

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 125. ÅRGANG • NR. 5 MAI 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!**

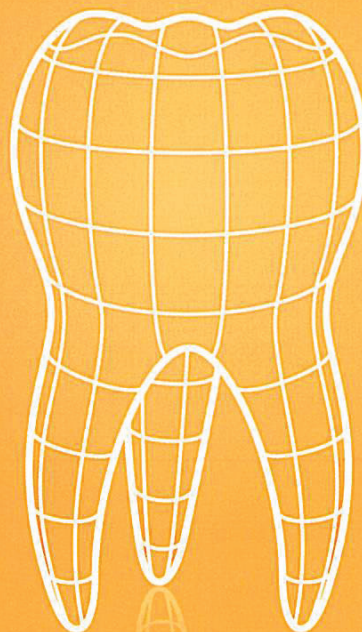
- Tirsdagsendinger returneres fra Oslo mandag 6 dager senere
- Onsdagsendinger returneres fra Oslo tirsdag 6 dager senere
- Torsdagsendinger returneres fra Oslo onsdag 6 dager senere
- Fredagsendinger returneres fra Oslo torsdag 6 dager senere



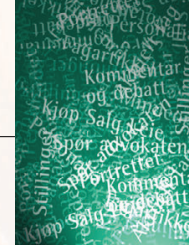
Avtalekunder får rabatt
på både forbruksvarer og
tanntekniske arbeider!

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



415



446



452

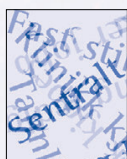


450

Boknytt
484



**Rubrikk-
annonser**
506



- 407 **Siste nytt først**
- 409 **Leder**
- 409 Kompetanse i sentrum?
- 411 **Presidenten har ordet**
- 411 «Robuste kommuner for framtida» – hva med tannhelsetjenesten?
- 412 **Vitenskapelige artikler**
- 412 Kasper Dahl Kristensen og Peter Stoustrup: Juvenil idiopatisk artritt – Hva en tannlege bør vite
- 420 Gunnar Svendsen, Jon E. Dahl: Alternative sementer til gullinnlegg
- 426 Øyvind Kvalnes: Profesjon og interesse: Om moralsk nøytralisering blant tannleger
- 434 **Kasuistikk**
- 434 Niklas Karl Oskar Angelus: Avtakbare underkjeveproteser: Er en protese støttet på to implantater alltid det beste behandlingsalternativet?
- 436 **Aktuelt fag**
- 436 Ingar Olsen og Atsuo Amanao: Ytre membranvesikler – offensive bakterielle våpen eller gode samaritaner?
- 438 Ikke tydelig vist at xylytol-holdige produkter gir mindre karies
- 441 **Doktorgrader**
- 441 Rui Xing: Enhanced soft tissue integration through abutment surface modification
- 442 Gundega Jacobsøne: Kombinert kjeveortopedisk og kirurgisk behandling av store underbitt
- 446 **Aktuelt**
- 446 Tar vare på fremtidens tenner
- 450 Midt-Norge-møtet 23.–24. april: Midt-Norge i sentrum
- 452 Åpning av Tk Vest/Hordaland: Feiring med undertoner
- 455 Rapport om dentale kompositter: Resultatene vil følges opp
- 459 **Kommentar og debatt**
- 459 Kompetansesentrenes forsvarsskrift – en korreksjon til realitetsorienteringen (Jostein Grytten, Anne Merete Aass, Ståle Petter Lyngstadaas, Pål Brodin, Jan Eirik Ellingsen og Pål Barkvoll)
- 463 En korreksjon til realitetsorienteringen til Universitetet i Oslo: Et tilsvare til Universitetet i Oslo sitt innlegg om kompetansesentrene (Peter Marstrander)
- 464 Svar til Peter Marstrander: Fortsatt vanskelig å begrunne etablering av kompetansesentre i Oslo og Bergen utfra omfordelingshensyn (Jostein Grytten)
- 465 Svar til Jostein Grytten: Tannlegeutdanning og kompetansesenter i Nord-Norge (Peter Marstrander)
- 466 Regionale odontologiske kompetansesentre (Arne Hedemark)
- 467 Tannlegenes rolle i folkehelsearbeidet (Bjørn Joh. Fuglem)
- 469 Tidlig mislykket implantatbehandling. Uventede spørsmål i kjølvannet av artikkelen (Tore Ramstad)
- 470 **Arbeidsliv og praksisdrift**
- 470 Folketrygden gir stønad til fast protese til personer som er tannløse i underkjeven
- 471 Offentlig tjenestepensjon etter pensjonsreformen
- 475 **Snakk om etikk**
- 475 Nettsider – hva ønsker vi å formidle?
- 476 **Notabene**
- 476 Antibiotikaundersøkelsen 2015
- 476 Tilbakeblikk
- 477 Kurskalender
- 479 Personalialia
- 480 Valg til NTF
- 480 **Kurs**
- 480 Kunngjøring: Etterutdanning for tannleger i sedasjon med lystgass og benzodiazepiner 2015
- 487 **Kollegiale henvisninger**

Vanskeligere å gjemme seg

I Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 7, 21. april skriver konstituert sjefredaktør Are Brean:

«I en noe anonym lansering 14. april 2015 reiste WHO krav om at resultatene av kliniske studier må innsendes til publisering senest 12 måneder etter studieavslutning. WHO krever også at data fra eldre, upubliserte studier må offentliggjøres.

Den internasjonale komiteen av redaktører i medisinske tidsskrifter, Vancouver-gruppen, der Tidsskriftets tidligere redaktør Charlotte Haug var medlem, krevde allerede i 2004 prospektiv registrering av alle kliniske studier. En nylig undersøkelse viste allikevel at under halvparten av registrerte studier faktisk publiseres.

WHOs krav vil få betydning. Tilbakeholding av særlig negative resultater er et stort problem i klinisk forskning og fører til overbehandling og feilbehandling av store pasientgrupper. Fortsatt finnes det ingen internasjonale sanksjoner av betydning for legemiddelselskaper og forskergrupper som holder tilbake data. Men WHOs initiativ bidrar til at det blir stadig vanskeligere å gjemme seg.»



FOTO: YAY MICRO

Passiv e-sigarettrøyking



FOTO: YAY MICRO

E-sigaretter ikke er så ufarlig som mange har trodd. Både røykeren og personer i nærheten kan få i seg like mye nikotin som ved vanlig røyking, skriver forskning.no.

Folkehelseinstituttet har vurdert risikoen ved å bruke e-sigaretter. Rapporten som er laget på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), kom i april.

– Det som gjør inntrykk, er at de som damper e-sigaretter får i seg nikotin i samme mengder som ved sigaretttrøyking, med risiko for de samme skadene. Jeg var heller ikke klar over at dampen fra e-sigaretter inneholder så mye nikotin at personer i nærheten kan få i seg samme mengde som ved passiv tobakksrøyking, sier direktør Camilla Stoltenberg ved Folkehelseinstituttet til NTB.

Helseminister Bent Høie (H) fikk seg også en overraskelse:

– Jeg må innrømme at jeg har levd i den tro at e-dampingen ikke har utgjort noen risiko for omgivelsene. Denne rapporten vil nok overraske både befolkningen og de som bruker e-sigaretter.

Rapporten konkluderer også med at e-sigaretter er et positivt alternativ til tobakksrøyking, fordi røykeren og omgivelsene ikke får i seg tobakksrøyk. Det reduserer risikoen for ulike typer kreft betraktelig. Men at det er et bedre alternativ, gjør ikke akkurat e-sigaretten sunn. Inntak av nikotin under graviditet ser også ut til å være forbundet med risiko for nedsatt lungefunksjonsutvikling hos fosteret og senere i livet, prematur fødsel og dødfødsel. Hva da hvis en gravid, intetanende kvinne sitter kloss ved konstant e-sigarettdampende personer på bussen eller jobben?

– HOD vil se nærmere på hvordan dette skal reguleres, særlig med tanke på passiv røyking. Nikotin har også akutte effekter på hjerte- og karsystemet og kan øke puls, blodtrykk og motstanden i hjertets blodårer. Det kan også påvirke hjertemuskelens funksjon. Har man hjerte- og karsykdom, enten man vet det eller ikke, kan nikotin gjøre skade hos røyker og passiv røyker, sier Stoltenberg.

Det er ikke tillatt å importere eller omsette e-sigaretter med nikotin i Norge, fordi røykeloven forbyr nye tobakks- og nikotinprodukter. Det er imidlertid lov å kjøpe e-sigaretter via nettet til eget bruk, og det er ikke forbud mot å røyke e-sigaretter offentlig, på kollektivtransport, ved skoler eller lignende. Det er opp til eier eller arbeidsgiver å innføre forbud på arbeidsplass eller på utesteder. Et forbud skulle vært med i en regulering av tobakkskadeloven i 2012, men en redigeringsfeil i HOD førte til at det ikke kom med.

– Det har ligget i kortene lenge at HOD vil anbefale en regulering. Spørsmålet er om det skal gjøres etter legemiddeloven, slik at e-sigaretten blir et behandlingsalternativ for røykere, på linje med nikotinplaster og -tyggis, og med rett til å annonsere. Eller skal det inn under røykeloven, noe som vil sende et sterkt signal om farene ved nikotininntak, også for passive røykere, sier Stoltenberg.

Høie satser på at den siste rapporten vil bli et viktig bidrag i det videre arbeidet med hvordan e-sigaretter skal reguleres i Norge:

– Det er mange hensyn å ta. Det er ingen tvil om at det ligger en stor helsegevinst i å gå over til e- heller enn tobakksigaretter. Samtidig må vi også tenke på å beskytte mot passiv dampingen og å hindre rekruttering av barn og unge.

Fortjent medalje

Under åpningen av Midt-Norgemøtet 23. april 2015 ble tidligere leder av Sør-Trøndelag tannlegeforening, Anne



På nett

Passordvett

Et passord skal være lett å huske for deg og vanskelig å gjette for andre. Det kan gjerne være en hel setning, med både ordmellomrom og spesialtegn, store bokstaver og tall. For eksempel kan en bruke en sangstrofe, slagord, sitat eller en annen kort setning, anbefaler Norsk senter for informasjonssikring (NorSIS) i sin veiledning om passordvett.

Forskjellige tjenester bør ha forskjellige passord, men en kan bruke alternativer over samme setning på flere tjenester. Bruk gjerne en setning eller ord som du assosierer med tjenesten, men helst ikke selve navnet. Hvis du for eksempel trenger et passord for en nettbutikk for bøker, kan passordet være en setning knyttet til din yndlingsforfatter. Setningen bør ha mellomrom eller andre spesialtegn.

Eksempelet NorSIS bruker er: «Lisa g1kk til, face» for tilgang til Facebook, og «Lisa g1kk til, regn» som passord for et regnskapsystem.

Et passord som består av vanlige ord bør være så langt som mulig, med minimum 20 tegn. Hvis en har med ordmellomrom og andre spesialtegn kan det godt være kortere. Noen tjenester har regler for lengde og antall spesialtegn, men en kan allikevel bruke alternativer av huskeregel.

Om NorSIS: Norsk senter for informasjonssikring er et uavhengig organ som arbeider for et trygt internett. De har flere nyttige veiledere på sine sider, blant annet om spam, phishing og sikring av telefoner og nettbrett. NorSIS står også bak tjenesten slettmeg.no, som er en gratis rådgivnings- og veiledningstjenesten for de som føler seg krenket på nett.

For videre lesning, se <https://nor-sis.no>



FOTO: YAY MICRO

Grethe Beck Andersen tildelt Kongens fortjenstmedalje.

Medaljen tildeles personer som har vist samfunnsnyttig innsats over lengre tid, inkludert frivillig arbeid og engasjement.

Andersen har i 44 år arbeidet som tannlege i Den offentlige tannhelsetjenesten, og som leder av kvalitetsutvalget i tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag gjennom 10 år ledet hun utarbeidelsen av tannhelsetjenestens første kvalitetssystem.

Anne Grethe Beck Andersen var leder for Sør-Trøndelag Tannlegeforening (STTF) i 10 år, og sterkt involvert i arbeidet med å innføre obligatorisk etterutdanning. Hun har gjennom hele sin karriere bidratt til godt samarbeid mellom privat og offentlig sektor, i tillegg til at hun har vært leder av tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelags Arbeidsmiljøutvalg.

Til tross for at Andersen nå er gått av med pensjon, er hennes engasjement like til stede. Hun har fortsatt verv som kollegahjelper i NTF og er leder for valgkomiteen i Sør-Trøndelag Tannlegeforening.

Anne Grethe Beck Andersen har også en lang politisk karriere med utgangspunkt i Røros Arbeiderparti. Hun satt to perioder i kommunestyret i Røros, hvorav en som varaordfører der hun fungerte som ordfører i deler av perioden. Hun har også sittet fire perioder i kommunens planutvalg og en periode

som vararepresentant til Stortinget. Hun har i tillegg vært leder og er nå nestleder av helse- og sosialutvalget i Røros, og hun har vært representant på landstinget i KS. Hun er i dag første vararepresentant for Ap i Fylkestinget i Sør-Trøndelag. Foto: Tonje Camacho, NTF.

Tannleger får henvise



FOTO: YAY MICRO

Tannleger skal kunne henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i et høringsnotat som ble sendt ut 16. april. Pasienter som trenger spesialistbehandling vil dermed slippe å gå via fastlegen.

– Dette er en forenkling og en forbedring for pasientene. Nå slipper de omveier fram til rett behandlingssinstans. Tannleger som for eksempel får mistanke om kreft i munnhulen vil nå kunne henvise direkte til spesialisthelsetjenesten, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Dagens ordning innebærer at pasienter må oppsøke fastlege hvis de trenger henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det medfører ekstra kostnader og ventetid for pasienten. I tillegg er det en byråkratisk ordning som fører til mer arbeid for legene.

– Tannleger er den yrkesgruppen som har bredest kompetanse på sykdommer i munn, tenner og kjever. Vi ønsker å bruke kompetansen deres på en bedre måte ved å gi dem samme adgang som leger til å skrive henvisninger til spesialisthelsetjenesten, sier Høie.

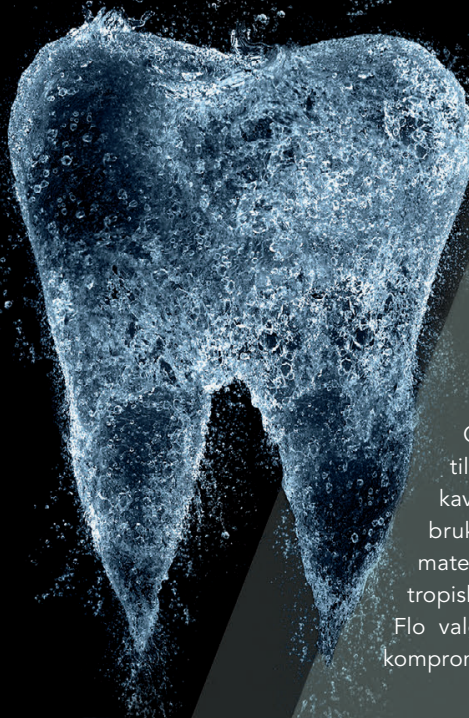
Forslaget er sendt til 65 høringsinstanser, deriblant Tannlegeforeningen og andre organisasjoner og foreninger, direktorater, ombud, fylkeskommunene og helseforetakene. Høringsfristen er satt til 8. juni i år.

KUNSTEN Å SKAPE ESTETIKK MED FLOW-KOMPOSITT



Fra den minste kl. V til den største kl. II

G-aenial Universal Flo fra **GC**



ESTETIKKEN BLIR
ENKLERE MED GC
'GC'

En verdensledende flow-kompositt med eksepsjonell styrke, poléringsegenskaper og brukervennlighet. Kan derfor brukes til alle kompositt-arbeider.

G-ænial Universal Flo adapterer perfekt til kavitetsveggene i dype og trange kaviteter, og er samtidig sterk nok til å brukes på oklusafatene. Takket være materialets flyt-egenskaper og unike tikso-tropiske egenskaper, så blir G-ænial Universal Flo valget i alle situasjoner der du ikke vil kompromisse mellom holdbarhet og styrke.

www.gceurope.com



GC NORDIC AB

Tel. +46 8 506 361 85

info@nordic.gceurope.com

<http://nordic.gceurope.com>

<https://www.facebook.com/gcnordic>



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 Vils gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00

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

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 700. 11 nummer per år

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

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

LEDER

Kompetanse i sentrum?

Ordet kompetansesenter er sammen-
satt ord, som består av to ord.

Kompetanse slik det blir brukt
i dagligtalen, viser som regel til kvalifika-
sjon eller dyktighet til noe, å kunne noe
eller å være i stand til.

Kompetanse defineres gjerne som
evnen til å klare en oppgave eller beherske
et yrke i møte med komplekse krav, situa-
sjoner og utfordringer. Man deler gjerne
inn kompetanse i kunnskaper, holdninger
og ferdigheter. Noen tar også med begre-
pet evner. Vi skiller også ofte mellom teo-
retisk og praktisk kompetanse.

Kompetanse står for øvrig i motsetning
til inkompetanse som tilsier manglende
kompetanse, ofte brukt i betydningen
udugelighet.

Videre snakker vi om kompetanseni-
våer; basiskompetanse, nøkkelkompe-
tanse og spisskompetanse som topp.

Wikipedia sier videre at ordet er kom-
met inn i norsk via fransk: *compétent*, og
at det opprinnelig stammer fra juridisk
latin: *competens* som er avledet av *com-
petere* som betyr 'treffe sammen',
'stemme overens', 'svare til', 'være i stand
til' og 'sammen prøve å oppnå'.

På norsk i dag brukes begrepet på flere
områder og i flere ulike betydninger. I jus
og pedagogikk er kompetanse et fagut-
trykk med mer presis betydning enn
i andre sammenhenger.

I juridisk språkbruk betyr kompetanse
det myndighetsområdet en organisasjon
eller person har til å treffe avgjørelser.
Det er for eksempel bare leger som har
kompetanse til å skrive sykemeldinger, og
Stortinget er alene om å ha kompetanse
til å vedta norske lover. Denne bruken av
ordet er beslektet med bruken der kompe-
tanse får betydningen formell kvalifi-
kasjon som er påkrevd for å ha rett til
å utføre en type oppgave, for eksempel
ved at en bestemt eksamen gir undervis-
ningskompetanse til å undervise et
bestemt fag i skolen. I pedagogikken og
utdanningssystemet benyttes kompetan-
sebegrepet for å definere mål for hvilke

ferdigheter i å løse oppgaver som opplæ-
ringen skal føre til. Dette er for å vekt-
legge at utdanningen skal gi evne til pro-
blemløsning, ikke bare faktakunnskaper.
Gjennom den norske skolereformen
Kunnskapsløftet ble læringsmål i lære-
planene formulert som kompetansemål
for hvilke ferdigheter en hadde som mål
at elevene skulle tilegne seg.

Den hyppige bruken av ordet kompe-
tanse i utdanningspolitikk og -planleg-
ging er kanskje det som har ført til flere
hundre nyord hvor kompetanse er suffiks.
I noen av disse nyordene benyttes kompe-
tanse i betydningen kvalifikasjon,
i andre i betydningen ferdighet til
å kunne gjøre noe.

Av disse vil kanskje særlig begrepene
grunnkompetanse, dobbeltkompetanse,
doktorgradskompetanse, forskerkompe-
tanse, amanuensiskompetanse, professor-
kompetanse, spesialkompetanse og ikke
minst spesialistkompetanse og kompe-
tansesenter være gjenkjennbare for
Tidendes lesere.

Den andre delen av ordet kompetanse-
senter, altså ordet *senter*, defineres som et
sted der noe er konsentrert, for eksempel
der flere forretninger eller institusjoner er
samlet. Et senter kan også være et sted der
spesialister og, eller, forskere er samlet.
Som i et tannhelsekompetansesenter.

En annen betydning av ordet senter er
sentrum eller midtpunkt, i motsetning til
periferi.

Og hva skal vi med denne småpratene om
det språklige rundt ordene kompetanse og
senter? For ikke å si kompetansesenter. Si
det. Det er for å holde på med noe, som
angår det som mange er opptatt av – mens
vi venter på det vi tror skal komme, en
endelig avklaring for Tannhelsetjenestens
kompetansesenter Øst (TKØ), og Oslo.

Det debatteres, og spørsmålet er blant
annet om det i dette tilfellet er riktig å plas-
sere kompetansesenteret midt i sentrum.

Ellen Beate Dyvi



Foto: Kristin Wiberg

Alle bør stole på
tannlab'en sin!

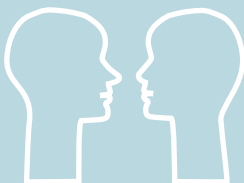
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.



FREMSTILLING

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



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



«Robuste kommuner for framtida» – hva med tannhelsetjenesten?

Før påske la regjeringen frem Stortingsmelding nr. 14: «Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner». Der foreslår regjeringen å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. De skriver følgende:

«Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov.»

Det heter videre at det vil være opp til den enkelte kommune om de vil samarbeide med andre kommuner om tilgjengelighet og tjenestetilbud eller om de eventuelt velger å kjøpe tjenester fra private tjenesteutøvere. Regjeringen konkluderer slik:

«Etter en samlet vurdering foreslår departementet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje.»

NTF ser mulige fordeler, men også klare ulemper for den norske tannhelsen med en slik endring. Vi mener at det fortsatt er mange ubesvarte spørsmål, og stor usikkerhet om hvilke faktiske konsekvenser vi kan forvente med en endring. Saken er etter vår mening ikke utredet godt nok til at Stortinget bør konkludere allerede nå i vår. Dette

gjorde vi klart for kommunal- og forvaltningskomiteen under høringen på Stortinget i april.

Den norske tannhelsemodellen er en suksesshistorie. Dagens organisering, med en sterk offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende markedsbasert privat tannhelsetjeneste, har bidratt til å utjevne de sosiale ulikhetene i tannhelsen, ved at alle får et likeverdig tilbud. Norge har god tannlegedekning, og andelen som regelmessig oppsøker tannlege er meget høy. Alt dette har ført til at befolkningen i dag stort sett har meget god tannhelse. Men fortsatt arbeider vi for at den norske tannhelsemodellen skal bli enda bedre, gjennom en trygdeordning som omfatter flere og som treffer mer presist enn i dag.

Vi ser noen muligheter i forslaget. Samarbeidet med den kommunale helsetjenesten kan forenkles, og tannhelsetjenesten kan få en sterkere rolle i folkehelsearbeidet. De gruppene som har krav på tannhelsetjenester, har kommunene i dag allerede ansvar for på det øvrige helseområdet, og det kan være fordelene med å være på samme forvaltningsnivå som de øvrige helse-tjenestene. Likevel behandler stortingsmeldingen spørsmålet kort og helt overfladisk, og det er fortsatt svært mange ubesvarte spørsmål – spørsmål som ikke er utredet, og som vi ikke kan se i det hele tatt er vurdert.

Eksempelvis er påstanden om at «det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester» med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester ikke dokumentert. Dersom vi skal gjøre endringer, må vi være sikre på at de fører til minst like god tannhelse som i dag – og aller helst enda bedre.

