

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 124. ÅRGANG • NR. 9 OKTOBER 2014



Alle bør stole på
tannlab'en sin!

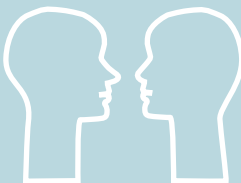
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.



FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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



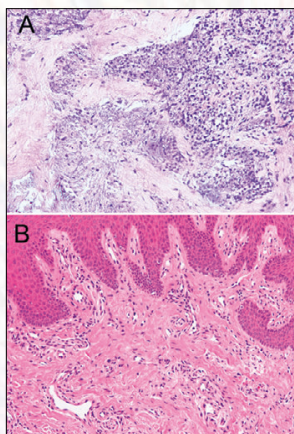
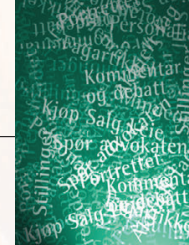
FORMIDLING

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



734



745



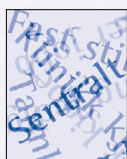
748



752

Rubrik-
annonser

793



706 **Siste nytt først**

■ **Leder**

709 Fremmer folkehelsen

■ **Presidenten har ordet**

711 Forsvarlighet fryder

■ **Vitenskapelige artikler**

712 Arnhild Sunde Seim, Ellen Kveen, Henrik N. Jakobsen, Roy Heine Olsen og Tiril Willumsen: Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester En pilotstudie i Hedmark

720 Hans Ragnar Preus, Sarwat Aziz Malik, Jawad Afzal, Anne Aamdal Scheie og Vibeke Bælum: Et kritisk

blikk på dokumentasjonen for bruk av (Amoxicillin + Metronidazol) i periodontien

734 Tine M. Sølund, Kathrine Skarstein, Anne Christine Johannessen, Tore Solheim: Biopsier i odontologisk praksis? håndtering og innsendelse

■ **Kasuistikk**

740 Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen: Adenomatoid odontogen tumor: «To tredjedelstumoren»

■ **Aktuelt**

745 Hiv og aids: Fremdeles usikkerhet rundt smittefare

748 Fortjent heder til Leif Arne Heløe

752 FDIs World Dental Congress, New Delhi, september 2014: Verden går sakte fremover

761 Næringspolitisk forum, Gardermoen 5.-6. september 2014. Solid sykeforsikring og brutalt arbeidsmarked

■ **Kommentar og debatt**

766 Innslagspunkt 6b, etisk problemstilling (Bent Thv. Gerner)

767 Nytt marked - søvnapné (Øyvind Simonsen)

768 Regionale odontologiske kompetansesentre: Fra kompetansesentre til «konkurransesentre»? (Reidun Stenvik)

770 En tannleges sommerrefleksjon (Jørgen Underthun)

■ **Praksisdrift**

774 Norsk autorisasjon - norsk språk

775 Norwegian language proficiency as a requirement for obtaining an authorization to practice as a dentist in Norway

777 Spør advokaten: Ammefri

■ **Snakk om etikk**

781 Alkohol på jobben

■ **Notabene**

784 Tilbakeblikk

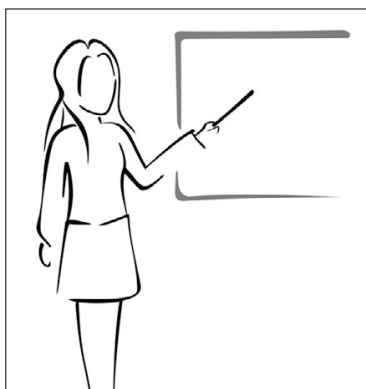
785 Kurskalender

788 Personalialia

■ **Kurs**

791 Kvitfjellseminar

Færre kvinnelige professorer



Tilstandsrapporten for høyere utdanning viser at andelen kvinner blant nytnevnte professorer går nedover. I 2012 var andelen på 36 prosent. I 2013 hadde den sunket til 33 prosent.

Ved statlige høyskoler var nedgangen enda større. Her gikk andelen kvinner blant nytnevnte professorer ned fra 39 prosent i 2012 til 30 prosent i fjor. Det er spesielt innen teknologi og matematisk-naturvitenskapelige fag at andelen nye kvinnelige professorer er lav.

Totalt sett er hver fjerde professor her i landet kvinne.

Fortsatt 200 år



Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) feirer sitt tohundreårsjubileum i hele år. Også i høst er det lørdagsseminarer som er åpne for alle. De to siste seminarne tematiserer henholdsvis 'Kampen mot kreft', den 8. november, og 'Fremtidens helseutfordringer', den 6. desember. Stedet er Gamle Festsal i Urbygningen på Universitetsplassen i Oslo og tidspunktet er kl. 13.00–15.00, for begge seminarne.

Kampen mot kreft-seminaret tar opp at stadig flere overlever kreft og spør: Hvordan er livet etter sykdommen? Hvilke utfordringer venter en tidligere kreftpasient? Og har vi råd til å ta i bruk alle nye behandlingstyper, uansett kostander?

Fremtidens helseutfordringer den 6. desember vil se nærmere på at befolkningssammensetningen endrer seg. Flere eldre og innvandrere gir nye helseutfordringer i fremtiden. Hvordan skal helsevesenet møte disse?

Forskningsmagasinet Apollon markerer også 200-årsjubileet ved at de har viet høstens første utgave til å presentere nyere forskning fra Det medisinske fakultet i Oslo.

Lettere tilgang til prøver

Flere sykehus etablerer nå ordninger hvor pasientene rutinemessig blir spurt om prøvene de avgir kan bli brukt til forskning, skriver bladet Forskerforum.

Rundt 25–30 millioner prøver ligger i dag i kliniske biobanker her i landet, oftest uten eksplisitt samtykke, ifølge forskning.no. Prøvene er tatt for andre formål enn forskning, som for eksempel diagnostisering eller behandling.

Her ligger kanskje nøkkelen til behandling av mange av de store folkesykdommene, som kreft, hjerte-kar-sykdommer, diabetes og Alzheimer, sier Forskerforum.

Barn rammes av artrose

Artrose, eller slitasjegikt, forbindes gjerne med eldre mennesker. Ny forskning viser imidlertid oppsiktsvekkende høy forekomst av kjeveleddsartrose hos barn og unge, skriver www.odont.uio.no.

I Norge tar det ofte lang tid for barn og ungdom med ansiktssmerter og kjevefunksjonsproblem å få hjelp til diagnose og behandling.

Årsakene til sykdommen er sammensatt og delvis ukjent. Tidligere har man generelt trodd at artrose kom av økt belastning eller langvarig slitasje av et ledd. De siste 10–20 årene har studier imidlertid vist at sykdommen er mer kompleks, hvor flere av kroppens syste-



mer er involvert i en betennelsesprosess.

– Jeg har sett røntgenbilder av kjeveledd til ungdom som ser ut som kjeveledd hos pasienter over 50 år, sier tannlege og doktorgradskandidat Anna-Karin Abrahamsson, som forsker på kjeveleddsartrose ved Det odontologiske fakultet i Oslo og har unge pasienter med ansiktssmerter og kjevefunksjonsforstyrrelser som spesialfelt.

– Muskulære smerter i ansiktet er vanligst, men nyere studier tyder på at forekomsten av sykdom i kjeveleddet (leddpatologi) er overraskende høy, utdyper Abrahamsson. Ofte opptrer muskulære smerter og leddpatologi samtidig. To relativt store røntgenstudier har konkludert med at mellom en fjerdedel og en tredjedel av ungdom med ansiktssmerter og/eller forstyrrelser i kjevefunksjonalitet har forandringer i kjevebenet som tilsvarer artrose.

Tallene er oppsiktsvekkende, mener Abrahamsson. – Innen medisinske kretser er det fortsatt relativt ukjent at barn og unge kan få en slik diagnose da dette er en sykdom som assosieres med voksne og eldre.

I kneledd har forskning også vist at artrose forekommer hos de unge. En ny amerikansk studie rapporterer om en høy forekomst av bruskskader hos overvektige ungdom og barn med knesmerter.

– Munnen og kjeven er en forutsetning for mange av våre primære behov, og om det oppstår problemer her, kan det både få fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser. Jeg har møtt ungdom som har problemer med å spise, som har så vondt at de ikke kan konsentrere seg på skolen, som ikke kan kysse kjæresten sin, og som sier nei til å spise med venner for de ikke kan gape eller



fordi kjeven lager så høye lyder, forteller Abrahamsson.

– Det er viktig at helsepersonell, enten det er tannleger eller leger, som skal behandle barn med ansiktssmerter er klar over at barn og unge kan rammes av artrose. Problemene må bli tatt på alvor slik at diagnose og behandling ikke forsinkes, sier Abrahamsson.

En rapport fra Helsedirektoratet i 2011 konkluderer det med at tannlegers kompetanse om utredning og behandling av pasienter med ansiktssmerter og kjevefunksjonsforstyrrelser bør heves. Som en konsekvens av mangelfull kunnskap om sykdommen har Det odontologiske fakultet ved UiO økt omfanget av undervisningen innen området i den nye studieplanen for tannlegestudentene.

Torgersens sak er styrket



ILL: WXY MICRO

Borgarting lagmannsrett har enstemmig opphevet en dom fra Oslo tingrett etter at Fredrik Fasting Torgersen gikk til søksmål mot staten og Kommisjonen for gjenopptagelse av straffesaker.

Torgersen og hans advokat, Jan Tennøe, fikk opprinnelig ikke medhold i at lagmannsrettens fellende dom fra 16. juni 1958 kunne prøves på nytt og at kommisjonens avslag fra 2006 og 2010 om ikke å gjenoppta saken skulle erklæres som ugyldige.

Dommen i lagmannsretten er en opphevelse av tingrettens avgjørelse og saken må derfor til ny behandling i første rettsinstans.

Overfor lagmannsretten påberopte Tennøe, på vegne av Torgersen, seg saksbehandlingsfeil og uriktig rettsanvendelse, i tillegg til at det var lagt til

grunn en feilaktig og for snever forståelse av rekkevidden av domstolenes adgang til å prøve Gjenopptakelseskommisjonens avgjørelse og nektelse av å få prøvet drapssaken fra 1957 på nytt.

I domspremissene viser lagmannsretten til et omfattende prosesskriv fra Torgersens side, som i stor utstrekning behandler kommisjonens bevisbedømmelse. Der fastholdes det at feilene ved bevisbedømmelse er så grove at det foreligger en saksbehandlingsfeil.

Når tingretten ikke har behandlet spørsmålet om saksbehandlingsfeil, innebærer dette en så stor feil at dommen derfor må oppheves. Det innebærer også at Torgersen har krav på å få dekket sine saksomkostninger for lagmannsretten som beløper seg til 46 000 kroner pluss merverdiavgift og rettsgebyr.

– Jeg er glad for at en uredlig tingrettsdom nå er opphevet, fastslår en fornøyd prosessfullmektig for Torgersen, Jan Tennøe. Han er ikke i tvil om at denne avgjørelsen helt klart vil styrke Torgersens kamp for å få saken gjenopptatt, skriver VG.no.

Uavhengighet i fagpressen?

En av ti fagpresseredaktører har opplevd at eiere eller styre har forsøkt å instruere eller overprøve dem i redaksjonelle spørsmål. Det viser en undersøkelse i regi av Den norske fagpresses forening, der Tidende er medlem.

Undersøkelsen bygger på intervjuer med både utgivere, redaktører og journalister i fagpressen, og analysen av undersøkelsen er gjort av tidligere generalsekretær i Norsk Redaktørforening, Nils E. Øy. Norsk Redaktørforening har også støttet gjennomføringen av undersøkelsen økonomisk. Les mer og last ned rapporten på <http://fagpressen.no/Informasjonssaker/2014/Hvor-uavhengige-er-redaksjonene-i-Fagpressen>.

På nett

Smarttelefonens nye helseapper



Både Apple, Google og Samsung kommer med apper hvor alle helseopplysninger, som f.eks. søvn, hjerterytme, oksygenverdier, kaloriforbruk, blodsukker, kolesterol kan samles på ett sted. Appen

samler informasjon fra sensorer i klokker og armbånd.

Ekspertene er ikke i tvil. Denne typen helseapplikasjoner som vi kan bruke på vår egen mobil, kommer til å revolusjonere helsehverdagen vår:

Direktør i Teknologirådet, Tore Tennøe, sier til VG at helsevesenet gjør lurt i å forberede seg på den revolusjonen dette kommer til å utgjøre. For det er ikke lenger bare helsevesenet som styrer denne utviklingen, det er også oss pasienter og forbrukere, legger han til.

Forsker Per Hasvold ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) er enig:

– Målinger som før var forbeholdt legekantorene vil nå bli mulig hjemme og til en billig penge. Smarttelefonen blir raskt den viktigste plattformen for direkte kontakt mellom helsetjenesten og borgerne, sier han til VG.

Mange helseapper er presise, og gir brukerne god informasjon. Konklusjonen er gjengitt i Journal of Internet Medical Research og studien friskmelder mange apper, etter at det har vært skrevet mye negativt om presisjonsnivået.

Frukt og grønt

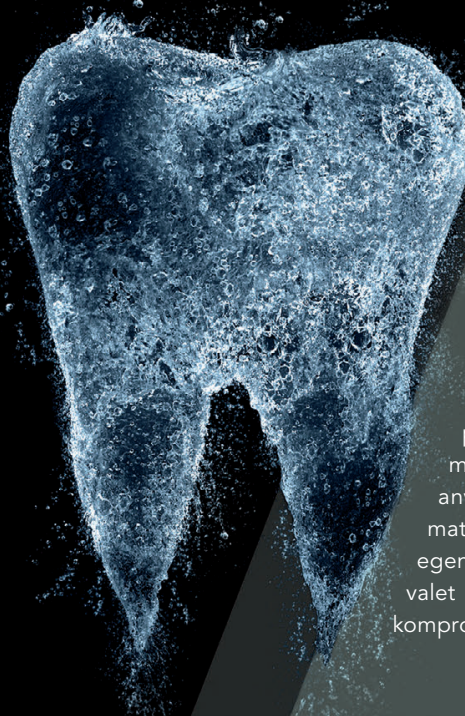
Bama har lansert en app med norske oppskrifter for frukt og grønt. Oppskriftene er utarbeidet av superkokken Lise Finckenhagen, og over 100 familier har vært med og utarbeidet et smaksbarometer for hver rett.

KONSTEN ATT SKAPA ESTETIK MED FLYTBAR KOMPOSIT



Från den minsta Klass V
till den största Klass II

G-ænial Universal Flo™ från GC



ESTETIKEN BLIR
ENKLARE MED GC
'GC'

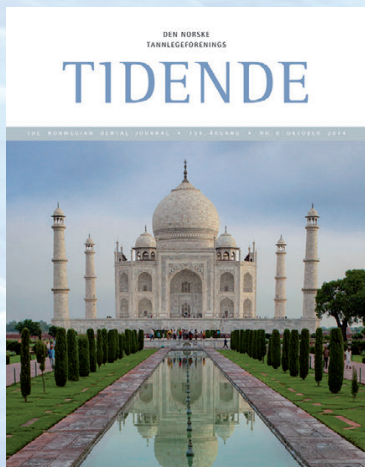
En världsledande flytbar komposit med exceptionell styrka, putsbarhet, och användbarhet. Kan därför användas till alla kompositarbeten.

G-ænial Universal Flo adapterar perfekt till djupa och trånga kaviteter, men är samtidigt starkt nog till att användas på ocklusalytor. Tack vare materialets flytbarhet och unika tixotropa egenskaper så blir G-ænial Universal Flo valet vid alla svårare fall där du inte vill kompromissa mellan hanterbarhet och styrka.

www.gceurope.com

GC NORDIC AB
Tel. +46 8 555 793 12
info@nordic.gceurope.com
<http://nordic.gceurope.com>

'GC'



Taj Mahal, Agra. Foto: Kristin Aksnes.
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 Vils gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00

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

UTGIVER

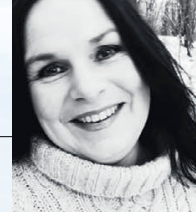
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 350. 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media AS
Grafisk design: Mike Mills

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



Fremmer folkehelsen

Internasjonalt samarbeid har ligget i mitt interessefelt, og nær hjertet mitt, siden studietiden. Hovedfag og feltarbeid i det sørlige Afrika førte til jobb i Utenriksdepartementet, og evalueringsoppdrag av norsk og internasjonal bistand til det vi kaller utviklingsland. FN-systemet var stadig under lupen.

Kan verden bringes noe sted på en hensiktsmessig måte når så mange ulike land med vidt forskjellig utgangspunkt skal enes om veien videre? Svaret er ja, slik jeg ser det. Ikke rungende. Men likevel: Fremfor at alle skal holde på med sitt, hver for seg, og aldri møtes og snakke sammen, er det bedre at vi treffes og gjør vårt beste for å bli enige om noe. Det er viktig at vi forteller hverandre hvordan det står til hjemme hos oss, og at vi blir enige om noe som har med retning å gjøre.

World Dental Federation (FDI) er tannlegenes FN. Det store flertallet av verdens nasjonale tannlegeorganisasjoner er med i dette fellesskapet, som har som mål å være odontologiens gjeldende, profesjonelle og uavhengige stemme i hele verden, og som videre har som mål å fremme optimal oral og generell helse for alle folk. Videre vil FDI fremme interessene til medlemsorganisasjonene, og deres medlemmer igjen. Og de vil utvikle og fremme tannlegekunsten samt vitenskapen og praksisen innen odontologi. Det er store ord, og noe å ha som rettesnor.

Det står veldig ulikt til, her og der. De fleste land i verden har store problemer, og mer enn sitt fulle hyre med å prøve å få bukt med noe som vi, med fare for å bli arrestert for noe; nesten bare møter hos deler av innvandrerbefolkningen. Jeg snakker om karies.

Eksemplene som viser at de fleste land i FDI-fellesskapet befinner seg langt fra den norske odontologiske virkeligheten er flere. Norge deler riktignok sin virkelighet

med en god del andre, som ligner på oss. Vi er, som på så mange områder, i øvre sjikt – når det gjelder å ha alt på stell. Den andre ytterligheten har nesten ingenting under kontroll. 100 tannleger i en befolkning på over 20 millioner er ikke uvanlig, og sier sitt om situasjonen. Og så er det mange land som befinner seg midt imellom ytterlighetene. Vi finner alle avskygninger og varianter.

Og mange finner veien til de årlige FDI-konferansene, som blant annet er stedet der verdens tannhelseparlament samles, for å diskutere politikk og bli enige om retning i ulike spørsmål. Nå sist i New Delhi i september.

Norge stiller med to delegater i parlamentet. Det høres ikke mye ut. En av disse har imidlertid mer innflytelse enn de fleste andre i FDI. Sam Selikowitz er medlem og nestleder i vitenskapskomiteen siden 2012, og nylig gjenvalgt for tre nye år. Selikowitz har betydelig internasjonal erfaring. Han har lenge kjempet mot sukkergigantene i verden, og han har gjort seg bemerket ved stor arbeidsinnsats. Han har blant annet satt ikke-smittsomme sykdommer på dagsordenen i FDI, og deretter odontologiens navn på det samme punktet innen helse i FN-systemet i New York.

Norge har her en representant som ikke tenker på å fremme norske interesser nødvendigvis, men som heller tenker på hele verdens befolkning og på folkehelse i vid forstand. Det synes jeg er bra. Jeg var faktisk stolt over å si at jeg er norsk, da jeg var i India nå.

Det er veldig fint å ha gode folk til å representere seg. Det har norske tannleger, i FDI.

Ellen Beate Dyvi

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



Avdeling Tannteknikk

InterDental

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

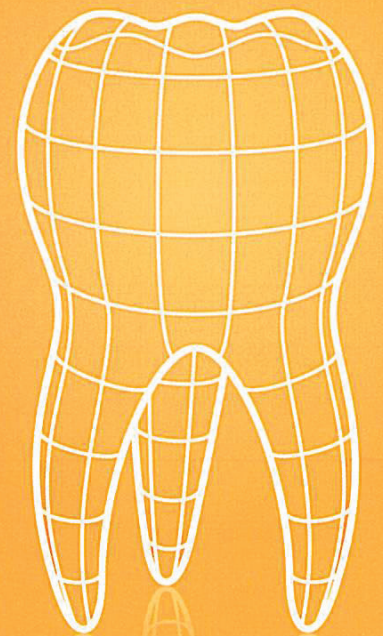
- Tirsdagsendinger returneres fra Oslo mandag 6 dager senere
- Onsdagsendinger returneres fra Oslo tirsdag 6 dager senere
- Torsdagsendinger returneres fra Oslo onsdag 6 dager senere
- Fredagsendinger returneres fra Oslo torsdag 6 dager senere



Avtalekunder får rabatt
på både forbruksvarer og
tanntekniske arbeider!

LIC Scadenta AS

Avd. Tannteknikk: Tel: 22 47 72 00
Forbruk Sandvika: Tel: 67 80 58 80
Forbruk Tromsø: Tel: 77 67 35 00
Avd. Kjeveortopedi: Tel: 67 54 00 23



import@licscadenta.no
forbruk@licscadenta.no
www.licscadenta.no



Forsvarlighet fryder

NTF er vi svært opptatt av pasient-sikkerhet. Et av de viktigste prinsippene i så måte er forsvarlighetsprinsippet, noe jeg også tok opp i denne spalten i nr. 7/2014. Det jeg skrev under «*Kompetanse, ansvar og oppgavefordeling i tannhelsetjenesten*» omhandler nettopp det poeng at ulikt tannhelsepersonell har ulik kompetanse og kvalifikasjoner, og at vi derfor utfører ulike arbeidsoppgaver. Dette reguleres i Lov om helsepersonell:

S4 Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. ... Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Forsvarlighetskravet er like aktuelt for alle typer helsepersonell, også allmenntannleger og spesialister. Kravet setter begrensninger for hva vi som helsepersonell kan gi av helsehjelp. Dette betyr at man ikke skal gå utover sine faglige kvalifikasjoner. Som behandler må man være bevisst disse kvalifikasjonene, men også sine faglige begrensninger. Dersom man føler at egen kompetanse ikke er tilstrekkelig, skal man henvise til annet tannhelsepersonell. Fordi det odontologiske faget er i stadig utvikling innebærer det a yte forsvarlig helsehjelp også at man kontinuerlig oppdaterer seg faglig. I tillegg må man alltid vurdere behandlinger ut fra den aktuelle

situasjonen. Det kreves grundigere forarbeid og bedre overveielser ved planlagt behandling enn for behandling som må utføres i en akutt situasjon.

Systemet innebærer dessuten at ingen tannlege har enerett på spesielle pasientgrupper, diagnoser, undersøkelses- eller behandlingsteknikker, med mindre dette er definert i lov eller forskrift. En slik skarp grenseoppgang vil totalt sett kunne medføre et dårligere behandlingstilbud til befolkningen. Dette er selve grunnlaget for NTFs politikk:

- Allmenntannlegen skal være ryggraden i norsk odontologi og beherske alle ukompliserte standardbehandlinger.

- Det kan ikke trekkes noen absolutt grense mellom hva som er, og hva som ikke er, spesialistarbeid.

- Spesialisthenvisninger skal skje på faglig indikasjon. Forsvarlighetsprinsippet gjelder alltid.

Disse prinsippene gjenspeiles også i NTFs etiske regler:

S 1 Pasientens helse

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

S 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.

S 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. ...

Krever undersøkelser eller behandling kunnskap eller metoder som tannlegen ikke innehar eller behersker, skal det sørges for at pasienten henvises til andre med større kompetanse på angjeldende felt. ...

Yrkes stoltheten skal være sterk. Vi skal være stolte av den kompetansen vi har. Den erfaringen vi opparbeider oss vil, sammen med den etter- og videreutdanningen vi gjennomfører, være avgjørende for hva slags behandling vi behersker og – ikke minst – for hva vi ønsker å henvise videre. Tannleger skal etter forsvarlighetsprinsippet ha en behersket faglig ærgjerrighet som skal komme pasienten til gode uten å medføre risiko. Det er meget viktig at vi kjenner våre egne begrensninger som tannleger, og at vi henviser videre de pasientene som har behov for behandling som krever høyere kompetanse. Her har vi alle et stort ansvar. Spesialistkompetanse må være tilgjengelig i hele landet, slik at det er mulig å henvise de pasientene som trenger det, for at pasientene skal ivaretas på best mulig måte.

Spørsmål om delegering og grenseoppgang, og om hvem som skal utføre hvilke arbeidsoppgaver, vil bli tatt opp på ulike arenaer i NTF i tiden fremover, blant annet på høstens ledermøte. I et marked som opplever større konkurranse enn på lenge, er det ekstra viktig å være bevisst på lovverket og de etiske reglene slik at vi alle holder oss innenfor grensene av det som er forsvarlig. Slik skal vi samarbeide og i fellesskap gi pasientene et best mulig tannhelse tilbud, samtidig som vi opprettholder befolkningens tillit og tannlegestandens gode omdømme, også i tiden fremover.

Camilla Hanser Stenum

Arnhild Sunde Seim, Ellen Kveen, Henrik N. Jakobsen, Roy Heine Olsen og Tiril Willumsen

Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester

En pilotstudie i Hedmark

I Norge skal flest mulig kunne bo i egne hjem lengst mulig, og faste plasser i sykehjem skal forbeholdes de med omfattende og varig omsorgsbehov. Vi vet lite om tannhelsen i gruppen pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester. Skal god tannhelse bestå livet ut, forutsetter det økt kunnskap om gruppen for å kunne sette inn riktige forebyggende tiltak. Målet for studien var å kartlegge tannstatus, formidling av tannhelsetilbudet, rutiner for tann- og munnstell og opplæringsbehov av pleiepersonell innen hjemmebaserte tjenester. 63 brukere av hjemmesykepleien og 56 pleiere i Elverum kommune deltok. Studien besto av en klinisk undersøkelse av brukere og en anonym spørreskjemaundersøkelse blant pleierne. I alt 42 % (26) av brukerne hadde BSI >4 som indikerer uakseptabel munnhygiene. 67 % brukte over 5 medikamenter daglig, 44 % følte seg munntørre, 14 % fikk hjelp til tannpuss, 47 % hadde behov for tannbehandling, 49 % gikk regelmessig til tannlege (14 til offentlig og 17 til privatpraktiserende) og halvparten (49 %) hadde fått informasjon om tannhelsetjenestens tilbud. 44 % av pleierne mente de trengte mer veiledning i munnstell. De eldre i denne pilotstudien i Hedmark hadde betydelig behov for tannbehandling, oral hygiene bør bli bedre, og sykepleiere bør få mer veiledning om oral hygiene.

I Norge øker andelen eldre med egne tenner og andelen med proteser synker (1). De friske eldre har meget god tannhelse (2), men ved nedsatt funksjonsevne øker risiko for karies og annen sykdom i munnhulen (3).

Det er funnet at eldre med nedsatt funksjon og allmenntilstand har dårligere tannhelse enn friske eldre (4). Blant pasienter innlagt på geriatrisk avdeling ble det funnet at dårlig oral helse har sammenheng med dårlig smaksevne (5). Hjemmeboende eldre med få tenner og de som oppgav xerostomi hadde lavere oral relatert livskvalitet (6). Videre er det hos gamle syke funnet sammenhenger mellom dårlig tannstatus og kroppsmasse indeks KMI (7). Ernæringsstatus hos gamle er funnet å ha sammenheng med tyggefunksjon (8), munntørhet (9), oral status og tannhelseproblemer (10). Det er også funnet sammenhenger mellom orale infeksjoner og mortalitet hos gamle (11 og 12).

I de senere åra er det rettet større oppmerksomhet på tannhelsetilbudet hos pasienter i sykehjem. En vanlig klinisk erfaring er at tannhelsen ofte er dårlig ved tidspunkt for innskriving til sykehjemmet. Det er derfor viktig å fokusere på tannhelse og tannhelseforebyggende tiltak hos eldre pasienter før de blir syke. En meget aktuell målgruppe er hjemmeboende som mottar kommunale omsorgstjenester. Det er både faglige og politiske argumenter for at flest mulig skal kunne bo i egne hjem lengst mulig og at fast plass i sykehjem forbeholdes de

Forfattere

Arnhild Sunde Seim, rådgiver helsefremmende arbeid. Fylkestannlegens kontor, Tannhelsetjenesten i Hedmark

Ellen Kveen, ledende tannpleier og prosjektleder. Trysil tannklinikk, Tannhelsetjenesten i Hedmark

Henrik N. Jakobsen, overtannlege/systemansvarlig v/ fylkestannlegens kontor. Tannhelsetjenesten i Hedmark

Roy Heine Olsen, prosjektleder «Fem kommuner i samhandling». Elverum kommune

Tiril Willumsen, professor. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Forsker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Hovedpunkter

- Flere eldre beholder egne tenner enn tidligere.
- Denne pilotstudien viser det er et udekket tannbehandlingsbehov hos eldre som mottar hjemmebaserte tjenester.
- Kun halvparten opplyste at de hadde mottatt tilbud om tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten.
- Til tross for å ha fått undervisning i munnstell ønsket nesten halvparten av pleierne mer veiledning.
- Prosjektet førte til nye krav til dokumentasjon om formidling av tannhelsetilbud og til forbedrede rutiner for tann- og munnstell.

med omfattende og varig omsorgsbehov. Skal målet om å beholde god tannhelse livet ut nås, forutsetter det økt satsing på helse- og mestringsfremmende tiltak i hjemmet. Tannhelsetjenester bør inngå som en naturlig del av den delen av det folkehelsearbeidet som helsetjenesten står for.

I en undersøkelse fra 2011 i Sverige (13) ble 302 hjemmeboende eldre med behov for hjemmetjenester tilbudt deltagelse i et screeningprogram for tannhelse. De ble anmodet om å møte på tannklinik for tannhelseundersøkelse, men fikk tilbud om undersøkelse i hjemmet dersom de ikke hadde krefter til å oppsøke tannlegekontoret. Et interessant resultat var at kun 13% valgte tannlegekontoret. Dette viser hvor viktig det er for de eldre at det er gode rutiner og oppfølging i hjemmet, også av tannhelse. Studien viste videre at gode tannhelsevaner hos deltagerne var forbundet med mindre plakk og oral sykdom.

Tannhelsetjenesten har for lite kunnskap om denne pasientgruppen i Norge. Til tross for at denne pasientgruppen har tilbud om fri tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten fant man i en studie fra Oslo (14) at svært få mottakere av helsetjenester i hjemmet visste om tilbudet. Mange hjemmeboende kan på denne måten gå glipp av en rettighet de har til å få vurdert tannhelsen sin. Det personalet som gir helsetjenester til hjemmeboende i dag, gir uttrykk for at de mangler både tid og kompetanse til å kartlegge tannhelsen til brukerne sine. Det bør derfor være av stor interesse å kartlegge tannhelsen i denne pasientgruppen.

I de senere årene har flere norske fylker inngått forpliktende avtaler mellom tannhelsetjenesten og kommunene. I 2011 ble det inngått forpliktende avtaler mellom Fylkestannlegen i Hedmark og kommunene ved rådmennene. Avtalen omfatter de pasientgrupper som har rett til tannbehandling gjennom «lov om tannhelsetjenester (15) deriblant personer som mottar hjemmesykepleie minst en gang pr. uke over 3 mnd. eller mer. Avtalen skal sikre rutiner for samarbeid, slik at alle i målgruppen får det tannhelsetilbudet de har rett på etter gjeldende lovverk og retningslinjer. I tillegg har Tannhelsetjenesten og kommunene tidligere inngått avtaler på tjenestenivå. I forbindelse med Samhandlingsreformen ble Tannhelsetjenesten invitert til å delta på et forprosjekt som skulle se på «Offentlig tannhelse og kommunale tjenester». Dette var ett av flere forprosjekt under hovedprosjektet «5 kommuner i samhandling» i 2012. Ett av tiltakene i dette prosjektet var å fokusere på forebyggende tiltak og tannbehandling av gruppen eldre som bor hjemme der tverrfaglig samarbeid er nødvendig. Det ble ut fra dette iverksatt et pilotprosjekt som hadde som mål å kartlegge hjemmetjenestens brukere med hensyn til tannstatus og munntørhet, tannbehandlingsbehov, rutiner for tann- og munnstell, opplæringsbehov av pleiepersonell og hvordan tannhelsetilbudet ble formidlet til målgruppen.

Utvalg og metode

Pilotprosjektet bestod av to deler, en klinisk undersøkelse av pasienter som tilhører hjemmesykepleien og en spørreskjemaundersøkelse blant pleiere som arbeider i hjemmesykepleien i Hedmark.

Prosjektet er et kvalitetssikringsprosjekt og er forelagt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som vurderte at prosjektet ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven.

Klinisk undersøkelse

Det ble levert ut 70 invitasjonsbrev med samtykkeskjema til hjemmesykepleien i fire soner i Elverum kommune. Det var et krav at deltagerne var samtykkekompetente. Pleiere i hjemmetjenesten rekrutterte fortløpende. Alle inviterte fikk informasjon både muntlig og skriftlig. For nye brukere ble tilbudet gitt som en del av det vedtaket som beskriver hvilke tjenester brukeren blir tildelt, i tillegg til den skriftlige informasjonen om tilbudet. Pleierne innhentet skriftlig samtykke fra brukerne. Det ble dessverre ikke registrert hvor mange som sa nei til å motta skriftlig informasjon. Av de 70 som fikk skriftlig informasjon var det 64 brukere som sa seg villig til å delta. Ved kartleggingen var det 63 av brukerne som var tilgjengelige.

Tannhelsetjenesten utarbeidet i samarbeid med hjemmetjenesten et spørreskjema om opplæringsbehov. Skjema ble utdelt til alle 56 pleiere som jobber i de fire sonene i hjemmesykepleien.

Fremgangsmåte

Den fast ansatte tannpleieren, en tannpleierstudent fra Høyskolen i Hedmark (HiH) og en ansatt fra pleie- og omsorgstjenesten reiste hjem til brukerne. Hjemmeboende i en blokk med omsorgsleiligheter ble undersøkt uten at noen fra pleie- og omsorgstjenesten var med. I tillegg til en klinisk undersøkelse av tenner og slimhinner ble brukernes behov for tannbehandling, registrert. De som trengte tannbehandling fikk time på Elverum tannklinik. Pleierne besvarte spørreskjemaet anonymt, skjemaene ble innsamlet og sendt felles til prosjektleder.

Måleinstrumenter

Det ble registrert følgende bakgrunnsvariabler: kjønn, alder, antall daglige medisiner (ingen/ 1–4 / over 5).

Tannstatus ble kartlagt ved at tannpleier registrerte brukerens tannstatus som: egne tenner / egne tenner og proteser/ kun proteser.

Tannhygiene ble registrert ved hjelp av Belegg og slimhinneindeks (BSI) (16) på både deltagerne med egne tenner og proteser. To registreringer ble gjort ut fra en helhetlig vurdering av dentalt plakk fra score 1 (intet mykt belegg kan sees), 2 (belegg så vidt synlig) 3 (moderat mengde belegg) og 4 (rikelig med belegg). Slimhinner ble vurdert med skår 1 (normalt utseende gingiva), 2 (mild inflammasjon), 3 (middels inflammasjon) og 4 (sterk inflammasjon). Sumskår ble således fra 2–8, hvor 5 eller høyere indikerer dårlig oral hygiene. Tannpleieren/ tannpleierstudenten var opplært og kalibrert i metoden.

Munntørhet ble kartlagt ved spørsmål om «plages av å være tørr i munnen» besvart med ja/nei.

Tannbehandlingsbehov ble kartlagt ved tannpleiers / tannpleierstudents felles vurdering og registrering av (i) akuttbehov eller (ii) undersøkelse eller behandling innen 3 måneder.

Tabell 1. Spørsmål til brukerne

Spørsmål	Svaralternativer
Klarer du tann- og munnstell selv:	Ja/ nei
Får du hjelp til tannpuss:	Ja/ nei
Hvis nei, ønsker du hjelp til tannpuss:	Ja/ nei
Har noen fra hjemmesykepleien sett på dine tenner/ munnhule:	Ja/ nei
Spør hjemmesykepleien noen ganger om tenner og tannpuss:	Ja/ nei
Går du regelmessig til tannlege:	Ja/ nei
Har du fått informasjon om dine rettigheter til gratis tannbehandling i off. tannhelsetjeneste:	Ja/ nei

Rutiner for tann- og munnstell og hvordan tannhelsetilbudet ble formidlet til målgruppen, ble kartlagt gjennom spørsmål til brukerne som vist i tabell 1.

Spørreskjemaet til pleierne er presentert i tabell 2.

Statistiske metoder

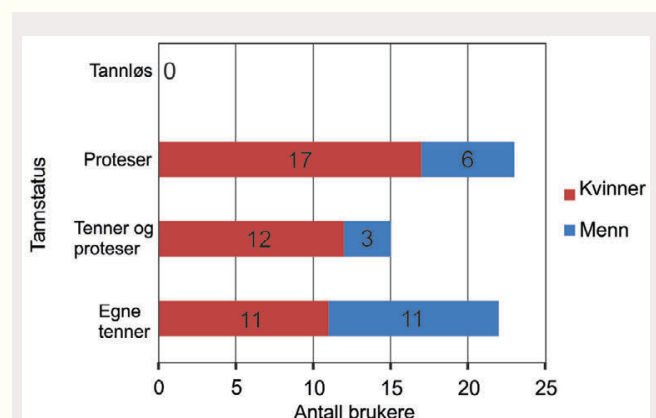
Resultatene fra studien er presentert deskriptivt. Registrering av data er gjort direkte i Microsoft Access og eksportert til Microsoft Excel regneark.

Resultater

I alt ble 63 hjemmeboende eldre kartlagt. Det var 43 (68 %) kvinner og 20 (32 %) menn. Gjennomsnittsalder var 83,5 år (tabell 3). Det var tre som ikke lot seg undersøke.

Det var like mange menn og kvinner med egne tenner. Noen flere kvinner enn menn hadde proteser og/eller delproteser (figur 1).

Kvinnene hadde i gjennomsnitt en bedre BSI-skår enn de mannlige deltagerne, henholdsvis 3,7 og 4,8 (tabell 4). Det var best BSI hos protesebrukerne og dårligst hos de som har både



Figur 1. Tannstatus (n=60) Deltagere i forhold til tannstatus fordelt på kjønn

Tabell 2. Spørsmål til pleiepersonell

Spørsmål	Svaralternativer
Har du fått opplæring i tann og munnstell i utdanningen din?	Ja/ nei
Har du hatt opplæring i tann og munnstell ved tannhelsetjenesten?	Ja/ nei
Hvordan synes du tann- og munnstell er ivare tatt i ditt distrikt?	Meget bra / Bra / Dårlig/ Meget dårlig
Trenger du veiledning /opplæring i tann- og munnstell?	Ja/ nei

Tabell 3. Antall og prosentvis fordeling av deltagerne; kjønn og alder

	Kvinner	Menn	Totalt
Antall	43	20	63
Prosent	68	32	100
Alder (gj.snitt år)	84,6	81,0	83,5

egne tenner og proteser. Det ble ikke funnet tydelige forskjeller på de som pusser selv og de som får hjelp.

I undersøkelsen oppga 27 deltagere (44 %) at de følte seg munntørre.

