-Fossés, Frankrike). Hver sprøyte må settes sammen



Figur 3. Sprøyteholder hvor plasthylsen føres igjennom en klebefolie som tillater forsegling av kanyledelen som går inn i sylinderrampullen.



Figur 4. Engangssprøyte med plasthylse som kan trekkes over kanyledelen etter behov.

før bruk og den har en plastsylinder som kan føres over kanylen når den ikke er i bruk (figur 4). Et lignende system med plasthylse som føres over kanylen, men med flerbrukskomponen-

ter er inSafe Safety Syringe (Astek Innovations Ltd., Altrincham, Cheshire, Storbritannia). Dette systemet har også en samlebox for brukte nåler med en egen kanylefjernemekanisme som

overflødiggjør kanylehåndtering med fingrene.

Det finnes også utstyr som fungerer som rene kanylefjernere. Dette er apparater hvor kanylen skrur ut automatisk (Safe-Point®, Blackwood, South Wales, Storbritannia) eller manuelt, eller der kanylen mekanisk brytes av (Dandent® Danylen kanylbortagare, Danderyds Snickeri AB, Täby, Sverige).

Konklusjon

Det finnes mange forskjellige tilbud fra kommersielle aktører som kan oppfylle forbudet mot «recapping». Noen er mer praktiske enn andre. En bør derfor stille følgende spørsmål før en endrer lokalanesesirutiner i henhold til Forskrift om utførelse av arbeid:

1. Har jeg innarbeidede og dokumenterte rutiner som gjør at jeg allerede i dag oppfylder forskriftens forbud mot «recapping»?

2. Finnes det tilleggsutstyr som gjør at allerede eksisterende utstyr kan oppfylle forskriftens forbud mot «recapping»?

3. Er utstyret prisgunstig og lett å bruke under en odontologisk pasientbehandling i en travel hverdag?

4. Har jeg en odontologisk praksis som både omfatter typer av pasienter og personellkompetanse som gjør at jeg bør skifte til bruk av engangsutstyr?

En slik vurdering vil gjøre valgene lettere for å finne den lokalanesesirutinen som både oppfylder Forskrift om utførelse av arbeid og at tannlegens virksomhet kan utføres på en praktisk gjennomførbar måte.

Ingen forfattere har noen interessekonflikter.

Referanser

1. EUR-Lex Adgang til EU-lovgivningen. Dato 20.12.2013. Tilgjengelig fra: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:EN:PDF>
2. Forskrift om utførelse av arbeid. Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav. FOR-2011-12-06-1357.
3. Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid. FOR-2013-06-18-658.
4. The STOP STICKS Campaign. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA. Hentet: 20.12.2013. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/niosh/stopsticks/sharpsinjuries.html>
5. University of Virginia Health System. EPINet Data Reports. Charlottesville, VA, USA. Hentet: 15.12.2013. Tilgjengelig fra: <http://www.healthsystem.virginia.edu/pub/epinet/EPINet2011-Needlestick-Rpt.pdf>
6. Jaber MA. A survey of needle sticks and other sharp injuries among dental

undergraduate students. *Int J Infect Control* 2011; 7(No 3). Hentet 15.12.2013. Tilgjengelig fra: <http://www.ijic.info/article/view/5360>

7. Lukianskyte R, Gataeva J, Radziunaite L. Needle sticks and sharps injuries experienced by staff nurses and nursing students and their prevention. *Int J Infect Control*. 2012; 8(No 1). Hentet 15.12.2013. <http://www.ijic.info/article/view/8961/6850>

8. Emanuel R. Needle re-sheating. *Br Dent J*. 2011; 210: 344.

9. Joesbury R. Sheath compliance. *Br Dent J*. 2011; 211: 4-5.

10. Department of Health, Social Services and Public Safety. Belfast, Nord-Irland. Hentet: 15.12.2013. <http://www.dhssps-ni.gov.uk/hss-md-13-2013.pdf>

11. Health and Safety Executive. Health and Safety (Sharp Instruments in Healthcare) Regulations 2013 Guidance for employers and employees. London, Storbritannia. Hentet: 15.12.2013. <http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis7.pdf>

Adresse: Lasse A. Skoglund, Seksjon for odontologisk farmakologi og farmakoterapi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, postboks 1119 Blindern, 0317 Oslo. E-post: lasses@odont.uio.no

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTEKNIKK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



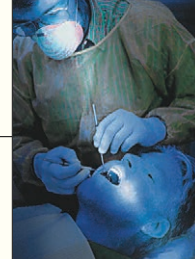
ARTINORWAY®



Vi tilbyr budtjeneste over hele landet – enklere kan det ikke bli!

Ring oss for avtale





Nye antikoagulantia «blodfortynnende midler»

Hvordan forholder vi oss til disse?

Som tannleger er vi godt kjent med pasienter som står på blodfortynnende midler av typen Marevan og Albyl-E. Albyl-E og Marevan skal ikke seponeres lenger på grunn av risikoen for tromber og emboli. Dette betyr at det er viktig for tannlegen å ha tilgjengelig utstyr for å kunne stoppe blødninger som kan oppstå etter kirurgi i munnhulen. I forbindelse med bruk av Marevan er det nødvendig med en dagsfersk blodprøve hvor INR-verdien er under 3 for tannbehandling som kan medføre blødning og helst 2,5 ved kirurgi. Det er også viktig at INR-verdiene er stabile over en periode før kirurgiske inngrep.

Det hender at pasienter står på kombinasjoner av blodfortynnende medisiner. I slike situasjoner er det ønskelig at ett av disse seponeres. Derfor bør behandlende lege kontaktes i alle slike situasjoner.

I den senere tid er det kommet nye medikamenter på markedet som har samme bruksområde som Marevan og som tannleger må kjenne til. Spesialitetsnavnene på noen av de mest brukte

er Pradaxa (direkte trombinhemmer), Xarelto og Eliquis (begge direkte faktor Xa-hemmere). De inneholder andre virkestoffer enn Marevan og har andre egenskaper vi bør være klar over.

Fordelene med faktor Xa-hemmerne skal i følge reklamen være at de gis med standard dosering, at de representerer små interaksjonsproblemer og at de ikke gir INR-verdier slik at man sparer tid og penger til blodprøver. Det som har betydning for tannleger er at halveringstiden er betydelig kortere enn for Marevan, noe som gjør seponeringstiden kortere, men som også kan skape variable blodkonsentrasjoner avhengig av pasientens evne til systematisk administrasjon. Det er problematisk å kontrollere blodverdien når INR ikke kan måles; selv om protrombintid kan benyttes er ikke dette like godt beskrivende for blødningsfaren. Preparatene er heller ikke fri for mulige interaksjonseffekter.

En annen forskjell mellom Marevan og de alternative preparatene er mulighet for bruk av antidot. Marevan har en antidot, vitamin K, som kan brukes

i kritiske situasjoner, de øvrige preparatene har det ikke.

De nye preparatene har hatt en relativt kort markedsperiode, noe som medfører meget fyldig omtale i Felleskatalogen med mange forbehold, og en viss usikkerhet om langtids-effekter. Det har kommet anbefalinger om at faktor Xa-hemmere skal seponeres en dag før det kirurgiske inngrepet og reetableres en dag etter, men dette anbefales kun i samråd med lege.

Det er uansett viktig til å merke seg disse preparatnavnene ved behandling i tannlegepraksis.

Nærmere informasjon kan du lese på denne linken:

http://www.relis.no/Aktuelt/Arkiv/2013/Perorale_antikoagulantia_ved_tannbehandling_og_smakirurgi

*Aril Jul Nilsen
fagsjef i NTF
i samarbeid med spesialist i oral kirurgi og
oral medisin Heming Olsen-Bergem*



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

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

Kort ventetid

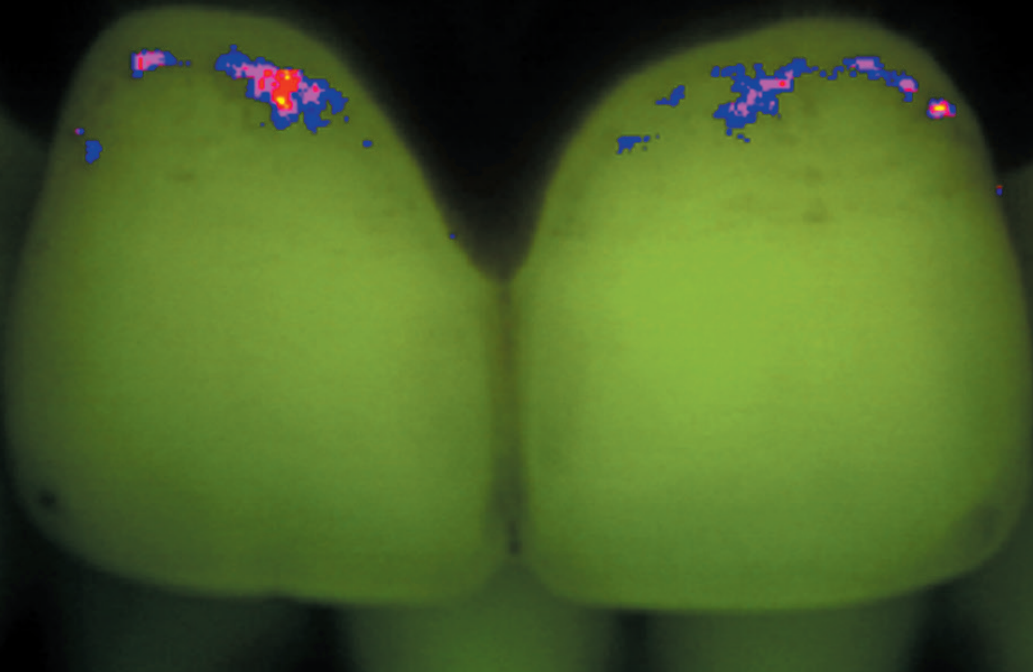
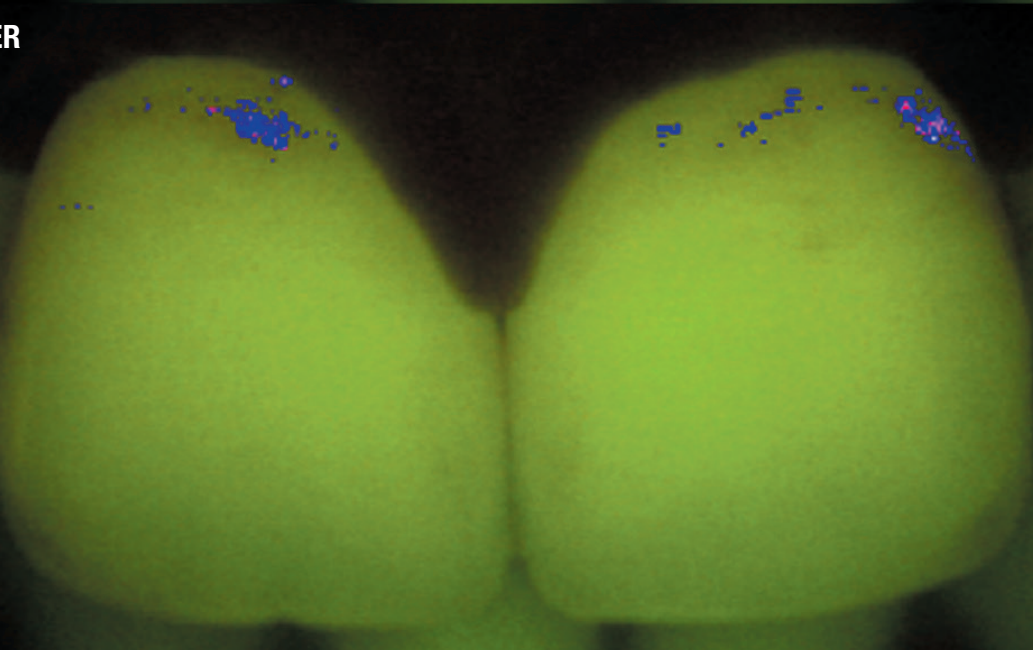
Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

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

Tannlege
Kjetil Misje
spesialist i oral kirurgi

**BASELINE****6 MÅNEDER**

NESTEN 2X BEDRE REVERSERING AV INITIALE KARIESLESJONER²

Resultater fra en 6 måneders studie som vurderte reversering av initial emaljekaries ved hjelp av QLF™ (Quantitative Lightinduced Fluorescence) metoden. En fluortannpasta med Sugar Acid Neutralizer™ ble sammenlignet med en vanlig fluortannpasta, begge med 1450 ppm fluor.²

QLF™ er basert på autofluorescence av tennene. Graden av kontrast mellom demineralisert og frisk emalje angir størrelse og lokalisering av karieslesjonene.

VI INTRODUSERER EN NY STANDARD INNEN KARIESFOREBYGGING

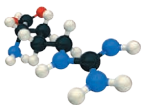
ET GJENNOMBRUDD MED KOMBINASJONEN: PRO-ARGIN™ OG FLUOR

Det er godt dokumentert at fluor forebygger karies ved å styrke emaljen. Men fluor bekjemper ikke de skadelige sukkersyrene, som er hovedårsaken til karies.

Nå introduseres Colgate® Maximum Protection Caries plus Sugar Acid Neutralizer™ tannpasta.

Et gjennombrudd i kariesforebygging som gir mer enn fluors forebyggende egenskaper ved målrettet å bekjempe skadelige syrer.

PRO-ARGIN™
TEKNOLOGI



ARGININ

+



KALSIMUM

Sugar Acid Neutralizer™ er et konsept basert på Pro-Argin™ teknologi, som består av 1.5% arginin og kalsium karbonat.

Arginin er en essensiell aminosyre som finnes naturlig i saliva. Ved å

tilføre ekstra arginin i plakkbiofilmen, vil arginolytiske bakterier metabolisere disse til base. Denne basen vil hjelpe til å nøytralisere de skadelige "sukkersyrene". Derved heves pH til et mer nøytralt og sunt nivå. Dette hindrer emaljekaries.

Kalsiumkarbonat blir et reservoar av kalsium som sammen med fluor kan reparere initiale karieslesjoner, – før de blir kaviteter.

BEDRE KARIES- BESKYTTELSE ENN FLUOR ALENE

Kombinasjonen av fluor, arginin og kalsium har i in-situ studier vist seg å gi 4 ganger bedre remineralisering enn fluor alene.¹

Kliniske korttidsstudier har vist at denne kombinasjonen ikke bare arresterer, men også reverserer initiale karieslesjoner nesten 2 ganger bedre enn en vanlig fluortannpasta.²

Omfattende kliniske, langtidsstudier med mer enn 10 000 barn har vist at en fluortannpasta med Sugar Acid Neutralizer™ gir opp til 20 % færre nye kaviteter etter 2 år sammenlignet med en vanlig tannpasta – begge med 1450 ppm fluor.^{3,4}

Colgate® Maximum Protection Caries tannpasta med Sugar Acid Neutralizer™ er den første og eneste fluortannpasta som kombinerer 1450 ppm fluor og Pro-argin™ teknologi for bedre kariesbeskyttelse.

