

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 125. ÅRGANG • NR. 3 MARS 2015



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



Avdeling Tannteknikk

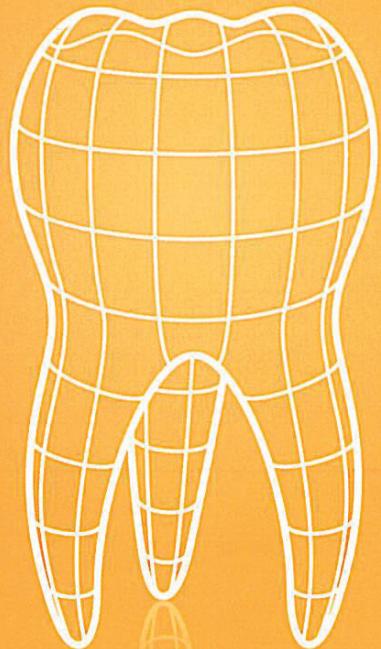
InterDental

**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



244



266



270

Boknytt

303



Rubrikk- annonser

309

- | | |
|-----|--|
| 238 | Siste nytt først |
| |  |
| | Leder |
| 241 | Hvor mange er mange nok? |
| | Presidenten har ordet |
| 243 | Munnhersedagen markeres 20. mars |
| | Vitenskapelige artikler |
| 244 | Kristin Hage, Marte S. Dæhlin, Marit Midtbø, Dagmar F. Bunæs, Randi Arnesen, Salah O. Ibrahim, Bodil O. Leknes og Knut N. Leknes: Gingivale retraksjonar - er kjeveortopedisk behandling ein risikofaktor? |
| 254 | Marit S. Skeie, Jørgen Ueland Johannessen, Kristian Bjørnar Trydal Solheim, Ann Katrin Johansson, Marianne Lillehagen, Marit Midtbø: Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen |
| | Aktuelt fag |
| 260 | Ingar Olsen: Antibiotikatoleranse og -resistens i biofilm |
| | Doktorgrad |
| 262 | Tone Berge Enger: Oral livskvalitet og nye årsaksfaktorer ved Sjögrens syndrom |
| | Aktuelt |
| 266 | IADR-pris til professor i samfunnsodontologi, Jostein Grytten: Anerkjennes for lang forskerkarriere |
| 268 | Tannlegespesialistenes fellesorganisasjons konferanse, Fornebu, 30.–31. januar: Flere til rors |
| 270 | - Det viktigste er å forebygge hull |
| 272 | Tannkrem for enhver smak |
| | Kommentar og debatt |
| 279 | Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1 500 flere om 20 år? (Jostein Grytten, Irene Skau, Andreas Dobloug, Pål Barkvoll) |
| 283 | Kommentarer til artikkelen av Jostein Grytten, Irene Skau, Andreas Dobloug og Pål Barkvoll: SSBs framskrivninger av arbeidsmarkedet for tannleger (Nils Martin Stølen, SSB) |
| 284 | Kjeveortopedien i distriktene (Bersvend Salbu, ordfører i Tynset kommune) |
| 285 | Kommentar til artikkelen om munnstell (Lise Thorsen) |
| 286 | Tidleg mislukka implantatbehandling, ein kasuistikk: Kommentar III (Tore Ramstad) |
| | Arbeidsliv og praksisdrift |
| 288 | NTFs rolle i arbeidskonflikter |
| 290 | Spør advokaten: Tillegg for betaling med kredittkort? |
| | Snakk om etikk |
| 293 | Kvalitet i papirene – kvalitet i realiteten? |
| | Notabene |
| 296 | Tilbakeblikk |
| 297 | Kurskalender |
| 298 | Personalia |
| 305 | Bivirkningsskjema |

Standardisering neste?



FOTO: MAX MICRO

Standardiserte røykpakker og snusbokser uten produsentenes logo og farger kan bidra til å forebygge at barn og unge begynner å røyke og snuse.

– Standardiserte pakninger er innført i Australia, og erfaringene derfra er gode. Det er også på vei i flere europeiske land, blant annet Storbritannia og Irland. Å beskytte barn og unge mot tobakk er kjernen i norsk tobakkspolitikk. En rekke restriktive tiltak er innført, nå sist tobakksfri skoletid. Tiden er inne for å ta et nytt skritt, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Med standardisert tobakkspakning menes lik utforming og format på merkingen av alle tobakkspakninger, slik at det ikke er tillatt med bruk av produsentenes egne logoer, varemerker, symboler, bilder, farger eller annen form for reklame. Emballasjen skal være ensfarget (brungrønn) og merkenavn skal være skrevet i en bestemt farge og ha en standardisert font, størrelse og stil.

Røyking viser en nedadgående kurve i befolkningen, mens bruk av snus har vært sterkt økende blant unge, også blant unge kvinner. Tobakksskadeloven har et langsiktig mål om et tobakksfritt samfunn. For å nå målet er det avgjørende å redusere tobakkens tiltrekningsskraft på barn og unge. De fleste som begynner med tobakk er mindreårige, og forskning viser at de undervurderer risikoen for å bli avhengige.

Tobakkspakkens utseende er en viktig faktor for å tiltrekke seg nye bruker-

grupper, spesielt unge og kvinner. Den sterke økningen i snusbruk blant unge har kommet samtidig som at produsentene har introdusert nye bokser og smakstilsetninger. I 2014 var det rundt 100 snustyper i Norge, mot cirka 40 sigarettyper.

– Vi ser at industrien legger til rette for produkter som appellerer til unge. Innpakning av tobakksvarer er en av de siste formene for tobakksreklame i Norge, sier helsedirektøren.

Sterkere avarsler



REBECCA RAVNEBERG, HELSEDIREKTØRET

Helseadvarslene på snusbokser skal endres fra at snus «kan være» til at snus «er» helseskadelig og avhengighetsspende. Endringen trer i kraft i mai neste år. Dette er en del av EUs tobakksdirektiv som ble vedtatt i fjor, og Norge som EØS-land har to års frist på å sette det i verk.

– Grunnen til at formuleringen skal endres fra «kan være» til «er» er at det har kommet ny forskning på snus og helsekader siden det forrige direktivet i 2001. I tillegg har det kommet mer forskning på helseadvarslenes effekt, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Ni prosent av befolkningen i Norge bruker snus daglig, mens det blant unge i alderen 16–24 år er 21 prosent som sier at de snuser daglig. Det er 27 prosent som bruker snus daglig blant unge menn, og 14 prosent blant unge kvinner.

– Vi er bekymret for økningen i snusbruk blant unge og mener at bestemmelsene i EU-direktivet vil bidra til å gi ungdom riktig informasjon. Mange unge tror at snus er mindre helseskadelig enn det er fordi det står «kan være helseskadelig» på snusboksene, sier Guldvog og peker på at det er sær-

lig bekymringsfullt at det stadig blir flere unge jenter som snuser.

– Det kommer stadig mer forskning som viser at snusing i svangerskapet er farlig for barnet. Det kan føre til redusert fødselsvekt, økt risiko for prematur fødsel og dødfødsel. Snus er avhengighetsspende, og for mange er det vanskelig å slutte når de blir gravide, påpeker helsedirektøren.

Nasjonalt folkehelseinstitutt kom i november i fjor med en ny rapport om helsekader ved snusbruk. Rapporten konkluderer med at snus er kreftfremkallende og øker risikoen for kreft i bukspyttkjertelen, spiserøret og munnhulen. Graden av økt kreftrisiko henger sannsynligvis sammen med hvor tidlig man begynner med snus, hvor ofte og mye man bruker og hvor mange år man bruker snus.

Ny hiv-variant

Det er oppdaget en variant av hivviruset som gjør at pasientene utvikler aids dobbelt så raskt som det som hittil har vært vanlig i et gjennomsnittlig sykdomsforløp, skriver Dagens Medisin.

Den nyoppdagede varianten kan utvikle seg til aids i løpet av tre år, der som den ikke blir behandlet, mot gjennomsnittlig rundt ti år med hivviruset vi har kjent til nå.

Det er forskere ved Det katolske universitet Leuven i Belgia som har studert pasienter på Cuba, som har oppdaget varianten.

Professor emeritus Stig S. Frøland, spesialist i infeksjonssykdommer, indremedisin og klinisk immunologi, var den som diagnostiserte den første aids-pasienten i Norge. Han mener hivviruset vil fortsette å overraske og at funnene som er gjort nå må bekreftes.

– Jeg tror ikke hivviruset har avslørt alle sine hemmeligheter, blant annet når det gjelder mulighetene for nye kombinasjonsformer som kan ha endrede biologiske egenskaper, sier han



Hjerterisiko ved perio

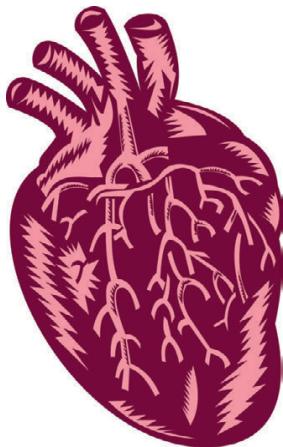


FOTO: XY MICRO

En amerikansk studie med nærmere 40 000 deltakende kvinner styrker sammenhengen mellom periodontitt og hjerte-kar-sykdom, skriver den svenske Tandläkartidningen.

Women's Health Study, WHS, har fulgt 40 000 sykepleierutdannede kvinner siden 1992–95. Kvinnene er 45 år eller eldre og har aldri hatt hjerte-karsykdom. Studien har sett både på dem som hadde periodontitt ved studiestarten og dem som utviklet det under studiens gang.

Studien viser tydelig at det finnes felles risikofaktorer mellom periodontitt og hjerte-kar-sykdom ettersom de som hadde eller fikk periodontitt ofte var eldre, oftere var overvektige eller fete, oftere var røkere eller tidligere røkere og mosjonerte mindre. Dessuten hadde de oftere høyt blodtrykk, diabetes og høy kolesterolverdi.

Også justert for alt dette hadde de kvinnene som hadde periodontitt en tydelig forhøyet risiko for også å få rammes av hjerte-kar-sykdom. Risikoøkningen var 27 prosent for dem som hadde periodontitt ved studiestarten og 40 prosent for dem som utviklet det under studiens gang.

Forsernes konklusjon er at nylig debutert periodontitt gir en minst like stor risiko for fremtidig hjerte-kar-sykdom som eksisterende periodontitt hos middelaldrende kvinner.

Spiser mer usunt

Vi spiser stadig mer frukt og grønnsaker. Samtidig får vi også i oss stadig mer usunne matvarer, skriver forskning.no og viser til en undersøkelse av hva folk i ulike land i verden spiser, og hvordan dette har endret seg i årene mellom 1990 og 2010. Studien viser at Norge, som mange andre vestlige land, har forbedret kostholdet sitt på noen områder, og at vi samtidig spiser mer usunn mat.

Forskerne har sett på forbruket av 17 ulike matvarer som er knyttet til fedme, hjerte-karsykdommer, diabetes og kreft. Studien, som er publisert i *The Lancet*, er gjort i 187 land og dekker kostholdet til hele 4,5 milliarder mennesker.

Generelt viser rapporten at forbruket av sunne matvarer, som frukt og grønnsaker, har økt mange steder i verden disse ti årene. Dette har imidlertid blitt overgått av økt inntak av usunn mat, som mettet fett, transfett, sot leskedrikk og prosessert kjøtt.

Seniorforsker Einar Rissvik ved Nofima mener det har skjedd en større polarisering mellom dem som har råd til å gjøre de riktige valgene og gjør dem, og dem som kanskje ikke vet hva de riktige valgene er og samtidig kanskje har den mest anstrengte økonomien.

– Resultatet blir valg av mat som er dårlig for helsen. Det er fremdeles slik at den billigste maten er den dårligste maten, og likevel gjerne den maten mange synes smaker best. Derfor blir dette et enkelt valg for den med dårlig råd.

Maten er, kanskje mer enn noen gang, en av de viktigste faktorene som skiller god og dårlig helse, mener Rissvik. Dermed er også maten med på å øke de sosiale forskjellene i samfunnet.

Med sitt relativt gode kosthold i utgangspunktet og relativt små sosiale forskjeller, skiller ikke Norge seg ut i undersøkelsen. Vi gjør relativt flere gode valg og færre av de dårlige.

– Norge har imidlertid relativt store forskjeller mellom aldersgrupper. De

unge endrer kostholdet mindre enn de eldre, spesielt når det gjelder de dårlige valgene. Det er en bekymring, mener matforskeren.

Det er en generell trend i de 187 landene at eldre og kvinner har gjort de mest fornuftige matvalgene.

På nett

Hele Helse Vest har nå kjernejournal
760 000 innbyggere i til sammen 67 nye kommuner i Vest? Norge fikk 1. mars sin kjernejournal på helsenorge.no. Totalt har nå nærmere 1,5 millioner nordmenn fått kjernejournal, melder Helsedirektoratet i sitt nyhetsbrev.

Kjernejournal samler viktige helseopplysninger som både innbygger og helsepersonell har tilgang til, og skal bidra til at pasienten kan få tryggere helsehjelp. 1. mars ble den automatisk opprettet for alle med folkeregistrert adresse i kommuner i helseregion Vest, dersom de ikke har reservert seg.

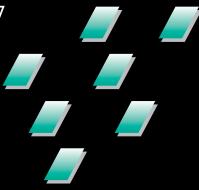
Kjernejournal er et viktig steg på veien mot bedre samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten og mellom innbyggere og helsesektoren. Den vil være særlig nyttig i akutte situasjoner, sier avdelingsdirektør Rune Røren i Helsedirektoratet.

Opplysninger fra Folkeregisteret, om legemidler og sykehushusbesøk samles inn automatisk. Via helsenorge.no kan alle legge inn noen opplysninger i sin kjernejournal, blant annet om kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie. Kritisk informasjon, om for eksempel alvorlige allergier og sykdommer, legges inn av lege i samråd med pasienten.

Mer informasjon om kjernejournal finner en på helsenorge.no/kjernejournal

Det er meningen at også tannleger skal få tilgang til kjernejournalen, men det er foreløpig ikke gitt noen tidsangivelse på når dette kan skje.

KONSTEN ATT SKAPA BESTÅENDE BINDNING



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

G-ænial BOND från **GC**
1 material - 2 metoder för perfekt adhesion

GRATISPROV



GC NORDIC AB
Tel: +46 8 410 344 90
info@nordic.gceurope.com
<http://nordic.gceurope.com>
<https://www.facebook.com/gcnordic>

,'GC,'

Prova innan du köper

Beställ ditt gratisprov på
G-ænial Bond (3 unidoser)
Besök vår hemsida
gaenialbond.gceurope.com/sample
eller scanna QR-koden nedan





Foto: YAY Micro .
Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Fridrich-Aas

Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes

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

Redaksjonskomité:
Jon E. Dahl
Anders Godberg
Malin Jonsson

ABONNEMENT

Abonnementspris for ikke-medlemmer
og andre abonnenter kr 1800,-

ANNONSER

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

E-post:
annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE
Haakon VIIIs 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: 6 400. 11 nummer per år
Paralleltpublisering og trykk: 07 Media AS
Grafisk design: Mike Mills

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

LEDER



Foto: Kristin Witberg

Hvor mange er mange nok?

Det er alltid hyggelig å kunne fortelle om suksess, og om de som driver med fine og ordentlige ting som blir lagt merke til – og som mottar fortjent heder og ære for det. Denne gangen er det en norsk samfunnsodontolog som mottar en høythengende internasjonal pris. Professor Jostein Grytten ved Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo har forsket på norske tannhelsetjenester i mange år. Når denne utgaven av Tidende kommer ut er han i Boston for å motta en pris fra den internasjonale organisasjonen for odontologisk forskning (IADR). Han er den aller første som får en pris fra IADR for forskning innen feltet helsetjenester og helseteknologi. Tidende intervjuet Grytten før han reiste, og publiserer intervjuet med prisvinneren i denne utgaven.

Et av områdene Grytten mener det er viktig å få økt kunnskap om gjennom forskning er dagens og fremtidens arbeidsmarked for tannleger. Bedre tannhelse i befolkningen vil kunne gjøre noe med inntektsgrunnlaget for tannleger, som igjen åpner for en diskusjon om hvilket antall tannleger det er, og ikke minst blir, behov for.

Debatten rundt dette spørsmålet har vi sett en stund, her i Tidende, initiert av tidligere president i NTF, Carl Christian Blich. I denne utgaven av Tidende er det nevnte prisvinner, Jostein Grytten, som tar ordet, sammen med dekanen og forskerkollegene av Grytten ved Oslo-fakultetet. Statistisk sentralbyrå (SSB), som har beregnet på sin måte, og fremskrevet et fremtidig behov for tannleger som kanskje bør justeres, sier i sitt svar at det er andre enn SSB som besitter mye av fagkunnskapen i spørsmålet om hvor mange tannleger det er behov for i fremtiden.

Det er kanskje tannlegene selv, med hjelp av andre egnede fagpersoner, som bør sette i gang et utredningsarbeid for

å finne svaret på hvor mange tannleger det er behov for i Norge om et gitt antall år – siden det må være i tannlegenes egen interesse at det ikke er hverken for mange eller for få av dem.

Det er en jobb som skal gjøres, for å oppnå og opprettholde god oral helse, og det er viktig at det er nok folk, og samtidig ikke for mange, om å gjøre den jobben. Det er enklere sagt enn gjort, selvfolgegå – å komme frem til et riktig svar på hva som er riktig antall. Og like fullt; dette er veldig viktig for tannlegene som skal ha dette som levebrød.

Spørsmålet om hvor mange tannleger det er behov for var også opppe på et spesialistseminar i slutten av januar, som også omtales i denne utgaven av Tidende. Også her var den prisvinnende professoren i samfunnsodontologi aktiv i debatten. Det er blitt antydet at for mange spesialister kan føre til overbehandling, ble det sagt på seminaret, men Grytten kunne vise til en fersk undersøkelse som viser at få pasienter heller fører til uønsket fritid og uønsket lav inntekt.

En annen ting jeg tenker det kan være aktuelt å følge med på i denne sammenhengen, er utviklingen i antallet twistesaker tannleger er involvert i, ikke minst seg imellom. Det trenger ikke være noen sammenheng mellom antall tannleger og antall konfliktsaker, men det kan være det. Det er ikke helt utenkelig.

Når krybben er tom bites hestene, er det noe som heter. Det er ingen god situasjon – så den bør unngås.

Ellen Beate Dyvi

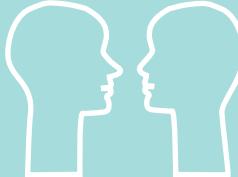
Du bestemmer!

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

Les mer på
www.tannlab.no.

FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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



FORMIDLING

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

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

TANNLAB
fremstilling · rådgivning · formidling



Munnhersedagen markeres 20. mars

Fredag 20. mars er det igjen den internasjonale munnhersedagen – World Oral Health Day. Dagen, som ble innstiftet av FDI World Dental Federation i 2007, gir oss en gyllen anledning til å sette fokus på oral helse. Årets internasjonale tema er vårt økende inntak av sukkerholdig mat og drikke, og FDI støtter her opp om WHOs viktige arbeid for å redusere sukkerinntaket.

NTF har de siste årene viet stor oppmerksomhet til folkehelsearbeidet. God oral helse er viktig for den generelle helsen, og orale sykdommer er ikke-smittsomme sykdommer på linje med blant andre diabetes, kreft og hjerte- og lungesykdom. Disse sykdommene er dagens store folkehelseutfordring, og de rammer stadig større deler av verdens befolkning. Ikke-smittsomme sykdommer har flere felles underliggende risikofaktorer som bruk av tobakk og alkohol, for lite fysisk aktivitet og skadelig kosthold. De kan derfor forebygges gjennom samlet innsats mot disse risikofaktorene. Det er avgjørende at vi i framtida får til dette, for problemet kan ikke løses med behandling alene.

Representantskapet vedtok et eget policydokument om folkehelse i 2013. Som tannleger ser vi store deler av den norske befolkningen regelmessig. Dette gir oss et særlig godt utgangspunkt for å bidra i folkehelsearbeidet. Her representerer vi en ubenyttet ressurs i dag. Vi kan gjøre en innsats i anti-tobakksarbeidet, og vi har god kompetanse på kosthold – spesielt på problematikk rundt et høyt sukkerinntak.

NTF har i år valgt en egen vri på Munnhersedagen. I tillegg til å fokusere på munnhelse, har vi hatt et ønske om å sette tannlegenes viktige plass i folkehelsearbeidet på kartet. Fokus for årets Munnhensedag er at tannhelseteamet nå tar opp kampen mot diabetes. Vi

er veldig fornøyde med at dagen skal markeres i samarbeid med Diabetesforbundet og Norsk Tannpleierforening.

Vi ønsker å skape oppmerksomhet rundt følgende tre punkter:

- Det er anslått at 175 000 nordmenn har Diabetes type 2 uten å vite om det.
- Diabetespasienter er to til fire ganger mer utsatt for periodontal sykdom enn resten av befolkningen.
- Tannhelseteamet kan spille en viktig rolle i å avdekke diabetes og sørge for at pasientene får den behandling og informasjon de trenger.

Personer med diabetes er spesielt utsatt for tannkjøttsykdom og infeksjon i munnhulen. Særlig gjelder dette hvis man har hatt diabetes over tid og i tillegg har dårlig blodsukkerkontroll. Periodontal sykdom og diabetes påvirker hverandre dessuten gjensidig. Diabeteskontrollen bedres hvis man kan fjerne infeksjon i munnhulen. Pasienter med dårlig regulert diabetes kan også være mer utsatt for karies. Nedsett spyttsekresjon, munntørhet og soppinfeksjon er andre komplikasjoner som personer med diabetes er spesielt utsatt for. Alle med diabetes bør være særlig oppmerksomme på munnhelsen, og de bør gå regelmessig til tannlege. Pasientene kan også ha rett på stønad fra folketrygden for enkelte deler av tannbehandling.

Rundt 350 000 nordmenn har diabetes type 2, og antallet er firedoblet de siste 50 årene. Hvert år får anslagsvis 6–7000 nordmenn denne diagnosen. Diabetes type 2 er en alvorlig sykdom. Dersom den oppdages slik at man får behandling tidlig, vil sykdommen få et gunstigere forløp, og det er lettere å unngå komplikasjoner. Utviklingen av diabetes type 2 kan være langsom med diffuse symptomer. Det kan derfor ofte gå lang tid før diagnosen stilles. Behandlingen baserer seg først og

fremst på opplæring til egenomsorg. For å holde blodsukkeret på et normalt nivå brukes forskjellige tiltak som justering av kostholdet, økt fysisk aktivitet og vektredusjon hvis det er nødvendig. Mange (ca. 70 %) trenger blodsukkersenkende tabletter eller insulin i tillegg.

Kampanjens overordnede mål er:

- Kompetanseheving blant både publikum og tannhelseteamet om sammenhengen mellom diabetes og munnhelseproblemer.
- Bidra til at flere med diabetes type 2 får stilt en diagnose.
- Bedre hjelp til pasienter med diabetes type 1 og 2; informasjon om tannbehandling, forebyggende tiltak for god (tann-) helse, rettigheter og stønadsordninger.

Tannhelsepersonell kan spille en viktig rolle her! Som tannleger har vi en klar forpliktelse overfor pasientene til å ta denne utfordringen alvorlig.

I tillegg til fremstøt mot media lokalt og sentralt vil vi benytte sosiale medier for å skape blest om Munnhersedagen. Her kan dere alle henge dere på! Vi vil også sammen med våre samarbeidspartnerne utarbeide materiell som kan benyttes på klinikken. Diabetesforbundet tilbyr også mye bra materiell som er tilgjengelig på deres nettsted www.diabetes.no. Et annet nyttig nettsted er Norsk Tannvern, www.tannvern.no, hvor det også finnes materiell til tannhelsepersonell.

Vi håper at vi og våre samarbeidspartnerne klarer å få satt søkelyset på sammenhengen mellom diabetes og munnhelse den 20.mars, både sentralt og lokalt. Dere kan lese mer om Munnhersedagen i dette nummeret av Tidende.

Camilla Hansen Steinum

Kristin Hage, Marte S. Dæhlin, Marit Midtbø, Dagmar F. Bunæs, Randi Arnesen, Salah O. Ibrahim, Bodil O. Leknes og Knut N. Leknes

Gingivale retraksjonar – er kjeveortopedisk behandling ein risikofaktor?

Dei siste åra har fleire unge pasientar med uttalte gingivale retraksjonar i underkjevefronten vorte tilvist spesialist for vurdering og eventuell behandling. Mange av desse har ei førehistorie med kjeveortopedisk behandling med fast apparatur. For enkelte av pasientane kan ein gingival retraksjon i underkjeven opplevast som kosmetisk skjemmande. Men hovudutfordringa er likevel det fasiale festetapet som i enkelte hove nærmar seg apeks på tanna.

I litteraturen er det diskutert om behandling med fast kjeveortopedisk apparatur åleine, eller saman med andre årsaksfaktorar, kan medverke til utvikling av gingivale retraksjonar. Studiar har rapportert motstridande resultat og følgjeleg har det vore vanskeleg å trekke eintydige konklusjonar. Det synest klart at den kjeveortopediske behandlinga må planleggast nøy i hove til anatomiske risikofaktorar som smal kjevekam, tynn gingival vevstype og fasiale alveolære beindefektar. Det må dessutan nytast små krefter for å gje tid til remodellering av alveolært bein. Alle pasientar må få grundig instruksjon i munnhygiene for å ivareta periodontal helse. Etter avslutta behandling er det sær-

viktig at tennene står i alveolært bein og at den limte retensjonstråden er høveleg tilpassa og står passivt.

Når ein retraksjon har oppstått, vil kjeveortopedisk behandling, mukogingival kirurgi eller ein kombinasjon av desse kunne gje gode langtidsresultat. Målet med denne artikkelen er å diskutere viktige etiologiske faktorar og behandlingsalternativ med utgangspunkt i to kasuistikkar.

Gingival retraksjon er definert som ei apikal forskyving av margo gingiva frå ein normal posisjon på tannkrona til eit nivå apikalt for emalje-sementgrensa med blottlegging av rotoverflata (1). Retraksjonen kan vere lokalisert eller generalisert og involverer minst ei tannflate (2). Det er eit meir vanleg funn i underkjeven enn i overkjeven (3). Slik forskyving av gingiva kan vere ein kritisk komplikasjon for pasienten. Det kan føre til uheldig estetikk, rotsensitivitet, vidare tap av periodontalt feste, vanskelegare hygienetilhøve og høgare risiko for rotkaries (4). Blotlagde rotoverflater er òg meir utsette for børsteskadar i hardvevet (abrasjonar) (5). Dersom ein retraksjon i underkjevefronten skulle vere så omfattande at tanna må sjåast på som tapt, er det ofte vanskeleg å behandle dette protetisk. Tannforankra eller implantatforankra protetikk, kjeveortopedisk lukelukking eller inga behandling er mogelege alternativ. Implantatbehandling er

Forfattarar

Kristin Hage, tannlege. Sogndal/Leikanger
Marte S. Dæhlin, tannlege. Lærdal/Årdal

Marit Midtbø, fyrsteamanuensis, dr. odont. Institutt for klinisk odontologi – kjeveortopedi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Dagmar F. Bunæs, dobbelkompetansekandidat. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Randi Arnesen, spesialist i kjeveortopedi. Fyllingsdalen

Salah O. Ibrahim, dr.odont. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Bodil O. Leknes, tannpleiar. Bergen

Knut N. Leknes, professor, dr. odont. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Artikkelen er basert på ei godkjent prosjektoppgåve ved UiB.

Hovudbodskap

- Før kjeveortopedisk behandling må pasientar få informasjon om kva ein gingival retraksjon er og korleis den kan oppstå og førebyggjast
- Det er viktig med grundig vurdering av gingival vevstype og alveolær beintjukkleik før behandling med fast kjeveortopedisk apparatur
- Unngå ukontrollert ekspansjon og hald tannbogen uendra
- Avslutt med tennene i alveolært bein og med korrekt aksestilling
- Limt retensjonstråd må vere høveleg tilpassa og stå passivt

lite egna i underkjevefronten då kjevekammen ofte er svært smal. For ein ung pasient utan avslutta vekst, vil slik behandling i mange høve vere kontraindisert. Kjeveortopedisk lukelukking kan vere eit alternativ, men berre ved einskilde bittrelasjoner.

Påverknaden av gingiva er multifaktoriell, og følgjeleg er det vanskeleg å trekke fram ein spesiell mekanisme eller faktor som fører til gingival retraksjon (6). Likevel vert ofte traumatisk tannpuss og plakkindusert periodontal inflamasjon sett på som dei vanlegaste årsakene (3). Ei anna mogeleg årsak er kjeveortopedisk behandling, og då særleg flytting av tenner til posisjonar utanfor fasial eller lingval alveolær beinplate (5). Ei slik flytting kan føre til tap av alveolært bein eller utvikling av fasiale/lingvale beindefektar (7). Marginal gingiva utan alveolær beinstøtte er klårt meir disponert for apikal forskyving og blottlegging av rotoverflata. Dersom dei gingivale retraksjonane nærmar seg apeks på tanna, er ikkje dette berre eit kosmetisk problem, men også eit spørsmål om å førebyggje tanntap på unge pasientar (figur 1A, 1B og 1C). Om kjeveortopedisk tannflytting kan føre til gingivale retraksjonar direkte, eller om andre faktorar, som traumatisk børsting, også må vere til stades, er eit uavklart spørsmål.

I Noreg får meir enn ein tredel av eit årskull born og unge behandling med fast kjeveortopedisk apparatur. Dette utgjer i underkant av 20 000 ungdommar per år (8). Slik behandling kan ha ein negativ innverknad på dagleg munnhygjene og fremje gingival inflamasjon (9,10). Pasientar vert difor sterkt motiverde til å oppretthalde optimal munnhygjene. Denne balansegangen mellom tilstrekkeleg biofilmkontroll for å unngå gingival inflamasjon, og samstundes ikkje utføre traumatisk børsting, er ei utfordring for mange.

Tannlegar og tannpleiarar skal ha kunnskap om etiologi og behandling av gingivale retraksjonar, slik at pasientar kan få tilbod om høveleg behandling. Målet med denne artikkelen er, med støtte i litteraturen, å klargjere samanhengen mellom kjeveortopedisk behandling og utvikling av gingivale retraksjonar, og å diskutere førebyggjande tiltak og behandling. To kasuistikkar illustrerer gingivale retraksjonar og behandling.

Førekommst og klassifisering

Gingivale retraksjonar finn ein i populasjonar med god og med mindre god munnhygjene (1,11). For det meste oppstår retraksjo-

nane fasialt (12). Dette skuldast tynnare beinplate og at beinmargen er mindre kompakt (1). I tillegg kan ein tynn gingival vevstype forsterke prosessen ytterlegare (2). Sentrale incisivar i underkjeven og molarar i overkjeven er tennene som oftest vert råka. Både førekommst og omfang av tilstanden aukar med alder (13,14,15). I ein studie frå 1992 fann Löe og medarbeidarar at 60% av norske 20-åringar, og meir enn 90% av den eldre populasjonen (over 50 år) hadde gingivale retraksjonar (1). Liknande funn er gjort i Brasil (16) og Frankrike (17). I populasjonar med mangel på tannhelseressursar er førekommsten av gingivale retraksjonar endå høgare (1). Det er rapportert at gingivale retraksjonar førekjem hjå 1,3–10 % av pasientar som har fått utført kjeveortopedisk behandling (18). Ved tannhelseundersøking av 303 pasientar i ein militærleir vart det funne gingivale retraksjonar hjå 14,6 % (5). Det var ikkje signifikant skilnad mellom menn og kvinner. Førekommst, utbreiing og omfang vart samanhaldne med tidlegare kjeveortopedisk behandling. Totalt 27,4 % fortalte om tidlegare kjeveortopedisk behandling eitt til ti år før undersøking. Av desse hadde 22,9 % gingivale retraksjonar, samanlikna med 11,4 % av dei som ikkje hadde gjennomgått kjeveortopedisk behandling.

Miller si klassifisering av gingivale retraksjonar er mest brukt til å beskrive det kliniske biletet (19). Denne klassifiseringa definerer følgjande inndeling:

Klasse I: Retraksjon som endar koronalt for den mukogingivale grensa. Ikkje periodonalt festetap approksimalt.

Klasse II: Retraksjon til eller apikalt for den mukogingivale grensa. Ikkje periodontalt festetap approksimalt.