Til sammen 42 deltagere (67 %) svarte at de brukte 5 eller flere medikamenter daglig, 17 deltagere (27 %) brukte 1–4 medikamenter daglig. Det var 3 deltagere (5 %) som ikke brukte noen medikamenter. I alt 25 deltagere (60 %) av de som benyttet 5 eller flere medikamenter daglig rapporterte at de var plaget med munntørretthet.

Kun to deltagere oppga å være plaget med munntørretthet blant de som brukte 4 eller færre medikamenter daglig.

Tabell 4. Belegg- og slimhinneindeks (BSI) i forhold til kjønn, tannstatus og pussehjelp (n=60)

Totalt	4,1
Kvinner	3,7
Menn	4,8
Egne tenner	4,3
Tenner og proteser	4,5
Bare proteser	3,5
Pusser selv	4,0
Får hjelp	4,3

Kun én deltager hadde behov for akutt tannlegehjelp. Tretti deltagere (47 %) hadde behov for tannbehandling innen 3 måneder. Av de som hadde behov for tannbehandling var det 18 personer (28 %) som oppga at de var munntørre.

Av de til sammen 31 deltagerne som trengte tannbehandling hadde 12 (39 %) kun egne tenner, 13 (42 %) proteser og 6 (19 %) hadde både egne tenner og proteser.

Det var 31 deltagere (49 %) som oppga at de hadde fått informasjon om sine rettigheter til gratis tannpleie i Den offentlige Tannhelsetjenesten.

Totalt 56 deltagere (89 %) oppgav at de klarte tann- og munnstell selv, mens 6 deltagere (9 %) oppga at de ikke gjorde det. Til sammen oppga 9 deltagere (14 %) at de fikk hjelp. Ingen av de som tok hånd om dette selv oppga at de ønsket hjelp. På spørsmål om noen fra hjemmesykepleien hadde sett på tenner og munnhule, var det bare 5 deltagere (8 %) som svarte ja. Kun 3 deltagere (5 %) oppga at hjemmetjenesten hadde spurt dem om tenner og tannpuss. I alt 31 deltagere (49 %) oppga å gå regelmessig til tannkontroll. Av disse oppga 17 (55 %) å ha egne tenner, 10 (32 %) tenner og proteser, og 2 (6 %) proteser. Av de 29 som ikke gikk regelmessig hadde 5 (17 %) kun egne tenner, 5 (17 %) egne tenner og proteser og 19 (65 %) proteser. Tannstatus manglet på to av dem som oppga å gå regelmessig.

Av dem som gikk regelmessig til tannlege, gikk 14 (47 %) offentlig og 17 (53 %) privat. Det vil si at samlet andel av hele gruppen som gikk offentlig var 22 %.

Spørreskjemaet til pleiepersonellet

I alt fikk vi inn 49 svar av 56 utsendte skjema (svarprosent 87,5). Av pleierne var det 41 (84 %) som oppga å ha hatt opplæring i tann- og munnstell under utdanningen. Åtte pleiere (16 %) oppgav å ha hatt opplæring fra Den offentlige tannhelsetjenesten, mens 22 pleiere (49 %) oppga at de mente at tann- og munnstell var bra ivaretatt i sin sone. Like mange mente at det var dårlig ivaretatt. Én pleier mente det var meget dårlig ivaretatt, mens ingen svarte det var meget bra.

Totalt 44 % av pleierne oppga at de trengte veiledning i tann- og munnstell, mens 56 % oppgav at de ikke hadde behov for det. Av disse var 45 % sykepleiere, resten var hjelpepleiere, helsefagarbeidere og omsorgsarbeidere.

Diskusjon

Fordeling av kvinner og menn, totalt 63 herav 43 (68 %) kvinner og 20 (32 %) menn er sammenliknbart med tidligere studier i liknende populasjoner. For eksempel hadde «Tenner for livet» base-line nr. 2, 2004 hadde 65 % kvinner, og 35 % menn (17). I en undersøkelse av brukere av hjemmebaserte tjenester i Oslo 2010 (13) var det 69 % kvinner og 28 % menn. Fordelingen mellom kjønnene representerer forskjell i levealder. Romøren og Blekesaune fant i en studie der han fulgte alle 80-åringer i Larvik kommune fra 1980 og til deres død at kvinner lever lenger enn menn, men at kvinner hadde flere år med funksjonssvikt og derav behov for mer omsorgstjenester enn menn (18).

Tannstatus er blitt bedre enn tidligere. Andel uten egne tenner var 38 %. Til sammenligning viste «Tenner for livet» i 2004 i Hedmark: 43 % (17). Dette følger helt klart utviklingen mot at flere mennesker vil beholde sine tenner livet ut. Noen flere kvinner enn menn hadde proteser eller delproteser. Det kan spekuleres i om dette kan skyldes at kvinnene hadde høyest gjennomsnittsalder.

Protesebrukerne hadde best BSI-skår. Forklaringer på dette kan være at flere kvinner enn menn hadde proteser, eller at det er enklere å få en protese ren i forhold til egne tenner. Det var liten forskjell i BSI-skår på de som pusser selv og de som fikk hjelp. Man kunne kanskje forventet at de som fikk hjelp, hadde bedre BSI-skår. Det var svært få som fikk hjelp til å pusse tennene og sannsynligvis var de som fikk hjelp blant de sykeste og derved de dårligste forutsetninger for å ha god BSI-skår. Andre årsaker kan være at pleiepersonellet ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å oppnå optimal tannhygiene eller at pasientene motsetter seg den hjelpen de blitt tilbudt ved for eksempel ikke å tillate pleierne å ta tiden de trenger for et grundig munnstell.

Det er interessant at så få av de som ikke fikk hjelp, ønsket hjelp til tross for at BSI-skår var forholdsvis dårlig. Dette kan gjenspeile det etisk vanskelige i å tilby hjelp. Eldre kan kanskje føle at det er et stort tilbakeslag å måtte ha hjelp også til tannpuss som er så privat. I denne sammenheng er det viktig å vektlegge at mange eldre kan utføre tannstell selv på en god måte og vurdering av behov for hjelp må bygge på et dokumentert behov. Svært få rapporterte at de hadde fått spørsmål om tenner/ munnhule eller fått munnhulen undersøkt av hjemmetjenesten. Når det ikke foreligger undersøkelse er det også umulig å dokumentere behov for hjelp til munnstell. Dette viser derfor hvor viktig det er å undersøke munnhulen, munnhygiene og evne til egenomsorg ved tannpuss jevnlig slik at hjelp til tannpuss kan tilbys på faglig grunnlag i de tilfeller der den gamle ikke lenger har evnen til god egenomsorg.

Nesten halvparten av deltagerne oppgav at de følte seg munntørre. Flere typer medikamenter fører til munntørhet, som igjen kan være negativt for tannhelsen. I gruppen som brukte fem medikamenter eller mer daglig var 60 % plaget av munntørhet. Andelen av deltagere som brukte over 5 medikamenter daglig (67 %) var vesentlig økt fra Hedmarkstallene i «Tenner for livet» 2004 (27 %) (17). Dette kan tyde på en økning i bruk av medikamenter og derved vil større andel sannsynligvis være munntørre. Sammen med at flere beholder sine egne tenner viser dette igjen hvor viktig det forbyggende arbeidet er for å forhindre forfall i oral helse.

Gode tiltak ved munntørhet er å få brukerne til å drikke nok, at de får informasjon om bruk av spyttstimulerende hjelpemidler, salivagel, sugetabletter og fluor i tannpasta og tabletter. Fluor høydosetannpasta har vært effektiv mot kariesutvikling hos brukere i hjemmebaserte tjenester (19). Tiltakene må skje i samarbeid mellom tannhelsepersonell og pleiepersonell.

Totalt gikk halvparten (tre av fire med egne tenner og nesten alle med egne tenner og proteser) til regelmessig til tannkontroll. Allikevel hadde cirka halvparten behov for tannbehandling innen 3 måneder. Behovet for tannbehandling var omtrent like stort hos de med egne tenner og de med helproteser.

Resultatene fra denne pilotstudien indikerer at det er viktig at man systematiserer regelmessig, tannhelsekontroller for alle. En særskilt utfordring er å få de med kun proteser til å gå regelmessig til tannklinikken. De fleste som gikk til tannlege regelmessig gikk privat. Om dette skyldes at de ikke hadde fått informasjon

om tilbudet fra Den offentlig tannhelsetjenesten eller om de ønsker å fortsette hos sin «vanlige» tannlege er ikke kartlagt. Dette retter fokus mot et aktuelt tema: pasientrettigheter. I det norske helsesystem har pasienter rettigheter til mange valg innen helsetjenester deriblant valg av fastlege selv om de har hjemmebaserte tjenester. Innen tannhelsetjenesten mister man økonomiske rettigheter dersom man velger å fortsette hos sin «faste» tannlege. Å finne en god løsning på dette bør prioriteres. På den ene siden kjenner ofte privatpraktiserende tannleger pasientene godt fra et langt samarbeid. På den andre siden vil kanskje Den offentlige tannhelsetjenesten kunne være bedre i stand til å systematisere et helhetlig tannhelsetilbud som inkluderer forebygging og oppsøkende tjenester.

Kun 49% oppga å ha fått informasjon om tilbudet fra den offentlige tannhelsetjenesten, dette til tross for at pleie- og omsorgstjenesten opplyste om at alle som får vedtak om hjemmesykepleie i kommunen får utlevert tilbudsbrevet fra tannhelsetjenesten. Dette kan tyde på svikt i systemet, eller at tannhelse ikke blir prioritert høyt nok i omsorgstjenesten. En mulig årsak som bekreftes av pleiere er at en del av de hjemmeboende nok er mer glemske enn de tilsynelatende virker. Viktige tiltak vil være at informasjon må gjentas mange ganger i tillegg til å informere. Dokumentasjon om at tilbudsbrev er gitt og hva brukeren har svart, bør journalføres både i pleie- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. For å innføre denne type tiltak er det av vesentlig betydning at rutineene er forankret i ledelsen i begge tjenestene.

De aller fleste av pleierne oppga at de hadde hatt opplæring i munn- og tannstell under utdanning og halvparten mente at tann- og munnstell ble bra ivaretatt. Allikevel ønsker de mer veiledning i munnstell. Pleierne som mente de hadde best rutiner var i distriktet med dårligst BSI-skår. Dette tyder på at det kan være dårlig samsvar mellom egen oppfatning og situasjonen slik den er og viser behov for kvalitetssikring gjennom tverrfaglig samarbeid.

Mange pleiere pekte på hindringer de møtte. Eksempler på dette er:

- Hjelper de som ber om det, bruker mye tid på å overtale.
- Ikke noe problem, følger vanlige rutiner morgent og kveld.
- Hjelper de som har vedtak på morgen- og kveldsstell.
- Tror vi må være mer beviste på å spørre om brukerne trenger hjelp.
- De eldre trenger veiledning; er ikke så opplyste om tannstell.
- Tannstell bør registreres som eget tiltak fordi de aller fleste utfører dette selv, eller sier at de gjør det.

Det sentrale her ser ut til å være vedtak om hjelp til tann- og munnstell. Vedtak om hjelp til morgen- og kveldsstell oppfattes ikke av alle pleiere til også å omfatte tann- og munnstell.

Pilotprosjektet har avdekket mange utfordringer. En praktisk konsekvens er et forslag fra ledelsen i pleie- og omsorgstjenesten om å prøve ut en ordning med kommunalt ansatt tannpleier for å bedre de tverrfaglige samarbeidet. Samhandlingsprosjektet finansiert med tilskudd fra Helsedirektoratet startet høsten 2013 i Elverum.

Konklusjon

Tannstatus har blitt bedre, men pasienter tar mer medisiner som kan påvirke salivproduksjon enn for 10 år siden. Rutiner rundt informasjon om tannhelsetilbud må bedres og det er behov for å legge økt vekt på samhandling mellom pleie- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten.

English summary

Seim AS, Kveen E, Jakobsen HN, Olsen RH, Willumsen T.

Patients in home-care nursing and dental health – a pilot study in Hedmark county, Norway

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 712–17.

In Norway the elderly are living at home as long as possible. Consequently many elderly receive home care services. The first aim of the study was to investigate dental health, provision of dental services, and procedures for oral care among users in home care services. The second aim was to explore the need for guidance in oral care among their nurses. 63 users of home care and 56 caregivers in Elverum municipality participated. The study consisted of a clinical examination of the users and an anonymous questionnaire survey among nurses. Forty-two percent of users had MPS > 4, indicating unacceptable oral hygiene. Sixty-seven percent used more than five medications daily, 44% reported dry mouth, 14% received help with tooth brushing, 47% were in need of dental care, and 49% went regularly to the dentist (14 public dental health services and 17 private dental practice), 49% had received information about free treatment in the public dental health service. Forty-four percent of nurses felt they needed more guidance on oral hygiene.

Conclusion: The elderly in this pilot study had substantial dental treatment needs, oral hygiene should be improved, and nurses should be given more guidance on oral hygiene.

Referanser

1. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008; 66(6): 368–73.
2. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Dental caries among the elderly in Norway. *Acta Odontol Scand.* 2004; n62: 75–81.
3. Strand GV. Tenner for hele livet Nor Tannlegeforen Tid. 2011; 121: 104–9.
4. Solemdal K. Oral health, taste and nutrition, The relationship between oral health, taste, nutrition, morbidity and mortality in acutely hospitalized elderly, PdD Thesis, Universitetet i Oslo 2012.
5. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. *PLoS One.* 2012; 7(5): e36557.
6. Willumsen T, Fjaera B, Eide H. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology.* 2010; 27: 251–7.
7. Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Rapin CH. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age Ageing.* 1999; 28: 463–8.
8. Kikutani T, Yoshida M, Enoki H, Yamashita Y, Akifusa S, Shimazaki Y, Hirano H, Tamura F. Relationship between nutrition status

and dental occlusion in community-dwelling frail elderly people. Geriatr Gerontol Int. 2013; 13 : 50–4.

9. Soini H, Routasalo P, Lauri S, Ainam A. Oral and nutritional status in frail elderly. A Spec Care Dentist. 2003; 23: 209–15.

10. Soini H, Muurinen S, Routasalo P, Sandelin E, Savikko N, Suominen M, Ainamo A, Pitkala KH. Oral and nutritional status- Is the MNA a useful tool for dental clinics. J Nutr Health Aging. 2006; 10: 495–499; discussion 500–501.

11. Hämäläinen P, Meurman JH, Kauppinen M, Keskinen M. Oral infections as predictors of mortality. Gerodontology. 2005; 22: 151–7.

12. Meurman JH, Hämäläinen P. Oral health and morbidity—implications of oral infections on the elderly. Gerodontology. 2006; 23: 3–16.

13. Holmén A, Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Wårdh I, Gabre P. Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. Gerodontology. 2012; 29: e503–11.

14. Fjæra B, Willumsen T, Eide H. Tannhelse hos eldre pasienter i hjemmesykepleien. Sykepleien Forskning 2010; 5: 100–108.

15. Lov om tannhelsetjenesten. Lovdata http://www.lovdata.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19830603-054.html&temne=tannhelsetjenest*%t lest 6.6. 2013.

16. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. Spec Care Dentist. 1999; 19(4): 154–7.

17. Tenner for livet, Baselineundersøkelse 2, HelseDirektoratet, <http://www.helseDirektoratet.no/publikasjoner/tenner-for-livet-baselineundersokelse-nr-2/Sider/default.aspx>, lest 20.11.2013.

18. Romøren TI, Blekeseaune M. Trajectories of disability among the oldest old. J Aging Health. 2003; 15(3): 548–66.

19. Ekstrand KR, Poulsen JE, Hede B, Twetman S, Qvist V, Ellwood RP. A randomized clinical trial of the anti-caries efficacy of 5,000 compared to 1,450 ppm fluoridated toothpaste on root caries lesions in elderly disabled nursing home residents. Caries Res. 2013; 47(5): 391–8.

Adresse: Arnhild Sunde Seim, Fylkestannlegen, Parkgata 64, 2317 Hamar.
E-post: arnhild.sunde.seim@hedmark.org

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Seim AS, Kveen E, Jakobsen HN, Olsen RH, Willumsen T. Tannhelse og pasienter med hjemmetjenester. En pilotstudie i Hedmark. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 712–17.

STABILOK

- gullstandarden for dentinstifter



- Stabilokstiften har satt gullstandarden for dentinstifter helt siden 1976.
- Stabilok-stiften skiller seg pålitelig fra avbrekningshalsen under prosedyren.
- Stabilokstifter er tilgjengelige i titan eller rustfritt stål.
- Hver Stabilokstift ligger i et eget lukket rom i settet.

- | | |
|--|--|
| ■ TITAN (99,9% rent)
Liten dia 0,60 mm | ■ RUSTFRITT-STÅL
Liten dia 0,60 mm |
| ■ TITAN (99,9% rent)
Medium dia 0,76 mm | ■ RUSTFRITT-STÅL
Medium dia 0,76 mm |

STABILOK DENTINSTIFTER

STANDARDSETT
(20 stifter + 1 bor)
Titan eller rustfritt stål

ØKONOMISETT
(100 stifter + 5 bor)
Titan eller rustfritt stål

Vennligst kontakt Fairfax Dental vedrørende tilgjengelighet hos norske forhandlere.



Så lett som 1,2,3!



Bruk med et motvinkel-håndstykke med standardfeste.

Et produkt fra
FAIRFAX DENTAL Ltd.
Tel: 0044 20 8947 6464
Fax: 0044 20 8947 2727
info@stabilok.com
www.stabilok.com

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2014

Nr	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
9	11.september	17.september	16.oktober
10	9. oktober	15.oktober	13.november
11	6.november	12.november	11.desember

2015

1	3. desember '14	10. desember '14	16. januar
2	9. januar	15. januar	13. februar
3	6. februar	12. februar	13. mars
4	6. mars	12. mars	10. april
5	1. april	7. april	15. mai
6	5. mai	9. mai	12. juni
7	6. juni	12. juni	14. august
8	7. august	13. august	11. september
9	11. september	17. september	16. oktober
10	9. oktober	15. oktober	13. november
11	6. november	12. november	11. desember

zendium

**STYRKER
MUNNENS
NATURLIGE
FORSVAR**



Inneholder
enzymmer og
proteiner – som
finnes naturlig
i munnen.

Forebygger hull og
tannkjøttproblemer.



*Zendium Classic er Svanemerket.

Hans Ragnar Preus, Sarwat Aziz Malik, Jawad Afzal, Anne Aamdal Scheie og Vibeke Bælum

Et kritisk blikk på dokumentasjonen for bruk av (Amoxicillin + Metronidazol) i periodontien

Scaling og rotplanering (SRP) er grunnstammen i en vellykket periodontittbehandling. Likevel responderer en liten, men signifikant pasientgruppe lite på slik terapi. Studier tyder på at slike pasienter responderer bedre på en behandling hvor den mekaniske terapien kombineres med antibiotika. Litteraturen viser en økende interesse for antibiotika-kombinasjonen amoxicillin + metronidazol, til tross for at WHO og EU advarer mot slik praksis. Målet med denne studien var å kartlegge 1) hva litteraturen sier om valg av kombinasjonsterapi i behandlingen av periodontitt, 2) hvordan medikamentene er brukt, og 3) om mikrobiologisk diagnostikk var brukt som grunnlag for valget av antibiotika. Databasene Medline (OVID) og PubMed ble søkt for relevante, engelskspråklige «systematiske oversiktsartikler» publisert i tidsrommet januar 2005 til mai 2013. Tre oversiktsartikler, som inkluderte totalt 35 artikler, ble funnet. Disse ble studert i fulltekst. Det ble så lagt til to viktige inklusjonskriterier; «oppfølgingstid \geq 12 måneder» og «valg av antibiotika på basis av bakterieprøvesvaret». Det var kun 1 av de 35 artiklene som samtidig oppfylte disse tilleggskriteriene, men den hadde en annen feil i sin design som gjorde at den måtte ekskluderes, den også.

Fremtredende funn var kort oppfølgingstid, få som hadde valgt antibiotika på grunnlag av mikrobiologi, stor variasjon i antibiotikaregimene i de forskjellige artiklene. De fleste konkluderte med at kombinasjonsterapi var overlegen andre antibiotikaregimer. Konklusjonen er at det kan se ut som de ulike studiene har vurdert SRP + kombinasjonsterapi som en behandlingspakke til alle pasienter, uavhengig av deres mikrobiologiske status, eller deres respons på SRP alene. En slik ukritisk bruk av SRP + kombinasjonsterapi fører til et overforbruk av antibiotika og tilsidesetter de generelle, internasjonale anbefalingene fra helsemyndigheter vedrørende bruk av antibiotika. Det er også uheldig at «systematiske oversiktsartikler», hvor feil metode synes å høre til dagsordenen, publiseres og blir brukt til å legitimere utbredt bruk av kombinasjonsterapi i behandlingen av periodontitt.

Kronisk marginal periodontitt er en immunologisk induisert destruksjon av periodontiet. Infeksjonen er initiert av bakterier i den subgingivale biofilmen (plakket), hvor det er påvist over 500–700 forskjellige bakteriearter (1).

Forfattere

Hans R Preus, professor. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Sarawat Aziz Malik, tannlege, cand.odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Jawad Afzal, tannlege, cand.odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Anne Aamdal Scheie, professor. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Vibeke Bælum, professor, Institut for Odontologi, Health, Aarhus Universitet, Danmark

Artikkelen er en sterkt utvidet og popularisert versjon av et debattinnlegg («Letter to the Editor») i *Journal of Periodontology* 2014; 85: 374–84. Comments to systematic reviews on the combination of metronidazole and amoxicillin. *J Periodontology* har gitt tillatelse til å trykke denne norske versjonen i NTFs Tidende.

Hovedpunkter

- Dokumentasjon bak bruken av kombinasjonsterapi som tilleggshandling ved periodontitt er oppsiktsvekkende mager og preget av korte studier med utilstrekkelig kvalitet og vitenskapelig design.
- Det er ingen studier som de siste 20 årene har dokumentert at kombinasjonsterapi er mer effektivt enn andre antibiotika ved generell periodontal sykdom, utenom de tilfellene der *A. actinomycetemcomitans* er involvert.
- Eksisterende litteratur fra WHO og EUs anbefalinger om ikke å bruke kombinasjoner av, eller bredspektrede antibiotika uten at det er en meget god grunn for det.
- Et beslutningsgrunnlag og regime for bruk av antibiotika ved periodontal sykdom fremlegges basert på eksisterende og tilstrekkelig god litteratur.

Blant disse anses en liten gruppe på 15–20 bakterier som de viktigste for utvikling og progresjon av periodontitt (2).

Scaling og rotplanering (SRP), med eller uten kirurgisk intervensjon, er grunnlaget for enhver vellykket behandling av periodontitt (3–7). Ved SRP reduseres bakterieantallet, og miljøbetingelsene i den subgingivale biofilmen endres. Teknikken har vist seg effektiv hos de fleste pasienter (8). Likevel responderer en liten, men signifikant pasientgruppe lite på denne standardbehandlingen. Denne gruppen pasienter opplever i stedet vedvarende inflammasjon i og destruksjon av støttevevet (9–10) til tross for adekvat SRP, og god munnhygiene. Man har antatt at den manglende responsen på SRP skyldes tilstedeværelsen av spesielt patogene mikroorganismer. Dette blir gjerne forstått som en indikasjon for bruk av antibiotika som del av behandlingen (11). Når antibiotika først skal anvendes, har det vært generell enighet om at slike skal brukes i tillegg til SRP (12), ikke anvend-

des alene mot periodontal sykdom, og at valget av antibiotika skal gjøres på grunnlag av en bakteriell diagnose (11).

I periodontien brukes et fåtall antibiotikaregimer. Det mest brukte er i dag kombinasjonsterapi (KT) som består av metronidazol (MET) og amoxicillin (AMOX). Den synergistiske effekten man får ved denne kombinasjonen har vært kjent i lang tid (13). KT ble først introdusert i periodontien i 1989 av Winkelhoff og medarbeidere (14), hvor det var effekten mot *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (tidligere *Actinobacillus actinomycetemcomitans*) som var den man søkte. Siden da har KT i økende grad blitt integrert i periodontal behandling, ofte ved å erstatte andre antibiotika når tilleggsbehandling med antimikrobielle midler syntes indisert. Dette har medført at denne bredspektrede antibiotikakombinasjonen har fått økt popularitet, til tross for kunnskapen om at den subgingivale mikrobiota ved periodontitt hovedsakelig består av endogene, anaerobe bakterier, som alle er sensitive for MET alene (15). Økt popularitet av KT strider dessuten mot overordnede anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den Europeiske Unions (EUs) helseinstitusjoner (16–18). Med det mål å forebygge utvikling av resistente mikroorganismer har WHO og EU slått fast at 1) bruk av antibiotika generelt må reduseres til et minimum; 2) at smalspektrede antibiotika skal brukes som førstehåndspreparat; 3) at bredspektrede eller kombinasjoner av antibiotika bør unngås i sin helhet med unntak av alvorlige infeksjoner som ikke lar seg behandle på annen måte (17,18). Overvåkningsgruppen for global antibiotikaresistens (<http://www.reactgroup.org/>) hevder at utvikling av antibiotikaresistens i dag må betraktes som et miljøproblem på linje med klimaproblematikken.

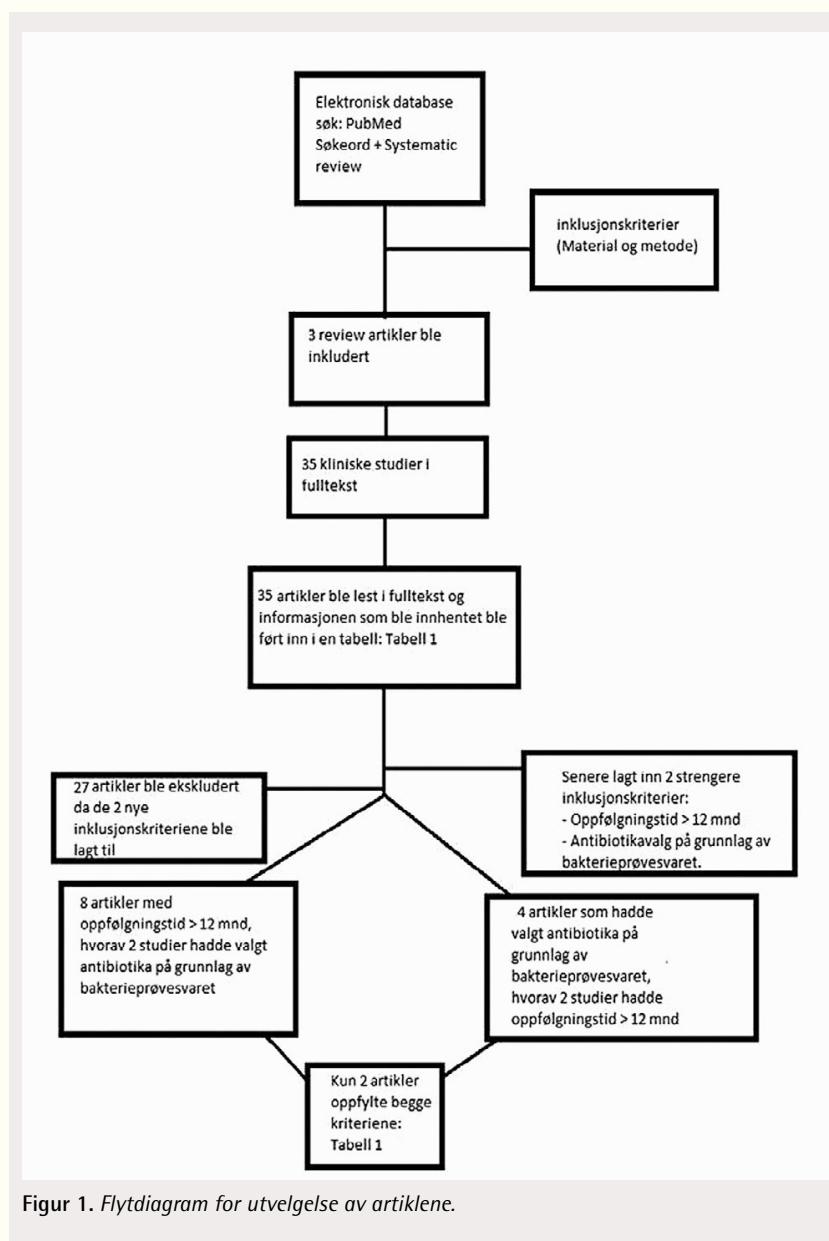
Målet med denne studien var å undersøke hva som ligger bak populariteten KT har oppnådd i periodontien, spesielt ved å se på hva periodontal litteratur sier om valg av KT hos pasienter med periodontitt. Vi konsentrerte oss om de 10 siste års «systematiske oversiktsartikler» på området fordi de allerede hadde ekskludert studier med utilstrekkelig design, og fordi disse oversiktsartiklene ofte styrer utviklingen og bruken av kliniske behandlingsmetoder.

Målet med denne studien var å undersøke hva som ligger bak populariteten KT har oppnådd i periodontien, spesielt ved å se på hva periodontal litteratur sier om valg av KT hos pasienter med periodontitt. Vi konsentrerte oss om de 10 siste års «systematiske oversiktsartikler» på området fordi de allerede hadde ekskludert studier med utilstrekkelig design, og fordi disse oversiktsartiklene ofte styrer utviklingen og bruken av kliniske behandlingsmetoder.

Materiale og metode

Litteratursøk

De elektroniske databasene Medline (OVID) og Pub Med ble brukt i søk etter «systematic reviews» (= systematiske oversiktsartikler). Søkeordene som ble brukt var «combination therapy» og «periodontitis or periodontal», «amoxicillin and metronidazole» og alle mulige kombinasjoner av disse. Kun systematiske oversiktsartikler (SOA) på engelsk fra 2005 og frem til mai 2013 ble inkludert i materialutvalget.



Figur 1. Flytdiagram for utvalgelse av artiklene.

Primær evaluering av inkluderte artikler

Det ble funnet tre SOA (19–21) som passet til søkekriteriene (Figur 1). Disse oversiktsartiklene var publisert i velrennomerte tidsskrifter hvor de hadde gjennomgått strenge fagfellevurderinger før aksept og publikasjon.

Zandbergen et al (19) rapporterte 35 artikler (hvorav 28 ulike studier) med tilsynelatende akseptabel vitenskapelig og designmessig standard (se kriterier nedenfor). Disse 35 artiklene ble selektert blant 526 unike artikler fra velrennomerte tidsskrifter for evaluering av effektene av KT som tilleggsbehandling ved SRP i periodontal terapi. Bemerk at 491 (93.3%) av artiklene ble forkastet pga utilstrekkelig vitenskapelig standard. Sgolastra og medarbeidere (20,21) identifiserte 368 unike artikler i et «systematic review» om KT i behandling av aggressiv periodontitt (20) og 517 titler i et ditto om KT i behandling av kronisk periodontitt (21), og inkluderte henholdsvis seks og fire studier i disse. Legg igjen merke til at Sgolastra og medarbeidere forkastet hhv 362 (98.4%) (20) og 513 (99.3%) (21) av studiene med begrunnelse at de var for dårlige til å kunne trekke konklusjoner. Noen av de inkluderte artiklene var listet i flere enn ett «systematic review», og da disse dublettene ble eliminert sto vi igjen med totalt 35 artikler for evaluering. Inklusjonskriteriene de ulike oversiktsartiklene (19–21) selv hadde satt ble også vurdert som akseptable – men ikke tilstrekkelige – av oss:

1: Randomiserte og ikke-randomiserte kontrollerte kliniske studier, prospektive kliniske og «Case-Control» studier.

2: Pasienter; Eldre enn 18 år; ingen kjente systemiske lidelser, ikke gravide, diagnostisert med ubehandlet lokalisert og generell aggressiv samt kronisk periodontitt (ikke behandlet for < 6 måneder); ikke medisiner de siste tre måneder som var kjent for å påvirke periodontal sykdom eller behandling av denne.

3: Intervensjon bestående av behandling med en kombinasjon av scaling og rotplanering + amoxicillin/ metronidazol (KT).

4: Primære kliniske parametere var lommedybder (PD) og klinisk festetap (CAL) Sekundære parametere; blødning ved sondering (BOP) og plakk (PI).

5: Oppfølgingstid minst 4 uker.

6: Data presentert ved hjelp av pre- og post-behandlede data.

Alle de inkluderte artiklene ble lest av tre av forfatterne (SAM, JA, HRP). Selekterte data ble registrert i en tabell (tabell 1) og gjennomgått for eventuelle feilregistreringer. Punkter som ble registrert i tabell 1 var følgende:

1) Mål med studien. 2) Antall deltakere. 3) Oppfølgingstid. 4) Seleksjon på bakgrunn av mikrobiologi. 5) Klinisk beskrivelse. 6) Antibiotika regime. 7) Når antibiotika ble gitt i forhold til den mekaniske behandlingen. 8) Total antibiotika eksponering. 9) Konklusjon/kommentar.

Tabell 1 En oversikt over faktorer knyttet til hver av de aksepterte artiklene i de tre SOA (19–21) vurdert i denne artikkelen

Referanse	Type studie	Mål	Antall pas.	Oppfølg. ≥ 12 mnd	Mikrobiol diagnostikk Før valg av antib	Klinisk utførelse	Total antib. regime (mg)	Når ab. ble startet	Konklusjon
Valenza et al 2009 ²²	Cohort, ublind	Undersøke forandringer av subgingival mikrobiota	12 i en gruppe	Ja. 24 mndr	Nei	Plakkfjerning (ikke SRP) over 2 økter innen 24 timer	MET: 250 x 30 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager Totalt: 13 125	Etter siste plakkfjerning	Selv om det var gunstig klinisk resultat, var en midlertidig effekt observert kun på få bakteriearter
Müller et al 1998 ²³	Cohort, ublind	Mulig å utrydde A.a. fra munnhulen?	10 i en gruppe	Nei	Ja	SRP på 2–4 økter. Ingen tidsramme	MET: 400 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 10 dager TOTALT: 27 000	6 uker etter SRP	Sign. flere pas var neg for Aa etter endt undersøkelse
Winkel et al 1998 ²⁴	Cohort, ublind	Klin + mikrobiol effekt av SRP +/- AMOX + MET v/ GKP	22 i 2 grupper	Nei	Ja	SRP over maks 6 timer. Ingen klar tidsramme,	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 13 250	Uklart. Et sted mellom 21 og 23 uker etter start	SRP + AMOX/MET sign bedre enn SRP alene
Silva et al 2011 ²⁵	Dobbelt blind, placebo RCT	Effekt av SRP + MET versus SRP + MET/ AMOX i ved GKP	51 i 3 grupper	Nei	Nei	SRP over 4–6 seanser i løpet av 21 dager	MET: 400x3 AMOX: 500x3 Tid: 14 dager TOTALT 37 800	Etter første SRP seanse	SRP + MET/AMOX sign bedre enn SRP+MET ved GKP

Tabell 1 En oversikt over faktorer knyttet til hver av de aksepterte artiklene i de tre SOA (19–21) vurdert i denne artikkelen

Referanse	Type studie	Mål	Antall pas.	Oppfølg. ≥ 12 mnd	Mikrobiol diagnostikk Før valg av antib	Klinisk utførelse	Total antib. regime (mg)	Når ab. ble startet	Konklusjon
Mestnik et al 2010 ²⁶	Dobbelt blind, placebo RCT	Klin og mikrobiol effekt av SRP +/- MET/ AMOX ved GAP.	30 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP over 6 seanser iløpet 14 dager	MET: 400x3 AMOX: 500x3 Tid: 14 dager TOTALT: 37 800	Etter første SRP seanse	SRP+AMOX/MET sign bedre enn SRP alene både klin og mikrobiol ved GAP
Varela et al 2011 ²⁷	Dobbelt blind, placebo RCT	Effekt av SRP +/- MET/AMOX i behandling av GAP	35 i 2 grupper	Nei	Nei	Behandlingen delt i 2 faser:	MET: 250x3 AMOX: 500x3 Tid: 10 dager TOTALT 22 500	Etter SRP fase 1	SRP+AMOX/MET sign bedre enn SRP alene både klin og mikrobiol ved GAP i en kort periode på 3 mnd. Forskjellen fortapes etter 6 mndr
Guerrero et al 2005 ²⁸	Dobbelt blind placebo RCT	Effekt av SRP +/- SRP + MET/ AMOX ved GAP	41 i 2 grupper	Nei	Nei	1 dag SRP	MET: 500x3 AMOX: 500x3 Tid: 7 dager TOTALT: 21 000	Etter første SRP seanse	Sign forbedring (i en kort periode) i kliniske parametere ved SRP+ AMOX/ MET vs SRP
Matarazzo et al 2008 ²⁹	Dobbelt blind, placebo RCT	Klin og mikrobiol effekt av SRP, SRP + MET og SRP + AMOX/ MET ved GKP	43 i 3 grupper	Nei	Nei	SRP i 4–6 seanser i løpet av 21 dager	MET: 400x3 AMOX: 500x3 Tid: 14 dager TOTALT 37 800	Etter første SRP i 14 dager (SRP over 21 dager)	Sign bedre klin og mikrobiol etter SRP+MET/AMOX enn SRP + MET som igjen var bedre enn SRP alene
Winkel et al 2001 ³⁰	Dobbelt blind, placebo RCT Parallel	Klin og mikrobiol effekt av SRP +/- AMOX/MET	49 i 2 grupper	Nei	Nei	3–6 seanser. Ingen tidsramme	MET: 250x3 AMOX: 375x3 Tid: 7 dager TOTALT: 13 125	6 uker etter SRP seansen	Sign bedre effekt av SRP+ AMOX/MET enn SRP alene når antib gis i etterkant av SRP.
Oliveira et al 2012 ³¹	Dobbelt blind, placebo RCT parallell	Endring i GCF cytokiner, etter SRP +/- AMOX/MET ved GAP	55 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP over 4–6 seanser iløpet av 14 dager	MET: 400x3 AMOX: 500x3 Tid: 14 dager TOTALT: 37 800	Ved første SRP seanse	Sign forbedret cyto-kinprofil og GCF
Casarin et al 2012 ³²	Dobbelt blind, RCT parallell	Klin og mikrobiol effekt av SRP +/- AMOX/MET i ved GAP	24 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP alle kvadranter i løpet av 45 min. Ufullstendig beskrivelse	MET: 250x3 AMOX: 375x3 Tid: 7 dager TOTALT: 13 125	Ved behandling, sier ikke noe om start-tidspunktet.	Sign bedre SRP +MET/AMOX enn SRP alene, klinisk og mikrobiol resultat behandlingen av GKP
Heller et al 2011 ³³	Dobbelt blind, placebo RCT parallell	Klin og mikrobiol endring ved SRP +/- AMOX/MET ved GAP	31 i 1 gruppe	Nei	Nei	FMD etter flere protokoller; usammenhengende forklart	MET: 250x3 AMOX: 500x3 Tid: 10 dager TOTALT: 21 500	Etter siste økt med FMD	Sign bedre mikrobiol resultat ved FMD+AMOX/MET intil 6 mndr etter behandling

Tabell 1 En oversikt over faktorer knyttet til hver av de aksepterte artiklene i de tre SOA (19–21) vurdert i denne artikkelen