For mer informasjon:
Colgate Professional Oral Care
tlf. +(45) 80 60 70 10
e-mail: cpcodk@colpal.com
www.colgateprofessional.no





Tiltak mot barnekaries i Eidsvoll

I gjennomsnittet er 83,6 prosent av femåringene i Akershus kariesfrie. I Eidsvoll kommune er tilsvarende tall nede i 62,4. Hvorfor er det slik?

Folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet utgir for kommunene hvert år, viser at de dårlige tannhelseresultatene sammenfaller med dårlige resultater innen folkehelse. De kommunene som har lav score på folkehelsestatistikkene, kommer gjerne også dårligere ut på tannhelsestatistikken.

– I Eidsvoll kommune, og til dels også i Hurdal, har forskjellen når det gjelder tannhelse sammenliknet med resten av fylket, vedvart over lang tid, sier tannpleier og folkehelsekoordinator i Akershus fylkeskommune, Rigmor Moe.

Sammensatte årsaker

Hun mener det er flere årsaker til at Eidsvoll og Hurdal kommer dårligere ut enn mange av de øvrige kommunene i Akershus, og at det vil ta tid å snu utviklingen.

– Å jobbe med folkehelse er krevende, og vi kan ikke vente å se resultatene av de tiltakene vi setter i verk før etter mange år. Vi skal forebygge livsstilssykdommer og utjevne sosiale helseforskjeller. Dette er ikke noe helseprofesjonene kan gjøre alene, og i folkehelseloven legges ansvaret innen folkehelsearbeidet på den enkelte kommune. Folkehelsearbeidet foregår ikke på tannklinikken eller på legekontorene, men vi i tannhelsetjenesten ønsker å være med å dra lasset og samarbeide med flere aktører for å påvirke folkehelsen, sier Moe.

Mye melketannkaries

I Nordøstre Romerike tannhelsestrukturer opplever mange av klinikkene å stå



Pernille Nordbak Øsmundset vil satse på forebygging før skolestart. Foto privat.

overfor ekstra utfordringer når det gjelder melketannkaries. På Eidsvoll tannklinikk tar de imot små pasienter med mange hull i tennene flere ganger i uken.

– Hvis vi sammenligner oss med andre, er det ingen tvil om at vi har mye melketannkaries. Det viser også tallene

fra rapportkullene, sier tannlege Pernille Nordbak Øsmundset.

– I tillegg er det jevnt over mye å gjøre på pasientene. Ofte kommer de med mer enn ett hull, og mange behøver omfattende og tidkrevende behandling, sier hun.

Klinikken har underkapasitet, og den store andelen arbeidskrevende pasienter gjør at klinikken sliter med etterslep.

– For å avlaste situasjonen noe, har vi flyttet en hel skolekrets til Jessheim tanklinikk i Ullensaker kommune, forteller Øsmundset.

Også hun mener at den store andelen små barn med karies i Eidsvoll har en sammenheng med kommunens lave sosioøkonomiske status.

– Tannhelse og generell helse henger sammen. Folkehelseprofilen for kommunen er dårlig, og mange av innbyg-

gerne er trygdede. Det er også stor variasjon innad i kommunen, fra familier hvor barna ikke har et eneste hull, til dårligere stilte familier hvor barna har store problemer med tannhelsen, sier Øsmundset.

Husk tennene!

1. januar i år startet tannhelsetjenesten i Eidsvoll og Hurdal opp prosjektet «Husk tennene», som skal vare til 31. desember 2015.

Gjennom prosjektet skal tannhelsetjenesten møte alle fjerdeklassinger, det

vil si tiåringer, i Eidsvoll og Hurdal på deres arena; i klasserommet. Et mindre pusseprosjekt er tidligere, fra 2010 til 2011, gjennomført i kommunen med gode resultater, og «Husk tennene» er en videreføring av dette. Det nye prosjektet er utarbeidet av tannpleier Pia Skarbø Heimdal i samarbeid med Eidsvoll tanklinikk.

Fokus på kosthold

Fra å være et rent pusseprosjekt, er det denne gangen i tillegg et større fokus



Å etse eller
ikke etse?
Bondingen som gir **valgfrihet!**

xeno[®] Select

Adhesiven for både selvets og ets&skyll



For better dentistry

DENTSPLY

DENTSPLY DeTrey | Ørneveien 17 | 2070 RÅHOLT | www.dentsply.no

Frank Hansen Tlf: 97608438 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Janiche Henden Tlf: 94838814

på kosthold, og det er også satt av mer tid til hvert klassebesøk.

– Alle ansatte på tannklinikene blir med, forteller Rigmor Moe.

– Ved å gjennomføre dette prosjektet, håper vi at vi om noen år ser bedre tannhelsestatistikk for tolvåringene i Eidsvoll og Hurdal.

Hver eneste fjerdeklasse får besøk av prosjektleder, det vil si tannpleier, sammen med den tannlegen og tannhelsesekretæren som behandler elevene fra hver enkelt skolekrets.

– Vi møter elevene i et annet miljø enn når de kommer til oss for å sjekke tennene, og tiåringene opplever tannlegen og tannhelsesekretæren på en ny måte. I tillegg får tannlegene brukt kompetansen sin utenfor tannklinikene. Kosthold, med særlig fokus på sukkerinnhold i frokostblandinger og pålegg som vi vet barn foretrekker, samt vann som tørstedrikk, er vårt hovedbudskap. Vi vil også gi barna opplæring i tannpuss, sier Moe.

Vil begynne tidlig

Ved Eidsvoll tannklinik ser de frem til å møte elevene og være med på å forebygge dårlig tannhelse. Tannlege Pernille Nordbak Øsmundset tar også til orde for å satse mer på forebygging allerede før barna begynner på skolen.

– Jeg tenker at vi må starte med de helt små. Vi hadde nylig et møte med lederne for helsestasjonene i Eidsvoll og Hurdal, hvor vi snakket om ulike utfordringer og hvordan vi best kan møte dem sammen.

– Vi ønsker også å komme rundt til barnehagene og informere på foreldremøter, og har en slik avtale med en av barnehagene i nær fremtid. Men alt dette er tidkrevende og vi har mye å gjøre. I dag prøver vi også å plukke opp yngre søsken hvis vi ser at eldre søsken har mye karies, sier hun.

– Hvordan engasjeres foreldrene?

– I «Husk tennene»-prosjektet får de brev om hva som skal skje. Vi går også ut i lokalavisen når prosjektet er i gang for å informere lokalsamfunnet. For-

målet er å spre viktigheten av at barn pusser tennene og at de har et kosthold uten mye sukker.

Vil bidra

Tannhelsetjenesten i Eidsvoll vil gjerne engasjere seg sterkere i folkehelsearbeidet, og har bedt kommunen om å få være med i det kommunale folkehelsesteamet ved neste korsvei.

– Det er uheldig at tannhelsen ikke har en representant inn i et tverrfaglig team som skal arbeide for bedre folkehelse. Vi jobber hele tiden for å få til et tettere samarbeid med de forskjellige instansene i kommunen. For et par uker siden deltok vi på et rektormøte hvor vi informerte om «Husk tennene». sDe var udelte veldig positive, sier Øsmundset.

Tone Elise Eng Galåen

Hvordan kan tannlegen hjelpe søvnapnétikeren/snorkeren?

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

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

KURSOVERSIKT VINTER/VÅR 2014

Skien:	28. Februar
Ålesund:	11. Mars
Kristiansand:	29. April
Bergen:	09. Mai

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


SomnoMed
The Leader In COAT™
(Continuous Open Airway Therapy)



SomnoDent® Flex Anti-apnésinker

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



Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og allmennhelsetjenesten utvikler seg

Det er i gang arbeid for å styrke forskningssamarbeid mellom tannhelsetjenesten og allmennhelsetjenesten i et nettverk kalt «Allmenntann». Dette er et samarbeid som ble påbegynt som en idé i 2010, og som har utviklet seg videre (1). Arbeidet for å opprette forskningsnettverk i de to tjenestene er et svar på dagens og morgendagens utfordringer når det gjelder utvikling av kunnskap for primærhelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Det er en felles forståelse av at det trengs mer forskning og samhandling og at det er krevende å gjennomføre når det gjelder omfang, kvalitet og klinisk relevans. Den 20. januar var det et møte i Bergen med utgangspunkt i en rapport som er utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet (2).

Pål Barkvoll, dekan ved Det odontologiske fakultet i Oslo og Kirsti Malterud, professor og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Helse/UiB hadde som oppdrag å kritisk utfordre rapporten. I alt vesentlige ble rapporten godt mottatt og det kom flere innspill med vekt på viktige faktorer slik som at forskningens må ha tydelig nytte for pasienter. Det må stilles gode forsknings-spørsmål, for eksempel angående personer som har flere samtidige sykdommer (co-morbiditet). Å bringe tannhelse-spørsmål inn i forskningen kan bli et varemerke for virksomheten. Målet er å skaffe ny kjerne-kunnskap innen allmennhelse/tannhelse-feltet ved å engasjere klinikere utover landet.



Sentrale aktører i gruppen for Allmenntann-nettverket (fra høyre): Nils Oscarsson (Tannhelsekompetansesenteret i Nord-Norge – leder av arbeidsgruppen Tannhelse), Ivar Espelid (Tannhelsekompetansesenteret i Nord-Norge/UiO), Jørund Straand (Allmennmedisinsk forskningsenhet/ UiO), Kristin Klock (UiB), Guri Rørtveit (forskningsleder, UNI Helse), Knut-Arne Wensaas (Allmennmedisinsk forskningsenhet/Uni Helse – leder av arbeidsgruppen Allmennmedisin).

Rapporten skisserer en opptrappingsplan med detaljert og forankret planarbeid i 2014 og begynnende oppstart av nettverkene i 2015. Nå ligger saken hos Helsedirektoratet. Forhåpentligvis vil det bli mulig å utvikle denne virksomheten innen klinisk forskning.

Referanser

1. Praksisnær forskning i tannhelsetjenesten: Mye å lære av

forskningsenheter i allmennmedisin. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2010; 120; 931. http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=405665

2. Rapport til Helsedirektoratet: Forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten. 18.12. 2013. http://helse.uni.no/upload/Rapport_Hdir_Forskningsnettverk_2013_m_vedlegg.pdf

Nils Roar Gjerdet

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Lite å rope hurra for:

E-helse – en situasjonsrapport

Den elektroniske hverdagen har innhentet helsesektoren, men lovverket henger etter. Hvor står tannlegene? Tannlegeforeningen har bedt om et møte med helsedirektøren for å få avklaring i situasjonen.

For å lage lover og forskrifter for Helse-Norge må alle grupper tas med i vurderingen. Eller? NTFs høringssvar til Stortingsmelding nr. 9, *En innbygger – én journal*, sier noe om situasjonen våren 2014.

IKT i helsesektoren

– Fra myndighetenes side er det en forutsetning at all kommunikasjon skal over på IKT, sa overtannlege i avdelingen for legemiddel- og tannhelserefusjon i Helsedirektoratet, Per Lüdemann på NTFs landsmøte i oktober.

– Elektronisk pasientjournal vil bli et krav i tillegg til at all kommunikasjon skal skje elektronisk. Det viktigste er pasientsikkerhet og tilgang for pasienter, slik som dialogtjenester og timebestilling. Ønsket er elektronisk kommunikasjon hvor en ordner alle ting selv. I Danmark har en dette allerede, og det fungerer godt, så vidt vi har hørt, både hos tannleger, fastleger og på sykehus.

– Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. En trenger også data til kvalitetsforbedringer, helseovervåking, styreinformasjon og forskning, samt statistikk.

Myndighetenes mål og ønsker

- En innbygger – én journal
- En videreutvikling av Helsenorge.no, med nye selvbetjeningstjenester
- Nasjonal kjernejournal
- E-resept
- E-journal
- Standardisering
- Informasjonssikkerhet

– Nasjonal styring og koordinering og en helhetlig og forutsigbar IKT-utvikling.

En innbygger – én journal

En innbygger – én journal, Stortingsmelding nr. 9, (2012–2013). Prosjektet er under rask utvikling. Tannlegene er foreløpig ikke inkludert.

Tannlegeforeningen har kommentert stortingsmeldingen slik: «...Den norske tannlegeforening finner det sterkt bekymringsfullt at nesten hele den private tjenesteytende helsesektor er utelatt når sentrale aktører omtales. Behandlergrupper som tannleger, fysioterapeuter, psykologer osv. er per i dag ikke representert i de utvalgene som nevnes, dvs. E-helsegruppen og NUIT. Innspill etterspørres i tillegg i svært liten grad og i det minste for oss oppleves det som vanskelig å komme gjennom med innspill, og å få forståelse for egne behov. Dette resulterer ofte i at det utvikles løsninger som er tilpasset andre, eller ingen løsninger overhodet. I mange tilfeller er man bare glemt i viktige prosesser, noe som igjen hindrer videre deltakelse i den elektroniske samhandlingen. ...»

Kommentarene kan leses i sin helhet på www.tannlegeforeningen.no, under «NTF mener».

Helsenorge.no

Helsenorge.no er et prosjekt i regi av Helsedirektoratet. Sidene får stadig nye funksjoner på «Mine sider». Det siste er mulighetene for å bytte fastlege, melde bivirkninger, skaffe frikort og helsestrygdkort og få oversikt over sine egne e-resepter. Det er også her en kan se sin egen kjernejournal, men foreløpig bare hvis en bor i en av utprøvkommunene i Rogaland eller Sør-Trøndelag.

Nasjonal kjernejournal

Nasjonal kjernejournal er under utprøving i Trøndelag og Rogaland. På nett-

sidene til Helsenorge.no står det at «Kjernejournal vil være tilgjengelig for leger og annet helsepersonell».

Tannleger har så langt ikke tilgang til kjernejournal, og det er foreløpig uavklart når dette kan skje. I høringssvaret understreker NTF at «det fra starten av må tenkes innhold og tekniske løsninger tannleger kan knytte seg til. ... Forskriften må også tekstmessig ta høyde for at flere helsepersonellgrupper enn leger og kommunale tjenester skal ha nytte av nasjonal kjernejournal som ledd i pasientsikkerheten.» Høringssvaret finnes på foreningens nettsider under «NTF mener».

E-resept

E-resept er nylig innført for leger og helseforetak over hele landet. Tannleger ventes å bli inkludert i ordningen høsten 2014. I NTFs høringssvar til «Forslag til endringer i reseptformidlerforskriften» påpekes det at leger er den eneste gruppen helsepersonell som er nevnt, men at også tannleger trenger tilgang til ordningen.

Det skal de også få. Elektroniske løsninger for e-Resept er nå tilrettelagt av leverandørene av elektronisk pasientjournal (EPJ) og er klare for utrulling. Helsedirektoratet har imidlertid nylig meddelt at løsningen ikke kan implementeres før høsten 2014 på grunn av bemannings- og kapasitetsproblemer i direktoratet.