Klasse III: Retraksjon til eller apikalt for den mukogingivale grensa. Moderat festetap approksimalt.

Klasse IV: Retraksjon til eller apikalt for den mukogingivale grensa. Uttalt festetap approksimalt.

Etiologi

Etiologien ved gingivale retraksjonar er uklår. Likevel har fleire predisponerande faktorar vore diskuterte. Desse kan delast i primære og sekundære (2):

Primære etiologiske faktorar

- mekanisk traume, som traumatisk børsteteknikk
- lokale plakkinduserte inflammatoriske lesjonar



Figur 1 A–C. A: Gingival retraksjon 41 med 9 mm festetap på ein 20-år gammal pasient. B: Same kasus som figur 1a. Rota på 41 er tippa fasialt medan rota på 31 er tippa lingvalt (tatt i speil). C: Gingival retraksjon 31 med 8 mm festetap på ein 20-år gammal pasient.

- generaliserte former for destruktiv periodontal sjukdom

Sekundære etiologiske faktorar

- anatomiske faktorar

- kjeveortopedisk tannflytting og/eller retensjonsfase

- røykjing og andre stimulantia (snus, khat)

- piercing

Ved traumatisk børsting bør ikkje pasientane få instruksjon i Bass (20) eller modifisert Bass (21), men heller roll-teknikk eller bruk av elektrisk tannbørste. I tillegg må ein mjuk solobørste nyttast for å få reingjort gingivalt. For å få pasienten til å halde fram med atraumatisk børsteteknikk, er det naudsynt med reinstruksjon (22).

Gingival inflammasjon fører til auke i veksten av oralt epitel og kontaktepitel slik at tynt, fasialt bindevev som inneheld blodkar, vert fortrengt. Ein mogeleg konsekvens er tap av blodforsyning. Ein slik «strangulasjonseffekt» kan resultere i kollaps av fasiel blautvevsvegg og med gingival retraksjon som resultat (23).

Anatomiske faktorar som fenestrering av alveolært bein, ektopisk posisjon i tannbogen, unormal erupsjonsposisjon, atypisk tannform eller auka tipping av tanna kan ha noko å seie for utvikling av gingivale retraksjonar (2). I tillegg må høgt festa frenulum eller muskelfeste, redusert dimensjon av gingiva og stram leppemuskulatur også nemnast som etiologiske faktorar (23).

Kjeveortopedisk flytting av tenner til posisjonar utanfor den fasiale eller lingvale alveolære plata, er ein mogeleg etiologisk faktor assosiert med gingival retraksjon (2). Dårleg tilpassa, limte retensjonstrådar kan gje liknande utilsikta tannflyttingar (24,25). Det er indikasjonar på at fast kjeveortopedisk apparatur saman med mangefull hygiene, kan ha ein negativ påverknad på periodontiet slik at gingivitt utviklar seg til periodontitt (26). Figur 2 viser døme på gingivale retraksjonar lingvalt i underkjeverfronten. Mangefull munnhyggiene, incisivar med krona tippa for langt fasialt og uheldig utforma fast retensjonsapparatur er mogelege etiologiske faktorar.

Røykjing er ein velkjend risikofaktor for periodontal sjukdom. Om det òg finst ein samanheng med gingivale retraksjonar er



Figur 2. Gingivale retraksjonar lingvalt. Plakk, tannstein, proklinerte incisivar og uheldig utforma retensjonsapparatur er mogelege etiologiske faktorar.

meir usikkert. Slutzkey og Levin fann ingen samanheng mellom røykjevaner og retraksjon (5). Når det gjeld snus, fann Rolandsen og medarbeidrarar at det er ein høgare førekomst av gingivale retraksjonar hjå snusbrukarar enn dei som ikkje brukar snus (27). Axéll fann at gingivale retraksjonar førekjem hyppigare hjå personar som nyttar lauussnus, enn dei som brukar porsjonssnus og tyggetobakk. Dagleg snusbruk synast å vere ein viktigare risikofaktor enn kor mange år ein har brukt snus (28).

Intra- og perioral piercing kan vere ei anna årsak til utvikling av gingivale retraksjonar (29). Til dømes kan piercing i sulcus mentolabialis føre til fasiale retraksjonar ved at gingiva vert trumatisert (30). Desse retraksjonane viser seg ofte som smale, kløft-forma defektar (31). Ein studie rapporterte at førekomsten av gingivale retraksjonar var relatert til piercing i tunga og leppe. Førekomsten var 26,5 % hjå dei med piercing, og 12,2 % hjå dei som aldri hadde hatt piercing (5).

Førebygging og behandling

Kjeveortopedisk vurdering

Ekstraksjon av tenner som ein del av kjeveortopedisk behandling har variert over tid. På 50–70-talet var behandling med ekstraksjonar vanleg. I dag prøver ein å unngå dette. Krav til utsjånad og at smilet er perfekt, er for mange den viktigaste motivasjonen for å starte med tannregulering. Til dømes vil mange i dag ha store, fyldige lepper, og i grensesakus vil ein i større grad enn tidlegare velje behandling utan ekstraksjonar. Det kan i enkelte høve føre til at tannbogen vert ekspandert for mykje slik at det oppstår fenestrering i alveolarbeinet og føre til manglende stabilitet. Generelt vil ein anterioposterior ekspansjon på meir enn 2 mm eller ein transversal ekspansjon av bogen i underkjeven ikkje vere stabil (32). Før flytting av tenner er det viktig å sjekke tjukkleiken i fasiolingval retning på både beinplata og gingiva. Dersom vevet er særlig tynt, er det særleg viktig med grundig hygieneinstruksjon både før, under og etter behandlinga, for å redusere sjansen for å utvikle inflammasjon og dermed gingivale retraksjonar (33). Det er også kritisk korleis tannflyttinga vert utført. Ein bør gå varsamt fram og bruke små krefter. Med stor tannflytting aukar faren for at det kan oppstå skade på periodontiet (32). Dess yngre pasienten er, di lettare vil vevet tilpasse seg endringar (34). Apparaturen ein nyttar må vere høveleg utforma med stabil forankring utan å skape irritasjon i vevet. Det er òg viktig å unngå overskot av «flow-komposit» utanfor klossane (33).

Ei tann som er plassert fasialt i alveolarprosessen, har ofte eit tynnare beindekke og er som regel dekt av eit tynt lag med gingiva. Flytting i fasial retning kan då vere risikofylt. Dersom tanna vert flytta lingvalt, vil dette kunne gje ein positiv effekt på den gingivale tjukkleiken fasialt (35).

Om fenestrering av alveolært bein oppstår under kjeveortopedisk behandling, er avhengig av mange faktorar. Det kan skuldast retninga på rørlsa, frekvensen og storleiken på kreftene samt volumet og den anatomiske utforminga av alveolarprosessen og det gingivale vevet (36). For å unngå desse problema må morfolgien av alveolarbeinet vurderast før kjeveortopedisk behand-

ling. I dag er «cone-beam computed tomography» (CBCT) ein godt eigna røntgenologisk teknikk til ei slik vurdering (37). Undersøkingar med CBCT om det er skilnader i førekomst av fenestrering og/eller manglende alveolært bein hjå Angle Klasse I og Klasse II avdeling 1-pasientar før behandling, viste at pasientane med Klasse I hadde 35 % høgare førekomst av alveolære defektar enn Klasse II avdeling 1. Desse resultata viste også at det er vanleg å finne defektar i alveolarbeinet (38). Ein annan studie rapporterte liknande funn (39). Ein viktig konklusjon var at kjeveortopedar må vere ekstra påpasselege ved behandling av Angle Klasse I-malokklusjon.

Tap av kortikal beinplate vert oftest funne i underkjevefronten. Ein bør vere varsam ved endring av aksestilling på incisivar sidan det er vist høg førekomst både av fasiale og lingvale beindefektar (38). Som vist i figur 1 og 2, kan feil aksestilling av tennene og uheldig utforma retensjonstrådar etter avslutta behandling, vere ein risikofaktor for å utvikle gingivale retraksjonar. I underkjeven er det kritisk at sluttvinkelen mellom mandibularplanet og incisivane ikkje er større enn 95° etter avslutta kjeveortopedisk behandling (40). Ved større vinkel er det fare for at rota endar utanfor alveolarprosessen, og dette aukar risikoien for at det kan oppstå ein gingival retraksjon (41).

For pasientar som har ein tynn vevstype og som skal ha omfattande kjeveortopedisk flytting, tilrår ein tre-dimensjonal diagnostikk av alveolarbeinet for å kunne ta vare på den periodontale helsa under og etter behandling (38). Påvising av alveolære beindefektar før kjeveortopedisk behandling er informasjon som må formidlast til pasientar for å understreke at dette er eit vanleg funn og ikkje skuldast kjeveortopedisk flytting åleine.

Retensjon etter kjeveortopedisk behandling har som mål å halde tannstillinga stabil. Ein periode med bruk av passiv retensjonstråd, som kan vere fast eller avtakbar, er difor viktig. På grunn av mangelfull kunnskap om kvifor tilbakefall opptrer, har ein ingen fasit for kor lenge pasientar bør gå med retensjonsapparatur. Ulempa med langvarig bruk av faste limte retensjonstrådar er at apparaturen samlar plakk og tannstein og dermed kan ha ein negativ effekt på gingiva. For å redusere den negative påverknaden er det viktig å ta omsyn til individuelle faktorar som anatomi og hygiene, (42). Hjå dei med fast retensjonsapparatur er det viktig korleis apparaturen vert utforma og pålimt. Apparaturen må ikkje limast for langt gingivalt, må ikkje vere aktiv og ein må berre nytte eit tynt lag med adhesiv. Eventuelt adhesivsøl er viktig å tørke vekk for ikkje å auke plakkretensjon.

Kjeveortopedisk behandling

Behandling av gingivale retraksjonar kan gjerast på fleire måtar: Kjeveortopedisk behandling, mukogingival kirurgi eller ein kombinasjon av desse. Det er òg viktig å merkje seg at inga behandling kan vere eit godt alternativ. I slike høve er diagnose, hygiene-instruksjon og observasjon ekstra viktig.

Hjå pasientar med fasiale gingivale retraksjonar og feil tannstilling i underkjevefronten, bør ein ikkje utføre mukogingival kirurgi før etter kjeveortopedisk flytting av incisivane inn i alve-

olarprosessen. Ved lingval flytting vil sjansen for å få betre tjukkleik både av fasialt bein og gingiva auke. Sjølv om det framleis er indikasjonar for kirurgi etter avslutta kjeveortopedisk behandling, vil slik førebehandling betre prognosene for det mukogingivale inngrepet (35).

Korrekt aksestilling av rota er viktig for å sikre god tjukkleik av den kortikale beinplata. Slik korrigering eller nivellering vert vanlegvis utført med fasiale kjeveortopediske klossar, men dette kan også gjerast med lingval apparatur (43). Fordelen med denne metoden er at pasienten slepp skjemmande fasial apparatur. I tillegg er sjansen for å utvikle dekalsinasjonar betydeleg mindre lingvalt enn fasialt.

Mukogingival kirurgi

Miller-klassifiseringa tek omsyn til kva grad av rot-dekkje ein kan oppnå ved mukogingival kirurgi. Ved Klasse I og II kan ein oppnå fullstendig dekkje av rota, medan ein berre kan vente delvis dekkje ved Klasse III. Når det gjeld Klasse IV, er det berre mogleg å rot-dekkje den mest apikale delen av defekten (19). Retraksjonsdefektar hjå born i vekst er eit spesielt tilfelle. Her kan retraksjonar bli korrigerte spontant, føresett at plakkontrollen er god (44). Derved er det ikkje sikkert at kirurgisk behandling av blautvev i det utviklande tannsettet er naudsynt. Det bør i alle høve ikkje utførast mukogingival kirurgi før veksten er avslutta (45).

Estetikk er ein hovudindikasjon for mukogingival kirurgi. Denne subjektive parameteren må vurderast individuelt (35). Sensitive tannhalsar kan også vere plagsame. Om det er naudsynt å utføre mukogingival kirurgi for å lette desse, må avgjera saman med pasienten. Ein gingival retraksjon vil komplisere hygienetilhøva lokalt, og mangelfullt reinhold aukar risikoien for rotkaries. Dersom pasienten både er plaga med ising og tykkjer at retraksjonen er estetisk skjemmande, vil dette gje breiare grunnlag for å gjere ei kirurgisk behandling.

Traumatisk tanppuss og plakkindusert periodontal inflammasjon er to av hovudårsakene til at gingivale retraksjonar oppstår. Kontroll med desse to faktorane er dermed særsviktig for å kunne oppnå eit godt langtidsresultat (20,46). Mukogingival kirurgi kan vere kontraindisert hjå personar med ukontrollert diabetes, då desse har redusert infeksjonsforsvar og dårlegare tilhelingsveve. Antibiotika som infeksjonsprofylakse kan vere aktuelt. Kortisonpreparat påverkar immunforsvaret. Pasientar som står på kortisonpreparat bør alltid vurderast nøye før mukogingival kirurgi. Røykjarar har dårlegare perifer blodsirkulasjon og kan difor ha nedsett tilhelingsveve og infeksjonsforsvar.

Dei mest aktuelle kirurgiske teknikkane ved behandling av gingivale retraksjonar er:

1. Stilka transplantat (med intakt basis)
 - Lateralforskyvd lapp (flytting av gingiva for å dekkje retraksjon på nabotann)
 - Koronalforskyvd lapp; (gingiva apikalt for retraksjon vert flytta koronalt)
2. Fri transplantat
 - Gingivalt transplantat (med epiteldekkje)

- Bindevevstransplantat (utan epitel)

Faktorar som djupn og vidde av retraksjonen, tilgang til vev, plassering av muskelfeste og estetikk bør vurderast før val av prosedyre. Før inngrepet må den eksponerte delen av rotoverflata vere fri for biofilm. Reingjering kan enkelt utførast med gummi-kopp og poleringspasta. Kontrollerte kliniske studiar har ikkje vist nokon skilnad med omsyn til rot-dekkje eller lommedjupner mellom tenner som har vore rotplanerte, eller berre polerte (47). Ekstra rotplanering vil difor vere mest aktuelt dersom ein redusert prominens på rota vil vere å føretrekkje for overleving av transplantatet, eller om det er diagnostisert ein lesjon av rotkaries. Uansett kva kirurgiteknikk ein nyttar, er det gunstig å overdekkje retraksjonen med minimum ein mm for å kompensere for venta skrumping (48).

Det mest kritiske med tanke på residivtendens, er børsteteknikken. Dersom pasienten ikkje klarer å legge om børsteteknikken sin, er det stor sjanse for at behandlingsresultatet vert mislukka på lang sikt. Etter ein vellukka kirugi, skal det ikkje finnast sonderbar lomme ved defekten (49). Dårleg plakkontroll har blitt rapportert å påverke behandlingsresultatet i form av manglande rotdekkje (50).

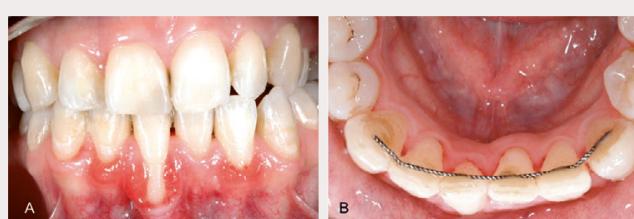
Storleik og omfang av defekten har mykje å seie for resultatet av kirurgien. Ein kan vente å oppnå gode resultat ved Klasse I og II, medan Klasse III og IV er vanskelegare å behandle. Operatør-dugleik er òg ein viktig faktor for prognosene. Optimal snittføring, tilpassing av lappen og suturering er tekniske faktorar som er viktige for sluttresultatet (51). Pasientane må følgjast opp postoperativt og reinstruerast i atraumatisk børsteteknikk minst to gonger årleg for å sikre eit godt langtidsresultat (22).

Kasuistikkar

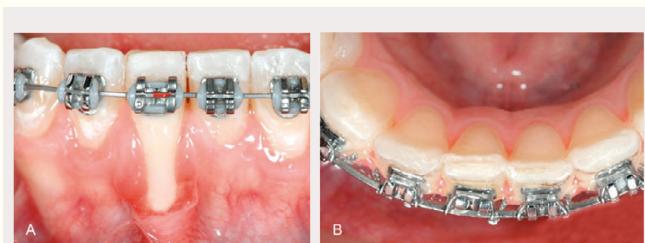
Dei to følgjande kasusa har vore behandla med fast kjeveortopedisk apparatur og har i ettertid utvikla gingivale retraksjonar i underkjevefronten.

Kasus 1

Det første kasuset er ei kvinne på 31 år som ei tid etter kjeveortopedisk behandling fekk diagnostisert ein gingival retraksjon fasialt på tann 41 (figurar 3A og 3B). Då ho var 15 år gammal fekk ho påsett fast kjeveortopedisk apparatur i begge kjevar og behandlinga varte i om lag 12 månader. Frå anamnesen ser ein at gingiva byrja å trekke seg ned på rota kort tid etter avslutta behandling. Gradvis har retraksjonen auka i storleik, men utan



Figur 3A-B. A: Gingival retraksjon tann 41 (Miller Kl II) med uttalt gingival inflamasjon. B: Biletet syner at rota på tann 41 er tippa fasialt.



Figur 4 A-B. A: Etter bonding av fast apparatur. B. Korrigert akse-retning 41.

å gje plager eller symptom frå området. Lingval retensjonstråd frå tann 33 til tann 43 vart sett på like etter avslutta behandling. Ved tilvisingstidspunktet vart defekten målt til 6 mm i vertikal retning og 3 mm horisontalt i nivå med emalje-sement-grensa (ESG; figur 3A).

Bileta tekne ved første besøk syner ein fasil retraksjon på tann 41, med uttala gingival inflamasjon med den apikale avslutninga i alveolær mukosa. Klinisk og røntgenologisk var det ikkje mogeleg å påvise festetap approksimalt. Retraksjonen vart difor klassifisert som Miller Klasse II. Krona på tann 41 er mesiolingtalt rotert og rota er tippa fasialt (figur 3B).

Etter grundig vurdering av kasuset vart det bestemt først å utføre kjeveortopedisk behandling for å rette opp akseretninga på tann 41, stimulere til alveolær beinpåleiring og få auke i gingival tjukkleik fasialt, og deretter dekkje defekten med eit bindevevstransplantat frå ganen.

Etter om lag 10 månader med kjeveortopedisk apparatur var akseretninga på tann 41 retta opp (figurar 4A og 4B) Dei kliniske tilhøva har betra seg; gingiva viser tydeleg reduksjon av inflamasjonsteikn med tilnærma normal farge, form og konsistens (figur 5).

Retraksjonen vart så dekkja med eit bindevevstransplantat frå ganen (figurar 6a og 6b). Eit ganetransplantat tilpassa storleiken på retraksjonen vart henta frå regio 25, 26 og suturerert på plass i lomma fasialt for tann 41 (figur 6b). For å oppnå best mogleg stabilitet under



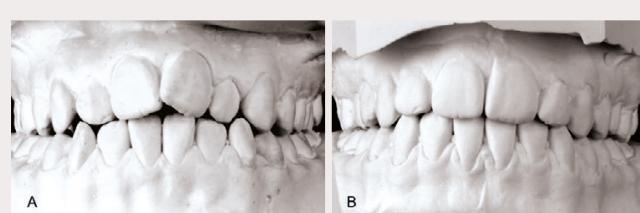
Figur 5. Etter avslutta kjeveortopedisk behandling. Bleik, frisk slimhinne fasialt 41.



Figur 6 A-B. A. Donorstad for bindevevstransplantat. Epitelet er suturerert på plass med enkle suturar. B. Bindevevstransplantat suturerert med enkle suturar og ein slyngsutur.



Figur 7 A–B. A: Etter suturfjerning 10 dagar postoperativt. B: Tilheling 2 månader postoperativt.



Figur 9 A–B. A: Tannstilling og gingivale tilhøve før kjeveortopedisk behandling. B: Tannstilling og gingivale tilhøve etter 9 månader med kjeveortopedisk behandling.

sårtihelinga, vart transplantatet sikra med enkle suturar og ein slyngesutur.

Kontroll 10 dagar postoperativt ved suturfjerning viser rolege kliniske tilhøve med dekkje av retraksjonen fasialt 41 til ESG (figur 7a). Raud gingiva fasialt er teikn på god blodforsyning og aktiv sårtiheling i operasjonsområdet. Postoperativ kontroll 2 månader seinare viser optimal sårtiheling og framleis fullt dekkje av retraksjonen (figur 7B).

Eitt års oppfølging viser stabile gingivale tilhøve med ei brei og kraftig sone med keratinisert gingiva fasialt på tann 41. Det er framleis fullt dekkje (100 %) av den gingivale retraksjonen og ingen sonderbare lommer fasialt 41 (figur 8).



Figur 8. Kontroll 12 månader postoperativt viser framleis dekkje til emalje-sement-grensa (100 %).



Figur 10. Fasial retraksjon 41 med høgt fiberfeste (Miller Kl I/II).

mellom tannrekkjene og retruderte underkjeveincisivar. Under behandlinga vart incisivane i underkjeven protruderte 2 mm med bruk av svake krefter. På studiemodellar tekne ved apparaturfjerning, kan auka kronehøgd observerast både på tann 31 og 41, men underkjeveincisivane hadde korrekt vinkling i fasiolingvalplanet (figur 9b). Diagnosen

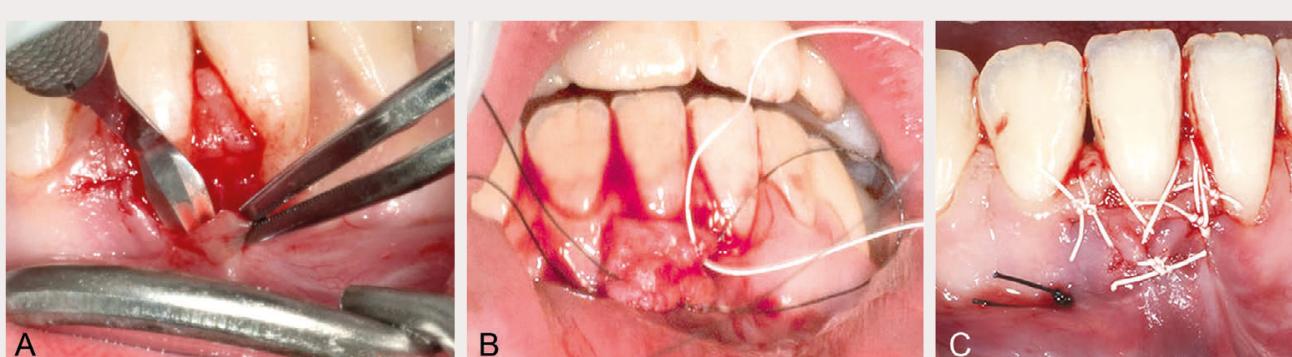
gingival retraksjon vart stilt først i august 2007 og då berre på tann 41. Pasienten vart tilvist til Spesialistklinikken for utgreiing og behandling av retraksjonen fasialt på 41 i mars 2008.

Ved undersøking fann ein retraksjonen fasialt på tann 41 med eit tynt band av keratinisert gingiva og med apikal avslutning i nivå med den mukogingivale grensa (figur 10). Klinisk og røntgenologisk var det ikkje mogleg å påvise festetap interdentalt og retraksjonen vart klassifisert som eit grensetilfelle mellom Miller Klasse I/Klasse II.

Fiberfeste mesialt vil kunne utøve eit uheldig drag mot margo gingiva nær den apikale grensa av retraksjonen. For å redusere draget i vevet, vart det utført frenektomi i mai 2008. Om lag 5 månader seinare vart det utført transplantatkirurgi. Eit bindeweveltransplantat vart henta frå ganen regio 24,25, tilpassa og suturerert på plass i lomma fasialt 41 (figur 11a, 11b og 11c).

Kasus 2

Det andre kasuset er ei ung jente på 17 år som har hatt kjeveortopedisk behandling (figurar 9A og 9B). Pasienten var høgvinkla (høgt underansikt) og hadde tendens til mesial basal sagittal relasjon med dental kompensasjon. I underkjevefronten var det nokre mindre rotasjonar og lett plassmangel (figur 9A). Ho vart behandla med fast apparatur i begge kjevar i 9 månader, frå mars til desember 2006. Ved behandlingsstart var det Angle Klasse III



Figur 11 A–C. A: Løsning og underminering av gingiva. B: Plassering og suturering av transplantat. C: Transplantatet suturert på plass fasialt 41.

Postoperativ kontroll etter 14 dagar ved suturfjerning, viser gingiva i nivå med ESG, god blodforsyning og integrering av transplantatet (figur 12). Kontroll 4 år seinare syner framleis fullt dekkje av retraksjonen 41 (figur 13). fasialt er det ei kraftig sone med keratinisert gingiva utan sonderbar lomme.

Diskusjon

Gingivale retraksjonar har i dei fleste hove ein multifaktoriell etiologi, men dei viktigaste årsaksfaktorane synast å vere traumatisk børsteteknikk og periodontal inflamasjon (1,3,18). Det er framleis uavklart om kjeveortopedisk behandling åleine kan føre til gingival retraksjon (52). Litteraturen og kasuistikkane indikerer at underkjeveincisivar i ugunstig posisjon etter kjeveortopedisk behandling og ein uheldig limit retensjonstråd, kan vere ein medverkande faktor til utvikling av gingivale retraksjonar (22,23).

Fleire studiar har vist ein samanheng mellom kjeveortopedisk behandling og gingivale retraksjonar (5,53). Ein studie synte at pasientar behandla med kjeveortopedisk apparatur hadde ein høgare forekomst av retraksjonar enn kontrollane som ikkje hadde fått utført slik behandling (53). Desse funna er stadfesta av andre (41) som også synte signifikant høgare forekomst av gingivale retraksjonar ved minst ein av sentralane i underkjeven hjå vaksne pasientar tidlegare behandla med kjeveortopedi. Kjeveortopedisk behandling medverka og til større (>3 mm) og fleire (≥ 3 stader) gingivale retraksjonar (5).

Ein studie frå 1964 undersøkte 600 born i alderen 9–11 år som aldri hadde fått kjeveortopedisk behandling (54). Studien viste at 7,5 % av incisivane i underkjeven hadde gingivale retraksjonar sjølv utan noko form for regulering. Hjå unge pasientar kan vidare vekst og okklusjonsutvikling føre til at tannbogen jamnast ut med spontan sjølvkorrigering av retraksjonen (55). Ein annan studie viste at kjeveortopedisk behandling hadde ein mellombels uheldig verknad på den periodontale helsa, men at denne på lang sikt er særslit (56). Thomson observerte ikkje skilnader i forekomst av gingivale retraksjonar mellom dei som hadde og dei som ikkje hadde fått utført kjeveortopedisk behandling (57). Langtidseffekten av limte retensjonstrådar på gingival helse har heller ikkje gjeve noko eintydig bilet. Det er ingen stor skilnad i gingival helse mellom pasientar som har gått med reten-



Figur 12. Postoperativ kontroll etter 14 dagar ved suturfjerning. Blautvevsdekkje til emalje-sement-grensa (100 %).



Figur 13. Kontroll 4 år postoperativt. Framleis fullt dekkje av retraksjon 41.

sjonstråd i opp mot 10 år og unge pasientar som berre har brukt slike i 3–6 månader (42). Enkelte ønska langtidseffektar av limte retensjonstrådar er likevel rapporterte og difor bør dei kontrollerast regelmessig, særleg med tanke på mogeleg losning av tråden (22,23,58).

Ein studie frå 2006 rapporterte at 93 % av dei som utvikla retraksjonar, hadde ein tjukkleik av gingiva på mindre enn 0,5 mm (41). I kasus 1 etter den fyrste kjeveortopediske behandlinga, ser fronttennene i underkjeven ut til å vere avslutta med ulik hellingsgrad. Rota på tann 41 er tippa fasialt og manglende beindekke saman med tynn gingiva, kan vere ein medverkande årsak til utvikling av den fasiale retraksjonen. Ein fastlimt retensjonstråd held incisivane i denne tilsynelatande ueheldige posisjonen og, saman med påverknaden frå traumatisk tannbörsting, vil dette kunne gjere skaden større og såleis forsterke ei byrjande retraksjonsutvikling.

Effekten på periodontal status ved kjeveortopedisk tipping (proklinasjon) av incisivar mot det fasiale er omdiskutert. Somme studiar har vist at retraksjon av gingiva er assosiert med slik tipping av underkjeveincisivar (4,7,59), medan andre ikkje har funne nokon samanheng (60,61,62,63).

Langtidsoppfølgjing etter kirurgisk behandling av gingivale retraksjonar har synt ein viss residivtendens (22). Kasuistikkane våre har dokumentert at det er mogeleg å oppnå eit stabilt langtidsresultat ved behandling av retraksjonar med kjeveortopedi og/eller mukogingival kirurgi. Føresetnaden er at pasienten legg om børsteteknikken og utfører atraumatisk børsting. Med regelmessige etterkontrollar og reinstruksjon i børsteteknikk, er det såleis mogeleg å oppnå eit vellukka langtidsresultat ved Miller Klasse I og Klasse II retraksjonar.

Ein nyleg publisert studie rapporterte langtidseffekten av kjeveortopedisk behandling og førekomensten av gingivale retraksjonar (53). Studien som gjekk over 9 år, viste ein signifikant høgare forekomst av gingivale retraksjonar i gruppa med tidlegare kjeveortopedisk behandling enn i kontrollgruppa. Veikskapen med studien er at den har eit retrospektivt design, eit vidt aldersspenn, vurderer berre studiemodellar og ikkje periodontale parametrar. Retrospektive studiar gjev data frå gårdsdagens kjeveortopediske teknikkar der ekstraksjonsfrekvensen var høgare enn ved dagens behandling. Meir utstrakt bruk av ekspansjon og limte retensjonstrådar kan føre til auka forekomst av gingivale retraksjonar. Mangelen på eintydige resultat kan vere ein grunn til at tannleger og kjeveortopedar ikkje har nok kunnskap om risikofaktorar for utvikling av gingivale retraksjonar. Dette medverkar kanskje til at det ikkje vert teke nok omsyn til risikofaktorar som dimensjon av kjevekam og gingival vevstype, traumatisk børsteteknikk og pågående periodontal sjukdom ved oppstart og gjennomføring av kjeveortopedisk behandling.

Fleire prospektive studiar vil kunne gje meir sikker kunnskap om kjeveortopedisk behandling som risikofaktor for utvikling av gingivale retraksjonar. Før behandlinga startar er det særslit å informere pasienten om at gingivale retraksjonar kan oppstå og kva som kan gjerast for å førebyggja dette. Det må vidare utførast ei grundig vurdering av gingival vevstype og alveolær beintjukk-

leik. Behandlinga må vere tilpassa alderen til pasienten og ein må vere varsam med bruk av krefter. Ekspansjon av tannbogen kan synast å vere ein risikofaktor for utvikling av gingivale retraksjonar.

Takk

Takk til Rune Haakonsen, fototeknisk laboratorium, Institutt for klinisk odontologi, UiB for redigering av figurar og til Ståle Myklebust for gjennomlesing av manuskriptet.

English summary

Hage K, Dæhlin MS, Midtbø M, Bunæs DF, Arnesen R, Ibrahim SO, Leknes BO, Leknes KN.

Gingival recessions – is orthodontic treatment a risk factor?

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 244–52

An increasing number of young patients with advanced gingival recessions in the lower front area have recently been referred for clinical examination and treatment. The majority of these patients have a history of past orthodontic treatment with fixed appliance. These buccal recessions in the lower front may cause cosmetic concern. The challenge is, however, that the loss of attachment is approaching the apex of the tooth.

The literature has discussed whether fixed orthodontic therapy itself, or together with other factors, may cause gingival recession. Studies have shown conflicting results and currently no clear conclusions can be drawn. Definitely, the orthodontic treatment has to be carefully planned in patients with anatomical risk factors as narrow alveolar ridge, thin gingival biotype and buccal alveolar bone defects. In addition, light forces have to be applied allowing the alveolar bone to be remodeled. During treatment, the patients have to be instructed in daily oral hygiene to maintain gingival health. To prevent the occurrence of gingival recessions after treatment, the teeth have to be positioned in the alveolar bone and with a properly constructed and bonded lingual retainer.

If gingival recession has to be treated, stable long term results can be obtained with orthodontic treatment, mucogingival surgery, or a combination of these. The objective of this article is to discuss important etiological factors and treatment alternatives, exemplified with two clinical cases.