Hva innebærer «større og mer robuste» kommuner? Det er ennå høyst

usikkert hvordan kommunekartet vil se ut i fremtiden. Hva vil en overføring av tannhelsetjenesten til kommunene bety for tilbudet og tilgjengeligheten ute i distriktene? Det er alt i dag mange kommuner som ikke har et tilbud. Hvordan sikrer vi helhet og likeverdighet i tilbudet, når ansvaret deles mellom mange kommuner? Hvordan unngår vi en økning i administrasjon, byråkrati og samordningskostnader når ansvaret flyttes fra dagens 19 fylkesenheter til flere hundre kommuner? Hvordan vil en overføring påvirke struktur, rekruttering og tjenestekvalitet i ulike regioner? Hva blir de samlede konsekvensene, ikke minst økonomisk, dersom mange kommuner hver for seg velger å privatisere eller konkurranseutsette sine tannhelsetjenester? Hvilke kommuner skal få ansvaret for spesialisttannhelsetjenestene? Hvordan skal disse samordnes og ses i sammenheng på nasjonalt plan? Hvordan vil samarbeidet med utdanningsinstitusjonene påvirkes? Hva vil skje med de regionale odontologiske kompetansesentrene?

Spørsmålene er mange og konsekvensene er uklare. Saken er ikke utredet.

Vi har derfor foreslått at Stortinget i stedet for å beslutte at man SKAL flytte oppgaven, og utrede HVORDAN det skal gjøres, heller vedtar at det skal utredes OM tannhelseansvaret bør flyttes, og HVILKE KONSEVENSER en eventuell flytting vil få.

Det er interessant og relevant å diskutere endringer når samfunnet rundt oss endres. NTF ønsker derfor å bidra i et slikt utredningsarbeid, for å sikre at de gode resultatene av den norske tannhelsemodellen videreføres.

Camilla Hanser Stenum

Kasper Dahl Kristensen og Peter Stoustrup

Juvenil idiopatisk artritt – hva en tannlege bør vite

Juvenil idiopatisk artritt (barneleddgikt) er en sykdom karakterisert ved nedsatt mobilitet og leddsmarter av lengre enn seks ukers varighet hos barn under 16 år. Der finnes cirka 1000 barn i Norge med diagnosen. Affisering av kjeveleddene før ansiktsveksten opphører kan medføre craniofaciale vekstforstyrrelser med en karakteristisk underkjevetretognati. Siden kjeveleddene tilhører tannlegens ansvarsområde, er det viktig å ha kjennskap til denne patologiske tilstanden ettersom tidlig diagnostikk er viktig for den prognostiske vurderingen.

Denne oversiktsartikkelen opplyser om terminologi, komplikasjoner, symptomer, klinisk utseende, diagnostikk, behandlingsmuligheter samt andre tannlegerelevante forhold. Kjeveleddet spiller en sentral rolle for mange pasienter med juvenil idiopatisk artritt og vil bli beskrevet i større detalj.

Juvenil idiopatisk artritt (JIA) er en kronisk inflammatorisk sykdom med ukjent etiologi, som begynner før det 16. leveår, varer mer enn seks uker og hvor andre systemiske sykdommer kan utelukkes (1, 2). JIA er den hyppigst forekommende kroniske revmatologiske lidelse i barndommen.

JIA er en klinisk diagnose og en fellesbetegnelse for flere kroniske sykdommer som alle inneholder artritt, og ikke har andre kjente årsaker (artritt: hevelse av et ledd eller nedsatt bevegelighet med symptomer som ikke skyldes mekanisk skade eller andre kjente årsaker (2)).

Forfattere

Kasper Dahl Kristensen, spesialisttannlege i kjeveortopedi, PhD. Forskningskoordinator og kjeveortoped hos Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, Rogaland, Stavanger, Norge og Post Doc på Seksjon for Ortodonti, Odontologisk Institutt, Aarhus Universitet, Aarhus, Danmark

Peter Stoustrup, tannlege, PhD. Tannlege under spesialistutdanning i kjeveortopedi samt forsker på Seksjon for Ortodonti, Odontologisk Institutt, Aarhus Universitet, Aarhus, Danmark.

Sykdommen er første gang beskrevet i litteraturen av G. F. Still i 1897 (3). Det har vært en del forvirring om og endring av nomenklatur gjennom tidene, og tidligere ble juvenile chronic arthritis, juvenile rheumatoid arthritis, Stills disease, childhood chronic arthritis brukt, men i 1997 satte en arbeidsgruppe under ILAR (International League of Associations for Rheumatology) opp definisjoner for syv undergrupper (4) og disse kriteriene er siden blitt revidert (2). Den samlede sykdomsbetegnelsen ble juvenile idiopathic arthritis. Undergruppene i JIA er beskrevet i tabell 1.

JIA i Skandinavia

En stor felles-nordisk undersøkelse fra 2003 (5) viste at insidensen av JIA i Skandinavia varierer mellom 7 og 23/100000 barn, lavest på Island og høyest i Nord-Norge. Prevalensen er 60–80/100000. Sykdommen har en median debutalder på 6,8 år (25 % og 75 % percentiler: 2,8 og 10,8 år). Det finnes dog store variasjoner mellom undergruppene. Gutt: Jente (G: J) ratio er 2: 3, hvis man ser samlet på JIA-gruppene; men med store variasjoner innenfor de forskjellige undergruppene. I så måte er G: J-ratioen 1: 1 for den systemiske formen, motsatt en 6: 1 G: J-ratio for barn med entesitt-relatert artritt (1, 5). Den hyppigste formen for JIA i Norge er den oligoartikulære formen, etterfulgt av den polyartikulære form (5).

Hovedbudskap

- Barneleddgikt er den hyppigste revmatologiske sykdom i barnealder med cirka 1000 barn med sykdommen i Norge.
- Kjeveleddsgikt er hyppig i barneleddgikt.
- Kjeveleddsgikt i JIA medfører ofte, men ikke alltid, endringer i craniofacial vekst.
- Tidlig diagnostikk er viktig for prognosen av behandling av kjeveleddsgikt.
- Behandlingen av JIA-pasientene er en multidisiplinær oppgave som ivaretas av spesialister innen revmatologisk pediatri, oftalmologi, kjeveortopedi, radiologi, barneortopedi samt av fysioterapeuter.

Tabell 1. Klassifikasjon av JIA-undergruppene. Etter seks uker med artritt kan en pasient få en JIA diagnose, men etter seks måneder kan den oligoartikulære/fåleddstypen endres til persistente eller utvidet oligoartikulær artritt. I parentes er den prosentvise forekomst av JIA-undergruppene etter ILAR kriteriene i Skandinavia angitt (tal fra Berntson et al.)(1, 2).

Systemisk artritt: (4 %)

Artritt i et eller flere ledd i minimum to uker etterfulgt av en systemisk tilstand med et karakteristisk intermitterende febermønster og med minst et av følgende symptomer:

1. Erytematøst utslett på ekstremitetene og truncus
2. Generell forstørrede lymfeknuter
3. Hepatomegali og/eller splenomegali
4. Serositis.

Oligoartikulær artritt (tidligere pauciartikulær) (fåleddstypen): (46 %)Artritt i 1–4 ledd gjennom de første seks mnd. av sykdomsforløpet. Kan etter seks mnd. deles inn i:

1. Persisterende oligoartikulær artritt. Stadig 1–4 ledd affisert
2. Utvidet oligoartikulær artritt. Progresjon av sykdommen til flere enn fire ledd.

Polyartikulær artritt (mangeleddstypen):

(21 %)Artritt i fem eller flere ledd i sykdommens første seks uker. Kan deles inn i:

1. Negativ revmatoid faktor (RF \pm)
2. Positiv revmatoid faktor (RF+)

Psoriasisartritt: (3 %)

Artritt og psoriasis, eller artritt og minst to av følgende:

1. Dactylitis (inflammasjon i finger eller tær)
2. Onycholysis (løsning av negler)
3. Psoriasis i nærmeste familie.

Entesitt-relatert artritt: (4 %)

Artritt og entesitt (inflammasjon i senefestet på periost).

Udefinerbar artritt: (22 %)

En kategori hvor sykdommen passer inn i ingen, to eller flere av ovenstående kategorier.

Etiologiske faktorer

Som navnet juvenil idiopatisk artritt indikerer, er etiologien til sykdommen ukjent (6). De siste år har genetiske studier påpekt sterke assosiasjoner på en multigenetisk komponent, og genomic wide association-studier har påvist 237 gener som er overrepresentert i en JIA-populasjon (7). Andre triggere nevnt er infeksjonse agens (både bakterier og virus), røyking under graviditet, samt geografiske mønstre. En endelig forklaring på etiologi og patogenese er ikke funnet, men det er sannsynligvis snakk om en multifaktoriell årsakssammenheng hos et genetisk disponert individ (7, 8).

Generell diagnostikk og differensialdiagnostikk

Behandlingen av JIA-pasientene er en multidisiplinær oppgave som ivaretas av spesialister innen revmatologisk pediatri, oftalmologi, kjeveortopedi, radiologi, barneortopedi og fysioterapeuter. Det finnes ikke sikre karakteristika for JIA, så en grundig anamnese og objektiv klinisk undersøkelse skal sikre en korrekt

diagnostikk samt utelukke differensialdiagnoser. Laboratorieundersøkelser kan bidra til å differensialdiagnostisere, men er ikke avgjørende for diagnosen, da kun ca. 5 % av JIA-pasientene har en positiv revmatoid faktor (9). Dette er i sterk kontrast til revmatoid artritt hos voksne hvor over 80 % har positiv revmatoid faktor. Denne forskjellen er veldig viktig, og noe som mange fastleger dessverre ikke er klar over. Det er derfor en del barn som blir undersøkt av fastlegene der disse avviser JIA-diagnosen fordi revmatoid faktor er negativ. Dette forsinker dessverre diagnosen og relevant behandling hos disse pasientene.

Generelle komplikasjoner og problemer

Hele bevegelsesapparatet, og spesielt de store leddene, kan være involvert, og smerter med generell nedsatt bevegelighet er en konsekvens av sykdommen. Videre er regnbuehinnebetennelse i øyet (iridoeyklitt) en risiko, og derfor er øyelegene involvert i kontrollundersøkelsene (9). Bivirkningene ved medisineringen er ofte omfattende. Barn med JIA undersøkes på de (barne)revmatologiske avdelinger i bl.a. Oslo, Bergen, Haugesund, Trondheim og Tromsø, hvor det tas stilling til sykdomsprogresjon og medisinerings. Monitorering, blodprøver osv. foretas i noen grad hos egen lege eller nærmeste sykehus, og disse rapporterer så til de ansvarshavende på sykehusene hvis det er nødvendig.

Sykdommen kan være en invalidiserende tilstand. Ikke bare merkes symptomene fysisk, men manglende forståelse fra omgivelsenes er også et problem. Dette bygger på en uvitenhet fra pasientens sosiale nettverk. Et stort problem for pasientene er variasjonen av de fysiske symptomer som sees; det å være i stand til å være fysisk aktiv en dag, for dagen etter å være avhengig av en rullestol, er ikke uvanlig. På landsplan finnes blant annet en aktiv pasientforening (Barne- og ungdomsrevmatikergruppe (BURG)) for både pasienter og pårørende, som ut over sosiale arrangementer, forsøker å formidle opplysninger om JIA. Ønsker man ytterligere informasjon om hvordan det er å være JIA-pasient eller pårørende viser vi til deres hjemmeside (<http://www.burg.no>).

Behandling i legeregi

Behandlingen er palliativ og er primært rettet mot å dempe smerter og stivhet, samt forebygge skader på ledd og organer. Medisinsk anvendes oftest først non-steroid anti-inflammatoriske stoffer som naproxen og ibuprofen. Som lokal behandling av enkelte ledd brukes leddpunktur og intraartikulære (i.a.) steroidinjeksjoner i stort omfang, hvor leddet dreneres for overflødig synovialvæske. Drenasje av 20 ml eksudat fra et kneledd er ikke uvanlig. Initialt, men også på lengre sikt, har denne behandlingsformen en god virkning (10). I spesielt vanskelige tilfeller, blant annet ved den systemiske formen, eller ved alvorlige komplikasjoner av JIA som ved iridocyklitt, anvendes systemisk steroid.

For å dempe artritt-aktiviteten brukes «disease modifying anti-rheumatic drugs» (DMARDs). Lave doser av medikamentet methotrexat (et anti-folinsyrecytostatikum) har i mange år vært brukt som det foretrukne DMARD til tross for til tider betydelige bivirkninger.

Siden introduksjonen av immunmodulerende tumor-nekrosis faktor (TNF)- α -hemmere som etanercept og adalimumab eller interleukin-1 hemming med anakinra eller canakinumab for cirka 15 år siden har den medisinske inflammasjonskontrollen blitt mye bedre, og pasienten er klinisk mindre plaget av følgene av gikten. Det sees generelt god klinisk effekt av de biologiske preparatene, og de brukes i større og større omfang til pasienter som ikke har respondert på konvensjonell ikke-steroid antiinflammatorisk middel (NSAID), lokale steroidinjeksjoner og/eller methotrexat-behandlinger (9, 11, 12). Den systemiske formen for JIA har god respons på behandling med en interleukin-6 blokkade med tozilizumab hvilket understreker at JIA ikke bare er én sykdom, men flere sykdommer med forskjellig etiologi, prognose og behandling (13). Til tross for aggressiv medisinsk terapi finnes dog ofte tegn til inflammasjon på kontrastforsterket MR-skanninger av kjeveleddene, og det har vært foreslått at kjeveleddet er mere behandlingsresistent enn andre perifere synovialledd (14). Hvorvidt disse diagnoser basert utelukkende på kontrastforsterket MR virkelig viser en sann inflammasjon debatteres i fagmiljøene, da det er mulig at det diagnostiseres for mange pasienter ved denne metode (15, 16).

Non-farmakologiske metoder som orto-, fysio- og ergoterapi spiller også en viktig rolle for å opprettholde musklens og ledenes funksjon og mobilitet (9).

Prognose

Man har tidligere trodd at JIA «brenner ut» i slutten av ungdomsårene. Likevel sees bedring bare hos 23–70% av JIA-pasientene. JIA-type, sykdomsvarighet og kjønn er parametre som influerer på den endelige prognosen. Best prognose sees ved persisterende oligoartikulær artritt og dårligst ved polyartikulær artritt med tidlig sykdomsdebut (17–19). Behandling av TMJ-artritt i barnealderen er ofte av lang varighet, og utfallet av behandlingen vil avhenge av mange faktorer.

Kjeveleddsinvolvering

Articulationes temporomandibulares (TMJs) er synoviale ledd, og kan som resten av kroppens ledd også involveres hos pasienter med JIA. TMJ-involvering er hyppig, og ved konvensjonell radiologi sees patologiske forandringer av caput mandibulae i varierende grad mellom 30–62% (20). Den samlede gruppen av pasienter med TMJ-involveringer er dog større enn 62%, siden MR-skanninger med kontrast viser inflammatoriske forandringer opp mot 87% av populasjonen (21). Det er dog vanskelig å fastsette presist hvor stor del av en pasientgruppe som har involveringer da seleksjonen av pasienter for de ulike studiene (gruppestørrelse, JIA grupper, alder, sykdomsvarighet osv. vil endre på prosentsetter), metodene anvendt til diagnostikk og follow-up tid vil influere kraftig på resultatene. I et langtidsstudie på 27 år av Arvidsson et al. fant de en forekomst på mellom 70–75% (15, 22) og det tallet er nok mer korrekt enn tall fra de mindre studiene. Det er dog ikke alle disse pasientene som vil ha problemer med kjeveleddene. Videre viser undersøkelser at vekstforstyrrelser av mandibelen kan forekomme uten radiologisk synlige forandrin-

ger av selve kondylhodene (23, 24). Det sees flest TMJ-affiserte pasienter i den polyartikulære gruppen, og her forventes mest uttalt involvering av kondylhodene (20, 25). Tidligere blev de patologiske forandringene kaldt «erosjoner», men i dag er det mer oppfatningen at hos barn i vekst er det sannsynligvis ikke så mye erosjoner vi ser, men heller en endret vekst/utvikling. Dyreeksperimentelle studier har også foreslått dette (26).

Det er bare en svak korrelasjon mellom MRI-/radiologiske funn og kliniske symptomer for kjeveleddsinvolvering ved JIA. Derfor er bildediagnostikk veldig viktig for å få en korrekt diagnose. Symptomene er ofte manglende eller svake, og kun 20–30% har symptomer og nedsatt gapeevne (27–29).

Hos cirka en tredjedel av pasientene med TMJ-affeksjon vil involveringen være unilateral (20, 30). Dette kan medføre en asymmetrisk vekst som er vanskelig å korrigere ved senere kjeveortopedisk og/eller kirurgisk behandling (20).

I de fleste tilfeller er JIA-diagnosen stilt av barnerevmatologen, men for tannlegen er det viktig å ha kjennskap til diagnosen hos pasienter med orofasiale symptomer, da TMJ kan være det første leddet som affiseres. Med cirka 1000 JIA-pasienter i Norge er det som tannlege ikke usannsynlig å ha slike pasienter blant sine andre pasienter. Omtrent 30% av tenåringer har temporomandibulære dysfunksjoner (TMD) (31), så differensialdiagnostikk mellom «vanlig TMD» og orofasiale symptomer forårsaket av JIA kan være vanskelig. For TMD er muskelømheter og klikking/krepitasjon de vanligste plagene, mens smerter ved palpasjon av TMJ, samt nedsatt funksjon er uvanlig (31). Morgenstivhet i ledd generelt, hevet hudtemperatur over leddene, leddhevelser, smerter ved bevegelser samt nedsatt funksjon og asymmetrisk åpning av munnen kan alle være symptomer på JIA, og ved slike funn bør man alltid foreta en grundig anamnese samt en objektiv og subjektiv undersøkelse. Ved mistanke om en ikke-diagnostisert underliggende patologi, bør det henvises til lege med en beskrivelse av de kliniske funn, samt en tentativ diagnose. Pasienten bør også, om mulig, undersøkes av en tannlege med erfaring innenfor behandling av pasienter med JIA-involveringer av TMJ (32). Dessuten er det viktig kunnskap at JIA-pasienter i gjennomsnitt har en dårligere munnhygiene enn de sammenlignbare aldersgrupper (33, 34). Det anbefales derfor å kontrollere pasientene hyppigere og implementere et høyere profylaksenivå med blant annet ekstra motivasjon og instruksjon i munnhygiene, fisurforsøglinger, fluorapplisering osv.

Konsekvens av TMJ-affisering

Craniofacial utvikling og vekst er et produkt av genetiske, epigenetiske og miljømessige faktorer, og enhver epigenetisk og miljømessig påvirkning kan endre normal utvikling. Barn med JIA-involvering av kjeveleddene opplever ofte vekstproblemer i det craniofaciale kompleks (20, 24, 35–38). Jo yngre barnet er ved sykdomsdebut, desto større er risikoen for at barnet utvikler TMJ-involvering gjennom sykdomsforløpet (23, 25, 36, 37). Skeletale og dentoalveolære forandringer sees mest uttalt for mandibelen, hvor det radiologisk sees involvering av caput mandibulae, reduksjon av posterior ansiktshøyde som følge av redu-

sert ramushøyde, posterior mandibulær inklinasjon, mandibulær retrognati, øket kjevevinkel, benapposisjon i det angulusområde, anteriort åpent bitt (som kan kompenseres dentoalveolært hos pasienter i vekst om den foregår over tid), samt horisontalt overbitt. Resultatet av disse forandringene kan gi JIA-pasientene et karakteristisk retrognat «Bird-face»-utseende. Figur 1 viser resultatet av en langvarig unilateral TMJ-involvering i frontalplanet; her sees at midtlinjen i underkjeven har gått mot den affiserte side, ramus er tydelig kortere og okklusalplanet er skeivt opp til høyre side. En malokklusjon som denne er veldig vanskelig å korrigere, da vi fortsatt ikke kan forvente normal vekst og utvikling på høyre side. Det sees også at bløtvevene (muskler, fett og hud) til dels kompenserer den skeletale asymmetri idet asymmetrien lettere sees på conebeam-CT skanningen.

Maksillen viser kun i mindre grad forstyrrelser i veksten, men det er rapportert i litteraturen om en sekundær forminsket vertikal maksillær dimensjon (39). Endringene i maksillens vekst er fortrinnsvis av kompensatorisk karakter som følge av mandibelens endrede morfologi og funksjon.

Vekstforstyrrelsene menes å oppstå fordi en viktig mandibulær vekstsoner er lokalisert intramembranøst på caput mandibulae og en inflammasjon i dette leddet vil derfor kunne påvirke denne sonen og forårsake en endret/reduert vekst. Denne intraartikulære plassering er unik for kjeveleddet og dermed forskjellig fra kroppens andre ledd, hvor vekstsonene er plassert utenfor leddkapslene, og i så måte oftest ikke er påvirket i samme grad av en intrakapsulær artritt. Den nedsatte muskulære funksjonen påvir-

ker også mandibelens vekst ettersom mekaniske stimuli på brusker og knokler endres.

Ved Universitet i Oslo har det i mange år vært et kunnskapsrikt miljø omkring billediagnostikk innenfor TMJ-involvering ved JIA med professor Tore A. Larheim i spissen. Her har man opparbeidet et unikt pasientmateriale over mange år, og langtidsstudier derfra har vist at kjeveleddsinvolveringer er hyppige og at prevalensen økes med alderen, men også at det er en mulighet for forbedringer hos noen pasienter (15, 22). Dessuten er vekstforstyrrelsene meget individuelle, og selv om det har vært tidlig involvering kan det forekomme normal vekst (22). En årsak til dette kan være det store spennet som finnes i normalpopulasjonen, og derfor kan mindre avvik stadig være innenfor normalen. Studier som disse bidrar i stor grad til vår forståelse av konsekvenser av kjeveleddsartritt både for subjektive og objektive effektmål.

Spesialistens behandling

Som nevnt, er diagnostisering og tidlig oppstart av behandling av essensiell betydning for den langsiktige prognosen. Dette gir kjeveortoped en mulighet for vekstadaptasjon i den juvenile vekstperioden, så de samlede vekstforstyrrelsene reduseres (initial behandling) (40). Dermed kan senere kjeveortopedisk og muligvis kombinert kjeveortopedisk/kirurgisk behandling (sen behandling) begrenses, eller til og med unngås (41). Det finnes ikke noe entydig svar på hvordan man best behandler JIA-pasienten med funksjonskjeveortopedisk apparaturer (42).

Ved pasienter med orofasiale smerter er smertelindring, som alltid, viktig da smertereduksjon normaliserer muskelfunksjonen, som er en forutsetning for normal vekst (43). Den farmakologiske behandlingen foregår i legeregi, mens kjeveortoped har følgende individuelt tilpassede behandlingsmuligheter:

Skinnebehandling med en refleksfrigjørende stabiliserings-skinne (hard bittskinne) kan gis til pasienten i tidlig alder ved klager over muskulære symptomer. En hard bittskinne har vist varierende resultater spesielt mot hodepine- og muskelsymptomer, men med mindre effekt på leddsmerter (44, 45). Indikasjonen for denne behandlingen i JIA-regi er derfor primært å lindre muskelsymptomer, og samtidig oppnå en korrekt muskulær funksjon, noe som reduserer de funksjonelt betingede vekstforstyrrelser av mandibelen (46). Effekten av behandling med en hard bittskinne er vist å være tilsvarende som ved i.a. steroidinjeksjoner (46). Behandlingen er likevel langt fra perfekt, men er en billig behandling som alle tannleger kan iverksette.