Referanse	Type studie	Mål	Antall pas.	Oppfølg. ≥ 12 mnd	Mikrobiol-diagnostikk Før valg av antib	Klinisk utførelse	Total antib. regime (mg)	Når ab. ble startet	Konklusjon
Cionca et al 2010 ³⁴	Dobbelt blind, placebo RCT parallell	Effekt av SRP +/- AMOX+ MET ved GKP	51 i 2 grupper	Nei	Nei	2? Seanser i løpet av 24 timer	MET: 500x3 AMOX: 375x3 Tid: 7 dager TOTALT: 18 375	Etter siste SRP	Sign bedre effekt av SRP + AMOX/MET
Cionca et al 2009 ³⁵	Dobbelt blind, placebo RCT parallell	Evaluere AMOX/MET rett etter fullført FMD hos pas med GKP	51 i 2 grupper	Nei	Nei	2(?) økter innen 48 timer	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 13 125	Etter siste SRP	Sign bedre med AMOX/MET gitt etter SRP vs SRP alene
Del Peloso Ribeiro et al 2009 ³⁶	Dobbelt blind, placebo RCT parallell	Effekt av SRP +/- AMOX/MET ved alvorlig GKP	25 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP i alle kvadranter innen 45 min. 1 dag? Utilstrekkelig beskrivelse	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT 13 125	Etter siste SRP	SRP+AMOX/MET bedre enn SRP alene, dog var forskjellen liten.
Johnson et al 2008 ³⁷	Retrospektiv studie	Periodont patogener i vanskelig tilgjengelige steder etter SRP +/- AMOX/MET	18 i 1 gruppe	Nei	Nei	SRP over 2 økter innen 3 dager	MET: 250 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 15750	Etter siste SRP	Rekolonisering av behandlede overflater etter 6 mndr. Støtter hypotesen om utilgjengelige reservoarer av bakterier som gir residiv.
Kaner et al 2007 ³⁸	Retrospektiv, parallell	Evaluere tidspunkt for antib beh på GKP	33 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP over 4 økter innen 2 uker	MET: 250 x 3 AMOX: 500 mg x 3 Tid: 10 dager TOTALT: 21 500	Etter siste SRP (direkte etter og lengde etter)	Sign bedre kliniske parametre ved å gi AMOX/MET direkte etter SRP.
Guerrero et al. 2007 ³⁹	Retrospektiv	Effekt av ufullstendig etterlevelse av foreskrevet antibiotika regime SRP+ AMOX/MET på GAP	18 i 1 gruppe	Nei	Nei	SRP over 4 økter på 1 time hver, innen 4 uker	MET: 500 mg x 3 AMOX: 500 mg x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 21 000	Etter siste SRP	Ufullstendig 7-dagers SRP+ MET/AMOX er assosiert med redusert kliniske resultater hos pasienter med GAP
Aimetti et al 2012 ⁴⁰	Dobbelt blind, placebo RCT parallell	Effekt av SRP/FDIS +/- AMOX/MET ved GAP	39 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP i 2 seanser i løpet av 24 timer	MET: 500x3 AMOX: 500x3 Tid: 7 dager TOTALT: 21 000	Etter første SRP seanse	Sign effekt av FDIS + MET/AMOX på klinisk og mikrobiol parametre ved behandling av GKP
Goodson et al 2012 ⁴¹	RCT, singel blind	Effekten av diverse varianter av SRP +/- AMOX/MET	187 i 8 grupper	24 mnd	Nei	SRP i 4 seanser i løpet av 4 uker	MET: 250x3 AMOX: 500x3 Tid: 14 dager TOTALT 31 500	Etter første SRP seanse	Sign bedre effekt av SRP+AMOX/MET i forhold til andre typer behandling

Tabell 1 En oversikt over faktorer knyttet til hver av de aksepterte artiklene i de tre SOA (19–21) vurdert i denne artikkelen

Referanse	Type studie	Mål	Antall pas.	Oppfølg. ≥ 12 mnd	Mikrobiol diagnostikk Før valg av antib	Klinisk utførelse	Total antib. regime (mg)	Når ab. ble startet	Konklusjon
Giannopoulou et al 2006 ⁴²	RCT, parallell, dobbeltblind	Effekt av mikrobiol diagnostikk på forutsigbarhet av SRP+/- AMOX/MET	16 i 2 grupper	12 mndr	Nei	SRP kun beskrevet som «grunndig»	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 12 125	Etter SRP	Utmerket resultat i grupper med antib var oppnådd uavhengig av tilstedeværelse eller fravær av seks klassiske periodontale patogener før behandling.
Mombelli et al 2005 ⁴³	RCT, placebo ktr. studie	Effekt av EMDOGAIN +/- AMOX/MET på regenerasjon etter periodontal behandling.	16 i 2 grupper	12 mndr	Nei	2–4 seanser med 1 ukes mellomrom	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 12 125	Etter SRP	Støtter hyp om at AMOX/MET trengs for å undertrykke biofilmens negative effekt på regenerasjon
Yek et al 2010 ⁴⁴	Parallell, singel blind	Effekt av MET/AMOX på klin og mikrobiol parametre ved GAP.	28 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP over 2 seanser. Ingen tidsramme	MET: 500 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 21 000	«Under første SRP seanse»	AMOX/MET + SRP fører til bedre klinisk tilheling enn ved med SRP alene.
Van Winkelhoff et al 1992 ⁴⁵	Cohort, parallell ublind	Mikrobiol og klin effekter av SRP+/- AMOX/MET ved A.a. GAP	118 i 3 grupper	Nei	Ja	Nevnes ikke	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 13 250	Nevnes ikke	SRP+ AMOX/MET er effektiv for subgingival suppresjon av A.a. hos pas med alvorlig periodontitt.
Xajigeorgiou et al 2006 ⁴⁶	RCT	Effekten av AMOX/MET, DOXY og MET på klin og mikrobiol parametre ved GAP.	41 i 4 grupper	Nei	Nei	SRP over 4 seanser. Ingen tidsramme	MET: 500 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 7 dager TOTALT 21 000	6 uker etter SRP	Tilleggsbehandling med AMOX/MET eller MET alene (når A.a. ikke er tilstede) er effektiv i dype lommer hos pasienter med aggressiv periodontitt.
Ehmke et al 2005 ⁴⁷	Parallell, singel blind	Evaluere langtidseffekten av en spesifikk systemisk antimikrobiell behandling av GKP	35 i 2 grupper	24 mndr	Nei	SRP: 2 timer per kvadrant. Ingen tidsramme. SRP behandling utført av studenter	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 8 dager TOTALT: 15 000	Etter SRP	SRP + AMOX/MET signifikant bedre enn SRP alene på lommer >>7mm.

Tabell 1 En oversikt over faktorer knyttet til hver av de aksepterte artiklene i de tre SOA (19–21) vurdert i denne artikkelen

Referanse	Type studie	Mål	Antall pas.	Oppfølg. ≥ 12 mnd	Mikro-biol diagnostikk Før valg av antib	Klinisk utførelse	Total antib. regime (mg)	Når ab. ble startet	Konklusjon
Berglundh et al 1998 ⁴⁸	RCT split mouth, Placebo	Effekt av SRP +/- AMOX/MET ved GKP	16 i 2 grupper	24 mndr	Ja	SRP kun av halve munnen over 2 uker. 3–5 seanser. Halve munnen ingen SRP	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 2 Tid: 14 dager TOTALT: 26 250	Under SRP behandling. Sier ikke når det blir startet	SRP+AMOX/MET mer effektivt enn SRP alene ihht forbedring i kliniske parametere av periodontitt
Flemming et al 1998 ⁴⁹	RCT parallell.	Ingen klare mål nevnt.	38 i 2 grupper	12 måneder	Nei	SRP; 2 timer per kvadrant. Ingen tidsramme, men utført av studentter.	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 8 dager TOTALT: 15 000	Etter siste SRP	SRP+AMOX/MET effektiv ved periodontitt + A.a. etter 12 mndr. Regimet kan gi negativt effekt på klinisk behandlingsresultat hos pasienter med P.g
Ehmke et al 2003 ⁵⁰	RCT, Parallell, singelblind	Effekt av SRP +/- AMOX/MET på progresjon av periodontitt etter behandling	35 i 2 grupper	24 mndr	Nei	SRP; 2 timer per kvadrant. Ingen tidsramme, men utført av studentter.	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 8 dager TOTALT: 15 000	Etter siste SRP	SRP+AMOX/MET reduserte progresjon ved dype lommer, men mindre ved grunne.
Moeintaghavi et al 2007 ⁵¹	RCT parallell, dobbelblind	effekt av SRP +/- AMOX/MET på moderat til GKP	50 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP over 1 seanse på 1 time	MET: 250 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 15 750	«samme dag som SRP». Sier ikke når det starter	SRP+AMOX/MET sign bedre enn SRP alene
Baltacıoglu et al 2011 ⁵²	Parallell	Klinisk effekt av SRP+AMOX/MET vs SRP + doxycycline på one day FDIS på GAP	38 i 3 grupper	Nei	Nei	FRP i løpet av en seanse	MET: 250 x 3 AMOX: 250 x 3 Tid: 10 dager TOTALT 15 000	Etter FRP	Både AMOX/MET og DOXY hadde tilleggseffekt ved beh av GAP, nok til å hindre bruk av kir.
Rodrigues et al 2012 ⁵³	Cohort. ublind	Effekt av SRP +/- AMOX/MET på klin og mikrobiol ved AP	12 i en gruppe	Nei	Nei	SRP over 6–8 seanser, ingen tidsramme	MET: 400 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 7 dager TOTALT: 18 900	Etter biofilm-førstyrrelse; 45 dager etter SRP	SRP+AMOX/MET førte god klin effekt, unntatt festetap, + signifikant reduksjon av subgingival Tf og Td.
Aakincibay et al 2008 ⁵⁴	RCT	effektene av SRP+DOXY og SRP+AMOX/MET på elim av Aa + klin parametre	30 i 2 grupper	Nei	Nei	Mekanisk behandling; Utilstrekkelig beskrevet	MET: 250 x 3 AMOX: 375 x 3 Tid: 7 dager TOTALT 13 125	«Samtidig som mekanisk behandling»	SRP + DOXY eller MET/AMOX effektiv ved LA

Tabell 1 En oversikt over faktorer knyttet til hver av de aksepterte artiklene i de tre SOA (19–21) vurdert i denne artikkelen

Referanse	Type studie	Mål	Antall pas.	Oppfølg. ≥ 12 mnd	Mikro-biol diagnostikk Før valg av antib	Klinisk utførelse	Total antib. regime (mg)	Når ab. ble startet	Konklusjon
Machtei & Younis 2008 ⁵⁵	Cohort, parallell	Effekt av SRP +/- AMOX/MET på klin og immunol parametre ved AP	29 i 2 grupper	Nei	Nei	SRP over 4 økter i 4 uker	MET: 250 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 14 dager TOTALT: 21 500	Samtidig som SRP, men sier ikke når det startet	SRP +AMOX/MET bedre enn SRP alene, selv om begge ga god effekt
Moreira & Feres-Filho 2007 ⁵⁶	RCT. Parallell,	Effekt av SRP/AMOX +FDIS vs AMOX/MET + SRP v/ AP	30 i 2 grupper	Nei	Nei	Gruppe 1: SRP over 2 økter på 2 timer hver innen 24 timer Gruppe 2: SRP over 4 økter innen 2 uker	MET: 250 x 3 AMOX: 500 x 3 Tid: 7 dager TOTALT 15 750	Etter første SRP økt	Ingen forskjell mellom behandlingsstrategiene FDIS og SRP + AMOX/MET

Forkortelser:

RCT = Randomized clinical trial, AMOX = Amoxicillin, MET = Metronidazol, GKP = Generalisert kronisk periodontitt, GAP = Generell aggressiv periodontitt, LAP = Lokal aggressiv periodontitt, AP = Aggressiv periodontitt, FDIS= full mouth desinfection, SRP = Scaling & Rotplanering, LD = Lommedybde, Ab. = Antibiotika, A.a. = *Actinobacillus /Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, P.g. = *Porphyromonas gingivalis*, T.f. = *Tannerella forsythia*, T.d.= *Treponema denticola*

Feil i design av studier kan medføre skjevheter («bias») i resultatene, feil konklusjoner og anbefalinger. Det er således viktig å eliminere eller redusere disse til et minimum ved å gjennomgå data systematisk og bruke korrekte teknikker for utvalgelse og intervensjon. Zandbergen og medarbeidere (19) brukte fem kriterier for å vurdere eventuell risiko for bias ved de inkluderte studiene. At studiene tilfredsstilte følgende kriterier:

1) Definerte kriterier for periodontitt; 2) Tilfeldig allokering til intervensjonsgrupper; 3) Var maskert for deltakerne (enkelt blind); 4) Var maskert for kontrolløren og deltagerne (dobbel blind); 5) Rapporterte frafall av oppfølging.

Lav risiko for bias ble vurdert dersom studien oppfylte alle kriteriene, mens det ble ansett som moderat risiko for bias dersom et av disse kriteriene ikke var oppfylt. Høy risiko for bias var det om tre eller flere av kriteriene ikke var oppfylt. Av de 28 inkluderte studiene (35 artikler) i artikkelen av Zandbergen et al (19) ble 15 vurdert med «lav risiko for bias» (22, 23–40), fem fikk vurderingen «moderat risiko for bias» (41,42,43,44–46), mens åtte av studiene ble ansett å ha «høy risiko for bias» (47–50,51–56).

Sgolastra og medarbeidere hadde syv kriterier for å vurdere risiko for skjevheter ved de studiene som ble inkludert i deres «systematic reviews» (20,21), og brukte samme kvalitetsvurdering og teknikk for utvalg i begge studier. Disse var:

1) Statistisk «styrkeberegning» 2) Randomisering og metoder for hemmeligholdelse. 3) Klar definisjon av inklusjons og eksklusjonskriterier;

4) Fullført kontroll med definering av frafall; 5) Forsøks- og kontrollgruppe sammenlignbare ved baseline; 6) Enkelt /dobbel blind; 7) Nøyaktige statistiske analyser.

Det ble oppgitt at faren for skjevheter ble vurdert ut fra hvor mange av deres kriterier studiene oppfylte. Identisk med Zandbergen et. al (19), ble lav risiko for bias estimert dersom alle kriteriene var oppfylt. Moderat og høy risikovurdering, på den annen side, fikk studiene dersom ett eller flere kriterier bare var delvis oppfylt, respektive dersom ett eller flere kriterier ikke var oppfylt (2).

Av de 6 inkluderte studiene i Zgolastra et al. (20) oversiktsartikkel om aggressiv periodontitt, tilfredsstilte fire (26–28,44) disse kriteriene. En studie (46) rapporterte ikke styrkeberegning, mens en annen (52) ikke tilfredsstilte kriteriene til styrkeberegning, randomisering eller blinding. Etter at forfatterne ble kontaktet, tilfredsstilte alle studiene deres kriterier utenom én (52) der kvalitetsvurderingen forble den samme. Fem av studiene ble derfor vurdert til å ha lav risiko, mens én studie ble vurdert til å ha høy risiko for bias (52).

I en systematisk oversiktsartikkel om kronisk periodontitt vurderte Sgolastra et al (21) to av de fire inkluderte studiene med lav risiko (13), mens de to siste (30,47) ble vurdert til å ha høy risiko for bias. Studiene med høy risiko for bias tilfredsstilte ikke to av kriteriene ved ikke å oppgi styrkeberegning og metode for ran-

domisering. Forfatterkontakt ga ingen endring av denne vurdering.

Sekundær evaluering av de inkluderte artiklene

Da Zandbergen (19) og Sgolastras (20,21) inklusjonskriterier ble vurdert – av oss – på flere punkter å være uakseptabelt lave for kliniske studier, la vi selv inn strengere krav til inklusjon:

1) Observasjonstid etter behandling måtte være mer enn 12 måneder; 2) Valg av antibiotika (inklusionskriterier) skulle være basert på mikrobiologisk diagnostikk.

Når de nye inklusionskriteriene ble lagt til grunn, var det kun åtte studier som hadde en oppfølgingstid på ≥ 12 måneder (22,41–43,47–50), mens fire artikler hadde brukt mikrobiologisk diagnostikk som basis for valg av antibiotika (23,24,45,48). Kun én artikkel tilfredsstilte begge tilleggskrav (48). På den annen side hadde denne studien (48) et annet og uheldig design i og med at man hadde brukt split-mouth-teknikk, og det kan man ikke gjøre når man skal evaluere bruk av antibiotika ved periodontitt. Dette medfører at *ingen* artikler hadde den nødvendige vitenskapelige design for å kunne gi svar på spørsmålet om KT bør anvendes ved behandlingen av periodontal sykdom.

Diskusjon

Vi gikk ut fra systematiske oversiktsartikler (SOA) fordi disse, i velrennomerte tidsskrifter, legger grunnlaget for klinikers bruk av informasjonen. Samtidig har disse studiene gått gjennom de fleste artikler på området, og forkastet det som ikke holder mål rent vitenskapelig og metodemessig. De 3 identifiserte SOA (19–21) var alle enige om at tilleggsbehandling med kombinasjonsterapi er fordelaktig for utfallet av behandling hos pasienter med generell kronisk (19,21) og aggressiv (20) periodontitt. Disse diagnosene omfatter det store flertall av periodontale sykdommer sett i en tannlege/spesialistpraksis. Det er her viktig å merke seg at det er 3 generelle kriterier som er av betydning for studienes kvalitet, som bør tas i betraktning før en endelig konklusjon blir trukket: Oppfølgingstid, kriterier for valg av antibiotika og den kliniske behandlingsstrategien.

Kort oppfølgingstid: De fleste av de 35 artiklene hadde en oppfølgingstid på 6 måneder eller kortere (tabell 1). Det kan i blant være relevant å vurdere en mikrobiologisk respons etter antibiotikabehandling i løpet av de første 6 månedene, men registrering av kliniske data før 12 måneder har derimot ingen verdi, selv om man kan observere lommedybdereuksjon rett etter behandling (57–59). En annen gjennomgående trend i disse 35 studiene, var det lave antallet pasienter i de inkluderte studiene (tabell 1).

Kun 8 artikler hadde en oppfølgingstid på minst 12 måneder (22,41–43,47–50). Selv om flere av artiklene konkluderte med at det var kliniske fordeler ved bruk av kombinasjonsterapi, vet vi ikke noe om langtidseffekten med tanke på kliniske parametere og mikrobiologisk status, og det er jo dette som er av betydning for pasienten.

Seleksjonskriteriene for antibiotika: Bare 4 av de studiene som var inkludert i de tre systematiske oversiktsartiklene (23,24,45,48) valgte antibiotika basert på mikrobiologisk diag-

nostikk. WHO og EU (16–18) anbefaler at antibiotika bør velges med utgangspunkt i mikrobiologisk diagnostikk (60–61), og dette bør da også gjelde kliniske studier. Begrunnelsen for å bruke KT som et tillegg til mekanisk behandling er å angripe spesielt patogene bakterier, som f.eks. *A. actinomycetemcomitans* (14,62) som ikke er sensitive for enkle antibiotika (15). Imidlertid er de færreste periodontale infeksjoner karakterisert med tilstedeværelse av denne bakterien, og bruk av kombinasjonsterapi uten å ha en bakterieprøve som utgangspunkt for valget vil derfor uvegerlig generere et «overforbruk» (4,15). Dersom man ønsker å evaluere effekten av KT, trenger man en populasjon hvor alle har *A. actinomycetemcomitans*. Det analoge gjelder dersom man ønsker å studere effekten av MET, hvor en relevant studiepopulasjon ville bestått av pasienter med bakterier som er sensitive for MET og ekskludert de pasientene som hadde bakterier i sin subgingivale biofilm som var lite sensitive eller insensitive for dette antibiotikum. Som eksempel på en slik feil studiedesign viser vi til Silva et al (25) som sammenlignet SRP med SRP + MET og SRP + KT i behandling av kronisk periodontitt. Valg av antibiotika ble ikke gjort med utgangspunkt i mikrobiologisk diagnostikk. De konkluderte, som andre (26,40,44), med at tilleggsbruk av KT medførte kliniske og mikrobiologiske fordeler sammenlignet med SRP alene, mens fordelene av å bruke MET alene var mindre tydelige (25). Dette resultatet står i kontrast til en annen studie (63) hvor frekvensen av behandlingssuksess var signifikant høyere i gruppen som hadde fått behandling med SRP + MET alene, enn i gruppen som hadde fått SRP + placebo. Det er ikke mulig å sammenligne disse to studiene da Silva et al (25) randomiserte pasientene til gruppene uten å ta hensyn til mikrobiologisk diagnostikk. *A. actinomycetemcomitans* var diagnostisert i alle 3 grupper. Dette resulterte i at pasienter med MET-insensitiv flora (*A. actinomycetemcomitans*) ble behandlet med MET og dette kan være noe av forklaringen på hvorfor MET kom dårligere ut enn KT (25). I Preus et al (63) ble SRP+MET testet opp mot SRP alene. Pasienter som hadde *A. actinomycetemcomitans* og andre bakterier med resistens eller lav sensibilitet for MET ble ekskludert. Dette medfører at MET sin terapeutiske effekt var lik i alle grupper, noe den ikke var i Silva sin studie (25). I Preus' (63) studie ble 49 av 292 pasienter ekskludert da de hadde bakterier som enten var resistente eller hadde lav sensitivitet for MET (63), noe som tilsier at dersom KT hadde vært valget i denne studie, ville 83 % av pasientene blitt behandlet unødvendig med kombinasjonsterapi.

Behandlingsstrategien: De 35 artiklene (tabell 1) hadde alle svært forskjellige behandlingsstrategier, som varierte fra «full-mouth SRP» utført på 24 t til et SRP-regime med 6 økter som ble utført i løpet av en 3 ukers periode (tabell 1). Store variasjoner i KT-regimene fra studie til studie viste mer enn 10 forskjellige strategier (tabell 1) med et totalt forbruk av antibiotika (AMOX+MET) som varierte fra 12.125 mg til 37.800 mg. Den kliniske fremgangsmåten var også beskrevet i ulik, og ofte utilstrekkelig grad (tabell 1). Et annet viktig spørsmål var når antibiotika ble gitt i forbindelse med SRP, hvor det også ble påvist betydelig variasjon, men hvor ingen ga medikamentet før SRP. Noen få

studier presiserte ikke når antibiotika ble gitt (tabell 1) i forhold til SRP.

Det er nettopp ved periodontale infeksjoner med innslag av spesielt patogene bakterier, som *A. actinomycetemcomitans* (14,61), at det kan være behov for å bruke KT som en tilleggsbehandling til SRP. De fleste periodontale infeksjoner er likevel ikke karakterisert ved tilstedeværelse av slike bakterier. Det kan se ut som de ulike studiene har vurdert SRP + KT som en behandlingspakke til alle pasienter, uavhengig av deres mikrobiologiske status, eller deres respons på SRP alene. En slik ukritisk bruk av SRP + KT fører som vist til et overforbruk, og overtrer de generelle internasjonale anbefalingene fra helsemyndigheten (16–18) om bruken av antibiotika for behandling av infeksjoner.

Det er verdt å legge merke til at da vi la inn to strengere inklusjonskriterier, hvorav ett av dem var oppfølgingstid ≥ 12 måneder, satt vi igjen med kun én artikkel (48), som faktisk ikke holdt designmessig mål den heller. Dette viser hvilke krav som stilles til publikasjon av kliniske studier. Det bør således understrekes at hele 488 artikler, fra velrennomerte tidsskrifter som J. Periodontol. og J. Clin. Periodontol. ikke hadde god nok vitenskapelig design til å bli inkludert i de tre «systematic reviews» som i sin tur gjennomgående hadde for svake inklusjonskriterier. Resultatet av at klinikere stoler på slike oversiktsartikler, hvor uheldige metoder er benyttet, kan bli å legitimere utbredt bruk av KT i behandlingen av periodontitt. Vår tro på «evidence based dentistry» har derfor fått et skudd for baugen av utilstrekkelige og dårlig designede kliniske studier, og enda verre – systematiske

oversiktsartikler som notorisk gir feil anbefalinger basert på utilstrekkelige kriterier og dårlige studier.

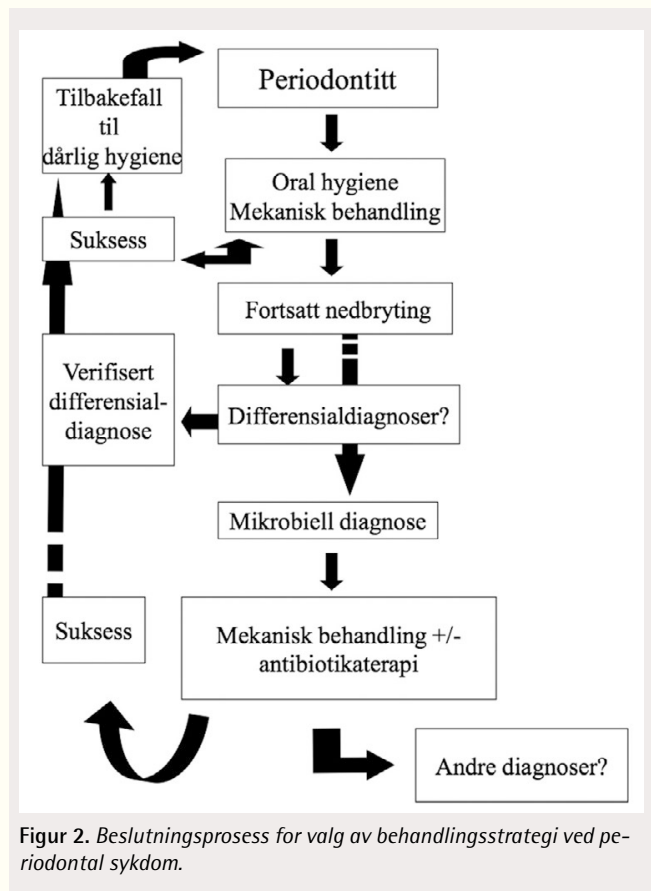
Kliniske studier som omhandler antibiotika burde bli regulert, da det burde være en bedre seleksjonsprosess før bruk av antibiotika institueres. Ansvarer ligger hos forskerne, men også hos tidsskriftene som publiserer disse studiene. Vi vet at fasiliteter for mikrobiologisk diagnose ikke er tilgjengelig i mange land, og at betydningen av slik diagnose kan bli satt spørsmålsteget ved da diagnosen av en enkel prøve kan variere fra laboratorium til laboratorie og fra teknikk til teknikk. Likevel må disse argumenter ikke bli brukt til å legitimere bruken av antibiotika (inklusive KT) uten en forutgående mikrobiologisk diagnose. Det burde være et økt fokus på mikrobiologisk diagnose dersom antibiotikabehandling skal igangsettes. Dette vil gi et høyere ønske om slik tjeneste fra klinikerne, og kunne bidra til utvikling av nye og bedre laboratorier, teknikker og tolkninger. Slik vil vi kunne sikre et suksessfullt og forutsigbart behandlingsresultat for alle typer periodontittkasus, og dessuten etterkomme overordnede anbefalinger fra WHO og EU.

Kliniske vurderinger: Vi stiller spørsmålsteget ved om SRP + antibiotika i det hele tatt bør brukes som initial behandling av periodontitt. Da det hos de fleste pasienter er tilstrekkelig med SRP alene (3–8) for å oppnå behandlingssuksess, er det vanskelig å rettferdiggjøre bruken av antibiotika som en del av behandlingen.

Behandlingsstrategien bør være at man vurderer ulike faktorer som er av betydning for utfallet av periodontittbehandlingen. En bør først vurdere pasientens evne til plakk kontroll. Er denne tilstrekkelig? Hvis ikke kan dette være årsaken til at SRP alene ikke gir tilfredsstillende resultat. Dersom plakk kontrollen er god bør en vurdere om SRP har hatt optimal kvalitet. Antibiotika har ingen effekt i en pasient som ikke har meget god munnhygiene, må ikke brukes som substitutt for en utilstrekkelig SRP.

Ser man at plakk kontrollen hos pasienten er optimal, samtidig som SRP-behandlingen er riktig utført bør man vurdere å ta en bakterieprøve. Svaret på bakterieprøven vil da gi en indikasjon på om antibiotika er indisert. Valg av antibiotika bør skje på grunnlag av bakterieprøvesvaret. Dersom pasienten fortsatt ikke responderer som forventet, kan dette skyldes en ikke diagnostisert systemisk sykdom eller annet. Pasienten bør da henvises til en lege for videre utredning (64).

Konklusjonen på denne studien er at det er en effekt av kombinasjonsterapi på periodontitt der *A. actinomycetemcomitans* er involvert, som i så måte er i tråd med den initale forståelse for bruk av kombinasjonsterapi (14). Imidlertid er det ingen dokumentasjon på at kombinasjonsterapi er bedre enn andre, single antibiotika ved periodontitt – der anaerobe mikroorganismer antas å være en viktig faktor. Dokumentasjonen som påberopes for bruk av KT til slike periodontitt er for varierende og er basert på studier med utilstrekkelig vitenskapelig design. Videre synes det som om denne litteraturen fullstendig har satt til side EUs og WHOs anbefalinger for bruk av mikrobiologisk diagnostikk og anvendelse av antibiotika. Ved således å innføre nødvendige tilleggs-kriterier for inklusjon og eksklusjon av kliniske studier



må alle de inkluderte artiklene i de «SOA» av Zandbergen et al. og Sgolastra et al. (19–21) ekskluderes. De nevnte SOA skulle derfor aldri vært publisert.

Den forskningsbaserte anbefalingen for klinikerer er således i hovedsak basert på eldre litteratur av tilstrekkelig kvalitet (figur 2).

Ved periodontitt – velg vanlig fremgangsmåte:

Start med hygieneinstruksjon og motivasjon; krev god hygiene – ellers vil en systematisk behandling ha liten langvarig effekt (krav til pasienten). Vær sikker på at din SRP er av høy kvalitet; med eller uten kirurgi (krav til tannlegen). Hvis du ikke føler du er god nok til dette – henvis til spesialist i periodonti.

Skulle den periodontale destruksjon fortsette i et eller flere sites etter behandling: Sjekk først hygiene og eventuelt reinstruér/remotivér. Skulle hygienen være utilstrekkelig er gjentagelse av SRP det riktige valg av behandling – dette krever en god kommunikasjon med pasienten som forventer at man blir bra etter en behandling. Det kan dog være at du har oversett en differensialdiagnose – sjekk dette og gjennomfør behandling av disse, før eventuell rebehandling (SRP).

Hvis du ikke finner noen klar grunn for residiv/fortsettelse av destruksjonen, og er sikker på at det ikke er relatert til utilstrekkelig hygiene eller differensialdiagnostikk, kan du vurdere om antibiotika skal brukes. I så fall skal det tas en bakterieprøve, og deretter en SRP/«Full mouth disinfection» i tillegg til det antibiotikum som indikeres etter bakterieprøvesvaret (63,65). I slike tilfeller bør man henvisse til kompetent spesialist i periodonti da dette er en svært vanskelig logistisk øvelse for den utreuede.

English abstract

Preus HR, Malik SA, Afzal J, Scheie AA, Bælum V.

A critical view of the practice of using amoxicillin and metronidazole in the treatment of periodontal diseases

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 720–32.

The «combination therapy» Metronidazole and Amoxicillin (CT) has gained a reputation as the correct and effective antibiotic regimen to use as an adjunct to scaling and root planing when treating periodontal diseases. However, there are very few – if any – good reasons for this reputation. This article summarizes the scientific documentation behind the clinician's interest for using CT as an adjunct to scaling and root planing when treating periodontal diseases. It shows that current literature of lesser in quality, mostly based on very short studies with insufficient follow-up, insufficient number of test persons, insufficient study design, general lack of microbiological diagnosis in decision making, insufficiently explained clinical procedures, and a conflicting view on the use of CT (and antibiotics in general) with WHO and EU health bodies. Aside from recurrent, aggressive periodontitis with a microbiological diagnosis of *A. actinomycetemcomitans*, there is no scientific support for the use of CT in the treatment of periodontal diseases. Based on existing literature adequate quality,

a clinical flow diagram for decision-making and clinical treatment that involves antibiotic therapy is presented.

Referanser

1. W. E. C. Moore, Lillian V. H Moore: The bacteria of periodontal diseases: Periodontology 2000. 1994; 5: 66–77
2. Anonymous. Consensus report on periodontal diseases: Pathogenesis and microbial factors. Ann of Periodontol. 1996; 1: 926–32
3. Becker W, Becker BE, Caffesse R, et al. A longitudinal study comparing scaling, osseous surgery, and modified Widman procedures: results after 5 years. J Periodontol. 2001; 72: 1675–84.
4. Cobb CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. J Clin Periodontol. 2002; 29 (suppl. 2): 6–16.
5. Pawlowski AP, Chen A, Hacker BM, Mancl LA, Page RC, Roberts FA. Clinical effects of scaling and root planing on untreated teeth. J Clin Periodontol. 2005; 32: 21–8.
6. Brochut PF, Marin I, Baehni P, Mombelli A. Predictive value of clinical and microbiological parameters for the treatment outcome of scaling and root planing. J Clin Periodontol. 2005; 32: 695–701.
7. Rosalem W, Rescala B, Teles RP, Fischer RG, Gustafsson A, Figueiredo CM. Effect of non-surgical treatment on chronic and aggressive periodontitis: clinical, immunologic, and microbiologic findings. J Periodontol. 2011; 82: 979–89.
8. Wayne B. Kaldahl, Kenneth L. Kalkwarf, and Kashinat D. Patil. A review of longitudinal studies that compared periodontal therapies. J Periodontol. 1993; 64: 243–53
9. Walker CB, Gordon JM, Magnusson I, Clark WB: A role for antibiotics in the treatment of refractory periodontitis. J Periodontol. 1993; 64 (suppl 8): 772–81.
10. Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberty FA, Siegrist BE: Bleeding on probing, a predictor for the progression of periodontal disease? J Clin Periodontol. 1986; 13: 590–96.
11. Arie Jan Van Winkelhoff, Thomas E Rams, Jørgen Slots: Systemic antibiotic therapy in periodontitis. Periodontology 2000. 1996; 10: 45–78
12. Mombelli A. Heresy? Treatment of chronic periodontitis with systemic antibiotics only. J Clin Periodontol. 2006; 33: 661–62.
13. Bittner J, Munteanu V. Potentiating action of combining metronidazole and penicillin against *C. perfringens* in vitro. In: Fingold, S. (ed.): Metronidazole, Proceedings of the international metronidazole conference. Montreal, Canada: Excerpta Medica Amsterdam; 1977: 293–98.
14. Van Winkelhoff AJ, Rodenburg JP, Goené RJ, Abbas F, Winkel EG, de Graaff J. metronidazole plus amoxicillin in the treatment of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* associated periodontitis. J Clin Periodontol. 1989; 16: 128–31.
15. Socransky SS, Haffajee AD. Periodontal microbial ecology. Microbiology of periodontal diseases. Periodontology 2000. 2005; 38: 135–87.
16. World Health Organization. The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action. WHO Press, World Health Organization, 2012. Geneva, Switzerland. ISBN 978 92 4 150318 1
17. Bronzwaer S, Lönnroth A, Haigh R. The European Community Strategy Against Antimicrobial Resistance. Euro Surveill. 2004; 9: 441. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=441>
18. Council recommendation of 15 November 2001 on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:034:0013:0016:EN:PDF>
19. Zandbergen D, Slot DE, Cobb CM, Van der Weijden FA. The clinical effect of scaling and root planing and the concomitant admi-

- nistration of systemic amoxicillin and metronidazole: A systematic review. *J Periodontol.* 2013; 84: 332–51.
20. Sgolastra F, Patrice A, Gatto R, Monaco A. Effectiveness of systematic Amoxicillin/Metronidazole as an adjunctive therapy to full-mouth scaling and root planing in the treatment of aggressive periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol.* 2012; 83: 735–43.
 21. Sgolastra F, Gatto R, Petrucci A, Monaco A. Effectiveness of systematic Amoxicillin/Metronidazole as adjunct therapy to scaling and root planing in the treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol.* 2012; 83: 1257–69.
 22. Valenza G, Veihelmann S, Peplies J, et al. Microbial changes in periodontitis successfully treated with mechanical plaque removal and systemic amoxicillin and metronidazole. *Int J Med Microbiol.* 2009; 299: 427–38.
 23. Müller HP, Heinecke A, Borneff M, Kiencke C, Knopf A, Pohl S. Eradication of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* from the oral cavity in adult periodontitis. *J Periodont Res.* 1998; 33: 49–58.
 24. Winkel EG, van Winkelhoff AJ, van der Velden U. Additional clinical and microbiological effects of amoxicillin and metronidazole after initial periodontal therapy. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 857–64.
 25. Silva MP, Feres M, Siroto TAO, et al. Clinical and microbiological benefits of metronidazole alone or with amoxicillin as adjuncts in the treatment of chronic periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 828–37.
 26. Mestnik MJ, Feres M, Figueiredo LC, Duarte PM, Lira EAG, Faveri M. Short-term benefits of the adjunctive use of metronidazole plus amoxicillin in the microbial profile and in the clinical parameters of subjects with generalized aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2010; 37: 353–65.
 27. Varela VM, Heller D, Silva-Senem MX, Torres MCMB, Colombo APV, Feres-Filho EJ. Systemic antimicrobials adjunctive to a repeated mechanical and antiseptic therapy for aggressive periodontitis: a 6-month randomized controlled trial. *J Periodontol.* 2011; 82: 1121–30.
 28. Guerrero A, Griffiths GS, Nibali L, et al. Adjunctive benefits of systemic amoxicillin and metronidazole in non-surgical treatment of generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2005; 32: 1096–1107.
 29. Matarazzo F, Figueiredo LC, Cruz SEB, Faveri M, Feres M. Clinical and microbiological benefits of systemic metronidazole and amoxicillin in treatment of smokers with chronic periodontitis: a randomized placebo-controlled study. *J Clin Periodontol.* 2008; 35: 885–96.
 30. Winkel EG, Van Winkelhoff AJ, Timmerman MF, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Amoxicillin plus metronidazole in the treatment of adult periodontitis patients. A double-blind placebo-controlled study. *J Clin Periodontol.* 2001; 28: 296–305.
 31. Oliveira APL, Faveri M, Gursky LC, et al. Effects of periodontal therapy on GCF cytokines in generalized aggressive periodontitis subjects. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 295–302.
 32. Casarin RCV, Ribeiro EDP, Sallum EA, Nociti Jr FH, Goncalves RB, Casati MZ. The combination of amoxicillin and metronidazole improves clinical and microbiologic results of one-stage, full mouth, ultrasonic debridement in aggressive periodontitis treatment. *J Periodontol.* 2012; 83: 988–98.
 33. Heller D, Varela VM, e Silva-Senem MX, Torres MCB, Feres-Filho EJ, Colombo APV. Impact of systemic antimicrobials combined to anti-infective mechanical debridement on the microbiota of generalized aggressive periodontitis: a 6-month RCT. *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 355–64.
 34. Cionca N, Giannopoulou C, Ugolotti G, Mombelli A. Microbiologic testing and outcomes of full-mouth scaling and root planing with or without amoxicillin/metronidazole in chronic periodontitis. *J Periodontol.* 2010; 81: 15–23.
 35. Cionca N, Giannopoulou C, Ugolotti G, Mombelli A. Amoxicillin and metronidazole as an adjunct to full-mouth scaling and root planing of chronic periodontitis. *J Periodontol.* 2009; 80: 364–71.
 36. Del Peloso Ribeiro E, Bittancourt S, Zanin ICJ, et al. Full-mouth ultrasonic debridement associated with amoxicillin and metronidazole in the treatment of severe chronic periodontitis. *J Periodontol.* 2009; 80: 1254–64.
 37. Johnson JD, Chen R, Lenton PA, Zhang G, Hinrichs JE, Rudney JD. Persistence of extracrevicular bacterial reservoirs after treatment of aggressive periodontitis. *J Periodontol.* 2008; 79: 2305–12.
 38. Kaner D, Christian C, Dietrich T, Bernimoulin J-P, Kleber B-M, Friedman A. Timing affects the clinical outcome of adjunctive systemic antibiotic therapy for generalized aggressive periodontitis. *J Periodontol.* 2007; 78: 1201–08.
 39. Guerrero A, Echeverria JJ, Tonetti MS. Incomplete adherence to an adjunctive systemic antibiotic regimen decreases clinical outcomes in generalized aggressive periodontitis patients: a pilot retrospective study. *J Clin Periodontol.* 2007; 34: 897–902.
 40. Aimetti M, Romano F, Guzzi N, Carnevale G. Full-mouth disinfection and systemic antimicrobial therapy in generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 284–94.
 41. Goodson JM, Haffajee AD, Socransky SS, et al. Control of periodontal infections: A randomized controlled trial I. The primary outcome attachment gain and pocket depth reduction at treated sites. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 526–36.
 42. Giannopoulou C, Andersen E, Brochut P, Plagnat D, Mombelli A. Enamel matrix derivative and systematic antibiotics as adjuncts to nonsurgical periodontal treatment: Biologic response. *J Periodontol.* 2006; 77: 707–13.
 43. Mombelli A, Brochut P, Plagnat D, Casagni F, Giannopoulou C. Enamel matrix derivative and systematic antibiotics as adjuncts to nonsurgical periodontal treatment: Clinical effects. *J Clin Periodontol.* 2005; 32: 225–30.
 44. Yek EC, Cintan S, Topcuoglu N, Kulekci G, Issever H, Kantarci A. Efficacy of amoxicillin and metronidazole combination for the management of generalized aggressive periodontitis. *J Periodontol.* 2010; 81: 964–74.
 45. Van Winkelhoff AJ, Tjihof CJ, de Graaff J. Microbiological and clinical results of metronidazole plus amoxicillin therapy in *Actinobacillus actinomycetemcomitans*-associated periodontitis. *J Periodontol.* 1992; 63: 52–7.
 46. Xajigeorgiou C, Sakellari D, Slini T, Baka A, Konstantinidis A. Clinical and microbiological effects of different antimicrobials on generalized aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2006; 33: 254–64.
 47. Ehmke B, Moter A, Beikler T, Milian E, Flemmig TF. Adjunctive antimicrobial therapy of periodontitis: Long-term effects on disease progression and oral colonization. *J Periodontol.* 2005; 76: 749–59.
 48. Berglundh T, Krok L, Liljenberg B, Westfelt E, Serino G, Lindhe J. The use of metronidazole and amoxicillin in the treatment of advanced periodontal disease. A prospective, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 354–62.
 49. Flemmig TF, Milian E, Karch H, Klaiber B. Differential treatment outcome after systemic metronidazole and amoxicillin in patients harboring *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and/or *Porphyromonas gingivalis*. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 380–87.
 50. Ehmke B, Beikler T, Haubitz I, Karch H, Flemmig TF. Multifactorial assessment of predictors for prevention of periodontal disease progression. *Clin Oral Invest.* 2003; 7: 217–21.
 51. Moeintaghavi A, Talebi-ardakani MR, Haerian-ardakani A, et al. Adjunctive effects of systemic amoxicillin and metronidazole with

scaling and root planing: a randomized, placebo controlled clinical trial. *J Contemp Dent Pract.* 2007; 8: 51–9.