Referansar

1. Löe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol.* 1992; 63: 489–95.
2. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Den Assoc.* 2003; 134: 220–5.
3. Khocht A, Simon G, Person P, Denepitiya JL. Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J Periodontol.* 1993; 64: 900–5.
4. Dorfman H. Mucogingival changes resulting from mandibular tooth movement. *Am J Orthod.* 1978; 74: 286–97.
5. Slutzkey S, Levin L. Gingival recession in young adults, occurrence, severity and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008; 134: 652–6.
6. Löe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol.* 1965; 36: 177–87.
7. Wennström JL, Linde J, Sinclair F, Thilander B. Some periodontal tissue reactions to orthodontic tooth movement in monkeys. *J Clin Periodontol.* 1987; 14: 121–9.
8. NAV. § 5–6 Tannbehandling. Vurdering av stønadsordningen til kjeveortopedisk behandling. Oslo, 01.07.2008 p. 12.
9. Naranjo AA, Triviño ML, Jaramillo A, Betancourt M, Botero JE. Changes in the subgingival microbiota and periodontal parameters before and 3 months after bracket placement. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006; 130: 275.e17–22.
10. Gastel JV, Quirynen M, Teughels W, Carels C. The relationships between malocclusion, fixed orthodontic appliances and periodontal disease. A review of the literature. *Aust Orthod J.* 2007; 23: 121–9.
11. Sangnes G, Gjermo P. Prevalence of oral and hard tissue lesions related to mechanical tooth cleaning procedures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1976; 4: 77–83.
12. Albandar JM, Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988–1994. *J Periodontol.* 1999; 70: 30–43.
13. Fuhrmann R. Three-dimensional interpretation of alveolar bone dehiscenses. An anatomical-radiological study. Part 1. *J Orofac Orthop.* 1996; 57: 62–74.
14. Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol.* 1967; 38: 316–22.
15. Albandar JM. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. *Periodontol.* 2000. 2002; 29: 177–206.
16. Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejord O, Albandar JM. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol.* 2004; 75: 1377–86.
17. Sarfati A, Bourgeois D, Katsahian S, Mora F, Bouchard P. Risk assessment for buccal gingival recession defects in an adult population. *J Periodontol.* 2010; 81: 1419–25.
18. Geiger AM, Mucogingival problems and the movement of mandibular incisors – a clinical review. *Am J Orthod.* 1980; 78: 511–27.
19. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985; 5: 8–13.
20. Bass CC. An effective method of personal oral hygiene. Part II. *J La State Med Soc.* 1954; 106: 100.
21. Bass CC. The optimum characteristics of toothbrushes for personal oral hygiene. *Dent Items Int.* 1948; 70: 697.
22. Leknes KN, Amarante ES, Price DE, Bøe OE, Skavland RJ, Lie T. Coronally positioned flap procedures with or without a biodegradable membrane in the treatment of human gingival recession. A 6-year follow-up study. *J Clin Periodontol.* 2005; 32: 518–29.
23. Baker DL, Seymour GJ. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat. *J Clin Periodontol.* 1976; 3: 208–19.
24. Katsaros C, Livas C, Renkema AM. Unexpected complications of bonded mandibular lingual retainers. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007; 132: 838–41.
25. Renkema AM, Renkema A, Bronkhorst E, Katsaros C. Long-term effectiveness of canine-to-canine bonded flexible spiral wire lingual retainers. *Am J Orthod Dentofacial orthop.* 2011; 139: 614–21.
26. Trentini C, Moriarty J, Phillips C, Camilla J. Evaluation of the use of orthodontic records to measure the width of keratinized tissue. *J Periodontol.* 1995; 66: 438–41.
27. Rolandsson M, Hellqvist L, Lindqvist L, Hugoson A. Effects of snuff on the oral health status of adolescent males: a comparative study. *Oral Health Prev Dent.* 2005; 3: 77–85.

28. Axéll TE. Oral mucosal changes related to smokeless tobacco usage: research findings in Scandinavia. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1993; 29B: 299–302.
29. Levin L, Zadik Y, Becker T. Oral and dental complications of intraoral piercing. *Dent Traumatol.* 2005; 21: 341–3.
30. Færøvig E, Befring GH, Olaussen J. Piercing – ikke bare til glede. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2005; 115: 904–10.
31. Dibart S, De Feo P, Surabian G, Hart A, Capri D, Su MF. Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. *Quintessence Int.* 2002; 33: 110–2.
32. Ackermann JL, Proffit WR. Soft tissue limitations in orthodontics: treatment planning guidelines. *Angle Orthod.* 1997; 67: 322–36.
33. Zachrisson BU. Tooth Movement in the Periodontally Compromised Patient. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry Vol. 2: Clinical Concepts.* Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. p. 1241–79.
34. Alstad S, Zachrisson B. Longitudinal study of periodontal condition associated with orthodontic treatment in adolescents. *Am J Orthod.* 1979; 76: 277–85.
35. Wennström JL. Mucogingival considerations in orthodontic treatment. *Semin Orthod.* 1996; 2: 46–54.
36. Reitan F, Rygh P. Biomechanical principles and reactions. In: Graber TM, Vanarsdall RL, editors. *Orthodontics: Current principles and techniques.* St. Louis: Mosby; 1994: 96–192.
37. Silva MA, Wolf U, Heinicke F, Bumann A, Visser H, Hirsch E. Cone-beam computed tomography for routine orthodontic treatment planning: a radiation dose evaluation. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008; 130: 410–6.
38. Evangelista K, Vasconcelos KdF, Bumann A, Hirsch E, Nitka M, Silva M. Dehiscence and fenestration in patients with Class 1 and Class 2 Division 1 malocclusions assessed with cone-beam computed tomography. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010; 138: 133.e1–7.
39. Rupprecht RD, Horning GM, Nicoll BK, Cohen ME. Prevalence of dehiscences and fenestrations in modern American skulls. *J Periodontol.* 2001; 72: 722–9.
40. Yared KFG, Zenobio EG, Pacheco W. Periodontal status of mandibular central incisors after orthodontic proclination in adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006; 130: 6.e1–8.
41. Allais D, Melser B. Does labial movement of lower incisor influence the level of the gingival margin? A case-control study of adult orthodontic patients. *Eur J Orthod.* 2003; 25: 1–10.
42. Pandis N, Vlahopoulos K, Madianos P, Eliades. Long-term periodontal status of patients with mandibular lingual fixed retention. *Eur J Orthod.* 2007; 29: 471–6.
43. Musilli M, Acanfora M, Gherlone E, Lucchese A. Anterior torque correction with bracketless fixed orthodontics. *J Clin Orthod.* 2012; 46: 558–62.
44. Andlin-Sobocki A, Persson M. The association between spontaneous reversal of gingival recession in mandibular incisors and dentofacial changes in children. A 3-year longitudinal study. *Eur J Orthod.* 1994; 16: 229–39.
45. Wennström JL, Zucchello G, Pini Prato GP. Mucogingival therapy – periodontal plastic surgery. In: Lindhe J, Lang NP & Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry Vol. 2: Clinical Concepts.* Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008. p. 955–1028.
46. Wennström JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol.* 1996; 1: 671–701.
47. Pini-Prato G, Baldi C, Pagliaro V, Nieri M, Saletta D, Rotundo R, Cortellini P. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Treatment of root surface: root planning versus polishing. *J Periodontol.* 1999; 70: 1064–76.
48. Leknes KN, Andersen KM, Bøe OE, Skavland RJ, Albandar JM. Enamel matrix derivativ versus bioactive ceramic filler in the treatment of intrabony defects: 12-month results. *J Periodontal.* 2009; 80: 219–27.
49. Miller PD. Root coverage with the free gingival graft. Factors associated with incomplete coverage. *J Periodontol.* 1987; 58: 674–81.
50. Caffesse RG, Alspach SR, Morrison EC, Burgett FG. Lateral sliding flaps with and without citric acid. *Int J Periodont Restorative Dent.* 1987; 7: 43–57.
51. Eickholz P, Rollke L, Schacher B, Wohlfel M, Dannowitz B, Kaltschmitt J, et al. Enamel matrix derivative in propylene glycol alginate for treatment of infrabony defects with or without systemic doxycycline: 12- and 24-month results. *J Periodontol.* 2014; 85: 669–75.
52. Johal A, Katsaros C, Kiliaridis S, Leitao P, Rosa M, Sculean A, et al. State of the science on controversial topics: orthodontic therapy and gingival recession (a report of the Angle Society of Europe 2013 meeting). *Progress in orthodontics.* 2013; 14: 16.
53. Renkema AM, Fudalej PS, Renkema AAP, Abbas F, Bronkhorst E, Katsaros C. Gingival labial recessions in orthodontically treated and untreated individuals – a pilot case-control study. *J Clin Periodontol.* 2013; 40: 631–7.
54. Parfitt GJ, Mjør IA. A clinical evalution of localized gingival recession in children. *J Dent Child.* 1964; 31: 257–62.
55. Andlin-Sobocki A, Marcusson A, Persson M. 3-year observations on gingival recession in mandibular incisors in children. *J Clin Periodontol.* 1991; 18: 155–9.
56. Vasconcelos G, Kjellsen K, Preus H, Vandevska-Radunovic V, Hansen BF. Prevalence and severity of vestibular recession in mandibular incisors after orthodontic treatment. A case-control retrospective study, 2009; *Angle Orthod.* 2012; 82: 42–7.
57. Thomson WM. Orthodontic treatment outcomes in the long term: findings from a longitudinal study of New Zealanders. *Angle Orthod.* 2002; 72: 449–55.
58. Pazera P, Fudalej P, Katsaros C. Severe complication of a bonded mandibular lingual retainer. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics.* 2012; 142: 406–9.
59. Fuhrmann R. Three-dimensional interpretation of labiolingval bone width of the lower incisors. *J Orofac Orthop.* 1996; 57: 168–85.
60. Årtun J, Krogstad O. Periodontal status of mandibular incisors following excessive proclination. A study in adults with surgically treated mandibular prognathism. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1987; 91: 225–32.
61. Ruf S, Hansen K, Panchers H. Does orthodontic proclination of lower incisors in children and adolescents cause gingival recession? *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998; 114: 100–6.
62. Djeu G, Hayes C, Zawaideh S. Correlation between mandibular central incisor proclination and gingival recession during fixed appliance therapy. *Angle Orthod.* 2002; 72: 238–45.
63. Joss-Vassalli I, Grebenstein C, Topouzelis, A Sculean, C Katsaros. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthod Craniofac Res.* 2010; 13: 127–41.

Adresse: Knut N. Leknes, Professor, dr. odont., Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. E-mail: knut.leknes@iko.uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hage K, Dæhlin MS, Midtbø M, Bunæs DF, Arnesen R, Ibrahim SO, Leknes BO, Leknes KN. Gingivale retraksjonar – er kjøveortopedisk behandling ein risikofaktor? Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 244–52.

PRIS: 17 NOK* / ARBEIDSTIME

Nye XO 4 Workstation gir deg mulighet for å utføre de aller beste tannbehandlinger på rolige pasienter, samtidig som du tar vare på helsen og økonomien din.

Dette er viktig, ettersom du sannsynligvis vil tilbringe mer enn 20 000 timer i selskap med din neste unit.

Du kan selvsagt velge å kjøpe en billig unit og spare noen få kroner.

Men - da vil du ikke nyte godt av verdiene til XO.

* Besøk www.xo-care.com og finn ut mer



XO SERTIFISERTE SAMARBEIDSPARTNERE:

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

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

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

XO[®]
xo-care.com

Marit S. Skeie, Jørgen Ueland Johannesen, Kristian Bjørnar Trydal Solheim, Ann Katrin Johansson, Marianne Lillehagen, Marit Midtbø

Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen

Målet med undersøkelsen var å gjennomgå henvisninger til Seksjon for pedodonti ved Universitetet i Bergen for aldersgruppen 0–18 år. Undersøkelsesperioden var fra januar 2006 til og med juni 2013. Totalt ble det mottatt 333 henvisninger, men 76 utgikk grunnet ulike eksklusjonskriterier. En rekke bakgrunnsfaktorer for henvisningene ble registrert. Åtti prosent av henvisningene var fra Hordaland fylke som i 2012 kun henviste 0,03 % av barn og unge til spesialist i pedodonti. Åttifire prosent av henvisningene kom fra offentlige tannleger. Antallet henvisninger avtok jo mer avstanden til IKO, UIB økte. Mineraliseringsforstyrrelser og traumer ble hyppigst henvist. Selv om henvisningsantallet økte mot slutten av perioden, ble det mottatt langt færre henvisninger enn det som litteraturen angir (omtrent 1 %) som det årlige behovet for spesialistjeneste i pedodonti blant barn og unge.

Pedodonti ble godkjent som spesialitet i 1979, mens fagområdet har vært en odontologisk disiplin lenge før det. Allerede i 1932 ble den første professor i fagområdet pedodonti i Europa utnevnt ved Universitetet i Oslo (1).

Forfattere

Marit S. Skeie, førsteamanuensis, spesialist i pedodonti. Institutt for klinisk odontologi – pedodonti. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Jørgen Ueland Johannesen, mastergradsstudent i odontologi 2009–2014. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Kristian Bjørnar Trydal Solheim, mastergradsstudent i odontologi 2009–2014. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Ann Katrin Johansson, professor, spesialist i pedodonti. Institutt for klinisk odontologi – kardiologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Marianne Lillehagen, spesialist i pedodonti. TkVest – avdeling Hordaland /Institutt for klinisk odontologi – pedodonti

Marit Midtbø, førsteamanuensis, spesialist i kjeveortopedi. Institutt for klinisk odontologi – kjeveortopedi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Det er Fylkeskommunen som har ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og dermed skal sørge for at tannhelsetilbud, også tilbud om spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket (2). Barn og ungdom 0–18 år (gruppe a) tilhører en av de gruppene som er høyest prioritert og som DOT skal gi et regelmessig og oppsökende tilbud til. Pasientgruppen har videre rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen de bor eller midlertidig oppholder seg. Den andelen barn og unge som har spesielle tannhelseproblemer pga medfødte eller ervervede sykdommer, lidelser eller skader, skal etter gjeldende ordninger få ivaretatt sitt behov for hjelp (3). Kommunehelsetjenesteloven (4), tannhelsetjenesteloven (2) og spesialisthelsetjenesteloven (5) pålegger henholdsvis kommune, fylkeskommune og regionalt helseforetak et «sørge for-ansvar» for innbyggerne (3). I FN's barnekonvensjon, artikkel 24, står det at partene som tar del i konvensjonen, anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal også bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas rett til adgang av helsetjenester. I artikkel 23 presiseres det at barn med funksjonshemminger har rett til særlig omsorg og skal, innenfor rammen av de midler som er til rådighet, ha den hjelpe de søker om og som er rimelig i forhold til barnets tilstand. Ved ratifiseringen av Barnekonvensjonen i 1991 forpliktet Norge seg til å respektere og sikre rettighetene som er fastsatt i konvensjonen (6).

Hovedbudskap

- At så få pasienter henvises til spesialist i pedodonti, kan bety at enkelte barn og ungdommer på Vestlandet ikke får ivaretatt behovet de har for spesialisttannhelsetjenester.
- Det er viktig at pedodontien på Vestlandet får et løft.
- For å gi alle barn og unge det best mulige tannhelsetilbuddet, er god kommunikasjon og samarbeid mellom spesialisttjeneste i pedodonti og offentlige tilsatte tannleger/tannpleiere vesentlig.

Spesialister i pedodonti er utdannet til å ta hånd om barn og ungdom som har behov for spesiell kompetanse. Pedodontisten har også kunnskaper og ferdigheter innfor tilgrensende fagområder, som pediatri, barnepsykologi, helsepedagogikk og farmakologi (7). Pedodontistene er derfor godt skikket til å bistå som rådgivere og veiledere for allmenntannleger i forbindelse med kompliserte og sjeldne kasus. Det kan være å håndtere komplekse orale tilstander, takle vanskelig adferd i forbindelse med tannbehandling, ivareta munnhelse hos alvorlig syke og funksjonshemmede, samt planlegge og koordinere tverrfaglig behandling hos krevende pasientgrupper. Selv om de fleste barne- og ungdomspasientene blir ivaretatt av DOT og mottar adekvat behandling der, så bør pedodontisten innehå en nøkkelrolle i det eksisterende tannhelsetilbuddet for barn og unge i Norge.

Ved Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Bergen (UiB), har det i svært mange år vært et spesialisttilbud som tar i mot henvisninger i pedodonti. Fram til høsten 2013 var tilbuddet knyttet til Seksjon for pedodonti alene, men nå finnes tilbuddet i samarbeid med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest – avdeling Hordaland (TkVest – H). Begge institusjonene er lokalisert i Universitetets nye odontologibygg i Bergen.

Målet med denne undersøkelsen var å gjennomgå henvisningene til Seksjon for pedodonti for aldersgruppen 0–18 år i perioden januar 2006 til og med juni 2013 med tanke på

- å kartlegge henvisningsfrekvensen til spesialist i pedodonti ved IKO, UiB
- å identifisere henvisningsårsak, alder og kjønn
- å undersøke hvilken type helsepersonell som henviste og eventuell geografisk variasjon
- å identifisere om henviser ønsket utredning eller både utredning og behandling av pasienten

Materiale og metode

Denne studien er en prosjektoppgave for to studenter for det integrerte masterstudiet i odontologi. Alle henvisninger til spesialisttjenesten ved Seksjon for pedodonti fra og med januar 2006 til og med juni 2013 for aldersgruppen 0–18 år inngikk i studien. Det ble ikke registrert navn eller fødselsnummer og ikke foretatt tilkopling til datanettverk. Undersøkelsen ble derfor ikke vurdert som meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Bare fullstendige henvisninger ble inkludert. Eksklusjonskriteriene var: mangelfull henvisning (eksempelvis mangel på informasjon om hva det var henvist for), henvisning fra studentklinikken ved IKO, henvisninger under flytteperioden til nytt odontologibygg (juni – september 2012), henvisninger av pasienter som ville blitt 19 år samme år, og henvisninger datert før 2006. Av totalt 333 henvisninger, ble 76 ikke inkludert.

Følgende opplysninger ble registrert fra henvisningene: Pasientens alder, kjønn, hjemfylke og kommune, om henviser (helsepersonell generelt) var tilknyttet offentlig eller privat praksis, henvisende helsepersonells yrke, henvisningsårsak, og om pasienten var henvist bare for utredning eller både utredning og behandling. De som ønsket utredning og behandlingsplan ble

plassert i kategorien «utredning». I løpet av perioden kunne ingen pasient ha mer enn en henvisning.

Statistikk

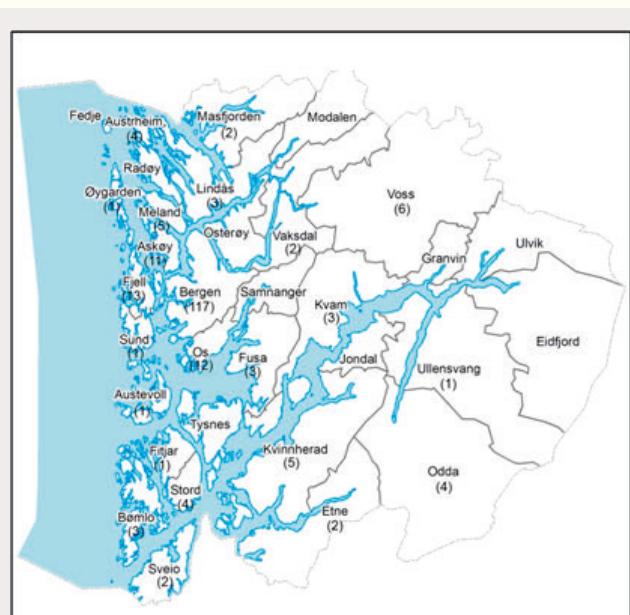
Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS for Windows (SPSS versjon 20, Inc Chicago, IL, USA). Resultatene er beskrevet og presentert ved bruk av frekvensfordeling og prosent. Det ble videre innhentet tall fra Statistisk sentralbyrås begregninger fra 2013 for det totale antallet barn og ungdom 0–18 år hjemmehørende i Hordaland fylke (8).

Resultater

I tidsrommet fra januar 2006 til og med juni 2013 (7,5 år) mottok Seksjon for pedodonti 257 henvisninger som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Som det fremgår av Tabell 1, økte henvisningsantallet mot slutten av perioden slik at antallet henvisninger var høyere første halvår 2013 enn hele 2011. Ved hjelp av opplysnings fra Statistisk Sentralbyrå om folkemengde, ble henvisningsprosenten i 2012 fra Hordaland fylke ($n=40$ henvisninger) beregnet til å være 0,03 % av populasjonen (0–18 år) (8).

Åtti prosent av alle henvisningene kom fra Hordaland fylke, mens nabofylkene Sogn og Fjordane samt Rogaland fulgte som nummer to og tre (10,1 % og 6,6 %). Figur 1 viser at antallet henvisninger ble færre jo mer avstanden til henvisningsinstansen økte. Antallet henvisninger i 2013 i forhold til kommunepopulasjonen for gruppe 0–18 år varierer imidlertid fra kommune til kommune i fylket, fra 0,6 % (4/648) i den kommunen som henviste flest, til ingen henvisninger (8).

Jevnt over var det flere jenter enn gutter som ble henvist (53,6 % vs. 46,4 %), men i aldersgruppen 5–7 år, var det flest gutter. Som Figur 2 viser, var antallet henvisninger høyest blant 7–9 åringer. De fleste henvisningene (84,0 %) kom fra tannleger



Figur 1. En geografisk fremstilling av antall henvisninger fordelt på kommuner innad i Hordaland fylke, basert på illustrasjon hentet fra Landbruks- og matdepartementet, regeringens dokumentarkiv.

Tabell 1. Fordeling av henvisninger per år etter fylkesbakgrunn. Tallene for det totale antallet barn og ungdom 0–18 år er hentet fra Statistisk sentralbyrås beregninger fra 2013

	Antall barn og ungdom 0–18 år (2013)	Henvisningsår									Total
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (Jan.–Juni)		
Henvist fra fylke	Aust-Agder	27 421	1	0	0	0	0	0	0	1	
	Hordaland	120 659	17	21	14	22	24	31	*40	37	
	Møre og Romsdal	61 672	1	1	0	1	0	1	0	0	
	Rogaland	117 515	1	1	4	5	4	1	1	0	
	Sogn og Fjordane	26 753	1	4	0	5	8	4	3	1	
	Vest-Agder	44 469	0	0	0	1	1	0	1	0	
	Total	398 489	21	27	18	34	37	37	45	38	257

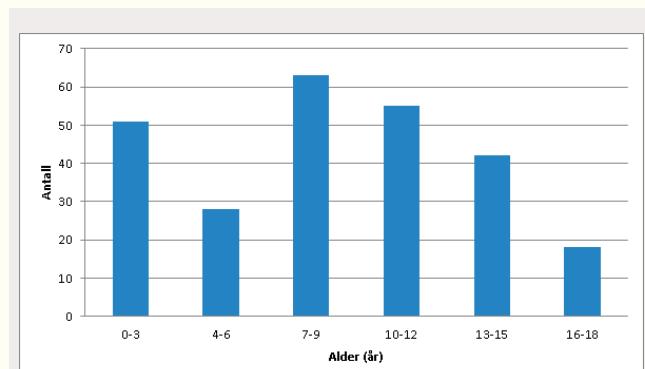
*Tilleggsopplysning om folkemengde i Hordaland 0–18 år i 2012: n = 120088.

ansatt i det offentlige, kun noen få fra private tannleger. Omrent hver syvende henvisning kom fra lege (13,2%). Legene henviste flere pasienter enn tannpleierne (n=34 vs. n=25). Når det gjelder henvisende leger og logopeder samlet, så ba 81% kun om utredning av pasienten (80,5%, 29/36).

Først pasienter ble henvist av flere årsaker, og to henvisninger hadde fire henvisningsgrunner. Figur 3 viser de henvisningene med én henvisningsårsak (n=217). I figuren fremgår det at den hyppigste årsaken til henvisning var mineraliseringssforstyrrelse (30,9%), med en topp i aldersgruppen 7–9 år. Traumer utgjorde 12,4 % med flest henvisninger i aldersgruppen 10–12 år. Karies som henvisningsgrunn var hyppigst i aldersgruppen 0–4 år. Henvisninger fra leger gjaldt oftest pasienter med generelle sykdommer eller syndromer. To henvisninger fra logoped angikk pasienter som hadde Downs syndrom og oralmotorisk problem.

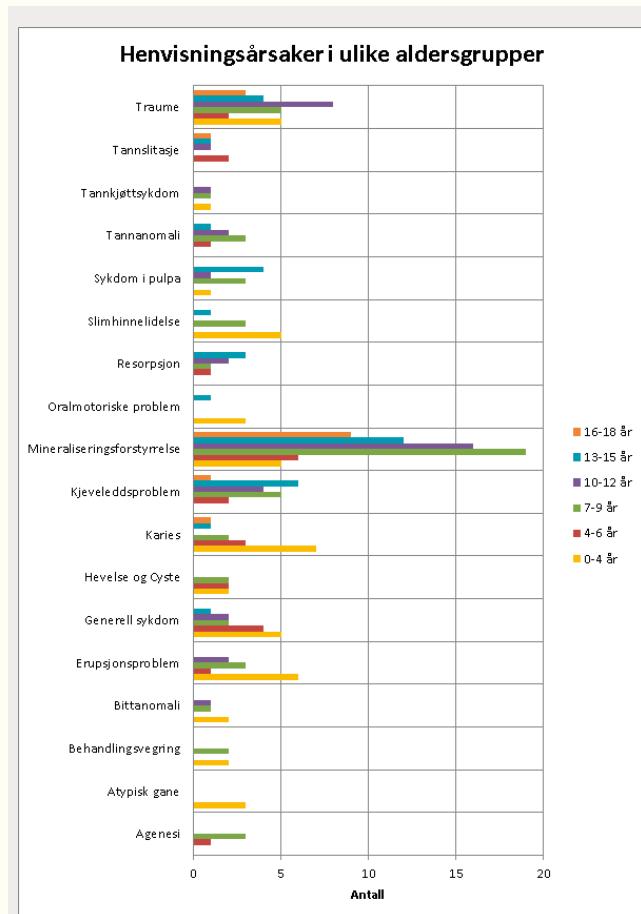
Diskusjon

Denne undersøkelsen som oppsummerer henvisninger til pedodonti i et gitt tidsrom, er den første undersøkelse med sikkerhet på bruk av spesialistjenesten i pedodonti på Vestlandet. En lignende undersøkelse har blitt foretatt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord – Norge (TkNN) (9). Hovedfunnet fra studien foretatt i Bergen er det lave henvisningsantallet til Seksjon



Figur 2. Fordelingen av antall henvisninger fordelt på ulike aldersgrupper.

for pedodonti. Fra Hordaland fylke ble bare 0,03 % av barn og unge i 2012 henvist. Basert på innhente henvisningstall til pedodonti fra Tromsø og Sverige (9, 10), kunne man forvente rundt 1 %. Det kan derfor speuleres om barn med behov for særlig omfattende og komplisert terapi, får et fullverdig og optimalt behandlingstilbud og om behandelende allmenntannlege har instanser å henvende seg til for råd og veiledning. Studien dokumenter-



Figur 3. Forekomst av henvisningsårsak hos de pasientene som var henvist på grunn av en årsak (n=217).

terer dermed klart at pedodontiens stilling i landsdelen trenger et løft.

Foruten Hordaland bidro de andre Vestlandsfylkene nesten ikke med henvisninger. Det syntes altså å være en større terskel for å henvise når den geografiske avstanden øker. Den samme tendensen ble også påpekt av Edblad og Crossner i studien fra TkNN (9). Antall henvisninger varierte med alder, men i forhold til tallene fra Tromsø, lå hovedvekten av henvisningene i litt yngre aldersgrupper enn henvisningene derfra (7–12 år vs. 10–15 år). Også som studien fra Tromsø viste (9), var det flest henvisninger forbundet med tannutviklingsforstyrrelser. Mineraliseringssforstyrrelser i 7–9 -årsalder var den henvisningsårsaken som dominerte, noe som kan forklares ved at dette er erupsjonstid for det unge permanente tannsettet. Henvisningene kan skyldes usikkerhet rundt selve diagnostikken og eventuelt om mineraliseringssforstyrrelsen er stønadssberettiget eller ikke (11). En svensk spørreundersøkelse i regi av Svenska Pedodontiföreningen (10) fant derimot at den mest vanlige henvisningsårsak var behandlingsproblemer på grunn av vegring og angst (37 %) og høy kariesaktivitet (14 %). Disse henvisningsårsakene bidro i liten grad til antallet henvisninger, verken i Vestlandsundersøkelsen eller i undersøkelsen foretatt i Tromsø. Dette kan være en indikasjon på at offentlige tannleger selv har utviklet kompetanse på disse områdene. For eksempel, har Tannhelsetenesta i Hordaland etablert tannhelseteam rettet mot behandling av angst/fobi for tannbehandling, og etaten har åtte klinikker som kan tilby lystgassbehandling (12).

I dag utgjør andelen barn og unge med kroniske sykdommer, medisinske tilstander og funksjonsbesvær ca. 10 % av barne- og ungdomspopulasjonen (13). At bare 15 barn med syndromer ble henvist kan delvis skyldes at Tannhelsetenesta i Hordaland har et team som tar seg av pasienter med sjeldne medisinske tilstander (12). Det kan også være at barn og ungdommer har blitt henvist til andre institusjoner, som f.eks. TAKO – senteret (Kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander). Likevel er det grunn til å tro at ikke alle barn som tilhører denne gruppen, har en spesialist i pedodonti i behandlingsteamet rundt seg. I Sverige derimot, har man egne «vårdprogram» (for eksempel for barn Down syndrom) der odontologi er inkludert slik at munnhelsen skal sikres som ledd i et helhetlig behandlingsløp. Det er enighet i litteraturen om at pasienter med komplekse behandlingsbehov bør ha en spesialist i pedodonti som inngår i det øvrige behandlingsteamet rundt pasienten (14).

Som denne undersøkelsen klart får fram, så er det på Vestlandet ingen tradisjon for å henvise til spesialistjenesten i pedodonti ved IKO. Med hensyn til kompetanseutvikling innen spesialistjenesten, er få henvisninger ugunstig. Det kan være mange grunner til at situasjonen er slik, som få godkjente pedodontister på Seksjon for pedodonti i det tidsrommet studien fant sted. I den gitte perioden ble heller ikke tilbud om spesialistjeneste i pedodonti markedsført, verken på distriktsmøter for offentlige tannleger eller i form av utsendte rundskriv eller informasjonsskriv. Det kan ha medført at spesialisttilbuddet ikke har vært tilstrekkelig kjent og til en oppfatning at det ikke nyttet å henvise til pedo-

dontist fordi det ikke var noen å henvise til. I følge en utredning fra Helsedirektoratet i 2011, «Desentralisert spesialistutdanning av tannleger (15), har ingen annen spesialitet i Norge så få yrkesaktive spesialister. En kartlegging utført av Den norske tannlegeforening i 2007, viste at av 24 yrkesaktive, var kun én var født etter 1955. Selv om bildet har endret seg noe etter den tid, er fortsatt gjennomsnittsalderen blant pedodontistene høy og profesjonen geografisk skjevfordelt.

En annen årsak til få henvisninger kan være at i offentlig virksomhet eksisterer egne tannhelseteam med erfaring som mener at de innehar tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av alle barn og unge med munnhelseutfordringer. Store avstander for pasienten eller manglende henvisningsrutiner kan være andre årsaker. Det kan også være økonomiske grunner til at henvisningsprosenten til spesialistjenesten var så lav, eller det kan skyldes at barns munnhelse ikke blir prioritert som viktig nok. I Hordaland fylke var ordningen i denne perioden som studien omfattet, at den henvisende klinikk skulle dekke kostnadene i forbindelse med spesialistbehandling. Bonusordninger for ansatte har heller ikke alltid fungert som incitament for pedodontien, heller tvert imot.