Standardisering

Når det gjelder standardisering av IT-løsninger ser det ut til at det gjenstår mye arbeid. Det foreligger et forslag til forskrift som pålegger bruk av offentlige standarder for elektronisk kommunikasjon for alle grupper innen helsevesenet, IKT-forskriften. Forskriften nevner imidlertid ikke andre grupper enn leger spesifikt. Tannlegeforeningen sier i sitt høringssvar at «... konsekvensutredningen ikke ser ut til å kart-

legge verken kostnader eller nytteverdi for tannhelsen eller tannlegene overhodet. ... Det må stilles krav til at annet naturlig samhandlende helsepersonell kan sende og motta elektronisk kommunikasjon med tannleger før tannleger omfattes av forskriften. ... Forskriften bør ikke tre i kraft før entydige standarder og en kvalitetssikret sertifiseringsordning er på plass.»

Til tross for at både Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund, Innovasjon Norge og Tannlegeforeningen har brukt betydelige beløp i Elin-T-prosjektet (elektronisk informasjonsutveksling i tannhelsetjenesten), de siste fem årene, mangler fortsatt grunnleggende standarder og sertifiseringer som må ligge til grunn for en fungerende elektronisk kommunikasjon i og mellom sektorene i helsetjenesten.

Ny helseregisterlov og ny pasientjournallov

I Helsedirektoratet arbeider de med en høring om plikt til elektronisk føring av

behandlingsrettet helseregister og journal. Innmaten i journalen skal strømlinjes mere, og en blir for eksempel nødt til å stille en diagnose før en får lov til å gå videre med å si noe om behandling.

NTF skriver i sitt høringssvar: «Foreningen imøteser at helseopplysninger og registerdata gjøres tilgjengelig for relevant helsepersonell ved behov, slik lovverket legger opp til. Det mangler imidlertid en rekke nødvendige systemer og standarder for at lovens intensjon skal kunne oppfylles. Lovene implementeres før den tekniske og formelle utviklingen kan gjennomføres. Når det er gjort må myndighetene ta en førende rolle i å innføre og finansiere de nødvendige løsningene for tilgang og utveksling av helseopplysninger for å oppfylle lovens intensjon.»

Kodeverk i tannhelsetjenesten

Et samarbeidsprosjekt om IKT-utvikling i tannhelsetjenesten, offentlig som privat, er i gang. Dette omfatter utvik-

ling av et standard kodeverk for diagnoser og behandlinger og en felles terminologi.

– Mangel på kodeverk i tannhelsetjenesten gir oss vanskeligheter med enkelte ting, sa Lüdemann på Landsmøtet, blant annet i forhold til stortingsmelding nr. 10 – God kvalitet – trygge tjenester. Om kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten.

Målet er et brukerorientert helse- og omsorgstilbud hvor brukernes behov og ønsker står i sentrum. Dette medfører aktiv medbestemmelsesrett og systematisk kvalitetsforbedring integrert i daglig virksomhet. Systemer for kvalitetsmåling skal forbedres for å gi bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Alt dette krever en strukturert og enhetlig journalterminologi.

I stortingsmelding 34, Folkehelsemeldingen, sies det at fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket. Dette krever relevant informasjon fra kommunene. I dag har en lite informasjon om hva



Høy presisjon - lav pris.

Forsendelse hver tirsdag og fredag.

Agent for:

Shengda Dental Manufacturing Co. Ltd

Se vår hjemmeside for mer informasjon:

www.reholt.no

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

som foregår i den private delen av tannhelsetjenesten.

– Vi vet behandlingsmessig hva vi betaler for i trygden, men vi vet ikke hvorfor behandlingene er brukt.

– Vi har få diagnoser, sa Per Lüdemann. Forbrukertesten fra noen år tilbake ga uønsket variasjon i tannhelsetjenesten. Det kunne vært greit nok, men vi har ikke kodeverk, for lite statistikk og for få diagnoser. Dette vil vi bort fra, sa han.

Elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling ble åpnet for et år siden, og her kan en se et utvalg av tannlege- og tannpleierpriser. Før viste Helsedirektoratet ingenting om prisene i privat tannhelsetjeneste i det hele tatt, nå vet de litt mere. Vi ser at noen fylkeskommuner ligger veldig høyt, og prisvariasjonen mellom dem er på hele 60–70 prosent på enkelte tjenester, avsluttet Lüdemann.

Tannleger i front

– Hvor står tannlegene når det gjelder bruk av digitale løsninger?

– Tannleger ligger i front teknologisk, men systemene er fremdeles dårlig samkjørt. Det er tilfeldig hva som utnyttes og tannleger har vanskelig tilgang til andre sektorer. Tannleger blir heller ikke automatisk tatt med i betraktningen fra myndighetenes side når nye løsninger utarbeides. Her gjøres det et kontinuerlig arbeid fra Tannlegeforeningens side, sier Jørn André Jørgensen, nyansatt rådgiver for elektronisk samhandling i NTF.

– Vi har løst mange utfordringer internt, men vi savner god styring og overblikk fra myndighetenes side. Vi savner også kvalitetssikrede fellesløsninger. Et eksempel er en tilstrekkelig sikker løsning for å sende meldinger, som epikriser og henvisninger. Et annet eksempel er en måte å dele røntgenbilder på som ivaretar lovens krav til informasjonssikkerhet og personvern. En folkelig variant er Dropbox, men for

å imøtekomme sikkerhetskravene må en finne andre løsninger.

– For øvrig må det nevnes at samarbeidet med Norsk Helsenett er godt. Her er det utviklet løsninger som fungerer, sier Jørgensen.

Uholdbart

Tannlegeforeningen sendte 27. januar 2004 et brev til helsedirektør Bjørn Guldvog og ba om et møte. Bakgrunnen er at det etter fem år fremdeles mangler grunnleggende standarder og sertifiseringer. Man er også redd for at Elin-T-prosjektet vil miste mer og mer av sin verdi på grunn av mangelfull oppfølging fra myndighetenes side. De ønsker også å få avklart hvordan Helsedirektoratet kan imøtekomme tannlegenes krav om å få tilgang til de tjenestene man i utgangspunktet ble lovet som en del av satsingen på IKT. Den 5. mars er det fremdeles ikke kommet svar.

Kristin Aksnes



Meld deg på som utstiller

NTFs landsmøte og Nordental arrangeres på Norges Varemesse. Utstillerne på Nordental er leverandører av alle typer tjenester, produkter og materiell til tannhelsetjenesten.

Du treffer over 4000 profesjonelle besøkende fra hele den private og offentlige tannhelsetjenesten; tannleger, tannhelsesekretærer, tannteknikere og tannpleiere.

Hvorfor delta på Nordental:

- øke salget og styrke profileringen
- lansere nyheter
- pleie dine kunder og få nye kontakter
- få oversikt over konkurrentene og deres aktiviteter
- teste ut nye produkter
- delta i det sosiale fellesskapet under landsmøtet
- være en aktiv del av dentalbransjens viktigste møteplass

For nærmere informasjon kontakt:
Norwegian Promotion Group AS
Katrin Andersen, katrin@npg.no tlf: 93 44 52 72



Meld ditt firma på i dag for å sikre deg plass! Det er stor pågang av utstillere.
16. – 18. oktober 2014 – Norges Varemesse, Lillestrøm.

www.NTFslandsmote.no

IMPORT AV TANNTENKISKE, GJORT ENKELT AV DENTALFORUM



KORT VEI TIL HØY KVALITET VIA DENTALFORUM

Fordeler ved importerte tanntekniske arbeidere:

- ✓ Import og egenproduksjon fra samme laboratorie
- ✓ Kvalitetsikret av autoriserte tannteknikere
- ✓ Faglig rådgivning
- ✓ Fast kontaktperson hos Dentalforum
- ✓ Gode forsendelsesrutiner



OSLO

Telefon: +47 22 19 93 96
e-post: postoslo@dentalforum.no

KRISTIANSAND

Telefon: +47 40 00 10 56
e-post: post@dentalforumkrs.no

VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSÅKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

Mange av oss har lett for å gi barna brus eller saft når de er tørste. Plutselig blir inntaket av sukker større enn man tror. Bytter du ut brus eller saft med vann til hverdags, er mye gjort. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir hverdagen litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 HelseDirektoratet

NYHET!

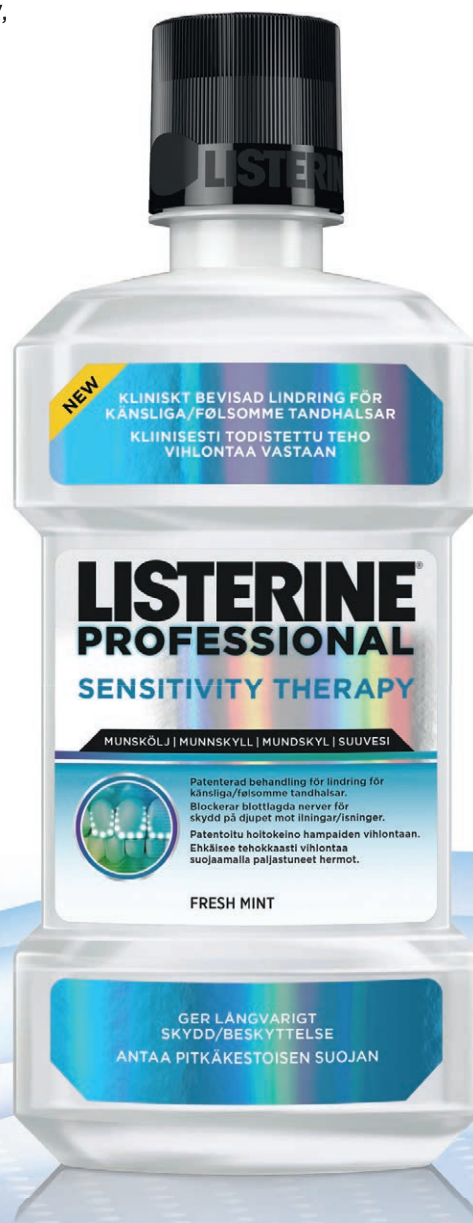
BLOKKERER 92 % AV DENTINKANALENE ETTER BARE 6 SKYLLINGER *in vitro* *1

Alkoholfrie Listerine® Professional Sensitivity Therapy, et munnskyll til bruk to ganger daglig, bygger på kaliumoksalat-krystallteknologi:

- Kaliumoksalat bindes til kalsium i spyttet, og krystaller dannes.
- Krystallene lagres dypt inne i eksponerte dentinkanaler.
- Krystallene bygges opp ved hver skylling, noe som gir en dyp, stabil og heldekkende forsegling av dentinkanaler.

Listerine® Professional Sensitivity Therapy kan brukes separat for langvarig beskyttelse,^{2,3} eller i kombinasjon med tannkrem mot sensitive tenner.

Profesjonell munnpleie hjemme



Dette produktet skal ikke anbefales til pasienter med kjent nyresykdom, nyrestein eller malabsorpsjonssyndrom, eller til pasienter som har et høyt inntak av vitamin C (1000 mg eller mer per døgn).

1. Dentine Tubule Occlusion, DOF 1 - 2012. 2. Ved bruk 2 ganger daglig. 3. Relief of hypersensitivity DOF 4 - 2012, Combination Tubule Occlusion, DOF 2 - 2012. *Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon. NO/LI/13-0070a

Både og – eller enten eller?

Forholdet mellom Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og direkte søksmål mot tannlegen. Både og, eller enten eller?

At NPE fra 1. januar 2009 også omfatter privat helsetjeneste, er som kjent ikke til hinder for at en pasient kan gå til direktesøksmål mot tannlegen (1). Det er tidligere lagt til grunn at pasienten måtte velge enten å sende erstatningskravet til NPE, eller å forfølge kravet ved et ordinært søksmål direkte mot tannlegen (2). En prinsipiell Høyesterettsavgjørelse innebærer at dette ikke lenger er et rettslig holdbart standpunkt.

Kjennelse fra Høyesteretts ankeutvalg av 19. april 2013 (3)

Høyesteretts ankeutvalg tok stilling til hvorvidt et direktesøksmål mot en øyeklinikk måtte avvises fordi det allerede var reist krav om pasientskadeerstatning for Pasientskadenemnda.

Høyesterett kom til at det ikke var hjemmel for å avvise direktesøksmålet (4), fordi saken som var til behandling i Pasientskadenemnda ikke var mellom de samme parter og fordi kravene bygde på ulike ansvarsgrunnlag.

Dette innebærer at en pasient etter gjeldende rett kan fremme krav om erstatning for økonomisk tap og ménerstatning overfor NPE, og samtidig reise søksmål mot tannlegen gjennom det ordinære rettssystemet.

Er det hensiktsmessig å opprettholde en slik parallell søksmålsadgang?

Høyesterett har det endelige ordet i forhold til gjeldende lovgivning. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette er en hensiktsmessig rettsituasjon. Det vil nå være opp til lovgiver å ta stilling til om rettsituasjonen skal opprettholdes, eller om det skal foreslås en lovendring som sørger for en nød-

vendig avklaring både av hensyn til pasienten og det enkelte helsepersonell.

Prosessrisiko. Lavere terskel for erstatning fra NPE (5)

Det er en lavere terskel for å få erstatning fra NPE enn ved et direktesøksmål mot saksøkte. Det vil vanligvis være en ubetinget fordel både for den enkelte pasient og for tannlegen dersom erstatningskravet fremmes overfor NPE. NPE dekker økonomisk tap og ménerstatning dersom det foreligger en pasientskade som skyldes svikt i helsehjelpen, selv om ingen kan lastes (6). Ansvar er objektivistert. Det er tilstrekkelig at de krav som skadelidte med rimelighet kan stille til tjenesten er tilsidesatt. Man trenger ikke lenger utpeke en ansvarlig eller påvise skyld, men det må som hovedregel foreligge et avvik fra vanlig god praksis.

Erstatning ved et direktesøksmål mot tannlegen avgjøres med grunnlag i alminnelig erstatningsrett, og forutsetter uaktsomhet (7). Å fremme krav direkte mot skadevolder er derfor normalt lite hensiktsmessig, og vil kunne innebære en betydelig prosessrisiko. En pasient som taper saken vil vanligvis måtte betale motpartens (tannlegens) saksomkostninger.

Prosessøkonomiske hensyn.

Saksbehandling og ressursbruk

Det er mindre ressurskrevende for begge parter dersom kravet behandles av NPE. NPE er et uavhengig forvaltningsorgan som sørger for at saken blir tilstrekkelig opplyst gjennom grundig saksbehandling, og om nødvendig innhenter en sakkyndig vurdering før vedtak fattes. Pasienten har mulighet for å klage et negativt vedtak inn for Pasientskadenemnda, og i siste instans eventuelt anke til det ordinære rettssystemet. Både for pasienten og tannlegen er det svært tid og ressurskrevende med et ordinært søksmål.

Høyesterettsavgjørelsen har ikke betydning for krav om oppreisning.