52. Baltacioglu E, Aslan M, Sarac Ö, Saybak A, Yuva P. Analysis of clinical results of systemic antimicrobials combined with nonsurgical periodontal treatment for generalized aggressive periodontitis. *J Can Dent Assoc.* 2011; 77: b97.

53. Rodrigues AS, Lourenco, Lima Neto LG, et al. Clinical and microbiologic evaluation, by real-time polymerase chain reaction, of non-surgical treatment of aggressive periodontitis associated with amoxicillin and metronidazole. *J Periodontol.* 2012; 83: 744–52.

54. Akincibay H, Örsal SÖ, Sengün D, Tözüm. Systemic administration of doxycycline versus metronidazole plus amoxicillin in the treatment of localized aggressive periodontitis: A clinical and microbiological study. *Quintessence Int* 2008; 39: 177 e33–9.

55. Machtei EE, Younis MN. The use of 2 antibiotic regimens in aggressive periodontitis: Comparison of changes in clinical parameters and gingival crevicular fluid biomarkers. *Quintessence Int.* 2008; 39: 811–9.

56. Moreira RM, Feres-Filho EJ. Comparison between full-mouth scaling and root planing and quadrant-wise basic therapy of aggressive periodontitis. 6-months clinical results. *J Periodontol.* 2007; 78: 1683–8.

57. Baderstein A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy II. *J Clin Periodontol.* 1984; 11: 63–76.

58. Claffey N, Loos B, Gantes B, Martin M, Heins P, Egelberg J. The relative effects of therapy and periodontal disease on loss of probing attachment after root debridement. *J Clin Periodontol.* 1988; 17: 108–14.

59. Bowers GM, Chadroff B, Carnevale R, et al. Histologic evaluation of new attachment apparatus formation in humans. Part I. *J Periodontol.* 1989; 60: 664–74.

60. Jorgensen MG, Slots J. Responsible use of antimicrobials in periodontics. *J Calif Dent Assoc.* 2000; 28: 185–93.

61. van Winkelhoff AJ, Rams TE, Slots J. Systemic antibiotic therapy in periodontics. *Periodontology 2000.* 1996; 10: 45–78.

62. Walker C, Karpinia K. Rationale for use of antibiotics in periodontics. *J Periodontol.* 2002; 73: 1188–96.

63. Preus HR, Gunleiksrud T, Sandvik L, Gjermo P, Baelum V. A randomized, double blind clinical trial comparing four periodontitis treatment strategies. One-year clinical results. *J Periodontol.* 2013; 84: 1075–86.

64. Veiledning i systematisk periodontittbehandling for studenter ved klinikk for allmenn voksne. <http://www.odont.uio.no/iko/om/organisasjon/fagavd/periodonti/rutiner-metoder/handbok.pdf>

Adresse: Hans R. Preus, Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, PO 1109 Blindern, 0317 Oslo.

E-post: hpreus@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Preus HR, Malik SA, Afzal J, Scheie AA, Bælum V. Et kritisk blikk på dokumentasjonen for bruk av (Amoxicillin + Metronidazol) i periodontien. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 720–32.

Oralkirurgisk klinikk AS

Spes.kirurgi

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Spes.protetikk

Sonni Mette Wåler

Spes.radiologi

Bjørn Bamse Mork-Knutsen

Spes.anestesi

Odd Wathne

Oral kirurgi & medisin | Oral protetikk | Kjeve & ansiktsradiologi | Intravenøs sedasjon & medisinsk overvåking

Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo | www.oralkirurgisk.no

FRITT VALG

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

Fra oktober 2014 ønsker vi også Dental Digital velkommen som ny forhandler og servicepartner

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

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



XO SERTIFISERTE SAMARBEIDSPARTNERE:

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

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



xo-care.com

Tine M. Søland, Kathrine Skarstein, Anne Christine Johannessen, Tore Solheim

Biopsier i odontologisk praksis – håndtering og innsendelse

Den orale biopsitjenesten i Oslo er fra 1. februar 2014 knyttet opp til Rikshospitalets Avdeling for patologi. Dette er en modell som tilsvarer den orale biopsitjeneste ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen. Ettersom vi ønsker at tannleger skal håndtere biopsier på en god måte, belyser vi ulike tema vedrørende innsendelse av biopsier. I tillegg kommenterer vi problemstillinger vi relativt ofte møter i forbindelse med selve biopsitakingen.

De odontologiske lærestedene ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø er avhengige av å få utført oralpatologisk diagnostikk av høy kvalitet. Derfor har det alltid vært en nær relasjon mellom universitet og patologiavdelingene ved de respektive sykehusene eller private patologilaboratorier. Siden 1996 har oralpatologene i Oslo vært tilknyttet et privat laboratorium, men laboratoriet ønsker ikke lenger vår spesialkompetanse. Derfor er det inngått en ny avtale med Avdeling for patologi ved Rikshospitalet, som fra 01.02.2014 har tatt i mot biopsier som ønskes besvart av oralpatologer. Denne ordningen tilsvarer den orale biopsitjenesten i Bergen hvor oralpatologene besvarer orale biopsier ved Avdeling for patologi ved Haukeland universitetssjukehus. Avdeling for patologi ved Universitetssykehuset i Nord-Norge vil sannsynligvis også bygge opp egen spesialkompetanse innen oralpatologisk diagnostikk. Selv om fagmiljøet i Norge er lite, er vår

spesialkunnskap innen oralpatologi av stor betydning for tannlegers diagnostikk og behandling. Biopsitjenesten gir i tillegg lærere ved de odontologiske lærestedene en god praktisk erfaring som anvendes i undervisningen av fremtidige tannleger, odontologiske spesialister og tannpleiere.

Orale biopsier kan som tidligere sendes til Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus, Postboks 1, 5021 Bergen eller til *ny adresse i Oslo*: Avdeling for patologi, Rikshospitalet, Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo. En orientering om dette er gitt i Tidende, april 2014 (1). Remisser kan skrives ut fra hjemmesiden til Oslo universitetssykehus: www.oslo-universitetssykehus.no hvor de ligger under fanene: fag og laboratorietjenester > rekvisisjoner > avdeling for patologi > histologi. Ved innsendelse er det viktig at remissene merkes tydelig med betegnelsen ORALPATOLOGI. Dette forenkler distribusjonen av orale biopsier til oss. Remisser til Bergen kan skrives ut fra hjemmesiden til Haukeland universitetssjukehus: www.helse-bergen.no hvor de ligger under avdelinger > patologi, Avdeling for.

Forfattere

Tine M. Søland, førsteamanuensis, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Kathrine Skarstein, professor, Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen og Avdeling for Patologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Anne Christine Johannessen, professor, Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

Tore Solheim, professor emeritus, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hovedpunkter

- Den orale biopsitjeneste i Oslo er flyttet til Avdeling for patologi ved Rikshospitalet.
- Den orale biopsitjenesten er av stor betydning for tannlegers diagnostikk og behandling.
- Den orale biopsitjenesten gir lærere ved de odontologiske lærestedene i Norge praktisk erfaring som anvendes i undervisningen av fremtidige tannleger, odontologiske spesialister og tannpleiere.
- Merk prøveglasset med pasientens navn og fødselsnummer.
- Biopsien legges umiddelbart i formalin.
- Remissen bør inneholde opplysninger om lokalisasjon, pasientens symptomer, kliniske funn og tentativ diagnose eller differensialdiagnoser.
- Tannlegens navn og adresse må være påført remissen.

Større sykehus som har egen avdeling for patologi samt private medisinske laboratorier tar også imot biopsier fra tannleger. Da biopsier fra tannleger hyppig er knyttet til tenner og odontologisk behandling, kan det i mange tilfeller være vanskelig for en generellpatolog å fange opp problemstillingen og hva som det er viktig å gi en kliniker svar på. Dette innebærer at biopsisvaret kan bli utilfredsstillende. I tillegg kan sykdommer som manifesterer seg for eksempel på hud og slimhinne også ha et ulikt histologisk bilde på de to lokalisasjonene. Patologer uten denne kunnskapen kan dermed oppleve det som vanskelig å gi en eksakt diagnose på en biopsi fra munnhulen.

Problemstillinger vedrørende biopsitaking

Ordet biopsi betyr vevsprøve og de fleste tannleger vet hva en biopsi er selv om ikke alle benytter dette i sin daglige praksis. Ofte kan dette skyldes at man foretrekker å henvise pasienten.

En biopsi tas fra et sykt eller klinisk forandret vev. Hensikten er å undersøke vevet mikroskopisk for å hjelpe klinikere med å stille en korrekt diagnose slik at en eventuell behandling kan igangsettes (2). I enkelte tilfeller kan hensikten med en biopsi være å følge eller overvåke en eventuell utvikling av en forandring. Et eksempel er leukoplaki hvor det på sikt kan utvikles plateepiteldysplasi eller karsinom. Ettersom en biopsi ofte representerer et mindre område av en større forandring, er det viktig at

biopsien tas i det mest representative området. Dette bedrer muligheten for å gi en korrekt diagnose.

Man skiller mellom to typer biopsier; eksisjonsbiopsi og insisjonsbiopsi. Ved eksisjonsbiopsi fjernes hele det klinisk forandrede området samt en perifer rand med normalt utseende vev (Figur 1). Snittranden i dypet må også være tilstrekkelig. I tillegg til å stille en diagnose undersøker patologen snittrendene grundig for å se om forandringen er fjernet i sin helhet. Eksisjonsbiopsi er egnet til små kliniske forandringer. I en stor klinisk forandring skjæres det ut vev fra det mest representative området. Dette gjøres helst i kanten av det klinisk forandrede vevet samt at det i tillegg tas med litt klinisk normalt vev for sammenligning. Denne type biopsi kalles insisjonsbiopsi. Noen ganger kan det være hensiktsmessig å ta ut flere mindre vevsbitar fra ulike områder i en større forandring.

Biopsitaking forutsetter at man har god kunnskap om de anatomiske strukturene i det aktuelle området, slik at pasienten ikke påføres skader. Inngrepet må heller ikke kunne føre til ukontrollerbar blødning. I tillegg må injeksjonen av lokalanestesi utføres slik at væsken ikke injiseres direkte inn i vevet som ønskes vurdert mikroskopisk. Anestesivæsken sprenger vevet fra hverandre og gjør vevet ødematøst. Dette vanskeliggjør den mikroskopiske vurderingen og dermed diagnostiseringen. Det beste er å injisere 3–4 steder perifert for området man vil undersøke, noe som krever at man på forhånd har planlagt hvor snittet skal legges (Figur 1). Under biopsitakingen er det viktig at vevet ikke traumatiseres og klemmes sammen, som for eksempel ved bruk av flat pinsett. Vi ser relativt ofte sammenklemt vev i deler av biopsier, noe som vanskeliggjør mikroskopisk vurdering. For å unngå dette kan man for eksempel sette en sutur i biopsivevet og løfte det etter hvert som man skjærer. I blant vil orienteringen av biopsien være av betydning. Da kan biopsien merkes, for eksempel med en sutur i den ene enden. Enkelte tannleger lager fine skisser eller vedlegger klinisk foto som illustrerer orienteringen av vevet, noe som også er informativt og svært nyttig for at patologen skal kunne danne seg et sikkert klinisk bilde av problemstillingen.

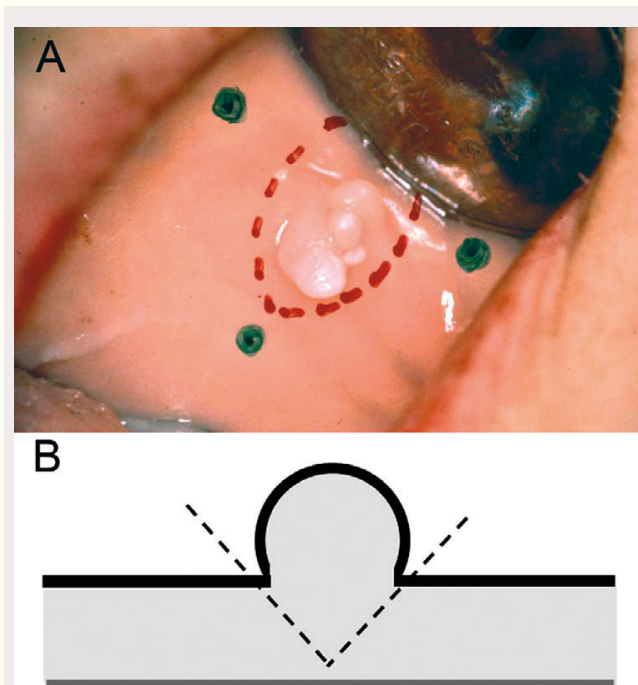
I det følgende vil de vanligste problemstillingene som kan oppstå i forbindelse med biopsitaking i slimhinne, gingiva, spyttkjertler og kjevebein bli beskrevet og kommentert. Mulige årsaksfaktorer til ufullstendig eller ukorrekt histopatologisk diagnose er også beskrevet i Tabell 1.

Slimhinnebiopsi

Slimhinnebiopsier er blant de enklere kirurgiske inngrep en tannlege kan utføre. Vår erfaring er at allmennpraktiserende tannleger tar gode biopsier som gir et godt grunnlag for diagnose. De feilene vi tidvis ser er at biopsiene er for små i utbredelse eller at de tas for grunt (Figur 1). Dermed kan man histologisk gå glipp av viktig informasjon. Når man først tar en biopsi er det viktig at den er av god kvalitet.

Gingivale biopsier

Det er spesielle problemer både ved å ta og å tolke gingivale biopsier. I gingiva finner vi normalt en viss grad av betennelse



Figur 1. A: Klinisk bilde av en utvekst i kinnslimhinnen som skal fjernes ved hjelp av en eksisjonsbiopsi. Stiplet linje angir hvor snittet skal legges. Det fjernes en brem med klinisk frisk slimhinne i tillegg til utveksten. Svarte punkter indikerer hvor man planlegger å sette anestesi, i god avstand fra vevet som skal fjernes. Foto: Daværende odontologisk institutt for patologi, Universitetet i Oslo. B: En snittrand i dypet (stiplet linje). Illustrasjon etter Hjørting-Hansen (5).

Tabell 1. Mulige årsaksfaktorer til ufullstendig eller ukorrekt histopatologisk diagnose, etter Cawson og Odell 2002 (4).

Kliniker	<ul style="list-style-type: none"> • Vevet er ødelagt/klemt/fragmentert ved biopsitaking • Biopsien er for liten eller ikke representativ for den kliniske forandringen
Teknikk	<ul style="list-style-type: none"> • Vevet er for dårlig fiksert • Feilmontering av biopsi ved innstøping slik at viktige kjennetegn ikke fremkommer
Patolog	<ul style="list-style-type: none"> • Forandringen har ikke diagnostiske histologiske kjennetegn (for eksempel aftøse sår) • Det histologiske bildet kan ha flere mulige årsaker, for eksempel granulomatøs betennelse • Histologiske karakteristika er vanskelig å tolke, for eksempel kan maligne kreftsvulster være så lite differensiert at typen ikke kan defineres • Inflammasjon kan være med på å maskere korrekt diagnose

og dermed vil det normalt være betennelsesceller i vevet. Ofte er det mange plasmaceller, og disse kan bidra til at det histologiske bildet ikke blir entydig. For eksempel karakteriseres det histologiske bildet av lichen planus/lichenoid forandringer av et båndformet lymfocytinfiltrat. Forekomsten av plasmaceller i gingiva vil forstyrre dette bildet, og diagnosen lichen planus/lichenoid reaksjon blir dermed usikker. I situasjoner hvor man stiller diagnoser basert på betennelsesinfiltratets natur er det derfor ønskelig at biopsien tas et stykke vekk fra den marginale gingiva.

Utvekster på gingiva utgår ofte fra periodontalmembranen, og disse kan være vanskelige å fjerne i sin helhet. Derfor er residivtendensen stor. Vi ser i blant at tannleger ikke tar hensyn til dette og kun skjærer av den øverste og mest tilgjengelige delen av en utvekst. I tillegg til å risikere residiv, er det fare for at det histologiske bildet av biopsien ikke representerer hele forandringen. Som eksempel kan nevnes perifert ossifiserende fibrom. Denne svulsten er ofte ulcerert, og under ulcerasjonen ses et granulasjonsvev. Tumor inneholder også beindannelse eller brokker med mineralisert vev, men disse forandringene forekommer ofte relativt dypt i utveksten. Hvis bare den mest overfladiske delen av tumor fjernes er det fare for at en diagnose baserer seg på ulcerasjonen og granulasjonsvevet og ikke på mineraliseringen, og forandringen blir gitt en feil diagnose. Ved gingivale utvekster kan man vurdere henvisning til spesialist da det er viktig å skjære helt ned til beinet for å fjerne disse.

Spyttkjertelbiopsier

Spyttkjertler kan bli forstørret som følge av betennelse eller svulster. Store spyttkjertler er det kun erfarne kirurger som skal behandle. Biopsier fra små spyttkjertler kan tas av tannleger, men det anbefales ikke at allmenntannleger tar biopsier av svulster i ganen da behandlingen kan medføre spredning av tumor. I tillegg tar tilheling i ganen lengre tid da det etterlates et større sår som ikke kan sutureres (sekundær tilheling). Vær også oppmerksom på faren for nerveskade ved biopsitaking på leppen. Man bør derfor enten være erfarne eller henvisne til spesialist. En nerveska-

de vil kunne påføre pasienten en permanent hypoestesi i området.

Når vi mottar spyttkjertelbiopsier fra overleppe og intraoralt, er det oftest med forespørsel om svulstutvikling. Fra underlepper mottar vi spyttkjertelbiopsier i forbindelse med mucoceler og som ledd i diagnostiseringen av Sjögrens syndrom. Mucoceler forekommer relativt hyppig, og vi ser enkelte ganger at tannleger skjærer et båtformet snitt av slimhinnen uten å få en representativ biopsi av mucocelen. I denne situasjonen er det unødvendig å fjerne den overliggende slimhinne. Det er nok å lage et snitt i den tynne leppeslimhinnen slik at mucocelen kan skrelles ut.

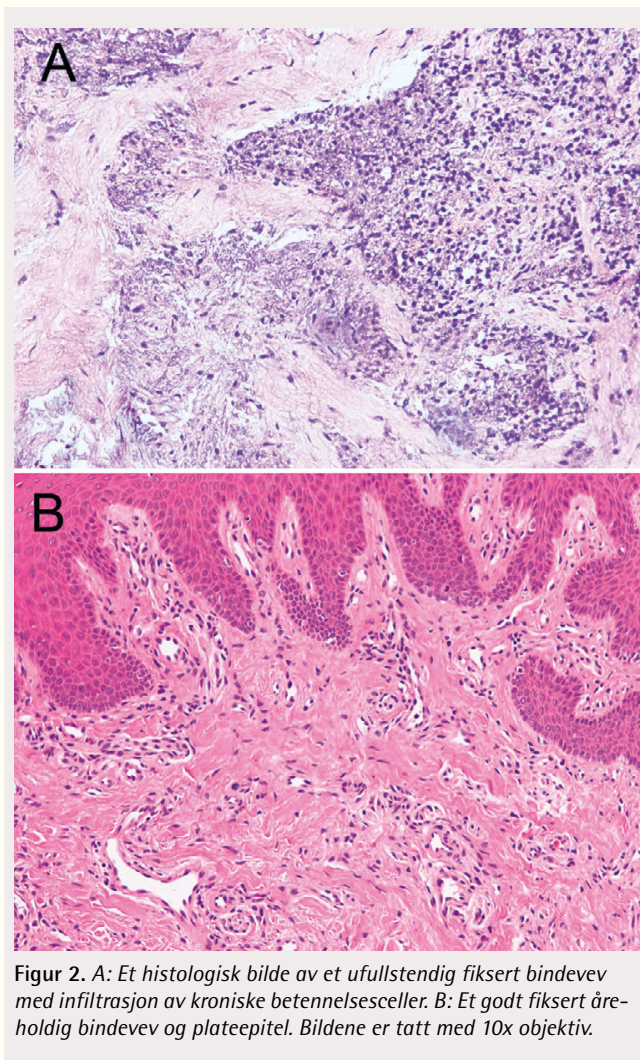
Ved innsendelse av biopsi for utredelse av diagnosen Sjögrens syndrom må vevsmengden være stort nok. Man må minst plukke ut fire-fem kjertler for at vevsmengden skal bli større enn 16 mm². Ettersom det kan være krevende både å finne og å plukke ut et riktig antall spyttkjertler, bør man henvisne pasienten til oral kirurg.

Biopsier av patologiske forandringer i kjevebein

De fleste biopsier tannleger tar fra beinvev kommer fra apikale oppklaringer, enten granulomer eller radikulærcyster. Ved innsendelse av cyster med nær relasjon til en tannrot er ofte informasjon om tannens vitalitet fraværende i den kliniske beskrivelsen. Radikulærcysten, som er en inflammatorisk cyste, utgår fra avitale tenner. Informasjon om en tanns vitalitet kan derfor hjelpe patologen til å skille mellom en radikulærcyste og en eventuelt annen odontogen cyste eller svulst som er sekundært infisert. Her kan for eksempel nevnes lateral periodontal cyste, keratocystisk odontogen tumor og unicystisk ameloblastom. Sekundært infiserte cyster og svulster med cystisk oppbygging, har betennelsesinfiltrat i bindevevsveggen slik man ser hos radikulærcysten. Betennelsen vil påvirke epitelbekledningen slik at karakteristiske trekk går tapt og cysten/svulsten kan derfor ligne en radikulærcyste. Vi ser også ofte at follikulærcyster er sekundært infiserte og at betennelsen endrer cystens histologiske bilde. Follikulærcysten ligger per definisjon rundt kronen på en retinert tann og er festet til denne. Det vil være til stor hjelp om tannleger oppgir dette ved innsendelse av en slik cyste. Uten eksakt informasjon om denne cystens lokalisasjon kan man ikke utelukke andre tilstander som sekundært infisert keratocystisk odontogen tumor eller unicystisk ameloblastom. Uten tilstrekkelig klinisk informasjon kan man ende opp med en uspesifikk og beskrivende diagnose, noe som er til liten nytte for tannlegen.

Tannbiopsi

Tannbiopsi er aktuelt for undersøkelser av misdannelser eller mineraliseringsforstyrrelser. For å kunne undersøke hardvev må vevet dekalsineres. Dette er en langsom prosess som kan øke svartiden. Misdannelser og mineraliseringsforstyrrelser kan gå tapt under en slik fremstilling av vevssnitt. Ofte følger ekstraherte tenner med biopsien når et granulom eller en radikulærcyste sendes inn. Bløtvevet blir alltid undersøkt, mens tennene som oftest blir skåret fra uten videre undersøkelse.



Figur 2. A: Et histologisk bilde av et ufullstendig fiksert bindevev med infiltrasjon av kroniske betennelsesceller. B: Et godt fiksert åreholdig bindevev og plateepitel. Bildene er tatt med 10x objektiv.

Problemer knyttet til innsendelse av biopsier

Fiksering

Etter biopsitakingen må vevet umiddelbart legges i fikseringsvæske. Dette gjøres for å stanse autolyse av vevet og hindre at cellenes morfologi endres (Figur 2). Vevsnedbrytning vil også kunne redusere kvaliteten av spesialfarging eller immunhistokjemisk farging av ulike molekyler i vevet og dermed vanskeliggjøre diagnostiseringen. Selv i hardvevsbiopsier er det viktig å kunne studere celler og fibre. Derfor er fiksering like viktig ved hardvevsbiopsier som ved bløtvevsbiopsier. Det har således liten hensikt å sende inn en tørr tann.

Ved fiksering av en biopsi dannes kryssbindinger mellom proteiner slik at cellens struktur stabiliseres. Fiksering gjøres ved å legge vevet i 10 % bufret formalin (4 % formaldehydløsning). Formalin er det samme som en 37–40 % formaldehydløsning, og en 10 % formalinløsning tilsvarer derfor en 4 % formaldehydløsning. Siden formalin har en pH-verdi mellom 3.0 og 4.0 og dermed er sur, vil den virke dekalsinerende (3). For å hindre dette bufres løsningen til pH-verdien ligger på rundt 7.0. Noen tannleger legger biopsier i alkohol. Det gir en viss fiksering, men vevet blir hardt, og vevssnittene blir av dårlig kvalitet og kan

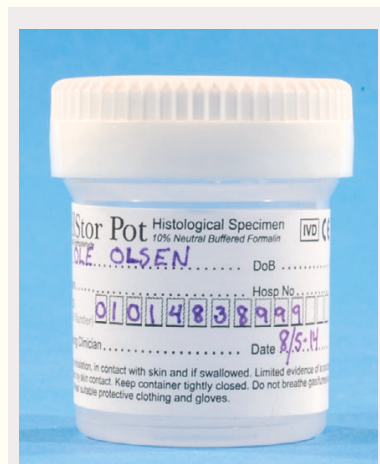
derfor være uegnet til diagnostisering. Legges en biopsi i fysiologisk saltvann eller i medium for bakterieprøver, vil vevet autolyseres og dermed ødelegges fullstendig etter kort tid. Det er derfor svært viktig at man benytter riktig fikseringsvæske. Prøveglass med formalin til fiksering og container for sikker innsending kan rekvireres fra histologiske laboratorier. Bufret formalin kan også bestilles fra apotek. Riktig konsentrasjon av formalin er viktig ettersom en for høy konsentrasjon vil skade vevet og en for lav konsentrasjon vil gi dårlig fiksering av vevet.

For å hindre at store biopsier fortrenger fikseringsvæsken slik at denne renner over kanten på prøveglasset, er prøveglasset aldri fylt helt opp med formalin. Siden orale biopsier generelt er små, kan de hefte seg til veggen eller til korken på glasset som ikke er i kontakt med formalinen og dermed bli liggende tørt. Vev som ligger tørt autolyseres og skades, som tidligere nevnt. Det anbefales derfor at man sørger for at vevet ligger nede i formalinløsningen, men vær oppmerksom på at vevet kan flytte seg og bli liggende tørt under postgangen. Biopsien bør oppbevares i romtemperatur, og man bør også tilstrebe mest mulig jevn temperatur under videre transport av denne. Unngå for eksempel at en biopsi blir liggende i en utendørs postkasse i sterk kulde eller varme, da dette kan svekke kvaliteten på vevet.

Ved mistanke om inflammatoriske hud- og slimhinnelidelser som for eksempel pemfigoid eller lupus erythematosus, er det nyttig å benytte ferskt vev for å utføre immunfluoresensanalyse i tillegg til vanlig histologisk undersøkelse. Da tar en ut to vevsbiter hvor den ene legges i formalin til vanlig diagnostikk mens den andre vevsbiten legges i Histocon for å kunne nedfryses. Vevsbitens holdbarhet i Histocon er begrenset og forsendelse til laboratoriet må derfor skje raskest mulig. Der vil nedfrysning skje umiddelbart ved ankomst. Det er således svært viktig at remissen merkes tydelig med at immunfluoresens rekvireres.

Merking av prøveglass og utfylling av personalia på remisse

Det er viktig å merke prøveglasset med pasientens navn og fødselsnummer (Figur 3). Store laboratorier mottar mange biopsier hver



Figur 3. Et prøveglass med formalin som er korrekt merket med pasientens navn og fødselsnummer.

dag, og et glass uten navn er umulig å identifisere. En diagnose kan dermed gå tapt, noe som kan være skjebnesvangert for pasienten. Sammen med prøveglasset sender man inn en ferdig utfylt remisse. Her skal pasientens navn, adresse samt fødselsnummer angis. Videre må tannlegen skrive på sitt eget navn og adresse slik at laboratoriet kan sende biopsisvaret tilbake til ham/henne. Forbausende mange tannleger oppgir ikke sitt eget navn

og adresse. Dette fører til betydelig detektivarbeid inklusiv skriftgranskning, for å komme fram til hvem som er avsender. Laboratoriet vil eventuelt prøve å finne rekvirenten ved å kontakte pasienten, andre ganger får ikke tannlegen svar før vedkommende selv ringer og etterlyser biopsisvaret.

Kliniske opplysninger, tentativ diagnose og differensialdiagnoser

Det er av stor betydning for vår diagnostisering at tannlegen som sender inn en biopsi gir en god beskrivelse av pasientens symptomer, kliniske funn og eventuelt røntgenologiske funn samt opplysninger om inngrepets art. Flere tannleger sender inn kliniske bilder av tilstanden som det er tatt en biopsi av. Dette er verdifullt og gir nyttig informasjon om problemstillinger. Ofte kan også innsendte røntgenbilder være klagjørende og til god hjelp i diagnosearbeidet. I tillegg er det viktig at innsender angir tentativ diagnose eller ulike aktuelle diagnoser, såkalte differensialdiagnoser. Det er til stor hjelp for oralpatologen at disse er angitt og at diagnosen man har størst tro på fremheves. Mange tannleger er redde for at de skal dumme seg ut ved å foreslå feil diagnose. Derfor skriver de enten ingen diagnose/differensialdiagnose eller de skriver noe som er til liten nytte, for eksempel «slimhinneforandring» uten ytterligere presisering. Foreslått diagnose og differensialdiagnoser er med på å bidra til at patologen kan danne seg et klinisk bilde. Dette gir grunnlag for en bedre diskusjon av det mikroskopiske bildet hvor man kan angi i hvor stor grad de histopatologiske funnene passer med diagnoseforslagene.

Er det viktig med raskt svar på biopsien, krysser man av i CITO-rubrikken på remissearket, og tannlegens telefonnummer føres på slik at vi kan ringe og informere om diagnosen pr telefon for dermed å redusere svartiden. Ved sterk mistanke om malignitet bør en allmenntannlege straks henvise pasienten til nærmeste sykehusavdeling som behandler kreft i hode-halsområdet og ikke ta en biopsi selv.

Oppsummering

I tillegg til å informere om at den orale biopsitjenesten i Oslo har flyttet til Rikshospitalet har vi i denne artikkelen forsøkt å belyse de vanligste problemstillingene ved innsending av biopsier og selve biopsitakingen. Våre biopsisvar er helt avhengige av at biopsien er av god kvalitet og at klinikeren gir en god beskrivelse av pasientens symptomer, kliniske funn og eventuelt røntgenologiske funn. Vi er også avhengige av at klinikere kommer med diagnoseforslag og differensialdiagnoser. Generelt er det slik at jo mindre informasjon vi mottar desto større sjanse er det for at diagnosen blir vag. I tilfeller hvor den kliniske informasjonen er knapp, gis det ofte kun en beskrivende diagnose som kan være

til liten klinisk nytte. Vi vil understreke at det histopatologiske svaret er ment som en støtte i det diagnostiske arbeidet. Den endelige diagnose må baseres på en syntese av kliniske funn og eventuelle røntgenologiske og histopatologiske forandringer samt resultater fra eventuelt andre prøver. Vær oppmerksom på at det er den behandlende tannlege som har ansvaret for den endelige diagnosen i hvert enkelt tilfelle.

Takk

Takk til fotograf Per Gran ved Institutt for oral biologi, Universitetet i Oslo for bildet i figur 3.

English summary

Søland TM, Skarstein K, Johannessen AC, Solheim T.

Biopsies in dental practice – handling and submission

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 734–8.

In this article, we inform dentists about the oral biopsy service in Oslo which from February 1st, 2014, takes place at the Department of Pathology, Rikshospitalet. This is a model that corresponds to the oral biopsy service at Haukeland University Hospital in Bergen. Since we wish dentists to take optimal biopsies, we here comment on various topics regarding the submission of biopsies and some practical issues that we encounter relatively often in connection with the removal of tissue samples.

Referanser

1. Solheim T, Søland T. Oralpatologi – Biopsitjenesten i Oslo. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 332.
2. Koppang HS, Barkvoll P. Biopsi i odontologisk praksis. Nordisk odontologisk årbog. København: Munksgaard; 2005.
3. Ellis R. IHC World, Life Science Products and Services, Problems in Histopathological Technique. 2002; www.ihcworld.com/royellis/problems/dyk6.htm, lest 02.05.14.
4. Cawson RA, Odell EW. Principles of investigation and diagnosis in Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine. 7th ed. UK: Elsevier Science Limited, 2002: 1–14.
5. Hjørting-Hansen E, Nordenram Å, Aas E. Oral kirurgi, Nordisk lærebok i tann-munn- og kjevekirurgi. København: Munksgaard; 1986. s 41.

Adresse: *Tine M. Søland, Institutt for oral biologi, Postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: t.m.soland@odont.uio.no*

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Søland TM, Skarstein K, Johannessen AC, Solheim T. Biopsier i odontologisk praksis – håndtering og innsendelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 734–8.

INTEGO. PERFORMANCE YOU CAN RELY ON.

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



MADE IN
GERMANY

SIRONA.COM/INTEGO

JD JACOBSEN
DENTAL AS

The Dental Company

sirona.

Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen

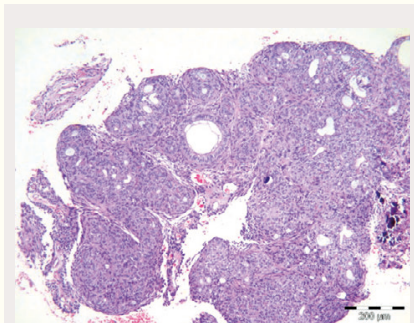
Adenomatoid odontogen tumor: «To tredjedelstumoren»

Adenomatoid odontogen tumor (AOT) er en godartet intraossøs tumor av epitelial opprinnelse som vanligvis utgjør 1–9% av godartede tumores i maxilla og mandibula (1). Den er sjelden, i de siste 37 år i denne oralkirurgiske/oralmedisinske praksis er det sett tre pasienter med denne lesjonen av et antall av 65 000–70 000 nye pasienter totalt. Som regel blir den feildiagnostisert som en cyste før den histologiske undersøkelsen.

AOT ble første gang beskrevet av Steensland i 1905, og gikk under en rekke navn inntil den ble rubrisert som AOT av Verdens Helseorganisasjon i 1971. Den er karakterisert som en benign noninvasiv, langsomtvoksende odontogen tumor med et cystisk preg. Røntgenologisk ser man velavgrensete radiolucenser dels rundt kronen på ikke frembrutte permanente tenner, dels mellom tenner og da særlig mesialt for hjørnetenner

i overkjeven, og dels ved siden av røtter.

Histologisk er AOT en cellerik tumor med kjertel-lignende strukturer, hvilket har gitt svulsten sitt navn (figur 1 og 2). Der er kubiske celler som er organisert som utførselsganger og små roset-



Figur 1. Kasus 3: Histologisk bilde av adenomatoid odontogen tumor som viser cellerikt tumorvev som kan minne om kjertelvev med gangstrukturer og celler som er anordnet i rosetter. Målestav: 200 μ m.

ter som kan minne om kjertelelementer. Gangstrukturene har kubiske celler med kjernen polarisert bort fra lumen. Tumor er omgitt av et modent og løsmasket bindevev, og der er rikelig med blodkar. I mange tilfeller er det henfall av

vev, slik at man får inntrykk av cysteutvikling.

I det følgende vil tre tilfeller av AOT bli presentert.

Kasus 1

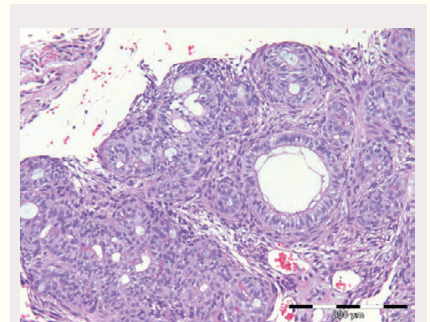
En 12 år gammel pike ble henvist for behandling av en cyste ved tann 33. Tannen var tidligere blitt frilagt flere ganger, og tann 73 var fjernet. Da var det ingen normal apikal resorpsjon av roten på 73. Røntgenologisk var der en 7x7 mm radiolu-



Figur 3. Kasus 1: Adenomatoid odontogen tumor distalt for tann 33.