Funksjonell behandling: distraksjonsskinne har vært brukt til JIA pasienter siden 1995 (36). Den viktigste effekten av skinnen er at den gir mulighet for å unngå dentale kompensasjoner av skeletale avvik, da det ofte er de spontane dentale kompensasjonene som senere krever store kjeveortopediske dekompensasjoner av okklusalplanet (med mulig kombinert ortognatisk kirurgi) i både sagittalplanet og koronalplanet. Det har tidligere vært postulert, at den virker ved å strekke leddkapselen og musklene, og dermed reduserer belastningen av TMJ. Dette kan gi en kontinuerlig distraksjonseffekt på leddet ettersom den posteriore skinne



Figur 1. 12 år gammel jente med langvarig TMJ artritt i høyre TMJ. Dette har medført at utviklingen og veksten i høyre side er blitt redusert: ramus er kortere, okklusalplanet går opp i høyre side og midtlinjen er avvikende mot den affiserte side. Behandlingen her vil være av funksjonell karakter med det formål å stabilisere/normalisere okklusalplanet i maksillen ved hjelp av en distraksjonsskinne. Dette vil medføre et lateralt åpent bitt i denne del av behandlingen, men dette lukkes med en aktivator senere. Etter dette må pasienten igjennom behandling med full fast apparatur for å skape en god intercuspidasjon. Gjennom hele behandlingen må pasienten følges opp med kontroll av giktaktiviteten og behandlingen kan pauseres om det kommer aktiv artritt med symptomer igjen. Som det sees er behandlingen her langvarig, komplisert og krever veldig bra samarbeid fra pasient og dennes familie. Se mer under «spesialistens behandling».

høyde gradvis økes. Dette vil så kunne stimulere kondylær vekst og dermed en øket ramushøyde samt en anterior rotasjon av mandibelen. Nyere forskning viser at det sannsynligvis er forhindring av dentale kompensasjoner som er den primære effekten av behandlingen (40).

Distraksjonen kan utføres både uni- og bilateralt alt etter TMJ-involveringen; en fullt normalisert vekst oppnås sjelden, men det er vist at det kan forventes å unngå ytterligere vekstforstyrrelser (40). Skinnen brukes døgnet rundt. Det er viktig at behandlingen igangsettes i pasientens vekstperiode, og før det forekommer kraftig forandring av kondylhodene. Når barnet når den pubertale vekstspurten, iverksettes en behandling med korreksjon og modellering av den craniofaciale veksten med mer vanlig funksjonell apparatur som aktivatorer eller Herbst/MALU-type apparatur, ofte etterfulgt av en periode med fast apparatur (24). Med disse metodene sees primært dentoalveolære kompensatoriske endringer, og ikke tydelig forbedrede basale forhold (42).

Intraartikulære steroidinjeksjoner brukes som tidligere nevnt flittig hos barnerevmatologene, men siden TMJ er forskjellig fra kroppens andre ledd med tanke på embryologi, beinformasjon, modning, type av brusk og mekanisk funksjon (41), bør erfaringer fra andre ledd ikke direkte overføres til TMJ for personer i vekst. Bruken av i.a. steroid debatteres flittig blant forskere innenfor JIA og TMJ. I.a. steroidinjeksjoner reduserer inflammasjonen i kjeveleddene (47, 48), men forholdet mellom bivirkninger og positive effekter av steroider er stadig uavklart for disse leddene (49). Dyreeksperimentelle studier har vist at det er mulig at behandlingen med i.a. steroid forverrer den craniofaciale veksten mer enn ubehandlet gikt (50, 51), og et nylig konferanseabstract (hvor artikkelskrivning er i gang) fra Zürich-gruppen av TMJ-JIA-forskere har også påvist en mindre vertikal utvikling av den posteriore ramushøyden hos pasienter etter steroid-injeksjoner (52).

Nylig har norske Heming Olsen-Bergem og medarbeidere vist at det er mulig at arthrocentese som utføres umiddelbart innen injeksjon av steroid, har like god effekt for kliniske forbedringer for pasientene som hvis det i tillegg gis steroid (53). De studier som til dato har vist resultater for behandling med i.a. steroid, er alle med lav evidens og varierende resultater, og det er ikke vist at steroid har en god effekt på lang sikt (49).

I litteraturen finnes positive resultater mellom fysioterapi og «vanlig TMD» (54), men det finnes ingen publikasjoner omkring fysioterapi og JIA i kjeveleddene. Fysioterapi kunne tenkes å ha en positiv effekt på leddmobiliteten og de muskulære symptomene, hvilket kan normalisere funksjonen av mandibelen og dermed også påvirke den craniofaciale utvikling.

Hvis JIA-diagnosen ikke er stilt i pasientens vekstperiode, eller den initiale behandlingen ikke er tilstrekkelig, er ortognatkirurgisk behandling en mulighet (55). En sen behandling har ofte store omkostninger, både for samfunnet og for pasientene. En nøye planlagt interseptiv behandling påbegynt før den juvenile vekstperiode avsluttes er derfor å foretrekke.

I Norge er kjeveortopedisk behandling forbundet med kostnader for pasientene. Ved kjeveleddsinvolvering ved JIA og

behandling av disse kan pasientene plasseres i HELFOs takstgruppe 8-A2 (ervertet craniofacial lidelse) hvor der er en refusjon på 100 % av honorartakstene. Det vil likevel ofte være en utgift for pasientene i form av et mellomlegg mellom honorartakstene og den enkelte kjeveortopedes honorarer. Pasienter med JIA og malokklusjoner som ikke direkte kan relateres til JIA, vil bli plassert i HELFO-gruppene som andre pasienter.

For å undersøke effekten av behandlinger på inflammasjonskontroll, symptomlindringer og mandibulær vekst er det satt i gang studier både nasjonalt i Norge (samarbeid mellom forskere og behandlere bl.a. Bergen, Oslo, Stavanger, Tromsø og Trondheim) og på internasjonalt plan. Forfatterne av denne artikkel er sammen med forskere fra bl.a. Oslo og Tromsø medlemmer av et internasjonalt nettverk (EUROtmJOINT) hvor det arbeides aktivt med multisenterstudier innen etiologi, diagnostikk og behandling av kjeveleddsinvolveringer ved JIA for å øke kvaliteten på forskningen. Dette nettverket ble initiert i Oslo i 2010 av professor Tore A. Larheim, kjeve- og ansiktsradiolog, professor Bjørn Øgaard, kjeveortoped og professor Tore Bjørnland, oralkirurg. Siden den gang har det vært holdt en rekke europeiske møter hvor det har vært arbeidet med å oppnå konsensus om behandlingsstrategier, og å måle effektene av disse behandlingene. Samarbeider som dette er helt essensielle for å imøtekomme kravene til evidensbasert praksis og good-clinical-practice innen kompliserte sykdommer og pasientforløp som dette. Derfor er en sentralisering av behandlingstilbudet, også for behandling av kjeveleddene, et viktig element i det å tilby pasientene best mulig behandling og oppfølging.

Oppsummering

JIA er en sykdom med multifaktoriell etiologi som potensielt kan ha store implikasjoner for utviklingen av det craniofaciale komplekset. Som behandler av kjeveledd ved JIA er det primære målet å holde pasientene smertefri, normalisere funksjonen i det orofasiale komplekset, og unngå dental kompensering av skeletale avvik som senere skal dekomponeres med større ortognat kirurgiske inngrep. Det er viktig at pasientene blir fulgt opp og at adekvat medisinsk behandling tilbys. Som allmenntannlege kan man i perioder med akutte funksjonsproblemer/symptomer tilby behandling med en hard bittskinne for symptomlindring, samt henviser til relevant lege eller annen spesialist for ytterligere behandling. Dessuten skal man være oppmerksom på at munnhygienien ofte er dårligere enn hos jevnaldrende, og derfor bør det være økt fokus på profylaktiske tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Takk

Vi ønsker å takke tannlege, PhD, Trond Storesund (forskningskoordinator hos Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest, avdeling Rogaland) for hjelp med oversettelse fra dansk til norsk, og språklig korreksjon.

English summary

Kristensen KD, Stoustrup P.

Juvenile Idiopathic Arthritis

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 412–8.

Juvenile Idiopathic Arthritis is an auto-immune disease characterized by reduced mobility and articular pain persisting for more than six weeks in children below the age of 16 where other diseases can be excluded. There are approximately 1.000 children with the disease living in Norway. Involvement of the temporomandibular joints before the end of active growth can cause craniofacial growth disturbances producing a characteristic mandibular retrognathism. Because the temporomandibular joints are a part of the general dentist practitioner's responsibilities knowledge about this pathological condition is crucial as early diagnosis is of great importance for the long-term prognosis.

This review describes terminology, complications, symptoms, clinical appearance, diagnosis, treatment possibilities and with information specifically relevant for dentists. The temporomandibular joint arthritis and treatment often plays a central role for juvenile idiopathic arthritis patients and is described in greater detail.

Referanser

- Berntson L, Fasth A, Andersson-Gare B, Kristinsson J, Lahdenne P, Marhaug G, et al. Construct validity of ILAR and EULAR criteria in juvenile idiopathic arthritis: A population based incidence study from the nordic countries. International league of associations for rheumatology. European league against rheumatism. *J Rheumatol.* 2001 Dec; 28(12): 2737–43.
- Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International league of associations for rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: Second revision, edmonton, 2001. *J Rheumatol.* 2004 Feb; 31(2): 390–2.
- Still GF. On a chronic form of chronic joint disease in children. *Medico-Transact.* 1897; 80: 47–59.
- Petty RE, Southwood TR, Baum J, Bhattay E, Glass DN, Manners P, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol.* 1998 Oct; 25(10): 1991–4.
- Berntson L, Andersson Gare B, Fasth A, Herlin T, Kristinsson J, Lahdenne P, et al. Incidence of juvenile idiopathic arthritis in the nordic countries. A population based study with special reference to the validity of the ILAR and EULAR criteria. *J Rheumatol.* 2003 Oct; 30(10): 2275–82.
- Andersson Gare B. Juvenile arthritis--who gets it, where and when? A review of current data on incidence and prevalence. *Clin Exp Rheumatol.* 1999 May-Jun; 17(3): 367–74.
- Cobb JE, Hinks A, Thomson W. The genetics of juvenile idiopathic arthritis: Current understanding and future prospects. *Rheumatology (Oxford).* 2014 Apr; 53(4): 592–9.
- Forre O, Smerdel A. Genetic epidemiology of juvenile idiopathic arthritis. *Scand J Rheumatol.* 2002; 31(3): 123–8.
- Herlin T. Juvenile idiopathic arthritis. *Ugeskr Laeger.* 2002 Aug 19; 164(34): 3941–6.
- Cleary AG, Murphy HD, Davidson JE. Intra-articular corticosteroid injections in juvenile idiopathic arthritis. *Arch Dis Child.* 2003 Mar; 88(3): 192–6.

- Horneff G. Update on biologicals for treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Expert Opin Biol Ther.* 2013 Mar; 13(3): 361–76.
- Lovell DJ, Reiff A, Ilowite NT, Wallace CA, Chon Y, Lin SL, et al. Safety and efficacy of up to eight years of continuous etanercept therapy in patients with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008 May; 58(5): 1496–504.
- Ringold S, Weiss PF, Beukelman T, Dewitt EM, Ilowite NT, Kimura Y, et al. 2013 update of the 2011 american college of rheumatology recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: Recommendations for the medical therapy of children with systemic juvenile idiopathic arthritis and tuberculosis screening among children receiving biologic medications. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013 Oct; 65(10): 1551–63.
- Stoll ML, Good J, Sharpe T, Beukelman T, Young D, Waite PD, et al. Intra-articular corticosteroid injections to the temporomandibular joints are safe and appear to be effective therapy in children with juvenile idiopathic arthritis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012 Aug; 70(8): 1802–7.
- Arvidsson LZ, Smith HJ, Flato B, Larheim TA. Temporomandibular joint findings in adults with long-standing juvenile idiopathic arthritis: CT and MR imaging assessment. *Radiology.* 2010 Jul; 256(1): 191–200.
- von Kalle T, Winkler P, Stuber T. Contrast-enhanced MRI of normal temporomandibular joints in children--is there enhancement or not? *Rheumatology (Oxford).* 2013 Feb; 52(2): 363–7.
- Zak M, Pedersen FK. Juvenile chronic arthritis into adulthood: A long-term follow-up study. *Rheumatology (Oxford).* 2000 Feb; 39(2): 198–204.
- Guillaume S, Prieur AM, Coste J, Job-Deslandre C. Long-term outcome and prognosis in oligoarticular-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2000 Aug; 43(8): 1858–65.
- Guzman J, Oen K, Tucker LB, Huber AM, Shiff N, Boire G, et al. The outcomes of juvenile idiopathic arthritis in children managed with contemporary treatments: Results from the ReACCh-out cohort. *Ann Rheum Dis.* 2014 May 19.
- Pedersen TK, Jensen JJ, Melsen B, Herlin T. Resorption of the temporomandibular condylar bone according to subtypes of juvenile chronic arthritis. *J Rheumatol.* 2001 Sep; 28(9): 2109–15.
- Kuseler A, Pedersen TK, Herlin T, Gelineck J. Contrast enhanced magnetic resonance imaging as a method to diagnose early inflammatory changes in the temporomandibular joint in children with juvenile chronic arthritis. *J Rheumatol.* 1998 Jul; 25(7): 1406–12.
- Arvidsson LZ, Fjeld MG, Smith HJ, Flato B, Ogaard B, Larheim TA. Craniofacial growth disturbance is related to temporomandibular joint abnormality in patients with juvenile idiopathic arthritis, but normal facial profile was also found at the 27-year follow-up. *Scand J Rheumatol.* 2010; 39(5): 373–9.
- Stabrun AE, Larheim TA, Hoyeraal HM, Rosler M. Reduced mandibular dimensions and asymmetry in juvenile rheumatoid arthritis. pathogenetic factors. *Arthritis Rheum.* 1988 May; 31(5): 602–11.
- Kjellberg H. Juvenile chronic arthritis. Dentofacial morphology, growth, mandibular function and orthodontic treatment. *Swed Dent J Suppl.* 1995; 109: 1–56.
- Larheim TA, Hoyeraal HM, Stabrun AE, Haanaes HR. The temporomandibular joint in juvenile rheumatoid arthritis. radiographic changes related to clinical and laboratory parameters in 100 children. *Scand J Rheumatol.* 1982; 11(1): 5–12.
- Kristensen KD, Hauge EM, Dalstra M, Stoustrup P, Kuseler A, Pedersen TK, et al. Association between condylar morphology and changes in bony microstructure and sub-synovial inflammation in experimental temporomandibular joint arthritis. *J Oral Pathol Med.* 2011 Jan; 40(1): 111–20.
- Stoustrup P, Kristensen KD, Verna C, Kuseler A, Herlin T, Pedersen TK. Orofacial symptoms related to temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis: Smallest detectable difference

- in self-reported pain intensity. *J Rheumatol.* 2012 Dec; 39(12): 2352–8.
28. Stoustrup P, Verna C, Kristensen KD, Kuseler A, Herlin T, Pedersen TK. Smallest detectable differences in clinical functional temporomandibular joint examination variables in juvenile idiopathic arthritis. *Orthod Craniofac Res.* 2013 Aug; 16(3): 137–45.
29. Abramowicz S, Susarla HK, Kim S, Kaban LB. Physical findings associated with active temporomandibular joint inflammation in children with juvenile idiopathic arthritis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Oct; 71(10): 1683–7.
30. Pearson MH, Ronning O. Lesions of the mandibular condyle in juvenile chronic arthritis. *Br J Orthod.* 1996 Feb; 23(1): 49–56.
31. Nielsen L, Melsen B, Terp S. Prevalence, interrelation, and severity of signs of dysfunction from masticatory system in 14–16-year-old danish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989 Apr; 17(2): 91–6.
32. Kuseler A, Pedersen TK, Gelineck J, Herlin T. A 2 year followup study of enhanced magnetic resonance imaging and clinical examination of the temporomandibular joint in children with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol.* 2005 Jan; 32(1): 162–9.
33. Waterhouse PJ, Thomason JM, Fitzgerald JF, Foster HE, Steen IN, Welbury RR. The dental attitudes, knowledge and health practices of patients with juvenile idiopathic arthritis. *Eur J Paediatr Dent.* 2005 Dec; 6(4): 202–8.
34. Leksell E, Ernberg M, Magnusson B, Hedberg-Magnusson B. Intraoral condition in children with juvenile idiopathic arthritis compared to controls. *Int J Paediatr Dent.* 2008 Nov; 18(6): 423–33.
35. Larheim TA, Haanaes HR, Ruud AF. Mandibular growth, temporomandibular joint changes and dental occlusion in juvenile rheumatoid arthritis. A 17-year follow-up study. *Scand J Rheumatol.* 1981; 10(3): 225–33.
36. Pedersen TK, Gronhøj J, Melsen B, Herlin T. Condylar condition and mandibular growth during early functional treatment of children with juvenile chronic arthritis. *Eur J Orthod.* 1995 Oct; 17(5): 385–94.
37. Karhulahti T, Ylijoki H, Ronning O. Mandibular condyle lesions related to age at onset and subtypes of juvenile rheumatoid arthritis in 15-year-old children. *Scand J Dent Res.* 1993 Oct; 101(5): 332–8.
38. von Bremen J, Ruf S. Juvenile idiopathic arthritis-and now?: A systematic literature review of changes in craniofacial morphology. *J Orofac Orthop.* 2012 Aug; 73(4): 265–76.
39. Stabrun AE. Impaired mandibular growth and micrognathic development in children with juvenile rheumatoid arthritis. A longitudinal study of lateral cephalographs. *Eur J Orthod.* 1991 Dec; 13(6): 423–34.
40. Stoustrup P, Kuseler A, Kristensen KD, Herlin T, Pedersen TK. Orthopaedic splint treatment can reduce mandibular asymmetry caused by unilateral temporomandibular involvement in juvenile idiopathic arthritis. *Eur J Orthod.* 2013 Apr; 35(2): 191–8.
41. Pedersen TK. Clinical aspects of orthodontic treatment for children with juvenile chronic arthritis. *Acta Odontol Scand.* 1998 Dec; 56(6): 366–8.
42. von Bremen J, Ruf S. Orthodontic and dentofacial orthopedic management of juvenile idiopathic arthritis: A systematic review of the literature. *Orthod Craniofac Res.* 2011 Aug; 14(3): 107–15.
43. Kreiborg S, Bakke M, Kirkeby S, Michler L, Vedtofte P, Seidler B, et al. Facial growth and oral function in a case of juvenile rheumatoid arthritis during an 8-year period. *Eur J Orthod.* 1990 May; 12(2): 119–34.
44. Forssell H, Kalso E. Application of principles of evidence-based medicine to occlusal treatment for temporomandibular disorders: Are there lessons to be learned? *J Orofac Pain.* 2004 Winter; 18(1): 9,22; discussion 23–32.
45. Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJ, Sloan P, Glenny AM. Stabilisation splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1)(1): CD002778.
46. Stoustrup P, Kristensen KD, Kuseler A, Verna C, Herlin T, Pedersen TK. Management of temporomandibular joint arthritis-related orofacial symptoms in juvenile idiopathic arthritis by the use of a stabilization splint. *Scand J Rheumatol.* 2014; 43(2): 137–45.
47. Kuseler A, Pedersen TK, Barlach J, Gelineck J, Sangill R, Melsen B, et al. Contrast-enhanced MRI compared to histological findings in the temporomandibular joint of antigen-induced arthritis in young rabbits. *Clin Exp Rheumatol.* 2004 Jul-Aug; 22(4): 441–6.
48. Kristensen KD, Stoustrup P, Kuseler A, Pedersen TK, Nyengaard JR, Hauge EM, et al. Quantitative histological changes of repeated antigen-induced arthritis in the temporomandibular joints of rabbits treated with intra-articular corticosteroid. *J Oral Pathol Med.* 2008 Aug; 37(7): 437–44.
49. Stoustrup P, Kristensen KD, Verna C, Kuseler A, Pedersen TK, Herlin T. Intra-articular steroid injection for temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis: A systematic review on efficacy and safety. *Semin Arthritis Rheum.* 2013 Aug; 43(1): 63–70.
50. Stoustrup P, Kristensen KD, Kuseler A, Gelineck J, Cattaneo PM, Pedersen TK, et al. Reduced mandibular growth in experimental arthritis in the temporomandibular joint treated with intra-articular corticosteroid. *Eur J Orthod.* 2008 Apr; 30(2): 111–9.
51. Stoustrup P, Kristensen KD, Kuseler A, Gelineck J, Cattaneo PM, Pedersen TK, et al. Condylar lesions in relation to mandibular growth in untreated and intra-articular corticosteroid-treated experimental temporomandibular joint arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2010 Jul-Aug; 28(4): 576–83.
52. Lochbuehler N, Saurenmann RK, Muller L, Kellenberger CJ. MRI assessment of inflammatory activity and mandibular growth following intra-articular TMJ steroid injection in children with JIA. *Pediatr Radiol.* 2013 /; 43: S570–1.
53. Olsen-Bergem H, Bjornland T. A cohort study of patients with juvenile idiopathic arthritis and arthritis of the temporomandibular joint: Outcome of arthrocentesis with and without the use of steroids. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Apr 30.
54. Gray RJ, Quayle AA, Hall CA, Schofield MA. Physiotherapy in the treatment of temporomandibular joint disorders: A comparative study of four treatment methods. *Br Dent J.* 1994 Apr 9; 176(7): 257–61.
55. te Veldhuis EC, te Veldhuis AH, Koudstaal MJ. Treatment management of children with juvenile idiopathic arthritis with temporomandibular joint involvement: A systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014 May; 117(5): 581, 589. e2.

Adresse: Kasper Dahl Kristensen, Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest, Avdeling Rogaland, Tastagaten 30–32, 4007 Stavanger. E-post: kasper.dahl.kristensen@throg.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Kristensen KD, Stoustrup P. Juvenil idiopatisk artritt – Hva en tannlege bør vite. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 412–8.

PRIS: 17 NOK* PR. ARBEIDSTIME

Nye XO 4 gir deg mulighet for å utføre de aller beste tannbehandlinger på trygge 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 arbeidsplads.

Du kan selvsagt velge å kjøpe en billigunit 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 A/S • dentalservice.no • 55 22 19 00

XO[®]
xo-care.com

Gunnar Svendsen, Jon E. Dahl

Alternative sementer til gullinnlegg

Gullinnlegg som fylling har lenge vært kjent som høykvalitet. Siden amalgam ikke lenger er aktuelt fyllingsmateriale, kan behovet for bruk av gullinnlegg være økende, særlig hos pasienter som trenger utskiftning av sine gamle amalgamfyllinger og som har stort tyggetrykk og uttalte slitasjeskader.

Gullinnleggene har ofte vært forbeholdt pasienter med god karieskontroll. På grunn av kostnadene er sekundærkaries mer uheldig ved gullinnlegg enn ved rimeligere alternativer. Sementspalten er utvilsomt gullinnleggenes svake punkt. Ved direkte tyggebeklastning på fyllingens marginale del, kan de vannbaserte sementene lett vaskes vekk og gi mulighet for plakketensjon med sekundærkaries til følge. Derfor prepareres ofte gullinnlegg med cuspedekke, og resultatet blir voluminøse innlegg som kan være vanskelig å akseptere for mange pasienter av estetiske årsaker.

Målet med undersøkelsene har vært å se om moderne resinbaserte sementer er egnet til å sementere gullinnlegg. I vår studie ble tre resinsementer sammenlignet med sinkfosfatsement. Resultatene viste at sementspalten ikke økte ved bruk av resinsement. Resinsement motstod utvasking og retinerte klart bedre enn sinkfosfatsement.

Indirekte fremstilte støpte gullfyllinger har lenge vært kjent som et meget solid fyllingsmateriale og er fortsatt av det mest varige vi kan tilby våre pasienter. (1, 2). Det er stadig mange pasienter som trenger reparasjon og utskiftning av større gamle amalgamfyllinger i premolar- og molarregionen. Mange har også stort tyggetrykk med cuspefraktur, infraksjoner og attrisjonsskader til følge. Nå som amalgam er forbudt,

har derfor støpte gullfyllinger fått ny aktualitet for mange av disse pasientene.