Oppreisningskrav må fremmes direkte mot tannlegen, idet dette ikke dekkes av NPE (8). Oppreisning (erstatning for ikke-økonomisk tap eller «tort og svie») forutsetter at tannlegen har opptrådt grovt uaktsomt eller forsettlig, og terskelen er relativt høy. Det kan være hensiktsmessig å fremme erstatningskrav for økonomisk tap direkte mot skadevolder, dersom det også er aktuelt å kreve oppreisning.

NPE dekker erstatning for økonomisk tap og ménerstatning

Det mest tungtveiende argumentet mot å opprettholde et slik dobbeltsporet system er antakelig at erstatning for økonomisk tap og ménerstatning etter gjeldende praksis blir utbetalt av NPE, såfremt kravet kunne ha vært fremsatt overfor dem. Dersom tannlegen blir dømt til å betale slik erstatning, vil NPE med andre ord dekke erstatningsutbetalingen til pasienten. NPE har ikke tatt hensyn til at kravet mot tannlegen er rettet mot et annet rettssubjekt og avgjort etter et annet rettsgrunnlag enn pasientskadeloven.

Det understrekes i den sammenheng at NPE er ment å skulle ivareta pasienter som påføres en erstatningsbetingende skade, og erstatter tannlegens tidligere ansvarsforsikring.

Det er uavklart om og eventuelt på hvilken måte Høyesterettsavgjørelsen vil påvirke NPE sin praksis for utbetaling av erstatning. Ett eksempel kan være dersom en sak er endelig avgjort i pasientskadesystemet (NPE og Pasientskadenemnda), før den avgjøres i rettssystemet direkte mot tannlegen. NPE opplyser at de ikke har vurdert om de vil utbetale erstatning f eks dersom Pasientskadenemnda har gitt avslag på erstatning, og en dom mot tannlegen likevel gir pasienten medhold i erstatningskravet. Det er lavere terskel etter pasientskadeloven, men det kan ikke utelukkes en ulik vurdering, f.eks. i forhold til årsakssammenheng.



Betydelige problemer knyttet til erstatningsberegning

Den aktuelle Høyesterettssaken var et fastsettelsessøksmål, og ikke et fullbyrdsessøksmål. Betydningen av dette er uavklart. Advokat Oftebro, som førte saken på vegne av øyeklinikken, har kommentert Høyesterettsavgjørelsen i en artikkel (9). Han er av den oppfatning at slik ankeutvalget begrunner sin kjennelse, kan det heller ikke være noe i veien for å reise fullbyrdsessøksmål parallelt med at søknad om pasientskadeerstatning er til behandling hos NPE.

Som Oftebro helt riktig påpeker: «Dette vil imidlertid ofte være upraktisk og kunne reise betydelige problemer knyttet til erstatningsberegning». Ett eksempel vil være dersom et vedtak fra Pasientskadenemnda og en rettskraftig dom vurderer erstatningsutmålingen forskjellig, og pasienten blir tilkjent ulike erstatningsbeløp for samme skade. Avgjørelsene fra Pasientskadenemnda kan for øvrig også prøves i rettssystemet.

Det bemerkes at pasienten selvsagt heller ikke skal ha erstattet samme tap to ganger.

Reelle hensyn

Det er vanskelig å se at det er sterke reelle hensyn som tilsier at dagens ord-

ning med parallell søksmålsadgang for krav som faller inn under pasientskadeloven opprettholdes.

Oftebro uttaler i sin artikkel at ansvarsplassering i form av en dom som konstaterer at helsepersonellet kan bebreides for skaden, kan gjøre det lettere for pasienten å leve med skaden. Det er vanskelig å se at dette bør være et avgjørende argument for å opprettholde dagens ordning. Det bemerkes i den sammenheng at pasienten har mulighet for å innklage tannlegen til tilsynsmyndighetene, som vil kunne fatte vedtak om advarsel eller andre sanksjoner dersom behandlingen ikke har vært faglig forsvarlig.

1. Pasientskadeloven § 4 tredje ledd; «Loven er ikke til hinder for at erstatningskrav gjøres gjeldende overfor andre enn Norsk Pasientskadeerstatning»

2. Blant annet www.npe.no «NPE eller domstolene», Norsk lovkommentar note til pasientskadeloven § 4 hvor det uttales: «Loven blir dermed et tilbud til den skadde, som altså i stedet kan velge den vanlige erstatningsvei» og Syse, Kjelland, Jørstad; Pasientskaderett 2011, side 132 hvor det bl a uttales: «Departementet foreslo derfor en frihet for skadelidte til enten å kunne benytte pasientskadelovens regler eller å kunne

gå direkte på skadevolder etter de alminnelige erstatningsrettslige regler».

3. Kjennelse fra Høyesteretts ankeutvalg av 19. april 2013, publisert i Rt-2013-544

4. Hverken etter tvisteloven § 18-1 eller etter pasientskadeloven § 18 første ledd.

5. Mer informasjon om vilkår, likheter og forskjeller mellom NPE og direktessøksmål finnes blant annet på www.npe.no, i Tidende 2011; 121: 1015 § Spør advokaten Ansvarsforsikring og NPE og i

6. Tidende 2009; 119: 453-4 Praktiske konsekvenser av ny pasientskadeordning

7. Pasientskadeloven §§ 2-3. I tillegg kan lempningsregler i skadeserstatningslovens §§ 2-3 og 5-2 påberopes

8. Skadeserstatningslovens §§ 2-1 nr 4 og skl 3-5. Krav som gjelder økonomisk tap under kr 5 000,- dekkes heller ikke av NPE, men bør under enhver omstendighet søkes løst utenfor rettssystemet.

9. Jussens venner 2013-5, Ole André Oftebro: Kommentar til Høyesteretts ankeutvalgs kjennelse Rt-2013-544

Advokat Tone Galaasen

MEDIC IT

22 89 21 00 - medic-it.no

Tannlegenes IT-leverandør

SSSSpør 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.

Pasientopplysninger til politiet?

Jeg er blitt kontaktet av politiet og blitt bedt om å komme med informasjon om en pasient. De oppgir at en navngitt person er mistenkt for en straffbar handling og at politiet ikke har lyktes i å komme i kontakt med vedkommende. Politiet har under etterforskningen funnet ut at den mistenkte har benyttet et kredittkort ved vår klinikk. De ber om å få tilsendt pasientens kontaktinformasjon.

Kan politiet uten videre be om dette, hvordan forholder jeg meg til forespørselen?

Svar: Nei, politiet kan ikke uten videre be om dette. Utgangspunktet er at helsepersonell har taushetsplikt.

Taushetsplikten finnes omtalt flere steder i lovverket. Viktig for helsepersonell er helsepersonelloven § 21. Den

pålegger helsepersonell taushetsplikt om folks legemsforhold og sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten gjelder alt og går lenger enn for eksempel forvaltningsloven, som ikke pålegger taushetsplikt om navn, bosted, personnummer og en del andre opplysninger.

Helsepersonells taushetsplikt skal verne om pasientens personvern og integritet, samt sikre tillit mellom helsepersonell og befolkningen slik at hjelpetrengende oppsøker helsetjenesten og for at helsehjelpen skal kunne bli best mulig.

Taushetsplikten gjelder både i og utenfor arbeidssituasjonen, også helsepersonell imellom dersom man ikke har hjemmel eller lovgrunnlag for å utveksle opplysninger (for eksempel fordi man samarbeider om behandlingen av en pasient) og den gjelder også etter at arbeidsforholdet er avsluttet.

Ifølge Helsedirektoratets nettsted gjelder taushetsplikten også overfor politiet, men under visse forutsetninger kan opplysninger likevel utleveres:

– Pasienten selv, foreldre til pasient under 16 år og pårørende til pasient som ikke er i stand til å samtykke selv, for eksempel på grunn av bevisstløshet, kan samtykke til at opplysninger om pasienten utleveres til politiet.

– I en krise- og katastrofesituasjon hvor en pasient er innlagt på sykehus og det er nødvendig å varsle pårørende via politiet, kan helsepersonell utlevere opplysninger om navn og innleggelsessted til politiet. Samtykkekompetent pasient over 16 år kan nekte utlevering av opplysninger.

– I en krise- og katastrofesituasjon med mange savnede, kan helsepersonellet oppgi navn på pasienter som kommer fra åstedet for krisen eller katastrofen til nødetater og redningsmannskap, i den hensikt at disse skal få oversikt over om noen fortsatt er savnet og for ikke å binde opp ressurser til leting etter personer som er funnet

Helsepersonell kan altså ikke utlevere opplysninger til politiet i etterforskningsøyemed. I slike situasjoner må pasienten eller den som kan samtykke på vegne av pasienten gi sitt samtykke til utlevering av opplysninger.

sagaconsult

Salg av praksis? Planlegging for pensjonering?

VERDIVURDERING AV TANNLEGEPRAKSIS!

KONTAKT OSS FOR EN UFORPLIKTENDE SAMTALE!

Saga Consult AS
Hvervenmovn. 49
3511 Hønefoss
32 17 92 93
48 17 40 04
post@sagaconsult.no
www.sagaconsult.no

SALG AV PRAKSIS • AVTALER • PRAKSISUTVIKLING • PERSONAL • SELSKAPSFORM
SELSKAPSSTRUKTUR • LØNNSOMHET • VERDIMAKSIMERING • DRIFT • SAMARBEID



**ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM**

Join the **EVolution**

Nye
ASTRA TECH IMPLANT SYSTEM™ EV
— tilgjengelig nå!

Les mer



www.jointheev.com



Fundamentet for dette steget i utviklingen, er fremdeles vårt unike **ASTRA TECH Implant System BioManagement Complex**, veldokumentert for sin evne til å bevare det marginale benet og det estetiske resultatet. www.dentsplyimplants.no

DENTSPY
IMPLANTS

Scotchbond™ Universal bonding gjør din kliniske hverdag enklere

Scotchbond™ Universal bonding

Bondingen kan brukes ved total-ets, selv-ets og selektiv emalje-ets og er den ultimate bondingen når det gjelder styrke og indikasjoner. Den er ideell både for direkte og indirekte restaureringer og kan brukes på all glasskeramikk uten ekstra primer da den inneholder silan. Bondingens høye prestasjonsnivå har blitt verifisert av internasjonalt kjente forskere.

- Ett trinns, ett sjikts påføring gjort i løpet av en 20-sekunders appliseringstid
- Flaske med "vippe-topp" for énhånds håndtering og spesielt design av spissen for dispenseringskontroll
- Leveres også i en unik engangsdose
- Lagring i kjøleskap ikke nødvendig, 2 års holdbarhet i romtemperatur



Bonding til alle direkte restaureringer
av kompositt eller komposer.

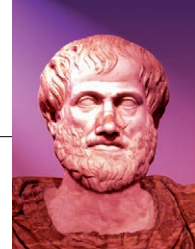


Primer til alle indirekte restaureringer
av zirkonia, alumina, metall eller glasskeramikk.



Til adhesiv sementering med f.eks RelyX™ Ultimate cement
- Et sterkt resultat med få komponenter.





Når pasientens ønske om tannbehandling ikke bør oppfylles

Det vil i klinisk hverdag forekomme situasjoner der pasient har et klart uttalt ønske om tannbehandling som du som behandler ikke anbefaler. Behandlingen som ønskes kan være forsvarlig å utføre forutsatt at pasient er informert om dine funn, diagnoser og derav anbefalte behandlingsplan, og alternativer, eller pasients ønske kan vurderes som uforsvarlig og behandlingen frarådes. Beslutning om behandling skal bygge på informert samtykke. Prognosevurdering samt risikovurderinger ved ulike behandlingsoptimaliteter inngår i dette.

I NTFs etiske regler omhandles tannlegens plikter overfor pasient i følgende paragrafer:

§ 1 Pasientens helse

En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn.

§ 2 Ajourført kunnskap

En tannlege skal utføre sitt yrke slik det ifølge vitenskap og erfaring er ønskelig. Tannlegen skal vedlikeholde og fornye sine kunnskaper og plikter å følge NTFs regler for obligatorisk etterutdanning.

Tannlegen skal gjøre seg kjent med og følge lover og bestemmelser som gjelder for yrkesutøvelsen.

§ 8 Pasientbehandling

En pasient har krav på tannlegens råd og veiledning. Tannlegen skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra tannlegens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit og skal bygge på informert samtykke.

Behandlingen skal fullføres såfremt den ikke avbrytes av pasienten, eller dersom det foreligger rimelig grunn for dette. I så fall må tannlegen gjøre det klart for pasienten at vedkommende ikke er ferdigbehandlet.

Et eksempel

Kasuistikk for å illustrere problemstillingen: En 62 år gammel mann oppsøker tannlege med ønske om å legge fylling i stort hull i høyre hjørnetann underkjeve. Plager med matrester i hullet, ellers ingen symptom og ingen ønske eller behov for tannbehandling. Han har vært pasient på samme klinikk flere år tidligere. Undersøkelse viser velkontrollert høyt blodtrykk, kolesterolnedsettende medisiner, samt blodfortynnende medisiner Albyl-E. Røyker. Ingen ekstraorale funn. Intraoral klinisk undersøkelse viser nær intakt tannsett begge kjever med svak hygiene-

ne, periodontal patologi og stort kariesbehandlingsbehov. Åpen kavitet tann 43, med matimpaksjon. Avital tann ved sensibilitetstest. Radiologisk sees flere dype karieslesjoner, med moderat til avansert marginalt beintap de fleste tenner. Tann 43 viser røntgenologisk lesjon til pulpa, samt utvidet rothinnespalte apikalt. Tannlegen vurderer at fylling i kavitet 43 vil gi økt risiko for utvikling av symptomatisk apikal periodontitt med spredning av infeksjon.

Etter presentasjon av funn, diagnose og anbefalt omfattende behandling inkludert endodontisk behandling tann 43 velger pasient å utsette all annen behandling inntil symptom eller plager oppstår. Han forstår og aksepterer informasjon og egen tannhelsestatus men velger vekk behandling og ber om at det legges en fylling i tann 43 for å bli kvitt plagsomme matrester i tannen. Alternativet er ifølge pasienten at det ikke utføres noen behandling og heller å oppsøke annen tannlege for ønsket fyllingsterapi.

Har han krav på at du utfører behandlingen han selv ønsker? Vil hensynet til pasientens helse, slik tannlegen vurderer det, gå foran hans eget ønske om hjelp til subjektivt oppfattet behov?

*Morten Klepp og Kirsten Halonen
NTFs råd for tannlegeetik*



HURRIMIX, BARE SEKUNDERS ARBEID MED MANGE FORDELER



MIXER FOR ALGINAT OG GIPS

Hurrimix er en av de mest moderne automatiske mixere på dental markedet, og lager hurtig utmerkede blandinger. Med en kompakt og stille prosess garanterer hurrimix en stabil blandekvalitet.