De kartlegginger tidligere nevnt som er blitt gjort i Tromsø og Sverige, har vist at henvisningsantallet i perioder undersøkt, økte underveis. I Sverige under perioden 1983–2003, økte henvisningsantallet med 28 %, og studien viste at mange barn og unge trengte en kontinuerlig behandling. Også andelen barn og unge henviste med allmennmedisinske sykdommer og/eller funksjonshindringer økte. Konklusjonen var at selv om det i 2001 fantes 170 godkjente spesialister i pedodonti i Sverige (16) og 34 spesialistklinikker, var det et fortsatt behov for flere pedodontister (10). Selv om befolkningsantallet er høyere i Sverige enn i Norge, gir denne undersøkelsen en forståelse av at spesialiteten pedodonti har en mye sterkere posisjon i Sverige enn i Norge. Det er på sin plass å minne om at for omrent hundre år siden hadde pedodontien i Norge en ledende posisjon i Europa (17).

Konklusjon

Pedodontien på Vestlandet trenger et løft.

Veien videre

Samhandlingsreformen med mottoet «Rett behandling – på rett sted – til rett tid», ble lansert som en tilråding fra Helse og omsorgsdepartementet i 2009 (18) og senere vedtatt som lov gjennom Stortingsmelding 13 (19). I følge den står etablering av individuelle behandlingsplaner sentralt i det medisinske behandlingsopplegget. Det bør arbeides for at individuelle behandlingsplaner for munnhelse integreres i disse og at pedodontisten inntar en nøkkelrolle i behandlingen av barn og unge med spesielle behov. I Norge mangler retningslinjer for hvilke odontologiske tilstander og pasientkategorier som krever henvisninger til spesialistjeneste i pedodonti. Langsiktig planlegging med fokus på å forhindre ugunstig utvikling og sykdomsforverring, kan også resultere i økonomisk gevinst for tannhelsetjenesten.

ten. Hensynet til pasienten er allikevel det overordnede argumentet for at den odontologiske disiplinen pedodonti er opprettet.

Høsten 2013 (august 2013) ble inngått en samarbeidsavtale mellom Seksjon for pedodonti, IKO og TkVest – H. Tilsetting av egen spesialist i TkVest – H (bistilling IKO) og samarbeidsavtalen som sikrer spesialistutdanningen i pedodonti pasienter, gjør nå at tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten kan henvise pasienter uten at det innebærer utgifter for det distrikts barnet henvises fra. TkVest – H har også drevet informasjonsarbeid om pedodonti som fag og om henvisningsrutiner (20). Kandidatene i spesialistutdanningen har dessuten hospiteringsprogram ved Barneklinikken, Haukeland Universitetssykehus og ved Barne- og ungdomspsykiatri. Dermed har sykehospitpersonell fått et innblikk i pedodonti som fag. Samlet sett har dette gitt resultater siden antallet henvisninger fra 2014 var 288 (da er også henvisninger fra studentklinikken medregnet). Både økt informasjon, gratis spesialisttilbud og samarbeid mellom Seksjon for pedodonti og TkVest – H har vært viktige faktorer til oppsving i henvisningsantallet. Dette mener vi vil løfte og målrette tannhelsetilbudet for barn og ungdommer på Vestlandet.

English summary

Skeie MS, Ueland Johannesen J, Trydal Solheim KB, Johansson AK, Lillehagen M, Midtbø M.

Referrals to Department of Clinical Dentistry, Pediatric Dentistry, University in Bergen

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254–8.

The aim of this article was to examine the received referrals to the Department of Clinical Dentistry – Pediatric Dentistry for the age group 0–18-year olds. The study period was from January 2006 to June 2013. Totally 333 referrals were received, but 76 were not included due to various exclusion criteria. Many background factors for referrals were registered. Eighty percent originated from the county Hordaland which during 2012, only referred 0.03 % of the child and adolescent population to specialists in pediatric dentistry. Eighty-four percent of the referrals were from dentists working in public dental service. The number of referrals declined as the distance to the Department of Clinical Dentistry – Pediatric Dentistry, UiB, increased. Mineralization disturbances and traumatic dental injuries were most frequently referred. Although the number of referrals increased at the end of the period, a much lower number of referrals were received than the literature refers to (about 1%) as the annual dental treatment need for pediatric service in the child and adolescent population.

Referanser

1. Norsk biografisk leksikon; 1975. nr. 17. s. 47. <http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=844044725&tkid=biblio>
2. Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD): LOV 1983–06–03 nr 54: Lov om tannhelsetjenesten; 1983. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>.
3. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): St.meld. nr. 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. 2006–2007. <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2007/framtidas-tannhelsetjenester.html?id=475613>. (lest 3.11.2014).
4. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Prop. 91 L. LOV om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2010–2011).
5. Helse og omsorgsdepartementet (HOD): Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven. 2001.)
6. FNs Sambandet. United nations association of Norway. FNs konvensjon om barnets rettigheter. <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen.1989>. (lest 3.11.2014).
7. Espelid I. Spesialistens plass i fremtidens barnetannpleie. Nor Tannlegeforen Tid. 2003, 113: 552–4.
8. Statistisk sentralbyrå, Norge. Folkemengd etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgerskap.
9. Edblad E, Crossner C. Pedodonti som klinisk specialitet vid Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2012, 122: 354–9.
10. Klingberg G, Dahllof G, Erlandsson AL, Grindefjord M, Hallstrom-Stalin U, Koch G, Lundin SA: A survey of specialist paediatric dental services in Sweden: results from 2003, and trends since 1983. Int J Paediatr Dent. 2006, 16: 89–94.
11. Helse og omsorgsdepartementet: Rundskriv I-3/2012 Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013: 2012.
12. Hordaland fylkeskommune: Tannhelsetjenester i Hordaland 2010–2013. Fylkesdelplan. 2013. <https://www.google.no/#q=Tannhelsetjenester+i+Hordaland+2010-2013.+Fylkesdelplan>. (lest 3.11.2014).
13. Msall ME, Avery RC, Tremont MR, Lima JC, Rogers ML, Hogan DP: Functional disability and school activity limitations in 41, 300 school-age children: relationship to medical impairments. Pediatrics. 2003, 111: 548–53.
14. Dahllof G, Martens L. Children with chronic health conditions – implications for oral health. In: Koch G, Poulsen A, editors. Pediatric dentistry A clinical approach. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 2009: 315–30.
15. Helsedirektoratet. Desentralisert spesialistutdanning av tannleger – organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Rapport. IS-1991. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
16. Socialstyrelsen S: Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årbok 2002; 2002.
17. Stenvik R, Jacobsen S: Reisen til Helseland. Norsk Tannvern. Oslo: Merkur Trykk AS; 2011.
18. Helse og omsorgsdepartementet: Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle. 2010–2011. <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>. (lest 3.11.2014).
19. Kunnskapsdepartementet: St.meld. nr. 13. (2011–2012). Ut daning for velferd. Samspill i praksis. 2012.
20. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest. <https://www.hordaland.no/Pedodonti>. (lest 3.11.2014).

Adresse: Marit Slættlid Skeie, Institutt for klinisk odontologi – pedodonti, Det medisinsko-odontologiske fakultet, Årstadveien 19, 5009 Bergen.
E-post adresse: marit.skeie@iko.uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

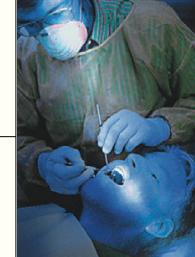
Skeie MS, Ueland Johannesen J, Trydal Solheim KB, Johansson AK, Lillehagen M, Midtbø M. Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254–8.



Derfor har vi samlet alt du trenger å vite på ett sted.

Å kjøpe ny bolig er en stor avgjørelse i livet. Det forandrer mer enn bare adressen din. Med så mye å tenke på, kan det være lurt å la oss bli en del av hele prosessen. Vi kan hjelpe deg med det meste og være både rådgiver og støttespiller.

Ta hele Boligreisen på **dnb.no**



Ingar Olsen:

Antibiotikatoleranse og -resistens i biofilm

Biofilm er heterogene strukturer bestående av bakterieceller omgitt av en matriks og er festet til en fast overflate. Bakteriene her er 100 til 1000 ganger mer tolerante overfor antimikrobielle stoffer enn deres planktoniske (flytende) celler. Biofilmer kan være vanskelig å fjerne når de forårsaker kroniske sykdommer som periodontitt, peri-implantitt, cystisk fibrose eller urinveisinfeksjoner.

Fenotypiske egenskaper

Mye er kjent om hvilke fenotypiske (fysiske/biokjemiske) egenskaper ved biofilm som kan redusere effekten av antimikrobielle stoffer, mens lite er kjent om hvilke genetiske mekanismer som er involvert. Det er viktig å være klar over at biofilm er den naturlige tilstanden for de fleste bakterier *in vivo*. Derfor er antibiotikatoleranse en naturlig tilstand hos biofilm. Også antibiotikaresistens er et naturlig fenomen fordi bakterier har utviklet resistens overfor naturens antibakterielle produkter gjennom milliarder av år før mennesker induserte resistens. Det er ingen enkelt mekanisme som kan forklare antibiotikatoleranse eller -resistens i biofilm. Sannsynligvis virker en rekke mekanismer sammen (1). Blant mekanismer som påvirker biofilmtoleranse mot antibiotika kan nevnes manglende evne for antimikrobielle stoffer til å trenge igjennom biofilm, langsom vekst hastighet hos bakterier i biofilmens indre, endret stoffskifte hos bakterieceller i dypt av biofilm, varierende oksygenmengder i biofilmen og ekstracellulær biofilmmatriks. «*Persister cells*» er en subpopulasjon av bakterier i biofilm som vokser sakte og sulter og derfor er tolerante overfor antibiotika. «*Persisters*» kan repopulere infeksjonssetet etter antibiotikabehandling og gi residiv. Enzymer i biofilm slik som beta-laktamaser kan beskytte mot antibiotika. I 60 % av subgingivale seter

hvor beta-laktamaser ble påvist, fantes de i gingivalvæsken i så høye koncentrasjoner at de kunne inaktivere penicilliner (2). I en norsk doktoravhandling ble beta-laktamaser funnet i subgingivalt plakk i opptil hele 72 % av pasienter med «refraktær» periodontitt (3–5).

Ulike bakteriepopulasjoner kan vokse i biofilmens sopp-lignende stilker (mushroom stalks) og i disse stilkenes hoder (caps). Mens cellene i hodene utviklet toleranse overfor colistin og natriumlaurylsulfat, forble cellene i stilkene folsomme (1). Subpopulasjoner i biofilm kan derfor reagere forskjellig på eksponering overfor antimikrobielle stoffer. Eksopolysakkardider i matriks er negativt ladet og kan binde en rekke ladete antibiotika på vei gjennom biofilmen. Beta-laktamantibiotika er relativt uladete og binder seg ikke til eksopolysakkardidene på samme måte. Dersom antibiotika hemmes i sin penetrasjon, vil dette kunne aktivere gener i biofilm som utlöser resistens. Redusert biofilmtaktivitet hos positivt ladete antibiotika kan også bero på at subinhibitøriske konsentrasjoner av DNA i matriks beskytter bakteriene mot antibiotika. Det utvikles også beskyttende proteiner i matriks under biofilmens vekst. Disse proteinene er knyttet til antibiotikaresistens og virulens.

Det er velkjent at livet i en biofilm kan være stressende på grunn av knapphet på næringsstoffer, overskudd av avfallsprodukter, oksygenmangel og antimikrobielle stoffer. Biofilmresistens kan være et svar på stress. Dette kan få cellene til å gjennomgå mutasjon som disponerer for utvikling av resistens. Enkelte bakterier i biofilmen er bevegelige med evne til å sverme. Svermere er vist å kunne utvikle resistens overfor triklosan (6). Likeledes kan subinhibitøriske konsentrasjoner av biofilm inducere bakterier til mutasjon som igjen kan føre til resistens overfor antibiotika. Mange bakterier bruker såkalt «quorum sensing» til å koordinere sin genekspresjon i relasjon til deres lokale tetthet. «Quorum sensing» er vist å være involvert i resistensutvikling overfor tobramycin, kanamycin og hydrogenperoksid. I biofilm hvor bakteriene ligger tett, kan DNA overføres mellom cellene ved transformasjon, transduksjon, konjugasjon eller via ytre membranvesikler (7). Dersom det overføres resistensgener, kan biofilmen bli et reservoar for antimikrobiell resistens.

Genetiske mekanismer

Senere tids forskning har identifisert en rekke gener som kan være involvert i utvikling av antibiotikatoleranse og -resistens i biofilm (1). Mange av disse genene er mye sterkere uttrykt i biofilm enn i planktoniske celler. Det vil føre for langt å gå i detalj om disse genene. Leseren henvises til referanse (1). En rekke gener for antibiotikaresistens kan finnes i biofilm, herunder gener som koder for resistens mot tetrasyklin, erytromycin, aminoglykosider og beta-laktamantibiotika. *ndvB*-genet fremmer antibiotikaresistens bl.a. ved å stimulere matriksglukaner til å holde tilbake antimikrobielle stoffer. Operon PA1874–1877 (består av tre genloci) utgjør et multikomponent effluks- (utpumpings-) kompleks som bidrar til multiresistens, mens Operon PA0756–PA0757 er et to-komponent system som er viktig for biofilmspesifikk antibiotikaresistens. *brlR* genet uttrykkes kun i biofilm og var den første DNA-regulator som ble funnet å være involvert i biofilmtoleranse og -resistens. Flere effluks-pumper er involvert i antibiotikatoleranse og -resistens, herunder *mexAP-oprM* og *mexCD-oprJ*. Det er sannsynlig at genetiske mekanismer er viktigere for utvikling av antibiotika-toleranse og -resistens i biofilm enn fenotypiske trekk.

Referanser

1. Olsen I. Biofilm-specific antibiotic tolerance and resistance. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015; 34: doi: 10.1007/s10096-015-2323-z.

2. Walker CB, Tyler KZ, Low SB, King CJ. Penicillin-degrading enzymes in sites associated with adult periodontitis. Oral Microbiol Immunol. 1987; 2: 129–131.

3. Handal T, Olsen I, Walker CB, Caugant DA. Detection and characterization of beta-lactamase genes in subgingival bacteria from patients with refractory periodontitis. FEMS Microbiol Lett. 2005; 242: 319–324.

4. Handal T, Olsen I, Walker CB, Caugant DA. Beta-lactamase production and antimicrobial susceptibility of subgingival bacteria from refractory periodontitis. Oral Microbiol Immunol. 2004; 19: 303–308.
5. Handal T, Caugant DA, Olsen I. Antibiotic resistance in bacteria isolated from subgingival plaque in a Norwegian population with refractory marginal periodontitis. Antimicrob Agents Chemother. 2003; 47: 1443–1446.
6. Lai S, Tremblay J, Déziel E. Swarming motility: a multicellular behaviour con-

ferring antimicrobial resistance. Environ Microbiol 2009; 11: 126–136.

7. Olsen I, Tribble GD, Fiehn N-E, Wang B-Y. Bacterial sex in dental plaque. J Oral Microbiol. 2013, 5: 20736 – <http://dx.doi.org/10.3402/jom.v5i0.20736>.

Adresse: Ingar Olsen, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, PB 1052 Blindern, 0316 Oslo.
E-post: ingar.olsen@odont.uio.no



- Vi vokser gjennom løftene vi holder -

- Non Noble/Uedelt metall
- Noble/Edelt metall
- IPS e.max

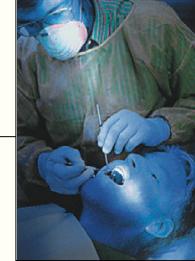
650,- pr. ledd
970,- pr. ledd
990,- pr. ledd

- Zirconium
- Valplast

1200,- pr. ledd
1350,-

- Dokumentasjon på metallegeringer følger på hvert arbeide -

www.reholt.no



Oral livskvalitet og nye årsaksfaktorer ved Sjögrens syndrom

Sjögrens syndrom (SS) er en autoimmun sykdom som hovedsakelig rammer spytt- og tårekjertler. I tillegg til de orale plagene, kan symptomer fra øyne, hud og indre organer påvirke pasientenes livskvalitet. Dessverre er årsaken til at enkelte rammes av sykdommen ukjent, og det finnes ingen tilfredsstillende behandling. Målet med Engers doktorgradsarbeid var todelt: 1) å kartlegge i hvilken grad plagene fra munnhulen påvirker generell livskvalitet, 2) å undersøke mulige årsaker til sykdommen.

Resultatene fra den første delen av Engers studier viste at de fleste av pasientene var svært plaget av blant annet munntørhet og soppinfeksjoner i munnhulen, og at de ofte hadde stort tannbehandlingsbehov. Sammenliknet med data fra et utvalg av den øvrige norske befolkningen, hadde SS-pasienter redusert oral og generell livskvalitet. Videre viste studien at de orale plagene hos SS-pasientene påvirket generell livskvalitet i form av økt kroppslig smerte og nedsatt mental helse.

Forskning på årsaker til utvikling av SS har stort sett fokusert på genetiske, immunologiske eller miljømessige faktorer, uten at dette har avklart hvordan SS oppstår. Noen forskergrupper har

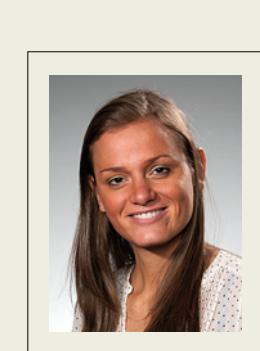


Foto: Privat

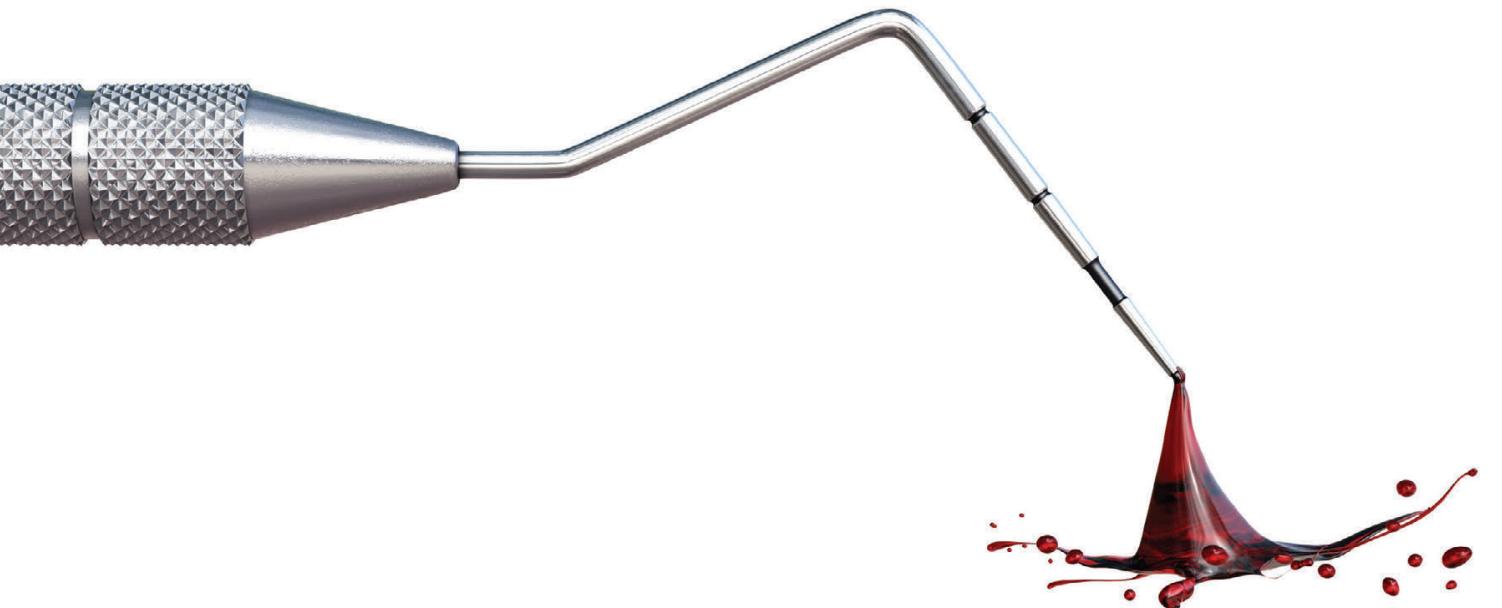
Personalia

Tone Berge Enger disputerte 31.oktober 2014 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo med avhandlingen «Oral distress and new etiological aspects of Sjögren's syndrome». Forskningen ble gjennomført ved Institutt for klinisk odontologi og Institutt for oral biologi, Universitet i Oslo, samt ved Boston University, USA. Doktorandens hovedveileder var professor Janicke Liaen Jensen og biveileder var professor Hilde Kanli Galtung. Tone Berge Enger er nå i gang med å fullføre dobbeltkompetanseløpet og er ferdig spesialist i kjeveortopedi i juni 2015.

fokusert på alternative årsaksforhold, og en hypotese er at forandringer eller feil i cellene selv kan påvirke eller utløse den uønskede immunresponsen. Denne teorien ble belyst i den andre delen av studien og innebærer at endret cellestruktur eller funksjon kan føre til at eget vev oppfattes som en trussel eller som noe ukjent, hvilket kan føre til økt mottagelighet for autoimmun reaksjon.

Ved bruk av en musemodell for SS, påviste Enger og medarbeidere store strukturelle og morfologiske endringer i musespyttkjertler under fosterutviklingen sammenliknet med friske mus. Trolig kan endringene som ble obser-

vert i SS-musemodellen påvirke tilstanden og funksjonen i den voksne musespyttkjertel. Tilsvarende forandringer og tap av organisert cellestruktur ble observert i spyttkjertelbiopsier fra pasienter med SS. Videre avdekket studien funksjonelle avvik i ferske spyttkjertler fra SS-pasientene i form av nedsatt evne til volumregulering, noe som både kan redusere spytsekresjonen og føre til at spyttkjertlene oppfattes som ukjente av immuncellene. Til sammen åpner Engers resultater for at noen av årsakene bak SS kan være å finne i pasientenes eget vev.



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**

LISTERINE®
PROFESSIONAL

Referanser:

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

2. DOF 2 – 2013 (UNKPLT0006).

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

NO/LI/14-0302d



Behandler og
forebygger gingivitt*



SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet

NY ZIRKONIA

Tilgjengelig i alle 16 nyansene i VITA-fargeskalaen (A1–D4)



NÅ ER DET IKKE LENGER NØDVENDIG
Å FARGELEGG MANUELTT



TIDSBESpareLSEr UNDER PRODUKSJONSPROSESSEN



INGEN FORSKJELLER I NYANSEN PÅ GRUNN
AV ULIKE ARBEIDSTEKNIKKER

*Endelig karakterisering ved hjelp
av flekker og keramisk lagdeling*

*Indikasjonsområde: individuelle kroner,
innlegg, onlay, fasader, 14-leddsbroer*

ANATOMIC COLOURED FORHÅNDSFARGET ZIRKONIUMOKSID



IADR-pris til professor i samfunnsodontologi, Jostein Grytten:

Anerkjennes for lang forskerkarriere

Nå i mars er Jostein Grytten i Boston for å motta International Association for Dental Research (IADR) sin prestisjetunge pris, Distinguished Scientist Award for Behavioral, Epidemiologic and Health Services Research.

Prisen har ofte gått til forskere innen afterdsfag og epidemiologi. Når den nå for første gang går til en som har helsetjenester og helseøkonomi som sitt fagfelt, er det altså forskning på norske tannhelsetjenester som belønnes med en tung internasjonal pris. Grytten forsker imidlertid like mye på andre helsetjenester som på tannhelsetjenester, og samarbeider med forskere fra ulike fag, både nasjonalt og internasjonalt.

– Prisen er en anerkjennelse for at jeg har gitt sentrale forskningsbidrag over en lang forskerkarriere, som har vært viktig for å etablere forskning om tannhelsetjenesten som et eget forskningsfelt innenfor IADR, sier Grytten, og legger til at fagfeltet reiser grunnleggende problemstillinger som angår både profesjonen, utdanningsinstitusjonene og pasientene på flere områder.

De fire hovedområdene som Jostein Grytten har gitt bidrag til er: 1) organisering av tannhelsetjenester og tilbudsstyring, 2) tannlegenes avlønningsformer – effekter på effektivitet og kvalitet, 3) praksisvariasjoner og 4) likhet – fordeling av tannhelsetjenester.

Fremtidig forskning – tre hovedfelt
Det som har med fordelingseffekter i forbruket av tannhelsetjenester fremheves også som ett av feltene Grytten gjerne vil forske på i tiden fremover.

– Grunnen til det er, for det første, at det har vært en kraftig vekst i trygdeutbetingene til tannbehandling. Spørsmålet som reises i den sammenheng er om det er de mest ressursrike som også henter ut mest trygderefusjoner? Det vil



Professor i samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo, Jostein Grytten, er tildelt IADR sin pris 'Distinguished Scientist Award'. Foto: Per Gran

vi ha mulighet til å finne ut mer om når vi ser nærmere på datasettet som blant annet viser at cirka 600 000 nordmenn har mottatt trygdeytelser for tannhelsetjenester de siste årene.

– En annen veldig interessant ting er at det er gjort store fremskritt innenfor kvantitative analysemetoder de siste årene, som muliggjør mer pålitelige og mer presise estimater på en eventuell fordelingseffekt enn hva som hittil har vært mulig å få til.

– Et annet viktig felt å få økt forståelse på er dagens og fremtidens arbeidsmarked for tannleger. En markant forbedring av tannhelsen blant barn og unge de siste 20 årene reiser spørsmål om hvordan denne forbedringen forplanter seg over i voksenmannspleien? Færre fyllinger blant dagens unge tyder på mindre reparasjonsbehov

i voksen alder. Dette vil kunne påvirke privatpraktiserende tannlegers inntektsgrunnlag og bane vei for en diskusjon knyttet til det fremtidige behovet for tannleger.

Dette er spørsmål vi også kjenner igjen fra debattene i Tidende for tiden.

Det siste føltet Grytten vil fremheve som fremtidig forskningsområde er det han kaller profesjonalisering av praksisdriften.

– Vi har sett en sterk økning i antallet større praksisenheter over de siste ti årene. Solopraksis blir mindre og mindre vanlig. Samtidig er praksisdriften blitt mer profesjonell – og strømlinjeformet. Denne endringen reiser spørsmål av typen: Hvordan er effektiviteten i de store praksisene? Blir behandlingen mer styrt av kommersielle hensyn enn faglige etiske normer? Hvordan er kommandolinjene i de store praksisene – og blir den enkelte tannleges autonomi ivaretatt?

– Jeg har utført flere studier i den private tannhelsetjenesten. Det er stor variasjon i pasientmengden per tannlege. Noen tannleger opplever at de har for få pasienter. Økt konkurranse, som i de store byene, gir færre pasienter per tannlege. Jeg har ved hjelp av store datasett kunnet teste om tannlegene kompenserer for dette ved å heve prisen og, eller, tilby mer behandling per pasient, altså overbehandling. Resultatene av mine undersøkelser sier at tannbehandlingen er styrt av odontologiske behov og ikke av tannlegenes privatøkonomiske interesser. Økt konkurranse øker tilgjengeligheten til tannlegetjenester og gir lavere priser, og ikke overbehandling. Tannlegene vektlegger profesjonsetikk, viser mine funn fra tidligere forskning. Spørsmålet nå er om dette fortsatt gjelder.



Offentlig tannhelsetjeneste kan bli mer effektiv

Når Grytten har forsket på avlønningsformer har han tatt utgangspunkt i følgende tre muligheter for avlønning av offentlig ansatte tannleger: fast lønn, styrkpris og per capita.

– Et viktig funn er at et insentivbasert avlønningssystem kan fremme effektivitet, uten at kvaliteten reduseres. Effektivitetsgevinsten er imidlertid mindre enn forventet, blant annet fordi noen tannleger ikke ønsker å jobbe mye, selv om det vil øke inntjeningen.

Mine beregninger viser at Den offentlige tannhelsetjenesten kan spare over 300 tannlegeårsverk hvis de endrer fra fast lønn til en moderat insentivbasert avlønningsform, for eksempel per capita.

Lik fordeling av tannhelsetjenester

I Norge er det en helsepolitiske målsetting at alle skal ha lik tilgang til tannhelsetjenester, uavhengig av bosted og individuelle ressurser, som inntekt og utdanning.

– Det er mulig å tenke seg at dette ikke kan være tilfelle i en så privatisert tannhelsetjeneste som den norske, sier Grytten, fordi det frem til nå har vært lite trygdemidler til hjelp for dem som

har minst ressurser til å oppsøke tannlege for kontroll og behandling.

– Flere av mine studier viser riktig nok likevel at både etterspørsmålet og forbruket av tannhelsetjenester ikke avhenger av bosted, utdanning eller inntekt.

– Jeg har to forklaringer på dette. For det første går nesten 90 prosent av befolkningen til regelmessig kontroll hos tannlege. Det fører til at tannsykdom oppdages på et tidlig tidspunkt, og repareres før skaden, og dermed også kostnadene, er blitt for store. For det andre er Norge et relativt egalitært samfunn med små forskjeller, også i inntekt. De forskjellene som er, er ikke store nok til å generere forskjeller i forbruket av tannhelsetjenester.

Forskningsamarbeid

Jostein Grytten forteller at han har vært heldig som har hatt et langvarig og stabilt samarbeid med forskere i statsvitenskap, samfunnsøkonomi og medisin i 25 år. – Det har vært viktig for å komme i mål med tunge problemstillinger som krever en lang tidshorisont.

Vi får et inntrykk av hvor lenge Grytten har forsket på tannhelsetjenester når han snakker om samarbeidet

han har hatt med Tannlegeforeningen i alle år, og fremhever Arne Sollund som en generalsekretær det var interessant å samtale med, fordi han var kunnskapsrik og hadde en særlig god institusjonell forståelse.

Grytten samarbeider også internasjonalt, og publiserer i anerkjente internasjonale tidsskrifter.

– Mye av mitt internasjonale forskningssamarbeid foregår gjennom et forskernettverk organisert av Wennberg International Collobarative. Dette er en sammenslutning av en liten innflytelsesrik gruppe forskere fra hele verden, med bakgrunn fra medisin, helsetjenesteforskning og helseøkonomi. Vi møtes, som regel ved London School of Economics, en gang i året. Da oppdaterer vi hverandre på den siste kunnskapsutviklingen innenfor våre fagfelt, forteller Grytten, som er glad for prisen han er blitt tildelt – ikke minst fordi det er første gang den går til det feltet som han har så stor interesse for, fordi forskningen har så stor betydning, både for pasientene og for tannlegene – og for de som skal utdanne, sysselsette, finansiere og på andre måter organisere dem.

Ellen Beate Dyvi

Flere til rors

Hvor stor del av spesialistutdanningen skal foregå ved kompetansesentrene og hvordan skal samarbeidet med universitetene være? Og hvem koordinerer egentlig tannhelsefeltet? Dette var bare noen av spørsmålene som ble debattert på årets spesialistkonferanse.

I alt 280 deltakere, inklusive utstillere, var samlet på årets spesialistkonferanse som hadde tittelen Fremtidens tannhelse – samarbeid til beste for pasienten. Nina Wiencke Gerner ønsket velkommen og understreket hvor viktig lønn under utdanning er for å sikre nok spesialister og god spredning. Hun var også bekymret for en opphopning av spesialister, spesielt i Oslo-området.

– De unge spesialistene vil jo nettopp være der det er miljø og faglig samarbeid. Og det var mange av oss som trodde at det var nettopp dette kompetansesentrene skulle tilby: faglig kompetanse og miljø andre steder enn i Oslo og Bergen, sa Gerner.

Plasseringen av et nytt tannhelsekompetansesenter for østlandsområdet på Majorstua i Oslo preget debatten som fulgte.

Hvor mange?

En rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) anslår at det vil bli en kraftig underdekning av tannleger de neste 20 årene, og at det trengs nesten 1 500 årsverk i tillegg, om dagens utdanningskapasitet forblir uendret. Professor i samfunnssodontologi ved Universitetet i Oslo, Jostein Grytten, stilte i sitt foredrag spørsmål ved forutsetningene for prognosene og viste at tallene fra SSB bygde på mange usikre parametere. Det samme gjelder anslagene over spesialister.

– Det har egentlig ikke skapt så mye debatt, før siste halvår, hvor Carl Christian Blich tok tak i dette, og spør om vi er på vei mot en overproduksjon. Han

peker på to ting: om det fremtidige næringsgrunnlaget hos de unge kommer til å svikte, og om en klarer å opprettholde gode nok kliniske ferdigheter hvis det ikke er nok vanskelige pasienter, sa Grytten.

– Det har vært ytret bekymring for at for mange spesialister kan føre til overbehandling, men en fersk undersøkelse viser at få pasienter heller fører til uønsket fritid og uønsket lav inntekt, sa Grytten.