Gullfyllingene antas å tåle stor belastning selv med slank utforming mot nabotann og i ganske tynne sjikt mot antagonist. Det synes likevel at gullfyllinger brukes svært lite på landsbasis. Blant de begrunnelsene som nevnes er at pasientene ikke synes det er pent, og at det er en tungvint og tidkrevende fremstilling. I tillegg viser tidligere forskning at gullinnlegg kan havare pga. sekundærkaries, særlig når innlegget er avsluttet i tyggeflaten uten cuspedekke (3, 4). Det betyr ikke at gullinnlegg avsluttet i tyggeflaten nødvendigvis har større tendens til sekundærkaries enn andre fyllingsmaterialer avsluttet på tilsvarende måte (3, 5, 6, 7). Sekundærkaries er likevel et hovedproblem for gullinnleggene fordi de forventes å ha lang levetid og er kostbare å skifte ut (8).

Med denne bakgrunn var det forfatterens ønske å undersøke om moderne resinbaserte sementer kunne avhjelpe noen av ankepunktene mot gullfyllinger.

Første forutsetning er at sementspalten ikke øker i forhold til tradisjonell sementering med fosfatsement slik at gullinnleggets passform ikke forringes (9). En av gullinnleggenes fordeler er tilpasningen, særlig marginalt (11). Det er gjort studier av sementspaltestørrelse med resinsementer under kroner, men ikke ved sementering av gullinnlegg (9,10,12). Det er mulig at sementen flyter annerledes under et innlegg da formen her kan være betydelig mer kompleks enn for tradisjonelle kroner (13).

Overgangen fylling/tann med direkte påbiting er ekstra sårbar for erosjon av sementen med fare for sekundærkaries til følge (10). Derfor undersøkte vi om resinsementer var mer

Forfattere

Gunnar Svendsen, universitetslektor. Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Jon E. Dahl, direktør, NIOM, Oslo, og professor II, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hovedbudskap

- Resinsementer er velegnet til sementering av gullinnlegg og gir mulighet for tannsubstansbesparende preparering og smekre utforming av innleggene.
- Gullinnlegg har derfor fått ny aktualitet for pasienter over ca. 45 år med god munnhygiene og som trenger sekundær behandling av tann 5, 6 eller 7.

motstandsdyktige mot utvasking enn sinkfosfatsement. Det kan være avgjørende for om resinsement kan beskytte mer mot sekundærkaries i okklusalflater og minske behovet for å lage cuspedekke.

Sementering av gullinnlegg med sinkfosfatsement krever tilstrekkelig retinerende flater som kan innebære at mye frisk tannsubstans går tapt ved prepareringen (4,14). Det var interessant å se om ny sementeringsteknologi kan retinere bedre og minske behovet for retinerende flater. Dermed kan tannsubstans spares, og innleggene kan bli mindre og få smekre utforming. Vi undersøkte derfor den adhererende effekten mellom gull og dentin for resinsement og sinkfosfatsement.

Materiale og metode

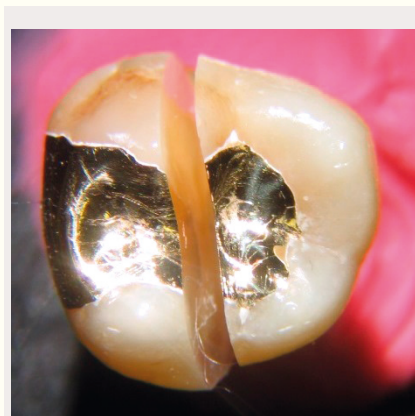
Tenner

Det ble benyttet humane tenner samlet inn fra praktiserende tannleger innlemmet i NIOMs biobank (2013/413 NIOM tannbank). Forsøket er godkjent av Regional etisk komite (REK 2014/457). For adhesjonsstudiene ble tennene innstøpt i plastblokker og hele tiden oppbevart i 0,05% fluoridløsning.

Spaltebredde

Ti ekstraherte molarer ble preparert for gullinnlegg etter kliniske prosedyrer ved Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo. To og to av prepareringene ble utformet så like som mulig, ett av parene med cuspedekke. Gullinnleggene ble fremstilt av tanntekniker og støpt i Apollo 3 (Elephant Dental). Tilnærmet like innlegg ble sementert med sinkfosfatsement eller med resinsement (tabell 1). Valg av sement ble tilfeldig fordelt. Etter sementering ble tennene oppbevart i varmeskap (37 °C) først 10 minutter tørt, deretter 7 døgn nedsenket i fluoridløsning.

Alle tennene ble spaltet med tynn diamantskive i aksial og buccolingual retning i midtre tredjedel av innleggene, slik at sementspalten ble eksponert (figur 1). Snittene ble vurdert i makroskop (Wild Photomakroskop M400, 320 x). Sementspalten ble målt tre steder (buccalt, okklusalt og lingualt) på begge snittdelene av hver tann og av begge forfatterne separat, totalt 120 målinger. Det var mulig å orientere snittene slik at de to operatørene kunne måle identiske lokalisasjoner.



Figur 1. Tann med gullinnlegg snittet i bucco-lingual retning.

operatørene kunne måle identiske lokalisasjoner.

Utvasking

Tre resinsementer og en fosfatsement (tabell 1) ble undersøkt for utvasking i melkesyresyreløsning med standardisert metode (15). Prøvene ble målt etter 1 døgn, 3 døgn, 7 døgn og 34 døgn.

Tabell 1. Benyttede sementer

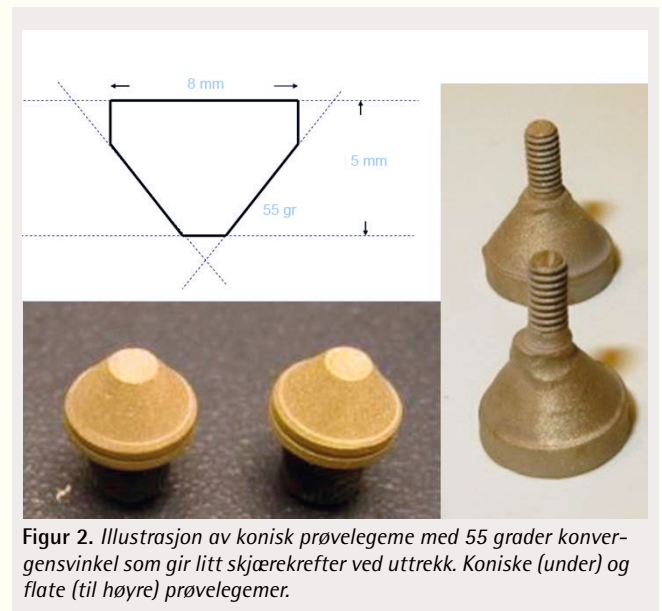
Parameter	Produkt/produsent	Sementtype
Spaltebredde	DeTrey®Zinc, DENTSPLY DeTrey GmbH	Sinkfosfatsement
	Rely-x Unicem aplicap, 3M Espe	Selvadherende resinsement
Utvasking og adhesjon	DeTrey®Zinc, DENTSPLY DeTrey GmbH	Sinkfosfatsement
	Multilink Automix, Ivoclar Vivadent	Resinsement med adhesiv
	Rely-x Unicem aplicap, 3M Espe	Selvadherende resinsement
	Smart Cem2, DENTSPLY Caulk	Selvadherende resinsement

Adhesjonsegenskaper

Det ble konstruert 6 koniske prøvelegemer og 6 prøvelegemer med helt flatt anlegg mot tann (figur 2).

Alle prøvelegemene ble fremstilt i en vanlig klinisk brukt gulllegering (Apollo 3 fra Elephant Dental). De retinerende flater ble sandblåst med 110 µm silisiumpartikler og vasket i sprit før sementering.

For preparering i dentinet for de koniske prøvelegemene ble det fremstilt et bor med identisk form som prøvelegemene. Tennene ble preparert med boret i dreiebenk for identiske kaviteter. Tennene til flat sementering ble slipt ned til en plan flate med vannslipepapir nr. 500 slik at bare den marginale rand var i emalje, resten ren dentinflate. Etter preparering ble tennene skyllet godt i vannstråle og blåst tørre.



Figur 2. Illustrasjon av koniske prøvelegeme med 55 grader konvergensvinkel som gir litt skjærekrefter ved uttrekk. Koniske (under) og flate (til høyre) prøvelegemer.

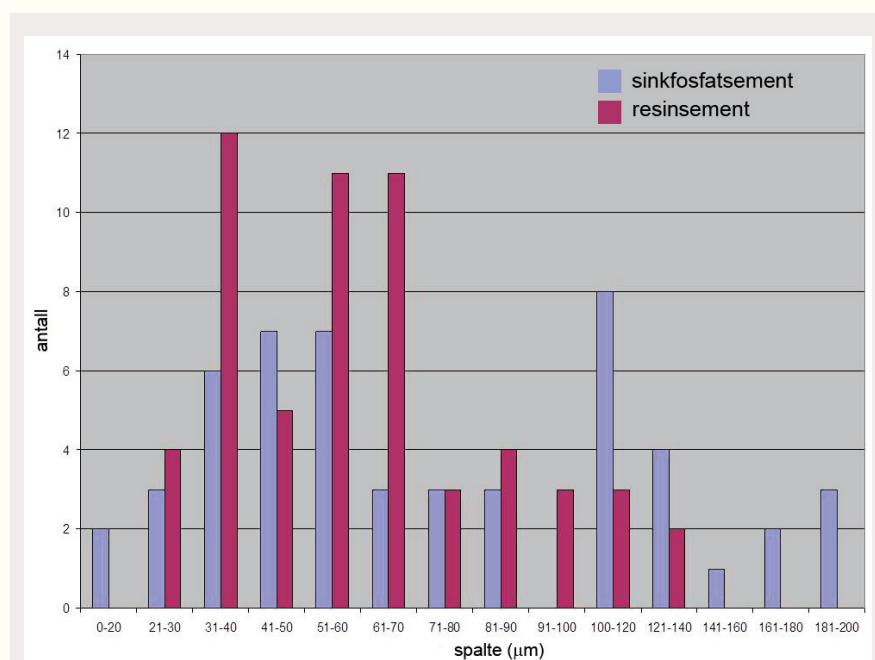
Prøvelegemene ble sementert med de samme fire sementene som i erosjonsforsøket (tabell 1) ifølge produsentenes bruksanvisninger og oppbevart i varmeskap (37 °C.) først 10 minutter tørt med 30 gram vekt, så tre døgn i vann uten vekt. Sementoverskuddet ble fjernet ved sandblåsing med 50 µm silisiumpartikler. Det ble utført minst 6 strekkprøver av hver sement ved både konisk og flat sementering.

Adhesjon ble målt med Lloyd (308–22) med strekkhastighet 1,0 mm pr. minutt i intervallet 0–500 N. Strekkverdiene ble analysert med Students T-test i Excel (Microsoft Office 2010). P-verdier mindre 0,05 ble ansett som signifikant. Bruddflatene ble vurdert i lupe og bruddene karakterisert som kohesivt (brudd i sementen) eller adhesivt (brudd i sementens feste mot gull eller tann).

Resultater

Måling av spaltebredde for resinsement og sinkfosfatsement gav gjennomsnittlig spaltebredde på henholdsvis 61 µm ± 26 µm og 79 µm ± 47 µm. Forskjellen var signifikant (p<0,05). Setter man opp antall målinger fordelt på 10 µm intervaller, får man fordeling som vist i figur 3. De fleste målingene av spaltebredde for resinsementen er i området 30–70 µm, mens målingene er tydelig mer spredt for sinkfosfatsement.

Resultatene av erosjonsforsøket med sinkfosfatsement og tre resinsementer nedlagt i melkesyreløsning er vist i tabell 2. Tap av materialtykkelse er angitt i prosent av full tykkelse som var 2 mm. Allerede etter første dag var det synlig forskjell. Etter 7 døgn var 1/3 av sinkfosfatsementen borte og etter 34 døgn var 2/3 borte, mens ingen av resinsementene ble målbart erodert på de 34 døgnene forsøket pågikk.



Figur 3. Fordeling av antall spaltebreddemålinger i intervall på 10 µm. Det er mindre spredning for resinsement enn for sinkfosfatsement.

Tabell 2. Substanstap fra overflaten ved erosjonsforsøk

Tid	Fosfatsement	Multilink	Smart cem2	Unicem
1 dag	5 % ± 1 %	0 %	0 %	0 %
3 dager	15 % ± 1 %	0 %	0 %	0 %
7 dager	29 % ± 2 %	0 %	0,1 %	0 %
34 dager	68 % ± 9 %	0 %	0,1 %	0 %

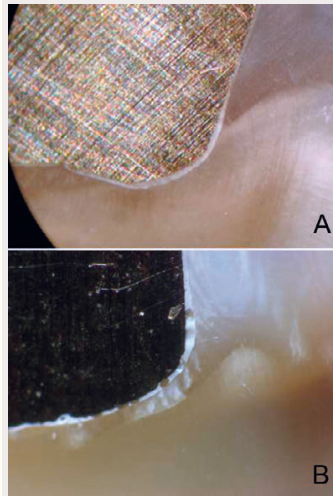
Resultatene fra måling av adhesjonskrefter ved sementering av gullinnlegg med fosfatsement og resinsementene er vist i tabell 3. For koniske innlegg var festet for resinsementene i gjennomsnitt 6 til 11 ganger bedre enn sinkfosfatsementen (p<0,05). Ved sementering av flate innlegg hvor det kun er rene adhesjonskrefter fra sementen som holder prøvelegemet på plass, var gjennomsnittsverdien 2 til 11 ganger høyere for resinsementene. Det var stor variasjon i strekkverdiene for Smart Cem2, og resultatene for denne sementen var ikke statistisk signifikant forskjellig fra sinkfosfatsement. For de øvrige to resinsementene var forskjellene til sinkfosfatsementen signifikant (p<0,05). Samtlige brudd var adhesive.

Diskusjon

Våre undersøkelser av sementspalte under gullinnlegg med resinsement og sinkfosfatsement ga entydige resultater. Gullinnleggenes suverene tilpasning ble ikke forringet av resinsementen (figur 3 og 4). Resultatene viste at spaltebredden ble i gjennomsnitt mindre for resinsement enn for sinkfosfatsement og variasjonen i spaltebredde ble også betydelig mindre med resinsement. Det er tidligere vist forskjeller i filmtykkelse og viskositet for ulike resinsementer og sinkfosfatsement (9). Men metodene som ble brukt var utviklet for vannbaserte sementer og ikke for resinsementer, og i tillegg var det andre resinsementer enn de som inngikk i vår studie. Den store variasjonen i sementspalten for sinkfosfatsement kan skyldes at sement ble rørt ut manuelt som kan medføre varierende røreprosedyre og ujevne blandingsforhold pulver/væske. Resinsementen ble levert i kapsler og prosedyre og blandingsforhold ble identisk hver gang.

Målingene av erosjon ble utført etter en internasjonal standard (15). Erosjonsmetoden er utviklet for å simulere et oralt miljø, men akselererer erosjonen kraftig for å illustrere lang tid i munnen. Resinsementene var helt annerledes, mer erosjonsresistente enn sinkfosfatsementen (tabell 2 og figur 5). Faren for utvasking langs fyllingens marginale begrensning blir betydelig mindre med

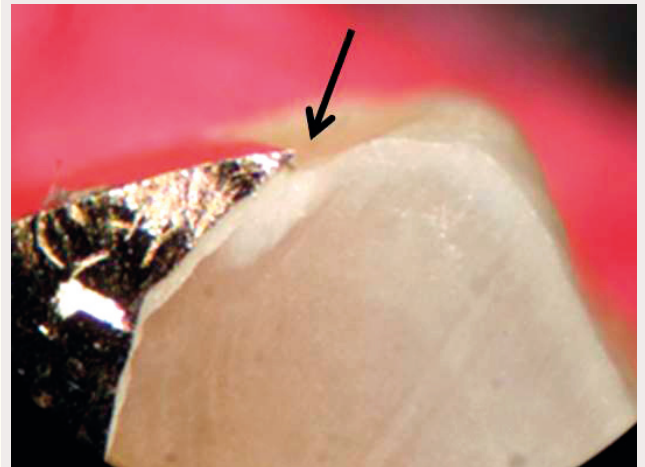
resinsement. Forseglingen langs fyllingskanten vil kunne holde mye lenger og bedre med mindre risiko for retensjon av plakk med sekundærkaries tilfølge. Dette gjelder særlig i okklusalflater hvor det ellers ofte ikke vil være plakk tilstede. Man bør derfor i større grad kunne tillate seg å avslutte prepareringen i okklusalfalten ved bruk av resinsement og dermed unngå cuspedekke hvis forholdene ellers tillater det. Det er likevel grunn til å anta at sementspalten bør skjermes for direkte mekanisk slitasje fra antagonist. Det bør tas hensyn til okklusjon og artikulasjon, og det bør alltid være en form for kantskjæring for å skjeme sementspalten så mye som mulig mot mekanisk slitasje.



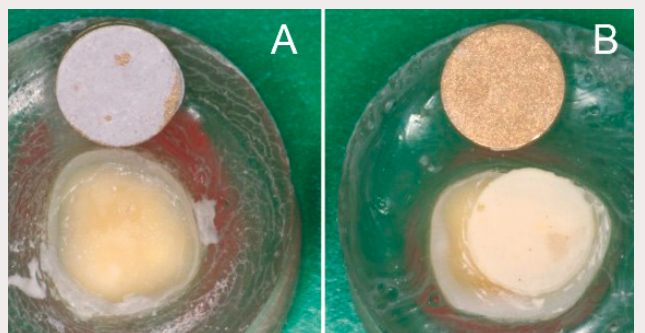
Figur 4. Sementspalte mellom gullinnlegg og tann ved bruk av resinsement (A), og ved bruk av sinkfosfatsement hvor uoppløste sementkorn gir varierende spaltebredder (B).

Prøvelegemene til adhesjonstestene ble laget i en vanlig klinisk brukt gullegering for å gjøre studien så klinisk relevant som mulig. Den ene typen prøvelegemer fikk konisk form for å gi et element av skjærekrefter slik vi finner i klinikken. Likevel ble legemene designet med svak retensjonsform for at forskjeller i sementenes hefteevne kunne komme bedre frem. Ved konvensjonell preparering med god parallellitet i motflatene fester tradisjonell sinkfosfatsement mer enn godt nok (4). Den andre typen prøvelegeme fikk helt flat anleggsflate for å se på forskjell i rene adhesjonskrefter mot dentin. Begge prøver viste at resinsement retinerer betydelig bedre enn sinkfosfatsement. Det bør kunne gi noe mindre behov for retinerende motflater og dermed mulighet for mer substansbesparende preparering. Det vil likevel være krav om noe mekanisk retensjon da det ikke er snakk om kjemisk binding mellom resinsement og gull.

For alle sementtyper ble bruddene karakterisert som adhesive, det vil si at det var sementens feste som var det svake punkt.



Figur 5. Sinkfosfatsement utvasket marginalt (pil)



Figur 6. Prøvelegemer øverst og tannoverflate nederst i bildet etter trekk til brudd. Sinkfosfatsementen løsner fra dentinoverflaten og sitter på gullet (A), mens resinsement er festet til dentin og løsnet fra gullet (B).

Karakteristisk var at resinsementen løsnet mot gullet ved uttrekk, og satt fast på dentinet, mens sinkfosfatsement løsnet fra dentinet og satt igjen på gullet. Dette viser at det er store forskjeller i heftegenskaper til dentin for de to sementtypene (figur 6).

Man kan spekulere omkring kvaliteten på resinsementerte gullinnlegg kontra alternative fyllingsmaterialer som kompositt og bondet porselen. Festemekanismene til tannoverflaten vil være lik, og problemene med vannopptak og svekkelse av polymerstrukturen over tid den samme. Problemene med stivnings-

Tabell 3. Adhesjon mellom gullinnlegg og tann ved sementering med sinkfosfatsement og resinsementer. Strekkresultatene er oppgitt i Newton (N), fordi det var den relative forskjellen mellom sementene som skulle vurderes

	Fosfatsement	Multilink	Smart cem2	Unicem
Sementering av legemer i konisk kavitet				
Middel ± SD	31 ± 10	359 ± 163	185 ± 79	261 ± 93
Median	29	439	143	250
Sementering av legemer flatt på dentinoverflate				
Middel ± SD	26 ± 9	275 ± 110	60 ± 55	154 ± 102
Median	30	279	46	99

kontraksjon vil være minimert ved gullinnlegg på grunn av den tunne sementspalten. Fordelen med gullinnleggene er materialstyrken. Gull antas også å være bedre til å ta opp og fordele tyggetrykk. Selv om sementen under blir svekket, vil ikke innlegget sprekke, noe man kan se ved bondet keram.



Figur 7. Gullinnlegg med slank utforming. Merk den store avstand mot nabotann hvor en randkrista i en fylling i kompositt lett ville ha fakturert

Man kan derfor tillate seg mindre materialtykkelse i belastede områder, kanskje bare halvparten av den som kreves til bondet porselen, med tilsvarende substansbesparende preparering til følge. Det er forfatterens erfaring at pasientene uttrykker tilfredshet med gullinnlegg i posteriore tenner ved at innleggene oppleves glatte og lette å holde rene.

Konklusjon

Med respekt for at våre undersøkelser har begrenset observasjonstid gir de likevel holdepunkter for at den over 100 år gamle teknikken med støpte gullfyllinger kan moderniseres med bruk av resinsement. Ny sementeringsteknikk med resinsementer forringer ikke gullinnleggenes suverene tilpasning og kan forbedre retensjonen, forenkle prepareringsteknikken og gi mulighet for smekrere utforming av innleggene. Populært kan man kanskje si at vi har fått «ny» kompositt med kun én fillerpartikkel i gull, en «monofiller» (figur 7).

English summary

Svendsen G, Dahl JE.

Cements for gold inlays

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 420–4.

Gold inlays have for a long time been known as high quality restorations. Since dental amalgam is no longer applicable as filling material in Norway, the need for gold inlays has expanded, especially in patients having high chewing force and tooth abrasions who need replacement of their old amalgam fillings.

The cement is undoubtedly the weak point of the gold restoration. Minor misfit in the initial adaptation or direct chewing load on the marginal portion of the restoration, water-based cements can easily be worn away and give the possibility for plack retention followed by recurrent caries. Because of the cost for replacement recurrent caries is more unfortunate by the gold inlays than for the less expensive alternative materials. Placing the margins of the gold preparation in occlusal area may be unfavorable and cusp coverage is therefore used. In addition, sound tooth substance must often be removed in order to achieve sufficient mechanical retention. The result is a bulky and, to many patients, esthetically unacceptable restoration.

The goal of the survey was to see if resin based cements were suitable for cementing gold inlays, and if they could solve the problem with the vulnerable cement margin and reduce the need for extended tooth preparation.

In our study, three resin based cements were compared with zinc phosphate cement. The results showed that the cement margin did not increase with the use of resin based cement; they resisted erosive attack better and bonded the gold specimens to dentin statistically significant better than the zinc phosphate cement.