- Homogen blanding
- Forbedrede mekaniske karakteristikk for alginater
- Rask, praktisk blanding
- Mindre overskuddsmateriale
- Minimalt arbeid for bruker

en.zhermack.com



Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

**Aust-Agder
Tannlegeforening**
Torleiv Lauvdal,
tlf. 37 03 61 65

Astrid Tredal,
tlf. 37 03 80 77

Bergen Tannlegeforening
Ingrid Slinde Fauske,
tlf. 98 00 82 04

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Erik Mønter Strand,
tlf. 32 13 26 06

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

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

**Hedmark
Tannlegeforening**
Børge Vaadal
tlf. 62 53 03 73

Bjørge Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

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

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

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

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

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening
Ernst Inge Helland,
tlf. 51 89 49 94

Elisabeth Langberg,
tlf. 51 55 09 31

Romerike Tannlegeforening
Trygve Næsheim,
tlf. 63 81 50 38

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 22 56 59 00

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

Inge Fridell,
tlf. 57 69 56 95

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 70 13 21 56

Hege Leikanger,
tlf. 70 12 78 02

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

Jan Henrik Parow,
tlf. 73 93 64 37

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
tlf. 35 58 39 20

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

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

Elsa Sundsvold,
tlf. 77 68 74 28

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

**Vestfold
Tannlegeforening**
Eva Nielsen,
tlf. 91 87 82 81

Svein Tveter,
tlf. 90 82 57 89

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

Tore-Cato Karlsen,
tlf. 45 22 20 44

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



GUNSTIG RENTE PÅ BOLIGLÅN I DNB

BENYTT DINE MEDLEMSFORDELER

DU FÅR BANKENS BESTE BOLIGLÅNSRENTE!

- Boliglån p.t. 3,50 % nominell rente, innenfor 75 % av verdigrunnet.
- Boliglån Ung (BLU) p.t. 3,40 % nominell rente, innenfor 85 % av verdigrunnet.
- Rammelån p.t. 3,60 % nominell rente, innenfor 70 % av verdigrunnet.

Som medlem betaler du heller ikke etablerings- eller depotgebyr.

Du kan også få meget gode vilkår på skade- og personforsikring og sparing.

TA KONTAKT!

Les mer på dnb.no/akademikerne eller ring oss på telefon 04800, alle dager, hele døgnet. Ønsker du å flytte lånet du har i dag, hjelper vi deg selvfølgelig med det.

Priseksempel Rammelån:

Effektiv rente 3,73 %. Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 3.057.016. Prisen er per 11.12.2013 for nye lån og kan bli endret.



Elektronisk autorisasjonsdokument

Fra 1. mars 2014 kan personer som får innvilget autorisasjon selv skrive ut autorisasjonsdokumentet når de ønsker det, skriver Helsedirektoratet. Ordningen med å få utstedt og tilsendt et fysisk dokument fra Statens autorisasjonskontor utgår derfor.

Bakgrunnen for å avvikle den tradisjonelle ordningen med papirversjonen av autorisasjonsdokumentet, er blant annet at et skriftlig dokument i prinsippet bare gyldig på utskriftstidspunktet.

Som erstatning for det fysiske autorisasjonsdokumentet er det utarbeidet et nytt elektronisk helsepersonellregister som inneholder en oppdatert oversikt over alt autorisert helsepersonell til

enhver tid. Her kan man lese autorisasjonsstatus direkte, noe som sikrer at man ser korrekt autorisasjonsstatus uansett hvor lenge det er siden autorisasjonen ble gitt.

Registeret er åpent og det er mulig å søke opp helsepersonell ved hjelp av fødselsdato, navn eller helsepersonellnummer. Det er også mulig å ta ut en skriftlig bekreftelse på autorisasjonsstatus direkte fra registeret når man ønsker eller trenger det. Utskriften vil være datert.

Helsepersonellregisteret ligger på autorisasjonskontorets hjemmeside www.sak.no.

Utvalg for behandling av snoring

Den norske tannlegeforenings hovedstyre vedtok i september 2013 å opprette et utvalg med mandat å etablere retningslinjer for tannlegers bidrag i behandling av søvnforstyrrelser/snoring. Bakgrunnen for vedtaket er at det for tiden tilbys forskjellige typer skinnebehandling med variabel vitenskapelig dokumentasjon. Man ser dessuten et behov for å klarlegge tannlegens rolle i behandling av denne pasientgruppen i samarbeid med fastlege og søvnspesialist.

Utvalget består av spesialist i oral protetikk, Erik Saxegaard, medlem av NTFs hovedstyre, Bernt Vidar Vagle, øre-nese-hals-spesialist Hanne Berdal og NTFs fagsjef, Aril Jul Nilsen. Utvalget startet sitt arbeide i januar 2014.

Tips og bidrag til
Notabene-sidene sendes
tidende@tannlegeforeningen.no

TILBAKEBLIKK

1914

Kristiania kommunale skoletandklinik

Kristiania kommunale skoletandklinik nr. 2 blev den 9de mars aapnet i Aakebergveien 50 for skolebarn fra Oslo, Kampen, Vaalerengen og Grønland. Der skal foreløbig arbeides fra kl. 1/2 2 til 4 av tre tandlæger foruten bestyreren.

Man holder nu paa at planlægge klinik for de nordre bydele i Dannevijsveien 7 paa Sagene.

Grosserer Carl A. Høyer har git 3 500 kr. til Aakebergvei-klinikken.

Januar – februar 1914, 3dje hefte

1964

Norges Tannleger

Det første supplementsbind vil utkomme november 1964. Det vil omfatte tannleger, som har avlagt eksamen ved Odontologisk Fakultet i Oslo 1963 og 1964 samt tannleger som er meddelt lic. pract. etter å ha gjennomgått tilleggskurs ved de Odontologiske Institutter i Oslo og Bergen, høstsemesteret 1962, vår- og høstsemesterne 1963 og vårsemesteret 1964.

Det vil inneholde rettelser og eventuelt supplerende opplysninger til de tidligere biografier. Videre vil det inneholde nytt ajourført navneregister.

Jeg vil være takknemlig for å motta manuskript til rettelser og tilføyelser innen 1. juni d.å. adressert til Tanums forlag, Kr. Aug. gate 7 A.

Jacob Ramm

April 1964, hefte 4

2004

Norge samles til ett forebyggingsrike

Forebyggende og helsefremmende arbeid gjør seg ikke selv. Det har man innsett både i Sosial- og helsedirektoratet og blant tannleger over det ganske land. Dermed har man besluttet å sette forebyggingsarbeidet i system, og samle Norge til ett rike med «Tenner for livet» som motto og veileder. Målgruppene er femåringer og sykehjemsboere, og seniorrådgiver Liljan Smith Aandahl i Sosial- og helsedirektoratet har regien. Som nøye utvalgt prosjektleder finner vi tannpleier Eva Rydgren Krona, som har god erfaring med systematikk og forpliktende samarbeid fra Kronaprojektet i Buskerud.

Februar 2004, nr. 3



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

20.–21. mars	Hurtigruta	Hurtigrutekurset. Henv. Elsa Sundsvold, ehi-sund@online.no
20.–21. mars	Clarion H&C, Trondheim	Midt-Norgemøtet 2014. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
23.–24. mai	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no. Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
25. juni	Tromsø	Kveldskurs. Endodonti og Traumatologi v/George Bogen og Leif K. Bakland. Henv. Elsa Sundsvold, ehi-sund@online.no
23.–28. juni	Oslo	10th International course in Forensic Odontology, Identification. Henv. Tore Solheim. E-post: solheim@odont.uio.no
16.–18. okt.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varesmesse. Se www.tannlegeforeningen.no
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
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
19.–20. sept. '15	Oslo	Årsmøte i Praktiseierforeningen. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henv. Magne Skomeda, e-post: magne@tsmg.no
29.–31. okt. '15	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varesmesse. Se www.tannlegeforeningen.no
7.–9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@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
20.–22. okt. '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

2.–4. april	København	Årskurs. Se www.tandlaegeforeningen.dk
11.–14. sept.	New Dehli, India	FDI. Se www.fdiworldental.org. Henv. NTF, tlf. 22 54 74 00.
9.–12. okt.	San Antonio, Texas, USA	ADA Annual Session 2014. Se www.ada.org
28. nov.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. www.gnydm.com
27. nov. '15	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. 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

Redde små

Utstillingen 'Hvis klær kunne fortelle', som blant annet viser hettegenseren til Christoffer Kihle Gjerstad, som er det eneste barnet i utstillingen som blir navngitt og hvis stefar ble dømt for å ha mishandlet ham til døde vises ved Det odontologiske fakultet i Geitmyrsveien 69 i Oslo i perioden 31.mars – 4.april. Det er www.reddesma.no som står bak utstillingen.

Barnefortellinger presenteres gjennom klær, dukker, bøker med mer som var i situasjoner der barn ble utsatt for ulike krenkelser. Barn som var så små og skadet at de selv ikke var i stand til og formidle sine rystende livserfaringer.

Utstillingenes intensjon er å bringe barnefortellinger så nær tilskueren at det skaper både følelsesmessig engasjement og mot til handling på vegne av de minste barna.

Utstillingen har vært hyppig omtalt i media.

Offisiell åpning av utstillingen som står i en uke er 31. mars kl. 12.00 i Store Auditorium. Samme sted blir det lunsjforedrag hver dag hele uken i tidsrommet 12.15–13.00. Foredragsholdere er familierådgiver Øivind Aschjem (31. mars), Camilla Grimsæth (1. april), forsker Sirir Søftestad (2. april), barnelege Jens Grøgård (3. april) og dr. philos Kari Kileen (4. april).



Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Seminar for kontrolltannleger knyttet til prosjekt med utprøvende behandling

Uni Helse/Uni Research og de odontologiske kompetansesentrene har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre et prosjekt med utprøvende behandling ved mistanke om bivirkninger fra amalgam. Uni Research er forskningsansvarlig institusjon, og prosjektet koordineres av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved Uni Helse. I slutten av 2013 sendte Helsedirektoratet ut brev til alle tannleger med informasjon om prosjektet. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer har nå mottatt flere søknader fra pasienter som ønsker å delta i prosjektet.

Før søknaden sendes til Bivirkningsgruppen skal pasienten på forhånd ha blitt undersøkt av både tannlege og

lege. Disse skal vurdere om pasienten kan delta i prosjektet. Dette er i henhold til prosjektets kriterier for deltagelse. Dersom pasienten kan bli inkludert i prosjektet, skal denne undertegne og returnere et skriftlig samtykke, deretter besvare spørreskjemaer og ta blodprøve hos sin lege. Et år etter at siste amalgamfylling er skiftet ut skal deltakeren igjen besvare spørreskjema og en ny blodprøve skal tas hos fastlegen. Dette repeteres igjen etter fire år.

Pasienter som deltar i prosjektet skal, etter at de fått fjernet sine amalgamfyllinger og erstattet dem med annet fyllingsmateriale, kontrolleres av en kontrolltannlege knyttet til prosjektet. Disse kontrolltannlegene skal foreta

kontroll av den gjennomførte behandlingen, og om behandlingen er gjort i samsvar med godkjent behandlingsplan. Kontroll av gjennomført behandling er viktig i alle kliniske studier, og den skal medvirke til å sikre pasientsikkerheten. Kontrolltannlegene er rekruttert via de medvirkende odontologiske kompetansesentrene.

Hittil er det blitt gjennomført to prosjektseminar med informasjon om samarbeidsprosjektets bakgrunn og gjennomføring, samt utvikling av protokoll som skal brukes ved den kliniske kontrollen.

Informasjon om prosjektet og søknad kan lastes ned fra prosjektets web-side: www.uni.no/helse/amalgam.



Deltakerne ved prosjektseminaret på Gardermoen 22.01.2014 (fra venstre): Merete Allertsen (prosjektkoordinator, Bivirkningsgruppen), Bernt Vidar Vagle (TkVest/Stavanger), Line Omland (TkVest/Bergen), Jana Ingebrigtsen (TkVest/Bergen), Anne Marie Veien Sandvik (TkMidt), Henrik Jansson (TkØst), Ingvild Dommersnes (TkVest/Stavanger), Tom Bjarne Grøstad (TkØst), Sisle Varegg Eide (TkØst), Inger Lise Mathiesen (TkØst), Frode Neegaard (TkSør), Stein Tessem (TkMidt), Jan Line (TkSør). Lars Björkman (prosjektleder, Bivirkningsgruppen) tok bildet.

NTFs landsmøte 2014

Når? 16. – 18. oktober

Hvor? Oslo, Norges varemesse

Mer informasjon? www.tannlegeforeningen.no





En tirsdag i februar

Unittekniker sitter under unitten min og sukker.

- Her er det en løs skrue. Drar du brygga frem og tilbake?
- Når jeg jobber, ja.
- Det ser ut som om skruen blir løs når du drar brygga frem og tilbake. Gjør du dette hver dag altså?
- Yes.
- Hva har du på brettet, tunge ting, eller?
- (Også et spørsmål fra en unittekniker..)
- Tannlegeting. Jeg prøvde å stramme den løse skruen, det er ikke umbraco som de andre skrueene?
- Nei, dette er en skrue for pipenøkkel. Du har ikke pipenøkler?
- Nei.
- Det burde du ha, de finnes å få kjøpt i sett på 20. Her behøves det en nr 3, tenker jeg.
- Hvorfor kjøpe et sett med 20 da?
- Det finnes bare i sett med 20.
- Upraktisk.
- Joa. Vel, jeg strammer skruen nå, så kan du vel la brygga være litt. (Dust..)
- Boksen til å ha på gulvet over ventilene, ble den ferdig?

- Den har jeg med. Jeg målte jo og bestilte 60cm lengde fra verkstedet, men den ble 70cm, det går greit for deg det?

(Håper han Aldri begynner som snekker..) -...

- Se, den ble fin den? Og med borrelås under sklir den ikke så mye rundt. Hva med denne ledningen jeg la tvers over gulvet ditt forrige gang, det funker det?

(Jeg tror han vil jeg skal nikke godmodig)

- Jeg skjønner fortsatt ikke hvorfor det ble slik.

- Altså, ledningen på ditt gamle røntgenapparat var for kort for den nye unitten.

- Men du var jo her og så på utstyret før installasjon, med litt planlegging kunne man sikkert fått en lang nok kabel.

- Dette er en gammel spesialkabel, umulig å få tak i.

- En elektrikerpasient sier den er standard utstyr.

- Jeg synes nå du skal kjøpe nytt røntgen.

- Det gamle virker fint.

- Men da hadde du sluppet kabel over gulvet.

(Ikke, ikke, ikke bli sint)

- Virker displayet? Trenger du hjelp til å stille inn timeren?

- Nei da.

- Bruker du ikke timer?

- Nei.

- Jaha, hva bruker du i stedet da? (Rimer på stjerne..)

- Jo, en siste ting: Du sa jeg skulle skylle gjennom vannslangene en gang i måneden, en gang i uka, hver dag og mellom hver pasient. Så hvilken variant er riktig?

- Altså, det spørs..

- Nei, nei, stopp. Hva anbefaler du?

- Det spørs helt om du har algevekst.

- Ja vel, hvordan vet man det?

- Det kommer gule biter ut av slangen når man spylar den.

- Og da har det gått hvor lenge siden siste skylling?