Grytten mente at relevant politikk fremover bør være å beholde utdanningskapasiteten på dagens nivå for allmenntannlegene og spesialistene. Dette vil gi litt høyere pasientgrunnlag per allmenntannlege og spesialist på grunn av befolkningseksen (23 % økning frem mot 2040 ifølge SSB). Han mente også at spesialistbehandling ikke bør tilbys på kompetansesentrene i Oslo og Bergen. En slik utdanning vil ikke bidra til ytterligere geografisk lik fordeling av spesialisttjenester, noe som er grunnlaget for kompetansesentrene.

Hvordan styres tannhelsefeltet?

Dekan ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Pål Barkvoll, stilte spørsmål om hvordan tannhelsefeltet i Norge i dag styres, og sa at fra universitets- og høyskolesektoren virker dette uklart. Kirke- og utdanningsdepartementet har ansvaret for utdanningen, samtidig som en ser at en stor del av forskningsmidlene går gjennom fagdepartementene. Universitetets rolle er å verne om den akademiske frihet innen utdanning og forskning, og han mente at disse frihetene var under press. Han stilte spørsmål ved om ikke tannhelsefeltet er såpass ubetydelig i det store helsefeltet at det faller under radaren for politisk ledelse.

Det odontologiske fakultet i Oslo har i dag cirka 55 000 pasientbesøk i året. De har også en såkalt rikshospitalsfunk-

sjon. Kombinasjonen av pasientbehandling, spesialistutdanning, grunnutdanning og forskning gjør utdannings- og forskningsmiljøet ved fakultetet i Oslo svært godt. Forutsetningen for god kvalitet i grunnutdanningen er at man har en sentralisert spesialistutdanning, slik at man ikke mister dette samspillet. Fakultetet endret studieplan i 2013, og målsettingen er å være topp fem i Europa innen forskning og klinisk undervisning. Evalueringene fra studentutveksling i Oslo viser at fakultetet er populært, i første rekke på grunn av mye klinisk ferdighetstrening.

Barkvoll var kritisk til et fullskala kompetansesenter på Majorstua i Oslo som skal konkurrere med både private spesialister og med universitetsklinikken om pasienter og lærerkrefter.

Han mente at en sentralisert spesialistutdanning må opprettholdes i Oslo, Bergen og Tromsø.

Scenarier mot 2021

Avdelingsdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet, Kjell Røynesdal, gikk gjennom mulige scenarier for helsetjenesten generelt og tannhelsetjenesten spesielt basert på hva som pågår av beslutningsprosesser i regjeringen i dag, og hva som allerede er vedtatt av Stortinget. Han tok utgangspunkt i stortingsvalget i 2021. Et scenario er at tannhelsetjenesten overføres til de store robuste kommunene som skal dannes etter kommunereformen. Det er også rimelig å tenke seg at de seks regionale kompetansesentrene er i full drift. Her vil også deler av spesialistutdanningen foregå, i samarbeid med universitetene, sa Røynesdal.

Tanken er også at kompetansesentrene skal delta i den praksisnære forskningen. Han minnet om forprosjektet for kompetansesenteret på Østlandet fra 2010, underskrevet av daværende dekan ved Det odontologiske fakultetet i Oslo, Pål Brodin og tannhelsesjefer i fylkeskommunene, hvor det står at



Forskningens rolle og vilkår var bare et av temaene under paneldebatten. Fra venstre: Bjørn Bamse Mork-Knutsen, Heming Olsen-Bergem, Pål Barkvoll, Magne Audun Kloster, Arnt Einar Andersen, Carl Christian Blich, Jostein Grytten, Jan Eirik Ellingsen, Annlaug Stensland, Kjell Røynesdal og Kenneth A. Eaton.

«det må tas høyde for at spesialistutdanningen i all vesentlighet skal foregå på kompetansesentrene eller desentralt.» Dette skal også gjelde dobbelt-kompetansekandidater.

Et viktig moment i beregningen av behovet for spesialister og tannleger er at nesten en tredel av dem som får spesialistgodkjenning i Norge kommer fra andre land. Dette gjør det vanskelig å regulere markedet for tannleger ved utdanningsinstitusjonene i Norge. Per i dag er situasjonen slik at 48 prosent av autorisasjonene årlig blir utstedt til tannleger med utdannelse fra Norge og 52 prosent til tannleger med utdannelse fra utlandet.

Uavklarte spørsmål

Visepresident i Tannlegeforeningen, Arnt Einar Andersen, sa at han har et positivt syn på kompetansesentrene. Han syntes imidlertid det var vanskelig å forklare hvordan fullskala kompetansesentre i Oslo og Bergen ikke konkurrerer om knappe ressurser med universitetene, hvorfor kompetansesentrene gir bedre lønns- og arbeidsvilkår enn staten om det ikke er for å motivere ansatte til å bytte arbeidsgiver, og hvorfor det er en god idé å flytte spesialistutdanning av tannleger fra universitet til kompetansesenter.

Spesialister i EU

Spesialist og rådgiver for det britiske helsedepartementet, Kenneth A. Eaton fra Storbritannia, snakket om EUs syn på behovet for tannlegespesialister i fremtiden.

Per i dag godkjener EU bare to spesialiteter: Kjeveortopedi og oral kirurgi, i tillegg kommer maxillofacial kirurgi som er en medisinsk spesialitet. Ellers

bestemmer landene i stor grad dette selv. Det vil si at det er stor variasjon innen EU, både i antall spesialiteter og i utdanningen.

Paneldebatt

Etter innleggene fulgte en engasjert paneldebatt, hvor deltakerne i tillegg til innlederne var: Magne Audun Kloster fra Tk Vest Rogaland, Carl Christian Blich, bystyrepolitiker i Oslo, og Jan Eirik Ellingsen, Heming Olsen-Bergem, Annlaug Stensland og Bjørn Bamse Mork-Knutsen fra spesialistforeningen. Spesialist i oral kirurgi og professor emeritus fra Universitetet i Bergen, Knut Tornes var moderator.

Et av spørsmålene var hvorfor tannhelsetjenesten går inn for desentralisering, stikk imot resten av helsetjenesten, hvor man sentraliserer for å få bedre miljøer og for å opprettholde spesialistkompetansen. Hvorfor har departementet to typer politikk for tannhelsetjenesten?

Røynesdal svarte at staten bestemmer over sykehusene, mens fylkeskommunene bestemmer over kompetansesentrene, også hvor de skal ligge. Kompetansesentrene sprang ut fra et hensyn til gruppe C-pasientene og var særskilt rettet inn mot Den offentlige tannhelsetjenesten. Tannlegespesialisttilgangen er markedsstyrt og privat, og har ikke vært del av statlig planlegging på samme måte.

Et annet spørsmål fra panelet:

– Det er litt rart at to av de regionale kompetansesentrene er lagt til Oslo og Bergen, hvor de ikke bidrar til desentralisering av spesialister. Men siden det først er gjort: Hvordan kan vi løse problemene best mulig? Og hvem har det overordnede ansvaret?

Det ble også diskutert hvor hensiktsmessig det er å skulle bygge opp forskningsmiljøer ved seks nye kompetansesentre. Det internasjonale kravet til god og publisert forskning er svært høyt. Det er et ønske om mer odontologisk forskning, og det kan virke vanskelig å få dette til ved å spre forskningsmiljøene ytterligere i nye institusjoner.

De tre elementene forskning, spesialistutdanning og grunnutdanning er dessuten gjensidig avhengige av hverandre, slik at det vil være en ulykke å fjerne spesialistutdanning eller forskning fra universitetene, ble det også påpekt.

Røynesdal svarte at i kompetansesentrene regi er det i dag 50 forskningsprosjekter i gang eller under planlegging. Alle disse gjøres i samarbeid med universitetet i Oslo og Bergen, med NTNU i Trondheim, med universitetssykehuset i Tromsø og med andre forskningsinstitusjoner.

Det kom også spørsmål om betalingen ved kompetansesentrene. Her kunne Røynesdal opplyse om at det samme EØS-regelverket for kryssubsidiering som for fylkeskommunene gjelder her.

Han presiserte også at det ikke skulle være slik at sentrene skulle ha ansvaret for å utdanne spesialister fra A til Å, men at de kan delta i den kliniske treningen. Det skal være universitetet som har ansvar for utdanningen, og som går god for veilederprogrammet, slik det har vært på de tre stedene hvor det har vært forsøk med desentralisert utdanning av kjeveortopeder.

Moderator Knut Tornes konkluderte med at spesialistene ønsker et kompetansesenter velkommen, men kanskje ikke midt i Oslo.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

– Det viktigste er å forebygge hull

De fleste nordmenn fortrekker fluortannkrem. Men i gruppen som følger trenden om et alternativt kosthold, dropper stadig flere tannkrem.

På nettet florerer det i kostholds- og helseblogger. Flere omtaler alternative tannkremer som det fornuftige valget for helsen og miljøet. I én av bloggene viser en norsk mor steg-for-steg hvordan hun tømmer datoterens vanlige tannkremtube fra skolen, og fyller den igjen med det hun kaller «giftfri» tannkrem.

Mediene følger opp trenden. Senest i januar publiserte Aftenposten web-TV

om hvordan du enkelt lager din egen 100 prosent naturlige tannkrem.

Hindrer hull

Anne Bjørg Tveit, som er professor i kariologi ved Institutt for klinisk odontologi, hadde ikke hørt om trenden med naturlige tannkremer, og tror heller ikke den er særlig utbredt. Fluormotstandere tror hun derimot har eksistert så lenge vi har hatt fluor.

– De har vel en forestilling om at fluor er farlig. Men det er ikke, bruk i de doser vi anbefaler. I Norge har vi brukt fluortannpasta fra begynnelsen av 70-tallet. Alle som forsker på karies er enige om at fluor har redusert kari-

esforekomsten i Norge og andre land, sier hun.

I dag forsker Tveit blant annet på fluor i kombinasjon med andre stoffer.

– Fluor er et naturlig forekommende grunnstoff, og er et reaktivt stoff. Når det kommer små hull i en tann, bidrar fluor til å bygge nye krystaller i emaljen, slik at lesjonen blir reparert. Fluor finnes naturlig i vann, men bare i liten utstrekning i Norge, ifølge professoren.

Det er årsaken til at hun anbefaler nordmenn å bruke fluorprodukter, både morgen og kveld.

– Vanlig tannkrem er ikke usunt. Men man skal ikke svele det, noe det heller ikke er grunn til. Man må riktig nok passe på at ikke småbarn spiser



Professor Anne Bjørg Tveit mener det er best å forebygge hull. – Vil man ikke bruke tannkrem, og får hull, og så skal til tannlegen, får man fyllingsmaterialer med mange kjemiske komponenter som mange ikke ønsker, påpeker hun.

tannpasta, for i uheldige tilfeller kan de få dental fluorose, hvite flekker på tennene. Tannkrem til barn har lavere innhold med fluor, enn for voksne, sier hun.

Vil pasienter ikke bruke vanlig tannkrem med fluor, mener hun tannleger bør gi følgende råd:

– Det beste er å forebygge hull. Tannbørsten gjør store deler av jobben. Bruk den sammen med fluorskylling. Pasienten bør velge fluorskylling fra apoteket med 0,2 % natriumflorid. Produktene i butikken er ofte ikke gode nok, sier hun.

Tveit minner om at tannleger kan slå opp i veilederen «Tenner for livet» fra Helsestilsynet. Der står det blant annet: «Andre fluorpreparater kan brukes i stedet for fluortannkrem. Dette kan være fluortabletter, fluorskyllevann eller fluortygggegummi. Slike tiltak bør iverksettes dersom det ikke brukes fluortannkrem.»

Tenker på helheten

Tannlege Pål Hermansen får mange pasienter som velger bort tannkremen. Hermansen driver en av svært få biologiske tannhelsetjenester i Norge.

– Vi gjør alt, men har en konservativ tilnærming, og ser om kroppen selv kan gjenopprette normale tilstander. Det kan ta litt lenger tid, men det gjør ofte at vi unngår både rotfylling og tannkjøttoperasjon. Vi unngår dessuten potensielt helseskadelige materialer, som metall. Siden vår pasientgruppe er svært helsebevisst, kan vi la pasienten gjøre en større del av behandlingen, for eksempel med kostholdet. Vi jobber i mindre grad enn andre tannleger mot den generelle befolkningen, forteller han.

Om pasientene ikke ønsker vanlig tannkrem, stiller tannlegekontoret seg relativt nøkternt til det.

– Folk må få velge hva de vil. Hvis pasientene vil unngå natriumlaurylsul-



Tannlege og homeopat Pål Hermansen er en av få som driver biologisk. Han har mange pasienter som velger bort tannkrem.

fat, fargestoffer og bakteriedrepende stoffer, og samtidig har et optimalt kosthold og renhold, kan de greie seg uten vanlig tannkrem. Men for dem som ikke har et bra kosthold, er fluor et sikkerhetsnett, sier han.

Til pasientene som ikke bruker vanlig tannkrem, anbefaler han noe bruk av 0,2 % fluorskyll. I skyllet kan man dyppe tannbørsten og børste der man trenger det.

– Kontrollert, lokal fluorbruk er best. Også for barn. Hvorfor svelge, når effekten er lokal? Ha fluorskyl på tannbørsten og bruk tantråd. Det er mellom tennene det oppstår hull først, sier han.

Pasientene som er skeptiske til vanlig tannkrem, er over gjennomsnittet hel-seopptatte, kan han fortelle.

– De har god utdannelse og er oppattate av vitenskap. Denne pasientgruppen følger ikke offentlige kostholdsråd, men går for eksempel på lavkarbodiett.

Dermed tenker de også helse når det kommer til tannbehandling, og er redde for å innta fremmede stoffer, forteller han.

De som velger naturlige tannkremer, tenker også på miljøet, ifølge tannlegen.

– Triklosan og små, slipende plastpartikler i tannkrem kan gå inn i celler og også ende opp med å forstyrre det maritime livet. Men nå begynner heldigvis noen av tannkremfabrikantene å bli oppmerksomme på problemene, og går inn for å erstatte slike innholdsstoffer. Helsestannkremene har enklere og mer naturlige ingredienser. Men de bør ha et visst innhold av slipemidler for å hjelpe på lettere misfarginger, sier han.

Tekst: Guri Haram
Foto: Guri Haram, Pål Hermansen

Tannkrem for enhver smak

I den norske nettbutikken Altshop, selges tannkrem med navn som Earthpaste og Tea Tree tannpasta. Mens Lilleborg for det meste selger fluortannpasta, har de et fluorfritt alternativ de også.

1 butikkhyllene er vi vant til å se ordinære tannkremtuber. Men i helsekosten og i helsekostbutikker på nett blir det vanligere å se et alternativ til disse. I Altshop selger de flere typer tannpasta med kun naturlige ingredienser. Her er hverken fluor eller skummemiddelet, Sodium Lauryl Sulfate med i innholdsfortegnelsen.

– Vi var først ute med Earthpaste, og har solgt disse tannkremene i et par år nå. De er veldig populære, og har solgt bra. Tennene belastes ikke med kjemikalier, såpestoffer eller fluor, sier daglig leder i Altshop, Kjetil Dreyer.

Positive tilbakemeldinger

Prisen på de alternative tannkremene er langt høyere enn prisen for ordinær tannpasta.

– Det er som følge av kvaliteten. Dessuten er importkost og varekost produsert i denne skalaen, også høyere, sier han.

– Mener dere at de forebygger hull?

– Det jeg kan si er at vi har fått gode tilbakemeldinger, og har sett at tannkremene har en forebyggende effekt på munnhelsen. Earthpaste er basisk, og fjerner syre i munnen. Den er skånsom,

og har leire som er renset med vann og eterisk olje. Denne leiren mineraliserer tennene, sier han.

Å teste ordinær tannpasta opp mot for eksempel Earthpaste vil trolig ikke bli tillatt av REK, etisk komité. På grunn av den gode dokumentasjonen til fluor, vil da gruppen som ikke bruker det bli mindre beskyttet. Firmaet bak Earthpaste skal heller ikke ha foretatt noen kliniske studier.

– Hver enkelt får prøve selv, sier Dreyer.

Dreyer mener fluor er skadelig, og er kritisk til de kommersielle kreftene bak. Selv gir han ikke fluortannkrem til sine barn.

– Jeg vil ikke ha fluor i kroppene deres. Barn svelger tannpasta, og får da kjemikalier, fluor og såpestoffer i kroppen. Og fluortabletter skal ikke barn ha i noen sammenheng, sier han.

Følger helsemyndighetene

Lilleborg står bak tannpastamerkene Solidox og Pepsodent i Norge.

– Hvorfor tror dere enkeltpersoner er så redde for fluortannkrem?

– Det kan ha sammenheng med at fluor i høye koncentrasjoner er helse-skadelig. Men det anbefalte nivået i tannkrem er veldig dokumentert og trygt, sier Anne Gjeddal, informasjonssjef i Lilleborg.

Til dem som ikke behøver, eller ikke ønsker fluor, har likevel Lilleborg et alternativ.

Fakta

Visste du:

* Henry Trendley Dean og hans team oppdaget på 1930-tallet hvordan fluor i drikkevannet kan forhindre karies.

* I Afrika er det rikelig med fluorid i vann, derfor har mange afrikanere dental fluorose.

* Det er mange dypvannsbrønner i Østfold som har naturlig fluor i vannet.

* I Sveits har det siden 80-tallet, vært vanlig med fluor i salt. Fluor virker da gjennom spytten.

– Vi har tilbudet Solidox uten fluor. Etterspørselen etter denne varianten er derimot meget lav, sier Gjeddal.

Hun synes det er fint at forbrukerne har et mangfold å velge blant.

– Men jeg vil understreke at Lilleborgs anbefaling er fluortannkrem, i tråd med anbefalingen fra norske helsemyndigheter. Effekten mot karies er grundig dokumentert. Den har bidratt betydelig til bedringen av tannhelsen, og generasjoner har vokst opp nærmest uten hull i tennene. Alle ingrediensene i våre tannkremer er godt dokumenterte også i henhold til et strengt europeisk regelverk. Lilleborg har heller ikke triklosan i noen av våre tannkremer, siden det er en ingrediens som står på bekymringslisten, sier Gjeddal.

Guri Haram

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet





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

www.colgateprofessional.no

Legemidlets navn: Duraphat 22,6 mg/ml dentalvæske, suspensjon. Fluorid 22,6 mg/ml som natriumfluorid. **Indikasjoner:** Kariesprofylakse. Reduksjon av sensitivitet ved overfølsomme tennar.

Dosering: For systematisk kariesprofylakse 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 tinner):** Opp til 0,4 ml påføres. **Ungdom/voksne (permanente tinner):** Opp til 0,75-1,0 ml påføres.

Overfølsomme tanner: 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 tørlegges, og et tynt lag appliseres.

Duraphat fra tube påsmøres enklest med bomulstspinne eller engangsspissel i tynde lag. Approsimalt kan sonde eller tantråd anvendes. Duraphat i cylinderampulle er spesielt utformet for nøyaktig og lav dosering. En butt kanyle brukes med endestykket bøyd i en vinkel som letter påføringen på approsimal- og distalflater. Approsimalt blir kanylen skjøvet inn i kontakt-

punktet mellom tennene og en liten mengde lakk trykkes inn. Dentalvæsken bør påføres fra begge sider av interproksimalrommet 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. Ulcerørt gingivitt og stomatitt. **Forsiktigighetsregler:** Påsmøring av hele tannsettet bør ikke foretas på tom mage. Dersom bivirkninger oppstår lar suspensjonen seg lett fjerne ved tannpuss og munnskylling. Tuben inneholder lateksgummikom som kan forårsake allvorlige allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** Andre høydoserte fluoridpreparater, slik som fluoridgegel, bør ikke benyttes samme dag Duraphat påføres. Administrering av fluoridtilskudd bør utsettes i flere dager etter påføring av Duraphat. **Graviditet/**

Amming: Som et forsiktighetstiltak bør bruke under graviditet og amming unngås. **Bivirkninger:** Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Stomatitt, ulcererat gingivitt, brekninger, kvalme og munnødem. Hud: Hudirritasjon, angioødem. Luftveier: Astmaanfall.

Overdosering/ Forgiftning: Ved fluoriddose på flere

mg per kg kroppsvekt kan en akutt, toksisk reaksjon forekomme. Förste tegn er kvalme, oppkast og diaré. Senere kan hypokalsemi, enzymhemming, tetani, kramper og kardiovaskulære forstyrrelser oppstå. Ved kronisk inntak av høye doser av fluorid oppstår forstyrrelser i emaljedannelsen (dentalfluoroese), skeletfluoroese (stivhet i ledd og misdannelse i skjelett) og risiko for beinfraktur øker. **Pakning og pris:** (sept. 2014): 5 × 1,6 ml (sylinderamp.) kr. 213,00. 10 ml (tube) kr. 189,20. Dagens aktuelle priser finnes på www.felleskatalogen.no. **Innehaver av markedsføringsstillatelsen:** Colgate-Palmolive A/S. Produktinformasjonen er forkortet og basert på SPC dater 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

VELKOMMEN TIL NTFs NYE NETTSIDER!

Vi er veldig glade for å kunne ønske medlemmene velkommen til en fornyet og forbedret versjon av www.tannlegeforeningen.no

Innholdet er i stor grad det samme, og nettstedet vil i første øyekast se ganske lik ut, men vi håper at endringene vi har gjort i layout, navigasjon og funksjonalitet gjør siden "ryddigere" og at det blir lettere å finne frem til riktig informasjon.

Hva er endret?

Eget menypunkt for medlemmer - en snarvei til den viktigste informasjonen om ditt medlemskap

"Megameny" gir deg tilgang på full meny med oversikt over alle sider på nivå to

The screenshot shows the homepage of the new website. At the top, there is a blue header with the logo 'Den norske tannlegeforening' and several main menu items: MEDLEM, ORGANISASJONEN, PROFESJON OG FAG, JUS OG ARBEIDSLIV, and KURS OG UTDANNING. Below the header, there is a large image of a person sitting on a bench. To the right of the image, there is a sidebar with the title 'Ny layout på nettsiden!' and a date '12.02.2015'. The sidebar also features a section for 'Redd Barna med ny kampanje mot seksuelle overgrep' from '10.02.2015'. At the bottom of the sidebar, there are two banners: 'SI DIN MENING!' and 'Tank'. The main content area has a red box highlighting the 'Hva skjer?' section of the sidebar.

Mer bruk av bilder i atiklene

The screenshot shows a news article titled 'Informasjon om kollektive forsikringer Storebrand' from '30.01.2015'. The article content is visible. At the top right, there are social media links for Facebook, Twitter, and RSS. Below the article, there are two boxes: 'TANNBLOGGEN' and 'MEDLEMSFORUM'. To the right of the article, there is a sidebar with a list of local associations: Aust-Agder, Bergen, Buskerud, Finnmark, Hordaland, Hedmark, Nordland, Nordmøre og Romsdal, Nord-Trøndelag, Oppland, Oslo, Rogaland, Romerike, Sogn og Fjordane, Sunnmøre, Sør-Trøndelag, Telemark, and Troms. Red arrows point from the text 'Enkel tilgang til sosiale medier, tannblogg.no og medlemsforum' to the social media links and the sidebar navigation.

Ny kolofon / bunnlinje som vises på alle sider

Enkel tilgang til sosiale medier, tannblogg.no og medlemsforum

Rullgardinmeny med "snarvei" til din lokaleforening i kolofonen

The screenshot shows the homepage of the Den norske tannlegeforening website. At the top, there's a navigation bar with links for 'Min side' and 'Kontakt oss'. Below the navigation bar is a main menu with categories like 'MEDLEM', 'ORGANISASJONEN', 'PROFESJON OG FAG', 'JUS OG ARBEIDSILV', and 'KURS OG UTDANNING'. The 'KURS OG UTDANNING' menu is expanded, showing sub-options like 'Lennsforhandlinger', 'Tariffområder og avtaler', 'Pensjon', 'Klager og erstatning', 'Rettshjelpsordningen', and 'Ved sykdom og svangerskap'. A red arrow points from the 'JUS OG ARBEIDSILV' link in the main menu to the 'KURS OG UTDANNING' menu. Another red arrow points from the 'Pensjon' link in the 'KURS OG UTDANNING' menu to the 'Pensjon' section in the sidebar. The sidebar also includes sections for 'Lennsforhandlinger', 'Tariffområder og avtaler', 'Pensjon', 'Klager og erstatning', 'Rettshjelpsordningen', 'Ved sykdom og svangerskap', 'RELATERTE ARTIKLER', 'DOKUMENTER', and 'LENKER'. A red arrow points from the 'RELATERTE ARTIKLER' section to the 'Fleste nyheter' link. Another red arrow points from the 'DOKUMENTER' section to the 'NTFs Tariffpolitikk' link. A third red arrow points from the 'LENKER' section to the 'DOT - regjeringen.no' link.

Tilgang til nivå to og tre - uansett hvilken side du er inne på

Markering av menypunkt i sort + brødsmulesti angir hvilken side du befinner deg på

Ny oppdeling i høyremenyen på undersider:

- Nyheter - nyhetsartikler relatert til menypunktet
- Relaterte artikler - andre relevante artikler på vår nettside
- Dokumenter - nedlastbare dokumenter (excel, word, pdf)
- Lenker - relevant informasjon på eksterne nettsider

Til info:

Nettstedet er desverre ikke "mobiltilpasset", selv etter denne ansiktsløftningen. Sidene vil likevel fungere bedre på mobil og nettbrett enn tidligere, og vi fortsetter arbeidet med å gjøre nettstedet enda bedre for mobile plattformer.

Vi har opplevd en del tekniske utfordringer i overgangen fra gammel til ny side, men vi jobber kontinuerlig med å rette opp i lenker, små feil og problemer etterhvert som de dukker opp.

Har du spørsmål, feedback, ris eller ros - eller kommer over noe som ikke fungerer helt som du skal, er det fint om du sender oss en epost på nettredaksjonen@tannlegeforeningen.no

Ønsker du å holde deg oppdatert?

- Sørg for at din kontaktinformasjon i medlemsregisteret stemmer, inkludert e-postadresse. Da vil du få tilsendt vårt elektroniske nyhetsbrev som går ut ca 2 ganger i måneden.
- Følg oss på sosiale medier!



www.facebook.com/dennorskettannlegeforening



www.twitter.com/tannlegefor

www.tannlegeforeningen.no

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

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



SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet

SUNSTAR



SOFT-PICKS™

Prøv GUM® Soft-Picks i dag!

Sende mail til sigurd.drangsholt@se.sunstar.com,
få vareprøver sendt til din klinik.

**Med gummi-
børster av
ELASTOMER
for maksimal
plakkfjerning!**

**Virkelig RENT & KOMFORTABELT
mellan tennene!**

2 for 1

**Kjøp 12 stk GUM Soft-Picks®
og få 12 stk på kjøpet! ***



Tilbudet gjelder kjøp fra våre depo. (Lic Scadenta, Pludent, HelseDent, Dental Direct, Tonne Dental, Jacobsen Dental, og Unident)

* Du vil motta det dobbelte du bestiller, men betaler bare for det som skrives på bestillingen. Gyldig til 30.04.2015.



HelseDent

Dental
Direct as

Tonne Dental

JACOBSEN
DENTAL AS

UNIDENT
THE POWER OF ONE

Alt inkludert – ingen overraskelser.

Fri+



Fri tale
og SMS



Velg
data



Velkomst-
meny



Sikker
Mobil

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

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



Jobb smartere.
Bedre opplevelser.

telenor



Fremtidig behov for tannleger:

Trengs det 1 500 flere om 20 år?

Ten rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) foreslås det å øke nettotilgangen av tannleger med 1500 årsverk frem mot 2035 i forhold til dagens antall (1). Dette betyr at utdanningskapasiteten ved de odontologiske fakultetene må økes kraftig og/eller at flere norske studenter må studere odontologi i utlandet for så å vende tilbake til et yrkesaktivt liv som tannlege i Norge. Alternativt kan et eventuelt underskudd dekkes opp med import av tannleger fra andre land.

Det utdannes i dag litt under 150 tannleger fra de tre fakultetene i Norge hvert år. Antallet utenlandsstudenter er ca. 40. Til sammen kommer det i underkant av 200 nyutdannede tannleger inn på markedet årlig, noe som om lag tilsvarer antallet tannleger som av naturlige årsaker forlater profesjonen (pensioneres). Tannlegebestanden vil således være uendret om utdanningskapasiteten i Norge og tilsliget av ferdigutdannede norske studenter fra utlandet holdes på dagens nivå (2).

Det er særlig etterspørrelsen i Statistisk sentralbyrås modell som trekker behovet for flere tannleger opp. De to viktigste komponentene her er befolkningsvekst og økonomisk vekst. I tillegg forventes det at behovet for flere tannleger vil øke som en konsekvens av at det er mer tannsykdom blant en stadig økende innvandrerbefolkning og en økning i andelen eldre. Oppgaveglidning, der tannpleierne overtar mer av tannlegenes oppgaver bidrar isolert sett til å trekke behovet for flere tannleger ned. Statistisk sentralbyrå påpeker selv at det er usikkerhet knyttet til modell-estimatene, og de tar da også forbehold om at framskrivningene må tolkes med varsomhet. Carl Christian Blich har i flere innlegg både her i tidsskriftet og i dagspressen stilt spørsmålstege ved om modellens forutsetninger er realistiske, og om man derfor kan komme i skade for å utdanne for mange tann-

leger om modellens prediksjoner tas til følge (3–6). Vi vil i denne kommentaren trekke frem noen momenter som kan bidra til ytterligere å belyse problemstillingen.

Bedre tannhelse – færre tannlegeårsværk?

Det har vært en markant forbedring i tannhelsen blandt barn og unge de siste årtier. For eksempel viser tall fra Statistisk sentralbyrå at gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring (DMFT) blant 18-åringene falt fra 10,3 til 4,2 fra 1985 til 2013 (figur 1) (7). Tilsvarende nedgang er også observert blant 12-åringene. Bedre tannhelse har derfor medført mindre behandlingsbehov, og dermed også et potensielt behov for færre tannlegeårsværk for å ta seg av barn/ungdom i aldersgruppen 0–18 år. Denne aldersgruppen utgjør 23 % av befolkningen (8).

Et relevant spørsmål er hvordan tannhelsen og behandlingsbehovet blant de som i dag er barn/ungdom blir når de blir voksne/eldre, og hvordan det vil kunne påvirke behovet for tannleger. Vi vil fremheve tre forhold som har betydning.

For det første, det finnes så å si ikke noe udekke behandlingsbehov i dagens voksenbefolking. Personer i alle aldersgrupper har regelmessige kontroller hos sin tannlege – nesten 90 % av voksenbefolkingen har årlig ettersyn (9). Regelmessig tilsyn gjør at tannsykdom oppdages på et tidlig stadium og at behandling kan iverksettes før skaden er blitt for omfattende. Venetiden for behandling er kort, en høy andel av befolkningen er svært tilfredse med sin tannhelse og de får all den tannbehandling de måtte ønske. Tannhelsetjenester er i dag derfor ikke rasjonerert, og man trenger ikke i beregninger av fremtidig behov for tannleger ta hensyn til en mulig overskuddsetter-spørsel i dagens marked.

For det andre, dagens hjemmeboende eldre har ikke høyere kariesaktivitet enn yngre (figur 2). For eksempel, nesten 70 % av personer i aldersgruppen 70 år og over har ikke ny behandlingskrevende karies fra et år til et annet¹. Dette er ikke forskjellig fra de yngre aldersgruppene (figur 2). Datagrunnlaget for fremstillingene kommer fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark. Utvalget omfatter alle voksne som har vært hos offentlig tannlege minst én gang i året, og hvor samme person er fulgt over en 10-års periode fra 2003–2012 (n= 7 519). På bakgrunn av fremstillingen i figur 2 synes det urimelig å planlegge fremtidig behov for tannleger utfra en potensiell karieseksplosjon blant fremtidens eldre. I dag er om lag 94 % av befolkningen 67 år og eldre hjemmeboende, og over 90 % av disse har årlige kontroller hos sin tannlege minst én gang i året (8–10).