Figur 4. Kasus 1: 3 måneder etter fjernelse av tumor, begynnende tilheling.

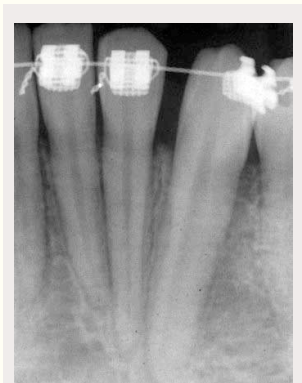


Figur 2. Kasus 3: Nærbilde der gangstrukturene kommer tydeligere frem. Tumor er rikt vaskularisert og har et modent bindevev. Målestav 200 μ m.

Forfattere

Bjarte Grung, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Drammen Oralkirurgi, Drammen

Anne Christine Johannessen, professor dr. odont, cand.med. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen



Figur 5. Kasus 1: 6 måneder postoperativt, nesten full tilheling.



Figur 6. Kasus 1: 18 måneder postoperativt, full tilheling.



Figur 7. Kasus 2: Radiolucens ved ikke-frembrutt 24, mest lokalisert distalt, adenomatoid odontogen tumor.



Figur 8. Kasus 2: 1 år etter at tumor er fjernet, 24 er fremdeles retinert.



Figur 9. Kasus 2: Tann 24 blir kjeveortopedisk trukket frem etter feste av button.

(figur 4). På dette røntgenbildet var det begynnende tilheling. Etter 6 måneder (figur 5) kunne man fremdeles skimte en radiolucens distalt for roten, mens det 18 måneder postoperativt var full tilheling (figur 6).

Kasus 2

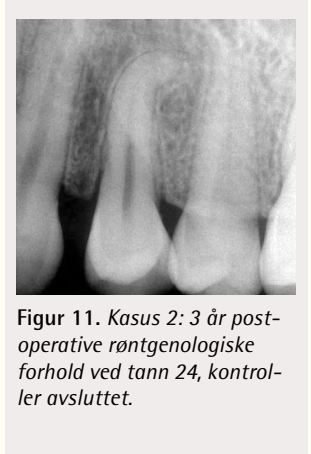
En 13 år gammel pike ble henvist fra kjeveortoped for fjernelse av cyste rundt kronen på tann 24, samt ekstraksjon av 64. Klinisk undersøkelse viste normale funn, men røntgenologisk kunne det påvises en noe asymmetrisk radiolucens rundt kronen på tann

24, lokalisert mest distalt. Tentativ diagnose var follikulær-cyste, eventuelt apikal-cyste fra nedcariert 64 (figur 7).

Under operasjonen ble først 64 fjernet, deretter dekkende ben og en tynnvegget cystisk prosess som ble sendt til histologisk undersøkelse. Denne undersøkelsen viste også denne gang en AOT. Røntgenologisk var radiolucensen omkring kronen forsvunnet ett år postoperativt (figur 8), men tann 24 var ikke eruptert som forventet. Derfor ble det også i dette tilfellet påsatt en «button» med slep, og tannen ble trukket ned kjeveortopedisk (figur 9). Tre år postoperativt var det pene forhold klinisk og røntgenologisk (figur 10 og 11)



Figur 10. Kasus 2: 3 år postoperative kliniske forhold ved tann 24.



Figur 11. Kasus 2: 3 år postoperative røntgenologiske forhold ved tann 24, kontroller avsluttet.

Kasus 3

En 15 år gammel gutt var henvist fra egen tannlege for fjernelse av cyste regio 12/13. Gutten hadde selv ingen subjektive symptomer. Klinisk undersøkelse viste en palatinal kommunikasjon mellom en oval kavitet og munnhulen, og tann 13 var på røntgen dislosert med roten mot 14 (figur 12). Det ble gjort oppklapping palatnalt, og en sekk med tynt cystisk preg ble fjernet og sendt for histologisk undersøkelse. Tentative diagnose var AOT eller keratocystisk odontogen tumor. Den histologiske undersøkelsen bekreftet diagnosen AOT.



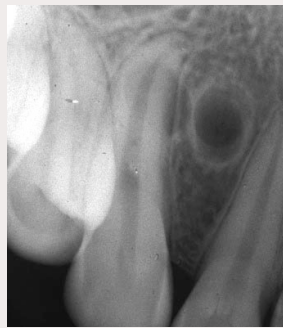
Figur 12. Kasus 3: Oval radiolucens mellom 13 og 12 med distal dislokasjon av roten på 13, adenomatoid odontogen tumor.



Figur 13. Kasus 3: 3 måneder postoperativt, begynnelende tilheling.



Figur 14. Kasus 3: 6 måneder postoperativt, tilnærmet full tilheling, og dislokasjon av 13 er i tilbakegang.



Figur 15. Kasus 3: En kontroll tre år postoperativt viser to nye radiolucenser; histologisk undersøkelse viser igjen adenomatoid odontogen tumor.

En kontroll 3 måneder postoperativt viste begynnende tilheling (figur 13), og etter 6 måneder var det tilnærmet full tilheling og divergensen av tann 13 var i regress (figur 14). En ytterligere kontroll tre år postoperativt viste to nye radiolucenser (figur 15). Ved peilerøntgen ble de lokalisert palatinalt. De ble fjernet med ny histologisk undersøkelse, som igjen bekreftet AOT. En kontroll et år senere viste full tilheling (figur 16).



Figur 16. Kasus 3: Kontroll et år etter operasjon nr. 2 viser full tilheling.

Diskusjon

AOT har blitt karakterisert som to-tredjedels-tumoren (2), og de tre kasus som presenteres tilfredsstillende alle karakteristika for denne betegnelsen: to tredjedeler forekom i overkjeven, to tredjedeler opptrådte hos unge kvinner, to tredjedeler forekom ved ikke-erupterte tenner og disse tennene var i to tredjedeler av tilfellene hjørnetenner.

Klinisk kan intraossøse AOT finnes i tilknytning til ikke-erupterte permanente tenner (follikulær type), spesielt relatert til hjørnetenner. Røntgenologisk viser denne en veldefinert unilokulær radiolucens rundt kronen og deler av roten på en ikke-eruptert tann. Differensialdiagnosen er i disse tilfellene en follikulær-cyste. Den kan også ligge fritt i ben uten tilknytning til tenner (ekstrafollikulær type). I disse tilfellene sees tumor røntgenologisk som en unilokulær radiolucens. Den tredje varianten ligger i bløtvevet (perifer type). Denne kan forårsake erosjoner av kjeve-kammen. Det histologiske bildet er entydig og ikke knyttet opp til de kliniske variantene (3–6). I enkelte tilfeller kan det finnes forcalcete områder i tumor, hvilket kan reflekteres i radiopake områder røntgenologisk.

I de to første kasus var tentativ diagnose cyste (lateral periodontal og follikulær-cyste) mens i det tredje kasuset var det en

meget tynn «cystevegg» som derfor hadde mest karakter av keratocystisk odontogen tumor. På bakgrunn av tidligere erfaring ble imidlertid AOT også foreslått som alternativ diagnose. I andre tilfeller kan ameloblastom være en differensialdiagnose til AOT (7).

Skal man være kritisk til tentativ diagnose ved første kasus har den ikke preg av lateral periodontalcyste ettersom disse cystene ikke har slik forbindelse til tenner som denne viste. De laterale periodontale cystene er som regel helt adskilte fra nabotenner, og ligger sjelden i regionen for kronen. Det synes ikke å være stor feil å foreslå en cyste som diagnose i disse tilfellene fordi de dels på røntgenbilder, og dels klinisk har typisk cystepreg.

Ved kasus 3 var det først tilheling, deretter oppsto det tre år etter første fjernelse en ny todelt tumor. Dette kunne enten være et residiv, eller alternativt var tumor første gang ikke fjernet radikalt. Hvis det skulle være et residiv er det ekstremt sjeldent. En artikkel fra 1997 beskriver at det på verdensbasis er funnet residiv i tre tilfeller fra Japan (8).

I en større rapport (9) fra 1998 blir det anslått at det til da var funnet ca 800 kasus av AOT på verdensbasis. Prevalensen av AOT blir i noen rapporter (10, 11) anslått å være ca 4 % av godartede tumores i kjevene. Men det er få som oppgir hvor ofte det forekommer i en populasjon. Denne rapporten viser tre kasus av 65–70 000 nye pasienter på 37 år, noe som skulle tilsa en prevalens på 0,004 %.

Det ansees som god praksis at godartede tumores som ameloblastomer og keratocystisk odontogen tumor blir kontrollert en gang per år de fem første årene etter operasjonen. Hvis det etter disse fem årene ikke kommer residiv, bør pasientene bli kontrollert hvert annet år livet ut.

På bakgrunn av at det muligens ved adenomatoid odontogen tumor også finnes en risiko for residiv selv om dette er ekstremt sjeldent, bør det anbefales fem års kontroller også for denne tumor.

English summary

Grung B, Johannessen AC.

Adenomatoid odontogenic tumour – The «two-third tumour»

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 740–3.

This is a presentation of three new cases of adenomatoid odontogenic tumour not previously published. They follow the usual pattern, two thirds of tumours in the maxilla, two thirds in young females, two thirds are associated with an unerupted tooth and two thirds of affected teeth are canines. In one case there was recurrence of tumor three years after the first operation. This could be either residual, or alternatively there may have been some remnants of the tumour tissue left during operation. Recurrence of adenomatoid odontogenic tumour is exceptionally rare.

Referanser

1. Handschel JGK, Depprich RA, Zimmermann AC, Braunstein S & Kübler NR. Adenomatoid odontogenic tumor of the mandible: review of the literature and report of a rare case. *Head Face Med.* 2005; 1: 1–5.

2. More CB, Das S, Gupta S & Bhavsar K. Mandibular adenomatoid odontogenic tumor: radiographic and pathologic correlation. *J Nat Sci Biol Med.* 2013; 457-462.

3. Philipsen HP, Nikai H. Adenomatoid odontogenic tumour. Pathology and genetics, Head and neck tumours, WHO Classification of tumours, 2005; 304-5.

4. Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, Ng KH, Lau SH, Zhang X et al. An updated clinical and epidemiological profile of the adenomatoid odontogenic tumor: a collaborative retrospective study. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36: 383-93.

5. Swadison S, Dhanuthai K, Jainkittivong A & Philipsen HP. Adenomatoid odontogenic tumor: an analysis of 67 cases in a Thai population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 105: 210-15.

6. Lee SK & Kim YS: Current concepts and occurrence of epithelial odontogenic tumors: 1. ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor. *Korean J Pathol.* 2013; 47: 191-202.

7. Varkhede A, Tupkari JV & Sardar M: Odontogenic tumors: A study of 120 cases in an Indian teaching hospital. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal.* 2011; 16: e895-e899.

8. Philipsen HP, Reichart PA & Nikai H: The adenomatoid odontogenic tumour (AOT): an update. *Oral Med Pathol.* 1997; 2: 55-60.

9. Philipsen HP & Reichart PA: Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. *Oral Oncology.* 1998; 35: 125-31.

10. Servato JPS, Prieto-Oliveira P, de Faria PR, Loyola AM, Cardoso SV: Odontogenic tumours: 240 cases diagnosed over 31 years at a Brazilian university and a review of international literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 42: 288-93.

11. Mohamed A, Singh AS, Raubenheimer EJ & Bouckaert MMR. Adenomatoid odontogenic tumour: review of the literature and an analysis of 33 cases from South Africa. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39: 843-6.

Adresse: Bjarte Grung, Drammen Oralkirurgi, Drammen. Torgeir Vraasplass 6, 3044 Drammen, E-post: bjagrung@online.no



REHOLT
Tannteknisk Laboratorium AS
PRESISJON I ALLE LEDD

**- Vi vokser gjennom
løftene vi holder!**

• Non Noble/Uedelt metall	650,- pr.ledd	• Zirconium	1200,- pr.ledd
• Noble/Edelt metall	970,- pr.ledd	• Valplast	1350,-
• IPS e.max	990,- pr.ledd		

- Dokumentasjon på metallegeringer følger på hvert arbeide -

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



DET PERFEKTE SMILET

Siden smilet ikke begrenser seg til kun tenner, men også inkluderer resten av kjevepartiet og leppene, er det helt naturlig at tannleger tilbyr sine kunder et helhetlig behandlingstilbud.

Har du pasienter med:

- “Gummy smile”
- Arr etter traume, akne e.l.
- Skjeve lepper
- Tynne lepper
- Rynker/linjer i leppekonturene

Cosmedic AS tilbyr kurs i btx- og hyaluronsyrebehandlinger til både tannleger, leger og sykepleiere. Vi har ulike kurs for ulike erfaringsgrader. Vi opplever at forbruker synes det er trygt å snakke med en seriøs aktør som tannlegen om dette temaet, siden tannleger er kjent for å være eksperter på symmetri og naturlig vakre smil.

For mer informasjon, ta gjerne kontakt med Cosmedic per **tlf: 24 11 29 00** eller **e-post: ordre@cosmedic.no**.

“Få vet bedre enn tannlegene hvor viktig det er å ha et vakkert smil, og hvor hemmende det kan oppleves når man ikke liker sitt. Man tenker gjerne at hyaluronsyrefillere og btx er for Hollywood-stjerner, men sannheten er at helt vanlige mennesker også kan nyte godt av disse behandlingene, når de utføres av seriøse aktører, som fokuserer på symmetri og et naturlig resultat.”



Hiv og aids:

Fremdeles usikkerhet rundt smittefare

Mange hivpositive opplever stigmatisering når de er åpne om diagnosen. Også hos helsepersonell finnes det fordommer, og tannleger er fortsatt intet unntak – selv om det rapporteres om færre dårlige opplevelser enn tidligere.

Anbefalingene med hensyn til rengjøringsprosedyrer er så å si helt like for smittepasienter som for alle andre. Det er derfor ingen grunn til å ta seg ekstra betalt eller sette inn utvidede tiltak, sier leder i Vest-Agder Tannlegeforening, Mariann Hauge.

Etter flere henvendelser fra Brukerstyrt poliklinikk for hivpositive ved Sørlandet sykehus HF, har lokalavdelingen informert om smittevern ved hiv og aids gjennom sitt lokale fagblad og på Facebook.

– De aller fleste er nok klar over hvilke anbefalinger som gjelder i dag, men det er noen som ikke har fått med seg endringene. Dette viser viktigheten av den obligatoriske etterutdanningen. Tidligere kløret man ned klinikken etter å ha behandlet pasienter med hiv-smitte. Dersom man følger dagens anbefalte rutiner skal man føle seg trygg uansett hvem man har i stolen. Smittevernrutinene trenger ikke lenger gå på bekostning av hensynet til de hivpositive, sier Hauge.

Hun understreker blant annet viktigheten av å gi hivpositive, i likhet med alle andre, et tilbud om time på et tidspunkt som passer pasienten best, og ikke siste time på dagen.

Mangler kunnskap

Brukerstyrt poliklinikk for hivpositive ble etablert i 2013 under ledelse av infeksjonsoverlege Ole Rysstad, og har i dag tilknyttet om lag 130 hivpositive fra Vest- og Aust-Agder. Målsettingen



Mariann Hauge er leder i Vest-Agder Tannlegeforening. Hun ber tannlegene gi hivpositive den tiden som passer pasienten best, og ikke den siste timen på dagen fordi det kanskje passer tannlegen best. Foto privat.

er å bistå pasientene i å ivareta deres fysiske og psykososiale behov.

– Det finnes lite kunnskap om hiv og aids i befolkningen generelt. Mange hivpositive velger å leve med hiv i hemmelighet, og er redde for å bli avslørt. Vi har sett at enkelte ikke engang forteller om sykdommen til fastlegen. En del gruer seg for å gå til tannlegen fordi de da oppfordres til å fortelle om sin hivstatus, sier sykepleier og hivkoordinator ved Sørlandet sykehus HF, Kristin Bårdsen Aas.

Hun deler stillingen med Solveig Helene Songe, også hun sykepleier.

– Hvordan er situasjonen for hivpositive i Norge i dag?

– Vi har hatt hiv i Norge i 30 år. Mange husker de store medieoppslagene om sykdommen fra 80- og 90-tallet, og vet lite om hiv anno 2014. Da sykdommen kom var den dødelig. I dag har vi medisiner, og hiv regnes som en kronisk sykdom som man kan leve med, sier Bårdsen Aas.

Liten smittefare

Antivirale medisiner gjør at man hos mange hivpositive ikke kan påvise aktivt virus i blodprøver. En velbehandlet hivpositiv med ikke påvisbart virus i blodet representerer liten smittefare for andre.

– Hivpositive kan få barn og barnebarn, og kan leve i samfunnet som alle andre. Hiv smitter ikke ved vanlig sosial omgang, ved å drikke av samme glass eller å dele toalett. Det smitter ikke ved kyssing eller klemming. Hiv smitter heller ikke dersom man bruker kondom ved sex, sier hun.

For å oppdage sykdommer og tilstander i munnhulen, anbefaler poliklinikken hivpositive å gå regelmessig til tannlegen.

– Hvordan blir hivpositive møtt hos tannlegen i dag?

– Vi har over flere år hatt en god dialog med Mariann Hauge i Vest-Agder Tannlegeforening. Bakgrunnen for at vi tok kontakt første gang, var da en nyoppdaget hivpositiv opplevde å bli

avvist på telefon hos sin faste tannlege etter å ha opplyst om at han var smittet. Historien er dessverre ikke unik, sier Bårdsen Aas.

Blant opplevelsene pasientene rapporterer om, er tannlegekontor pakket i plast, og tannleger som bruker ekstra verneutstyr. Noen hivpositive erfarer å få siste time på dagen, og at de må betale ekstra for spesialrengjøring.

– For et par uker siden fortalte en hivpositiv at tannhelsesekretæren unnagikk å ta ham i hånden da han ville håndhilsen, sier Bårdsen Aas.

Det er ikke bare hivpositive som opplever slike holdninger. En pasient ved Sørlandet sykehus HF som har gjennomgått en vellykket hepatitt C-behandling og er kurert for sykdommen, har gjentatte ganger etter dette måttet betale ekstra for «smitteforebyggende tiltak» hos tannlegen. Begrunnelsen som ble gitt, var «å beskytte personalet for sikkerhets skyld».

Har krav på refusjon

Hivpositive har krav på å få dekket offentlig takst for infeksjonsforebyggende tannbehandling etter Folketrygdloven § 5–6. I følge Bårdsen Aas kan det virke som om det ikke foreligger

klare retningslinjer for hva som er infeksjonsforebyggende, og at det er opp til tannlegen selv å vurdere dette.

– Resultatet er at enkelte hivpositive har måttet kjempe en lang kamp for å få dekket slik tannbehandling. Noen har hatt så dårlig tannstatus og store problemer med å tygge at de har gått ned i vekt i ventetiden, sier Bårdsen Aas.

Hun er sikker på at de uheldige episodene noen hivpositive opplever hos tannlegen skyldes uvitenhet og mangel på kunnskap hos helsepersonell.

– Det er viktig at alt helsepersonell har nok kunnskap slik at de kan møte sin egen smittetrykkt på en ordentlig måte. Hvis behandler er trygg på seg selv, vil han kunne møte pasientene på en god og profesjonell måte. Det er helt nødvendig dersom man skal klare å redusere irrasjonelle handlinger og stigmatisering av hivpositive i helsevesenet i dag, sier Bårdsen Aas.

Færre henvendelser

– Generelt kan vi si at alle helsearbeidere som ikke driver med infeksjonsmedisin trenger mer informasjon om hvordan hiv smitter, og ikke minst hvor langt man er kommet med hensyn til

pasienter som er på såkalt vellykket behandling. Disse er smittefrie, sier juridisk rådgiver i HivNorge, Johan P. Hougen.

Han understreker at antallet henvendelser vedrørende hivpositive som har dårlige opplevelser hos tannlegen er blitt færre enn de var for noen år siden, men sier at HivNorge stadig mottar henvendelser når det gjelder refusjonsordningen fra HELFO.

– Noen tannleger er rett og slett ikke kjent med at hiv og aids kommer inn under infeksjonsforebyggende tannbehandling som kan gi rett til stønad fra folketrygden. Fra flere tannleger vi er i kontakt med, hører vi også at oppgjøret tar veldig lang tid fra HELFOs side, sier Hougen.

Han mener informasjon er nøkkelen til å unngå stigmatisering av hivpositive, og at hiv og aids bør bli en større del av utdanningen for helsearbeidere.

Tannlegeforeningen tilbyr internettkurset «Smittevern» for den som ønsker å oppdatere seg på dagens regelverk og myndighetenes anbefalinger med hensyn til smittevern på tannklinikken.

Tone Elise Eng Galåen

Besøk oss på www.colteneblogg.no for mer informasjon

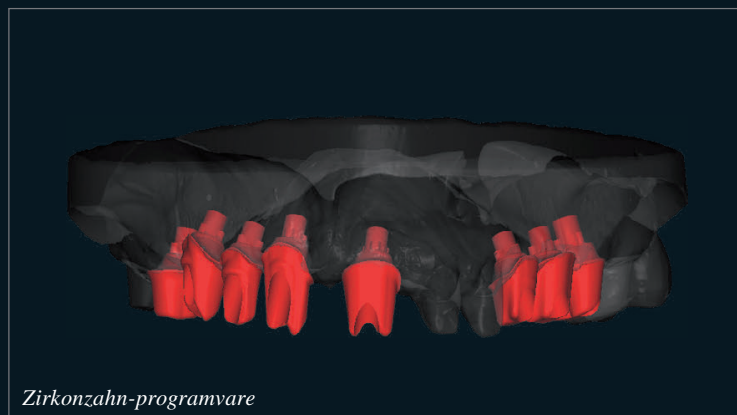
COLTENE®



Raw-Abutment®



Holder for Raw-Abutment®



Zirkonzahn-programvare

RAW-ABUTMENT®

STØPTE TITANDISTANSEEMNER

- Støpte titandistanseemner til produksjon av individuelle distanser i grad 5 titan
- Rask produksjon (bare 20 minutter per distanse med Milling Unit M1 Abutment)
- Perfekt passform på grunn av industrielt prefabrikkerte implantatkoblinger
- Distansegeometriene kan defineres fritt
- Produsert av svært biokompatibel grad 5 titan (ASTM-standard)
- Kan bearbejdes med Milling Unit M1 Abutment
- Anodiserbar i forskjellige farger (f.eks. gullfarget) med Titanium Spectral-Colouring Anodizer
- Tilgjengelighet avhenger av implantatsystem – utvalget utvides stadig



Raw-Abutment® gullfarget med anodisering

Fortjent heder til Leif Arne Heløe

Heløe er trolig mest kjent blant tannleger som tidligere professor i samfunnsodontologi ved UiO, visepresident i NTF og sosialminister, men han har også vært fylkesmann i Troms, adm. direktør i Norges almenvitenskapelige forskningsråd (NAVF) og har hatt en rekke verv innen kunst- og kultursektoren. Nå er han dessuten blitt Kommandør av Den Kongelige Norske St. Olavs Orden.

Overrekkelsen av ordenen foregikk i regi av NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) i instituttets lokaler i Forskningsparken, like ved Gaustad i Oslo. At NIBR hadde hånd om arrangementet, skyldes at Leif Arne Heløe har arbeidet der som såkalt tilknyttet forsker siden han ble pensjonert fra stillingen som fylkesmann i 2000.

Den Kongelige Norske St. Olavs Orden tildeles som «belønning for utmerkede fortjenester av fedrelandet og menneskeheten». Dette kunne kansellisjef på Slottet, Mette Tverlid, fortelle da hun foretok den høytidelige overrekkelsen den 9. september 2014. Hun fortalte også at det utnevnes om lag 20 kommandører årlig, så dette er en dekorasjon som henger høyt.

Tverlid ga også en orientering om ordenen, dens historie og prosedyren for utnevnelser. Et ordensråd behandler søknader og foretar innstilling som fremmes for ordenens stormester, HM Kongen, som fatter endelig beslutning. Utnevnelsen av Heløe til kommandør ble vedtatt i rådmøte 14. mai og stadfestet av Kongen samme dag.

Kansellisjefen ga så en kortfattet oppsummering av Heløes utdanning, yrkesinnsats og de mange tillitsverv fra han var ferdig tannlege i 1956 til i dag, før hun overleverte kommandørkors og diplom. Og så fikk forslagsstillerne etter



Fra venstre: Morten Gjelten, direktør Norsk teater- og orkesterforening, Astrid Nøklebye Heiberg, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Mette Tverli, kansellisjef ved Slottet, Leif Arne Heløe, Trine Myrvold, forskningssjef ved NIBR og Richard Næss, generalsekretær i Den norske tannlegeforening. Foto: Inger Lise Næss, NIBR.

hvert ordet for å presentere Leif Arne Heløe ut fra sitt ståsted.

Statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg overbrakte kjærlig hilsen fra Tora Aasland, som var en av forslagsstillerne i egenskap av både fylkesmann og tidligere statsråd. Siden Aasland var forhindret fra å delta, gikk Nøklebye Heiberg inn i hennes sted, noe hun gjorde med glede. Hun hadde sin første periode som statssekretær da Heløe var sosialminister på 1980-tallet, og hun delte mer enn gjerne sine erfaringer fra den gang med forsamlingen.

– Da vi kom til Sosialdepartementet i 1981 lå proposisjonen om loven om kommunehelsetjenesten og ventet på en løsning, en virkelig hastesak. Og et år etter at Leif Arne Heløe var blitt statsråd, ble loven vedtatt, takket være et kompromiss om en tredeling av legenes lønn mellom kommune, folketrygd og egenandel fra pasientene, fortalte

hun. Andre utfordringer var en egenrådig helsedirektør, abortsaken, trygden og spørsmål om prioriteringer.

– Det var mange saker, men Leif Arne fikk utrettet mye. Den gangen var det én statsråd og to statssekretærer mens saksområdet i dag er delt på Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet med to statsråder og til sammen sju statssekretærer, avsluttet hun.

Men lov om tannhelsetjenesten sa statssekretæren ikke noe om, så NTFs generalsekretær, Richard Næss, måtte minne om at den også var en hasteoppgave for den nye statsråden. Samme dag som Heløe ble utnevnt til sosialminister, den 14. oktober 1981, skulle NTFs representantskap åpnes, og planen var at han skulle velges til president i foreningen.

– Jeg er blitt fortalt at dette ikke kom som en overraskelse på NTFs ledelse og

valgkomité. De hadde et par dager tidligere fått vite at man trolig måtte se seg om etter en annen presidentkandidat, så han og fortsatte:

– I Sosialdepartementet hadde det i en årrekke pågått arbeid også med en lov om tannhelsetjenesten, så da Leif Arne Heløe ble sosialminister, spredte det seg en ny optimisme i foreningen. Alle regnet nå med at det kommende lovforslaget ville være preget av kunnskap om tannhelsetjenestens forhold. Proposisjonen kom ikke over natten, og i dag vet vi at det skyldtes lov om kommunehelsetjenesten som først måtte vedtas, men den 25. mars 1983 la Heløe frem proposisjonen om tannhelsetjenesteloven. Saksordfører ble Johan Buttedahl, også han tannlege, og i løpet av to måneder fremla Sosialkomiteen sin innstilling, som var bortimot enstemmig. Den neste som hadde avvikende merknader og forslag, var Fridtjof Frank Gundersen (FrP). Hans uttalelse om at dette var en lov «skrevet av fylkestannleger for landets fylkestannleger» er blitt legendarisk. Loven ble imidlertid vedtatt i samsvar med Sosialkomiteens innstilling.

Generalsekretær Næss trakk også frem Heløes banebrytende innsats for befolkningens tannhelse og for etablering av samfunnsodontologi som eget fagområde i Norge. Den såkalte «Nord-Odal-undersøkelsen» om tannhelse-

situasjonen hos befolkningen i denne kommunen førte til doktorgrad i 1974, og året etter ble han utnevnt til professor i samfunnsodontologi, den første i Norden.



Gaven fra NTF var en litografi av Apollonia utført av Hans Normann Dahl. Fra venstre: generalsekretær Richard Næss, professor Per Gjerme, Leif Arne Heløe, professor Dorthe Holst og Berit Heløe, dr.odont. og tidligere redaktør av NTFs Tidende. Gjerme vikarierte en periode som leder for Institutt for samfunnsodontologi ved Den odontologiske fakultet, UiO, mens Heløe var statsråd. Stillingen ble senere overtatt av Holst som nylig er blitt pensjonist. Foto: Reidun Stenvik.

Leif Arne Heløe

- Født Harstad 1932
- Cand.odont. Oslo 1956
- Videreutdanning samfunnsodontologi 1971
- Dr.odont. 1974
- Skole- og distriktstannlege Harstad 1957–69
- Professor samfunnsodontologi UiO 1974–81 og 1987–88
- Sosialminister 1981–86
- Direktør Norges almenvitenskapelige forskningsråd (NAVF) 1988–91
- Fylkesmann Troms 1991–2000
- Forsker deltid Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) 2000–
- Visepresident NTF 1977–81, hovedstyremedlem 1975–77
- Medlem og leder av flere utvalg i NTF
- Æresmedlem NTF 1990
- Medlem Harstad kommunestyre 1960–69, ordfører 1968–69
- Styreleder Festspillene i Nord-Norge 1964–67, rådsordfører 1960–69
- Styreleder Hålogaland Teater 1971–73 og 1992–2000, styremedlem 2000–04
- Styreleder Riksteatret 1973–80
- Styreleder Statens Teaterhøgskole 1989–97
- Styreleder Norsk teater- og orkesterforening 1997–2004, styremedlem 1993–96
- Medlem av div. utvalg vedr. etablering av tannlegeutdanning i Troms, leder av interimsstyret for studiet 2000–03

Leif Arne Heløe har ikke glemt sitt nordnorske opphav og har både som yrkesutøver og i ulike tillitsverv arbeidet for landsdelens beste. Hans engasjement for tannlegeutdanning i Tromsø har pågått i en menneskealder.

– Når det gjelder det siste, har ikke vi i NTF vært helt på linje med ham hele tiden. Vi var skeptiske til etablering i Tromsø, men nå støtter vi denne utdanningen på linje med de to andre, i Oslo og Bergen. Det har vist seg at utdanning i Tromsø har betydd mye for rekruttering og stabilitet i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Norge, men vår bekymring for at det er vanskelig å skaffe lærere, har slått til, avsluttet Richard Næss før han la til at Heløe har vært æresmedlem i Den norske tannlegeforening fra 1990.

Neste taler var direktør i Norsk teater- og orkesterforening (NTO), Morten Gjelten. NTO er en bransjeorganisasjon innenfor musikk og scenekunst der Heløe har vært først styremedlem og så styreleder 1997–2004, og Gjelten mente at Heløes innsats innen kunst- og kulturlivet er så omfattende at den burde være mer enn nok til

å kvalifisere for utnevningen til kommandør.

– Leif Arne Heløe er en ruvende skikkelse i tanker, engasjement og virke på så mange ulike områder, sa han og brukte et prisme som metafor for å beskrive ham. Når lyset kommer inn fra ulike kanter, ser vi hans ulike sider som odontologen, politikeren, byråkraten, kunstleren, forskeren og familiemannen. Gaven fra NTO var et pledd, så meningen er vel at Heløe skal tillate seg å hvile litt på laurbærene.

Som den siste av forslagsstillerne kom forskningssjef ved NIBR, Trine Myrvold, som uttrykte stor glede og entusiasme over å ha hatt Leif Arne Heløe som en aktiv og produktiv samfunnsforsker ved instituttet i en årrekke.

– Han er som en Sareptas krukke og har kunnskaper og erfaring fra sitt mangesidige yrkesliv å øse av. Vi er så glad for at han fant oss da han gikk av som fylkesmann i 2000 og setter stor pris på hans produktivitet som forfatter av artikler, kronikker og lignende, sa hun.

Etter korte hilsener og gratulasjoner fra blant andre Halvard Bakke, styreleder for festspillene i Nord-Norge, og professor emerita Dorthe Holst som etterfulgte Heløe som professor i samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo, var det endelig hovedpersonens tur. Han takket for utmerkelsen, og han takket familien for støtte og inspirasjon, først og fremst Berit, kollega og kone i 56 år som hadde vært hans «viktigste korrektiv». Og han takket barn,

svigerbarn og barnebarn fordi det er godt å tilhøre en flokk – kanskje ikke minst viktig for Leif Arne Heløe som vokste opp som enebarn i Harstad. Han avslørte i den forbindelse at den legendariske SV-lederen, Hanna Kvanmo, som hadde vært hans trillepike i sin tid, kom med følgende uttalelse etter at et mistillitsforslag mot regjeringen Willoch bare fikk SVs to stemmer: «Æ sku ha trilla dæ på havet».

Heløe ga også uttrykk for at han hadde vært heldig og fått anledning til å leve et flerfaglig liv og drive tverrfaglig forskning der han både hadde «boret nord for 62. breddegrad», behandlet «politiske verkebyller» og bidratt til å «regulere underbittet i nordnorsk kulturliv».

Reidun Stenvik

**Forebyggende tannpleie
gir den beste tannhelse!**

*Plackers Twin har doble
tråder - dobbelt så effektivt!*

Plackers - grunnlaget for friskere tenner

For å unngå karies er det viktig å gjøre rent mellom tennene. Likevel bruker bare 1 av 5 tanntråd regelmessig. Plackers tanntrådbøyle gir enkel og effektiv bruk av tanntråd.

Plackers selges via alle større dentaldepoter i Norge. Ta kontakt hvis dere ønsker å bestille, få tilsendt prøver, brosjyrer og displaystativer eller få mer informasjon.

E-post info@plackers.no Tlf. +46 8 611 30 00
Nettside www.plackers.no

 **Plackers**
- den enkle måten!

SUNSTAR



PAROEX

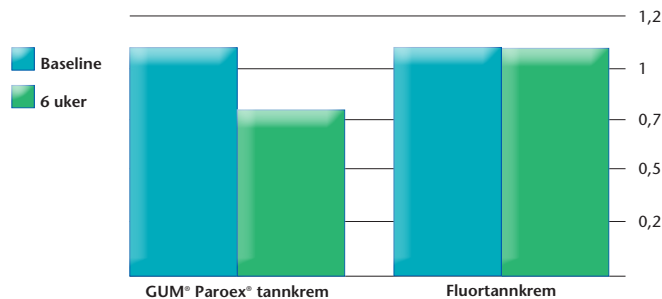
BESØK OSS PÅ NORDENTAL
16-18 OKTOBER (monter B05:28)

Har dine pasienter tannkjøttbetennelse?

Å skifte tannkrem er en god start!

GUM® Paroex 0,06 CHX tannkrem er den første antiseptisk tannkrem for langvarig bruk!

Klinisk bevist effektiv mot tannkjøtt sykdom*



I en nylig gjennomført studie med gingivittpasienter, fikk en gruppe pusset tennene med GUM® Paroex® 0,06% tannkrem med 1450 ppm fluor i 6 uker, og en annen gruppe fikk pusset tennene med vanlig fluortannkrem (1450 ppm).

RESULTAT:

Effekt: Etter 6 uker fant man en **signifikant gingivitt reduksjon (31%) hos pasienter som pusset tennene med GUM® Paroex® tannkrem**. I den andre gruppen kunne man ikke se noe forskjell i gingivitt hos pasientene som brukte vanlig fluortannkrem.

Bivirkninger: Ingen av pasientene i gruppene rapporterte om bivirkninger på misfarging av tenner eller smak.

* "Klorhexidin i lavdose - Et effektivt til daglig munhygiene? doc Per Ramberg, Sahlgrenska Akademien, Gøteborg universitet, Publ. i Tandhygienistidning nr 4.13

GUM® Paroex® 0,06% CHX TANNKREM

- God smak
- Inneholder både klorhexidin, CPC og Fluor (1450 ppm)
- **Dobbeltvirkende antibakteriell effekt** og kan brukes daglig over en lengre tid for de som trenger mer enn en vanlig tannkrem
- Pasienter bør børste tennene med **GUM® Paroex® 0,06% tannkrem** morgen og kveld, akkurat som med en vanlig tannkrem

For pasienter som trenger mer enn en vanlig tannkrem!



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

FDIs World Dental Congress, New Delhi, september 2014:

Verden går sakte fremover

World Dental Federation (FDI) representerer over en million tannleger fra hele verden, og arrangerer verdenskongress hvert eneste år. Dette er tannlegenes FN. Det betyr at det skjer viktige ting, og at det går langsomt.

For å trekke en parallell til norske forhold og NTF er en FDI-kongress både representantskap og landsmøte på en gang. Først det ene – og så det andre – og samtidig. Representantskapet, World Dental Parliament, holder det gående en hel uke, fra mandag til lørdag, mens kongressen med fagprogram og utstilling varer fra torsdag til søndag.

Til sammen var 17 000 deltakere innom årets kongress i Greater Noida cirka fem mil utenfor New Delhi. Det store flertallet var indere, og blant dem var det mange studenter.

Norske tannleger deltar i liten grad på FDI-kongresser, men det er alltid en liten gruppe som følger fagprogrammet og går på utstillingen – og ellers tar det



FDIs president Dr. Tin Chun Wong fra Hong Kong ved åpningen av FDI-kongressen i Greater Noida, utenfor New Delhi. 16. oktober kommer hun til åpningen av NTFs landsmøte på Lillestrøm.

som en tur til utlandet og benytter anledningen til å være turister.

Politikk først

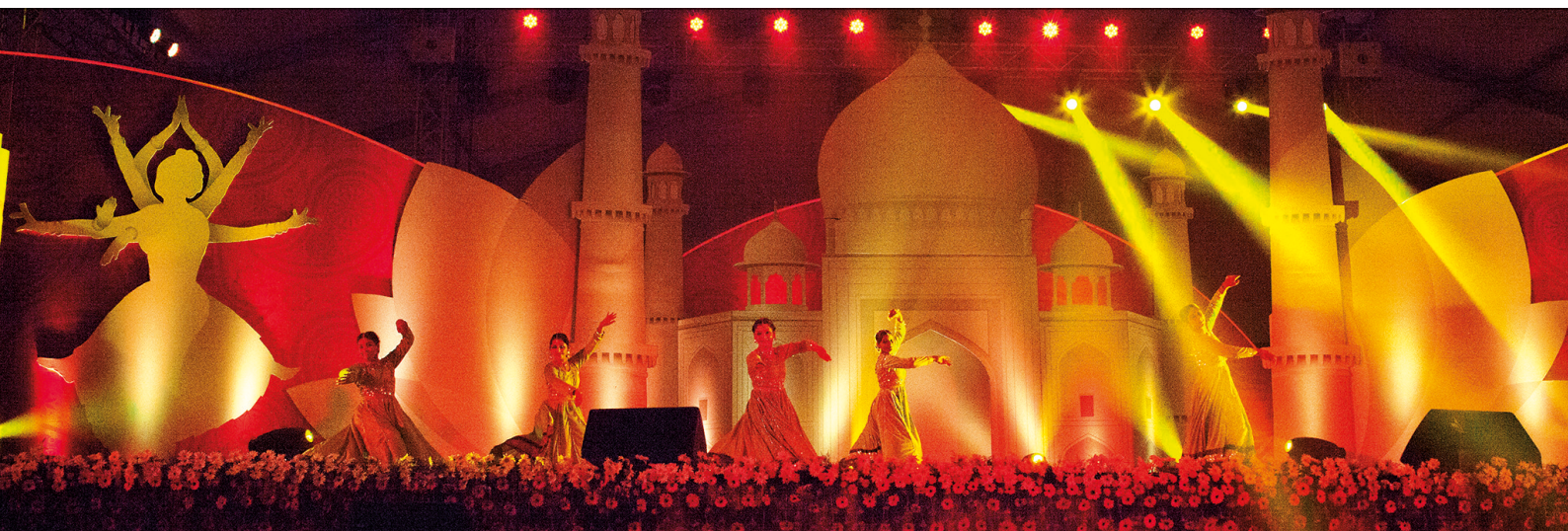
De første dagene, før fagprogram og utstilling åpner, er det bare representantskap – eller World Dental Parliament. Det vil si at delegater fra 138 land møtes og diskuterer seg frem til tannhelsepolitiske standpunkt innenfor ulike temaer, foretar valg til komiteer og råd og debatterer aktuelle temaer, som det kan komme beslutningsnotater om senere.