- Nja, det spørs..

(My God, jeg er havnet i en slynge)

Etter dette setter han seg godt til rette og forteller i et kvarters tid om en reise han var på i Dubai.

(Gjesp)

Nyttig.

*Hilsen litt oppgitt tannlege MNTF
Gro T. Sæther, Oslo*



LETT TILGJENGELIG INFORMASJON OM LEGEMIDLER?

Felleskatalogen for iPhone laster du ned gratis fra **App Store**



Vestlandsmøtet 2014

Da var nok et vel gjennomført Vestlandsmøte over, og vi kan takke og rose arrangørene. Dette var nr. 73 i rekken og fullsatte foredragssaler og ganger viste et fortsatt populært møte.

For de som ville tjuvstarte møtet var det mulighet for å være med på forkurs på torsdagen. «Når tiden er knapp – akutt tannbehandling i allmennpraksis» med Geir Evensen og Jens Ove Andreasen var ett av to kurs som ble holdt. Foreleserne vekslet på å snakke om hva en bør passe på når en møter akuttpasienter, samt nyttige tips. Vi fikk en innføring i traumer, både i primært og permanent tannsett, samt illustrasjoner og en gjennomgang av dentaltraumaguide.org. Dette nettstedet er gratis og inneholder nyttig informasjon lett tilgjengelig. Etter oppmøtet å bedømme var dette et interessant og populært emne. Det andre forkurset gikk parallelt med det første og het «Endodontic success: from fundamentals to clinics» og ble holdt av Wilhelm-Joseph Pertot. Her ble blant annet nye prosedyremuligheter som f.eks. endo i én seanse vist.

Fredagens program var stappet med interessante foredrag og utstillinger fra mange produsenter. Åpningen gav oss en musikalsk godbit på klaver, samt taler fra presidentene i BTF og NTF. Siri Lill Mannes og Arne Møller gav oss et innblikk i kommunikasjon og stemmebruk. Utstillingene var svært populære i pausene mellom foredragene og siden det var veldig godt oppmøte på Vestlandsmøtet i år ble det dermed svært folksomt rundt disse. For tannhelsese-



Polonaise hører med når det er festaften på Vestlandsmøtet. NTFs president Camilla Hansen Steinum og BTF-leder Kristoffer Øvstetun går først.

kretærer var det kurs på formiddagen med to deler. «Kvardagskirurgi» med Cecilie Gjerde, og «Kreativ-i-tet» med Siri Lill Mannes og Arne Møller. Foredrag ble holdt av både nasjonale og internasjonale foredragsholdere med høy standard.

På kvelden («dusk») var det duket for fest og god stemning i regi av en dyktig festkomité. Temaet for kvelden var «form dusk to dawn» og både kostymer og dekorasjoner viste at dette var nattevandrerens aften. Flere deltakeres hjørnetenner ble skummelt lange og med «svijsj» av frakker i gangene kunne ingen være trygge. Flere ble observert med noe rødt i glasset... Vi fikk servert

en utsøkt treretters middag, med god drikke og underholdning. For deltakere usikker på valg av dansestil for kvelden, ble det vist et bredt utvalg av stilarter på scenen. Tradisjonen tro ble polonesen ledet av Ivar Hoff før bandet fortsatte med god musikk til «dawn».

Lørdagen ble noe mindre folksom enn fredagen, men fortsatt godt oppmøte ble registrert. Her fikk vi flere interessante forelesninger som ble rundet av med nyheter fra HELFO. Vi gikk hjem etter en travel helg med ny kunnskap og nye erfaringer.

Kristian B. T. Solheim
Torill C. Høiland



FlashMax P3 herder på 1 sek!

Spar tid og få bedre herderesultater - helt trygt!
Vi og bl.a. Clinicians Report - anbefaler 1 sek. herding pr. 2 mm lag, og så 3 sek. på det avsluttende laget. Opptil 5.850 mW/cm² gir fullstendig trygg herding. Nå innbyttekampanje: Les mer på www.tonnedental.no

Innbyttekampanje:
Før 8.990,-
7490,-
inkl. moms



Nyhett! Praktisk lysmåler for alle LED-lamper!

Test din LED herdelampe om den leverer det den skal. Måler lamper helt opptil 6.000 mW/cm²! Les mer på www.tonnedental.no

Før 1.490,-
998,-
inkl. moms



Tonne Dental Telefon 66 89 20 50 - www.tonnedental.no - salg@tonnedental.no



Dødsfall

Brynjulf Grønlien, f. 17.11.1924, tannlegeeksamen 1949, d. 6.01.2014
 Per Johan Juliussen, f. 13.12.1924, tannlegeeksamen 1968, d. 14.02.2014.

Fødselsdager

80 år

Odd A. Brembo, Drammen, 27. mars
 Oddvin Masdal, Røn, 29. mars

75 år

Rolf Hartvik Hammer, Nesttun, 26. mars
 Ørnulf Stray, Mandal, 28. mars
 Per Johan Wisth, Bergen, 9. april
 Frank Åbyholm, Asker, 9. april
 Arild Kortner, Skien, 17. april

70 år

Per Egil Brathetland, Stavanger, 26. mars
 Brit Stene, Skien, 29. mars
 Harald Jørgensen, Sortland, 30. mars
 Tor Rener-Larsen, His, 30. mars
 Jon Helland, Hamar, 31. mars
 Audun Laukeland, Trondheim, 31. mars
 Kjell A. Fedje, Atrå, 2. april
 Lars-Olof Bergman, Arendal, 4. april
 Paul Edmund Steinshamn, Harøy, 10. april
 Terje Torkildsen, Rognan, 11. april
 Berit Hogseth, Rakkestad, 12. april
 Anne-Liv Slydahl, Oslo, 13. april
 Bård Tanem, Inderøy, 21. april

60 år

Marianne Gaarden, Lyngseidet, 25. mars
 Kirsten Nerheim Ahlsen, Oslo, 6. april
 Liv Lersbryggen, Berger, 10. april

Trond Erik Pedersen, Steinsland, 10. april
 Hans-Bertil Lundin, Nykirke, 12. april
 Rune Valfrid Hellberg, Jaren, 21. april

50 år

Siri Mette Herrem, Bjørkelangen, 26. mars
 Steinar Floer, Kirkenes, 30. mars
 Jorild L. Gran Thingnæs, Borgenhau-
 gen, 31. mars
 Kari B. Ringheim, Rådal, 13. april

40 år

Christine Bjercke, Oslo, 25. mars
 Elina Vakkila Sandnes, Hamar, 1. april
 Tina Elden, Levanger, 2. april
 Kristin Braathen, Sandefjord, 6. april
 Hanne Øfsteng Skogli, Lillehammer, 6. april
 Nea Wilhelmina Suominen, Bergen, 10. april
 Nhung Le, Stavanger, 12. april
 Astrid Eidhammer, Voss, 13. april
 Jan Helge Braut, Bryne, 16. april

30 år

Ane Storhaug Brochmann, Gamle Fred-
 rikstad, 27. mars
 Cassandra Pham, Mosjøen, 28. mars
 Guro Grini Olsen, Haugesund, 29. mars
 Thea Martine Granvoll, Hamar, 31. mars
 Nohad Mousa, Rakkestad, 2. april
 Helene Herje Ellingsen, Molde, 6. april
 Lina Maria Hansson, Bergen, 6. april
 Per Magne Djupvik, Stord, 9. april
 Ingvild Kibsgaard Vestad, Tønsberg, 10. april
 Odd Magne Liaskar, Sandefjord, 13. april

Camilla Tellemo Kjensli, Molde, 16. april
 Vitalija Kvietkute, Sandnessjøen, 16. april
 Erik Katle, Oslo, 18. april
 Eivind Ytterdal, Oslo, 19. april
 Jeanett Steinnes, Tromsø, 21. april

Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personalia-spalten, gir skriftlig melding *minst åtte uker* i forveien på e-post: tidente@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 behjelpelig med å gi NTF beskjed når en kollega er gått bort. Vennligst kontakt NTF, tlf. 22 54 74 00 eller e-post: post@tannlegeforeningen.no.

Tidende er tilpasset håndholte medier
www.tannlegetidende.no
 Velg: legg til påhjemskjerm for ikon/avatar

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner 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 forfatteren(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 pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunlaget i tannhel-

setjenesten. Vi er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasi fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere Disposisjon fremstillingsform og lesbarhet Diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger Illustrasjoner

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Tidende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 40 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den beste publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to årganger av Tidende.

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde

norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2015.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

– innholdets relevans for Tidendes lesere
– disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet
– illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

Samfunnsodontologisk Forum 2014: zendiumprisen til forebyggende tannhelsearbeid



zendium fortsetter å oppmuntre til nyskapende, forebyggende tannhelsearbeid.

Zendiumprisen gis til personer eller grupper med kreative og velfunderte tiltak innen forebyggende tannhelsearbeid.

For 2014 vil zendium dele ut NOK 65.000 og prisen er åpen for alle typer prosjekter i Norge eller prosjekter i utlandet ledet av norsk tannhelsepersonell. Prisvinneren kåres av en komité som er uavhengig av zendium, og prisen deles ut under **Samfunnsodontologisk Forum i Stjørdal 17.–19. juni**.

Send en kort prosjektbeskrivelse til torbjorn@wikos.no. Søknadsfrist er onsdag 23. mai 2014 kl. 20.00. Spørsmål rettes samme sted eller til Torbjørn Wilhelmsen, tlf. 906 55 913.



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Øst

Har pasienten en skrue løs?

TKØ arrangerer kurs i komplikasjoner ved implantatbehandling med spesiell vekt på tekniske komplikasjoner. Kursets overordnede mål er å øke kunnskapen om hvordan komplikasjoner ved implantatbehandling kan håndteres for klinikere i tannhelsetjenesten. Kurset ønsker også å øke interessen for klinisk forskning. Les mer om kurset på www.tkost.no

Tid: Mandag 28.april 2014 kl. 08:30-15:30

Sted: Oslo Kongressenter, Folkets Hus

Kursavgift: Kr 1600,- inklusiv lunsj og pauseservering

Målgruppe: Kurset er rettet mot annleger som kan bli nødt til å håndtere komplikasjoner, ikke bare tannleger som gjør implantatbehandling selv.

Kursgivere: Overtannlege Martin Janda, Centrum för Specialisttandvård, Oral protetik i Lund, Sverige og forskningsleder ved TKØ, Henrik Jansson.

Du kan melde deg på kurset via TKØs nettsted www.tkost.no

Påmeldingsfrist: 4.april 2014

Reprise

Arbeidskurs i moderne endodontisk teknikk

Har du tenkt å begynne å jobbe med moderne endodontisk teknikk men er litt usikker? På dette kurset får du en grunnleggende innføring i bruk av mikroskopi, maskinell utrensning av rotkanalen og rotfyllingsteknikk.

Alle deltagerne skal jobbe i en arbeidssimuleringsklinikk med mikroskoper og moderne utstyr dedikert for endodonti. Det blir demonstrert bruk av OP-mikroskop med ergonomiske stoler, et nytt NiTi-roterende utstyr med få instrumenter og rotfyllingsteknikk med den siste teknologien innen biokeramikk.

Kursgiver

Gilberto Debelian, dr.odont, spesialist i endodonti, Universitetet i Oslo

Tid

Fredag 25. april 2014 kl. 0900-1600

Nærmere opplysninger

For nærmere opplysninger, se NTFs nettsted

www.tannlegeforeningen.no

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



Vi er i dag et team av: kjevekirurger, endodontist, periodontist, allmennpraktiserende tannleger og 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
INTERNETT: www.tannleger.com

OPERASJONS AVDELING

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

Implantater:

- Fiksturinnsetting – enkelttann/delkjeve/helkjeve/for magnetfester/kulefester
- Guided computerbasert fiksturinnsetting – operasjon "uten kirurgi"
- Ferdig behandling med krone/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 visdomstenner/andre tenner
- Biopsier
- Cyster/tumores

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

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

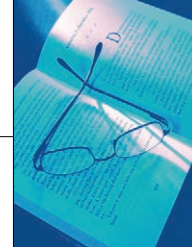
NARKOSE AVDELING

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

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



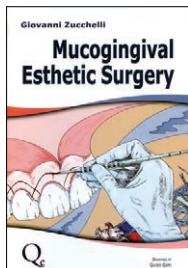
Bygdøy Allé Tannestetisk Senter
Bygdøy Allé 5, 2. etasje, 0257 Oslo



ANMELDELSER

Flott bok om marginalt tema

■ Giovanni Zucchelli: Mucogingival Esthetic Surgery



Som tittelen sier er dette en bok om mukogingival kirurgi på kosmetisk indikasjon. Forfatteren skriver at «The principal indication for treatment (...) is the patient's own esthetic requirement». Syk-

domsbehandling er derfor ikke noe tema i denne boken. Boken er ryddig og oversiktlig bygd opp, med kapitler om etiologi, indikasjoner, diagnostikk i tillegg til en omfattende del om behandling. Klare og illustrative flytskjema som beskriver veien fra diagnose til anbefalt kirurgisk teknikk er inkludert,

og bidrar til å gjøre budskapet i boken klart og konsist. I tillegg følger det med en «kortversjon» av boken, der de viktigste momentene og prosedyrene beskrives på utbredbare plansjer.

Alt i alt er «Mucogingival Esthetic Surgery» på mange måter en imponerende bok: I tillegg til en fin og klar oppbygging inneholder den svært mange flotte fargefotografier og illustrasjoner som viser både kirurgisk teknikk og resultater. Et klart pluss er også at langtidsoppfølgingsfotografier vises, fem år for de fleste behandlinger. Et like klart minus er at lite tall og statistikk følger med, således må de (uten unntak) vellykkede langtidsresultatene som beskrives anses som enkeltkasus. Det står heller ingen ting om hvordan disse pasientene har vært fulgt opp. Antakelig må det føres et rimelig omfattende opplærings- og oppfølgingsopplegg for å opprettholde og bevare de gode resultatene som vises.

Teksten inneholder ikke referanser, men hvert kapittel har en liste over «Recommended reading». Dette er derfor ikke en typisk lærebok, men mer en kokebok der indikasjoner og prosedyrer beskrives, klart og i detalj.

For meg står gingival kirurgi på utelukkende kosmetisk indikasjon litt som

et nisjeprodukt, riktignok økende aktualisert ved bruk av implantater i estetikksone. Implantatrelaterte problemer vies derfor også oppmerksomhet i boken. Mange av indikasjonene for behandling kan nok virke fjerne for «vanlige» norske forhold, til det er det ofte snakk om for omfattende og kostbare prosedyrer for minimal, og kun estetisk, gevinst.

Forfatteren lykkes ikke med å overbevise om at mukogingival kosmetisk kirurgi er behandling med forutsigbare langtidsresultater, men han lykkes i å vise at vellykkede langtidsresultater er mulig å oppnå. De fleste teknikkene beskriver ganske finnlige prosedyrer, således er dette først og fremst en bok for spesialisten, men har man kirurgisk trening, interesse for temaet og pasienter som vil betale, er dette en bok som kan anbefales både som prosedyreveileder og som inspirasjon. Målgruppen er nok uansett begrenset til først og fremst periodontister.