For det tredje, blant unge voksne har det vært en markant nedgang i antallet fylte tenner i alle aldersgrupper fra 2002 til 2012 (figur 3). For eksempel var det i 2003 i gjennomsnitt litt over 15 tenner med karieserfaring (DMFT) per person i aldersgruppen 40–45 år. Dette tallet hadde, for samme aldersgruppe, sunket til litt over 10 i 2012, det vil si en reduksjon på en tredjedel. Tilsvarende nedgang observeres også i de andre aldersgruppene for unge voksne. Fremtidens eldre vil derfor ha mindre reparasjonsbehov enn dagens eldre. Det er færre restaureringer som blir utslitte, og som kan gå i stykker og må erstattes.

Iisolert sett ser det ut som om den tannhelseforbedringen som har vært blant barn og ungdom de siste 20 årene forplanter seg over i voksenbefolknigen. Dette tilsier mindre etterspørsel

1. Ny karies inkluderer lesjoner som har penetrert dentinet eller dypere, og sekundærkaries.

etter tannleger. Dette må selvsagt veies opp mot at andelen pleietrengende eldre som kan ha vansker med å ta vare på sine tenner øker. Det er i dag om lag 6% eldre over 67 år som bor på institusjon (8, 10). Fordeler man disse på om lag 4 010 allmenntannlegeårsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste (11), blir dette ca. 10 såkalte «tunge pasienter» per årsverk. Selv om andelen av slike pasienter skulle fordobles de neste 20 årene, vil ikke arbeidsbelastningen per tannlege bli avskreckende. Det hører også med til helhetsvurderingen at det i dag allerede er omlag 860 tannpleierårsverk som vil bidra med kontroller og tilsyn av eldre på institusjon og eldre som mottar hjemmebaseerte tjenester (11).

Flere innvandrere – flere tannlegeårsverk?

Det er i dag om lag 760 000 personer med innvanderbakgrunn i Norge (12). Disse fordeler seg på henholdsvis 332 000 vestlige, og 428 000 ikke-vestlige personer. Enkeltstående undersøkelser kan tyde på noe høyere kariesforekomst hos barn av innvanderforeldre sammenlignet med barn av norske foreldre (13–15). Dette brukes som argument for at det trengs flere tannleger for å dekke det økte behovet for forebygging og behandling spesielt i disse befolkningssoppene.

Nasjonale tall gir ikke grunnlag for å hevde at arbeidsbelastningen per tannpleier- og tannlegeårsverk i dag er særlig høy på grunn av den ikke-vestlige innvanderbefolkingen. Tabell 1 gir en oversikt over ny karies i løpet av ett år (DT) blant 12- og 18-åringene utfra mors fødeland¹. 16% av alle undersøkte i aldersgruppen 3–18 år har en mor som kommer fra et fødeland utenfor Norge.

Barn av mødre med vest-europeisk og nordamerikansk bakgrunn har bedre tannhelse enn norske barn. Disse utgjør 4% av alle barn og unge som ble undersøkt/behandlet i 2011. Innvandringen fra disse landene vil, isolert sett, redusere de offentlige tannlegenes arbeidsbelastning. Det er hovedsakelig

barn av mødre fra Øst-Europa og Midt-østen som har dårligere tannhelse enn norske barn. Det må imidlertid påpekes at disse barna utgjør en svært liten andel av populasjonen av 3–18 åringerne undersøkt/behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten – til sammen bare 5%.

I kolonnen lengst til høyre i tabell 1 har vi beregnet gjennomsnittlig antall barn i alderen 3–18 år per tannlege- og tannpleierårsverk, fordelt på innvandringsgruppe. I 2011 var det 15 barn av foreldre med østeuropeisk bakgrunn per årsverk. Tilsvarende tall for barn med foreldre fra Midt-Østen var 9. Selv med økt innvandring, vil ikke dette gi noen merkbar økt arbeidsbelastning blant tannleger og tannpleiere i forhold til dagens nivå.

Konsumeres det mer tannpleie etterhvert som vi blir rikere?

Statistisk sentralbyrå har beregnet effekten av befolkningens fremtidige inntekt på fremtidig konsum av tannhelsetjenester ut fra en inntektselastisitet tilnærmet lik 1. Vi har tidligere påpekt at en såpass høy elastisitet synes å være et for optimistisk anslag (for utdypning se referanse 16). Flere empiriske studier på norske data tyder på en elastisitet på under 0,50, og trolig helt ned mot 0,10 i de yngste aldersgruppene (17–20). Dette gir også mening utfra en klinisk virkelighetsforståelse.

Det er allerede en meget høy andel av befolkningen som har regelmessig tilsyn hos sin tannlege – denne andelen kan bare økes marginalt uansett hvor høy inntekten blir (9). Det er også begrenset hvor mye behandling som kan utføres på friske tenner selv om inntekten skulle øke. Selv i dag, hvor inntekten per innbygger er høy, utføres det lite kosmetisk tannbehandling, som for eksempel tannbleking (9). Om vi forutsetter en lavere inntektselastisitet enn det SSB legger til grunn, vil også prognosene for hvor mange tannleger vi trenger de neste årene bli vesentlig lavere.

Fins det reservekapasitet bland dagens tannleger?

Det er i dag i underkant av 1 300 innbyggere per allmenntannlegeårsverk og ca. 11 500 innbyggere per spesialistårsverk (21). Det er mye som tyder på at det allerede i dag fins ledig kapasitet i markedet. Det er to begrunnelser:

For det første, en relativt høy andel av både spesialister og privatpraktiserende allmenntannleger ønsker seg flere pasienter i sin praksis (22–25) (tabell 2). Andelen er spesielt høy for protetikerne – her ønsker mer enn halvparten seg flere pasienter. Andelen er litt lavere for de andre spesialitetene og for allmenntannlegene. Fremstillingen i tabell 2 er basert på svar fra et representativt utvalg av spesialister og allmenntannleger i 2007. Det er ikke grunn til å tro at svarfordelingen vil være annerledes i dag. Det er også verdt å merke seg at både protetikerne, periodontistene og endodontistene bruker om lag 25% av sin arbeidstid på ikke-spesialist pasienter. Dette er en uønsket situasjon siden de da ikke får utnyttet sin spesialistkompetanse fullt ut.

For det andre, arbeidsbelastningen i Den offentlige tannhelsetjenesten, målt i antall pasienter undersøkt/behandlet, synes heller ikke å være avskreckende høy (tabell 3). I 2013 ble det undersøkt/behandlet i overkant av 600 pasienter per tannlege- og tannpleierårsverk (21)². Antar man at det er 220 arbeidsdager i året, tilsvarer dette i underkant av 3 pasienter per dag som ble undersøkt/behandlet³. De såkalt tunge pasientgruppene, gruppe b og c, utgjør en liten del av pasientmengden. En fjerdedel av tannlegene legger under 100 fyllinger per år på pasienter i aldersgruppen 3–18 år (tabell 4). Dette er om lag en fylling hver annen eller hver tredje arbeidsdag. Dette indikerer at det også i Den offentlige tannhelsetjenesten finnes en reservekapasitet som, om nødvendig, må kunne frigjøres. For eksempel viser beregninger at en moderat effektivisering av den offentlige tannhelsetjenesten kan frigjøre godt over 300 årsverk (26, 27). En

2. Bak disse nasjonale tallene så skjuler det seg fylkesvise forskjeller. Disse finner man i Statistikksdatabanken, Statistisk Sentralbyrå.

3. Nesten samtlige i aldersgruppen 3–18 år har bare et besøk per år – våre beregninger viser et gjennomsnitt på 1,15, dvs. bare noen få har et eller flere gjenbesøk. Dette er som forventet gitt den lave kariesstilveksen fra ett år til et annet. For eksempel, gjennomsnittlig DMFT blant 12-åringene er 1,0 (Figur 1); dvs. i gjennomsnitt har de bare hatt en behandlingskrevede karieslesjon i løpet av seks år.

måte å effektivisere på er å ta i bruk incentivbaserte avlønningsformer.

Tannpleiere kan erstatte tannlegene?

Statistisk sentralbyrå påpeker at tannpleierne i fremtiden på mange områder kan erstatte tannlegene, noe som isolert sett, reduserer behovet for tannleger. Det er mye som tyder på at dette ikke vil skje. Om lag 75 % av tannlegeårsverkene utføres i dag i privat sektor (28, 29). I privat praksis er det allerede i dag for lite pasientvolum til at det der er plass til flere tannpleiere (22). Dette underbygges også av at allerede tidlig på 2000-tallet hadde en tredjedel av de ferdigutdannede tannpleierne forlatt profesjonen (30). Tannpleierne har nå en treårig utdanning, og en femårig master er under planlegging. Lang utdanningslengde betyr også at tannpleierne forventer et lønnsnivå som ligger på nivå med tannlegene. Dette tilsier at det ikke fremover vil bli lønnsomt for en privat tannlegepraksis å erstatte en tannlege med tannpleier. I tillegg vil arbeidsområdet til en tannpleier uansett være snevert i forhold til en tannlege – tannpleierne kan ikke utføre alle de arbeidsoppgaver tannlegene har. Derfor, mangel på pasienter i dagens marked, og et fremtidig forventet høyt lønnsnivå blant tannpleierne, gjør at oppgaveglidning fra tannlege til tannpleier er mer en hypotetisk enn en reell problemstilling.

Konklusjon

Vi synes ikke det er faglig belegg for å øke nettotilgangen av tannleger med 1 500 årsverk frem mot 2035 slik Statistisk sentralbyrå foreslår. En hensiktsmessig strategi vil være å beholde utdanningskapasiteten på dagens nivå. Befolkningsveksten er anslått å øke med 23 % frem mot 2040, dvs. en økning på litt under 1 % per år (31). Over tid vil dette gi et noe høyere pasientgrunnlag per tannlege. På den måten kompenseres det for den forventede bedringen i tannhelsen som vil redusere behandlingsbehovet per pasient. Denne bedringen forventes primært å forårsakes av mindre reparasjonsbehov hos de fremtidige eldre. En økende innvandrerbefolknings bidrar lite til behov for flere tannleger. Det fins også ledig kapasitet i dagens marked som kan frigjøres om nødvendig. På kort sikt er det heller ikke noe som tyder på at det pri-

vate markedet åpner opp for tannpleierne.

Takk

Forfatterne ønsker å takke Henrik N. Jacobsen for å ha gitt oss tilgang til tannhelsedata for voksenbefolkingen som er undersøkt/behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark. Vi takker også fylkestannlegene som har gitt oss tilgang til OPUS journaler for barn og ungdom.

*Jostein Grytten, professor, dr. philos.,
Seksjon for samfunnsodontologi,
Universitetet i Oslo*

*Irene Skau, forsker, cand. polit., Seksjon for
samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo*

*Andreas Dobloug, stipendiatur, Seksjon for
samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo*

*Pål Barkvoll, professor, dr. odont., dekan
ved Det odontologiske fakultet,
Universitetet i Oslo*

*Kontakt:
Jostein Grytten
josteing@odont.uio.no*

Referanser

- Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMAD 2012. Rapport 14/2012. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2012. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf (lest 21.01.2015).
- Stølen NM. SSBs framskrivninger: Arbeidsmarkedet for tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 846.
- Blich CC. Er produksjon av tannleger til lager en god idé SSB? Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 845.
- Blich CC. Debatten bør ikke være over. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 968.
- Blich CC. For mange tannleger. Dagens Næringsliv, 18. juli 2014.
- Blich CC. Er SSB på ville veier? Dagbladet, 16. september 2014.
- Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 04163: Tannstatus etter alder (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
- Tema: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Folkemengde. Tabell 07459: Folkemengde, etter kjønn og ettårig alder. 1. Januar(K). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=folkemengde&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
- Grytten J, Skau I, Holst D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og of- de&CMSSubjectArea=befolking&checked=true (lest 21.01.2015).
- Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelsetilbuddet blant voksenbefolkingen i Norge – behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 276–83.
- Statistisk sentralbyrå. Pleie- og omsorgstenester, 2013, førebels tal. Tabell 3: Bebuarar i institusjoner for eldre og funksjonshemma, etter alder. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aarforelopige/2014-07-08?fane=tabell&sort=nummer&tabell=186130> (lest 21.01.2015).
- Statistisk sentralbyrå. Tannhelsetenesta, 2013. Tannhelsetenesta, nøkkeltall. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse> (lest 21.01.2015).
- Statistisk sentralbyrå. Nøkkeltall for innvandring og innvandrere. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere> (lest 21.01.2015).
- Sosial- og helsedirektoratet. Tenner for livet. Baselineundersøkelse nr 1. Tannhelsedata fra 2003 for 3- og 5-åringar. Tiltaksoversikt. Rapport IS-1333. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
- Gimmestad AL, Holst D, Grytten J. tannhelse og etnisk bakgrunn. Barn og ungdom i Oslo fra 1999–2004. Nor Tannlegeforen Tid. 2006; 116: 836–41.
- Strand T, Wingdahl H, Holst D. Barns tannhelse i Oslo. Et kombinert etnisk og øst-vest perspektiv. Nor Tannlegeforen Tid. 2012; 122: 872–7.
- Grytten J, Holst D. Fremtidig utdanningskapasitet for tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2003; 113: 243–7.
- Grytten J, Holst D, Laake P. Accessibility of dental services according to family income in a non-insured population. Soc Sci Med. 1993; 37: 1501–8.
- Grytten J. Accessibility of Norwegian dental services according to family income from 1977 to 1989. Community Dent Oral Epidemiol. 1992; 20: 1–5.
- Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population of Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 2012; 40: 297–305.
- Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 40: 297–305.
- Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 04920: G. Tannhelsetjenesten – nivå 2 (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
- Grytten J, Skau I, Holst D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og of-

- fentlig tannhelsetjeneste i Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2006; 116: 212–6.
23. Grytten J, Skau I. Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2007.
 24. Grytten J, Skau I. Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2007.
 25. Grytten J, Skau I. Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2007.
 26. Grytten J, Holst D, Berge K. Innsatsbasert avlønning i Den offentlige tann-

- helsetjenesten i Østfold. Nor Tannlegeforen Tid. 2001; 111: 226–31.
27. Grytten J, Holst D, Skau I. Incentives and remuneration systems in dental services. Int J. Health Care Finance Econ. 2009; 9: 259–278.
 28. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten etter utdanning (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNav=nWeb=tannhelse&tCMSSubjectArea=helse&tchecked=true> (lest 21.01.2015).
 29. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 05828: Avtalte årsverk i offentlig tannhelsetjeneste etter utdanning (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNav=nWeb=tannhelse&tCMSSubjectArea=helse&tchecked=true> (lest 21.01.2015).
 30. Wang NJ, Toven HV. Tannpleiere i Norge. Yrkesaktivitet og arbeidsforhold. Nor Tannlegeforen Tid. 2006; 116: 984–9.
 31. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger, 2014–2100. <https://www.ssb.no/befolknign/statistikker/folkrfram> (lest 21.01.2015).

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



Totalleverandør av teknisk utstyr, service og praksisplanlegging.

Vårt ønske er at enhver kontakt med Dental Sør skal oppleves som **en reise på 1. klasse!**



dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

MANDAL - STAVANGER - BERGEN - SKIEN - OSLO - TRONDHEIM

Dental Sør AS - Postboks 901, Saltverket 6 - 4509 Mandal - Tlf. 38 27 88 88 - post@dentalnet.no - www.dentalnet.no

Kommentarer til artikkel av Jostein Grytten, Irene Skau, Andreas Dobloug og Pål Barkvoll:

SSBs framskrivinger av arbeidsmarkedet for tannleger

Grytten med flere har i sin kommentarartikkel en god og kritisk drøfting av forutsetningene bak Statistisk sentralbyrås (SSB) framskrivinger av etterspørselen etter tannleger publisert i Rapporter 14/2012. Som påpeikt i tidligere kommentarer, har SSB ingen faglig kompetanse til å vurdere framtidig utvikling i tannhelsen til befolkningen. Vi kan derfor ikke bestride vurderingen om at forbedringen i tannhelsen mer enn oppveier en vridning i befolkningssammensetningen i retning av en større andel eldre og innvandrere med mulig dårligere tannhelse enn resten av befolkningen. Dette kan tilsi at etterspørselen etter tannhelsetjenester per innbygger avtar, og omrent motvirker effekten av økende befolkning.

På den andre siden mener Grytten med flere at tendensen til at tannpleiere i stadig større omfang overtar oppgaver

fra tannlegene, kan være i ferd med å bli uttømt. En fortsatt oppgaveglidning de nærmeste årene var innarbeidet som et av alternativene i Rapporter 14/2012. Med denne forutsetningen viste framskrivningene fra 2012 nedgang i etterspørselen etter tannleger fram til 2016.

I alt mener Grytten med flere at etterspørselen etter tannleger vil holde seg noenlunde uendret framover. Dette er konsistent med en videreføring av dagens utdanningskapasitet på rundt 150 per år, pluss 40 utdannet i utlandet. Utdanningsforutsetningene innebærer at tallet på nyutdannede tilsvarer tallet på de som går av med pensjon slik at tilbuddet også holder seg konstant.

Usikkerheten om de ulike faktorene som påvirker etterspørselen etter tannleger er framhevet både i Rapporter 14/2012 og i kommentarer til tidligere leserinnlegg. Formuleringen i både

innledningen og konklusjonen til Grytten med flere om at «SSB foreslår å øke nettotilgangen på tannleger med 1 500 årsverk fram til 2035», er derfor misvisende. Det er riktig at det med forutsetningene i SSBs referansealternativ er beregnet et underskudd på tannleger på 1 500 årsverk i 2035. Utformingen av forutsetningene i dette alternativet er imidlertid innarbeidet som standard for alle gruppene av helse- og sosialpersonell som inngår i rapporten. Vi har understreket at disse standardforutsetningene ikke nødvendigvis er de mest relevante for tannlegene. Artikkelen til Grytten med flere gir et bedre grunnlag for framskrivningene.

Nils Martin Stølen
Statistisk sentralbyrå
nils.martin.stolen@ssb.no

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTENKISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



Kjeveortopedien i distriktene

Jeg skriver dette innlegget som ordfører i regionsenterkommunen Tynset, hvor vi har hatt kjeveortoped i 35 år, men hvor praksisen ble avsluttet for cirka fem år siden. Det har vist seg å være veldig vanskelig å rekruttere en kjeveortoped til distriktet for å overta praksisen til Helge Årtun. Vi har hatt godt samarbeid med fylkestannlegen for å prøve å få dette til, også med å rekruttere utenfor landets grenser, men har ikke lyktes ennå. Nedslagsfeltet for en slik praksis vil være hele vår region, med til sammen minst åtte kommuner fordelt på seks i Nord-Østerdal i Hedmark og to i Sør-Trøndelag. Foruten tannklinikkkene til fylkeskommunen, er det flere private tannklinikker i regionen, men da altså ingen kjeveortopeder.

Hvorfor engasjerer jeg meg i dette tema? Jo, dette er en svært viktig virksomhet som vi har satt stor pris på i 35 år, hvor våre unger, ungdommer og befolkningen for øvrig kan få utført tjenester nært der de bor. Det vi har sett den senere tid er at elever og unge må bruke hele dager for å komme til en kjeveortoped og hjem igjen. Nærmeste for oss er Elverum og Trondheim; det vil si cirka 2,5 timer reise hver veg. I tillegg vet vi at mange barn trenger å ha med seg en voksen på disse turene, og da blir det også mange dagsverk arbeid som går tapt, fordi vi ikke har denne tjenesten i vår region.

Det har vært arbeidet med å få noen til å overta praksisen til kjeveortoped Helga Årtun, og han har stilt til disposisjon sine lokaler og utstyr, samt at

han har sagt at han kan være med i en overgangsperiode, selv om han er pensjonist.

Jeg skriver dette for å få satt denne saken på dagsorden, og jeg tror det kan være flere regioner som sliter med de samme problemer. Håper vi sammen kan synliggjøre hvor viktige slike funksjoner er, for vi merker det veldig tydelig når de ikke er der. Alle gode forslag til løsninger på utfordringen mottas med takk. Med hilsen en ordfører som i sin tid fikk meget god hjelp hos kjeveortopeden, og da kun trengte å ta en time fri fra skolen for å få hjelp.

*Hjertelig hilsen
Ordfører i Tynset kommune
Bersvend Salbu
Bersvend.Salbu@tynset.kommune.no*

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 kavitsveggene
- 3 års kliniske data (Umeå/København)
- Over 20 millioner fyllinger siden introduksjonen i 2009

For better dentistry

DENTSPLY

Kommentar til artikkelen om munnstell

Vi leste med stor interesse artikkelen til Trier og Jørstad i Den Norske Tannlegeforenings Tidende nr. 11, desember 2014 om munnstell til alvorlig syke (1). Det er flott at det fokuseres på dette viktige feltet innenfor sykepleien og at kunnskapsbasert viten og praksis blir spredt.

Prosedryren Munnstell til palliative pasienter nevnes flere ganger i artikkelen. Som forfattere av denne prosedyren tillater vi oss å komme med noen kommentarer. I hovedsak sammenfaller den evidensen vi fant, og vår kliniske erfaring med det som framkommer i artikkelen, men vi ønsker å kommentere på bruk av arteriepinsett og glyserol.

Trier og Jørstad velger å ikke anbefale bruk av arteriepinsett og tupfere ved munnstell, med begrunnelsen at «arteriepinsett kan skade mucosa og tenner samt at tupferen kan (ved feil bruk av arteriepinsett) havne ned i pasientens luftveier». Det er viktig å skille mellom et munnstell og fukting av

munnen. Munnpensler egner seg godt til fuktig av tungene og fremre del av ganen, men egner seg lite til munnstell som innebærer rengjøring og fukting i hele munnhulen. Munnstell ved hjelp av arteriepinsett og tupfere er basis-kunnskap for sykepleiere, og riktig bruk krever enkel og lite

ressurskrevende opplæring/instruksjon. Vi praktiserer å skylle arteriepinsetten etter hvert stell, på samme måte som tannbørsten.

Ufaglærte som skal delta i munnstell og fukting av munnen til alvorlig syke, trenger god og forsvarlig opplæring både i bruk av utstyr, rense- og smøremidler, og gjennomføring av selve munnstellet.

Vi støtter Trier og Jørstad i at pårørende er en viktig ressurs ved fukting av munnen, men vil minne om at de også trenger forsvarlig opplæring, bla for å unngå at den syke får væske i svelget.

Siden det fortsatt ser ut til å være uklarheter omkring bruk av glyserol, vil

vi nevne at ved bruk av riktig konsepttrasjon – 30 % eller lavere – er det ingen holdepunkt for at den virker uttørkende på sikt.

Til orientering er prosedyren Munnstell til palliative pasienter (2) nylig revidert, og oppdatert versjon er publisert på www.fagprosedyrer.no.

Referanser

1. Trier EL, Jørstad C. Munnstell av alvorlig syke. Sykepleien 2014; 102(9): 58–62.
2. Thorsen L, Helgesen R, Størkson AW, Solvåg K, Renna R. Munnstell til palliative pasienter. HelseBergen. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/munnstell-til-palliativepasienter>

På vegne av prosedyregruppen
Lise Thorsen
lise.thorsen@helse-bergen.no

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



Vi er i dag et team av: kjørekirurger, endodontist, periodontist, allmennpraktiserende tannleger og anestesisykepleiere. Vi tar gjerne imot henvisninger fra andre tannleger/leger for behandling hos oss. Vi vil gjøre vårt ytterste for at din pasient skal få så god behandling, service og omsorg som mulig til pasienten sendes tilbake til deg.

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

OPERASJONS AVDELING

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

Implantater:

- Fiksturinnsetting – enkelttann/delkjeve/helkjeve/for magnetester/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:

- Fjerner visdomstinner/andre tenner
- Biopsier
- Cyster/tumores

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

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

NARKOSE AVDELING

Vi kan gjennomføre operasjoner i full narkose eller i sedasjon i klinikkenes 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

Ramstad, har du tatt alt for mye Møllers tran?

Formålet med artikkelen «Tidleg mislukka implantatbehandling» i januarnummeret av Tannlegetidende var: «å presentera kunnskap om tidleg mislukka implantatbehandling, diskutera årsaksmekanismer og visa döme på eit behandlingsalternativ». Artikkelen har utløst Tore Ramstads faglige vrede hele tre ganger – ikke primært på det temaet som er definert som dens formål, men på vurderinger og behandling foretatt før kasus ble overført til forfatterne, så her er nok Ramstad kommet i skade for å rette baker for smed.

Hovedkritikken i hans første kommentar var at det ble utført implantatprotetikk på en tann som ut fra vanlige faglige kriterier heller burde erstattes ved hjelp av en konvensjonell tannforankret bro. Denne oppfatning er helt i samsvar med det artikkelforfatterne selv skriver i diskusjonen. Så skulle man tro at «dett var dett», men nei, Ramstad velger helt feilaktig å se artikkelen som: «et innlegg i en viktig diskusjon: implantat vs. konvensjonell behandling», og antyder at forfatterne gjør seg til talsmenn for at implantat-

forankret protetikk skulle representer regelen og tannforankret protetikk unntaket.

Misforståelsen synes å være betinget av et sitat fra to referanseartikler som sier: «alternative prosthetic treatments to oral implants should sometimes be reconsidered in the presence of local or systematic factors». Sitatet tolkes som fanden leser bibelen. Det kan vel like gjerne bety at selv i tilfeller der implantatprotetikk etter vanlig oppfatning er det mest naturlige behandlingsvalg (f.eks. der potensielle ankertener er betydelig kompromitterte og med tvilsom langtidsprognose), kan det likevel være aktuelt å velge tannforankring av restaureringen dersom det forekommer lokale eller systematiske faktorer som i en totalvurdering gjør sistnevnte behandling mindre egnet.

Ikke nok med at Ramstad i sin kommentar I på feil grunnlag tillegger Odontologisk Universitetsklinik i Bergen holdninger og oppfatninger den ikke har; i sin kommentar II går han på samme grunnlag betydelig videre og antyder at: «leserne kan komme til å stille spørsmål ved «påliteligheten av

Universitetet i Bergen (UIB) og Den norske tannlegeforenings Tidende som kilde til kunnskap og veiledning»! Det er slike grove og ufunderte uttalelser som gjør det naturlig å stille spørsmålet: Har du tatt alt for mye Møllers tran Tore?

Ramstad selv skriver i kommentar I: «De synspunkter som fremsettes i denne kommentaren bygger alene på min tolkning av de opplysninger somgis i artikkelen, uten kontakt med pasienten. Nødvendige forbehold bør tas på dette grunnlag». Ja nettopp! Kan det utelukkes at pasientens sterke ønske har vært utslagsgivende? Artikkelforfatterne skriver eksplisitt at pasienten var med på så vel det opprinnelige som det endelige behandlingsopplegget. Og har vi ikke en lovmessig plikt på oss å ta hensyn til dette så lenge ønsket ikke er direkte faglig uforsvarlig?

Uansett, artikkelforfattere har rett til bli bedømt på det de selv foretar seg – ikke på vurderinger og behandlinger andre har foretatt.

Einar Berg
Einar.Berg@odont.uib.no

Tidleg mislukka implantatbehandling, ein kasuistikk:

Kommentar III

Artikkelen (1) med kommentarer og svar (2–5), fremstår som et lysende eksempel på at behov for en diskusjon om «Indikasjoner for odontologisk implantatbehandling vs. konvensjonell protetikk», er påtrenende. I innledningen heter det blant annet:

«For pasientar med kompliserande lokale eller systemiske faktorar bør tannforankra protetikk vurderast som eit behandlingsalternativ til implantatprotetikk».

Lokale kompliserende faktorer. Det kasus som beskrives i artikkelen hadde i utgangspunktet rotrester med apikal periodontitt i området der implantatet skulle installeres, mens nabotennene hadde omfattende behov for restorativ behandling. Disse lokale faktorene ble ikke ansett som tilstrekkelig kompliserende til at implantatbehandling ble fraværet som førstevalg.

Systemiske kompliserende faktorer. Implantatbehandling er førstevalg med mindre der foreligger kompliserende systemiske faktorer. Som eksempler på

slike faktorer nevnes diabetes, Chrons sykdom, osteoporose, ulike infeksjoner, røking og stort alkoholforbruk. Ved slike tilstander bør altså tannforankret protetikk vurderes.

Implantatbehandling er ut fra dette gitt en overraskende dominerende plass. Forfatterne ønsker ikke å gå inn i en diskusjon med utgangspunkt i det grunnlaget de selv angir.

Forfatterne ønsker heller ikke å klargjøre hvordan formuleringen i det engelske sammendraget: «Alternative prosthetic treatments to oral implants should sometimes be reconsidered in the presence of possibly interfering local or systemic factors», skal forstås.

Siden pasienten innledningsvis ble tverrfaglig utredet ved Spesialistkliniken, UiB, og siden forfatterne ikke finner behov for klargjøring, blir dette stående som UiBs syn vedrørende indikasjoner for oral implantatbehandling vs. konvensjonell protetikk. Det er fare for at det ovenstående blir oppfattet mer som vill- enn som veiledning.

Dersom en meningsutveksling i Tidende, forhåpentligvis med deltagelse også fra UiB, skulle avdekke et behov for retningslinjer innen oral implantatbehandling vs. konvensjonell protetikk, har jeg tro på at NTF vil se hvordan saken formelt best kan bringes videre.

Tore Ramstad
toreramstad@gmail.com

Referanser:

1. Sægrov AH, Klepp M, Bunæs DF, Leknes KN. Tidleg mislukka implantatbehandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 828–32.
2. Ramstad T. Tidleg mislukka implantatbehandling. En kommentar. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125; 79–80.
3. Sægrov AH, Klepp M, Bunæs DF, Leknes KN. Tidleg mislukka implantatbehandling. Svar til Tore Ramstad. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125; 81
4. Ramstad T. Tidleg mislukka implantatbehandling. Kommentar II. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 190.

NTFs rolle i arbeidskonflikter

Arbeidsrettslig og annen juridisk bistand er en av medlemsfordelene i NTF. NTFs advokater og juridiske rådgivere bistår medlemmer både i offentlig og privat sektor i et betydelig antall arbeidskonflikter hvert år, herunder oppsigelsessaker. Artikken tar sikte på å redegjøre for NTFs ulike roller i offentlig og privat sektor i denne typen saker.

Jus og arbeidsliv i et større perspektiv

Kompetansegruppen Jus og arbeidsliv er en del av NTFs sekretariat, og består for tiden av fem medarbeidere, hvorav tre advokater og én forhandlingssjef/advokatfullmektig.

Jus og arbeidsliv mottar årlig mer enn 2 000 juridiske saker for enkelt-medlemmer innenfor yrkes- og næringsrelaterte rettsområder, hovedsakelig kontraktsrett, arbeidsrett og helserett. I tillegg til individuell juridisk medlemsrådgivning, har gruppen ansvar for generell medlemsrådgiving, opplæring av tillitsvalgte, bistand overfor NTFs ulike utvalg og organer, oppdrag som internadvokater mv. Omfanget av juridisk bistand i enkeltsaker avgjøres etter en konkret og skjønnsmessig vurdering, blant annet på grunnlag av kapasitet og medlemmets behov for bistand.

Det ytes arbeidsrettslig bistand overfor medlemmer både i offentlig og privat sektor i et betydelig antall arbeidskonflikter hvert år, også oppsigelsessaker. Mange saker løses gjennom mekling og forhandlinger, noe som vanligvis er i både arbeidsgivers og arbeidstakers interesse. Det kan etter en konkret vurdering gis advokatbistand også i forbindelse med rettsaker, der dette anses nødvendig etter en arbeidsrettslig vurdering. Prosedyreoppdrag kan overlates til ekstern advokat der sekretariatet ikke har kapasitet til

å bistå, eller det av andre grunner anses hensiktsmessig eller nødvendig.

NTFs advokater har, i likhet med andre advokater, taushetsplikt og en uavhengig rolle. Advokaters primære rolle er å ivareta klientens interesser. Advokater har krav på ikke å bli identifisert med de standpunkter de forfekter for sine klienter, jf. advokatforskriftens kapittel 12. På prinsipielt grunnlag vil NTF heller ikke kommentere eller begrunne bistand overfor enkeltmedlemmer offentlig.

NTFs rolle i offentlig sektor

NTF er en arbeidstakerforening for ansatte tannleger i offentlig sektor.

Det er en sentral oppgave for en arbeidstakerforening å bistå sine medlemmer i ulike typer konflikter med arbeidsgiver. Bakgrunnen for konflikten kan være forhold i virksomheten (f. eks. omorganisering, nedbemannning), eller forhold på arbeidsgiver- eller arbeidstakersiden (f. eks. samarbeidsproblemer, advarsel, tilrettevisning, drøftingsmøte, forhandlingsmøte eller oppsigelsessaker).