Referanser

1. Beier US, Kapferer I, Burtscher D, Giesinger JM, Dumfahrt H. Clinical performance of all-ceramic inlay and onlay restorations in posterior teeth. *Int J Prosthodont.* 2012; 25: 395–402.
2. Manhart J, Chen H, Hamm G, Hickel R Buonocore Memorial Lecture. Review of the clinical survival of direct and indirect restorations in posterior teeth of the permanent dentition. *Oper Dent.* 2004; 29: 481–508
3. Mjör IA, Medina JE. Reasons for placement, replacement, and age of gold restorations in selected practices. *Oper Dent.* 1993; 18: 82–7.
4. Nordbø H, Lyngstadaas SP. The clinical performance of two groups of functioning class-II cast gold inlays. *Acta Odontol Scand.* 1992; 50: 189–92.
5. Fontana M, González-Cabezas C. Secondary caries and restoration replacement: an unresolved problem. *Compend Contin Educ Dent.* 2000; 21: 15–8, 21–4.
6. Mjör IA, Moorhead JE, Dahl JE. Reasons for replacement of restorations in permanent teeth in general dental practice. *Int Dent J.* 2000; 50: 361–6.
7. Mjör IA. The location of clinically diagnosed secondary caries. *Quintessence Int.* 1998; 29: 313–7.
8. Jokstad A, Mjör IA, Qvist V. The age of restorations in situ. *Acta Odontol Scand.* 1994; 52: 234–42.
9. Osman SA, McCabe JF, Walls AW. Film thickness and rheological properties of luting agents for crown cementation. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 2006; 14: 23–7.
10. Albert FE, El-Mowafy OM. Marginal adaptation and microleakage of Procera AllCeram crowns with four cements. *Int J Prosthodont.* 2004; 17: 529–35.
11. Willershausen B1, Köttgen C, Ernst CP. The influence of restorative materials on marginal gingiva. *Eur J Med Res.* 2001; 6: 433–9.
12. Sener I, Turker B, Valandro LF, Ozcan M. Marginal gap, cement thickness, and microleakage of 2 zirconia crown systems luted with glass ionomer and MDP-based cements. *Gen Dent.* 2014; 62: 67–70
13. Pilo R, Cardash HS. In vivo retrospective study of cement thickness under crowns. *J Prosthet Dent.* 1998; 79: 621–5.
14. Edelhoff D, Ozcan M. To what extent does the longevity of fixed dental prostheses depend on the function of the cement? Working Group 4 materials: cementation. *Clin Oral Implants Res.* 2007; 18 Suppl 3: 193–204.
15. ISO 9917–1: 2007. Dentistry – Water-based cements – Part 1: Powder/liquid acid-base cements. International Organization for Standardization. Geneva 2007.

Adresse: Gunnar Svendsen, universitetslektor, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.
E-post: gunnar.svendsen@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Svendsen G, Dahl JE. Alternative sementer til gullinnlegg. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 420–4.



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 pellicelen og hindrer plakkbakterier i å feste seg til pellicelens 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



**Behandler og
forebygger gingivitt***

Referanser:

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

2. DOF 2 – 2013 (UNKPLT0006).

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

NO/LI/14-0302d

Øyvind Kvalnes

Profesjon og interesse: Om moralsk nøytralisering blant tannleger

Denne artikkelen tar for seg den sentrale profesjonsetiske utfordringen for tannleger: Hvordan håndteres interessekonflikter, det vil si situasjoner hvor det ikke er sammenfall mellom pasientens interesse og tannlegens interesse? I likhet med andre profesjonsutøvere forventes tannlegene å ikke prioritere egeninteresse, selv om dette kan gjøres uten å bli oppdaget. To tradisjonelle tiltak for å forebygge tvilsom atferd i slike situasjoner, er (1) fokus på holdninger og verdier, og (2) praktisk trening i å analysere dilemmaer. I artikkelen argumenteres det for at disse tiltakene ikke i tilstrekkelig grad tar høyde for kunnskap fra moralpsykologiske studier som tyder på at personer med de beste verdier og den beste evne til å analysere etiske dilemmaer, kan ende opp med å handle urett. Artikkelen presenterer begreper fra moralpsykologien som kan brukes til å demme opp for at tannleger utnytter kunnskapsovertaket sitt til å prioritere egeninteresse. Et nøkkelbegrep i så måte er moralsk nøytralisering, som beskriver hvordan normalt anstendige personer kan overbevise seg selv om at det de opprinnelig opplever som moralsk urett, likevel kan være akseptabel atferd. I tannlegenes arbeidsmiljøer kan det være avgjørende å identifisere og motsi tilløp til moralsk nøytralisering, for å hindre at egeninteressen får forrang fremfor pasientens interesse.

En sentral etisk utfordring for tannleger er håndtering av interessekonflikter, det vil si situasjoner hvor det ikke er sammenfall mellom pasientens interesse og tannlegens interesse. I likhet med andre profesjonsutøvere har tannlegen en spesialisert kunnskap som gjør at mottakeren av tjenesten sjelden er i posisjon til å vurdere om han eller hun får rett behandling til rett pris. Tannlegen har mulighet til å utnytte dette kunnskapsovertaket til å fremme sin egeninteresse, og kan gjøre det uten at pasienten kan gjennomskue det. Dette

Øyvind Kvalnes, førsteamanuensis. Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon, Oslo

skal tannlegen selvsagt ikke gjøre, siden det strider mot det hippokratiske prinsippet om at pasientens interesse alltid skal gå foran. Om dette likevel skjer, og om det i så fall er i stort eller lite omfang, er et empirisk spørsmål. Her i landet synes pasienter å møte tannlegen med en høy grad av tillit, noe som kan indikere at tannleger i lite omfang prioriterer egeninteresse fremfor pasientens interesse. Det kan likevel være viktig med oppklarende drøfting av dette sentrale profesjonsetiske temaet. I forarbeidet til denne artikkelen har jeg hatt en samling med et knippe norske tannleger og bedt dem om å komme med eksempler på mulige situasjoner hvor interessekonflikt kan oppstå. Det var ikke vanskelig for dem å identifisere slike. Inntrykket mitt er derfor at tannlegene ikke er fremmede for situasjoner hvor det er fristende å prioritere seg selv fremfor pasienten.

I denne artikkelen skildrer jeg eksempler på interessekonflikter for tannleger, og drøfter dem i lys av moralpsykologiske teorier og begreper. En tradisjonell tilnærming til profesjonsetikk har vært å tenke seg at forebyggende arbeid kan bestå i å gi tannleger trening i å analysere og reflektere over egne etiske utfordringer. Denne tilnærmingen bygger på en antakelse om at når ting går galt, er det den etiske tenkningen som har sviktet. Jeg vil lansere en alternativ tilnærming, som bygger på moralpsykologisk tankegodt. Den antar at profesjonsetiske overtramp også kan begås av utøvere som både (1) er normalt anstendige personer og (2) har gode analytiske evner og. Forklaringen på at de likevel begir seg inn i kritikk-

Hovedbudskap

Tannleger bør være på vakt mot tilløp til moralsk nøytralisering i egne rekker. Dette er forsøk på å overbevise seg selv om at det likevel er akseptabelt å prioritere egeninteressen fremfor pasientens interesse.

En interessekonflikt er noe annet enn et etisk dilemma, siden det ikke er snakk om et valg mellom to tilnærmet likeverdige alternativer, men et valg mellom rett og galt.

verdige oppførsel, kan ligge i psykologiske prosesser som fører til at opprinnelige moralske skrupler nøytraliseres og forsvinner.

I første del av artikkelen presenterer jeg et profesjonsetisk perspektiv basert på forskningen til Nanda (2002), hvor håndtering av interessekonflikter utgjør kjernen, og legger frem eksempler fra tannlegehverdagen. I del to beskriver jeg to tradisjonelle tilnærminger til profesjonsetikk, som setter søkelys på (1) verdier og holdninger og (2) etisk analyse. I den tredje delen av artikkelen bruker jeg moralpsykologisk teori til å drøfte prosesser som kan føre til at handlingsalternativer som i utgangspunktet strider mot egne moralske overbevisninger, likevel blir valgt. Med utgangspunkt i teorien til kriminologene Sykes og Matza (1957) beskriver jeg en prosess som går fra (1) moralsk dissonans, hvor en person er fristet til å gjøre noe som strider mot egne moralske overbevisninger til (2) moralsk nøytralisering, hvor personen overtaler seg selv til at handlingsalternativet likevel er akseptabelt, til (3) en normalisering av tvilsom atferd. I del fire går jeg nærmere inn på de fem nøytraliseringsteknikkene som Sykes og Matza identifiserte, og drøfter hvordan de kan forekomme i tannlegers vurderinger av egne handlingsalternativer. Til avslutning trekker jeg noen konklusjoner om hvordan etiske overtramp fra tannleger i interessekonflikter kan forebygges, i lys av erfaringer fra andre profesjonsområder med lignende utfordringer. Nøkkelen ligger i å motvirke og forhindre moralsk nøytralisering ved tannlegekontorene.

Profesjon og interesse

Tannlegens plikt til alltid å prioritere pasientens interesser fremfor egeninteresse er markert i den første paragrafen i Etiske regler for tannleger (hentet fra Tannlegeforeningens nettsider):

«En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å verne om sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må lede vedkommendes virke og være overordnet andre hensyn».

Lignende formuleringer finnes i etiske regler og retningslinjer for andre profesjoner også. Med den hippokratiske ed som forbilde har disse profesjonene artikulert selve kjernen i det etiske aspektet ved aktivitetene deres: Det er pasienten/klienten/kunden/eleven som står i sentrum. Profesjonsutøveren sier mer eller mindre eksplisitt til den som mottar tjenesten: «Stol på meg. Selv om det skulle oppstå situasjoner hvor egeninteressen min tilsier noe annet, så kommer jeg alltid til å gjøre det som er til det beste for deg.» Profesjonsforskeren Nanda (2002) betrakter et slikt løfte som kjernen i all profesjonsetikk.

En tannlege kan av ulike grunner være fristet til å sette egeninteressen foran pasientens interesse. Det kan ligge økonomiske, prestisjemessige eller andre forhold til grunn for dette. Nanda vurderer om slike situasjoner rent allment kan beskrives som etiske dilemmaer for profesjonsutøveren, og kommer til at det ikke er tilfellet. Han trekker et skille mellom etiske dilemmaer, hvor det er krevende å avgjøre hva som er rett og hva som er galt, og interessekonflikter, hvor det er rimelig klart hva som er rett, men fristende å gjøre det som er galt (Nanda, 2002, s.9). Siden det siste også tidvis forsøkes omtalt som et dilemma, kan det være nyttig å trekke et skille mellom ekte og falske etiske dilemmaer.

Et ekte dilemma består i et valg mellom to alternativer hvor det er tilnærmet like tunge etiske hensyn som taler for begge. Et falskt dilemma, derimot, er en situasjon hvor det finnes tunge etiske hensyn som taler for ett alternativ, mens det er fristende å velge det andre alternativet. Interessekonflikter kan se ut som et ekte etisk dilemma, men bør heller betraktes som et falskt etisk dilemma. Utfordringen er ikke å finne ut hva som er rett, men å gjøre det rette når en har sterke personlige grunner til å gjøre det som er galt (Kvalnes og Øverenget, 2012, s. 59).

Ut fra denne forståelsen av interessekonflikt er det ikke evnen til etisk analyse og tenkning som settes på prøve i slike situasjoner. Mer spesifikt er det ikke evnen til å anvende Immanuel Kants kategoriske imperativ eller andre etiske kjøreregler som avgjør om en person handler rett eller galt. Dette kan i stedet sees på som en test for viljestyrken og ens moralske overbevisninger. Når situasjonen inntreffer i et konkret arbeidsmiljø er det også en test på det som kan kalles ytringsklimaet der. I hvilken grad får den som vurderer å prioritere egeninteressen fremfor pasientens interesse, motstand fra kollegaer og under- eller overordnede?

I forarbeidet til denne artikkelen hadde jeg et møte med en gruppe norske tannleger. Jeg ba dem om å beskrive interessekonflikter de kan stå i. En allmenn bemerkning fra en av dem er betegnende. Spørsmålet som var oppe til vurdering var om pasienten som setter seg i tannlegestolen kan regne med å få den behandlingen de trenger. Dette første svaret var at «for den som er god med hammer, ser alt ut som en spiker.» Tannlegen mente at behandlingen som utføres ofte kunne være farget av tannlegens egne foretrukne metoder. Det kan være flere måter å behandle pasientens tenner på, noen av dem mer forsvarlige og riktige enn andre. Så kan tannlegen bestemme seg for å gjøre det på den måten som han eller hun synes er mest faglig utfordrende og interessant, selv om det finnes enklere og mindre faglig utfordrende måter å gjøre ting på. Det kan også være tilfeller hvor tannlegen bør henvise videre til en kollega som er mer kompetent på den behandlingen som pasienten trenger, men velger å prøve selv i stedet. Hensynet til egen økonomi eller faglig utvikling kan prioriteres fremfor hensynet til pasienten, uten at sistnevnte har mulighet til å gjennomskue dette. Fristelsen kan både være å sikre seg størst mulig fortjeneste, og å holde på med noe som en synes er faglig spennende

Interessekonflikter kan altså oppstå når tannlegens økonomiske eller faglige interesser utpeker en atferd som ikke er i pasientens interesse. Konkrete eksempler som tannlegene fortalte meg om, var at det kan være i tannlegens interesse å:

- bytte ut gamle fyllinger
- trekke en tann
- lage en krone i stedet for en fylling

Fra pasientens side kunne dette være unødvendig behandling. Tannlegen kan likevel foreslå den, enten fordi det er økonomisk gunstig og gir en høyere faktura, eller fordi det er faglig spennende og nyttig, eller en kombinasjon av disse motivene. En tannlege skildret en situasjon hvor tannlegen nettopp har investert i nytt og dyrt utstyr. Her har tannlegen gode grunner til å bruke utstyret selv om pasienten strengt tatt ikke trenger det,

både for å tjene inn investeringen og for å få trening og erfaring i å bruke det nye utstyret. Pasienten er ikke i posisjon til å gjennomskue hva som er motivasjonen for en slik behandling.

Det kan være i tannlegens interesse å yte behandling som pasienten ikke trenger. I og med at dette ofte kan gjøres uten at pasienten noensinne vil gjennomskue det, kan en slik behandling være i tannlegens kortsiktige interesse, uten at det oppleves å være en trussel mot den langsiktige interessen i å ha et tillitsfullt forhold til pasienten.

Verdier og etikktrening

Tilfeller hvor tannlegen prioriterer egeninteresse fremfor pasientens interesser bør åpenbart ikke forekomme. Det finnes lite empirisk belegg for å trekke slutninger om omfanget. I 2011 gjennomførte Forbrukerrådet en test av tannleger i Osloområdet, som avdekket til dels store sprik i hva slags behandling tannlegene anbefalte pasientene (Forbrukerrådet, 2011). Metodikken i testen ga ikke grunnlag for å trekke allmenne slutninger om håndtering av interessekonflikter. Den gir eksempler på både over- og underbehandling, og tilfellene av det første kan ha andre årsaker enn prioritering av egeninteresse. Ulik faglig vurdering er noe annet enn bevisst prioritering av egeninteresse over pasientinteresse. Likevel er det grunn til å ta de ovenstående beskrivelsene fra tannlegene på alvor. Interessekonflikter forekommer blant tannleger, og det er ikke åpenbart at de håndteres på en forsvarlig måte.

Det er nærliggende å spørre seg hvordan en kan forebygge at tannleger behandler pasientene sine på måter som ikke er fundert i faglige vurderinger av hva pasienten trenger. To svar som gjerne forekommer innen profesjonsetikk allment, er at forsvarlig atferd kan bygges opp gjennom:

- (1) fokus på holdninger og verdier
- (2) praktisk etikktrening

Disse svarene utløser ulike praktiske tiltak og aktiviteter som er tenkt å forberede profesjonsutøveren på å møte interessekonflikt på en etisk forsvarlig måte.

Tanken under (1) er at etiske feiltrinn kan forhindres ved at profesjonsutøverne får kjennskap til verdier som ærlighet, åpenhet og integritet. Inspirasjon hentes fra den såkalte dydsetikken, som har sitt utspring i antikken og tenkningen til Platon og Aristoteles. Dyder betraktes her som stabile personlige disposisjoner til å oppføre seg godt. En ærlig tannlege vil være disponert for å spille med åpne kort overfor pasienten sin, og ikke utnytte kunnskapsovertaket til å prioritere egne faglige og økonomiske interesser på bekostning av pasientens interesser. Ærligheten er i et slikt tilfelle en integrert del av personligheten til tannlegen. En tannlege med integritet lever og arbeider ut fra noen solide grunnprinsipper som han eller hun ikke går på akkord med, selv om det i enkelttilfeller kan være lønnsomt.

Det dydsetiske perspektivet kan få praktiske konsekvenser ved at helsemyndigheter og tannlegekontorer prioriterer at den som skal virke som tannlege, kan vise til god vandel. Tannlegen må ha et verdigrunnlag som er robust nok til å stå imot fristelser til å prioritere egeninteressen. I tilfeller hvor en person har vist seg

ikke å leve opp til denne standarden, kan en tenke seg at autorisasjon inndras. Dette kan betraktes som en person som ikke er «hel ved», og som gir etter for fristelser i kritiske situasjoner.

Når profesjonsutøverne sendes på etikktrening er det for å gi dem erfaring i å analysere og tenke igjennom handlingsalternativene sine i lys av etiske prinsipper. Revisorer, advokater og sykepleiere er blant utøverne som gjennomgår slik trening. De jobber gjerne med beskrivelser av etiske dilemmaer som de kan støtte på i profesjonshverdagen, og tenker høyt sammen om hvordan de bør håndteres og hvordan ulike beslutninger kan begrunnes.

De siste tiårene har moralpsykologiske studier gitt grunn til å betvile verdien av de skisserte tiltakene. Når det gjelder (1) så viser en rekke studier at de som begår urett ikke nødvendigvis er moralsk dårligere personer enn andre. Det er ikke karaktertrekk som er mest utslagsgivende for om noen oppfører seg dårlig eller ikke (Ariely 2008 og 2012, Darley og Batson, 1973, Mazar et al, 2008, Doris 2002). Trekk ved situasjonen synes å ha mer å si enn det dydsetikken har anerkjent. Derfor er det også tvilsomt om det er riktig å utestenge personer på grunnlag av tidligere oppførsel. Skillet mellom gode og dårlige personer er under betydelig press fra moralpsykologien, som kan vise til eksperimenter hvor atferd i vesentlig grad ser ut til å være situasjonsbetinget.

Et problem med (2) er at dette tiltaket synes å bygge på en antakelse om at det kreves etisk analyse for å avgjøre om en burde prioritere egeninteressen eller pasientens interesse. Her virker Nanda (2002) sin vurdering av interessekonflikter som eksempel på falske dilemmaer mer plausibel. Etisk trening kan gi deltakerne øvelse i å sette seg inn i og reflektere over ekte dilemmaer, situasjoner hvor det er krevende å avgjøre hvilket alternativ som bør velges. I en interessekonflikt, derimot, kreves det ikke tankekraft for å finne ut hva som bør gjøres. Her handler det mer om vilje og evne til ikke å la egeninteressen overstyre pasientinteressen.

Empiriske studier av menneskelig atferd viser at de tradisjonelle tiltakene kan ha en indirekte effekt på atferd. Ariely (2008) har dokumentert at påminnelser om verdier og etikk kan få mennesker til å opptre mer ærlig. I en studie blir en gruppe studenter bedt om å gjengi de ti bud etter hukommelsen. Deretter deltar de i en øvelse hvor det er mulig å tjene penger på å jukse. Blant studentene som nettopp har gjengitt de ti bud, er det ingen som jukser. Dette gjelder også for ikke-kristne studenter. Det er altså ikke nødvendig at påminnelsen handler om verdier en selv kjenner seg personlig knyttet til. I kontrollgruppen som ikke har blitt minnet på verdier og etikk på via budene, er det normal forekomst av juks. Flere studier peker i samme retning. Påminnelser om verdier og etikk får folk til å oppføre seg bedre. Forskningen viser ikke hvor lang en slik periode med god oppførsel er, om effekten av påminnelser har varighet.

Fra dissonans til normalisering

Moralpsykologi tar for seg hva det er som får mennesker til å oppføre seg rett eller galt i konkrete situasjoner. Når det gjelder interessekonflikter, så kan den sette søkelys på hva som kan få

profesjonsutøvere til å prioritere egeninteresse fremfor pasienten/klienten/kunden sin interesse. En ting er at det kan eksistere røvere blant utøvere av ulike profesjoner, folk som synes det er moralsk uproblematisk å utnytte kunnskapsovertaket til egen fordel. Noe annet er å forstå hva som foregår når normalt oppegående og redelige personer går imot sine moralske overbevisninger og gir etter for fristelsen til å sette seg selv først. I denne delen av artikkelen vil jeg presentere en modell for å skildre en mulig utvikling som kan føre til at prioritering av egeninteresse blir det normale. Den er dels inspirert av kriminologisk tenkning, og dels av en utvikling innen forretningsetikk (Heath, 2008; Donaldson, 2012) og ledelseetikk (Kvalnes, 2014). Der har man vært opptatt av å finne forklaringer på hvordan alminnelig anstendige finansielle rådgivere, bedriftsledere og andre aktører kan ende opp med å selge og markedsføre tvilsomme produkter som skaper kriser både for egen arbeidsplass, egen bransje og for det finansielle systemet.

Kriminologene Sykes og Matza (1957) studerte årsakene til at det blant ungdom fra samme nabolag, med samme slags oppdragelse og oppvekstvilkår var noen som ble kriminelle, og andre ikke. En vanlig forklaring, basert på dydsetisk tankegods, var at de kriminelle ungdommene hadde dårligere moral enn de andre. I enhver eplekurv vil det være noen dårlige epler. Gjennom intervjuer avdekket Sykes og Matza at de kriminelle ungdommene slett ikke skilte seg ut som moralsk dårlige eller avvikende. De kjente seg forpliktet av de samme moralske normene som sine ikke-kriminelle jevngamle. Det de hadde klart å gjøre, var å overbevise seg selv om at de kriminelle handlingene egentlig ikke var i strid med god moral. Dette hadde de fått til gjennom en prosess som forskerne kalte for moralsk nøytralisering.

Proessen som kalles moralsk nøytralisering kan mer allment forklare hvordan personer kan ende opp med å handle imot sine opprinnelige moralske overbevisninger. Her vil jeg først skissere hvor i et forløp en slik prosess kan forekomme, og så i neste del av artikkelen beskrive de fem nøytraliseringsteknikkene som Sykes og Matza definerte med grunnlag i sine samtaler med ungdomskriminelle.

En grunnantakelse i moralpsykologi er at personer normalt ikke handler i strid med sine egne moralske overbevisninger: "Folk involverer seg normalt ikke i avskyelig atferd før de har overbevist seg selv om riktigheten av sine handlinger. (Bandura et al. 1996; s. 365). Dette betyr at vi foretrekker det Rawls (1972) kaller er reflektert ekvilibrium mellom egne, allmenne oppfatninger om rett og galt, og oppfatninger om hva vi har handlingsrom til å gjøre i en konkret situasjon. Det allmenne og det partikulære bør være i likevekt. Når en profesjonsutøver er fristet til å prioritere egeninteresse fremfor pasientinteresse, kan det derfor oppstå det som kan kalles moralsk dissonans. Begrepet dissonans stammer fra musikkteori, hvor det betegner sammenstillingen av to lyder som ikke harmonerer sammen. Det gjør vondt i ørene å høre dem. Moralsk dissonans har vært brukt til å skildre ledes møter med umoralske alternativer som kan gi dem en lettere arbeidshverdag (Kvalnes, 2014). De er moralsk overbevist om at alternativet er urett, men være fristet til å gå videre med det like-

vel. En slik moralsk dissonans kan også oppstå mellom en tannleges allmenne oppfatning om at hensynet til pasienten alltid skal gå foran, og et alternativ som går ut på å maksimere egeninteresse ved å utføre en behandling som gir god fortjeneste eller er faglig utfordrende, men ikke er det pasienten trenger.