De norske representantene i New Delhi er NTF-delegatene Morten Harry

Rolstad og Harry-Sam Selikowitz, henholdsvis informasjonssjef i NTF og nestleder i FDIs vitenskapskomité (Science Committee), med NTFs utdanningssjef Øyvind Asmyhr og leder av NTFs fagnemnd, Berit Øra, som varadelegater.

Saksfremleggene til møtet ble sendt ut til delegatene i begynnelsen av juli, og Rolstad har innhentet kommentarer fra det norske fagmiljøet som han har med seg til FDI-møtet i New Delhi. Når sakene presenteres på Open forum, der delegatene diskuterer seg frem til beslutningsdokumentene som generalforsamlingen senere skal stemme over,

Åpningsseremonien hadde innslag av dans som illustrerte ulike epoker i Indias historie.



viser det seg at enkelte av endringene som er foreslått fra norsk hold allerede er med i de nye saksfremleggene, slik at de norske delegatene slipper å argumentere for disse. Det er bra, for det tar tid å nå igjennom med endringsforslag. Det er mange som mener noe, og det files og files på formuleringene før en endelig har et forslag som skal opp for generalforsamlingen – som er den samme forsamlingen som deltar i diskusjonen på Open forum, men da med beslutningsmyndighet.

Altså, sakene diskuteres på Open forum. Man blir enige om hvilken tekst det skal stemmes over på generalforsamlingen. Systemet fungerer, og det tar sin tid.

Forsamlingen er stor og sammensatt. Forskjellene delegatene imellom er naturligvis mye større enn på et møte i NTFs representantskap. Det skiller mer mellom eksempelvis Sverige og Mocambique enn mellom, atter eksempelvis, Romerike og Troms. Det gjelder både utseende og klesdrakt, som gjerne er av den tradisjonelle sorten for mange av delegatene på FDI, og ikke minst gjelder det tannhelsevirkeligheten en forholder seg til i det enkelte land.

På benkeraden foran Tidende, der vi følger diskusjonene på New Delhi-konferansen, sitter for eksempel visepresidenten i Mocambiques tannlegeforening. I hans forening er det ti medlemmer står det i FDI's årsrapport for 2013. Når jeg spør ham hvor mange tannleger det finnes i landet svarer han 120. Og hvor mange mennesker skal disse 120



Det skulle ikke være noen tvil om hva som foregikk innenfor dørene her. 17 000 tannleger fant veien til kongressenteret i Greater Noida.

tannlegene ta seg av, spør jeg? 22 millioner er svaret. På den måten blir det ikke mange behandlingsminutter på hver enkelt innbygger. Flertallet av innbyggerne i dette landet sørst i Afrika vil med andre ord ikke komme til tannlegen noen gang i hele sitt liv. Slike eksempler er det mange av.

De aller aller fleste av delegatene på FDI representerer land der karies er et kjempeproblem. Amalgam er det viktigste og ofte det eneste fyllingsmaterialet og tannlegetettheten er himmelvidt fra den virkeligheten vi kjenner i Norge.

Like fullt er det mange felles problemstillinger å diskutere, og hver gang

FDI-delegatene møtes bringes verden et lite stykke fremover, i retning av en bedre tannhelse for hele verdens befolkning.

På årets kongress ble det vedtatt seks policy statements. Feltene der verden ble brakt et lite felles skritt fremover denne gangen er: svangerskapstiltak og spebarnstannhelse, vannfluoridering, implantater, strålevern, amalgam og kvikksølvminimalisering samt hiv og aids – tidlig diagnostisering og omsorg. Fem av dokumentene ble stemt frem med stort flertall, mens implantatdirektivet gikk igjennom med bare én stemme overvekt. Her vil FDI's vitenskapskomité (Science Committee) umiddelbart gå i gang med å arbeide frem et nytt dokument. I tillegg ble det vedtatt ny strategisk plan for FDI, for årene 2014–17.

Eldres tannhelse

En relativ nykomling på FDI-konferansen er World Dental Forum som så dagens lys for første gang på FDI-konferansen i Istanbul i fjor.

Her er hensikten å debattere et aktuelt tema, uten å fatte beslutning eller lage en felles uttalelse, men for å identifisere temaer og retninger for videre debatt. I år var temaet eldres tannhelse, eller gerodontologi.

Tre land har nå det som defineres som en supergammel befolkning, det vil si over 20 prosent av befolkningen er over 60 år: Italia, Japan og Tyskland – og uten unntak: alle land i hele verden opplever at befolkningen blir eldre,



Dr. Cécile Masiata Thamba, representant fra Den demokratiske republikk Kongo-Kinshasa. Antall tannleger: 300. Befolkning: 77,5 millioner.



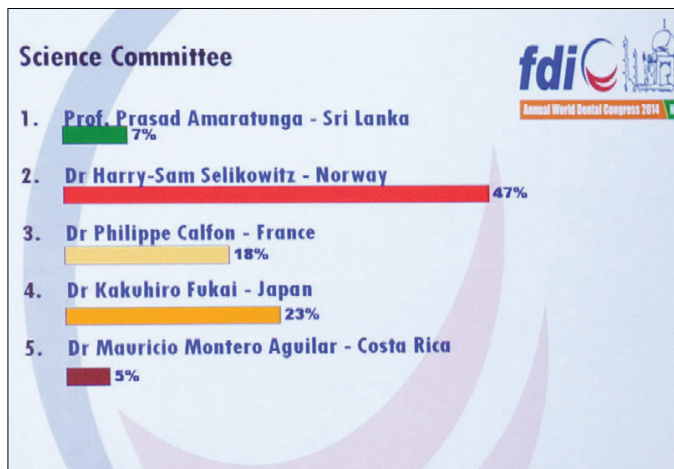
Dr. Hemalatha Ahuja, retired surgeon commander, Indian marine, Bangalore. Representant fra India. Antall tannleger: 50 000. Antall spesialiteter: 10. Befolkning: 1,2 milliarder.



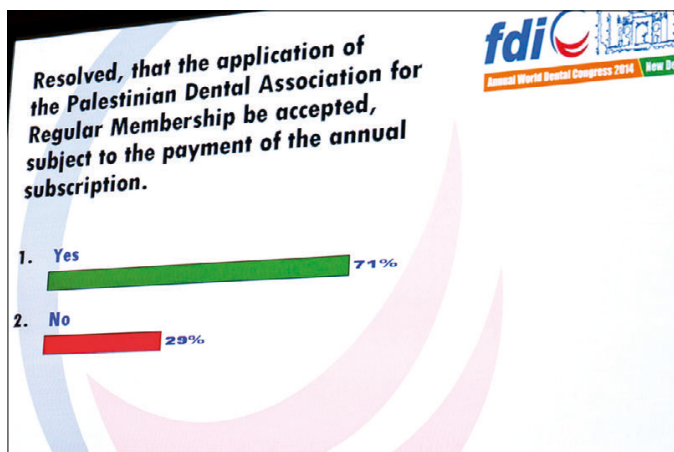
Dr. Idegamz Az, representant fra Japan. Antall tannleger: 94 000. Antall spesialiteter (specialized fields): 21. Befolkning: 127 millioner.



Sam Selikowitz presenterer sitt eget kandidatur i håp om å bli gjenvalgt som medlem i FDI's Science Committee.



Palestinas tannlegeforening ble valgt inn i FDI med stort stemmeflertall.



Selikowitz fikk 47 prosent av stemmene allerede i første valgrunde og ganske snart var den overlegne seieren et faktum.

eller at en større del av befolkningen blir eldre. I India er 96 millioner over 60 år, et tall som stiger til 133 millioner i løpet av ti år.

Som følge av flere eldre og en større andel eldre er det ikke nødvendigvis slik at befolkningen blir sykere. Mange tar med seg friskheten fra ungdommen og voksenlivet med seg over i alderdommen.

Like fullt er det temaer innen oral helse som er spesifikke for den eldre delen av befolkningen, og dette bør reflekteres i utdanningen av tannleger,

slo forsamlingen fast. Utdanning er altså et av hovedtemaene, ved siden av finansiering av tannhelsetjenester for eldre og tilstrekkelig bemanning til å ta seg av oppgavene.

Ny internasjonal database for oral helse

12. september ble FDI Data Hub lansert, som en videreføring av 2009-suksessen Oral Health Atlas. FDI Data Hub sam-

menstiller data fra flere internasjonale kilder, inkludert Verdens helseorganisasjon (WHO), Niigata University, Malmö Universitet, Verdensbanken og Globocan. Hensikten er å gjøre globale oralhelsedata lett tilgjengelige på ett sted til nytte for tannleger, andre helseprofesjoner, politikere, medier og folk flest. FDI Data Hub presenterer kart og





Dr. Ahmed BA, representant fra Mali. Antall tannleger: 50. Befolkning: 16,5 millioner.



Lørdag morgen debatterte World Dental Forum eldres tannhelse.

tabeller over tilgjengelige data som kan søkes via indikatorer basert på land, geografisk region og årstall.

Presidenten kom til FDI-konferansen

Til åpningen av FDI-kongressen kom Indias president, Pranab Mukherjee. Den 78 år gamle æresgjesten underslo ikke at India står overfor store utfor-

dringer på tannhelsefeltet. Mukherjee etterlyste også en revolusjon, på linje med det landet opplever innen landbruk og øvrig utvikling av landsbygda.

For det skjer ganske mye i India for tiden og befolkningen er tydeligvis optimistisk med tanke på fremtiden, ikke minst etter at de fikk ny statsminister i mai. Narendra Modi (64) er

kjent for å ha startet livet med å hjelpe sin far med å selge te ved en jernbanelinje. Som barn og tenåring drev han sin egen tebut ved en bussterminal. Læreren hans skal ha sagt at han var en gjennomsnittlig student og en god debattant, med interesse for teater.

Så ble det altså politikk.

Fakta om FDI

- FDI World Dental Federation representerer over en million tannleger over hele verden.
- Rundt 200 nasjonale tannlegeforeninger og spesialistgrupperinger fra 130 land er medlemmer.
- NTFs medlemmer er medlem av FDI gjennom sitt medlemskap i NTF.
- The FDI Annual World Dental Congress arrangeres årlig, på ulike steder i verden.
- FDI samarbeider med Verdens helseorganisasjon (WHO) og er medlem av World Health Professionals Alliance (WHPA).
- FDI's visjon er 'leading the world to optimal oral health'.
- FDI's formål er:
 - To be the authoritative, professional, independent, world-wide voice of dentistry.
 - To promote optimal oral and general health for all peoples.
 - To promote the interests of the Member Associations and their Members.
 - To advance and promote the art, science and practice of dentistry.
- Les mer på www.worldental.org.





World Dental Parliament består av delegater fra alle FDI's nasjonale medlemsorganisasjoner.



Dr. Lupe Salazar Zurita, representant fra Panama. Antall tannleger: 950. Befolkning: 3,6 millioner.

Modi karakteriseres som Hindu-nasjonalist, og kontroversiell både nasjonalt og internasjonalt -kritisert for ikke å gå lenger i å forhindre opptøyene i delstaten Gujarat i 2002, der han startet karrieren som politiker. I disse dager er det en situasjon med muslimske internett fordrevne han kritiseres for ikke å løse på en god måte.

Samtidig hylles Modi for sin økonomiske politikk, som har gitt rask vekst i Gujarat – noe man håper vil skje også i resten av India med ham som statsminister.

FDI-presidenten kommer til Norge

FDI's president, Tin Chun Wong fra Hong Kong, kommer til Norge i oktober. De som kommer til NTFs landsmøte og åpningsseremonien der vil få se og høre henne, og hvilket budskap hun ønsker å formidle til norske tannleger.

Norske helsemyndigheter synes besøket av FDI's president er så viktig at øverste embetsmann i Helse- og omsorgsdepartementet, departementsråd Bjørn-Inge Larsen har satt av tid til

å møte henne for samtaler. Det samme har divisjonsdirektør for folkehelse-saker i Helsedirektoratet, Knut-Inge Klepp.

Henter foredragsholdere og ideer

Fagprogrammet på FDI-konferansen er stort og rikholdig. NTFs utdanningsjef Øyvind Asmyhr og fagnemndsleder Berit Øra går på så mange forelesninger de kan, for å få oversikt over hva som er på dagsorden internasjonalt, og identifisere mulige foredragsholdere til kurs og foredrag i NTF-sammenheng.

– Noen av foreleserne vi møter på i FDI-sammenheng, både de som er kjente for oss fra før og nye som dukker opp, er folk vi uten tvil kan bruke i forbindelse med kurs for NTFs medlemmer. De snakker om ting som er høyst relevante også for norske forhold. Vi har hentet hjem både europeere og amerikanere fra tidligere FDI-programmer, og det har vært vellykket. Samtidig er det også slik at ganske mye av det som foregår på fagsiden her i New Delhi har en asiatiske vinkling, og inn-

hold som ikke er direkte relevant for norske tannleger. Like fullt kan vi plukke opp temaer fra disse forelesningene som vi kan arbeide videre med og tilpasse norske forhold. Vi får med oss mange ideer fra FDI-konferansene, som utvikles videre og blir til kurs for norske tannleger på NTFs landsmøte og i andre sammenhenger, forteller Asmyhr og Øra.

Gjenvolgt til vitenskapskomiteen

Harry-Sam Selikowitz, som kaller seg Sam til vanlig, har sittet i FDI's vitenskapskomité, eller Science Committee i tre år. Der har han utrettet mye både i og utenfor møtene, og det er blitt lagt merke til. Det er for eksempel Science Committee som står bak og formulerer de tidligere omtalte policy statements, som debatteres av FDI-delegatene og stemmes over på generalforsamlingene.

I år var Selikowitz på valg for sin andre periode i Science Committee, og de norske delegatene sto på for





Dr. Ralf Wagner, representant fra Tyskland. Antall tannleger: 56 000. Antall spesialiteter: 2.. Befolkning: 80 millioner.



NTFs informasjonssjef Morten Harry Rolstad tok ordet ved flere anledninger.

å fremme hans kandidatur ved å dele ut brosjyrer og snakke varmt ved enhver mulig anledning, under møtene, i pausene og ikke minst på kveldstid da det var mottakelser med henholdsvis amerikansk, fransk, japansk eller tysk vertskap.

Mest gjorde naturligvis Sam Selikowitz selv. Og det meste som kunne gjøres for å sikre valgseieren var også naturligvis gjort allerede, i form av innsatsen han har lagt ned før og i løpet av de tre årene han har vært aktiv i komiteen. I presentasjonen av seg selv dagen før valget la han vekt på å snakke om hovedtemaene han utrettelig engasjerer seg i. Det dreier seg om utjevning av ulikheter innen oral helse i verden, synliggjøring av at ikke-smittsomme sykdommer og orale sykdommer har flere felles risikofaktorer og at det kreves en felles tilnærming, samt at tannlegene må tilstrebe å ta del i interdisiplinære helseteam.

Det er Selikowitz og NTF, ved informasjonssjef Morten Harry Rolstad, som skal ha æren for at ikke-smittsomme

sykdommer (non-communicable diseases (NCDs)) i det hele tatt er kommet på dagsorden innen FDI, og for, som følge, at oral helse er knyttet til temaet NCD innenfor FN-systemet.

NCDs er den største enkeltårsaken til for tidlig død, og byrden av ikke-smittsomme sykdommer er stor både for enkeltpersoner og for stater, er Sam Selikowitz' budskap. Det er sammenhenger mellom systemiske sykdommer og ulike NCDs. Her må en bruke felles risikofaktor-tilnærmingen, er hans budskap videre. Tannlegen må som følge av dette inkluderes i det generelle folkehelsearbeidet. Dette må bli en større del av tannlegens rolle, sier Selikowitz. Noe som er helt på linje med et av NTFs siste utspill, der det tas til orde for at tannleger for eksempel skal begynne å måle blodtrykk når det synes relevant.

– For hvordan kan tannlegene delta? Jo, ved forebygging, tidlig diagnose og kontroll. Tannleger møter en stor andel av befolkningen regelmessig og har mulighet til å bidra til å øke deres

bevissthet rundt helse. Tannleger kan også kombinere sine tiltak med annet helsepersonell i samarbeidsprosjekter.

Og valget av NTFs representant til FDI's Science Committee gikk som det skulle. Da valgdagen kom, lørdag 14. september, gikk det veien så å si med en gang. Selikowitz var en av seks kandidater som ønsket plassen det var snakk om. Vår mann innkasserte 47 prosent av stemmene i første omgang, og ganske snart var utklassingen et faktum. Sam Selikowitz er medlem og nestleder av Science Committee i tre år til.

Palestinsk medlemskap

FDI's parlament tar også stilling til opp- og nedtak av nye medlemmer. Det er de ulike lands tannlegeforeninger og også enkelte spesialistforeninger som utgjør medlemsmassen i FDI.

Et kontroversielt kandidatur denne gangen var Palestinas tannlegeforening. Det ble tatt til orde for at dette dreide seg om politikk og ikke om tannhelse og at storpolitikk burde holdes utenfor FDI. Ikke uventet kom disse





Lunsjpausen benyttes her til et nordisk møte.

innvendingene fra Israel og USA. Motargumentene gikk i motsatt retning: La oss konsentrere oss om folk og deres tannhelse. Nå er det den palestinske befolkningen det gjelder og deres rett til tannhelse på lik linje med andre folk. Palestinas tannlegeforening ble valgt inn med stort flertall.

FDI 2015 i Bangkok

Neste år er det Thailand og Bangkok tur til å arrangere FDI-konferansen, for første gang. Det vil skje i perioden 22.–

25. september. Vertskapet for 2015-kongressen presenterte seg under en lunsj lørdag 14. september.

Arrangøren la vekt på å forsikre mulige deltakere om at det ikke er noen grunn til frykte hverken politisk uro eller noe annet ubehagelig i forbindelse med neste års kongress. I sin iver kom talspersonen også til å si at landet til og med er kvitt alt som heter lommetyver.

Mer sannsynlig er det vel at transporten til og fra kongressenteret vil gå mer smertefritt enn det vi opplevde

i Greater Noida, utenfor New Delhi nå i september 2014. Bangkok-arrangøren forsikrer i hvert fall at transporten neste år skal gå raskt og forsinkelsesfritt med Sky Train, og ønsker all verdens tannleger hjertelig velkommen til en ny internasjonal samling neste år, med politikk, fag og godt samvær.

Tekst: Ellen Beate Dyvi

Foto: Kristin Aksnes



Du vil aldri ha samme syn
på tannkrem igjen...



Vi introduserer Oral-B PRO-EXPERT En tannkrem med mange fordeler



Den første og eneste tannkrem som inneholder stabilisert tinnfluorid og polyphosphat. Kombinasjonen av disse forsterker tannkremens fordeler. Mindre bakterievekst, sensitivitet og erosjoner. 15 år med forskning og over 70 kliniske studier har hjulpet med å validere denne nye tannkrem innovasjonen.

For å lære mer, besøk oss på www.dentalcare.com

Fortsatt god tannpleie etter besøket hos deg



- ✓ Størst på formidling av tannteknikk
- ✓ Flere laboratorier å velge mellom
- ✓ Ved hjelp av vår app, kan du følge arbeidet ditt "hele" veien
- ✓ Budtjeneste over HELE landet
- ✓ Online bestilling
- ✓ Vi tar imot dine digitale avtrykk



Fornøyde kunder
har gjort oss til Norges største
formidler av tannteknikk!

Næringspolitisk forum, Gardermoen 5.-6. september 2014:

Solid sykeforsikring og brutalt arbeidsmarked

Deltakerne på Næringspolitisk forum fikk en grundig innføring i Tannlegenes gjensidige sykeavbruddskasse og ESA-saken, og det ble presentert kasi fra tannlegenes arbeidshverdag som kan tyde på en mer brutal arbeidsvirkelighet enn tidligere.

Næringspolitisk forum arrangeres av NTF ved Sentralt næringsutvalg (SNU) i september hvert år. En representant for de privatpraktiserende tannlegene i hver lokalforening deltar, sammen med SNU, representanter fra NTFs hovedstyre, sekretariat og eventuelle gjester.

Næringspolitisk forum er tenkt å være et sted hvor de privatpraktiserende tannlegene utveksler erfaringer og diskuterer og blir orientert om saker av spesiell interesse for privat sektor.

Sykeavbruddskassen er solid – og premien bør økes?

Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse (TGS) eies av kundene, altså tannlegene, noe som gir et stabilt eierskap, som igjen er en fordel, innledet Sykeavbruddskassens nye styreleder, Jone Engh, som sammen med TGS' daglige leder Lasse Sørensen var kommet for å presentere TGS. Sistnevnte som er siviløkonom og lege kunne fortelle at legene er svært misunnelige på tannlegenes gode sykeforsikringsordning. De har ikke en tilsvarende gunstig ordning med god dekning og lav premie.

– TGS skal drives i tråd med tannlegenes interesser, sa Engh videre, det vil si at TGS skal dekke tannlegenes behov og ønsker.

Han understreket også at TGS har god dekning, og lave premier, god skadestatistikk og gode resultater. Man oppfylder kapitaldekningskravene, har god drift og er kort sagt en solid kasse.

– Når overskuddet er så stort kan vi kanskje få mer dekning enn vi har i



Sykeavbruddskassens daglige leder og styreleder, Lasse Sørensen og Jone Engh, fortalte om en solid forsikringsordning.

dag, da – uten å øke prisen? lød et naturlig spørsmål fra salen.

– Ikke nødvendigvis, nei. Som i alle livets forhold er det slik at alt har en pris. Og det må aldri bli sånn at en ordning blir for gunstig. Det skal lønne seg å være i arbeid. Akkurat som i velferdsstaten. Det skal ikke være gunstigere å motta uføretrygd eller sykepenger enn å være i jobb. Noe sånt er det få eller ingen som liker å være med å betale for. TGS er å betrakte som en velferdsstat i velferdsstaten. Kjennetegnet ved velferdsstaten er at de fleste bidragsyterne aldri får noe ut.

Veien videre for TGS vil være å fortsette det løpende arbeidet med å sikre at behov og ønsker dekkes, til en riktig pris.

Nye mulige produkter kan være å dekke drift for AS, assistenttannleger, gradert sykemelding og unge tannleger.

– Er det prisdifferensiering for alder, spurte en i salen?

– Nei, prisen er lik for alle, uansett alder eller kjønn, for den saks skyld. Premien regnes ut fra omsetning i praksisen og da blir hverken alder eller kjønn relevant.

Sykeavbruddskassen fikk tillatelse 8. oktober 2007 til å drive virksomhet som et gjensidig skadeforsikringsselskap. Det gjensidige forsikringsselskapet er en fortsettelse av Den norske tannlege-

forenings sykeavbruddskasse som opprinnelig ble etablert i 1970.

Sykeavbruddskassen driver direkte skadeforsikringsvirksomhet i form av dekning av driftsutgifter ved sykdom til medlemmer i Den norske tannlegeforening.

Sykeavbruddskassen er en selvstendig juridisk person og har engasjert firmaet Gabler Wassum til å forestå administrasjonen av selskapet, med Lasse Sørensen som daglig leder. Sykeavbruddskassen har også et eget valgt styre.

Sykeavbruddskassen er som forsikringsselskap underlagt tilsyn fra Kredittilsynet.

Tannlegeforeningen er engasjert som agent for sykeavbruddskassen. Tannlegeforeningen selger forsikringer, forestår inn- og utmeldinger, skadebehandling, utbetalinger og har det meste av kontakten med tannlegene som blir sykemeldte og gjør bruk av forsikringen.

Sykeavbruddskassen har i dag cirka 1700 medlemmer.

Høringen avsluttet i ESA-saken

NTFs advokat Elisabeth Scarpello ga en gjennomgang av ESA-saken lik den som ble gitt på Samfunnsodontologisk forum på Værnes i juni, og som er omtalt i Tidende nr. 7, på side 582.

Høringsfristen på lovendringsforslaget fra Helse- og omsorgsdepartementet gikk ut få dager etter Næringspolitisk forum, og Tannlegeforeningen sendte sitt høringssvar ved fristens utløp.

Brutalisering av arbeidslivet

NTFs advokat og medlemsrådgiver Tone Galaasen hadde med seg noen eksempler fra dagens arbeidslivsvirkelighet for tannleger, slik en medlemsrådgiver i NTF får den presentert fra dem som har skoen på og kjenner hvor den trykker.

Spørsmålsformuleringene kan lede til å tro at det er klare svar på problemstillingene. Det er det ikke. Poenget er å gjøre klar over at disse tingene forekommer i norske tannlegers arbeidsvirksomhet, at det er svært viktig å vite om spekteret av muligheter for konflikter og problemer og kontraktsfeste så mye som mulig – og å mane til refleksjon:

– Er det jeg holder på med etisk forsvarlig, eller tenker jeg for mye på min egen lommebok, kan være et relevant å spørsmål å stille seg.

Foreldrepermisjon 1

En assistenttannlege skal ha foreldrepermisjon, og ønsker permisjon i 3 måneder. Praksiseier godtar ikke dette, og mener at assistenttannlegen må ta enten kortere eller mye lengre permisjon av hensyn til virksomheten. Assistenttannlegen ønsker å forhandle, for å finne en løsning som ivaretar hensynet til begge parter og pasientene. Praksiseier vil ikke forhandle, og sier opp samarbeidsavtalen med assistenttannlegen få uker før barnet blir født.

Til refleksjon og diskusjon: 1) Likestillings- og diskrimineringsombudet har tatt stilling til saken. Hva tror dere de konkluderte med? 2) Det ulovfestede lojalitetsprinsippet innebærer at det gjelder en gjensidig lojalitetsplikt i alle kontraktsforhold (rettslig standard). 3) Drøft partenes handlemåte med grunnlag i lojalitetsprinsippet, og ut fra en etisk/mellommenneskelig synsvinkel. 4) Er dere kjent med liknende eksempler fra tannlegebransjen?

Foreldrepermisjon 2

En assistenttannlege har hatt foreldrepermisjon. Praksiseier har hatt en annen assistenttannlege som «vikar» i permisjonstiden. Praksiseier vil beholde «vikaren», som fungerer bra og dessuten ikke har små barn. Praksiseier sier opp avtalen med assistenttannlegen, og begrunner dette med at hun ikke vil ha en assistenttannlege som sannsynligvis får mye fravær på grunn av syke barn.

Kontrakten har en etableringsrestriksjon/konkurrenseklausul som gjør at assistenttannlegen ikke kan etablere seg i kommunen de neste to årene. Praksiseier gir klar beskjed om at etableringsrestriksjonen gjelder, uavhengig av årsaken til at kontrakten er sagt opp.

Til refleksjon og diskusjon: 1) Kan praksiseier si opp kontrakten uansett begrunnelse? 2) Hva kan assistenttannlegen gjøre? Gjelder en etableringsrestriksjon/konkurrenseklausul i en slik situasjon? 3) Er dere kjent med liknende eksempler fra deres lokalforeninger?

Sykdom

En assistenttannlege har hatt kreft og har vært 100 prosent sykmeldt. Han er nå på vei tilbake i jobb hos praksiseier, og er 50 prosent sykmeldt de neste fire ukene som en opptrapping til 100 prosent jobb.

Sykeavbruddsforsikringen har dekket assistenttannlegens forholdsmevsige andel av virksomhetens kostnader mens han var 100 prosent sykmeldt. Praksiseier krever at assistenttannlegen fortsetter å dekke sin andel av driftskostnadene også når han er 50 prosent sykmeldt, selv om dette ikke dekkes av sykeavbruddsforsikringen i TGS. Partene er uenige om hvordan kontrakten skal fortolkes i forhold til dette.

Til refleksjon og diskusjon: 1) Hva synes dere er en rimelig løsning i en slik situasjon? Begrunn kort, og vektlegg hensynet til begge parter. 2) Er dere kjent med liknende eksempler fra deres lokalforening? 3) SNU har bedt om at TGS utreder en utvidelse av sykeavbruddsforsikringen, slik at forsikringen også dekker 50–100 pårosent sykefravær. Har dere synspunkter på forslaget? Bør forsikringen utvides selv om dette eventuelt fører til noe høyere premie?

Etableringsrestriksjoner

En praksiseier inngår en kombinert samarbeids- og intensjonsavtale med en assistenttannlege om at han etter et

år som assistenttannlege skal ha rett til å kjøpe seg inn i virksomheten. Avtalen er kort og ufullstendig, og inneholder ingen etableringsrestriksjoner. Når det nærmer seg et år sier assistenttannlegen opp avtalen, kopierer pasientlister og etablerer seg på den andre siden av gaten.

Til refleksjon og diskusjon: 1) Kan assistenttannlegen gjøre dette? 2) Hvem har ansvaret for en uklar kontrakt? 3) Hva kan praksiseier gjøre? 4) Er dere kjent med liknende eksempler fra deres lokalforening?

Språk

En utenlandsk, engelsktalende tannlege har etablert seg i nærheten av min praksis. Han kommer fra et EU-land og har norsk autorisasjon. Jeg har ingen holdepunkter for å si noe om hans faglige dyktighet isolert sett. Problemet er bare at han ikke snakker eller skriver norsk. Jeg har hørt rykter om at han bruker Google translate når han fører journal, og også at hans norske sekretær fører journal for ham. Jeg har en pasient som har vært hos ham, og som ikke forsto hva tannlegen sa. En del av mine pasienter har valgt å gå til ham fordi han har lavere priser enn meg, men det er ikke grunnen til at jeg reagerer. Jeg er redd for å bli beskyldt for å være ukollegial og redd for konkurranse, men er også redd for at språkproblemer kan være en fare for hans pasienter.

Til refleksjon og diskusjon: 1) Kan man jobbe som tannlege i Norge uten å kunne snakke og skrive norsk? 2) Hva ville dere har gjort i denne situasjonen? 3) Kan dere si noe om det rettslige grunnlaget som regulerer dette? 4) Er dere kjent med liknende problemstillinger i deres lokalforening?

Problemstillingene kan kanskje være interessante for Tidendes lesere å reflektere over også.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTEKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



SEND OSS DITT DENTALSKRAP

og kjøp NOOR smykker
til spesialpriser!
(Grunnet 25 års jubileum)



*Blå safirer og London blue topas
er herlige blå juvelfarger som fører
tankene til en dramatisk høsthimmel!*

Besøk www.noorsmykker.no for å se flere smykker.

Tlf: 64 91 44 00 Faks: 64 91 44 01 E-post: info@norskedelmetall.no Boks 184, 1401 SKI

VI KJØPER ELLER RAFFINERER:

- * Dentalgull
- * Gamle smykker
- * Barrer, granulat, mynter, m.m.
- * Skrapsølv / Sølvtoy

OPPGJØR ETTER EGET VALG:


- * Nytt Dentalgull
- * Gullbarrer - 24K
- * Kontanter
- * Avregning på nye smykker



VISSTE DU AT FISK KAN ERSTATTE KJØTT I MANGE RETTER?

Mange av oss spiser oftere kjøtt enn fisk. Helst bør man spise fisk til middag to-tre dager i uken. Lag for eksempel laksetaco, fiskeburger eller fiskewok. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 HelseDirektoratet

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

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





Innslagspunkt 6b, etisk problemstilling

Tidende nr 7 d.å. har kollegene Lasse Hove og Lise Kiil i Etisk råd tatt opp en interessant problemstilling vedrørende refusjon etter innslagspunkt 6b oral rehabilitering ved totalt tanntap i underkjeven på grunn av grav marginal periodontitt med dekkproteser på to implantater og etter det nye innslagspunkt 15 som gir refusjon til dekkprotese på to implantater for pasienter med helt tannløs underkjeve som på grunn av slag, allmennsykdommer, anatomi eller andre forhold ikke er i stand til å bruke løstsittende protese. Mister pasienten sine siste tenner på grunn av marginal periodontitt får pasienten følgende refusjon etter innslagspunkt 6b; kirurgi kr 9 320,- (2x4 660) + protetikkr 11 980,- (10 540 + 2x720) = samlet kr 21 300,-. Men får de laget dekkprotesen på tannløs underkjeve, der pasienten kanskje ett år i forveien har fått fjernet sine tenner hos annen tannlege og ikke selv vet diagnosen, får pasien-

ten etter innslagspunkt 15 følgende refusjon; kirurgi: kr. 19 500 og protetikkr. 22 550,-. I tillegg kan pasienten få kr. 9 970 for helprotese etter takst 321. Samlet kr. 52 020,-. Kollegene i Etisk råd tar opp den etiske problemstillingen tannlegene kan komme i ved å bli fristet til å fjerne de siste tenner med marginal periodontitt, la pasienten gå 6–7 måneder og så bruke innslagspunkt 15. En kan bli fristet til å be: «Fader H.dir, led oss ikke inn i fristelse». Dette er en etisk balansegang der regelverket lett kan lede oss inn i fristelse.

Men la oss tenke oss at pasienten med de to siste tenner i underkjeven med grav marginal periodontitt kommer til tannlege 1 som korrekt informerer om rettighetene for refusjon etter innslagspunkt 6b., samlet kr 21 300,.. Pasienten trenger også en ny hel overkjeveprotese som han selv må bekoste. Tennene ekstraheres og pasienten går med sin gamle og ombygde protese.

Men pasienten flytter og går til tannlege 2 etter ett års tid og ønsker dekkprotese på to implantater i underkjeven og ny protese i overkjeven. Han blir da korrekt informert av tannlege 2 om rettighetene til refusjon etter innslagspunkt 15 med refusjon kr. 52 020..

Begge tannlegene har opptrådt korrekt etter regelverket. Da må en spørre seg om ikke regelverket har feilet. Feil kan som kjent rettes opp. I dette tilfelle kan det gjøres meget enkelt ved neste revisjon av «det gule heftet». Min neste bønn til H.dir blir da: Marker setningen under innslagspunkt 15 der det står: «Stønaden ytes til personer som ikke fyller andre gjeldende vilkår for trygdens stønad til tannbehandling, (som eksempelvis stønad ved tanntap pga. periodontitt). Trykk deretter delete og lagre – så er problemet løst.

Bent Thv. Gerner

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: henvising@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/tumorer

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

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

NARKOSE AVDELING

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

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



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

Nytt marked – søvnapné

Sentrale personer i vårt fagmiljø har den siste tid diskutert om det er for mange tannleger på vei inn i det norske marked. Det er da gledelig å lese nytenkning/markedstenkning: «Tannleger bør få en enda viktigere plass i det forebyggende helsearbeidet. Det mener den norske tannlegeforeningen. Vi kan ta blodtrykk og måle blodsukker. Det gjøres faktisk allerede i en del andre land i dag. Her i Norge er det ikke aktuelt nå, men vi mener det hadde vært en god idé og at tannleger bør ha en viktigere plass i det forebyggende helsearbeidet, sier president i tannlegeforeningen, Camilla Hansen Steinum til P4 Nyhetene».

Høyt blodtrykk, diabetes, dagtrettighet, mange og alvorlige trafikkulykker

er ofte flere sider av samme sykdom: søvnapné. Allmenntannleger med tilstrekkelig kursing og med innkjøpt diagnostisk utstyr vil kunne bidra til mindre søvnapné og bedret folkehelse, færre døde og skadde i trafikkulykker og stor reduksjon i samfunnskostnader.

Medisinsk forskning og det medisinske miljø i Norge anerkjenner nå (omsi-der) effekten av skinnebehandling ved søvnapné. Og er det noe vi tannleger kan bedre enn andre klinikere er det avtrykk og skinner. I Sverige lages 15 000 skinner hvert år. En enkelt fabrikant av skinner (med leveranser globalt) vil i år produsere 40 000 skinner. I Norge er vi sinker. I Norge bør skinnebehandling bli mye mer utbredt. Tannleger må bidra mye mer.

Jeg skriver dette som privatperson, som medlem av NOSMED, men uten foreningsverv.

Skal det «bli fart» på skinnebehandling av søvnapné i Norge må dette markedet erkjennes. Kompetansen må utvikles. Og med flere tannleger på vei inn i markedet kan folkehelseinnsats fra tannlegers side bedre folks helse, bedre produktivitet, redusere antall trafikkulykker og i tillegg tjene tannlegestanden.

Jeg ber NTF ta tak i dette og henviser svært gjerne alle kollegaer og NTF til www.NOSMED.no

Øyvind Simonsen

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Fra kompetansesentre til «konkurransesentre»?

Tidende nr. 7, 2014 er det mye stoff om kompetansesentre. En artikkel omhandler kompetansesenteret i Bergen med det lange navnet Tannhelsetjenestens kompetansesenter vest, avdeling Hordaland som er i en «oppbygningsfase med forskning, rådgivning og veiledning» og skal åpnes offisielt i løpet av et års tid. Men klinikken der alle spesialiteter er representert, er allerede i funksjon med 40 ansatte foreløpig. Den holder til i samme bygg som Institutt for klinisk odontologi der utdanningen av tannleger foregår.

I en annen artikkel kan vi lese om Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge som er under utvikling og skal flytte inn i nye lokaler i løpet av høsten. Rekruttering av personell pågår, og direktøren håper å ha alle spesialiteter på plass i løpet av neste år.

Jeg har lest tilsvarende reportasjer om regionale kompetansesentre i *Tidende* tidligere uten at jeg har følt behov for å skrive et leserinnlegg om temaet. Det som har gått meg lyst til å kommentere denne gang, er ikke først og fremst disse artiklene, men en reportasje fra Samfunnsodontologisk Forum der direktør Kjell Røynesdal (HOD) holdt foredrag om tannhelsetjenestens fremtid med tittelen «Kommunereform og/eller ny tannhelsetjenestelov – hva nå?». I foredraget kom han også inn på kompetansesentre, for vi kan lese følgende: «Litt på siden av dette benyttet Kjell Røynesdal også anledningen til å rette et kraftig spark mot dem som etter hans mening motarbeider Tannhelsetjenestens kompetansesentre. Etter hans mening er det ikke hensiktsmessig å se på forholdene mellom universitet og kompetansesenter som en kamp om ressursene, men heller som en mulighet til å få til et samlet kunnskaps- og kvalitetsløft i hele tannhelsetjenesten.»