De tillitsvalgte tannlegene (UTV) i offentlige etater hvor det er ansatt tannleger (staten, fylkeskommunene og helseforetakene), er NTFs førstelinjetjeneste overfor medlemmer som har behov for bistand. NTF bruker hvert år betydelige ressurser på opplæring og videreutvikling av kompetanse hos sine tillitsvalgte, som har en viktig rolle i offentlig sektor.

De tillitsvalgte får råd og bistand fra NTF i enkeltsaker, og NTFs advokater kan også bistå medlemmer direkte når det anses nødvendig, f. eks. i oppsigelsessaker.

Tannleger i offentlige lederstillinger vil ha en dobbel rolle. De er arbeidstakere i relasjon til sin arbeidsgiver, men vil ha en arbeidsgiverfunksjon i relasjon til sine underordnede. NTF bistår også tannleger i offentlige lederstillin-

ger (f. eks. klinikksjef, overtannlege, fylkestannlege), dersom de som arbeidstakere har en arbeidskonflikt med sin arbeidsgiver.

Dersom en tannlege i en lederstilling derimot er part i en konflikt der vedkommende representerer arbeidsgiversiden, må vedkommende søke bistand fra sine overordnede i fylkeskommunen. Fylkeskommunene med sine HR-avdelinger og juridiske støtteapparat forventes da å hjelpe arbeidsgiversiden. Den store forskjellen i styrkeforholdet mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakeren er årsaken til at NTF i offentlig sektor er en arbeidstakerforening.

NTF er videre part i flere tariffavtaler i offentlig sektor, og bistår arbeidstakersiden også i forbindelse med kollektive arbeidstvister mv.

NTFs rolle i privat sektor

NTF har en annerledes rolle ved arbeidskonflikter i privat sektor. NTF er ikke en arbeidsgiverforening, men bistår sine næringsdrivende medlemmer i arbeidsgiversørsmål. Omfanget av juridisk bistand vurderes på samme måte som i offentlig sektor, når en praksiseier er i konflikt med sine ansatte tannhelsesekretærer eller tannpleiere.

Hvis praksiseier kommer i konflikt med en ansatt tannlege, og begge er medlem i NTF, kan ikke NTF representere noen av partene. NTFs advokater vil imidlertid kunne tilby mekling slik at partene kan forsøke å løse konflikten gjennom forhandlinger. Dersom partene ikke finner en minnelig løsning, vil begge parter kunne søker om stønad fra Rettshjelpsordningen, på nærmere fastsatte vilkår (se under).

NTF vil kunne bistå ansatt tannlege i privat sektor i en arbeidskonflikt, når arbeidsgiver ikke er tannlege eller medlem i NTF.



Rettshjelpsordningen

Rettshjelpsordningen er et sekundært tilbud på nærmere fastsatte vilkår, når behovet for juridisk bistand ikke kan ivaretas av sekretariatet, NTFs tillitsvalgte eller andre av NTFs organer. Det kan ytes økonomisk stønad til å dekke medlemmets advokatkostnader ved bistand fra ekstern advokat. NTF skal kontaktes før ekstern advokat engasjeres, med sikte på å avklare om medlemmets behov kan ivaretas av NTF.

Arbeidskonflikter er prioriterte rettsområder i Rettshjelpsordningen, og det kan innvilges stønad ved tvister som faller innenfor følgende saksområder:

Ved tvist i arbeidsforhold hvor tannlegen er arbeidstaker, og som kan resultere i disciplinærforføyninger, oppsigelse eller avskjed. Ved alvorlige samarbeidsproblemer, mobbing, diskriminering i tilsettingssaker eller varslingssituasjoner, som ikke har latt seg løse ved bistand fra tillitsvalgte og/eller sekretariatet.

Ved tvist om grunnlaget for oppsigelse eller avskjed, og ved alvorlige samarbeidsproblemer, i arbeidsforhold hvor tannlegen er arbeidsgiver.

Rettshjelpsordningens vedtekter finnes i sin helhet på www.tannlegeforeningen.no/jus/og/arbeidsliv

Tannlegers forhold til kolleger og medarbeidere i en arbeidskonflikt

Det er grunn til å understreke at forutsetningen for en konflikt vanligvis er at de involverte partene på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden har ulik oppfatning av de faktiske og rettslige forhold. En arbeidskonflikt vil ofte kunne oppleves som en livskrise, spesielt for arbeidstaker. Det er derfor i slike situasjoner viktig at arbeidsgiver er seg sitt ansvar bevisst, og behandler personalsaker med fortrolighet.

Ved personalkonflikter i offentlig sektor gjelder forvaltningsloven § 13 om taushetsplikt. Både arbeidsgiver som virksomhet og den enkelte tjenestemann plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om noens personlige forhold.

Dette innebærer at arbeidsgiver har en generell plikt til å behandle ømtålige personopplysninger på en forsvarlig måte, slik at den enkelte ikke lider unødig skade. Også i konkrete tilfeller hvor det eventuelt ikke måtte anses å være taushetsplikt, har forvaltningen en akt somhetsplikt. Arbeidsgiversiden har et særlig ansvar for at opplysninger som gis muntlig, ikke presenteres på en skjev eller ufullstendig måte.

Ovennevnte kan også forankres i partenes lojalitetsplikt, arbeidsmiljøloven § 4–1 om arbeidsgivers plikt til å sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø,

og på visse vilkår personopplysningsloven § 3.

Det er videre grunn til å minne om NTFs etiske regler, som angir normer og retningslinjer for riktige og gode handlinger, og er en veileder i god yrkesetikk. En god regel er at man skal behandle andre som man ønsker å bli behandlet selv.

NTFs medlemmer har en berettiget forventning om bistand fra sin fagorganisasjon i en arbeidskonflikt, hvor de ofte ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser. Innenfor ovennevnte rammer vil alle medlemmer få tilbud om bistand fra NTF i en slik situasjon, enten fra tillitsvalgte, NTFs advokater eller Rettshjelpsordningen. Med hensyn til individuell medlemsrådgivning vil arbeidskonflikter oftest være av de høyest prioriterte områdene for alle fagorganisasjoner i arbeidslivet.

NTFs rolle i arbeidskonflikter ble for øvrig presentert på Ledermøtet den 29. november 2014 for alle lokalforeningslederne. Det ble redegjort for NTFs rolle i arbeidskonflikter i både offentlig og privat sektor, herunder om arbeidsgivers taushetsplikt i personalsaker og plikt til å forhindre ryktespredning.

Tone Galaasen
Advokat i NTF

§§§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.

Tillegg for betaling med kredittkort?

Vi bruker i dag en kortterminal som tar både visa og kredittkort. Vi lurer på om man har lov til å ta et tillegg når pasienter betaler med kredittkort?

Svar: Tidligere kunne kortselskapene nekte brukerstedene å ta gebyr fra kunder som

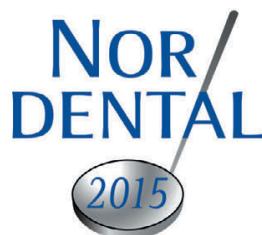
der som ønsket å betale med kredittkort. I samsvar med EUs betalingsdirektiv fra 2007 ble det innført en ny bestemmelse i finansavtaleloven § 39 b første ledd i 2009, som sikrer at kortselskapene ikke lenger kan nekte brukerstedene å kreve gebyr fra betaleren eller å gi prisavslag for å bruke et bestemt betalingskort.

Det følger videre av § 39 b første ledd at det kan kreves gebyr fra kunder som betaler med kredittkort, men det må opplyses om gebyret før betalingstransaksjonen iverksettes. Det følger av lovens forarbeider at opplysningene må

gis på en slik måte at betaleren i praksis har mulighet til å vurdere opplysningsgene før betalingen skal skje.

I tillegg må gebyret for bruk av kredittkort ikke overstige betalingsmottakerens faktiske kostnader ved bruk av betalingsinstrumentet.

Det kan altså kreves gebyr for bruk av kredittkort, men pasientene må opplyses om det på forhånd. Hvor stort gebyret kan være avhenger av deres faktiske kostnader til kortselskapet.



Meld deg på som utstiller

NTFs landsmøte og Nordental arrangeres på Norges Varemesse, Lillestrøm. Utstillerne på Nordental kommer fra både inn og utland, og består av leverandører av alle typer tjenester, produkter og materiell til tannhelsetjenesten.

På Nordental treffer du over 4000 profesjonelle besøkende fra hele den private og offentlige tannhelsetjenesten. Besøksmålgruppen er tannleger, tannhelse-sekretærer, tannteknikere og tannpleiere.



Hvorfor delta på Nordental:

- øke salget og styrke profileringen
- lansere nyheter
- pleie dine kunder og få nye kontakter
- få oversikt over konkurrentene og deres aktiviteter
- teste ut nye produkter
- delta i det sosiale fellesskapet under landsmøtet

For nærmere informasjon kontakt:

Norwegian Promotion Group AS

Ved prosjektteamet:

May Britt H. Bjerke, may-britt@npg.no tlf: 90 15 38 39 eller

Katrin Andersen, katrin@npg.no tlf: 93 44 52 72

Meld ditt firma på i dag, og sett av datoene allerede nå, så du ikke går glipp av årets store happening innen bransjen.
29. – 31. oktober 2015 – Norges Varemesse.

www.NTFlandsmote.no

= FLUX - ENDELIG I BUTIKKEN



Actavis Actavis Norway AS, 0277 Oslo, www.fluxfluor.no

Alle Fluxprodukter
er uten alkohol og
parabener.

Nyheter fra Flux! Etter etterspørsel fra dere og forbruker
lanseres Flux nå også i matbutikken. Med nye gode smaker.
Fluortabletter i ny, praktisk boks og fluorskjell med samme høye
fluorinnhold og den praktiske doseringspumpen dere kjenner.

Flux Soft Mint fluorskjell for voksne og barn over 12 år inneholder 0,2% NaF. Flux Junior Bringebær inneholder 0,05% NaF. Flux Fluortabletter (fra 3 år) med to gode smaker; mint (0,50 mg F) og jordbær (0,25mg F). Øvrige Fluxprodukter er tilgjengelig i apotek.

FLUX®
Har du fluxet i dag?

Hole in One

Filling in a single step with **Fill-Up!TM**



Fill-Up!TM - in a single step
to give a perfect result

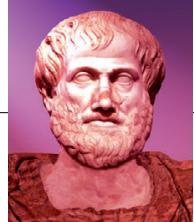
- Optimal depth polymerisation with minimal shrinkage due to dual curing system restoration.
- Guaranteed single-layer technique - even in very deep cavities of 10 mm
- Optimised sealing of margins - reduced postoperative sensitivity
- Universal shade in a convenient Automix syringe for efficient placement

Deep. Fast. Perfect.

www.coltene.com/contact



 **COLTENE**



Kvalitet i papirene – kvalitet i realiteten?

Selv om kontoret eller klinikken har formell orden på kvalitets-systemet i permene, så er det ingen garanti for kvaliteten på utført pasientarbeid. Hver pasient har krav på at det arbeidet som blir gjort, kan bidra til bedre (tann)helse. Det har vi forpliktet oss til som helsearbeidere og medlemmer av NTF, jfr bl.a. Helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet og våre etiske regler, særlig § 1: «En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn». Vi tar også med § 8: «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.....».

Til hjelp i vår kliniske hverdag har vi fått «Veileder til god klinisk praksis» fra Helsedirektoratet der det bl.a. heter:

«Det anses som god klinisk praksis å planlegge behandlingen i tråd med følgende prioriteringer:

- * Akutt behandling etter foreløpig undersøkelse og diagnose

- * Undersøkelse, diagnose, diskusjon om behandlingsalternativer

- * Informasjon og råd om forebygging av skader i tenner og munnhule

- * Begrensning av skadeutvikling og opplæring i egenomsorg

- * Behandling av patologiske tilstanser i tenner, kjeve og munnhule:»

Informasjon, rådgivning og opplæring er listet opp *foran* behandlingen av patologiske tilstanser.

Skal vi sikre kvalitet i alle ledd må vi alltid spørre oss om vi har gjort så godt vi kan.

Har vi fått med viktig informasjon i helsekjemaet? Har vi f.eks sjekket INR, endokarditrisiko og ev. bisfasonater før kirurgi?

Har pasienten forstått spørsmålene vi stilte?

God kvalitet på pasientinformasjon gir grunnlag for godt kvalitativt arbeid. Det kan vi oppnå med individuelt tilpasset instruksjon etter undersøkelse, diagnose og diskusjon med pasienten om alternativer for behandling. Ansvaret ligger på oss som behandlere.

Når så restaureringene gjøres, er mye tid og ubehag spart for behandler og pasient om det fra start til slutt er

bevissthet på at det som leveres skal være restaureringer som er forenlig med fortsatt sunne forhold i munnen. Det betyr at det skal være mulig for pasienten å holde restaureringer og omliggende vev rent, og at restaureringen(e), enten det er fyllinger eller protetikk, er utført slik at det ikke predisponeerer for videre patologi. Vi må alltid spørre oss: har vi valgt den beste løsningen?

Har jeg preparert så godt jeg kan? Er avtrykket godt nok? Er det tanntekniske arbeidet av OK kvalitet med tanke på kanttilslutning, bitt, estetisk og hygienisk utforming?

Har vi ført journalen slik vi skal?

Hver dag må målet være at den enkelte pasienten får hjelp til selvhjelp som lar seg gjennomføre. Ved å starte med hygieneinstruksjon til den unge pasienten og gjenta den gang etter gang, kan håpet være å unngå at komplisert og, eller, omfattende protetikk blir tema flere tiår senere.

Kirsten Halonen
og Vemund Øiestad
NTFs råd for tannlegeetikk



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

www.kirurgiklinikken.no
tf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhh.no



**Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

Tannlege

Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege

Kjetil Misje
spesialist i oral kirurgi

Tannlege

Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk

Lege & tannlege

Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

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 Treldal,
tlf. 37 03 80 77

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 97 74 06 06

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Erik Münter 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

Bjørg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

Nordland
Tannlegeforening
Sigmund Kristiansen,
tlf. 75 52 23 69

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvittnes,
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

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

Ninni Haug
tlf. 97 09 11 67

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

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 porselet, uten noen tilleggsprimer
- Appliseres i ett lag – kun 35 sekunders total arbeidstid

Futurabond M+



Besøk oss i Køln
10.-14.03.2015
Stand R8/S9 + P10, hall 10.2

notabene,
adv., lat.,
merk vel,
vel å merke
(fork. NB).

Tidende får ny distributør

Fra og med Tidende nr. 4 som kommer ut 16. april i år vil bladet distribueres med bud på døren til våre lesere, sammen med morgenavisen, gjennom firmaet Mediapost. Det forutsetter selv sagt ikke at Tidendes lesere abonnerer på en morgenavis, men for dem som gjør det kommer Tidende sammen med avisen.

Mediapost dekker 89 prosent av landets husstander. Finnmark fylke er ikke dekket, og enkelte andre områder med få og spredte adresser er heller ikke med i Mediaposts distribusjonsnett.

De av Tidendes lesere som er registrert med postboksadresser i NTFs med-

lemsregister vil også få Tidende levert med Posten, eller Bring, som tidligere. For de sistnevnte er det mulig å endre adressen i medlemsregisteret til en gateadresse, og dermed få bladet levert med Mediapost så sant adressen er innenfor distribusjonsnettet.

Gå inn på Min side på www.tannlegeforeningen.no for å endre adresse. Det er helt frivillig. Fordelen med å endre adresse fra postboks til gateadresse vil imidlertid kunne være at bladet kommer på døren kortere tid etter utgivelse enn før – samtidig som foreningen sparer penger på den nye distribusjonsformen. Jo flere som velger bort

postboksen, jo større besparelse. Vi gjør oppmerksom på at adresseendringen medfører at all post fra NTF kommer til den adressen det endres til – ikke bare Tidende. Adresseendringen som den enkelte kan gjøre selv på nettet, kan også meldes til foreningen ved å sende en e-post til endring@tannlegeforeningen.no.

Vi håper at leserne som får Tidende på den nye måten blir fornøyd.

TILBAKEBLIKK

■ 1915

En skattesak

I et brev til NTF fra tannlege Søren Tangen, Vikersund siteres følgende:

Til Den Norske Tandlægeforening

Herved skal jeg faa lov at meddele, at min skattesak med Modum kommune er paadømt ved overretten og vundet av mig med glans, idet jeg blev tilkjent 150 kroner i saksomkostninger hos kommunen.

Nu da saken foreløbig er avgjort skal jeg m.h.t. dens forhistorie opplyse, at den opstod derved, at jeg i min selvangivelse hadde tilfojet: det oplyses at foranstaende indtægt er fremkommet ved, at foruten ordinære driftsutgifter er fratrukket endel av de utgifter jeg hadde ved mit studieophold i Amerika.

Dette hadde jeg jo ikke behovet, men jeg siktet godt ind og kastet handsken, dvs. jeg stilte mine krav paa fradrag meget beskjedent, da jeg følte, at det i principet gjaldt meget. Virkningen uteblev da heller ikke.

Februar 1915, 3dje hefte

■ 1965

Kurs i periodonti

Som kjent ble det under professor, dr.philos. Jens Wærhaugs ledelse holdt et seminar i periodonti på Gausdal høyfjellshotell i tiden 14.–16. februar 1963. Kurset samlet deltagere fra de nordiske land.

Man har forstått at det er interesse for en videreføring av dette kurs, og professor Wærhaug er villig til å stå som leder av et nytt kurs. Man vil forsøke å arrangere dette omkring februar 1966, også denne gang på et norsk høyfjellshotell.

Det vil senere bli gitt underretning om kursets opplegg, tid, sted etc.

Februar 1965, hefte 2

■ 2005

Engasjert – målbundet – fri

Torunn Lindland Gaarden hadde ikke tenkt å bli engasjert, og meldte seg ikke inn i Tannlegeforeningen før etter seks år i yrket. Men da var det gjort. Hun har vært første kvinne i mange posisjoner, nå sist som ordfører for NTFs representantskap. Vi møter henne på overtannle-

gens kontor ved Loddefjord tannklinik.

Det høres ut som om det er i Nord-Norge et sted, men ligger bare en liten kjøretur ut av Bergen sentrum. Der er det mer husbråk enn i hele Hordaland til sammen, og dårlig tannhelse. Det synes Torunn Gaarden er storartet.

På spørsmål om det er noe verv i NTF som frister nå, svarer hun: – Jeg har hatt de fleste verv, så jeg vet ikke hva det skulle være. Noen av vervene har jeg fått fordi det ikke har vært noen annen kandidat akkurat da, og jeg har hatt lyst. Det er noe som heter at kan du ikke få den du elsker, må du elske den du får – og så må man vite å gi seg i tide.

Februar 2005, nr. 3



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

20. mars		Verdens tannhelsedag. Se www.tannlegeforeningen.no
23.-24. april.	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henr. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.-30. mai	Oslo	ED2015. 6th International Conference on Ectodermal Dysplasia. Se www.ed2015.axacovent.com/en
29.-30. mai	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henr. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
31. mai		Verdens tobakksfrie dag
8.-9. juni	Kristiansand	Kristiansand Lederforum
9.-11. juni	Clarion hotel Ernst, Kristiansand	Samfunnsodontologisk Forum. www.vaf.no/forum2015
18.-19. juni	Tromsø	Midnattsolsymposiet. Se www.tannlegeforeningen.no
28.-30. aug.	Solstrand hotel Oslo	SAED's møte. Se www.saed.nu
11.-12. sept.		Årmøte i Praksiseierforeningen SPA. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henr. Kari Odland, e-post: kodland@asatann.com
29.-31. okt.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
1. des.		Verdens aidsdag
7.-9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henr. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
21.-22. april. '16	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henr. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.-28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henr. 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 . Henr. 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 . Henr. 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 . Henr. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net

UTLANDET

20.-21. mars	København	Eruption and impaction symposium 2015. New Horizons in prevention and treatment of tooth eruption abnormalities. Se www.dentaltraumaguide.org
15.-17. april	København	Årskursus. Se www.tandlaegeforeningen.dk
29. april-3. mai	Sicilia	Norsk Endodontiforenings Italiaikurs. Henr. nina.wiencze.gerner@gmail.com
21.-25. mai	Sestri Levante, Italia	NTFs utenlandskurs. Se www.tannlegeforeningen.no
4.-6. juni	Riga, Latvia	BSCOSO. The 2nd Baltic Sea Conference on Orthognathic Surgery and Orthodontics. www.BSCOSO.com
22.-25. sept.	Bankok, Thailand	FDI. Se www.fdiworlddental.org
12.-14. nov	Göteborg	Riksstämma och SveDental. Se www.tandlakarforbundet.se
27. nov.-2. des.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meetiting. www.gnydm.com
7.-10. sept. '16	Poznan, Polen	FDI. Se www.fdiworlddental.org

Med forbehold om endringer. Sjekk alltid aktuelle datoer direkte med kursarrangøren.

Vi er avhengige av dine innspill til kurs- og aktivitetskalenderen. De kan sendes til tidende@tannlegeforeningen.no

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

Enamel HRI

estetisk og enkelt



«Kloning» av emaljen.
Oppbygning med én farge.

Examvision

skreddersydd kvalitet



Kompromissløs kvalitet og suveren optikk etter mål.

BT-Race

Biological Treatment



Effektiv endo som tilfredsstiller etablerte biologiske standarder.



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no

tlf. 69 88 79 20

www.technomedics.no/hr

www.technomedics.no/ev

www.technomedics.no/bt-race

Ledelse på dagsorden – i både offentlig og privat tannhelsetjeneste

I dagens samfunn står tannlegen overfor stadig nye utfordringer. Pasienter har fått flere rettigheter, virksomheten reguleres av kompliserte regelverk, forskrifter og pålegg fra myndigheter, samtidig som kravet til faglig kvalitet økes. Hvordan er vi som tannleger forberedt på å takle disse utfordringene? Bør vi kunne noe mer ut over det å «bare være tannlege»?

Kartlegging

I disse dager har NTF sendt ut en elektronisk spørreundersøkelse som henvender seg til alle de yrkesaktive medlemmene. Formålet er å hente inn opplysninger som vil gi en god kartlegging av både offentlige og private virksomheter med tanke på utfordringene alle tannleger i Norge møter. Undersøkelsen vil gi signaler til myndighetene om at vi som stand, setter ledelse på dagsorden.

Forventninger og mål

Tannleger utover ledelse i større eller mindre grad daglig. Noen tannleger er ledere for én tannhelsesekretær, mens andre er leder for flere titalls mennesker.

Innen offentlig tannhelsetjeneste finnes det opplysninger om organisering og ansvarsfordeling. Dette er imidlertid ikke satt i system, sett fra tannlegenes side. Det foreligger få tall og data om privat tannhelsetjeneste. Derfor vil

det være av betydning å innhente materiale fra denne grenen av tannhelsetjenesten. Er det mye som skiller offentlige fra private ledere?

Det blir også spennende å se hvordan tannlegene ser på seg selv som samarbeidspartnere og hvordan samhandlingen er med andre mennesker og andre yrkesgrupper. Studien kan bli et verktoy for tannlegeforeningens virksomhet innen organisasjonsarbeid, rådgivning og kurs- og etterutdanning. Den vil dessuten gi informasjon om fordeling av ledere i forhold til alder, kjønn, geografisk fordeling og utdanning.

Pilot

Forut for denne spørreundersøkelsen ligger det et stort forarbeid som har engasjert både hovedstyret og sekretariatet i NTF. Det ble først foretatt en pilotundersøkelse der et utvalg ledere ble intervjuet på telefon. Denne gangen sendes målrettet spørsmål med e-post til alle yrkesaktive tannleger som er medlem av NTF.

Bakgrunn og samarbeid

Studien er et prosjekt innen masterstudiene i Organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Undertegnede er deltidsstudent der, men er til daglig privatpraktiserende tannlege og medeier i en tannklinik i Halden. NTF har sett at man kan ha gjensidig nytte av et samarbeid om dette temaet og har der-

for vært behjelplig med spørreundersøkelsen. Prosjektet avsluttes i juni i år. Seksjon for samfunnsodontologi ved Det odontologiske fakultet i Oslo har vist interesse for studien og ser et potensielle for videre samarbeid.

Ta deg tid til å svare

Du trenger ikke sette av lang tid til å svare på spørsmålene. Har du ti minutter mellom et par pasienter, så utnytt dem til å besvare denne spørreundersøkelsen som du har fått tilsendt via e-post fra NTF. Spørsmålene er ukompliserte, og du behøver hverken slå opp i regnskapet eller se i timeboken for å finne tall eller opplysninger. Alle som svarer er sikret anonymitet.

Det er viktig at alle bidrar til en god svarprosent, slik at studien kan vektlegges med tyngde i faglige sammenhenger.

Kanskje du selv får noen nye tanker og økt bevisstgjøring ved å respondere?

Fristen for å svare går ut om få dager, men du har fremdeles mulighet til å svare frem til fredag 20. mars kl. 15.00.

Ellen Cathrine Mork-Knutsen

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med
Tannlege Ellen Cathrine Mork-Knutsen,
ellen.cath@morkknutsen.com
tlf. 69 21 10 60

**Fødselsdager****90 år**

Øystein Vikesland, Sogndal, 30. mars
Edith Mildred Muri, Oslo, 5. april
Einar Holmeide, Tingvoll, 6. april

85 år

Asbjørn P. Hasund, Kristiansand,
24. mars
Jakob H. Gaupen, Larvik, 2. april

80 år

Gunnar Haugen, Oslo, 1. april

75 år

Liv Reithe, Narvik, 23. mars
Hans R. Haanæs, Oslo, 27. mars
Steinar Aass, Oslo, 29. mars
Harald Jøstensen, Fauske, 13. april
Torstein Haugerud, Vikersund, 25. april

70 år

Lars Brubæk, Batnfjordsøra, 29. mars
Einar Roan, Sto Estevao, Portugal,
31. mars
Jack I. Ingebrigtsen, Florø, 1. april
Solveig Blekastad, Sagstua, 2. april
Arne Woldhaug, Oslo, 6. april
Johan Otto Odnakk, Horten, 21. april

60 år

Inger-Johanne Nyland, Hafsfjord,
24. mars
Arnstein Kjos, Voss, 29. mars
Astrid I Amundsøn Løset, Torp,
29. mars
Susanne Elting, Bardufoss, 31. mars
Magne Bryne, Haslum, 3. april
Anne-Karine Sørum, Oslo, 6. april
Anne Kristin Karlsen Øren, Oslo,
9. april
Jørgen Storm Hanssen, Haslum,
10. april
Kjell Olav Ugulen, Gaupne, 11. april

Stein R Sørensen, Mandal, 12. april

Henry Normann Nilsen, Tønsberg,
14. april

Renate Friedrich, Sørbovåg, 15. april
Sven Grov, Jessheim, 20. april
Aslak Kringlegarden, Tønsberg,
23. april

Pål Orve Dahl, Ski, 25. april

50 år

Farshad Alamdari, Trysil, 25. mars
Martin Bernd Moersler, München,
Tyskland, 25. mars
Ruth A Ryttervold, Moelv, 27. mars
Runa Das, Trondheim, 2. april
Jørn Helge Flornes, Skogsvåg, 3. april
Lars Marius Slagsvold, Oslo, 3. april
Ulf Müller-Henneberg, Oslo, 13. april
Stig Heistein, Jar, 17. april

40 år

Charlotte Maaseide Stadsnes, Oslo,
26. mars
Anders Gangsaas Dyrbing, Fredrikstad,
27. mars
Petko Georgiev Zamfirov, Skien,
3. april
Hilde Reiersen, Kristiansand, 8. april
Tale Flatsetø, Eide, 9. april
Elisabeth Nordahl, Ulsteinvik, 11. april
Axel Bergman, Færvik, 16. april
Kim Christian Johansen, Lørenskog,
18. april
Mayyada Al-Aysa, Oslo, 22. april
Ketil Moen, Bergen, 22. april

30 år

Behroz Ohady, Stavanger, 23. mars
Hege Lobben Pettersen, Oslo, 24. mars
Jovita Stanaityte, Mo i Rana, 24. mars
Annika Espervik, Nøtterøy, 28. mars
Katrine Havn Nordnes, Bergen, 1. april
Elizabeth Thon, Tromsø, 1. april

Anastassia Elvenes Mokritski, Stokmarknes, 3. april

Åsmund Rogn, Oslo, 3. april

Ola Rasmus Grønningsæter, Arendal,
4. april

Tor Håkon Larsen, Sørkjosen, 6. april
Stine Jevnaker, Sandvika, 7. april
Toma Tamusauskiene, Kristiansand,
8. april

Mia Holm, Harstad, 10. april

Patrik André Baumann Larsson, Mo
i Rana, 12. april

Stine Jæger, Rådal, 18. april

Anna Grazyna Kasbekar, Kristiansund,
19. april

Trine Aamås, Stavanger, 24. april

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

Reservasjonen blir registrert i medlemsregisteret, og navnet vil ikke komme med i fødselsdagslistene i fremtiden. Du kan når som helst gi beskjed om at reservasjonen skal oppheves igjen.

Dødsfall

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

SAMMEN I KAMPEN MOT DIABETES

Verdens munnhelsedag 20. mars



Diabetes og munnhelse er tett knyttet sammen, og tannhelseteamet sitter i en unik posisjon for å kunne avdekke diabetes type 2 på et tidlig stadium. Nå danner Den norske tannlegeforening (NTF), Norsk Tannpleierforening (NTpF) og Diabetesforbundet felles front i kampen mot diabetes.

Samlet front: Camilla Hansen Steinum (NTF), Bjørnar Allgot (Diabetesforbundet) og Hilde Aga (NTpF) Foto: Tea Kristiansen

”Det er viktig å stå tverrfaglig samlet i kampen for pasientens beste. Folkehelse og munnhelse henger sammen, og tannhelse-tjenesten kan bidra til at flere får hjelp på et tidligere tidspunkt.”

- Hilde Aga, NTpF

”Vi er glade for at diabetes er tema for årets Munnhelsedag! Det er et viktig bidrag for å finne dem med uoppdaget diabetes type 2.”

- Bjørnar Allgot, Diabetesforbundet

Diabetes - et folkehelseproblem

Ca. 350.000 personer i Norge har diabetes type 2 - og rundt halvparten av dem vet ikke om det. Konsekvensene av ubehandlet diabetes kan være svært alvorlige. Ustabilt blodsukkernivå over lang tid ødelegger nerver og blodårer, overbelaster nyrene og øker risikoen for infeksjoner. Dermed er personer med diabetes type 1 og 2 også spesielt utsatt for tannkjøtsykdommer og infeksjoner i munnhulen.

Tannhelseteamet kan ofte være førstelinje i å avdekke sykdommen og hjelpe flere til å få stilt diagnosen, og dermed også få riktig behandling og informasjon.

Om Munnhelsedagen 2015:

Fredag 20. mars gjennomføres den internasjonale munhelsedagen. 1 år er satsingen et samarbeid mellom NTF, Norsk Tannpleierforening (NTpF) og Diabetesforbundet.

Mål med kampanjen:

- Kompetanseheving blandt både publikum og tannhelseteamet om sammenhengen mellom diabetes og munnhelseproblemer.
- Bidra til at flere med diabetes type 2 får stilt en diagnose.
- Bedre informasjon til pasienter med diabetes type 1 og 2; både om tannbehandling, forebyggende tiltak for god (tann-)helse, rettigheter og stønadsordninger.

Les mer om kampanjen på www.tannlegeforeningen.no under "Profesjon og fag"



**Den norske
tannlegeforening**

diabetesforbundet



FAKTA OM DIABETES

- Det er anslått at 175.000 nordmenn har diabetes type 2 uten å vite om det.
- Antall nordmenn med diabetes type 2 er firedoblet de siste 50 år.
- Diabetespasienter er to til fire ganger mer utsatt for periodontal sykdom.
- Ubehandlet diabetes type 2 kan føre til alvorlige komplikasjoner.
- Tannhelseteamet kan spille en viktig rolle i å avdekke diabetes på et tidlig stadium og sørge for at pasientene får den behandling og informasjon de trenger for å sikre god tannhelse og forhindre sykdomsutvikling.

Viktig å vite for tannhelseteamet

Periodontal sykdom og diabetes er tett knyttet sammen og påvirker hverandre gjensidig.

Fokus må i denne sammenhengen være tredelt:

Pasienter med tannkjøttinfeksjoner bør stilles spørsmål om andre signaler på mulig diabetes, slik som overvekt/vektökning, tretthet, høy puls, mye tørste, hyppig vannlating og om det er diabetes i familien. Har du mistanke om en diabetesdiagnose skal du anbefale pasienten å kontakte sin fastlege.