Den som opplever moralsk dissonans kan enten ta avstand fra handlingsalternativet, eller begi seg inn i den prosessen som Sykes og Matza kaller moralsk nøytralisering. Den går ut på å finne grunner til at handlingen likevel er akseptabel. Det første inntrykket av at den var i konflikt med egne moralske overbevisninger, erstattes med en harmoniforståelse. Dette kan skje gjennom bruk av de fem teknikkene benektelse av ansvar, benektelse av offer, benektelse av skade, fordømmelse av fordømmeren, og appell til høyere lojalitet. I neste del av artikkelen skal jeg skissere hvordan disse fem kan tenkes å inngå i vurderingene til en tannlege som forsøker å nøytralisere sitt ubehag ved å sette egeninteressen først.

Det tredje trinnet å være oppmerksom på er det som kan kalles normalisering av tvilsom atferd. I sin drøftelse av finanskrisen i 2008 beskriver Donaldson (2012) hvordan opprinnelige motforestillinger i finansverden mot å selge strukturerte produkter gradvis fordampet, og la grunnlag for en aksept som gjennomsyret hele bransjen. I utgangspunktet fantes det betydelig moral dissonans, men den ble nøytralisert, noe som la grunnlag for omfattende misbruk av kunders tillit. Å selge produkter som la mesteparten av risikoen på kundene, ble den nye bransjenormen, noe som førte til en omfattende finansiell krise.

Profesjonsetikk, inkludert tannlegeetikk, kan hente lærdom fra moralpsykologiske studier av prosesser i andre deler av samfunnet. De viser at normalt rettskafne og hederlige personer kan ende opp med å ha som vane å handle imot sine moralske overbevisninger, gjennom en tretrinns prosess:

- Moralsk dissonans
- Moralsk nøytralisering
- Normalisering av tvilsom atferd

Tiltak for å forebygge slike utviklingstrekk kan settes inn på trinn 2., ved at en identifiserer forsøk på å bagatellisere og under slå sine egne, opprinnelige moralske motforestillinger. Neste del av artikkelen tar for seg i større detalj hva som kan foregå når enkeltpersoner og grupper forsøker å overbevise seg selv om at handlingsalternativer som har fremstått som moralsk uforvarslike likevel kan utføres med god samvittighet. En grundigere forståelse av slike prosesser kan gjøre det enklere å gjenkjenne dem og yte motstand når de oppstår. For å unngå at tannleger får til vane å prioritere egeninteresse over pasientens interesse, kan en være påpasselige mot tilløp til å nøytralisere bort hensyn som gjør det moralsk uakseptabelt å utnytte kunnskapsovertaket sitt på denne måten.

Moralsk nøytralisering

Sykes og Matza (1957) identifiserte fem nøytraliseringsteknikker i sine kriminologiske studier. Andre forskere har foreslått revidering og tilføyelser i listen over teknikker. Heath (2008) opererer med syv teknikker, hvorav fem er identisk med Sykes og Matza

sine, og to er nye. I det følgende tar jeg ikke stilling til om tilføyelsene til Heath er hensiktsmessige, men gjengir og bruker de fem opprinnelige. Målsetningen her er ikke å presisere nøyaktig hvilke nøytraliserings teknikker som er i omløp, men å gjøre det troverdig at prosesser av denne typen kan forekomme i profesjonsmiljøer allment, og mer konkret blant tannleger.

Nøytralisering er noe som foregår i forkant av en handling, for å senke terskelen for å gjøre noe som i utgangspunktet virker urimelig og galt i lys av egne moralske oppfatninger. Prosessen er beslektet med rasjonalisering, som er noe som skjer i etterkant av en handling, for å begrunne handlingen og gjøre den forståelig. I studier av nøytralisering har en ofte kun førstehånds tilgang til rasjonaliseringer, og bruker dem som grunnlag til å vurdere hva slags argumenter aktøren kan ha brukt i forkant. Ved å intervjuere aktører i etterkant får en høre hva de nå sier om valget sitt, og kan gjøre noen antakelser om hva de har sagt til seg selv før beslutningen ble tatt.

Den første nøytraliserings teknikken i Sykes og Matza sin modell er:

Benektelse av ansvar

Denne teknikken går ut på å benekte at de alminnelige betingelsene for moralsk ansvar er tilstede. Det handler om å peke på utenforstående årsaker til egen atferd.

- Det er sjefen som bestemmer.
- Jeg gjør bare det jeg får beskjed om.
- Incentivordningen vår belønner slik atferd.
- Her er jeg bare en brikke i et større spill.
- Alle kollegaene mine gjør det samme.

Den neste teknikken er:

Benektelse av skade

I en profesjonshverdag kan denne teknikken først og fremst komme til uttrykk når pasienten eller klienten er en ressurssterk person. Da kan for eksempel ekstra behandling bare for å gi grunnlag for et høyere beløp på fakturaen begrunnes slik:

- Hun har råd til det.
- Hun kommer ikke til å merke noe negativt.
- I det store bildet gjør dette ingen forskjell for henne.

Teknikken går altså ut på å bagatellisere konsekvensene for den andre parten. Det som opprinnelig virket urimelig, fremstår som akseptabelt i lys av at handlingen ikke får noen merkbar negativ effekt.

Benektelse av offer

Denne teknikken handler ofte om å utpeke den som blir nedprioritert uten å vite om det er en person som har sine egne svin på skogen. Denne formen for begrunnelse vil derfor være mest aktuell der hvor pasienten selv driver innenfor en profesjon hvor prioritering av egeninteresse kan forekomme, eller på annen måte er i posisjon til å handle urett. Den som sitter i tannlegestolen kan være en advokat, en eiendomsmegler, en bilmekaniker eller en rørlegger, det vil si en profesjonsutøver som selv kan være i posisjon til å utnytte kunnskapsovertak til egen fordel.

I slike tilfeller kan nøytraliserings teknikken gå ut på å si til seg selv:

- Det er ikke noe synd på han, for han ville gjort det samme mot meg.
- Han kjenner spillereglene, og vet at det er normalt å fakturere litt ekstra.
- Han har nok beriket seg på andres uskyld selv.

Denne teknikken forutsetter altså at den tapende parten i saken ikke er et svakt og hjelpeløst individ, som er avhengig av den profesjonelle hjelpen for å klare seg.

Fordømmelse av fordømmeren

Rent allment går denne teknikken ut på å parere kritikk ved å peke tilbake på kritikeren. Det kan reises tvil om motivasjonen for å komme med kritikk, og for det ideologiske eller kunnskapsmessige grunnlaget for den. Fordømmeren kan sies å avsløre sin manglende innsikt og forståelse ved å fordømme. Typiske utsagn kan være

- Du skjønner ikke dynamikken her.
- Bare naive folk tror at dette går redelig for seg.
- Du ville ikke oppført deg noe bedre selv.

Denne teknikken bygger på en antakelse om at angrep er det beste forsvar. I stedet for å passivt ta imot motforestillinger og kritikk, velger aktøren å reise tvil om motivasjonen og kunnskapen til den som kritiserer.

Appell til høyere lojalitet

Den femte og siste teknikken kan inneholde en innrømmelse av at man vurderer å gjøre noe som moralsk sett er betenkelig, men at man gjør det for å ivareta moralske hensyn som er enda viktigere.

- Dette gjør jeg for familien.
- Bedriften har satset på meg, og jeg må gi noe tilbake.
- Sjefen min har gitt meg ansvar og tillit, og dette er måten jeg kan gjengjelde på.

Denne argumentasjonen går ut på å benekte at interessekonflikten er et falskt dilemma, eller en fristelse til å handle urett. Hensynet til en selv og ens familie og arbeidsgiver gis tyngde som gjør at det virker akseptabelt å tilsidesette pasientens interesse.

Et fellestrekk ved all moralsk nøytralisering er at den har likhetstrekk med rimelige og akseptable begrunnelser. Mønsteret kan ligne, men vurderingene strekkes hinsides det troverdige, for å senke terskelen for å gjøre noe som personen selv fra starten av opplever som moralsk problematisk (Heath, 2008).

Det er altså etter en prosess med moralsk nøytralisering at den opprinnelige moralske dissonansen kan forsvinne, og legge grunnlag for normalisering av tvilsom atferd. Et eksempel på hvor kraftfull opplevelsen av å ha rett til å bryte alminnelige spillereglene kan være, finner vi i boken til syklisten Tyler Hamilton. Han tilhørte laget til Lance Armstrong, som over lang tid brukte doping for å fremme egne prestasjoner. Sitatet nedenfor tyder på at denne lille gruppen av syklistene var blinde for det moralske betenkelige ved egen atferd:

Du kunne ha koblet oss opp til de beste løgndetektorene på planeten, og spurt oss om vi drev med juks, og vi ville ha bestått testen. Ikke på grunn av selvbedrag, men fordi vi ikke tenkte på det som juks. Det kjentes rimelig å bryte reglene. (Hamilton og Coyle 2013, s. 95)

I et profesjonsmiljø kan en tilsvarende innstilling befestes der hvor moralsk dissonans er blitt nedtonet ved hjelp av moralsk nøytralisering. I utgangspunktet kan aktørene ha vært nølende til å bli involvert i en type atferd, men så gradvis ha snakket seg ut av det opprinnelige ubehaget.

Konklusjon

Tannleger kan i likhet med utøvere i andre profesjoner befinne seg i interessekonflikter, det vil si situasjoner hvor egeninteressen foreskriver et annet handlingsalternativ enn pasienten eller klientens interesse. I denne artikkelen har jeg fulgt Nanda (2002) i å betrakte dette som noe annet enn et ekte etisk dilemma, siden det er rimelig klart at tannlegen bør prioritere pasientens interesse foran egeninteressen. I et falskt dilemma er det viljestyrken og karakteren som settes på prøve, men utfallet av tannlegens vurderinger vil også påvirkes av eksterne faktorer. De tradisjonelle måtene å demme opp for uakseptabel profesjonsatferd har vært å sette søkelys på (1) utøverens karakter, det vil si disposisjon til å oppføre seg skikkelig i kritiske situasjoner, og (2) trening i etisk analyse. Den første tilnærmingen forutsetter at det er personlighet og karakter som er utslagsgivende for om en profesjonsutøver oppfører seg rett eller galt i interessekonflikter. Svakheten her er at en rekke empiriske studier innen sosial- og moralpsykologi har gitt oss grunn til å tvile på det skarpe skillet mellom personer med god og dårlig karakter. Trekk ved situasjonen har vist seg å ha vesentlig større innflytelse på atferd enn det dydsetikken har erkjent. Begrensningen til den andre tilnærmingen er at det egentlig ikke er evnen til å analysere situasjonen ut fra etiske prinsipper som settes på prøve i interessekonflikter.

For å demme opp for at tannleger utnytter kunnskapsovertaket sitt i forhold til pasienter, er det avgjørende å identifisere og kritisere tilløp til moralsk nøytralisering. Det reelle omfanget av slik atferd kan undersøkes empirisk, men det er uansett grunn til å ta på alvor at det kan forekomme blant tannleger. Moralpsykologisk forskning indikerer at hvem som helst kan møte moralsk dissonans med å forsøke å overbevise seg selv om at handlingsalternativet som skaper ubehaget likevel er moralsk akseptabelt. Forebyggelse kan skje ved at en etablerer et ytringsklima på jobb for å utfordre forsøk fra kollegaer på å snakke seg bort fra at det er galt å prioritere seg selv fremfor pasienten. På den måten går det an å forhindre overtredelser som kan føre til en normalisering av moralsk tvilsom atferd. Når en ser på miljøene hvor en slik normalisering har inntruffet, innen finans, idrett og andre bransjer, så synes det klart at individene der ikke skiller seg ut som spesielt umoralske og dårlige mennesker. Det som i stedet ser ut til å ha skjedd er at fellesskapet har nøytralisert bort det opprinnelige moralske ubehaget ved å selge tvilsomme tjenester og produkter til kundene sine, eller bruke doping som virkemiddel. Etter en stund kjennes det helt normalt og greit å gjøre dette. Forskningen

tyder på at det er dypt menneskelig å være sårbar for slike utviklingstrekk. Bevissthet om moralsk nøytralisering kan være en sentral byggekloss i forebyggende etikkarbeid blant tannleger i årene som kommer.

English summary

Kvalnes Ø.

Professional ethics: dentists and moral neutralisation

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 426–32.

This paper discusses the central challenge of professional ethics for dentists: How to handle conflicts of interest, that is, situations where there is a discrepancy between the patient's interest and the dentist's interest. Similarly to other professionals, a dentist is expected not to prioritize self interest in such situations, even though it can be done without detection. Two traditional initiatives to counter professional wrongdoing is (1) to focus on values and attitudes, and (2) practical ethical training. The author here argues that these initiatives do not take sufficiently into account studies in moral psychology which indicate that people with excellent values and abilities to analyze ethical dilemmas may nevertheless become involved in questionable behavior. The paper presents concepts from moral psychology that can be applied in efforts to counter wrongdoing in conflict of interest situations by dentists. A key concept is moral neutralization, which is used to describe how normally decent individuals may convince themselves that options they initially see as morally wrong, may nevertheless be acceptable. Wrongdoing amongst dentists can be countered by identifying and challenging attempts at moral neutralization.

Referanser

- Ariely D. *Predicably irrational: The hidden forces that shape our decisions*. New York: HarperCollins; 2008.
- Ariely D. *The honest truth about dishonesty*. New York: HarperPerennial; 2012.
- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of personality and social psychology*. 1996; 71: 364–374.
- Darley JM, Batson CD. From Jerusalem to Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of personality and social psychology*. 1973; 27: 100–108.
- Donaldson T. Three ethical roots of the economic crisis. *Journal of business ethics*. 2012; 106: 5–8.
- Doris JM. *Lack of Character: Personality and Moral Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
- Etiske regler for tannleger. www.tannlegeforeningen.net (lest 03.09.2014)
- Forbrukerrådet. Test av tannlegekvalitet. www.forbrukerradet.no (lest 03.09.2014)
- Hamilton T, Coyle D. *The Secret Race: Inside the Hidden World of the Tour de France*. New York: Bantam Books; 2012
- Heath J. Business ethics and moral motivation: A criminological perspective. *Journal of business ethics*. 2008; 83: 595–614.
- Kvalnes, Ø. Leadership and moral neutralisation» *Leadership*. 2014, 10, 456–470.

Kvalnes, Ø. og Øverenget, E. Ethical navigation in leadership training. *Nordic Journal of Applied Ethics*. 2012, 6: 58–71.

Mazar N, Amir O, Ariely D. The dishonesty of honest people: A theory of self-concept maintenance. *Journal of marketing research*. 2008; 45: 633–644

Nanda A. The Essence of Professionalism: Managing Conflict of Interest, HBS Working Papers. 2002: 03–066: 1–35: Boston.

Rawls J. *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press; 1971.

Sykes GM, Matza D. Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American sociological review*. 1957: 22: 664–70.

Adresse: Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon, 0442 Oslo. E-post: oyvind.kvalnes@bi.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Kvalnes Ø. Profesjon og interesse: Om moralsk nøytralisering blant tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2015; 125: 426–32.



Vi tilbyr kunder over hele landet en gunstig og forutsigbar fastpris på alle regnskapstjenester en praksis trenger. Løpende spørsmål og behov for råd og oppfølging er inkludert.

Vår jobb er å hjelpe våre kunder til å drive bedre, gi varsel om restskatt så tidlig som mulig og sikre god orden i papirene, slik at kunden kan ha fullt fokus på den daglige driften.



Ta kontakt for et uforpliktende tilbud på tlf 959 78 288, eller e-post: post@korsvoldregnskap.no

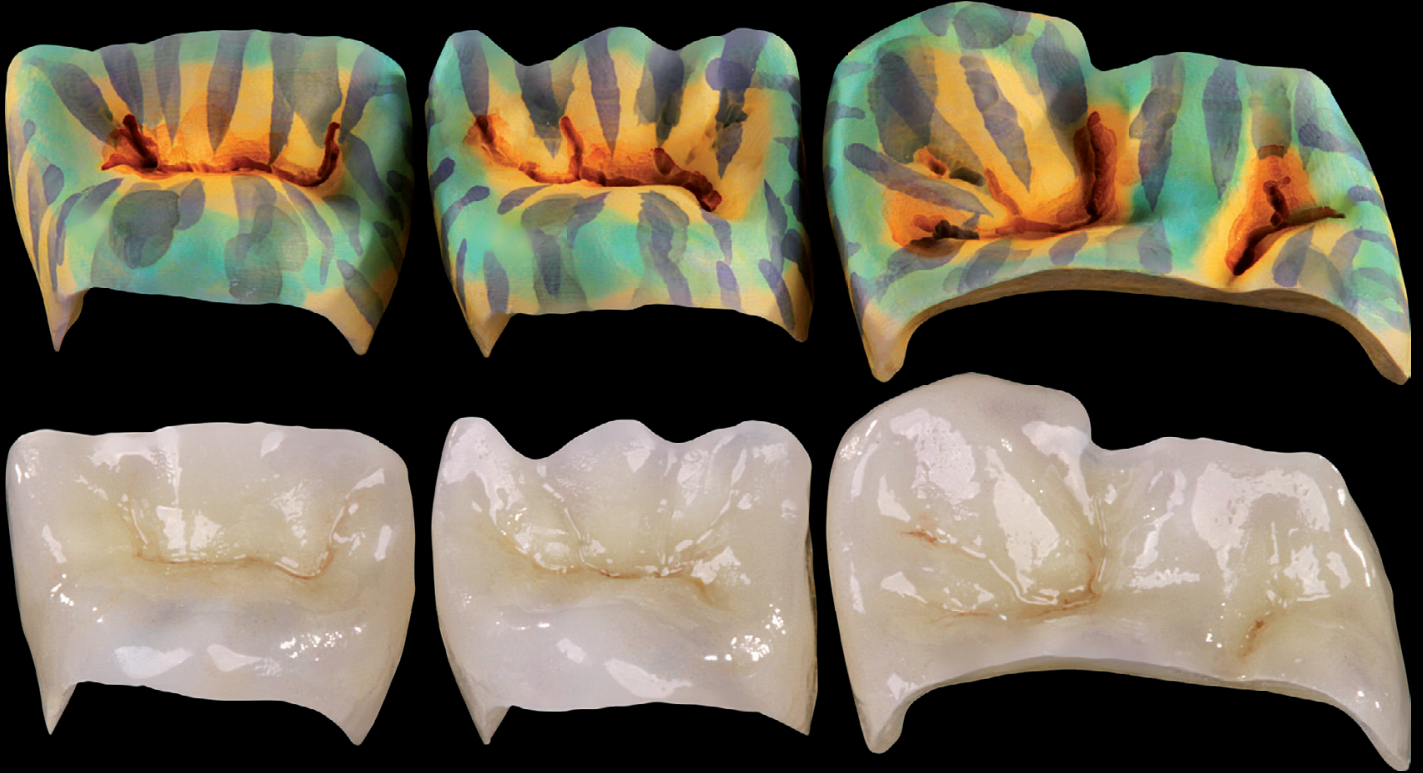
Fri etablering

Zirkonzahn®

Human Zirconium Technology

NY ZIRCONIA

BØYNINGSTYRKE 670 MPA
(SCHOOL OF DENTAL MEDICINE, UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA)



PRETTAU® ANTERIOR

Gjennomskinnelighet kombinert med høy bøyestyrke **Prettau® Anterior** er spesielt utviklet for anteriore tannrestaureringer, men egner seg like godt for de posteriore områdene. Den kan tørrfreses med vanlige fresebor for zirkonia, og er derfor et ideelt alternativ til litiumdisilikat.

- Har dobbelt så stor bøyingsstyrke som litiumdisilikat: 670 MPa (School of Dental Medicine, University of Pennsylvania)
- Høyere gjennomskinnelighet gir perfekt lysgjennomgang og god bakgrunnsmaskering
- Ekstra motstandsdyktig mot aldring
- Passer til anatomiske konturer og som rammeverk for keramiske fasetter
- Indikasjoner: metallfrie partielle kroner og fullkroner, innlegg, overlegg, fasader, 3-leddsbroer (maksimalt)



Niklas Karl Oskar Angelus

Avtakbare underkjeveproteser: Er en protese støttet på to implantater alltid det beste behandlingsalternativet?

McGill-konsensus om dekkproteser er en uttalelse om behandlingsalternativer som ble utarbeidet i et ekspertmøte ved McGill University i Montreal, Canada i 2002 (1). Blant annet ble det anbefalt at primærbehandlingen burde være dekkprotese støttet på to implantater ved tannløshet i underkjeven.

Et interessant budskap fra årskurset i European Association for Osseointegration (EAO) i København i 2012 var at det ikke lenger er full enighet om McGill-konsensus. Dette er en oppfatningen som ble illustrert av et pasientkasus i egen praksis.

Når en pasient har egne tenner i underkjeven før behandlingen, og disse tennene må fjernes før behandlingen, vil pasienten med stor sannsynlighet ikke være fornøyd med en avtakbar protese festet i to implantater, slik McGill-konsensus beskriver (1). En implantatstøttet bru vil kunne være et bedre alternativ. Er pasienten tannløs i underkjeven og har en hel underkjeveprotese før behandlingen, da vil en implantatstøttet protese på to implantater sannsynligvis være akseptabelt for pasienten. Disse to situasjonene bør være grunnlag for behandlingsvalg.

Den aktuelle pasienten var en 66 år gammel kvinne som røykte. Hun var frisk bortsett fra hjerteblimner, og hun brukte blodfortynnende medikamenter. Det forelå alvorlig marginal periodontitt, og hun opplyste at noen tenner hadde falt ut av seg selv (figur 1).

Pasienten ble informert om følgende behandlingsalternativer: a) Hel over- og hel underkjeveprotese; b) hel overkjeveprotese og en implantatstøttet protese på to implantater i underkjeven og c) hel overkjeveprotese og implantatstøttet bru i underkjeven.

Forfatter

Niklas Karl Oskar Angelus, privatpraktiserende tannlege, godkjent for implantatprotetikk med tryggestønning. Namsos
Kasus er tidligere publisert i *Inspyred: The alternative EAO voice*. 2014; 2: 2. Oversatt av forfatteren og gjengitt med tillatelse.



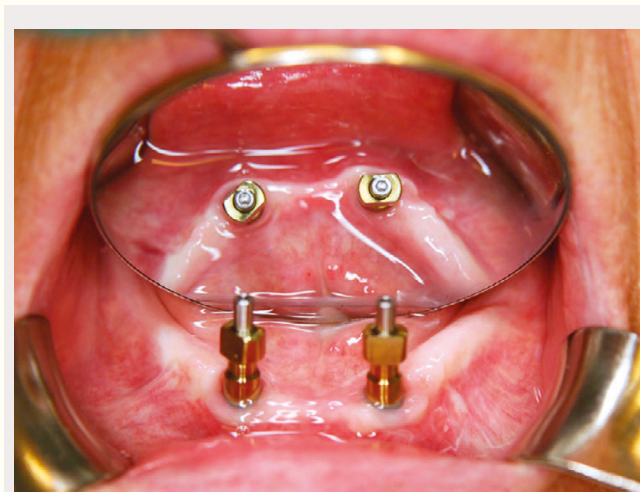
Figur 1. Status før behandlingen.



Figur 2. To implantater in situ.

Etter gjennomgang av disse alternativene bestemte pasienten seg for hel overkjeveprotese og implantatstøttet protese i underkjeven. Alle tenner ble fjernet, pasienten fikk en hel overkjeveprotese og en imediatprotese i underkjeven. Etter en tilhelingstid på 8 uker ble to implantater (Nobel Replace 4,3x13 mm) satt inn i regio 32 og 42 (figur 2). Etter en tilhelingstid på 3 måneder (2) ble imediatprotesen i underkjeven gjort om til implantatstøttet protese på to kulefester (figur 3, 4). Det ble valgt å ikke bruke «locator-abutment» fordi pasienten opplyste om dårlig fingerferdighet, og protese med kulefester ble ansett som lettere håndterlig enn en som var «locator-abutment»-støttet.