Sigbjørn Løes

London: Quintessence Publishing co. inc.; 2013. 830 pp (approx); 2,000+ color illus; ISBN 978-88-7492-171-3

Spesialistklinikken i Storgata

Tar imot henvisning
Kort ventetid!

Tannlege Janet Østrem
spesialist i periodonti

Tannlege Marika Hæreid
spesialist i protetik

Tannlege Trude Handal
spesialistkandidat i
endodonti

Storgata 17
0184 Oslo

Tel 22 41 80 80

Web: tannklinikken.no

■ Nye bøker og anmeldelser

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

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

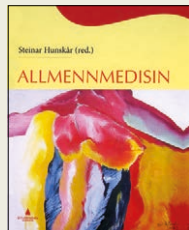
En presentasjon under Nye bøker i Tidende er ingen garanti for at det kommer en anmeldelse av boken senere, samtidig som det heller ikke utelukker en anmeldelse i en senere utgave.

■ Nye bøker

Forlagets egne omtaler

■ Steinar Hunskaar, redaktør

Allmenmedisin



Denne tredje utgaven av den norske læreboken i klinisk allmenmedisin er oppdatert og utvidet med nye kapitler. Forfatterne legger vekt på å beskrive symptomer

og sykdommer som er relevante for allmennleger, og å vise hvordan allmenmedisinsk arbeid utføres i praksis med tanke på utredning og behandling av de vanligste tilstandene og sykdommene. I tillegg tas det opp generelle allmenmedisinske temaer, som allmenmedisinens og fastlegenes oppgaver, helseopplysning, helsekontroll, legeetikk, rusproblematikk og spesielle medisinske oppgaver i pasientens ulike livsfaser.

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

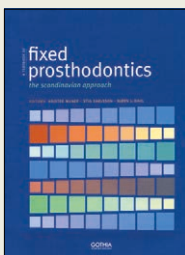
Steinar Hunskaar har redigert boken og ledet redaksjonskomiteen. Han er forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, spesialist i allmenmedisin, fastlege og professor i allmenmedisin ved Universitetet i Bergen.

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

Oslo: Gyldendal norsk forlag; Utgivelsesår: 2013. 984 sider. 3. utgave. Bokmål. ISBN/EAN: 9788205401921

■ Krister Nilner; Stig Karlsson; Björn L Dahl

A textbook of fixed prosthodontics



Fastsittende protetik i ulike former används i allt större utsträckning. Patienternas önskemål om funktionellt och estetiskt tilltalande tänder gör att nya material och metoder ständigt utveck-

las och kraven på kunskap hos den behandlande tandläkaren ökar.

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

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

Stockholm: Gothia Fortbildning; 2013. 424 sidor. ISBN 978-91-7205-796-8

■ Herluf Skovsgaard, editor
Dancing Hands



Dancing Hands represents a new paradigm for the clinical competence of dentists and assistants.

Manual competence and skills are basic parts of the dental practitioner's total clinical competence. They are far too complex and important to leave to

individual "self experience.» This new paradigm sets a standard for manual competence, which can be learned and trained. Dancing Hands presents a prescription – a golden standard – for this manual competence, which every dentist can – and should – learn.

London: Quintessence books; 2013. ISBN: 978-1-85097-263-1

■ Karin Sjögren, Claes Virdeborn
Hälsofrämjande tandvård

Grunderna till god tandhälsa är välkän-



da sedan decenni-er. Trots det behandlar vi dagligen patienter med skadade tänder och förlorad stödjevävnad. För individen handlar det om oåterkalleliga skador

med känslomässiga och ekonomiska konsekvenser. Det ställer också höga krav på samhälle och vårdinsatser. Att arbeta hälsofrämjande kräver att vi fokuserar mer på det friska och tar tillvara patientens inre motivation till att leva hälsosamt. Det kräver också att vi förstår hur man behandlar de stora folksjukdomarna i munnen på ett sådant sätt att patienten får ett naturligt ansvar för sin egen sjukdom.

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

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

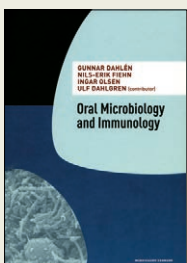
Claes Virdeborn är specialist i parodontologi. Han har många års erfarenhet som tandläkare, lärare och studie- rektor på Tandvårdshögskolan

i Malmö. Han ger utbildningar i parodontologi och kommunikation.

Stockholm: Gothia Fortbildning; 2013. ISBN 978-91-7205-881-1

■ Gunnar Dahlén, Nils-Erik Fiehn, Ingar Olsen og Ulf Dahlgren

Oral Microbiology and Immunology



Bogen er en fælles nordisk lærebog i mikrobiologi og immunologi for tandlægestuderende. Teksten er sammensat så bogen passer til undervisningen i både Norge, Danmark og Sverige.

Indholdet er fokuseret på en grundig gennemgang af oral mikrobiologi baseret på basal mikrobiologi og relevant medicinsk mikrobiologi. Odontologisk relevant immunologi gennemgås i et samlet kapitel. Der er arbejdet grundigt med tekstens pædagogik og tilgængelighed med en ensartet kapitelopbygning ud fra principper om mange overskrifter, korte afsnit, mange tabeller og oversigtsskemaer samt afsnitsnøglepunkter og kapitelresumeeer. Bogen er skrevet på engelsk af forfattere fra alle tre lande.

Tandlægebladet er også sitert: «Uundværlig for alle skandinaviske tandlægestuderende, og den kan desuden anbefales alle tandlæger, som ønsker at blive lidt bedre til det daglige arbejde...»

København: Munksgaard; 2012. 350 sider. ISBN: 9788762810891 (Bog) ISBN: 9788762813663 (i-bog)

■ Thomas Magnusson
Modern odontologi – Klinisk bettfysiologi



Funktionsstørninger i käkssystemet, så kallade käkledsbesvär, kan yttra sig som käkledsljud, gapningssvårigheter, ansikts- eller huvudvärk. Dessa besvär är mycket

vanligt förekommande, och de flesta som har dem kan behandlas framgångsrikt inom allmäntandvården.

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

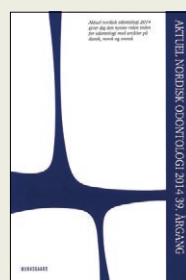
Varje kapitel avslutas med instuderingsfrågor. Bildmaterialet är flylligt och pedagogiskt.

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

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

Stockholm: Gothia fortbildning; 2013. ISBN 978-91-7205-905-4

Aktuel Nordisk Odontologi 2014



Aktuel Nordisk Odontologi er efteruddannelse i bogform. Læseren får her serveret de seneste forskningsresultater fra en bred vifte af fagområder inden for odontologien.

Forfatterne er alle specialister på hvert deres område og bidrager med deres viden til den odontologiske efteruddannelse i Norden.

I dette års udgave af Aktuel Nordisk Odontologi er der især fokus på materialer. Man kan bl.a. læse om glasionomer og plast i cariesbehandlingen og om protetiske problemstillinger, herunder om livskvalitet ved protetisk rehabilitering.

Men årbogen indeholder også artikler om allergi og anafylaktisk shock, som enhver skal kunne håndtere i kli-

nikken. Halitose er også et aktuelt emne, som på trods af stor udbredelse stadig er tabubelagt.

København: Munksgaard; 2014. ISBN 978-87-628-1251-2

■ Barbro Holm Ivarsson og Karin Sjögren

Motiverende samtal

Praktisk håndbok för tandvården



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

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

Denna andra upplaga har omarbetats och anpassats till det delvis nya sätt att pedagogiskt beskriva MI som W.R. Miller och S. Rollnick har introducerat under senare tid.

De två författarna har båda stor erfarenhet av motiverande samtal som utbildare och behandlare och skribenter: Barbro Holm Ivarsson leg. psykolog och Karin Sjögren leg. tandläkare och odont. dr. Båda är medlemmar av Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

Stockholm: Gothia Förlag; 2013. 64 sider. ISBN: 978-9-17205-907-8

NYHET!

SUNSTAR



SOFT-PICKS™

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



FINNES PÅ DITT DEPOT!

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





Tellende timer

Annerledes

Nyskapende

Kostnadseffektivt

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



**SCANDINAVIAN
DENTAL SERVICE AS**
Formidling av tannteknikk

Totalleverandør av tann tekniske produkter

Vi tilbyr budtjeneste over hele landet – enklere kan det ikke bli!

Ring oss for avtale



Nedre Baklandet 58 C // Postboks 6143, Sluppen, 7435 Trondheim
Telefon +47 73 54 90 00 // E-post: sds@sds.as

www.sds.as

KVALITET
KONTROLL
KUNNSKAP
VÅR STYRKE



dental as

Formidling av tannteknikk

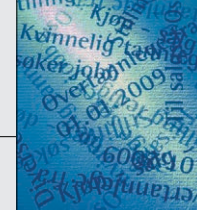
Vi tilbyr budtjeneste over hele landet
– enklere kan det ikke bli!

Ring oss for avtale

Alle typer tannerstatninger

Spesialisering innen freste implantatløsninger og avtagbar protetikk

Markveien 35 B | Pb 2031 Grünerløkka, 0505 Oslo | Telefon +47 23 00 21 60 | Telefaks +47 22 17 39 71 | www.dental-as.no



■ STILLING LEDIG

KIRKENES

Sør-Varanger kommune er en av Finnmarks største byer, har veiforbindelser til Russland og Finland, og er endepunkt for E6 og Hurtigruta. Det råder for tiden optimisme i kommunen, blant annet i forbindelse med planlagt oljeutvinning i Barentshavet. Det er en frodig og mangfoldig natur, som gir gode muligheter for friluftsliv rett utenfor døra.

Ved Daldorff Tannhelseklinikk AS i Kirkenes vil det bli ledig tannlegestilling fra 1.januar 2015.

Klinikken har 5 behandlingsrom og vi er 2 tannleger, 1 tannpleier, 4 sekretærer og 1 resepsjonist.

Klinikken er utstyrt med Nextsys journalsystem, Digora digitalrøntgen, digital OPG, Helsenett.

Vi har god pasienttilgang, og driver en allsidig allmenpraksis med bl.a kirurgi, implantat- og lystgassbehandling.

Har du spørsmål ta gjerne kontakt med Roger Daldorff tlf: 789 70 444.

Søknad og CV sendes til post@tannlege-daldorff.no

Daldorff Tannhelseklinikk AS

Assistenttannlege søkes til Voss

Grunnet sykdom søker vi en tannlege i 50% stilling ved Voss Tannlegesenter. Mulighet for større stilling etterhvert og eventuelt partnerskap på sikt. Vi er fleksible i forhold til valg av arbeidsdager. Klinikken består av fire behandlingsrom, benytter Opus, OPG og har mikroskop. Pr i dag jobber det tre tannleger, en endodontist og fire sekretærer ved klinikken. Tiltredelse snarest eller etter avtale.

Søknad/henvendelse sendes til e-post@vosstannlegesenter.no.
Telefon: 56521498.

VIKERSUND

ASSISTENTTANLEGE I DELTID SØKES. Vi søker en selvstendig assistenttannlege, siden vår nåværende assistenttannlege vil pensjonere seg til sommeren.

Det venter varierte oppgaver til deg i en moderne kompakt praksis. Utstyrt med XO, Digora, Opus. Gode arbeidsbetingelser.

Kontakt: tannlege Marius Kosacki, PB 46, 3371 Vikersund.

Email: mariukos@frisurf.no.

Velkommen.

Vilje gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på

www.tannhelserogaland.no

Kontaktperson: Helene Haver

tlf. 51 51 69 07 eller

helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGALAND

BODØ

Selvstendig tannlege søkes til moderne og veletablert praksis sentralt i Bodø. 3 behandlingsrom i lyse, trivelige lokaler.

Digora rtg. Opus.

Mulighet for senere overtakelse.

Godt samarbeid med dyktig tanntekniker i samme bygg.

Tiltredelse snarest.

Henvendelse: jjberg@online.no

UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Stilling ledig

Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for klinisk odontologi

Instituttleder (åremål)

Søknadsfrist: 1. april

For fullstendig kunngjøring se: www.jobbnorge.no

UiT Norges arktiske universitet

uit.no/ledigestillinger



Østfold fylkeskommune

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på 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

Ekstra utlysning pga. feil format i forrige nummer

Seniorrådgjevarar - tannlege

Kunngjering nr. 3/2014

HelseDirektoratet har ledig to stillingar, ein fast og eit engasjement med varighet til og med 31.12.2016, som seniorrådgjevar (kode 1364), med tenestegjering i Avdeling allmennhelsetenester, Divisjon primærhelsetenester. Dei som vert tilsett må vere innstilt på tverrfagleg samarbeid i divisjonen og mellom divisjonane i direktoratet.

Arbeidsområde:

St.mld. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester er eit viktig grunnlag for arbeidet i avdelinga. Direktoratet skal bida til at sosial ulikskap i helse blir utlikna ved blant anna å styrke tenestenivåa med normerande og faglege råd samt betre tilgangen til tenestene for dei som treng det mest. Forvaltings- og oppfølgingsoppgåver knytt til tildeling av tilskot og anna generell sakshandsaming på tannhelsefeltet er aukande. Den som vert tilsatt må kunne handtere utgreiingsoppgåver samt bidra til god kunnskapsoppbygging på feltet. Det er nært samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet som oppdragsgjevar.

Tannhelseteamet i avdelinga er samansett med bl.a. tannlege-, jurist- og legefagleg kompetanse. Det er i alt 5 tilsette tannlegar i avdelinga. Avdeling allmennhelsetenester har brei helsefagleg og juridisk kompetanse som reflekterer helsetenesta i kommunane og samarbeidet med desse er tett.

Nødvendige kvalifikasjonar:

Det er krav om utdanning som tannlege. Det er nødvendig med brei kunnskap om og erfaring frå tannhelsetenesta. Søkjar må kunne arbeide sjølvstendig og ta eige initiativ. God skriftleg og munnleg framstillingsevne og gode samarbeidsevne er ein føresetnad. Personlege kvalifikasjonar blir vektlagt.

Ønskelege kvalifikasjonar:

Det er ønskeleg med erfaring frå utgreiingsarbeid, prosjektleiing eller anna leiarerfaring. Erfaring frå forvaltning og sakshandsaming er ein fordel. Vidare er det ønskeleg med erfaring på nivå med eller utdanning på mastergradnivå til dømes innan helseleiing, folkehelsevitskap, offentleg administrasjon eller liknande. God IT-kunnskap og god kunnskap i analyse og bruk av planleggings- og styringsdata vil være ein fordel. Vi ønskjer å drøfte med søkjar på fast stilling om å ta på seg leiaroppgåver på tannhelsefeltet og som teamleiar.