Kompetansesentre har også vært tema for lederartikkelen i de to siste numrene av OTF-nytt. Styreleder i Oslo

Tannlegeforening, Kjetil Strøm, har sin arbeidsplass som dobbelkompetansesenter kandidat på Institutt for klinisk odontologi (IKO) i Geitmyrsveien, og han ser med bekymring på planene om opprettelse av en stor klinikk for Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ) i Oslo hvor det blant annet skal foregå desentralisert spesialistutdanning. Strøm er skuffet over at hans forrige leder ikke har ført til en debatt rundt etableringen av en egen klinikk for TKØ, men han er glad for at han har bidratt til at «informasjon om hva som skjer med TKØ (er) kommet ut til våre medlemmer og til de ansvarlige i tannhelsetjenesten».

Ideen om å etablere odontologiske kompetansesentre utenfor de daværende fakultetsbyene, Bergen og Oslo, kom trolig fra Sverige der de i mange år hadde hatt slike sentre. På NTFs landsmøte i 1986 var dette tema for en paneldebatt der Anders Hugoson, leder for Odontologiska Institutionen i Jönköping, var en sentral deltaker som kunne orientere om virksomheten der. Andre deltakere var dekan ved fakultetet i Bergen, Ole Gilhuus-Moe, fylkestannlege i Troms, Finn Bye, generalsekretær i NTF, Arne Sollund og rådgiver i Helsedirektoratet Paul Christoffersen. Debatten ble ledet av NTFs president, Ingeborg Jacobsen, som var professor ved Oslo-fakultetet.

Alle var enige om at faglige sentre, med tilbud om etterutdanning, rådgivning, spesialistbehandling og forskning, kunne bli en vitamininnsprøytning for tannhelsetjenesten og trolig gjøre det mer attraktivt for tannleger å jobbe i distriktene. Fylkestannlegen i Troms pekte naturlig nok på landsdelens behov for kompetanse, og overskriften i *NTFs Tidende* ble «Nord-Norge peker seg ut». Det er interessant å legge merke til at Helsedirektoratets representant var noe nølende til ideen fordi han var redd en satsing på slike

sentre kunne medføre en nedprioritering av det forebyggende arbeidet forankret i tannhelsetjenesteloven, og han advarte også mot for stor spesialisttett-het.

Så gikk årene, og odontologiske kompetansesentre, først og fremst i Nord-Norge, var gjenstand for flere utredninger. De som er interessert i detaljer, kan finne en relativt utførlig beskrivelse i NTFs 125-årsberetning *Fra tannlegekunst til helseprofesjon*. Mitt inntrykk er at det i disse utredningene var enighet om at formålet var å øke tilgjengeligheten av tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester i landsdelen og bidra til økt rekruttering og stabilitet i Den offentlige tannhelsetjenesten. Desentralisert spesialistutdanning var aldri noe tema, så vidt meg bekjent, før vi i 1995 fikk en innstilling om *Fagsenter for odontologi i Nord-Norge*. Der står det blant annet følgende: «I samarbeid med de odontologiske fakultetene etableres videreutdanningstilbud slik at deler av videreutdanning i odontologisk spesialitet kan gjennomføres i Tromsø.» Fakultetene i Bergen og Oslo samt NTF ble invitert til å komme med innspill, og svarene ble vedlagt innstillingen. Alle uttalte seg positivt til opprettelse og hadde forståelse for behovet for å rekruttere spesialister til landsdelen, men pekte på problemer når det gjelder desentralisert spesialistutdanning fordi det i henhold til EØS-avtalen stilles krav om at slik utdanning må foregå innenfor et akademisk miljø.

Det skulle ta flere år før det ble noe kompetansesenter i Tromsø, men i 2003 ble Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) etablert. Og da ble også en treårig desentralisert spesialistutdanning i samarbeid med Avd. for kjeveortopedi ved Universitetet i Oslo (UiO) startet. Senere har TkNN flyttet inn i lokaler samlokalisert med tannlegeutdanningen i Tromsø, som ble etablert i 2004, og spesialistutdanningen

gen er selvhjulpen og trenger ikke bistand fra et annet «akademisk miljø».

I løpet av 2000-tallet er det etablert, eller under etablering, regionale odontologiske kompetansesenter i alle helse-regioner, men det har vist seg vanskelig å få i stand desentralisert spesialistutdanning ved kompetansesentrene. Så vidt jeg vet er det bare Avd. for kjeveortopedi, UiO, som har deltatt i et slikt samarbeid. I tillegg til Tromsø har det vært arrangert utdanning i Skien (Helseregion Sør) og i Trondheim (Helseregion Midt-Norge), men fortsatt er desentralisert spesialistutdanning en viktig oppgave for sentrene ifølge målbeskrivelsen på deres nettsted.

Siden TKØ og etableringen av en stor klinikk i Oslo har provosert styrelederen i OTF, har jeg lyst til å referere dette senterets målformulering:

Saksopplysning. Redaksjonen gjør oppmerksom på at fylkestinget i Akershus fylkeskommune (AFK) den 22.09.14 vedtok å avslutte samarbeidet med Tannhelsetjenestens kompetansesenter øst (TKØ). AFK vil i stedet samarbeide med Tannhelsetjenesten i Oslo om spesialisttjenester innen barnetannpleie.

Formålet med TKØ er å utvikle et regionalt odontologisk kompetansesenter som skal:

- sikre tilgjengelighet til spesialist-tannhelsetjenester og være henvisningsinstans
- drive rådgivning overfor en samlet tannhelsetjeneste og befolkningen i regionen
- drive desentralisert spesialistutdanning av tannleger
- bidra til forskning og faglig utvikling i tannhelsetjenesten
- bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i regionen
- drive etterutdanning av tannhelsepersonell

Og senteret skal være lokalisert i Oslo.

Etter det jeg kan forstå, ligger det i høyeste grad an til en konkurransesituasjon både overfor fakultetet som utdanner tannleger og tannpleiere og driver forskning, overfor NTF som er den viktigste aktøren når det gjelder etterutdanning av tannleger og øvrig

tannhelsepersonell og overfor privatpraktiserende spesialister i regionen. Dessuten virker det underlig at senteret skal bidra til rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell i en region der det mange steder allerede er for mange tannleger. Vi finner kanskje kommuner i Hedmark og Oppland som har problemer, men da burde kompetansesenteret heller vært lagt til Lillehammer.

Rekruttering av kompetente lærere er også en utfordring for tannlegeutdanningene både i Bergen, Oslo og i Tromsø, og da er det ikke enkelt med en universitetsøkonomi på sparebluss mens kompetansesentrene tydeligvis kan tilby lønn som ligger skyhøyt over det statlige regulativet.

Jeg mener at mitt spørsmål i overskriften kan besvares med ja og håper at det er mulighet for å få til en konstruktiv dialog mellom berørte parter og Helse- og omsorgsdepartementet.

Reidun Stenvik

SØVNSEMINAR

nos
med

Lørdag 15. november
kl. 10:00–16:00*
Thon Hotel Opera
Oslo

Kort gangavstand fra Oslo S for de som kommer med tog eller med fly til Gardermoen
Parkering:
Parkeringshuset Oslo S

* Inkludert lunsj



Påmelding:
post@nosmed.no

Ytterligere informasjon
vil bli lagt ut på
www.nosmed.no

PROGRAM

Polygrafi i forbindelse med behandling av pasienter med søvnapnéskinne

Det vil bli gitt en grundig gjennomgang av bruk og muligheter med den nye ApneaLink Air fra ResMed v/Harald Dragsund (ResMed Norge)

Aktuelle tema blir: OSA, overvekt, hypertensjon og diabetes v/lege Njord Nordstrand (SIV)

OSA og Acromegali v/lege Ansgar Heck (Ahus)


www.nosmed.no

En tannleges sommerrefleksjon

Se for deg din barndoms TV-helt: En flott, høyreist kar med markerte trekk og et vinnende smil som ikke er rettlinjert som i tannkremreklamen, men som med noe uryddig plasserte tenner gir personen en karakter av styrke og personlighet.

Noen år senere ser du ham igjen. Smilet er blitt en plate av tenner stilt opp på geledd. Han må nærmest brette leppene beskjemmet til side for å klare å tvinge smilet forbi de hvite soldatene som har tatt kommandoen i munnen hans. Hvor er det blitt av personligheten?

Så.... på tur i sommer for å besøke tre tanter. De er riktignok over 70 år alle, men dog:

Tante 1: Hun har vært mye syk de siste årene, men har klart å opprettholde en brukbar tyggefunksjon med de kanskje ikke så pene tennene som står igjen. Så: Plutselig lyser det en rekke sammensmeltede tenner imot oss, – med lik, lys farge og på geledd. Glemte tanken min på å spørre hvordan det går med sykdommen. Øynene og oppmerksomheten rettes bare mot en munn som prøver å etterlikne en 20-åring, mens kroppen for øvrig nærmer seg gått ut på dato med sine innskrunpede 40 kilo. Hørte jeg kulturkræsj. Eller estetikk-kræsj. Eller---

Tante 2: Det likner på historien med tante 1, men hun har mer en ungdoms energi og livskraft enda. Den nye broen i overkjevefront klarer likevel ikke å innbille meg at hun er under 70. Og min oppmerksomhet blir også her hengende ved savnet av de litt lurvete tennene hun hadde i fjor og som sto så mye bedre i stil med resten av kroppen.

Tante 3: Jeg husket fra i fjor at hun hadde fått nytt helsett, og jeg ble igjen lei meg på standens vegne der hun satt og hadde problemer med å artikulere ordene. Overkjevetennene som hadde rykket innover til kant-i-kant-bitt, eller kanskje til og med underbitt, etterlot seg en krøllete, rynkete overleppe. Hennes bevegelser gir meg assosiasjoner til det økende antall snusbrukere som får slike rare bevegelser med leppene når de skal holde snusen på plass samtidig som de skal prate.

Vel, listen kunne forlenges, men la oss stoppe her. Selv har jeg praktisert som tannlege i over 30 år og laget massevis av kroner, en god del broer og ikke så rent få proteser. Hva slags personlighetsforandringer har jeg etterlatt meg?

Hvordan kan vi være med på å forandre folk på denne måten ved å klistre på dem såkalte pene smil?

Er det tannteknikken som har så markerte begrensninger i å få fram mer naturlige tannerstatninger?

Er det vi tannleger som ikke tør å foreslå mer variasjon i de protetiske arbeidene og ikke klarer å overbevise pasientene om at det peneste er erstatninger som forandrer minst mulig på tidligere utseende?

Er pasientene så påvirket av reklamen at de vil ha så hvite rettlinjete tenner som mulig? Og uten at vi tannleger når fram med andre forslag?

Nei, la oss gå sammen hele tannhelseteamet for i større grad å bevare særegenheten til våre gamle tanter og kjendiser ved å etterlikne deres tidligere smil på en bedre måte, så de ikke ender opp med et latterlig grin som snarere markerer deres alderdom enn gir dem en vakker foryngelse.

Og så går vi massivt inn med profylakse slik at de som er unge i dag kan leve livet ut med tenner som eldes naturlig med dem selv!

Jørgen Underthun

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

- ✓ Størst på formidling av tannteknikk
- ✓ Budtjeneste over HELE landet
- ✓ Flere laboratorier å velge mellom
- ✓ Online bestilling
- ✓ Ved hjelp av vår app, kan du følge arbeidet ditt "hele" veien
- ✓ Vi tar imot dine digitale avtrykk



Fornøyde kunder
har gjort oss til Norges største
formidler av tannteknikk!

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 Bendiksbj,
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

Björg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

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

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars 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**
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

Zirkonzahn®

Human Zirconium Technology

NY ZIRKONIA
SAMME GJENNOMSKINNELIGHET
SOM LITIUMDISILIKAT

Prettau® Anterior farget med ICE Zirkon Malfarben 3D by Enrico Steger Stains

PRETTAU® ANTERIOR

*Prettau® Anterior et **nytt og meget biokompatibelt zirkoniamateriale**. De gode estetiske egenskapene og den høye gjennomskinneligheten gjør materialet ideelt for bruk i den anteriore tannregionen. Det egner seg også godt i den posteriore tannregionen.*

- Høyere gjennomskinnelighet på grunn av zirkoniaens optimaliserte mikrostruktur
- Bøyefasthet: 670 MPa (School of Dental Medicine, University of Pennsylvania)
- **Indikasjoner:** metallfrie partielle og hele enkle kroner, innlegg, pålegg og fasader, broer med maks. 3 enheter
- Helanatomiske eller reduserte strukturer for keramisk lagdeling
- Kortere sintringstid på grunn av en endelig sintringstemperatur på 1450 °C
- For tørrbearbeiding med standard zirkoniabor
- Kan tilpasses med Colour Liquid Prettau® Anterior Aquarell, ICE Zirkon Keramik, ICE Zirkon Malfarben Prettau® Stains og ICE Zirkon Malfarben 3D by Enrico Steger



Norsk autorisasjon – norsk språk

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) stiller ikke språkkrav ved søknad om norsk autorisasjon fra tannleger utdannet innenfor EØS-området. Betyr dette at utenlandske tannleger med norsk autorisasjon kan jobbe som tannlege i Norge uten å beherske norsk?

Norsk autorisasjon uten vurdering av språkkunnskaper

Det stilles krav til både muntlige og skriftlige norskkunnskaper for alle tannleger som praktiserer i Norge, selv om tannleger med utdanning fra EØS-området ikke må dokumentere norsk språkkompetanse i forbindelse med søknad om norsk autorisasjon eller lisens.

SAK legger til grunn at det i utgangspunktet er opp til arbeidsgiver å kontrollere at helsepersonell behersker norsk i tilstrekkelig grad. Privatpraktiserende tannleger må imidlertid også ha tilstrekkelige norskkunnskaper til å oppfylle de lovbestemte kravene, og bør kjenne til de mulige konsekvensene av manglende språkferdigheter.

Helsepersonelloven § 4 – Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Det enkelte helsepersonell har et selvstendig ansvar for forsvarlig virksomhet. Helsetilsynet har fattet flere vedtak om reaksjoner overfor helsepersonell uten tilstrekkelige norskkunnskaper, og har om forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 uttalt: «Evnen til å forstå norsk språk og kunne kommunisere med helsepersonell, pasienter og pårørende er også en forutsetning

for å arbeide som lege». Tilsvarende gjelder for tannleger.

I en tilsynssak mot et helseforetak ble det påpekt at «Arbeidsgiver er ansvarlig for å sikre at ansatte har tilstrekkelig språkkunnskaper for å kunne utføre forsvarlige helsetjenester».

Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits § 24

Utenlandske tannleger som nyter godt av godkjenning av yrkeskvalifikasjoner innenfor EØS-området, skal inneha de språkkunnskaper som er nødvendige for en forsvarlig yrkesutøvelse i Norge (vertsstaten). Arbeidsgiver og helsepersonellet skal påse at språkkunskapene er tilstrekkelige. Forskriften § 24 om språkkrav bidrar til en bevisstgjøring av at også EØS-borgere som søker stillinger innen norsk helsevesen kan og må møtes med de krav som følger av norsk lovverk ellers.

EFTA-domstolen har slått fast at en autorisasjon kan nektes i den grad det er dokumentert at vilkårene for å kalle tilbake eller suspendere en autorisasjon etter nasjonale regler er oppfylt, jf helsepersonelloven §§ 57 og 58, selv om vedkommende klager oppfyller vilkårene i direktiv 2005/36 EF for gjensidig anerkjennelse av yrkeskvalifikasjoner. Dette er fulgt opp av Statens Helsepersonellnemnd, som har stadfestet vedtak om avslag på autorisasjon bl a på grunn av mangelfulle språkkunnskaper.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3–2 flg og helsepersonelloven § 10

I tillegg kommer selvsagt det grunnleggende hensynet til pasienten, som er helt sentralt. Pasienter har behov for informasjon og kommunikasjon på et språk de forstår. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, innholdet

i helsehjelpen, mulige risikoer og bivirkninger. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Dette anses nødvendig også for at pasienten skal kunne gi informert samtykke til behandlingen.

Journalforskriften § 7 og helsepersonelloven § 40 – Norsk som journalspråk

Pasientjournalen skal fortrinnsvis skrives på norsk. Det følger av merknadene til journalforskriften at hovedregelen er at nedtegnelser i pasientjournaler skal gjøres på norsk. Det må forutsettes at utenlandsk helsepersonell i Norge som yter helsehjelp på et selvstendig grunnlag slik at de har plikt til å føre journal, behersker norsk språk i en slik grad at de også kan føre journal på norsk. Det er viktig at journalene føres på et språk som forstås av alt helsepersonell som kan få bruk for dem i den norske helse- og omsorgstjenesten. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Innarbeidede faguttrykk kan naturligvis benyttes.

Dansk og svensk kan benyttes i journalføring i den utstrekning det er forsvarlig. Spesielle ord og uttrykk, som skiller seg vesentlig fra de tilsvarende norske begrepene, bør unngås, forklares eller oversettes, slik at misforståelser eller usikkerhet unngås.

I særlige tilfeller kan Statens helsetilsyn gi tillatelse til å benytte annet språk, f eks engelsk. Tillatelse gis bare i helt spesielle tilfeller, f eks dersom en utenlandsk tannlege kun skal behandle ansatte ved sitt hjemlands ambassade. Et moment ved vurderingen av om tillatelse skal gis, kan være hvilket språk det gjelder, idet journalføring på fremmede språk vil van-skeliggjøre utøvelse av tilsyn.

Diskrimineringsloven om etnisitet § 6
Diskriminering på grunn av språk er som hovedregel forbudt. Forskjellsbe-



handling er ikke i strid med forbudet når den har et saklig formål, når det er nødvendig for å oppnå formålet og ikke er uforholdsmessig inngripende. Likestillingsombudet har lagt til grunn at det er en saklig forbigåelse, og ikke i strid med loven, å legge avgjørende vekt på søkers mangelfulle skriftlige norskkunnskaper ved ansettelse i en stilling hvor språket er sentralt i forhold til stillingen.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet og språkkrav

EUs Yrkeskvalifikasjonsdirektiv er nylig revidert, og språkkravene er klargjort. Direktivet gir norske myndigheter anledning til å stille språkkrav dersom dette har betydning for yrkesutøvelsen. Godkjenningsmyndighetene (SAK) kan kontrollere

språkkunnskaper i yrker hvor det har konsekvenser for pasientsikkerheten. Vurdering av den enkeltes språkkompetanse må vanligvis gjøres etter godkjenning av søkers yrkeskvalifikasjoner.

Kontrollen av språkkunnskaper skal være rimelig i forhold til den aktivitet som skal utføres. Forskjellige stillinger kan ha forskjellige krav til språkferdigheter. Dette gjelder både for de ulike helsepersonellgruppene og innen samme gruppe. De språkkravene som stilles må være nødvendige for en forsvarlig yrkesutøvelse, noe som må vurderes konkret. Dette innebærer blant annet at EØS-statene ikke kan forlange systematiske språktester.

Det er opplyst at Kunnskapsdepartementet arbeider med gjennomføringen av endringene i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet

i norsk rett, og tar sikte på å sende ut høringsnotat våren 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at de arbeider med et høringsnotat om vilkårene for autorisasjon av tannleger og annet helsepersonell når det gjelder søkere utdannet i tredjeland (utenfor EU/EØS og Sveits). Spørsmålet om språkkrav vil bli drøftet i den forbindelse. HOD tar sikte på å sende ut høringsnotatet i løpet av året.

NTF er høringsinstans ved forslag om lov- og forskriftsendringer på rettsområder som har betydning for helsepersonell.

*Tone Galaasen
Advokat, NTF*

Norwegian language proficiency as a requirement for obtaining an authorization to practice as a dentist in Norway

The Norwegian Registration Authority for Health Personnel (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)) does not require Norwegian language proficiency for authorization of dentists educated within the European Economic Area (EEA). However, this does not mean that dentists with a foreign background and education can get a Norwegian authorization and practice in Norway without Norwegian language proficiency. This will be explained below.

Norwegian authorization without language evaluation

Both written and spoken language proficiency are required of all dentists who practice in Norway. However, dentists educated and trained in the EEA are not required to document Norwegian language proficiency when applying for an authorization or a license to practice as a dentist in Norway.

SAK considers it to be the employers' obligation to make sure employed health personnel have sufficient knowledge of

the Norwegian language. However, dentists running their own private practice must also have sufficient Norwegian language skills to fulfill the legal language requirements, and must therefore be acquainted with possible consequences of inadequate language skills.

Section 4 of the Norwegian Health Personnel (Helsepersonelloven) – Responsible Conduct

Health personnel shall conduct their work in accordance with the requirements of professional responsibility and diligent care that can be expected based on their qualifications, the nature of their work and the situation in general.

All health personnel have a personal and independent responsibility for reliable and safe practice. The Norwegian Board of Health Supervision (the NBHS – Helsetilsynet) has passed several decisions regarding health personnel who have practiced without adequate language skills. Referring to section 4 of the Norwegian Health Personnel Act, the NBHS has

stated that: *“The ability to understand the Norwegian language and to be able to communicate with other health personnel, patients and their next of kin, is also a requirement for functioning as a medical doctor.”* This also applies to dentists.

In a case brought before the NBHS, a hospital trust (“helseforetak») was instructed: *“The employer is responsible for its staff having adequate language skills to function reliably and safely.”*

Section 24 of the Regulation concerning authorization, licensing, and specialist validation for health personnel with qualifications from countries outside the EEA or from Switzerland

Foreign dentists whose professional qualifications have been approved within the EEA, must have the language skills necessary to deliver safe and reliable professional care in Norway (as the host country). Both the employer and the individual health professionals shall ensure that their language skills are adequate. Section 24 re-

garding language requirements can contribute to an increased awareness that EEA citizens who apply for positions in the Norwegian health system must meet the general legal requirements that apply to all health personnel practicing in Norway.

The EFTA Court has stated that an authorization to practice as health personnel in Norway may be denied when it is documented that the conditions for retracting or suspending an authorization in accordance with national regulations are fulfilled, cf. section 57 and 58 of the Health Personnel Act.¹ This applies even if the applicant fulfills the requirements set out in Directive 2005/36 EC (Yrkeskvalifikasjonsdirektivet) on the mutual recognition of professional qualifications. The advisory opinion from the EFTA Court is followed up by the Norwegian Appeal Board for Health Personnel which has upheld a decision from the NBHS rejecting an application for authorization partly based on inadequate language skills².

Section 3–2 of the Patients' Rights Act (Pasientrettighetsloven) and section 10 of the Health Personnel Act

In this context, the basic concern for the welfare of the patient is of great importance and must therefore always be considered.

The patient has a natural need for information and communication in a language he/she understands. Hence, it follows from section 3–2 that the patient shall have the information that is necessary to obtain an insight into his/her health condition, the content of the health care offered, as well as the possible risks and side effects. Health personnel must, as far as practically possible, also make sure that the patient has understood the content and significance of the information given. This is necessary for the patient, to be able to assess the situation and give an informed consent to the treatment offered.

Section 7 of the Medical Record Regulation (Journalforskriften) and section 4 of the Health Personnel Act – The use of Norwegian language in medical records

Patient records shall preferably be written in Norwegian. It follows from the commentary to section 7 of the Medical Record Regulation that patient records

generally must be written in Norwegian. Foreign health care providers offering their health services in Norway are obliged to keep patient records, and must therefore have a command of the Norwegian language sufficient to write the records themselves. It is important that the journal is written in a language which can be easily understood also by other health care providers in the Norwegian health system. Established medical terms may also be used in the journal.

Medical records may also be written in Danish and Swedish. Words and expressions that differ essentially from the Norwegian language should not be used in order to avoid misunderstanding or uncertainty.

In exceptional circumstances the NBHS may give permission to write the patient records in another language, e.g. English. Permission is given only in special cases, for example if a foreign dentist is only treating employees at the embassy of his/her own country. The NBHS is however most likely to give permission to write the record only in a language that can be easily accessed by them in the event of a supervision of the dentist in question.

Section 6 of the Anti-Discrimination Act regarding Ethnicity (Diskrimineringsloven)

Discrimination on the basis of language is as a main rule prohibited. However, differential treatment that is necessary in order to achieve a legitimate aim, and which does not involve a disproportionate intervention in relation to the person treated differently, is not regarded as discrimination pursuant to the said Act. The Equality and Anti-discrimination Ombud (Likestillings- og diskrimineringsombudet) has established that it is acceptable to place decisive importance on an applicant's lack of written language proficiency when hiring for a position where language proficiency is essential to carry out the position in question.³

The Professional Qualifications Directive (Yrkeskvalifikasjonsdirektivet) and language requirements

The European Union's (EU) Professional Qualifications Directive has recently been revised, and language requirements have thus been clarified. The di-

rective allows Norwegian authorities to set language requirements if this is of importance for performance of a given profession and also to check for language proficiency in professions where patient safety may be in question. The assessment of the professional's language skills must however normally not be carried out before the applicant's professional qualifications have been approved.

The requirements regarding language proficiency must be reasonable. They may vary depending on the profession in question and also on the type of job carried out within the same group of health personnel. The language requirements imposed must also be necessary in order to carry out a safe and correct professional service and must be evaluated specifically for each task or position in question. This means that the EEA countries cannot introduce systematic language tests as a requirement to obtain authorization as health personnel.

The Ministry of Education and Research has informed that it is currently revising the regulation implementing the Professional Qualifications Directive in Norwegian law, and plans to publish a discussion paper during the spring of 2015.

The Ministry of Health and Care Services has informed that it is working on a discussion paper dealing with the requirements for the authorization of dentists and other health personnel educated and trained in a third country (outside of EEA, EU, and Switzerland). The question of language proficiency will also be discussed in this connection. The Ministry plans to publish a discussion paper this year.

Fotnoter

1. (EFTA = the European Free Trade Association). Cfr. the EFTA-court's verdict of December 15, 2011. This is an advisory opinion given to the NBHS regarding the authority for a member state to set out language proficiency skills as an additional requirement for obtaining authorization as a medical doctor from the EEA-area.

2. Case 11/169 of the Norwegian Appeal Board of Health Personnel. Cf. section 53, second paragraph, of the Health Personnel Act.

3. Cfr. Decision of the Equality and Anti-discrimination Ombud in Case 08/1222.

Spør advokaten

NTFs advokater får mange spørsmål om praktiske og juridiske problemstillinger fra tannlegenes hverdag. Tidende tar opp enkelte av disse problemstillingene i en egen spalte. Leserne oppfordres til å komme med egne spørsmål som kan sendes til redaksjonen.

Ammefri

Sekretariatet får av og til spørsmål om ammefri, for eksempel slik fra en som er mor for første gang:

– Hei, jeg har akkurat begynt å jobbe igjen etter foreldrepermisjon og ammer fortsatt. Jeg har hørt noe om at det er nye regler om dette i år. Er det slik at jeg har krav på å få gjøre dette i arbeidstiden, uten å bli trukket i lønn?

Svar: – Ja det stemmer at Stortinget har vedtatt endringer

i arbeidsmiljøloven om lønn under ammefri. Lovendringen medfører at kvinner som har ammefri har rett til lønn inntil én time daglig. Lovendringen ble vedtatt av et flertall i stortinget i fjor og gjaldt fra 1. januar i år.

Før lovendringen ga arbeidsmiljøloven rett til ammefri, men uten lønn. Nå gir loven alle kvinner rett på ammefri med lønn fra arbeidsgiver. Frem til lovendringen har retten til økonomisk kompensasjon vært avhengig av hva slags avtale den enkelte bedrift har hatt eller om bedriften har vært knyttet til en tariffavtale.

Det er først og fremst inntektstap, økt yrkesdeltagelse blant mødre, samt

fedres mulighet til å ta ut en større del av permisjonen som begrunner rettigheten.

I tariffområdene stat og kommune har retten til ammefri med lønn vært etablert i en årrekke.

Arbeidslivet generelt (Arbeidsmiljøloven)

Betalt ammefri – Fra 1. januar 2014 er retten til betalt ammefri nedfelt i Arbeidsmiljøloven § 12–8. Dette gjelder alle ammende mødre med barn under 1 år så lenge mors arbeidsdag er over 7 timer. Dette er en minimumsrettighet og innskrenker således ikke eksisterende rettigheter til lengre ammefri som gis gjennom arbeidsavtalen eller ulike lokale og sentrale tariffavtaler.

Ubetalt ammefri – I tillegg har alle arbeidstakere, også arbeidstakere med kortere dag enn 7 timer, rett på så mye ubetalt ammefri som de har behov for.

Det er ingen øvre grense for *barnets alder* i forhold til retten til ubetalt ammefri.

Arbeidsmiljøloven § 12–8. Ammefri

(1) Kvinne som ammer sitt barn kan kreve den fri hun av den grunn trenger. Fritiden kan for eksempel tas ut i minst en halv time to ganger daglig eller som redusert arbeidstid med inntil én time hver dag.

(2) Kvinne som har ammefri etter første ledd, har i barnets første leveår

rett til lønn inntil én time på arbeidsdager med avtalt arbeidstid sju timer eller mer.

Tariffavtaler, særavtaler, personalreglement og arbeidsavtaler
Disse avtalene kan gi rett på ytterligere betalt ammefri, f.eks. to timer per dag også utover barnets første leveår eller når mor jobber kortere dager. Man bør undersøke på arbeidsplassen med personalkontoret eller lokal fagforening hva som gjelder der en jobber.

Det statlige område

(Statens personalhåndbok og Hovedtariffavtalen)

En arbeidstaker som arbeider hel arbeidsdag og som ammer sitt barn har rett til tjenestefri med full lønn etter HTA §§ 11 og 19 i inntil to timer pr. dag.

En arbeidstaker som arbeider mellom 2/3 og hel dag og som ammer sitt barn har rett til tjenestefri med full lønn etter HTA §§ 11 og 19 i inntil én time pr. dag.

Arbeidstakere som arbeider mindre enn 2/3 dag og som ammer sitt barn, har rett til tjenestefri uten lønn etter reglene i arbeidsmiljølovens § 12–8.

Det kommunale avtaleområde (Hovedtariffavtalen)

Arbeidstaker gis fri med lønn etter HTA § 8.3.4 Amming i inntil 2 timer pr. arbeidsdag for å amme sitt barn.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

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

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

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Kjetil Misje
spesialist i oral kirurgi

Arbeidstaker gis fri med lønn i inntil to timer per arbeidsdag etter tariffavtalen for å amme sitt barn. Her ser vi et eksempel på at tariffavtalen utvider mors rettigheter. Lengden på permisjonen per dag er lengre og det er ikke tatt inn en begrensning i forhold til barnets alder.

Det private område
(Mønsteravtalen for tannhelsesekretærer)

I punkt 11 i Mønsteravtalen for tannhelsesekretærer gis kvinner som ammer barn rett til den tid hun av den grunn trenger og minst en halv time to ganger daglig. Et annet alternativ er at hun kan kreve arbeidstiden redusert med inntil 1 time pr. dag. Betaling til dette er begrenset til maksimalt en time om dagen. Ordningen opphører når barnet fyller 1 år. Vi ser altså at mønsteravtalen gir den samme rettighet som arbeidsmiljøloven nå gir etter lovendringen fra 1. januar. Partene hos den enkelte tannlege treffer nærmere avtale om retningslinjer for ordningens praktisering.

Når på dagen?

Lovteksten og tariffavtalene er uklare på når i løpet av arbeidsdagen slik ammefri skal legges. Ettersom loven bare kommer med et eksempel på hvordan dette kan gjøres. Det betyr at arbeidsgiveren og arbeidstakeren må bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for begge parter. Under stortingsbehandlingen viste Kommunal- og miljøvernkomiteen til forslaget om at den som ammer selv avgjør når det er best for henne å nytte den reduserte arbeidstiden, og sa seg enig i dette.

Melding til arbeidsgiver

Arbeidsgiver må få melding om at arbeidstaker vil benytte seg av denne retten. Noen har etablerte rutiner for dette andre ikke. Enkelte har utarbeidet et eget skjema og kaller det «søknad om ammefri», da er det viktig å merke seg at bruken av ammefri er en rettighet, og arbeidsgiver ikke kan avslå eller nekte dette.

Verken loven eller tariffavtalene setter noe krav om hvor lang tid på forhånd du må varsle for å få ammefri. For

andre «foreldrerelaterte» permisjoner (AML §§ 12-2 til 12-6) er det krav om varsling «senest en uke i forveien ved fravær utover to uker, senest fire uker i forveien ved fravær utover tolv uker og senest tolv uker i forveien ved fravær utover ett år.» Ammefri vil for en del være over tolv uker, men for de færreste utover ett år, og å varsle 4 uker før man planlegger å benytte seg av ammefri vil etter Tannlegeforeningens oppfatning være rimelig.

Legeattest

Loven stiller ingen krav om attest eller bekreftelse fra helsepersonell om at barnet ammes. I forarbeidene til loven står det faktisk at arbeidsgivere oppfordres til ikke å be om dette, men heller behandle det som en personalsak dersom de mistenker bruk av ammefri uten at barnet ammes.

Ubenyttet ammefri

Ubenyttet ammefri kan ikke overføres til andre dager, og arbeidsgiver plikter heller ikke å kompensere ubenyttet ammefri på annet vis.

En bra kurs lyfter hela teamet!

I vår nye kurskatalog finner du mange kurser inom olika odontologiska ämnesområden. Anmäl dig 24 november, därefter i mån av plats.

Välkommen till våra kurser!

www.tandlakarforbundet.se



Sveriges Tandläkarförbundet

Kom og besøk vår
Listerine® stand, B04-26,
på Nordental og få en smaksprøve
av Listerine® Professional Gum Therapy.



Nye Listerine® Professional Gum Therapy reduserer blødning i tannkjøttet med 50,9% på bare 4 uker¹

Listerine® Professional Gum Therapy er **klinisk dokumentert å behandle gingivitt når den anvendes som et supplement til tannpuss to ganger daglig.**

Listerine® Professional Gum Therapy er et alternativ til klorheksidinbaserte løsninger. Formelen er basert på den unike LAE-teknologien (Ethyl Lauroyl Arginate). LAE danner en fysisk beskyttende hinne på pellikelen og hindrer plakkbakterier i å feste seg til pellikelens proteiner. Dermed avbrytes dannelsen og modningen av plakk.

Ved bruk etter tannpuss, reduserer munnskyllen blødning i tannkjøttet med 50,9 % ($p < 0,001$) på bare 4 uker.¹

I tillegg er Listerine® Professional Gum Therapy **utviklet for å ikke forårsake misfarging.**²

EN DEL AV
LISTERINE®
PROFESSIONAL SORTIMENTET



**Behandler og
forebygger gingivitt***

Referanser:

1. Bleeding Index Reduction DOF 1 – 2013 (LAEBBA0001), 50,9 % reduksjon i whole-mouth mean bleeding index etter 4 uker.

2. DOF 2 – 2013 (UNKPLT0006).

*Når den anvendes som et supplement til tannpuss to ganger daglig.

NO/LI/14-0302c

Jeg er et multitalent!

Total-, Selektiv-,
Selv-ets: Det blir det
samme for meg!

Jeg kan gjøre
mye mere enn
konvensjonelle
adhesiver!

Mitt innhold er
nok til mer enn
250 applikasjoner!



HVER DRÅPE ER PROFITT

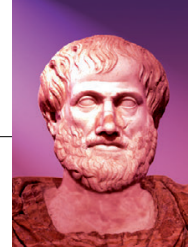
En fleksibel løsning for enhver bonding situasjon, som du kan stole på

- Kan appliseres med- eller uten fosforsyre og etsing
- Svært godt egnet for direkte og indirekte restaureringer
- Sikker adhesjon til forskjellige typer materiale, som metall, xirkonium eller aluminium oksid og silikat porselen, uten noen tilleggsprimer
- Appliseres i ett lag – kun 35 sekunders total arbeidstid



Futurabond M+





Alkohol på jobben?

Alkohol er en lovlig vare, men konsekvensene ved uheldig bruk kjenner vi til. Derfor har også myndighetene våre gjennom årene vedtatt ulike virkemidler som skal begrense skadevirkningene av forbruket.

Det samlede alkoholkonsumet i Norge har økt svært mye de siste 20 årene, mens det reduseres i Europa for øvrig. Helseministeren er bekymret, og har uttrykt ønske om redusert alkoholforbruk i jobbsammenheng. Vi bør kanskje også være bekymret?

Vi er alle innforstått med at vi ikke skal nyte alkohol eller andre rusmidler i tilknytning til jobben vår, jfr Helsepersonelloven §8 om pliktmessig avhold.

Men hva med å nyte alkohol i forbindelse med seminarer, kurs etc? Er det greit?

Faglige samlinger blir i all hovedsak arrangert innenfor det som ansees som

normalarbeidstid. Er det greit å innta alkohol i «arbeidstiden» når vi ikke har pasientbehandling?

Ta for eksempel NTFs landsmøte med NorDental. Tre dager med forelesninger, pluss nyttig oppdatering på utstys- og materialfronten og mye mer.

De senere årene er det blitt stadig flere utstillere som serverer alkohol ved sine stands. I starten opplevdes nok dette som en hyggelig gest utpå ettermiddagen overfor deltakerne som besøkte utstillingen. Etter hvert har serveringen startet tidligere og tidligere på dagen. Varselsbjellene har begynt å ringe, og kommentarene er kommet både fra deltakere på landsmøtet og fra utstillere.

Er det etisk riktig å servere alkohol hele dagen når landsmøtet er et arrangement der det automatisk gis godkjente kurstimer i forhold til etterutdanning? Deltagelsen er ofte finansiert

enten gjennom fradrag i regnskapet eller via arbeidsgiver. Er det forsvarlig å gjøre innkjøp for relativt store beløp, enten det er utstyr eller forbruksvarer, i lettere alkoholpåvirket tilstand? Er det konkurransevridning når enkelte firma ser seg råd til å lokke mulige kunder med øl eller vin, mens andre, gjerne små utstillere, ikke kan tilby tilsvarende «goder»?

Som vi skriver innledningsvis: Alkohol er en lovlig vare i Norge. Likevel er det på tide å tenke seg om og kanskje bør vi skille fag og alkoholserving. Vi vil ikke vifte med en lang pekefinger og være festbrems. Vi ønsker bare at det legges til rette for at tannhelsearbeidere som deltar på landsmøtet og NorDental skal få best mulig utbytte av både kurs og utstillinger. Og så er det fest etterpå.

*Kirsten Halonen og Maria E. Alvenes
NTFs råd for tannlegeetik*


Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

De fleste av oss spiser brødkiver eller andre kornprodukter i løpet av en dag. Bytter du ut fine kornprodukter med grove, får du i deg mer næringsstoffer og holder deg mett lenger. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 HelseDirektoratet



NDD byter navn til Plandent

Vi er de samme og hjelper deg med:

- Bred kompetanse
- Stort varesortiment og rask levering
- Orbis – eget varemerke
- Enkel bestilling med netthandel og ordreapp
- CAD/CAM fra ledende leverandører
- Sterk teknisk service og utlånslager



Plandent AS | Postboks 6082 Etterstad | 0601 Oslo
Tlf. 22 07 27 27 | www.plandent.no



Per Brandtzæg hedres med millionpris



Norges mest vitenskapelig siterte forsker, professor Per Brandtzæg (78), er tildelt Fernströms nordiske pris på én million svenske kroner for sin forskning på slimhinnenes immunsystem.

Per Brandtzæg har i flere tiår undersøkt hvordan immunsystemet i slimhinnene bekjemper sykdommer i luftveier og tarm, og hva som hender når noe går galt i disse mekanismene.