Etter at pasienten i starten av behandlingen var fornøyd med sin implantatstøttede protese klaget hun etterhvert over redusert retensjon. Problemet ble korrigert ved å aktivere



Figur 3. Avtrykkstopper in situ.



Figur 4. Overdenture i henhold til McGill-konsensus.

kulefestene. Pasienten var fornøyd i noen uker, men henvendte seg så og uttrykte at kulefestene og protesen ikke lenger passet sammen. Etter å ha diskutert problematikken med tanntekniker, ble det bestemt å rebasere protesen. Under denne prosessen vurderte jeg om forklaringen kunne være at implantatene hadde vandret i kjevebeinet (informasjon fra professor S. Eitner, EAOS årskurs 2011, Athen), men kunne ikke finne noen tegn til dette.

Den rebaserte protesen løste problemet en stund, men pasienten var fortsatt misfornøyd. Andre faktorer bidro til problematikken, blant annet dårlig munnhygiene som resulterte i tannstein rundt kulefestene. Hver gang pasienten kom til oppfølging, gjorde vi oppmerksom på dette. Likevel, uavhengig av dårlig munnhygiene hadde pasienten en underliggende generell misnøye med sin implantatstøttede protese. I litteraturen er det beskrevet at en implantatstøttet protese kan kreve noe ekstra behandlingstid (3), men i dette kasuset gikk det svært lang tid.

Drøfting

På grunnlag av pasientens historikk med røyking og alvorlig marginal periodontitt, var konklusjonen at den valgte behandlingen med implantatstøttet protese ville være et bedre alternativ enn en implantatstøttet bru, siden den valgte protetiske løsningen er enklere å holde ren. Likevel er et argument mot dette alternativet pasientens alder, som kan ha gjort det vanskelig for pasienten å venne seg til avtakbare proteser.

En annen faktor som kan ha bidratt til pasientens misnøye, er en manglende forståelse for at en implantatstøttet protese ikke er

det samme som «faste tenner». Selv om vi alltid presiserer dette, har pasientene problemer med å forstå dette siden implantatene selv er «faste tenner». Dette understreker viktigheten av å gi god informasjon og å diskutere behandlingsalternativene detaljert, forståelig og nøyaktig.

I etterpåklokskapens lys ville et bedre alternativ ha vært en implantatforankret bro i underkjeven i dette tilfellet. Hvis noen av disse implantatene med tiden skulle løsne, kan de resterende implantatene brukes som pilarer i en attachment-retinert protese. Dette gir pasienten som regel den foretrukne behandlingen med «faste tenner», følelsen av å ha «egne tenner» og muligens økt livskvalitet.

Referanser

1. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first-choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology*. 2002; 19 (1): 3–4.
2. Nært I, Vandamme K, Duyck J, Weber HP, Jokstad A. Loading protocols and clinical outcomes In: Jokstad A: *Osseointegration and dental implants*. 2008 Wiley Blackwell; pp 311–32.
3. Thomason JM, Feine JS, Wismeijer D. Patient focus on function and quality of life and future implementation. In Jokstad A: *Osseointegration and dental implants*. 2008 Wiley Blackwell; pp 361–71.

Adresse: Niklas Karl Oskar Angelus, Abel Margrethe Meyers gate 8, 7800 Namsos

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

Sertifisert etter ISO 9001:2008 standarden

www.kirurgiklinikken.no
tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no

Alt innen oral og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk

<p>Tannlege Bent Gerner spesialist i protetikk</p>	<p>Tannlege Kjetil Misje spesialist i oral kirurgi</p>	<p>Tannlege Eva Gustumhaugen Flo Spesialist i protetikk</p>
---	---	--

Tannlege
Helge Rishem
spesialist i oral kirurgi, maxillofacial kirurgi, og plastikkirurgi

Ingar Olsen og Atsuo Amanao

Ytre membranvesikler – offensive bakterielle våpen eller gode samaritaner?

Gram-negative bakterier snører av små runde blemmer eller vesikler fra sin ytre cellemembran kalt ytre membranvesikler (OMVs) (Fig. 1). Vesikkelproduksjonen varierer med vekstfase og næringstilgang. OMVs varierer i størrelse fra 20 til 300 nm. På grunn av størelsen er de blitt betegnet som nanovesikler. Eksempler på mikrober som produserer disse vesiklene er bakterier som forbindes med periodontitt, herunder *Porphyromonas gingivalis*. Også ikke-patogene arter kan produsere vesikler. Først trodde man blemmene var artefakter når man oppdaget dem i mikroskopet. Rapporten om deres eksistens ble lenge fulgt av vantrø. I dag vet vi at disse vesiklene er viktige i bakterienes liv, og at de har en rekke funksjoner (1). La oss kort se på noen av dem.

OMVs virker som et sekresjonssystem i bakterier og transporterer blant annet lipider, membranproteiner og signalmolekyler. I motsetning til andre bakterielle sekresjonssystemer er lasten beskyttet av vesiklenes membran, og den kan avleveres i ønskede seter via reseptorer. Dette er viktig når OMVs skal utrydde konkurrerende bakterier som antibiotika ikke kan nå. Mange bakterier bruker OMVs til å skille ut virulensfaktorer, herunder giftstoffer. Det ser vi for eksempel hos den periodontopatogene bakterien *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. OMVs kan også transportere antibiotika over i andre bakterieceller, selv til arter som er forskjellig fra dem. De kan videre inneholde beta-laktamaser som er enzymer som beskytter dem selv og andre bakterier mot antibiotika. I tarmen kan de forsyne normalfloraen med næringsstoffer, altså opptre til vertens fordel (gode samaritaner). Vi vet ennå ikke om dette også skjer i munnhulen, men det er ikke utenkelig. Gjennom sin last av enzymer, toksiner, kommunika-

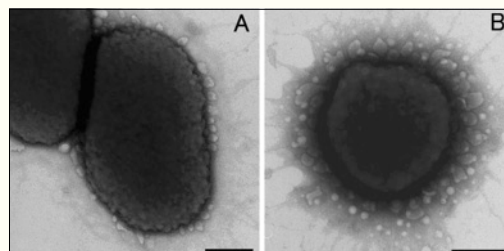
sjonssignaler og antigener kan OMVs stimulere både det medfødte og det ervervede immunsystem.

OMVs har ulike måter å virke som «lokkeduer» på. Hos *Moraxella catarrhalis* (halsbakterie) kan de lede antistoffresponsen vekk fra seg selv ved at de får verten til å produsere antistoffer som ikke virker på dem. De kan også virke som «lokkeduer» for bakteriofager og peptidantibiotika ved å transportere disse molekylene bort fra morcellen. OMVs kan formidle «cross-kingdom» dialog, dvs. kommunikasjon mellom human vert og bakterier. Dette skjer i tarmen via et inositolfosfat signaleringsenzym (1). OMVs er også viktige for kommunikasjon mellom bakterier. Denne kan skje over lange avstander.

En annen viktig funksjon hos OMVs er deres virkning på lokal økologi. De fremmer både cellulær aggregering, autoaggregering og koaggregering mellom en rekke forskjellige bakterier. Ved sin transport av toksiner, herunder lipopolysakkarid (endotoksin) til periodontale lommer kan de skade lommepitelet. De kan også bringe bakterier som ikke kan bevege seg til periodontale lommer ved at de formidler koaggregering med bevegelige bakterier. De bevegelige bakteriene transporterer da de ubevegelige bakteriene til lommen («piggy back»). Dette bidrar til å gjøre mikrofloraen i lommen mer variert.

I tarmen kan OMVs ha en «sosial» funksjon ved at de bringer oligosakkarider, monosakkarider og aminosyrer til andre bakterier, f. eks. til bakterier innen slekten *Bacteroides*. Herved begunstiger de bakterier som ikke kan bryte ned polysakkarider.

OMVs er blitt betegnet som «virulence bullets» eller «bacterial bombs».



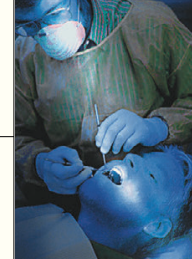
OMVs observert gjennom transmisjon elektronmikroskop ved den ytre cellemembranen til *P. gingivalis*. A: OMVs fra stamme ATCC 32777T (type I fimA stamme). B: OMVs ved den ytre membran til stamme TDC 60 (type II fimA stamme). Linjal = 200 nm.

Dette beror på at de kan bl. a. inneholde antimikrobielle stoff som dreper andre bakteriearter. De kan også inneholde toksiner som dreper lymfocytter og myelocytter. Spesielt viktig her er JP2-stammen hos *A. actinomycetemcomitans*. Toksiner og virulensfaktorer kan avleveres direkte til målcellene uten degradering og fortykning på veien.

Hos *P. gingivalis*-OMVs blir de viktigste virulensfaktorene, gingivapain (2), sortert ut før lasten avleveres til målcellen. Sannsynligvis spiller O-antigenet i lipopolysakkarid en viktig rolle i denne sorteringen. OMVs kan feste seg til både bakterier og vertens celler. De kan også invadere vertsceller og bryte ned cellens proteiner. Dette skader viktige cellefunksjoner i vertscellen (1).

OMVs ser ut til å være velegnet til vaksiner. Deres rike innhold av virulensfaktorer synes å gjøre dem spesielt interessante som periodontittvaksiner. Til nå har de med hell vært benyttet som vaksiner mot meningitt. Et nytt felt av spesiell interesse er nye bakterie- og virusinfeksjoner der OMVs kan manipuleres slik at de inneholder proteiner som kan brukes som «lokkefugler» og vaksiner.

Konklusjonen er at OMVs virker både som offensive bakterielle våpen og gode samaritaner.



Referanser

1. Olsen I, Amano A. Outer membrane vesicles – offensive weapons or good Samaritans? *J Oral Microbiol* 2015, 7: 27468 – <http://dx.doi.org/10.3402/jom.v7.27468>.
2. Olsen I, Potempa J. Strategies for the inhibition of gingipains for the potential

treatment of periodontitis and associated systemic diseases. *J Oral Microbiol* 2014, 6: 24800 – <http://dx.doi.org/10.3402/jom.v6.24800>.

Adresser: Ingar Olsen, Institutt for Oral Biologi, Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo, PB 1052 Blindern, 0316 Oslo, og Atsuo Amano, Department of

Preventive Dentistry, Osaka University Graduate School of Dentistry, 1-8 Yamadaoka, Suita-Osaka 565-0871, Japan.

E-post: ingar.olsen@odont.uio.no



- Vi vokser gjennom løftene vi holder -

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

- Dokumentasjon på metallegeringer følger på hvert arbeide -

www.reholt.no

Agent for: Shengda Dental Manufacturing Co. Ltd • J.N. Jacobsensgt. 15 • Postboks 194, 1601 Fredrikstad • Tlf: 69311512/69317448 • Fax: 69317086 • Mail: post@reholt.no

Ikke tydelig vist at xylitol-holdige produkter gir mindre karies



En ny systematisk oversikt fra Cochrane-organisasjonen (1) tar for seg artikler om bruk av xylitol i ulike produkter og den mulige effekten på karies. Xylitol er en sukkeralkohol som er omtrent like søt som sukrose, men som ikke tas opp i tynntarmen og som er non-kariogent, kanskje også anti-kariogent, hevder noen. Søtningmidlet brukes i en rekke produkter slik som søtsaker, sugetabletter, munnskyllemidler og tannpasta.

Etter litteratursøk og utvelging i henhold til gitte kriterier ble ti studier vurdert videre basert på at det var en studieutforming som kunne brukes til

sammenligning (randomiserte, kontrollerte studier). Disse omfattet nesten 6000 deltakere. Av disse var det bare to studier som passerte nåløyet med hensyn til lav risiko for utvalgs- og vurderingsskjevhet (bias).

Hovedresultatene er at studiene generelt var av varierende kvalitet, mange med lav kvalitet. Det er svak støtte for at xylitol gir en vesentlig effekt på karies. Det kan være en effekt av xylitol-holdig tannpasta hos barn. Ingen av studiene rapporterte om vesentlige bivirkninger som følge av bruk av xylitol-produktene, hvis de hadde undersøkt det.

Referanse

1. Riley P, Moore D, Ahmed F, Sharif MO, Worthington HV. Xylitol-containing products for preventing dental caries in children and adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015, Issue 3. Art. No.: CD010743. DOI: 10.1002/14651858.CD010743.pub2. (Tilgjengelig via Helsebiblioteket.no)

Nils R. Gjerdet

NTFs landsmøte 2015

Når? 29. –31. oktober

Hvor? Oslo, Norges Varemesse

Mer informasjon? www.tannlegeforeningen.no





SUNSTAR



SOFT-PICKS™

Med gummi-
børster av
ELASTOMER
for maksimal
plakkfjerning!

Prøv GUM® Soft-Picks i dag!

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

RENT & KOMFORTABELT mellom tennene!

- **Effektiv** og **behagelig** rengjøring mellom tennene
- Gummitipp av **Elastomer** for **maksimal plakkfjerning**
- Masserer tannkjøttet, øker blodsirkulasjonen og gir et **friskere tannkjøtt**



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



INGENTING ER UERSTATELIG

Dentalforum er et av Norges største fagmiljøer innen tannteknikk. Vi leverer egenprodusert og importert tannteknikk av beste kvalitet til avtalt tid og avtalt pris. Prøv oss på dine mest krevende utfordringer. Vi viser deg gjerne at ingenting er uerstattelig!

OSLO: Telefon: +47 22 19 93 96 | e-post: postoslo@dentalforum.no
KRISTIANSAND: Telefon: +47 40 00 10 56 | e-post: post@dentalforumkrs.no

DENTAL FORUM
TANNTekNISK LABORATORIUM WWW.DENTALFORUM.NO



Enhanced soft tissue integration through abutment surface modification

Dental implants has become a popular alternative to conventional prostheses during the previous decade. However, implant failures do occur due to different problems such as peri-implantitis. Bacterial infection at the bone-implant area may lead to bone resorption and eventual implant loss. Poor peri-implant mucosal sealing around implant abutment allows bacterial invasion towards the alveolar bone. Compared to natural gingiva-tooth interface, the peri-implant mucosal barrier is less protective against bacterial infection due to the inferior structure. Meanwhile, peri-implant soft tissue is very fragile and lax after implantation surgery, increasing the risk of bacterial infection. Thus, it is very important to enhance the attachment of peri-implant mucosa onto the abutment. For this purpose, Rui and colleagues focused on optimizing abutment surface through topographical modifications. The work was carried out using two main strategies.

The first strategy was to promote soft tissue attachment without increasing the risk for bacterial accumulation. Microgrooved surfaces produced by machining provided an optimized surface structure for human gingival fibroblast (HGF) growth without increased bacterial load compared to polished surfaces. Cathodic polarization was then used to introduce hydrogen into the surface. Hydrogen incorporation in the implant surface promoted the attachment and proliferation of HGF while leaving bacterial accumulation



FOTO: PRIVAT

Personalia

Rui Xing disputerte 7. november 2014 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, med avhandlingen «Enhanced soft tissue integration through abutment surface modification». Prosjektet er utført ved Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, under veiledning av professor Håvard Haugen, professor Ståle Lyngstadaas, professor Janne Reseland og Dr. Jessica Lönn-Stensrud.

unaffected. Hydrogen amount on the surface was positively correlated with HGF proliferation and was controlled by regulating current density, polarization time and electrolyte compositions. Accordingly, the combination of machining and cathodic polarization may be a promising surface modification for enhanced peri-implant mucosal sealing around the abutment without increasing the risk of microbial contamination.

The second strategy was to improve a barrier function by impregnating the abutment surface with an antimicrobial doxycycline (Doxy)-coating. The Doxy-coating of the abutment surface was achieved by cathodic polarization in an electrolyte optimized for doxycycline. The coated surface showed an initial burst release of doxycycline within the first 24 hours. Both biofilm accumulation and planktonic bacterial growth were significantly inhibited by this initial release. In addition, the surface showed long-term antibacterial

potential that was indicated by the presence of doxycycline on the surface for at least 2 weeks after the initial burst release. Similar to surface hydrogen, doxycycline in the surface of implant abutments could also be controlled by altering current density and polarization time, and holds promise for an antimicrobial abutment surface that may have clinical use in revisions and direct placement cases.

The thesis points at new, effective approaches for optimizing implant abutment surfaces. Hydrogen incorporation and doxycycline coating by cathodic polarization could be used to significantly promote soft tissue attachment and reduce bacterial adhesion respectively. The findings may contribute to prevent bacterial invasion through soft tissue during healing, and hence, on the long term, reduce the risk for peri-implantitis and implant loss.

Kombinert kjeveortopedisk og kirurgisk behandling av store underbitt

Da det på 50-tallet ble vanlig å ta i bruk kjevekirurgi for å korrigere skeletale underbitt, ble inngrepet foretatt på underkjeven ved at den ble flyttet tilbake. Etter hvert ble fremflytting av overkjeven et alternativt inngrep, og i de senere år er en kombinasjon av de to operasjonsmetodene blitt stadig vanligere. Bakgrunnen for dette er at inngrep på begge kjevene ofte gir større mulighet for forbedring av ansiktsharmonien, at resultatet er mer stabilt og at man unngår å redusere luftpassasjen slik det kan skje når underkjeven flyttes mye tilbake. Operasjon på kun én kjeve vil i hovedsak korrigere avvik i horisontalplanet, mens operasjon på to kjever gir større mulighet til også å korrigere vertikale avvik. Dette gjør imidlertid planlegging av behandling og vurdering av behandlingsresultater mer komplisert fordi det er stor variasjon i kjeve- og ansiktsmorfologien hos pasienter med skeletale underbitt.

Langtidsresultatet av inngrep på begge kjever for å korrigere underbitt er undersøkt av Gundega Jakobson i avhandlingen «Bimaxillary surgery to correct Class III malocclusion: stability, profile and airway changes». Jakobson har undersøkt hvor stabilt resultatet er etter slike operasjoner, hvordan operasjonene forandrer ansiktets utseende og hvordan passasjen i de øvre luftveiene påvirkes. Til undersøkelsen er det benyttet pasientdata fra universitetene i Oslo og Riga som danner grunnlag for 6 vitenskapelige artikler publisert i internasjonale tidsskrifter. Jakobson forsvarte sin avhandling for graden dr. philos. ved Universitetet i Oslo tirsdag 9. september 2014.

Materialet bestod av data fra 135 pasienter: 85 var blitt operert i Oslo og



FOTO: JAN UNNEBERG, IKO

Personalia

Gundega Jakobson har tannlegeutdanning og spesialistutdanning i kjeveortopedi (Dr. med. sc.) fra Riga Stradins University, Latvia. Hun er medlem av Royal College of Surgeons, Edinburgh, og hennes hovedområder innen forskning er i tillegg til kombinert kjeveortopedisk/kirurgisk behandling, evaluering av øvre luftveier og vekstadapertende kjeveortopedisk behandling. Hun er for tiden leder av Department of Orthodontics, Riga Stradins University.

fulgt opp i tre år etterpå, mens 51 var operert i Riga og fulgt opp i ett år. Alle hadde gjennomgått en operasjon der overkjeven ble flyttet frem og underkjeven tilbake, og begge kjevene ble flyttet i varierende grad i vertikal retning. For alle forelå det profilrøntgenbilder før operasjonen og fra oppfølgingsperioden. Oslomaterialet var delt i tre undergrupper, avhengig av om ansiktshøyden ble økt, redusert eller om den var beholdt uendret.

Operasjonene ga stor forbedring av bittet og av forholdet mellom kjevene. Forflytningen av overkjeven var stabil, mens underkjeven viste en tendens til å komme fremover igjen etter operasjonen, i gjennomsnitt 33 %. Denne tendensen varierte med størrelsen på den kirurgiske korreksjonen og grad av vertikal forflytning. Bittkorreksjonen ble imidlertid opprettholdt ved kjeveortopedisk kompensasjon i oppfølgingsperioden.

Ansiktets bløtvev fulgte i hovedsak forflytningen av kjevene under operasjonen, og fulgte også et eventuelt residiv etterpå. Minst samsvar mellom forandring i hard- og bløtvevsprofilen ble observert hos pasienter der ansikts-

høyden og den vertikale avstanden mellom kjevene ble øket, noe som på lengre sikt ga reduksjon av overleppens tykkelse. Hos pasienter der et stort underbitt innebar at overleppen ikke var i kontakt med overkjevens tenner før behandlingen, var det også mindre samsvar mellom forandringer i tann- og leppeposisjon. Det ble beregnet forholdstall mellom de ulike kirurgiske forflytningene og forandringen de ga på ansiktets bløtvev. Disse forholdstallene kan benyttes i datasimuleringer for å forutsi ansiktsforandringer. For forflytning av underkjeven var det et tilnærmet 1:1 forhold mellom hardvevet og bløtvevet.

Tilbakeflytting av underkjeven førte til en viss reduksjon av passasjen i de øvre luftveiene, men dette ble til dels motvirket dersom overkjeven samtidig ble flyttet frem. Røntgentomografi viste at reduksjon av størrelsen på luftpassasjen i antero-posterior retning hadde sammenheng med en økning av dimensjonen i sideretning.

Resultatene er av betydning for planlegging av kjevekirurgiske operasjoner og informasjonen vi gir til pasientene.

Virkelig evolusjon

Benytt deg av
de gjeldende tilbud!*



DEN FØRSTE KERAM FOR DIREKTE FYLLING

- Det første verdensomspennende rent keram-baserte fyllingsmateriale
- Den laveste herdekrymping (1,25 % av volum) og spesielt lavt krympestressnivå**
- Svært høy grad av biokompabilitet og ekstremt motstandsdyktig mot misfarging
- Imøtekommer de høyeste krav i anterior og posterior områder
- Utmerket å arbeide med, enkel høyglanspolering prosedyre koblet med høy overflatehardhet sikrer førsteklasses langvarige resultater
- Kompaitibel med alle konvensjonelle bondinger

* Du finner alle gjeldende tilbud på www.voco.com

** in comparison to all conventional restorative composites

Admira Fusion



VISSTE DU AT LITT GRØNNSAKER, FRUKT ELLER BÆR TIL HVERT MÅLTID ELLER BLIR FEM OM DAGEN?

De fleste av oss vet at vi bør spise minst fem om dagen. Grønnsaker, frukt og bær er nødvendig uansett alder. Spiser du litt grønnsaker, frukt eller bær til hvert måltid, blir det enklere å nå målet. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.



SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helse og Matvesen

Mange pasienter trenger ekstra fluor - daglig!



Blottlagte rotoverflater



Munntørrhet



Fast kjeveortopedisk apparatur



Nedsatt evne til daglig munnrenhold

Eneste høykonsentrert fluortannpasta som gir behandling med ekstra fluor - ved daglig tannpuss

- Velegnet for unge fra 16 år og voksne med økt kariesrisiko
- Klinisk bevist å gi bedre kariesbeskyttelse enn en tradisjonell fluortannpasta¹⁻¹⁰
- Reseptpliktig legemiddel



Colgate®

1. Ekstrand 2008 Gerodontology 2008;25: 67-75 2. Tavss et al: American Journal of Dentistry, Vol 16, No. 6, December 2003 3. Baysan 2001 Caries Res 2001;35:41-46 4. Srinivasan 2014 Community Dent Oral Epidemiol 2014; 42: 333-340 5. Bizhang 2009 BMC Research Notes 2009, 2:147 6. Al Mulla 2010 Acta Odontologica Scandinavica, 2010; 68: 323-328 (Orthodontic) 7. Nordström 2010 Caries Res 2010;44:323-331 8. Ekstrand 2013 Caries Res 2013;47:391-398 9. Schirmer 2007 Am J Dent 2007;20:212-216 10. Stanley 2000, Angle Orthod 2000; 70 (6):424-430

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

Duraphat® 5 mg/g tannpasta. 1 g tannpasta inneholder 5 mg fluor (som natriumfluorid), svarende til 5000 ppm fluorid.

www.colgateprofessional.no

Tar vare på fremtidens tenner

Norge har om lag 20 pedodontister i klinisk tjeneste, 13 nye er underveis. Hvilken betydning har denne spesialiteten for den generelle tannhelsen?