Vi tilbyr:

- Spanande arbeidsmiljø med høg fagleg kompetanse
- Ein arbeidsplass som er ei inkluderande arbeidsliv(IA)-bedrift.
- Moderne lokal i Oslo sentrum

Lønn: lønnstrinn 70-83 (kr 601 600 - 829 900)

Den statlege arbeidsstyrken skal i størst mogleg grad spegle mangfaldet i befolkninga, og målet er ei balansert kjønns- og alderssamansetjing. Dessutan ønskjer staten å rekruttere fleire personar med innvandrarbakgrunn og leggje til rette for personar med redusert funksjonsevne. HelseDirektoratet deltek i ei forsøksordning med moderat kvotering av personar med ikkje-vestleg innvandrarbakgrunn. Difor oppmodar vi særskilt kvalifiserte personar med ikkje-vestleg innvandrarbakgrunn til å søkje på stillinga.

I samsvar med offentleglova § 25 gjør vi merksam på at opplysningar om søkjaren kan bli gjort offentlege sjølv om søkjaren har oppmoda om ikkje å bli ført opp på søkjarlista.

Nærmare opplysningar ved avdelingsdirektør Jon-Torgeir Lunke tlf. 468 11 904 eller seniorrådgjevar/tannlege Aleidis Løken, tlf 918 82 921.

Søknadsfrist: Merk kort frist - 20. mars 2014

HelseDirektoratet bruker elektronisk handsaming av søknader. Vi ber derfor om at du registrerer søknaden din på www.helseDirektoratet.no. Merk søknaden med kunngjeringsnummeret.



Assistenttannlege Trondheim privat

Vi søker assistenttannlege i 100 % stilling på Valentinlyst Tannlegekontor. Startdato tidligst 1. juni 2014, senest august/september 2014. Vi kan tilby: dyktige, hyggelige og erfarne kolleger, moderne utstyr, gode betingelser, god pasienttilgang. Vi søker: dyktig, positiv tannlege som er selvstendig, effektiv og flink til å ta vare på pasientene. Spørsmål/søknad sendes på e-post til daglig leder, tannlege Torben Olsen, t_olsen77@yahoo.com

Søknadsfrist: 15.mars 2014

www.valentinlysttannlegekontor.no

OSLO

Kvalitetsbevisst og arbeidsvillig tannlege søkes til privat tannlegepraksis Oslo øst. 60% stilling/3 dager pr uke ledig. Dette vil øke til 100% i løpet av første året. Mulighet for overtagelse av klinikk, etter avtale.

Se informasjon om klinikken på www.tveitatannhelse.no

Send e-post til tveitatannhelse@broadpark.no

Mo i Rana

Assistenttannlege søkes til travel praksis fra høsten 2014 i Mo i Rana. Godt pasientgrunnlag. Henv. Tlf. 75 13 17 88.

Faks 75 13 17 89.

E-mail: daninowzari@gmail.com

Torshov Tannlegesenter

Torshov Tannlegesenter søker en ambisiøs, målrettet og erfaren tannlege som kan arbeide selvstendig. Vi ønsker at du har bred klinisk erfaring og genuin interesse for pasientene og yrket. Vi setter stor pris på god servicevne, sosial kompetanse og fleksibilitet.

Torshov Tannlegesenter er en personlig og hyggelig klinikk sentralt i Oslo, der tannlegene jobber i skift. Våre pasienter er trofaste og har gått til samme klinikk i 40 år. På klinikken – som er nyrenovert – utfører vi alle typer av behandlinger, også kirurgi og implantatbehandling. Vi har et utviklende, innovativt og stadig voksende miljø. Det er store muligheter for klinisk og personlig utvikling. For rett person finnes også mulighet for deleierskap.

For mer informasjon se www.torshovtannlege.no. Har du spørsmål, ta gjerne kontakt med daglig leder Sara Nordevall tlf. 22 37 66 31. Søknad og CV sendes til post@torshovtannlegesenter.no.

Søknadsfrist 01.03.2014.
Tiltredelse 01.06.2014.



Oslo Vest

Ny og moderne tannlegeklinikk som etableres i Oslo Vest søker tannleger til å drive denne i fellesskap som tannlegevakt. 3 behandlingsrom/stoler. Klinikken blir etablert fullt utstyrt i lokaler på 192 kvm beliggende på gateplan i Oslos beste strøk. Henv.: Satinder Vir Singh tlf 90657072 / satinder300@gmail.com

Akkurat no søker Møre og Romsdal fylkeskommune etter

TANNLEGAR OG KJEVEORTOPED

Vi har ledige stillingar m.a. i Ålesund, Molde og Kristiansund. Kjeveortopedstillinga har arbeidsstad Kristiansund. **Søknadsfrist 28. mars 2014.** Meir informasjon og søknadsskjema finn du her: www.mrfylke.no/jobb/tannhelse



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



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Tannlege i 100 % stilling søkes til etablert praksis i nye lokaler på Orkanger

Litt om muligheten...

- Flunkende ny og moderne klinikk med gode vekstmuligheter
- Solid pasientliste slik at du er i full drift fra første dag
- Vi har lang erfaring og suksess med klinikkdrift og er der hvert steg på veien for å dele dette med deg slik at du også kan oppfylle dine ambisjoner
- Konkurransedyktige betingelser
- Oppstart august/september 2014

For å søke eller ta en uforpliktende samtale, ta kontakt med:
Arnt Einar Andersen, Mobil: 918 21 700, Epost: aea@tannklinikken.net

Hvorfor Orkanger

Orkanger er et tettsted med stort omland i sterk vekst som ligger om lag 40 lettkjørt minutter unna Trondheim. For deg som liker friluftsliv, jakt og fiske, er regionen ideell med lakseelva Orkla og fjellområdet Hemnkjølen som nærmeste naboer. For deg som liker byliv, er storbyen Trondheim altså ikke lengre unna enn at du kan pendle daglig.



Tannlege Oslo

Grefsen Tannlegepraksis AS søker tannlege med yrkeserfaring, 4-5 dager i uken til eksisterende pasientportefølje. Søknad sendes post@tannlegepraksis.no eller Grefsen Tannlegepraksis, Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo. Info www.tannlegepraksis.no. Ved spørsmål, ring 915 53 000

GREFSEN TANNLEGEPRAKSIS

Kjeveortoped Oslo

Grefsen Tannlegepraksis AS søker kjeveortoped på deltid. Søknad sendes post@tannlegepraksis.no eller Grefsen Tannlegepraksis, Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo. Info www.tannlegepraksis.no. Ved spørsmål, ring 915 53 000

GREFSEN TANNLEGEPRAKSIS

Hamar og Langesund

Tannlege søkes deltid eller fulltid i privat praksis i Hamar. Nylig renovert, velutstyrt moderne klinikk. Søker også tannlege fulltid i Langesund. Veletablert og velutstyrt. Kan være behjelpelig med bolig. Vennligst kontakt oss på mobil 96951046 for nærmere informasjon.

Assistenttannlege i Bergensområdet søkes

Vikariat for assistenttannlege i 30-50% stilling, med mulighet for fast stilling. Moderne tannklinik på Os utenfor Bergen med 5 tannleger og kjeveortoped.

God pasienttilgang, nytt utstyr, OPG. Tiltredelse i april/mai eller etter avtale. Søknad/CV, evt spørsmål sendes post@tanngarden.no

■ STILLING SØKES

Erfaren svensk tandläkare med examen från Karolinska Institutet samt studier vid Harvard University, gift med norman, söker del/heltids jobb på privat klinikk i Oslo med eventuell framtida övertagande, pga flytt till Oslo. Vänligen kontakta redaktionen för vidare diskussion

B.mrk 3-3/14

Mannlig svensk tannlege søker jobb i Oslo og omegn. Erfaring fra privat praksis, frivillig arbeide og pregraduat forskning. Engasjert og ambisiøs. Heltid, deltid og vikariat er av interesse. Henvendelse til: jrydnert@hotmail.com

Erfaren tannlege

med egne pasienter ønsker tilknytning til større allmennpraksis.

Voksen erfaren tannlege med moderne solopraksis og egne pasienter i Oslo sentrum ønsker tilknytning til en større tannlege praksis, for å kunne være del av ett større faglig og effektivt miljø. B.mrk. 2-3/14

Spansk tannlege

eksamen juni 2013, søker jobb, primært i Sør-Norge.

Både heltid og deltid er aktuelt. Har norskkunnskaper tilsvarende nivå B1/B2, snakker engelsk. Vennligst ta kontakt via mobil nr 405 10 442 eller E-post: j.tejrap@hotmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

LOKALER TIL LEIE; OSLO SENTRUM

Tannlegekontor, 55kvm, to beh.rom, er ledig for utleie fra 1.juni 2014.

Beliggenhet rett bak Stortinget i meget flott og velholdt gård.

To uniter og alt øvrig utstyr kan overtas til meget gunstig pris.

Henv. e-mail: r.hartz@frisurf.no
tlf 22335425, 92816467

BERGEN

Praksis til leie/mulig salg. Sentralt i Bergen ved Bybanestopp.

Henvendelse

tannlege.paulsen@online.no

Tannklinikk/eiendom selges Hamar

Flott, moderne klinikk selges. Høy omsetning/inntjenings siden 1997. Tre Sirona uniter. Sidexis rtg. på to beh.rom.

Planmeca ProOne opg.. Inform innredninger. Meget fin planløsning. Passer tannleger som ønsker en utfordrende hverdag i en sentral småby. Gunstig pris.

Henvendelse: hamarpraksis@yahoo.com

Tannlegepraksis til salgs i småby på Sørlandet

Enestående mulighet for tannlege/er som ønsker en trygg arbeidsplass, faglige utfordringer og god lønn.

Veletablert stor moderne praksis med høy omsetning selges. Alt utstyr, stort pasientgrunnlag. Finansiering kan påregnes. Egenkapital derfor ikke nødvendig.

Mer informasjon ved kontakt B.mrk 1-3/2014

■ DIVERSE

Nesten ubrukt

XO odontosurge selges under 1/2 pris kr. 13000.-. Henv.; Post@lardal.nhn.no

Utstyr

CEREC 3, ubrukt (kun testet), selges med tilsvarende fresemaskin

BIOLASE diodelaser EzLase selges

i ubrukt forpakning.

BIOLASE Waterlase MD Turbo, utstillingsmodell

Tlf 3283 2333

TANNLEGEPRAKSIS SENTRALT AKERSHUS

Grunnet pensjonering er attraktiv, veldrevet og trivelig tannlegepraksis til salgs sentralt like syd for Oslo. To fullt utstyrte behandlingsrom med hhv. CanCan og Ritter unit. Praksisen er sentralt plassert i bybildet. 150 m. til jernbane- og bussterminal. Gode parkeringsforhold. Svært variert behandlingsgrunnlag, mye protetikk. Kommunen er i sterk vekst.

For ytterligere informasjon, send e-post til larpre@online.no.

Rommen Tannhelse skifter navn til Tann- og kjeveklinikken

Kjeveortopedier og allmenntannleger under samme tak siden 1988. Vårt team består av

3 allmenntannleger, 2 spesialister i kjeveortopedi, 1 spesialist i periodonti, 1 tannpleier og 4 tannhelsesekretærer.

Vi har lang erfaring innen kjeveortopedi, periodontitt/periimplantitt og implantater.

En av våre allmenntannleger er godkjent for implantatprotetikk med refusjonsrett.

Vi tar imot nye henvisninger!

Tann- og kjeveklinikken

Nedre Rommen 5 c

0988 Oslo

Telefon: 222 14 222

E-post: post@tannlegerommen.nhn.no

www.tannlegerommen.no



Søvnseminaret 2014



**nos
med**

NORSK ODONTOLOGISK SØVNMEDISINFORENING

www.digedesign.no

25. og 26. april

Radisson Blu Plaza Hotell i Oslo

Fredag 25. april: «Søvnåpneskinne, en dental behandling for søvnåpne»

Lørdag 26. april: «Obstruktiv søvnåpne, følgesykdommer og behandling»

NOSMED (Norsk Odontologisk Søvnmedisinförening) inviterer til to dager med kurs og foredrag.

Fredag blir det gitt en generell innføring i søvnmedisin og hvordan man behandler en pasient med søvnåpneskinne. De to store aktørene i Norge vil fortelle om sine produkter.

Lørdag vil bli viet obstruktiv søvnåpne og følgesykdommer. Seks spesialister vil gi oss innsikt i hvordan obstruktiv søvnåpne påvirker kroppen og forårsaker sykdom.

Les hele programmet og få informasjon om foredragsholderne på våre web sider: nosmed.no

Seminaravgift fredag 25. april kr. 2.700,-* inkl. lunsj

Seminaravgift lørdag 26. april kr. 2.200,-* inkl. lunsj

* Redusert pris for medlemmer av NOSMED

Det er begrenset antall plasser begge dagene

Påmelding: <http://eventus.trippus.se/sovnseminaret-2014-reg>

Andre henvendelser: sovnseminar@nosmed.no


www.nosmed.no


SomnoMed
The Leader In COAT™
(Continuous Open Airway Therapy)

RESMED

DENTATEC
DENTAL AS

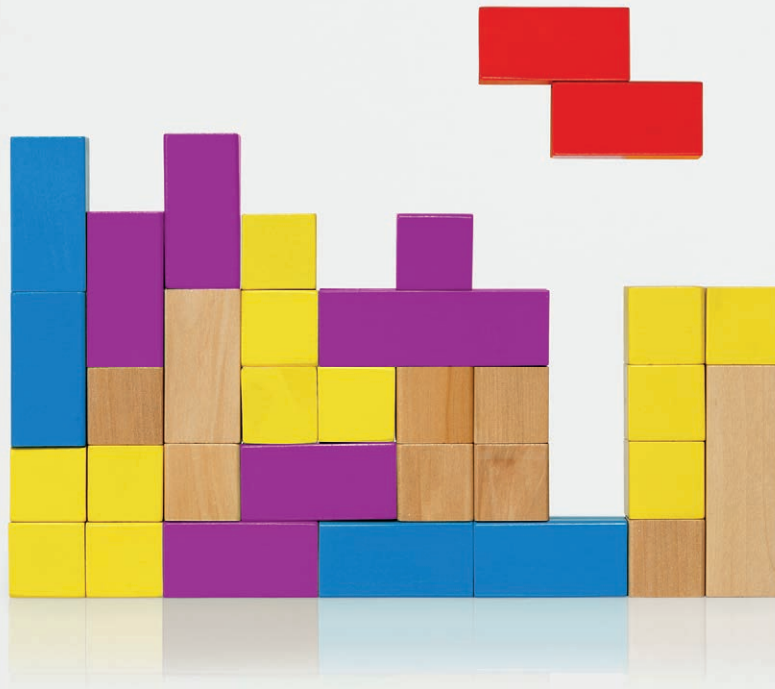
Zhermack
BEYOND INNOVATION

Teknisk arrangør:

AVANT
EVENT



Presisjon er alt.



Vi liker når tannerstatninger 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!

ENTRADE@ONLINE.NO | WWW.DENTRADE.ORG
Agent for DWWW, Modern Dental Lab



CE

DENTRADE
We put a smile on your face