Pasienter med ukjent og/eller dårlig kontrollert diabetes kan ha flere mulige tilstander du som behandler må kjenne til, slik som hjerte-, kar- og nerveaffakesjoner, økt nyrebelastning og svekket immunapparat.

Sist, men ikke minst - god oral hygiene er ekstra viktig for pasienter med påvist diabetes. Tannhelseteamet spiller derfor en viktig rolle i å gi god og rikelig med informasjon om forebyggende tiltak, kostholds- og livstilsendringer, samt hvilke rettigheter de har til behandling og stønad fra folketrygden.

Støtt opp om Munnhelsedagen 2015!

Ledere av alle NTFs lokalforeninger får tilsendt kampanje-materiell som faktaark, presseskriv, bilder m.m. Dette vil også bli gjort tilgjengelig på NTFs nettsted.

Spesielt ber vi alle medlemmer om å:

- Se etter faresignaler for mulig diabetes type 2
- Spre informasjon om diabetes til sine pasienter
- Dele informasjon og oppdateringer på sosiale medier (følg oss på www.facebook.com/dennorskettannlegeforening)



Fra planleggsmøte for Munnhelsedagen 2015

Hva øker risikoen for diabetes type 2?

- Snus og røyk
- Overvekt (BMI på over 25)
- Lite frukt og grønt i kosten
- Inaktivitet
- Høyt blodtrykk
- Genetiske faktorer
 - diabetes i familien
 - personer fra Sørøst-Asia, Afrika og Latin-Amerika har økt risiko

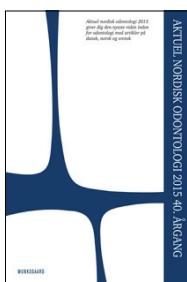


Informasjonsmateriell kan bestilles i nettbutikken på www.diabetes.no

Ta risikotesten digitalt på www.diabetesrisiko.no

Palle Holmstrup, redaktør:

Aktuel nordisk odontologi 2015



i hånden, har 240 sider og er lett å lese.

Denne utgaven inneholder 14 artikler med et vidt spenn av emner. En av artiklene vektlegger balansen mellom faktaorientering og budskapsformidling som er to forskjellige ting. Tre forskjellige artikler tar for seg alvorlige tilstander utgått fra tenner, som bittskader, alvorlige infeksjoner og andre

odontogene diagnoser. Vi finner fem artikler med rent kliniske problemstillinger, to artikler om redde og ubemidlede pasienter og deres situasjon, en artikkel om antibakteriell bruk i dentale materialer, en om erfarings- og kunnshapshull i tannhelsetjenesten, og en om ergonomi.

Samtlige artikler gir interessante bidrag til forståelse av ulike elementer innen norsk/nordisk odontologi. Spesielt kan trekkes fram artikkelen om peri-implantitt som representerer et relativt nytt område for mange tannleger, samt evigaktuelle restorative behandlinger av posteriore tenner – og akuttbehandling av traumer. For den systematisk orienterte leser er artikkelen om kunnshapshull tankevekkende, og likeledes det grunnleggende faktum at måten man kommuniserer fakta på er langt

viktigere enn faktainnholdet. Grunnlaget for mange pasientklager kunne bli borte hvis denne erkjennelsen ble en integrert del av all klinisk virksomhet.

Boken har tydelige illustrasjoner og dansk og svensk tekst er holdt på et godt tilgjengelig nivå. Norske bidragsyttere er Cecilie Gjerde, Inger Sofie Draugland, Hilde Molvig Kopperud, Anne-Lise Maseng Aas, Tove Wigen, Anne B. Skaare, Torgils Lægreid, Harald Gjengedal, Bjørn Einar Dahl, John E. Tibballs og Odd Carsten Koldsland. Ivar Espelid har sittet i redaksjonen.

Boken anbefales.

Aril Jul Nilsen

København: Munksgaard; 2015. ISBN: 9788762814363

Samfunnsodontologisk Forum 2015: zendiumprisen til forebyggende tannhelsearbeid

zendium fortsetter å oppmuntre til nyskapende forebyggende tannhelsearbeid.

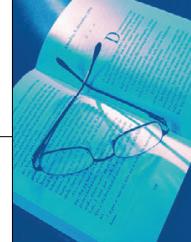
zendiumprisen gis til personer eller grupper som vil «gjøre en forskjell» innen forebyggende tannhelsearbeid.

For 2015 deler zendium ut NOK 65.000 og prisen er åpen for alle typer prosjekter i Norge eller prosjekter i utlandet ledet av norsk tannhelsepersonell. Prisvinneren kåres av en komité som er uavhengig av zendium, og prisen deles ut under Samfunnsodontologisk Forum i Kristiansand 9. juni 2015.

Send en kort prosjektbeskrivelse til torbjorn@wikos.no.

Søknadsfrist er onsdag 20. mai 2015 kl. 20.00. Spørsmål rettes samme sted eller til Torbjørn Wilhelmsen, tlf 906 55 913

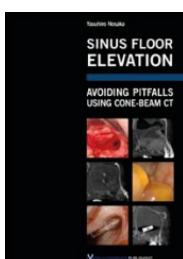




Yasuhiro Nosaka

Sinus floor elevation – avoiding pitfalls using cone-beam CT

Overdrevet kontrollbehov ved sinus-lift



Sinus maxillaris er et takknemlig område å arbeide i for en oralkirurg. Ingen steder er forutsetningene bedre for å lykkes med bentransplantasjoner, implanta-ter kan stå langt inn i løse luften uten at pasienten har noen symptomer, og ikke minst, eventuelle feilslag vil ofte være usynlige for kollegaer. Man kan alltid bortforklare det rare OPG-bildet med at dette er en uegnet billeddetalje for sinusopptak, og at det helt sikkert er snakk om distorsjoner eller overskygginger på bildet, og sjansen for at noen vil etterprøve dette er temmelig liten. Det er disse fordelene forfatteren av denne boken vil ødelegge med å understreke viktigheten av CT-scanning som både diagnostisk verktøy, grunnlag for behandlingsplan og evaluering.

Boken er kortfattet og ryddig bygget opp, og består av en samling kasuistikker som eksemplifiserer ulike problemstillinger ved sinusliftprosedyrer. Boken består av to deler, del en

omhandler lateralvinduteknikk, del to (som er veldig kort) omhandler osteotomteknikk. De første kasuistikkene poengterer diagnostiske utfordringer, deretter følger prinsipper ved behandling før det avsluttes med postoperativ oppfølging, evaluering og feilslag. Kasuistikkene er godt illustrert med både OPG-, CT- og kliniske bilder.

Forfatteren benytter kirurgiske teknikker som er adekvate, men som kan diskuteres. «Moderne» metoder som sinuslift uten benoppbygging, bruk av piezotom og andre etter hvert vanlige prosedyrer er ikke beskrevet. Han benytter ulike biomaterialer i stor grad, trikalsiumfosfat, membraner og mesh, noe jeg personlig sjeldent eller aldri finner behov for ved sinusliftprosedyrer, men som selvfølgelig kan gi fordeler i noen situasjoner. Det er en typisk «in my hands»-bok, som heller ikke utgir seg for noe annet. Fordelene med CT-opptak understrekkes kraftig, og det henvises stadig til hvor utilstrekkelig OPG er. Forfatteren synes imidlertid å ha glemt at dentalrøntgen kan være et brukbart alternativ – det blir litt tåpelig når CT omtales som det eneste saliggjørende for diagnostisering av periapikale oppklaringer.

Som tidligere nevnt er sinus maxillaris et sted der mye går uventet bra. Boken representerer derfor slik jeg ser det et unødvendig kontrollbehov, der

hver eneste lille slimcyste skal gjøres rede for før en våger seg inn i sinus. Det blir bl. a. beskrevet at CT er «indispensable» for å kartlegge septa i sinus før sinuslift: Sikkert sant det, men man finner dem jo uansett når man åpner opp!

Språket er nesten like omstendelig som innholdet («CT imaging is incapable of evaluating the nature of the fluid contained within a cyst.») og er i tillegg ganske dramatisk («The swelling (of the sinus membrane) produced pressure (...) in every direction, akin to an explosion.»).

Boken og kasuistikkene gir forsåvidt mange nyttige tips om ting man bør være på vakt for når man planlegger, utfører eller følger opp sinusliftprosedyrer. Mange tips er utehevnet i «Key point»-tekstbokser. Man bør imidlertid ikke ta alle anbefalinger like bokstavelig, og se kritisk på nødvendigheten og faktisk også hvorvidt man vil ha nytte av disse i praksis. Man kan komme fint i mål med langt enklere og mindre omstendelige metoder, både røntgenologisk og kirurgisk.

Sigbjørn Løes

*London: Quintessence publishing; 2014.
106 sider, rikt illustrert. ISBN: 978-1-85097-265-5*

Nye bøker og anmeldelser

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

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

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

Søvnseminaret 2015



www.digelesign.no

**nos
med**

NORSK ODONTOLOGISK SØVNMEDISINFORENING

24. og 25. april
Thon Hotel Opera i Oslo

Fredag 24. april:

Fullt dagskurs i dental søvnmedisin og behandling med søvnapnéskinne

Obstruktiv søvnapné er et økende problem i den voksne befolkningen. Sykdommen har fått liten oppmerksomhet og alt for mange pasienter går udiagnostisert og får ikke den behandlingen de trenger. Kurset vil gi en grundig innføring i grunnleggende søvnmedisin og søvnrelaterte pusteproblemer. Kursets målsetting er å gjøre tannleger oppmerksomme på den viktige rollen de har i å oppdage pasienter i risikogruppen som trenger behandling og samtidig gi en innføring i hvordan man kan behandle pasienter med søvnapnéskinne.

Lørdag 26. april:

«Obstruktiv søvnapné, følgesykdommer og behandling»

I fire ulike foredrag vil vi lære om sykdommer som er en følge av ubehandlet OSA. Vi vil lære om erfaringer med behandling av pasienter med søvnapnéskinne og med kirurgisk behandling (MMA). Vi vil også få en innføring i bruk av akustisk pharyngometri som et hjelpemiddel i behandling av pasienter med søvnapnéskinne.

Tannlegen vil være en viktig del av det tverrfaglige behandlingsapparatet som skal behandle den raskt voksende pasientgruppen som lider av obstruktiv søvnapné (OSA). Benytt denne unike muligheten til å skaffe deg viktig kunnskap om dette aktuelle fagområdet.

Les hele programmet med informasjon om foredragsholderne på våre web sider www.nosmed.no



Registration: <http://www.trippus.net/nosmedweb2015> - Other inquiries: sovnseminar@nosmed.no

SomnoMed
RESMED

Zhermack®
BEYOND INNOVATION
DENTATEC
DENTAL AS

BlueSom®
SLEEP
GROUP
SOLUTIONS

Teknisk arrangør:

**AVANT
EVENT**

BIVIRKNINGSKJEMA

for odontologiske biomaterialer

RAPPORTERING AV UØNSKEDE REAKSJONER/BIVIRKNINGER HOS PASIENTER I FORBINDELSE MED ODONTOLOGISKE MATERIAHLER

Symtomer og funn	
Pasientdata	
Kjønn: <input type="checkbox"/> Kvinner <input type="checkbox"/> Mann Alder: <input type="checkbox"/> År Generelle sykdommer/diagnoser: <i>Det skal fylles ut et skjema per pasient som har reaksjon(er).</i> <i>Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkesammenheng (se ytre reaksjoner neste side).</i>	
NB! Bivirkningskjemaet alle gjelder ikke som en henvisning.	
Rapportørens navn og adresse:	
Tlf.: E-post: Ufyllingsdato:	
Klinikktype: <input type="checkbox"/> Tannlege <input type="checkbox"/> Tannpleier <input type="checkbox"/> Offentlig <input type="checkbox"/> Privat Spesialist: <input type="checkbox"/> Legge <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Primær/privat Spesialist i:	
Pasientens symptomer <input type="checkbox"/> Ingen Intraoralt: <input type="checkbox"/> Svie/brennende følelse <input type="checkbox"/> Smerte/omhet <input type="checkbox"/> Smaksstørstyrreiser <input type="checkbox"/> Stiv/hummen <input type="checkbox"/> Tørhet <input type="checkbox"/> Øket spyttslammengde <input type="checkbox"/> Anamgamatoveringer <input type="checkbox"/> Linea alba Annet:	
Rapportørens funn <input type="checkbox"/> Ingen Intraoralt: <input type="checkbox"/> Hvelvsel/ødem <input type="checkbox"/> Hvitlige forandringer <input type="checkbox"/> Sårblommer <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Atrofi <input type="checkbox"/> Impresjoner i tung/kinn <input type="checkbox"/> Anamgamatoveringer <input type="checkbox"/> Linea alba Annet:	
Lepper/ansikt/kjever <input type="checkbox"/> Hvelvsel/ødem <input type="checkbox"/> Sårblommer <input type="checkbox"/> Erytem/rubor <input type="checkbox"/> Utsett/leksem <input type="checkbox"/> Palpable lymfknoter <input type="checkbox"/> Klevledidsfunksjon <input type="checkbox"/> Nedsatt sensibilitet Annet:	
Generelle reaksjoner knyttet til: <input type="checkbox"/> Musklertedd <input type="checkbox"/> Mage/tarm <input type="checkbox"/> Hjerter/sirkulasjon <input type="checkbox"/> Hud <input type="checkbox"/> Øyne/syn <input type="checkbox"/> Ørehørsel, nese, hals Annet:	
Øvrige funn: <input type="checkbox"/> Hvelvsel/ødem <input type="checkbox"/> Urtikaria <input type="checkbox"/> Sårblommer <input type="checkbox"/> Eksem/utslitt <input type="checkbox"/> Erytem/rubor Annet:	
Angi lokalisasjon: Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjon(e)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år: <input type="checkbox"/> Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(e)? <input type="checkbox"/> Innen 1 uke <input type="checkbox"/> 1 måned <input type="checkbox"/> Måneder <input type="checkbox"/> Til år <input type="checkbox"/> Umiddelbart <input type="checkbox"/> Innan 24 timer <input type="checkbox"/> Innan 1 uke <input type="checkbox"/> Innan 1 måned <input type="checkbox"/> Ukjent	

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avtagbare protetiske erstatninger
- Bitfysiologisk behandling
- Midlertidig Behandling
- Røtterbehandling (rotfylling)
- Tannkjøtsbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling

Annet:

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

- Amalgam
- Komposit
- Komporer
- Glassiononer
- Kjemisk
- Lyshendende
- Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
- Isolatings-/fyringsmaterialer
- Fissurseglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varnish, fensiss, fluorlakk)
- Pulpaverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- vambaseret
- plastbaseret
- Metall/karam (MK, PG)
- metal/legning
- keram
- Materialer for kroner/troser/fimplugg
- metall/legning
- plastbaseret
- keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- metall/legning
- plastbaseret
- Materialer for intradental gjeveoptopedisk apparatur
- metall/legning
- plastbaseret
- Materialer for ekstroraoralt kjeveontopedisk apparatur
- metall/legning
- plastbaseret
- Materialer for bitfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avrykksmaterialer
- hydrokolid
- elastomer
- Midlertidige materialer - faste proteser
- hydrokolid
- midlertidige materialer - avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forhuksmaterialer (f.eks. hanskter, koferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent
av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e):
Legg gjeme ved HMs-datablad.

Bivirkningsregisterets notater

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

Ytkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall:

Ansvarlig: Bivirkningsgruppen
5009 Bergen
Anstadsveien 19

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

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjeme kommentarer.



Ver 6.2

Henvisninger

Ei patienten henvis for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjonen(e)?
 Nei
 Ja til

- Bivirkningsgruppen
- Tannlege/tannpleier/lege:
- Sikker/trolig relasjon
- Usikker/ingen oppfattning
- Tandlege
- odontologisk spesialist
- alminnelige
- medisinsk spesialist eller på sykehus
- alternativ terapeut

Annet:

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

- Tannlege/tannpleier/lege:
- Sikker/trolig relasjon
- Usikker/ingen oppfattning
- Pasient:
- Sikker/trolig relasjon
- Midlertidig relasjon
- Usikker/ingen oppfattning

Den norske tannlegeforenings TIDENDE 2015; 125 nr 3

Tellende timer

Annerledes

Nyskapende

Kostnadseffektivt

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



■ STILLING LEDIG

SKIEN ORALKIRURGISKE KLINIKK AS SØKER SPESIALIST I ORAL KIRURGI OG ORAL MEDISIN

Klinikken er lokalisert i Skien, i nye flotte lokaler med moderne utstyr. Vi er per i dag to spesialister i oralkirurgi og oral medisin. Vi er et team på totalt 6. Vårt fokus er evidensbasert behandling, pasienten og samarbeid.

Vi ønsker å utvide teamet med en person som er fremtidsrettet, engasjert og som kan bidra til klinikkens utvikling.

Interesserte må ha norsk autorisasjon som spesialist i oralkirurgi og oral medisin, samt beherske norsk/skandinavisk språk muntlig og skriftlig.

Ta kontakt med daglig leder Anne Aasen Gjærum på mail: anne@sokas.no, mob: 004790865673.

Velkommen!

<http://www.sokas.no>

ASSISTENTTANNLEGE SØKES I STAVANGER

I forbindelse med svangerskapspermisjon søker vi allmenntannlege til travel spesialist og allmennpraksis.

For mer informasjon om klinikken, gå inn på www.nogp.no
Oppstart og betingelser etter avtale.

Kontakt info:

Tannlegene Nag og Prokes
Klinikk for endodonti og allmennpraksis
Tel: 51 52 12 23
mob: 91 13 57 90
mail: nag@nogp.no.

Spesialist i oral kirurgi



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Vest



**HORDALAND
FYLKESKOMMUNE**

Inntil 100 % fast stilling som oral kirurg er ledig ved Tannhelsetenesta kompetansesenter Vest/Hordaland (TkVest/Hordaland) i Årstadveien 19, Bergen.

Den som blir tilsett vil behandle pasientar på vår spesialistklinik. Vedkomande vil få oppgåve med å gi eit utadretta tilbod for å auke kompetansen i kirurgi i tannhelsetenesta i regionen. Kompetansesenteret tilbyr spesialisttenester i alle odontologiske spesialitetar og det er derfor viktig å ha lyst til å arbeide i tverrfaglege team.

Kompetansesenteret skal initiere og koordinere forskingsprosjekt, og søker med forskarutdanning vil bli føretrekt. Kompetansesenteret samarbeider med Kjevekirurgisk avdeling på Haukeland Universitetssjukehus og det er mogeleg for rette søker å få ta del i klinisk verksemd der.

Godkjent spesialist i oral kirurgi vil bli føretrekt, men spesialistkandidatar under utdanning kan også søkje.

Vi tilbyr god lønn etter kvalifikasjonar. Tilsette får eigne kursmidlar årleg.
Kompetansesenteret legg vekt på fagleg utvikling og held jamleg interne kurs.

Den som skal tilsettast må legge fram politiattest. Alle nyttilsetjingar blir gjort med ei prøvetid på 6 månader.

Kontakt: Leder Ellen Berggreen, e-post: ellen.berggreen@hfk.no

Søknadsfrist: 29.03.2015.

Les meir på www.hordaland.no/jobb

Centerleder, overtandlæge



En stilling som centerleder (overtandlæge) ved Odontologisk Landsdels- og Videncenter, Rigshospitalet, HovedOrtoCentret, er ledig til besættelse pr. 1.7.2015 eller snarest derefter.

Videncentrets ansvars- og arbejdsopgaver:

Østdansk Odontologisk Landsdels- og Videncenter, Rigshospitalet har eksisteret i 12 år. Centrets nuværende lovgrundlag er Sundhedslovens § 163 samt Sundhedsstyrelsens retningslinjer for Kommunal og Regional tandpleje.

Centrets målgruppe er dels børn og unge med svære medfødte tanddannelsesforstyrrelser dels patienter med sjældne medfødte sygdomme og handicap og dertil relaterede betydelige tandproblemer med behov for højtspecialiseret behandling.

Centret modtager pr. år 80-100 nye henvisninger fra tandlæger og læger og varetager odontologisk konsultativ funktion, diagnostik og behandlingsplanlægning for disse patienter.

Centret har lands/landsdelsfunktion og modtager patienter fra Danmark, Færøerne samt Grønland.

Patienter ses i tæt samarbejde med Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

Det påhviler Odontologisk Videncenter, at forestå den faglige visitation af patienter med sjældne diagnoser fra Region Sjælland og Region Hovedstaden, der søger tilskud til tandbehandling jævnføre Sundhedsloven, Tilskudsordningens §166.3

Kvalifikationer:

Stillingen ønskes besat med en specialtandlæge i ortodonti eller tandlæge med relaterede specialdiscipliner (pædonti, protetik, kirurgi) med dokumenteret klinisk og teoretisk erfaring.

Den, der ansættes i stillingen, skal selvstændigt kunne

varetage det faglige og ledelsesmæssige ansvar for det odontologiske ekspertteam samt sikre videreudvikling det samlede behandlingskoncept. En del af denne udvikling skal formidles igennem et samarbejde med relevante samarbejdspartnere. Endvidere omfatter det særlige arbejdsområde ansvar for videreudvikling af netværk med andre videncentre. Endelig omfatter stillingen ansvar for udvikling af informationsmateriale og kvalitetsudvikling.

Ansøgning skal udformes, så det er muligt at vurdere erfaring og uddannelse inden for kompetenceområderne: kommunikation, samarbejde, ledelse/administration, sundhedsfremme, akademikerrollen og professionalisme.

Løn- og ansættelsesvilkår:

Løn- og ansættelsesvilkår efter aftale med forhandlingsberettigede organisation.

Undervisning og forskning:

Der lægges vægt på, at ansøgeren kan dokumentere undervisnings- og forskningserfaring, gerne på Ph.D. niveau eller mере med henblik på at kunne varetage præ- og postgraduat uddannelse samt forskning.

Yderligere oplysninger:

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til klinikchef:

Thomas Kofod
Tand-mund-kæbekirurgisk Klinik, HovedOrtoCentret,
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
Email: thomas.kofod@regionh.dk

Ansøgningen vedlægges kopi af eventuel specialtandlægeautorisation, curriculum vitae indeholdende publikationsliste med angivelse af de 10 vigtigste publikationer. Publikationer rekvireres såfremt dette måtte ønskes.

Ansøgningsfrist senest den 1.4.2015 kl. 12:00

Rigshospitalet er røgfrit.

Jobbe i Spania?

Ønsker du å nyte solen i Spania kombinert med jobb? Assistenttannlege søkes til norsk tannlegeklinik i Marbella/Fuengirola. Fleksibel stillingsprosent. Spanskunnskaper er en fordel, men ikke ett krav.

Se www.clinicanordental.com for info.

Søknad kan sendes til

elviria@clincanordental.com

Tannlege søkes

Grunnet svangerskapspermisjon søkeres tannlege til et vikariat i 40–100 % fra mai, og 100 % fra juli. Praksisen er per dags dato en emmannsklinik, men med et ønske om at aktuelle tannlege kan jobbe 20–40 % sammen med praksiseier etter vikarperioden.

Klinikken ligger i Flateby (Enebakk). Ønske om en tannlege med noen års erfaring fra privat praksis.

Kontakt: Post@tannlegeanette.no

ASSISTENTTANNLEGE SØKES I STAVANGER

I forbindelse med svangerskapspermisjon søker vi allmenntannlege til travel spesialist og allmennpraksis. Vi kan tilby god pasienttilgang, 2 behandlingsrom og samarbeid med spesialist i endodonti. For mer informasjon om klinikken, gå inn på www.nogp.no. Oppstart og betingelser etter avtale. Kontakt info: Tannlegene Nag og Prokes, Klinikk for endodonti og allmennpraksis. Tel: 51 52 12 23, mob: 91 13 57 90, mail: nag@nogp.no

TRONDHEIM SENTRUM

Tannlege(r) søker til travel og moderne, privat praksis i Trondheim sentrum.

Info/søknad med cv til:

e-post: tannlegen@dent.as

tlf: 73805510/92055001

Vilje
gir vekst

Tanhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonseret på

www.tanhelserogaland.no

Kontaktperson: Helene Haver

tlf. 51 51 69 07 eller

helene.haver@throg.no



TANHELSE
ROGALAND

ABA tannlegene

Allmen tannlege + spesialist søkes

Vi er et godt team, med flotte lokaler og topp moderne utstyr, inkludert blant annet 3D scanning og tilbud om full narkose.
www.abatannlegene.no

Privat praksis

Ledig stilling i Bodø for erfaren tannlege. Vi søker deg som kan bidra med effektivitet, faglig dyktighet og gode samarbeidsevner.

Tannlege 1 as er en veletablert praksis gjennom 50 år. 2 godt utstyrt behandlingsrom. Digital røntgen, OPG, elektronisk Helsenett-tilknytning, Opus, Icount. Spesialist i Oralkirurgi er tilknyttet klinikken.

Du bør sette pris på travle arbeidsdager pga stort pasientgrunnlag. Du må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Gode arbeidsbetingelser

Søknad og CV sendes pr. mail til:
th_@hotmail.com

Tannlege 1
-ditt beste valg



Kjeveortopeder
søkes til Oslo og
omegn i hel eller
deltidsstillinger

For ytterligere informasjon og
søknad med CV sendes til e-post:
ortodontist@oslo-tannregulering.no

Den offentlige
tanhelsetjenesten
i Nord-Trøndelag

Ledig tannlegestilling
ved Inderøy tannklinik.

For fullstendig utlysning se
www.ntfk.no

Tanhelse og folkehelse

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

frantz.no



Østfold fylkeskommune

Tanhelsetjenesten

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

Vestnes/Møre og Romsdal
Travel praksis søker assistenttannlege i deltidsstilling. Vi er 2 allmentannleger/ spes. implantatprotetikk, oralkirurg og tannpleier. Klinikken er nyoppusset med nytt utstyr. Stillingsprosenten kan tilpasses etter ønske.

Kontakt:
post@bryggentannhelsesenter.nhn.no

Assistenttannlege søkes
Assistenttannlege søker til vikariat i 100 % stilling på Persaunet i Trondheim.

Godt etablert praksis med godt pasientgrunnlag.

Praksisen består av 2 tannleger 2 assisterter.

For nærmere informasjon vennligst kontakt oss pr epost:
brand-sk@online.no

Oslo og Akershus
Kvalitetsbevisst tannlege med erfaring ønsker å kjøpe tannlegepraksis i Oslo og Akershus helst med 2-3 behandlingsrom og ønsker å overta pasientportefølje, men også åpen for andre løsninger. Ta kontakt på samuel_hedlund@hotmail.com.

Akkurat no søker Møre og Romsdal fylkeskommune etter

TANNLEGAR OG KJEVEORTOPED

Kjeveortopedstillinga har arbeidsstad Kristiansund. **Søknadsfrist 27. mars 2015.**
Meir informasjon og søknadsskjema finn du her: www.mrfylke.no/jobb/tannhelse



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Ledig stilling med mulighet for medeierskap

Solbygg Tannlegesenter AS i Kristiansand søker dyktig tannlege med sikte på medeierskap i bedriften.

Erfaring, kunnskap og evne til samarbeide vektlegges. Tannlege med særlig interesse i periodonti, implantologi og endodonti er ønskelig, gjerne med spesialistkompetanse.

Dette er en gylden anledning for deg som ønsker å investere i egen arbeidsplass. Solbygg Tannlegesenter AS er organisert som et konsern med 3 klinikker; to i Kristiansand og en i Farsund. Vi er stadig i vekst, og er pr i dag 30 ansatte med daglig leder, 12 tannleger, tannpleiere, kjevekirurg og sekretærer.



Hovedklinikken ligger i Sørlandsparken, en voksende næringspark hvor det arbeider over 6000 personer. Pasientgrunnlaget er både fra Aust- og Vest-Agder.

Vi kan tilby et travelt og strukturert arbeidsmiljø med moderne utstyr og alle støttefunksjoner en tannlege måtte ønske. Klinikken holdet et høyt faglig nivå, har stort behandlingspanorama, og utfører så godt som alle prosedyrer på stedet.

Utstrakt internt samarbeide og kompetanseutveksling er viktig, kunden er i fokus, og du må trives med å jobbe tett på dine kolleger. Søkere må beherske norsk godt skriftlig og muntlig.

Søknad sendes post@solbyggattannlegesenter.no. Spørsmål rettes til daglig leder Agate Folgerø eller fagansvarlig Egil Lind på tlf 38 07 38 38.



KALDNES
TANNHELSE

Kaldnes Tannhelse søker
dyktig tannlege heltid
til vårt faglig oppdaterte
tannhelseteam.

Vi tilbyr spennende
utfordringer i et oppdatert
tannhensemiljø bestående av
almentannleger, tannpleiere
og spesialister

Oppstart etter avtale.
Søknadsfrist 15. april
Søknad med CV sendes
dårlig leder Anne Ræs,
aes@kaldnestannhelse.com

■ STILLING SØKES

Erfaren

dansk kvinnelig tannlege 53 år søker full-tidsstilling i Norge. Lang erfaring fra off./privat praksis samt Grønland. Jeg kan kontaktes på mail:

majken.hoffeldt@gmail.com

Kvinnelig tannlege

søker jobb i Oslo og omegn

Kvalitetsbevisst, omgjengelig og blid, med høy arbeidsmoral. Studerte i Bergen, ferdig i 2010. Gode referanser fra privat praksis. Kontakt via mail:
klfuglesang@gmail.com

Engasjert, effektiv, energisk
tannlege med 10 års erfaring i privatpraksis søker jobb i Oslo.

Ønsker å jobbe fredag/mandag pga.
pendling. Kontakt m: 46543009

■ KJØP – SALG – LEIE

ØSTFOLD/ OSLO

Vi er et etablert tannlegepar som ønsker å starte opp egen praksis på sikt. Vi er begge i full jobb som vi trives i, men ser nå etter nye utfordringer. Alt av interesse. Åpne for en overgangsperiode, eventuelt direkte overtakelse. Ta kontakt på mail:
tannlegerifarta@gmail.com

OSLO/ AKERSHUS

Erfaren tannlege ønsker å kjøpe tannlegepraksis med pasientportefølje i Osloregionen. Er også åpen for alternative løsninger. Ta kontakt på epost:
tannlegepraksisen@gmail.com

Tannlege MNTF

ønsker kjøp/partner-deleierskap evt. assistent i klinikks Oslo Nord-, Øst, Romerike eller langs strekningen Lillestrøm - Lillehammer. Bred erfaring, bred etterutdannelse og godkjent for implantatprotektikk. Mob.tlf 48089778,
hajano61@gmail.com

KLINIKK I SOLKUSTEN TILL SALU

Mycket lämplig för en norsk tandläkare. Varva jobb med aktiviteter året runt.

E-mail: klinikispanien@gmail.com



■ DIVERSE

Utstyr

Nye og brukte turbiner med og uten LED lys, kirurgiske håndstyrke, Perio håndinstrumenter, Trådløs herdelampe, Elektrisk pulpatester til salg. Kontakt Aramis ved: estequidentalclinic@yahoo.no eller 48475292

Moderne og eksklusiv enebolig med plass til to familier ønskes leid ut juli 2015 pga. lengre ferieopphold. Huset ligger i etablert villaområde på Torød, Nøtterøy med umiddelbar tilgang til sjø. Sjøutsikt og usjenerte omgivelser. Avstand til Tønsberg er 12 km, tilgang til båt er mulig. Ta kontakt med tannlege Johnsen; olejohnjohnsen@gmail.com

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

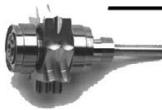
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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!

FAGPRESSSEN

Presseorganisasjonen for fagblader, tidsskrifter og magasiner

240 av
landets
ledende
blader
er med...



Det beste av mangfoldet!



FRANDHUBEST



Presisjon er alt. Derfor har vi gjennom 25 år med protetikk samarbeidet med noen av de dyktigste tannteknikerne i verden. Slik blir også du en leverandør av presisjon og kvalitet - noe som sparer tid og penger for både deg og pasientene dine. Ring oss på 32 89 60 55 for et godt tilbud!

Som bonuskunde får du opptil hver 9. MK kostnadsfritt (ekskl.au).

Nedre Storgate 65, 3015 Drammen | dentrade@online.no | www.dentrade.org | Agent for DWWW, Modern Dental Lab

DENTRADE
We put a smile on your face