Prisvinneren som både er lege og tannlege er pensjonert fra Universitetet i Oslo, men driver fortsatt forskning ved Rikshospitalet i Oslo.

Eric K. Fernströms stiftelse deler hvert år ut lokale priser til forskere ved Sveriges seks medisinske fakulteter

i tillegg til den store, nordiske prisen som Brandtzæg nå har fått.

Brandtzægs forskning omfatter blant annet allergisk snue, matallergier, betydningen av amming ved allergier, nyfødtes immunforsvar og slimhinnene i luftveier og svelg. Han er en engasjert samfunnsdebattant, spesielt om temaene forskningspolitikk og om forskeres rolle som sakkyndige i rettsaker.

Fernströms pris deles ut under Forskningsens dag i Lund 5. november.

TILBAKEBLIKK

1914

Norsk forening for motarbeidelse av tandsygdomme

Referat fra foreningens «repræsentantmøte» sakses følgende:

Tandsygdomme avbildet. Foreningen har utgitt til skolebruk en planche, som viser syke og friske tænder. Disse instruktive, kolorerede bilder er utarbeidet etter originaltegninger av sekretæren, tandlæge Jonn Nilsen.

Vandretandklinik. De faste tandklinikker i byerne er til liten nytte for landsbygden paa grund av de lange avstande. Derfor har foreningen ved sin sekretær konstruert og bragt i handelen en type av en vandreskoleklinik, hvor de nødvendige instrumenter er let nedpakket i særskilt konstruerte kasse, saa de forskjellige dele ikke tar skade ved transport.

Juli 1914, 6te hefte

1964

Lokal fluorbehandling i offentlig tannrøkt

Følgende rundskriv er sendt landets skoledirektører: «I de senere år er hjelpepersonell tatt i bruk i økende om-

fang til kariesforebyggende arbeid i offentlig tannrøkt. Forenklede metoder for lokal fluorbehandling som kan tillates utført av hjelpepersonell etter kortere spesialopplæring, har bidratt til å aksentuere denne utvikling. For å sikre innføring av ensartete, godkjente metoder har helsedirektøren utarbeidet nærmere retningslinjer for lokal fluorbehandling utført av hjelpepersonell.

Underretning til hjemmene etter innføring av lokal fluorbehandling som en integrerende del av offentlig tannrøkt, bør etter helsedirektørens oppfatning meddeles i en generell orientering om tannrøktas arbeidsoppgaver og behandlingsmetoder og rutinemessig distribueres for eksempel ved innskrivning av barna i skolen.» (Karl Evang, helsedirektør)

Oktober 1964, hefte 8

2004

Tilfredshet med tannhelsetjenesten

Hensikten med studien var å beskrive den voksne befolkningens tilfredshet med tannhelsetjenesten. Utvalget på

2 471 personer var representativt for den norske voksenbefolkningen. Data ble innsamlet våren 2004. Det var to hovedgrupper av spørsmål. Noen gikk på tilgjengelighet, som bl.a. ventetid for å få time og avstand til tannlegekontoret. Den andre gruppen spørsmål dreide seg om forhold ved selve tannlegebesøket og behandlingen, for eksempel tannlegens evne til å kommunisere, faglige dyktighet og behandlingsresultatet. Respondentene ble bedt om å rangere tilfredsheten på en skala fra 1 (dårligst) til 6 (best).

Et hovedfunn var at befolkningen scorer svært høyt på tilfredshet. På de fleste spørsmål anga mer enn 50 % av befolkningen høyeste score. Det var ikke forskjell i tilfredshet ut fra kjønn eller kommunistørrelse. Det var en svak tendens til at de yngre voksne er misfornøyde med hva behandlingen koster. Eldre over 60 år var derimot ikke så misfornøyde med behandlingens kostnader. Funnene tyder på at det store flertall av befolkningen vurderer den private tannhelsetjenesten som velfungerende.

September 2004, nr. 12



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

16.–18. okt.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
7.–8. nov.	Tromsø	Troms TF. Årsmøtekurs: Bittfysiologi, TMD og kjevelidderlidelser. Henv. Elsa Sundsvold, ehi-sund@online.no , mobil 41 55 91 84.
14.–15. nov. '15	Asker, Leangkollen	Norsk Endodontiforenings Årsmøte. Henv. nina.wienche.gerner@gmail.com
8.–10. jan. '15	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
30.–31. jan. '15	Oslo	Fellesmøte for spesialistforeningene. Quality Hotel Expo Fornebu. Henv. spesialistforeningene
6.–7. febr. '15	Bodø, Rica Havet Hotell	Norsk forening for odontofobi. Februarseminaret. Henv. Pål Ellingsen, paaelli@online.no eller se under spesialforeninger på www.tannlegeforeningen.no
23.–24. april. '15	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
29.–30. mai '15	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
9.–11. juni '15	Kristiansand Samfunnsodontologisk Forum	www.vaf.no
19.–20. sept. '15	Oslo	Årsmøte i Praksiseierforeningen. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henv. Magne Skomeda, e-post: magne@tsmg.no
29.–31. okt. '15	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
7.–9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
21.–22. april. '16	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
3.–5. nov. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
9.–10. juni '17	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
25.–26. mai '18	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
24.–25. mai '19	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net

UTLANDET

28. nov.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. www.gnydm.com
29. april–3. mai '15	Sicilia	Norsk Endodontiforenings Italiakurs. Henv. nina.wienche.gerner@gmail.com
22.–25. sept. '15	Bangkok, Thailand	FDI. Se www.fdiworlddental.org
'16	Poznan, Polen	FDI. Se www.fdiworlddental.org
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

Tidende har som mål

- Å være et organ for odontologisk etterutdanning som bidrar til tannlegenes faglige vedlikehold og fornyelse
- Å bidra til odontologisk forskning og utvikling av faget
- Å bringe aktuelt stoff og nyheter fra tannhelsefeltet og områder som ligger nær dette feltet
- Å fremme debatt innenfor temaer som engasjerer tannlegene og andre som har sitt virke innenfor og tilknyttet tannhelsefeltet
- Å være medlemsblad for Den norske tannlegeforening

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

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Internasjonal pris til professor Ingar Olsen

Professor emeritus Ingar Olsen ble nylig hedret med pris for fremragende bidrag innen odontologisk forskning. Prisen ble gitt av Acta Odontologica Scandinavica under den årlige konferansen til den europeiske avdelingen av International Association for Dental Research, som ble avholdt i Dubrovnik, Kroatia fra 10.-13. september i år.

Prissummen er på 50 000 norske kroner, og professor Olsen mottok prisen etter plenumsforelesningen «The Periodontal-systemic Connection seen from a Microbiological Standpoint».

Ingar Olsen er meget anerkjent for sin forskning og sin kunnskap innen oral mikrobiologi, både nasjonalt og internasjonalt. Mange av Tidendes lesere har helt sikkert nytt godt av dette gjennom den undervisning han har bidratt med ved Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo og kurs han har gitt rundt om i landet helt siden begynnelsen av 1980 årene. Interessen for forskning omkring forbindelsen mellom oral mikroflora og systemisk sykdom har vært hovedfokus i de siste 15 år, og orale mikrobers betydning for utvikling av hjerte-kar-sykdom har vært mest sentralt i dette arbeidet. Tross dette, spenner bredden i Olsens forskningsaktivitet innen oral mikrobiologi gjennom 43 år vidt; fra detaljer i mikrobers genetiske egenskaper, oppdagelse av nye bakterier i forbindelse med forskjellige tilstander i munnhulen, studier av matematisk modellering for progresjon av periodontitt til undersøkelser av materiale fra hjerte-karvev for deteksjon av orale mikroorganismer. Avanserte molekylære metoder er blitt benyttet i en stor del av dette arbeidet.

Hovedsakelig har forskningen foregått i laboratoriet ved Institutt for Oral Biologi, men flere forskningsopphold utenlands har også ført til etablering av



Professor emeritus, dr.odont. Ingar Olsen ble nylig hedret med en pris for fremragende forskning.

samarbeid med internasjonale forskergrupper. Det nære samarbeidet med forskerne ved Forsyth Dental Institute i Boston, USA, der Olsen også er tilknyttet som Senior Research Investigator, må fremheves. Flere av disse forskerne har også medvirket som veiledere for hans PhD kandidater her hjemme. Professor Olsen har et stort nettverk også nasjonalt, og i en årrekke har forskere fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt og andre institusjoner vært tilknyttet forskningsgruppen hans ved Institutt for Oral Biologi.

Med smått og stort utgjør tallet på publikasjoner nesten 700. I dette ligger originalartikler, sammendragsartikler og bokkapitler. Ingar Olsen har også formidlet sine funn til den norske befolkning gjennom pressen, og det er

ikke få ganger vi har sett bilde av ham i avisene eller hørt ham bli intervjuet på tv og radio.

Gjennom Olsens oppdagelser av nye bakterier har han også engasjert seg innen systematisk klassifikasjon av bakterier, og han er medforfatter i Bergey's Manual of Systematic Bacteriology.

En ny bakterieslekt, *Olsenella*, bestående av flere *Olsenella*-arter, er oppkalt etter ham, og bakteriearten *Peptinophilus olsenii* ble tildelt dette navnet for å bære professor Olsen for hans bidrag innen anaerob mikrobiologi.

Mangfoldet i virksomheten gjør at han nyter stor respekt både blant nære medarbeidere ved instituttet, andre kolleger ved fakultetet og i forskningsver-

denen, noe prisen som ble utdelt i Dubrovnik vitner om.

Allerede for 20 år siden var Olsen opptatt av mikrobiologisk diagnostikk og resistens mot antibiotika. Dette bidro til at han fikk etablert og utstyrt et laboratorium som hadde høy kompetanse på anaerobe mikrober. I etableringen av Mikrobiologisk Diagnostisk Service ved Institutt for Oral Biologi gav han tannlegene et spesialverktøy for mikrobiologisk diagnostikk og resistensbestemmelse direkte rettet mot orale infeksjoner. Denne virksomheten har vokst og mottar mer enn 1200 prøver årlig fra landets tannleger, noe som er viktigere nå enn noen gang tidligere i og med den økende antibiotikaresistens som også registreres her i landet.

Professor Olsen har veiledet mer enn 20 doktorgradskandidater og hatt

ansvaret for en lang liste av mastergradsstudenter og spesialistkandidater opp gjennom årene. I denne tiden har han også hatt mange verv og oppgaver både nasjonalt og internasjonalt. Han var prodekan for forskning ved Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo fra 2002 til 2008 og har senere vært leder av Forskerskolen ved fakultetet. NTF's Tidendes redaksjon har også i mange år nytt godt av Ingar Olsens kunnskap og synspunkter.

Tross sine 72 år og professor emeritus, er Olsen fortsatt aktiv. Han tilbringer fast to dager i uken på sitt gamle kontor ved Institutt for Oral Biologi, men han mistenkes for å arbeide med sine ting også når han ikke er der. Som den første redaktør for et relativt ungt vitenskapelig tidsskrift har Olsen bidratt til at «Journal of Oral Microbio-

logy» på få år har nådd opp i anseelse med en «impact»-faktor som på kort tid har passert andre anerkjente tidsskrift i samme fagfelt. I tillegg til dette er han fortsatt involvert i egen forskning via et EU-prosjekt. Professor Ingar Olsen gratuleres hjerteligst for tildelingen av prisen for sitt fremragende bidrag innen odontologisk forskning.

Tekst og foto: Morten Enersen

4 mm i ett sveip

Nyhet

3-års studie av
J.W. van Dijken/U. Pallesen
presentert på IADR
i september 2014 –
se abstract på
www.dentsply.no

SDR®

Smart Dentin Replacement

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

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 | Carmen Lundberg Tlf: 90526063



Dødsfall

Einar Martinussen, f. 30.12.1929, tannlegeeksamen 1959, d. 07.09.2014
 John Helge Stensønes, f. 06.03.1943, tannlegeeksamen 1971, d. 24.08.2014
 Arild Evenrud, f. 19.09.1939, tannlegeeksamen 1972, d. 24.09.2014
 Kristine Lyngtveit, f. 30.12.1921, tannlegeeksamen 1950, d. 20.08.2014

Fødselsdager

90 år

Gudrun Bjerkedal, Oslo, 5. november

80 år

Magda Andenes Jacobsen, Tønsberg, 30. oktober
 Bjørn F. Figenschou, Tromsø, 24. november

75 år

Inger Julie Løken Larsen, Oslo, 28. oktober
 Per Kristen Tufte, Bergen, 7. november
 Bror-Eric Hjulstad, Trondheim, 10. november
 Øystein Torget, Oslo, 10. november

70 år

John Helge Andersen, Røros, 7. november

60 år

Hans-Jørg Friedel, Grimstad, 30. oktober
 Gustaaf Maria Louis Person, Tomasjord, 9. november
 Birger Sunde, Sønedeled, 12. november
 Sven Støvne, Oslo, 14. november

Elisabeth H Helland, Paradis, 16. november
 Peter Marstrander, Tromsø, 18. november
 Halvor H. Larsen, Haugesund, 20. november
 Tom Chr. Paulsen, Bergen, 23. november
 Øystein Grønvold, Brevik, 24. november

50 år

Skjalg Barth, Bodø, 28. oktober
 Bjarte Løvfall, Straumsgrend, 29. oktober
 Ann-Kristin Engen, Oslo, 2. november
 Ali Mousavi, Oslo, 8. november
 Arne-Olav Lund, Bergen, 12. november
 Ellen Cathrine Mork-Knutsen, Halden, 12. november
 Marianne Breivik Osnes, Ålesund, 21. november
 Ahmad Reza Gharessi, Oslo, 22. november

40 år

Ingvild Nyquist Borgeraas, Larvik, 28. oktober
 Cecilie Herbjørnsen, Drammen, 7. november
 Nataliya Didenko, Oslo, 13. november
 Kristin Lauvset Brevik, Oslo, 14. november
 Jens Bjelke-Holtermann, Oslo, 21. november
 Adam Jordan, 21. november
 Eva Gustumhaugen, Oslo, 25. november

30 år

Anne Dybdahl Hardang, Hjartdal, 29. oktober
 Camilla Pedersen, Tromsø, 29. oktober
 Linn Monica Vedå, Hornindal, 31. oktober
 Kristin Sivertsen, Asker, 1. november
 David Clarke, Horten, 5. november
 Tora Hovland, Bergen, 6. november
 Synne Marie Tønne, Trondheim, 10. november

Fødselsdager

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

Er du på nett med Norsk Tannvern?

Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2014

Nr	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
9	11.september	17.september	16.oktober
10	9. oktober	15.oktober	13.november
11	6.november	12.november	11.desember

2015

1	3. desember '14	10. desember '14	16. januar
2	9. januar	15. januar	13. februar
3	6. februar	12. februar	13. mars
4	6. mars	12. mars	10. april
5	1. april	7. april	15. mai
6	5. mai	9. mai	12. juni
7	6. juni	12. juni	14. august
8	7. august	13. august	11. september
9	11. september	17. september	16. oktober
10	9. oktober	15. oktober	13. november
11	6. november	12. november	11. desember



Ditt førstevalg!

eCEMENT™

Komposittsement satt i system som forenkler sementering av e.max og tilsvarende restaureringer.

- Komplet sett med alle komponenter som trengs
- Universalt og allsidig
- Lysherdende sement til anteriore restaureringer.
- Dualherdende sement til posteriore restaureringer.
- Enkelt å fjerne overskudd
- Lav filmtykkelse
- Eksepsjonelle fysikalske egenskaper
- Røntgenkontrast



Norsk Orthoform

Telefon +47 2276 0140 - bestilling@norskorthoform.no
www.norskorthoform.no



ETABL. 1930

Depot as

Oppland Tannlegeforening

Vinterseminar 2015

Oppland Tannlegeforening fortsetter tradisjonen og arrangerer vinterseminar på Kvitfjell. Her kombineres et faglig spennende program med hyggelig samvær og skiaktiviteter. Kurstema i år er Zirkonia. Foredragsholder er Hans Jacob Rønold.

Kurset egner seg både for tannleger og tannteknikere. Tidspunktet er lørdag 21. og søndag 22. februar 2015, men vi oppfordrer alle til å reise opp fredag for hyggelig sosialt samvær. Kurset avsluttes etter felles lunsj på søndag.

Kurstittel**Har zirkonia tatt over for mk?****Foredragsholder**

Hans Jacob Rønold, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, institutt for klinisk odontologi- protetikk og bitt-funksjon. Bakgrunn: Cand.odont. Universitetet i Oslo 1995. Dr.odont. Universitetet i Oslo 2003. Spesialutdannet i Oral Protetikk 2006. Spesialist i Oral Protetikk 2007. Førsteamanuensis 2003.

Sportslige aktiviteter

Gudbrandsgard hotell ligger ved midtstasjonen inntil Kvitfjell alpinanlegg. Skianlegget er gjort familievennlig, slik at alle kan finne traseer etter egne ferdigheter. Maskinpreparerte tur- og langrennsløyper starter fra hotellet.

Sosiale aktiviteter

Hotellet har en lun og sosial atmosfære i naturskjønne omgivelser. Lørdag vil det være en felles festmiddag.

Opphold døgnpris

Per person i enkeltværelse kr 1625,-

Per person i dobbeltværelse kr 1 425.

I prisen inngår full pensjon for kursdeltakerne, kaffe i pausene. Ikkeboende blir belastet for en dagpakkepris

Påmeldingsfrist

Påmelding senest: 10.12.2014

Vi har reservert et visst antall rom, det er derfor viktig å holde fristen.

Skulle det melde seg for få deltakere, må vi forbeholde oss retten til å avlyse.

Målgruppe

Tannleger og tannteknikere.

Tid

Lørdag 21. februar 2015 kl. 1330–1730

Søndag 22. februar kl. 0930–1230

Sted

Gudbrandsgard Hotell, Kvitfjell, Ringebu.

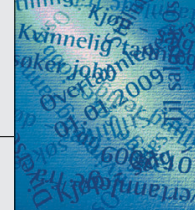
Kursavgift

Kr 1 750

Påmelding

Senest 10.12.2014 på telefon 61 15 97

00 eller mail: pia@raufosstannlegesenter.no.



■ STILLING LEDIG

STILLING LEDIG, SANDEFJORD

Vi søker en engasjert og dyktig tannlege til en hyggelig og travel tannhel-seklinikk i Sandefjord sentrum. Du må være kvalitetsbevisst, serviceinnstilt, selvstendig og like å jobbe i et hektisk miljø. Vi kan tilby deg fulltidsstilling i en allsidig og moderne praksis i nye, lyse og trivelige lokaler. Ønsket opp-start januar 2015.

www.tannhelseklinikkensandefjord.no

Tannlegevikariat sentralt i Asker

Grunnet svangerskapsperm søkes tannlege til 80 % stilling fra 01.01.15

Praksisen består av 2 tannleger og 2 sekretærer. Erfaring er ønskelig, men alle søknader vurderes.

post@tannglede.no

Assistenttannlege Oslo:

Hyggelig og erfaren kollega søkes til vel-etablert privatpraksis i Parkveien 60 i Oslo.

3–5 d/uken, kan diskuteres. Tiltredelse snarest. Svar med relevante referanser sendes info@stene-johansen.no

Slemmestad

Det søkes etter en selvstendig og omgjengelig assistenttannlege, med allsidig klinisk erfaring. Klinikken ligger sentralt, kun 10–15 min sør for Asker. Den er vel-dreven og har Helsenett, OPG, OPUS mm. Det er 2 tannleger og 2 tannhelsesekretærer i full tid. Pasienttilgangen er meget god. Tiltredelse snarest. For nærmere informasjon, ring 31 28 10 85 på dagtid. Søknaden/CV sendes pr e-post til frank_oddvar.nygard@getmail.no.

Haugesund – tannlege søkes

Tannlegekontor i Haugesund sentrum søker tannlege i full stilling.

Praksisen består i dag av 2 tannleger. Praksis med stort behandlingspanorama, også implantatkirurgi. Nextsys journal-system med digitalt røntgen.

Henv. Tannlegekontoret Fides as, post@fides.no, tlf. 52712018



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Vest



HORDALAND
FYLKESKOMMUNE

Forskar

TkVest-Hordaland søker etter forskar i inntil 100 % stilling, som kan bidra i oppbygginga av forskningseininga ved kompetansesenteret.

Les meir på www.hordaland.no/jobb



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Vest



HORDALAND
FYLKESKOMMUNE

Overtannlege

100 % fast stilling som overtannlege er ledig.

Les meir på www.hordaland.no/jobb

VIKARIAT PÅ VOSS

Moderne privatpraksis på Voss ønsker assistenttannlege, erfaring ønskelig.

God pasienttilgang og trivelig arb.miljø.

Grunnet svangerskap søker vi vikar fra jan 2015, i ca 1 år, 3–4dg. pr uke, evt. lengre dager.

Med evt. mulighet for forlenging.

Ta kontakt: Fortrinnsvis pr. mail: Post@tannlegehusetvoss.no, eller med Elisabeth på tlf: 93029262, etter kl 16

Vilje
gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på

www.tannhelse Rogaland.no

Kontaktperson: Helene Haver
tlf. 51 51 69 07 eller
helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGALAND



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter for
Midt-Norge



St. Olavs Hospital HF
Klinikk for ØNH, Kjeve og Øyesykdommer
www.stolav.no

Ledig stilling som protetiker

80% ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt Norge, kombinert med 20% stilling ved St.Olavs Hospital, avdeling for Kjeve- og ansiktskirurgi

St.Olavs Hospital

Den som ansettes vil være en del av Kjeve-og ansiktskirurgisk avdeling som består av:

- Tre kjeve og ansiktskirurger, en oralkirurg og en lege i spesialisering
- Tannteam med to tannleger, to tannpleiere og to tannhelsesekretærer

Vi kan tilby et godt arbeidsmiljø, høyt faglig nivå som gir mulighet for faglig og personlig utvikling med karrieremulighet innen forskning.

Den som blir ansatt vil bli en aktiv del av teamet rundt komplekse pasienter med behov for tannbehandling. Dette vil omfatte pasienter med ansiktsskader, kreftpasienter, barn etc.

Kompetansesenteret (TkMN) dekker regionen Møre og Romsdal,

Sør- og Nord Trøndelag .

Hovedformål er:

- Spesialistutdanning.
- Forskning
- Spesialistbehandling
- Tverrfaglig rådgivning og kompetanseoppbygging til den praktiserende tannhelsetjenesten

TkMN er lokalisert nært inntil St.Olavs Hospital i Trondheim. Sentret skal inneha alle odontologiske spesialiteter. Senteret har forskningsavdeling og er base for et elektronisk nettverk som skal betjene offentlig og privat tannhelsetjeneste i regionen med faglig rådgivning og kompetanseoppbygging.

Arbeidsoppgavene består av klinisk virksomhet, forskning og fagutvikling og veiledning av spesialistkandidater.

Den som blir ansatt må beherske norsk eller skandinavisk. Utenlandske tannleger må ha norsk autorisasjon samt norsk spesialistgodkjenning

Søknadsfrist: 5 november 2014

Lønn etter avtale

Kontaktperson TkMN:

Anne-Brit Skjetne, mobil +47 90978437

Anneb.skjetne@tkm-n.no

St.Olavs Hospital:

Olafur Thorarensen, +47 72821085

Olafur.thorarensen@stolav.no

Søknad med CV og eventuelle referanser bes sendt, fortrinnsvis elektronisk, til:

Anneb.skjetne@tkm-n.no og olafur.thorarensen@stolav.no

Mo i Rana

Assistenttannlege søkes til praksis i Mo i Rana. Godt pasientgrunnlag.
Henv. Tlf. 75 13 17 88.
E-mail: daninowzari@gmail.com

TRONDHEIM TANNHELSESENTER



Erfaren TANNLEGE søkes til travel tannlegepraksis.

Fast 100% stilling for snarlig tiltredelse.

Søknadsfrist: 17. september.

Skriftlig søknad med referanser sendes til:
Trondheim Tannhelsesenter, Kongensgt. 49,
7012 Trondheim, tlf. 920 96 100.

Vikariat

Follo Tannlegesenter har i 55 år utøvet tannlegevirksomhet i disse flotte lokaler midt i Ski sentrum, 25min fra Oslo. Vi er idag 3 tannleger og klinikken har svært god pasienttilgang. Både faglig interesse og sosial trivsel er viktig for oss. Vi tilbyr allmenn tannlegetj, implantat og Botox.

Grunnet svangerskap søker vi vikariat i 1,5 år m mulighet for forlengelse til fast stilling. 70-100% stilling avh. av arb tempo.

Du er dyktig, trivelig, har bred behandlingsinteresse, erfaring m voksne pas og både tar vare på og kommuniserer godt med dine pas. Må beherske norsk skr/muntl. Tiltredelse medio November.

Spørsmål, søknad og CV sendes elektronisk til Morten A Eriksen; follotannlegesenter@gmail.com

 **Follo Tannlegesenter**



Privatpraksis noe for deg?

- Er du brennende interessert i yrket?
- Er du ambisiøs?
- Er du en teamarbeider?
- Er du en med erfaring med å behandle voksne?
- Er du en som liker å ha mye å gjøre?
- Er du en som bidrar til godt arbeidsmiljø?
- Er du en som ønsker god inntjening
- Er du en som vil ha faglig utvikling?

Bli en av oss i Dentina Tannhelsesenter ☺

Dentina tannhelsesenter er en klinikk med stor vekst de siste årene og ønsker nå å utvide vårt tilbud til våre pasienter. Vår klinikk ligger sentralt lokalisert i Kristiansund sentrum. Vakker by med rikt kulturelt liv og en masse av muligheter. Send CV på mail adressen tannlegeuh@online.no eller ta kontakt med Unni Holm på telefon 99281512.

Tannlege søkes

Topp moderne praksis i Ålesund sentrum med 4 tannleger søker tannlege/tannpleier til svangerskapsvikariat fra og med 1 januar 2015. Heltid/deltid, med muligheter for forlengelse etter vikariatets slutt. For ytterligere informasjon ta kontakt på 70128000 eller post@lovenvoldtannlegesenter.no



Assistenttannlege Jørpeland

Vi ønsker to tannleger i 100% stilling, en i permanent stilling og en vikar pga svangerskapspermisjon.

Perleraden består av 2 tannklinikker, med totalt 6 tannleger og 7 tannlegesekretærer og er et moderne og trivelig tannlegesenter med lyse og trivelige lokaler.

Vi bruker Planmeca stoler, Opus data og digital røntgen. Tiltredelse ønskes snarest fra januar 2015.

Ta kontakt for nærmere info. Tlf 950 34 614,
kristina.nyakas@gmail.com



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

Assistenttannlege Sandvika Tannklinikk

Tannlege søkes til full stilling ved Sandvika Tannklinikk som ligger sentralt ved Sandvika tog- og busstasjon. Moderne tannklinikk med totalt 4 allmentannleger. God pasienttilgang. Ønskelig med noe arbeidserfaring, samt fleksibilitet ift ferier og ettermiddager. Vi vektlegger et faglig oppdatert og sosialt godt miljø. Stilling ledig fra 1.des.

Søknad og CV sendes snarest til postkasse@tannklinikken.com.
www.tannklinikken.com

■ STILLING SØKES

Oslo og omegn

Tannlege med flere års erfaring fra off. og privat praksis søker 40–60% stilling i Oslo og omegn (Akershus, Østfold, Buskerud). Tlf 993 55 283 eller helenebyenordbaek@gmail.com

Erfaren tannlege

søker tannlegestilling i Oslo området 1–4 dager pr uke fra Januar/Våren 2015 i kombinasjon med prosjekt ved Det odontologiske fakultet UiO.

Jeg kan kontaktes på mail:
tannlegee4@gmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

BESTE VESTKANT I OSLO

Ny og moderne tannlegeklinikk, fullt utstyrt nyetablert i Bygdøy Alle, søker tannleger / spesialister til å drive denne i fellesskap. 3 behandlingsrom / stoler. Felles resepsjon / venterom.

Lokaler på 192 kvm beliggende på gateplan i Oslos beste strøk.

Leie av klinikken samlet, leie til tannleger / spesialister enkeltvis. Eventuelt salg.

Henv.: Satinder Vir Singh
tlf. 90 57072 / e-post: mail@lmc.as

Sandnes

Kjeveortopedisk praksis i Sandnes vurderes solgt. Tlf. 91180562 eller e-post: tore.botne@lyse.net

Praksis til salgs

i Bergen, Åsane Storsenter.

Eventuelt gradvis overtakelse over tid.nedreaas@online.no

Oslo vest

Liten solopraksis i grønne, hyggelige omgivelser på Oslo vest vurderes solgt grunnet overgang i offentlig virksomhet. B. mrk 1–9/14

Klinik Säljes i Spanien

Klinik till salu i mysig kuststad 20 min från Malaga flygplats. Etablerad 15 år + Skandinavisk klientel. Särskilt behov för en duktig norsk kollega i området då det bor många normmän i området. Stor utvecklingspotential.

Endast seriösa spekulanter. Kontakt: klinikspanien@gmail.com

Moderne tannhelsesenter vurderes solgt

Et sentralt og moderne tannhelsesenter i Trondheim vurderes solgt.

Flotte lokaler, og fullt utstyrt med nyere utstyr.

Kompaniskap kan også vurderes. B. mrk 2–9/14

Bergen

Tannlegepraksis vurderes solgt i Bergen Sør. Pene, lyse lokaler. Gratis parkering. Digora og Nextsys. Selges rimelig ved hurtig avgjørelse, grunnet sykdom.

Henvendelse på mail:
tannlegetks@gmail.com

Hamar

Fullt utstyrt behandlingsrom i Hamar sentrum. Til leie/salg, flotte lokaler. Kontakt: klinikkhamar2014@gmail.com

Vikane Tannlegekontor

Alt inventar og utstyr på Vikane Tannlegekontor til salgs grunna avvikling av klinikken. Eldre velholdt Sirona C2+ Unit og nytt Sirona Heliodont pluss.

Ta kontakt på epost til vikane.tannlege@gmail.com

Ringebu

Jeg pensjonerer meg og selger min praksis i Ringebu.

Planmeca unit, Trophy rtg og Opus – med plass til en unit til. Rimelig husleie 70m2 med direkte adgang fra gaten og egen parkering.

Gode utviklingsmuligheter pga fremtidig endring av tannelegesituasjonen og store utbyggningsarbeider i området (E6).

Ca 600 recall pasienter – 1200 i karto-teket, selges kr. 200 000.-.

Jon F. Toverud -henvendelse fortover@online.no

Oslo vest

Tannlegekontorer til leie /salg for spesialist eller tannlege med egne pasienter .

Felles resepsjon/ venteværelse med andre tannleger . Hyggelige omgivelser ved vigelandspark med gode parkeringsmuligheter. Legesenter og psykologsenter mm i bygget. B MRK 1 -9/14

Vinstra

Tannlegepraksis på Vinstra selges billig pga flytting fra kommunen.

Ring 45 91 45 78 efter kl 18.

■ DIVERSE

Unit til salgs

Simens Sirona E1 (1996) selges rimelig
Reserveunit / deleunit. Henv. tlf. 61 23 77 70 (8-14)

Bodø

Grunnet klinikkssammenslåing selges pent brukt utstyr:

Oppvaskmaskin Miele G 7862 (2012)
19.000 kr
Kompressor DE 50/20 (2010) 12.000 kr
Assistina 301 plus (2012) 6000 kr
Vinkelstykker (rød, blå og grøn ring)
1000 kr pr stk.

Tannlege Lene Duerlund, Sjøgt 3, 8006 Bodø, tlf 75524333

Oslo Tannlegesenter

tilbyr tannbehandling under sedasjon og full narkose. Vi har kort ventetid!
Vi samarbeider med dyktige narkoseleger og anestesisykepleiere som har stor erfaring med denne type behandling.

Ta kontakt for mer informasjon.
Tlf. 22 42 49 50.
E-post: post@oslotannlegesenter.no
Nettside: www.oslotannlegesenter.no



Spesialistklinikken i Storgata

Tar imot henvisning
Kort ventetid!

Tannlege Janet Østrem
spesialist i periodonti

Tannlege Marika Hæreid
spesialist i protetikk

Tannlege Trude Handal
spesialistkandidat i
endodonti

Storgata 17
0184 Oslo
Tel 22 41 80 80
Web: tannklinikkene.no



**Unik,
eksklusiv og
høy kvalitet!**

Prøv Bambach
sadelstolen en periode!

post@bardum.no
tlf.nr: 64 91 80 60
www.bardum.no

Bardum

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

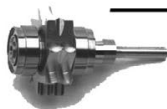
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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

NB!(Ikke vinkelstykker)

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

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



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum
Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!

Dentalvæske
for klinikkbruk



Fluorlakken med omfattende dokumentasjon mot karies*:

37% reduksjon i dmfs og 43% reduksjon i DMFS¹

*basert på det siste Cochrane Review, 2013

Duraphat[®] Dentalvæske

Colgate

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

Legemidlets navn: Duraphat 22,6 mg/ml dentalvæske, suspensjon. Fluorid 22,6 mg/ml som natriumfluorid. **Indikasjoner:** Kariesprofilakse. Reduksjon av sensitivitet ved overfølsomme tenner. **Dosering:** For systematisk kariesprofilakse bør behandlingen gjentas med 3-6 måneders intervall. **Barn (melketenner):** Opp til 0,25-0,3 ml påføres. **Barn/ungdom (blanding av melketenner og permanente tenner):** Opp til 0,4 ml påføres. **Ungdom/voksne (permanente tenner):** Opp til 0,75-1,0 ml påføres. **Overfølsomme tenner:** 2-3 påføringer med få dagers mellomrom. **Administrering:** Skal påføres av tannlege. Påføres etter fjerning av større plakkansamlinger. Pasienten bør ikke pusse tennene eller spise før 4 timer etter avsluttet behandling. Større plakkansamlinger fjernes. 1 eller 2 kvadranter tørrlegges, og et tynt lag appliseres. Duraphat fra tube påføres enkelt med bomullspinne eller engangspensel i tynne lag. Approssimalt kan sonde eller tanntråd anvendes. Duraphat i sylinderrampulle er spesielt utformet for nøyaktig og lav dosering. En butt kanylen brukes med endestykket bøyd i en vinkel som letter påføringen på approssimall- og distalflater. Approssimalt blir kanylen skjøvet inn i kontakt-

punktet mellom tennene og en liten mengde lakk trykkes inn. Dentalvæsken bør påføres fra begge sider av interproximalrommet og okklusalt. Etter applikasjon fjernes kanylen og ampullen oppbevares til neste behandling. Tennene behøver ikke å holdes tørre etter påsmøringen da lakken fester seg til tennene og herder også i saliva. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Ulcerøs gingivitt og stomatitt. **Forsiktighetsregler:** Påsmøring av hele tannsettet bør ikke foretas på tom mage. Dersom bivirkninger oppstår lar suspensjonen seg lett fjerne ved tannpuss og munnskylling. Tuben inneholder lateksgummi som kan forårsake alvorlige allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** Andre høydoserte fluoridpreparater, slik som fluoridgel, bør ikke benyttes samme dag Duraphat påføres. Administrering av fluoridtilskudd bør utsettes i flere dager etter påføring av Duraphat. **Graviditet/Amning:** Som et forsiktighetsiltak bør bruk under graviditet og amning unngås. **Bivirkninger:** Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Stomatitt, ulcerativ gingivitt, brekninger, kvalme og munnødem. Hud: Hudirritasjon, angioødem. Luftveier: Astmaanfall. **Overdosering/ Forgiftning:** Ved fluoriddoser på flere

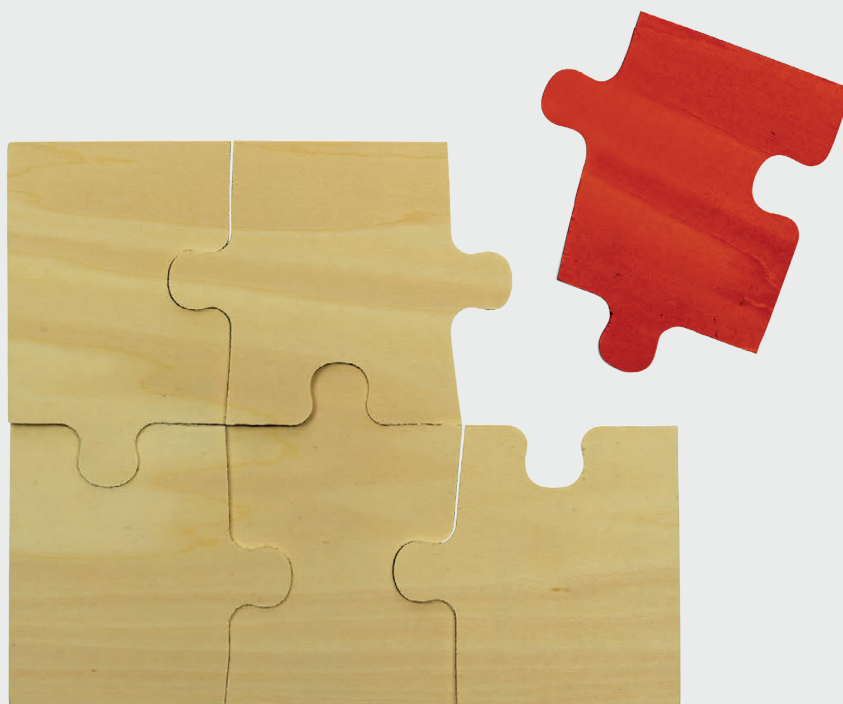
mg per kg kroppsvekt kan en akutt, toksisk reaksjon forekomme. Første tegn er kvalme, oppkast og diaré. Senere kan hypokalsemi, enzymhemming, tetani, krampes og kardiovaskulære forstyrrelser oppstå. Ved kronisk inntak av høye doser av fluorid oppstår forstyrrelser i emaljedannelsen (dentalfluorose), skeletal fluorose (stivhet i ledd og misdannelser i skjelett) og risiko for beinfraktur øker. **Pakning og pris** (sept. 2014): 5 x 1,6 ml (sylinderramp.) kr. 213,00. 10 ml (tube) kr. 189,20. Dagens aktuelle priser finnes på www.felleskatalogen.no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Colgate-Palmolive A/S. Produktinformasjonen er forkortet og basert på SPC datert 17.02.2014. Ytterligere informasjon finnes på www.felleskatalogen.no.

Reference: 1. Marinho VCC et al.: Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). The Cochrane Library 2013, Issue 7

www.colgateprofessional.no



Presisjon er alt.



24,5 ÅR MED SAMME LEVERANDØR!

Vi liker når protetikker sitter perfekt på første forsøk. I 23 år har vi samarbeidet med noen av de dyktigste tannteknikerne i verden. Det har gitt oss et solid rykte som leverandør av presisjon og kvalitet. Det betyr mindre tid på tilpasning og oppfølging, og vil settes pris på av både deg – og pasientene dine.

Som bonuskunde får du opptil hver 9. MK kostnadsfritt (ekskl.au).



Uansett!

Ring oss på 32 89 60 55 for et godt tilbud!

NEDRE STORGATE 65, 3015 DRAMMEN | FAKS: 32 89 60 62 | DENTRADE@ONLINE.NO | WWW.DENTRADE.ORG
Agent for DWWW, Modern Dental Lab



DENTRADE
We put a smile on your face