-Den viktigste perioden for tannhelsen er barneårene, sier førsteamanuensis ved Seksjon for pedodonti ved Universitetet i Bergen (UiB), Marit Slåttelid Skeie.

UiB har for tiden fem kandidater som spesialiserer seg innen pedodonti.

– Har barnet sunne melketenner, øker sjansene for god tannhelse i det permanente tannsettet. Da er også sjansen mindre for at barnet utvikler angst for tannbehandling eller odontofobi senere i livet, sier hun.

Treårig løp

Spesialisering innen pedodonti er et heltidsstudium over tre år. Utdannelsen baserer seg på problembasert læring (PBL) hvor det forventes at kandidaten tar egne initiativ under opplæringen.

Studentene har 25 timer klinisk praksis per uke, og skal i løpet av studietiden ha ferdigbehandlet minst 90 pasienter. Av disse danner 10 pasienter grunnlaget for omfattende kaseskriivelser. I tillegg skal kandidaten levere en vitenskapelig oppgave.

Kurs i pediatri, barnepsykologi og sedering med lystgass er obligatorisk.

Hvert semester samles den teoretiske delen av utdannelsen i en ukes kurs eller seminar hvor alle pedodontikandidater i Norge deltar. Det er ellers litteraturgjennomgang ved den enkelte utdanning flere ganger i løpet av semesteret, i tillegg til kurs og seminarer innen emnet.

Kandidatene får pedagogisk trening gjennom å delta aktivt som kurs- og foredragsholdere, samt ved å veilede annet tannpleiepersonell.



Førsteamanuensis Marit Slåttelid Skeie ved Seksjon for pedodonti ved UiB hevder at barneårene er den viktigste perioden for en persons tannhelse.

Særdeles viktig med tidlig diagnose

Nesten 10 prosent av barne- og ungdomspopulasjonen har en eller annen form for kronisk sykdom, medisinsk kompromitterende tilstand eller funksjonsbesvær, som kan føre til dårligere tannhelse. For barn med hjertelidelser kan også ubehandlet, dyp karies føre til

forverring av den generelle sykdommen og utgjøre en risiko for utvikling av endokarditt. Et godt samarbeid mellom tannlegen eller pedodontisten og helsestasjonene er gunstig for tidlig å fange opp samtlige barn i denne gruppen.



Skeie mener at man allerede på svangerskapskurs bør informere blivende foreldre om hvordan de best skal passe på barnas tenner når de bryter frem, og at munnhelse i sterkere grad bør vektlegges ved ettårskontroll på helsestasjonen.

– Barn kan ha ulike odontologiske arvelige sykdommer hvor det er særdeles viktig med tidlig diagnose, behandlingsplan og profylakse. Seks til sju prosent av norske niåringer mangler permanente tenner. For disse pasientene kan melketenner være viktige for kortere eller lengre perioder, og det er derfor meget uheldig hvis de er tapt på grunn av karies. Pedodontister lærer i sin utdanning å ta hånd om barn og ungdom som har behov for spesiell kompetanse når det gjelder komplekse

Pedodonti

- * Norge har ca. 20 pedodontister i klinisk tjeneste.
- * Det er for tiden 13 pedodontister under utdanning i Norge; syv i Oslo, fem i Bergen og én i Tromsø.
- * Sverige har 125 pedodontister, og 15 stillinger står ledige.
- * I Sverige er pedodontistene de mest attraktive på jobbmarkedet, sammenliknet med de øvrige spesialitetene.

orale tilstander, sier Skeie.

En viktig gruppe her er alvorlig syke og funksjonshemmede barn, og de med syndromer.

– Pedodontisten kan bistå som rådgiver og veileder for annet tannhelse- eller helsepersonell i behandling av disse pasientene. De er også kompetente til å bidra i diagnostikken av enkelte syndromer og sjeldne sykdommer hvor orale manifestasjoner kan være diagnostiske tegn. Også i arbeidet med å utvikle rutiner for systematisk samarbeid med offentlig tannhelsetjeneste og med å planlegge og koordinere fremtidig tverrfaglig behandling, er pedodontisten en nøkkelperson, sier Slåttelid Skeie.

Trygghet og tillit

Non-operative behandling gjør at man i dag kan hindre emaljekaries i å progredierte til dentin uten å bore. Ifølge Skeie er fyllingsbehandling egentlig konsekvensen av en

mislykket behandling, særlig når det gjelder barn.

– Hvis barnet likevel må bore i en tann, er det viktig at behandler har opparbeidet barnets tillit, at barnet føler seg trygt, og slipper å kjenne på smerte. Barnet må trenes opp til å mestre det å motta anestesi, sier hun.

Målet er at barnet også som ungdom vil komme til å bruke tannhelsetjenesten. Forskning viser at 20 prosent av 18-åringene ikke møter opp på timene sine. De som har angst for tannbehandling, utgjør deler av denne gruppen.

– Hvis de i tillegg vet at de har behandlingsbehov, kan de føle på skam og slite med dårlig selvfølelse. I dagens samfunn er dårlige tenner svært stigmatiserende. Kanskje bør man i større grad bruke fantasien for å gjøre det mer lystbetont for barnet å gå til tannlegen. Det er også viktig å stimulere og bevisstgjøre foreldrene om munnhelse, sier Skeie.

Det er fullt mulig å gjøre det lystbetont for et barn å gå til tannlegen, man må bare vite hvordan, og stimulere og bevisstgjøre foreldrene om god munnhelse, sier Marit Slåttelid Skeie.

Lokal forankring viktig

Ved Universitetet i Tromsø (UiT) startet pedodontiutdanningen i 2011. To kandidater ble uteksaminert i 2014, og én kandidat er beregnet uteksaminert i 2016. Det er ikke inntak av nye kandidater i 2015, til det var det for få sø-



Runa Das tar spesialistutdanning i pedodonti etter 23 år som tannlege i Den offentlige tannhelsetjenesten.

kere. Det planlegges nytt inntak av to kandidater høsten 2016.

Ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) er det i dag ansatt to pedodontister i 100 prosent stilling, den ene som klinisk veileder. Klinikerer tjenestegjør 75 prosent i Tromsø, og 25 prosent i Harstad.

Antallet henvisninger er cirka 250–300 per år, de fleste fra Troms fylke.

– Vi ser at lang reisevei virker styrende på antallet henvisninger. Jo nærmere pedodontiste befinner seg, desto flere ønsker å benytte seg av tjenesten. Etter at det ble etablert en stilling i Harstad, er antallet henvisninger dit sterkt økende. Den lokale forankringen er viktig for å kunne gi befolkningen lik tilgjengelighet på pedodontitjenester, sier spesialist i pedodonti ved TkNN, Inger Jönsson.

Hun fremhever at pedodontisten utgjør en kunnskapsbank for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) når

det gjelder tannbehandling av barn og unge.

– DOT greier ikke alltid å tilby tannpleie til barn med spesielle behov, en tjeneste disse barna har rett på. Pedodontisten kan fungere som et bindeledd mellom barnesykepleie og DOT for svært syke og handikappede barn. Vi kan også veilede og utdanne personalet ved de offentlige klinikkene, sier Jönsson.

I følge Jönsson, bør fylkes- og over-tannlegene jobbe aktivt for at det skal finnes minst én pedodontist ved hvert kompetansesenter, i tillegg til lokale ute i fylkene.

– Man beregner at cirka en prosent av alle barn vil ha behov for behandling hos pedodontist. For å dekke dette behovet, er veiledende tall en pedodontist per 15 000 barn i alderen 0–18 år. Pedodontisten kan gjennom sin spesielle kompetanse bidra til å skape bedre livskvalitet for barn med spesielle behov, sier Jönsson.

Grep sjansen

Runa Das ble uteksaminert fra UiB i 1989. Høsten 2012, etter 23 år som allmenntannlege, begynte hun på spesialiseringen i pedodonti ved Universitetet i Oslo (UiO), som for tiden har sju pedodontispecialister under utdanning.

– Jeg har jobbet i det offentlige hele min karriere, først 12 år i Stavanger, deretter i Trondheim. Her jobbet jeg tett med en pedodontist og ble fascinert. Da fylkestannlegen oppfordret ansatte i Sør-Trøndelag til å ta et treårig spesialistløp innen pedodonti i Oslo, grep jeg sjansen, sier Das, som er ferdig til sommeren.

Hun sier det var en stor mental overgang fra å ha kunnet noe i 23 år, til å ha følelsen av å ikke kunne noen ting.

– Studiet er lagt opp på en veldig god måte, men stiller store krav til studenten. For meg har det vært kjempeinteressant å sette det jeg kan fra før inn i et utvidet odontologisk perspektiv som



SØKES

VI SØKER TANNLEGER, LEGER, TERAPEUTER MM. TIL FLOTTE LOKALER I KIELLANDS HUS

Vi søker helserelaterte virksomheter som ønsker å leie lokaler sentralt i Oslo

Vi har ca 735 kvm lokaler på bakkeplan langs Uelandsgate hvor vi nå legger til rette for helserelaterte virksomheter. Arealet kan deles opp i mindre enheter og vil inkluderes i senteret som en helhet.

Ring oss, så kan vi lage en god løsning sammen med din virksomhet!

BASALE
NÆRINGSMEGLING

Marianne Nielsen Landvik
Mob: 922 63 130
Epost: marianne.landvik@basale.no

Næringsmegler MNEF

Basale Næringsmegling AS er et heleid datterselskap av OBOS Basale AS, med filialer i Oslo, Trondheim og Tromsø.



Kjetil Strøm er dobbelkompetansekandidat ved UiO. Han ønsker å bidra til at færre får store utfordringer med tenner og tannbehandling som voksne, som følge av opplevelser i barndommen.

grenser mot medisin. Det å plutselig være en del av academia var nytt og lærerikt etter så mange år ute i klinisk praksis, sier Das.

Hun beskriver læringsmiljøet ved utdannelsen som meget godt, et hyggelig miljø med voksne, engasjerte mennesker som støtter hverandre.

Stressrelaterte, psykosomatiske tilstander er i vekst blant barn og ungdom i Norge. En pedodontist har god kunnskap om hvordan man skal behandle barn med atferdsproblemer og tannbehandlingsangst, og kan ifølge Das derfor være en god samarbeidspartner for allmenntannlegen.

Hun understreker viktigheten av å utdanne flere pedodontister og spre

dem over et større geografiske område, slik at barn og ungdom med behov for komplekse behandlingsforløp får et bedre tverrfaglig tilbud der de bor.

– Det er kjempeviktig at det ikke bare er Oslo, Bergen og Tromsø som kan tilby befolkningen spesialistkompetanse innen pedodonti, også med tanke på utjevning av sosiale forskjeller, sier hun.

– Hvilke menneskelige egenskaper er det viktig å ha som pedodontist?

– Du må så klart være interessert i barn og ungdom. I tillegg må du være tålmodig og nysgjerrig, og ha evnen til å se hele mennesket, ikke bare tennene. Du må skape tillit, og våge å gå inn i barnets verden, sier Das.

Variert spesialitet

– Pedodonti er en variert spesialitet med mange interessante kasus, sier dobbelkompetansekandidat Kjetil Strøm ved UiO.

I sin doktorgrad tar han for seg hvordan tannlegen møter og behandler engstelige pasienter. Første artikkel er ferdig, og har fått tittelen «Offentlige tannlegers bruk av atferdsteknikker i behandlingen av engstelige barn».

Strøm var ferdig utdannet tannlege fra UiO i 2009, og begynte på spesialistutdanningen i 2014.

– Hva sporet interessen for pedodonti?

– Ute i praksis opplevde jeg at mange av pasientene var engstelige for tannbehandling på bakgrunn av dårlige opplevelser i barndommen. Jeg ønsker å bidra til at færre får store utfordringer

med tennene som voksne, i tillegg er spesialiteten variert med hensyn til arbeidsoppgaver. Det synes jeg er spennende, sier Strøm.

Han er spesielt interessert i mineraliseringsforstyrrelser, traumer og pasienter med angst for tannbehandling.

– Det er viktig at vi som arbeider i det offentlige gjør en best mulig jobb så lenge pasientene tilhører oss. Jeg håper at alle fylkeskommunene ser nytten av å tilsette en pedodontist, og at de gir flere kandidater muligheten til lønn under utdanning, sier Strøm.

Han ser for seg en karriere ved en utdanningsinstitusjon der han kan kombinere undervisning og forskning.

– Ved UiO har vi et stort fagmiljø med mange dyktige veiledere og professorer med lang erfaring. Vi er et kompetansesenter for Østlandet, men får inn pasienter til utredning også fra resten av landet. Uansett hvor sjeldent og komplisert et tilfelle er, finnes det noen her som har sett lignende før, sier Strøm.

Samfunnsnyttens av pedodonti, er han ikke i tvil om.

– Jeg liker den norske modellen hvor man følger opp barna jevnlig, særlig barn med spesielle utfordringer. Det er imidlertid viktig at de følges opp av en person med riktig kompetanse. Pedodontisten kan forebygge og behandle disse barna på en skånsom måte, sier Strøm.

Tone Elise Eng Galåen

Midt-Norge i sentrum

Midt-Norge-møtet er blitt et hovedarrangement i NTF-sammenheng. Deltakerne kommer fra hele landet til to dager med aktuell politisk debatt, faglig påfyll og mulighet for en handel.

De som selger dentalutstyr følger som vanlig godt med på hvor tannlegene gjerne befinner seg, og allerede før jul var Midt-Norge-møtet fulltegnet på utstillersiden. Da det 25. Midt-Norge-møtet åpnet 23.

april var det med over 1 000 påmeldte kursdeltakere og en fulltegnet jubileumsfest med 770 deltakere.

Debatt om kommunereformen

Bjarne Håkon Hanssen, tidligere Ap-politiker og helseminister, innledet om hvorfor regjeringen ønsker en kommunereform og hvorfor den vil at reformen skal berøre tannhelsetjenesten. Hovedbegrunnelsen er at man ønsker gode likeverdige tjenester, en helhetlig samfunnsutvikling, robuste kommuner og en styrking av lokaldemokratiet med

større og flere oppgaver til kommunene.

Hanssen argumenterte, som om han skulle representert regjeringen som har foreslått kommunereformen, for at kommunene trenger å bli større og få mer makt for å løse fremtidens oppgaver knyttet til eldreomsorg, barn og unge, og livsstilssykdommer. I 2019 vil 46 000 nordmenn feire 80-årsdagen sin. Syv år senere, i 2026 er antallet 80-årsdager økt til 70 000, sa Hanssen, for å illustrere veksten i eldreomsorgsoppgavene.



Debattantene (fra venstre): Kirsti Leirtrø (Ap), Yngve Brox (H), Geirmund Lykke (KrF) og Snorre Valen (SV). Bjarne Håkon Hanssen (t.h.) kommenterte debatten underveis.

Yngve Brox (H), gruppeleder og kommunalråd i Trondheim bystyre, var første politiker ut. Som begrunnelse for at han vil flytte tannhelsetjenesten sa han at denne tjenesten er alene igjen i fylkeskommunen etter at sykehusene forsvant.

Kirsti Leirtrø (Ap), fylkestingsrepresentantsa i Sør-Trøndelag, sa at Arbeiderpartiet ønsker sterke regioner, og at hun ikke forstår at tannhelsetjenesten skal være en del av den kommunale porteføljen. Tannhelsetjenesten er i høy grad til stede i kommunene allerede og skårer høyt på tilfredshet blant innbyggerne. Tannhelsetjenesten trenger å samordne seg langt utover kommunegrensene, sa Leirtrø, og hevdet at det fungerer godt sånn som det er. Kompetansesentrene er et eksempel på det, sa hun. Hun var for øvrig i kompetansesenterets representantskap i 2014.

Geirmund Lykke (KrF), gruppeleder og kommunalråd i Trondheim bystyre understreket da han fikk ordet, at Venstre og Kristelig folkeparti ikke har avklart kommunereformspørsmålet og ønsket om å slette fylkeskommunen med regjeringspartiene. Stortinget har sagt at det ønsker et regionalt nivå. Lykke sa at man ikke kan forlate det regionale nivået, fordi det er viktig å ha i kampen mot Oslo-makta. KrF stiller store spørsmål ved å ta ut tannhelsetjenesten av regionalt nivå, sa Lykke.

Storingsrepresentant Snorre Valen (SV) fulgte opp med å si at hans parti ikke forstår begrunnelsen for å flytte tannhelsetjenesten til kommunen. Fylkene er i en god posisjon til å spre kompetanse til distriktene, sa han. Målet for SV er å nå flere mennesker, lage et folketrygdsystem, eller opprette flere prioriterte grupper. Å flytte tannhelsetjenesten til kommunen er dårligste løsning – som å tilpasse terrenget til kartet. Dette høstet dagens første applaus fra salen.

Bjarne Håkon Hanssen oppsummerte det han hadde hørt med å si at det er uklart hvordan dette blir. Oftest er det enklest og minst støy rundt en løsning der en bevarer dagens situasjon. Å flytte tannhelsetjenesten er imidlertid en mindre operasjon enn å flytte sykehjemmene og HVPU. Og det er jo gått fint, sa Hanssen.

Brox repliserte med at i robuste kommuner, der alle helsetjenestene er sam-

let, inkludert tannhelsetjenesten, vil en kunne hjelpe alle, med alle diagnoser – slik at alle får alt de trenger.

Leirtrø svarte med at hun sier ja til kommunereform og nei til å flytte en tjeneste som fungerer godt der den er.

Valen sa i sin neste replikk, at sykehjem er noe mange har behov for. Tannhelse derimot – der blir fagmiljøene for små hvis den tjenesten flyttes til kommunene. Ingen sier at dette er en god idé, sa Valen. Og igjen høstet han applaus,

Lykke fikk ordet og sa at han reagerer på at Bjarne Håkon Hanssen sier at det er redsel for endring som er bakgrunnen for KrFs holdning. Regjeringen kommuniserer et annet budskap, sa Lykke: At alle må inngå i et interkommunalt samarbeid for å få spesialisttjenester, ved at en må forholde seg til kompetansesenterets kommune. Hva slags samarbeid er det?

Brox sa da at KrF snakker som om det er dagens kommunestruktur som skal gjelde i fremtiden. I fremtiden har robuste kommuner ansvaret for helsetjenester. La pasientene få kortest mulig vei. Derfor hører tannhelsetjenesten sammen med de andre helsetjenestene.

Leirtrø vil ha en kommunereform basert på frivillighet. Det fungerer godt i dag, med tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. Tjenesten samarbeider godt med kommunene.

Valen kom på banen og sa: Veien til tannhelsetjenester blir ikke kortere av å flytte ansvaret til kommunen. Det blir ikke flere tannleger av det. Yngve Brox' utgangspunkt er derfor det beste argumentet MOT flytting av tannhelsetjenesten til kommunen. Dessuten er ikke flyttingen av tannhelsetjenesten utredet. Det er første gang vi hører om denne flyttingen.

Lykke sa seg enig med Valen, men det ER utredet, sa han. Og avvist. Flere ganger.

Bjarne Håkon Hanssen oppsummerte igjen: I kommunen tar de hånd om hele deg, bortsett fra kjeften. For å få hjelp til kjeften må helsearbeideren være ansatt i fylkeskommunen. For meg et krevende resonnement, sa Hanssen.

Da spurte Valen: Hvorfor foreslo ikke Hanssen å flytte tannhelsetjenesten da han la frem samhandlingsreformen?

Hanssen svarte at det var fordi han så det som helt naturlig.

Til dette svarte Valen at hans vurdering ikke er prinsipiell. Den er pragmatisk. Problemet, sa han – er at en får færre rettigheter som pasient.

Så var det salen sin tur til å stille spørsmål. Tidligere leder av Sør-Trøndelag Tannlegeforening og nydekorert med Kongens fortjenstmedalje, Anne Grethe Beck Andersen ville si at dagens organisering er 30 år gammel. Den er mer rasjonell og mer økonomisk enn alternativene som har vært utredet. Nå ville hun vite hvem som skal betale for flyttingen av tannhelsetjenesten til kommunene? La oss heller utvide tannhelsetilbudet, sa Andersen.

Administrerende direktør i Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge, Anne-Brit Skjetne, ville vite om politikerne ville innføre fasttannlegeordning når tannhelsetjenesten blir flyttet til kommunene?

Valen syntes at dette var gode spørsmål. Fasttannlegeordning – det er den diskusjonen vi burde hatt. I stedet har vi en strukturdebatt.

Lykke sa i sin sluttreplikke at KrF ikke ønsker en storstilt tvangssammenslåing av norske kommuner. Premisset til regjeringen faller dermed bort, sa han. Og: vi kan ikke flytte tannhelsetjenesten til små kommuner.

Leirtrø sa at det har vært nødvendig å styre tannhelsetjenesten regionalt – den er i samspill med helseforetakene.

Brox sluttet der han begynte, med å si at alt det andre som var i fylkeskommunen er nå i kommunen. Vi bør innse at tannhelsetjenesten skal til samme sted som de øvrige helsetjenestene.

Hansen sa seg enig i at dette er en politikerdebatt, om strukturen – og ikke om pasienten.

Camilla Hansen Steinum ble invitert opp på scenen helt til slutt og fikk si at hun synes det er godt å høre at dagens modell er god – slik hun opplevde at politikerne fremhevet: – Sørg for at endringer blir til det bedre, sa hun videre. Vi i NTF er åpne for forandringer. Verden forandrer seg – og vi ønsker et bedre samarbeid med de andre i kommunene. Konsekvensene av å flytte tannhelsetjenesten til kommunen er imidlertid ikke utredet.

Ellen Beate Dyvi

Åpning av Tk Vest/Hordaland:

Feiring med undertoner

Tannhelsetjenestens kompetansesenter (Tk) Vest/Hordaland ble offisielt åpnet 13. april, etter at kompetansesenteret har vært under oppbygging og utvikling siden etableringen i august 2012. Under- eller overtonene i noen av festtalene bærer bud om at tilblivelsen av kompetansesentrene har vært, og er, et diskusjonstema.

Som et av seks kompetansesentre gir Tk Vest/Hordaland tilbud innen alle syv odontologiske spesialiteter og har tilsyn med inneliggende pasienter på Haukeland sykehus. Senteret behandler overgrepspasienter, torturofre og pasienter med odontofobi som trenger et tilrettelagt tilbud, og det tilbyr kurs og rådgivningstjeneste.

Forskningsaktiviteten er under oppbygging, med for tiden tre stipendiater ansatt. Totalt er det ansatt 45 personer ved Tk Vest/Hordaland.

Kompetansesenteret er samlokalisert med Institutt for klinisk odontologi og har startet et samarbeid om spesialistutdanning og forskning.

– Dette er det grunn til å markere, sa fylkestannlege Arne Åsan i Hordaland i invitasjonen til arrangementet som fant sted på Hotell Grand Terminus i Bergen sentrum, fordi det ikke var plass i kompetansesenterets lokaler i odontologibygget.

Det har vært og er mye debatt om kompetansesentrene, om deres funksjon og beliggenhet. Denne dagen var det imidlertid fest – og festtalerne tonet

kanskje ned det som eventuelt måtte være av motstand eller konflikt.

Fylkesordfører Tom-Christer Nilsen (H) sa at fylkeskommunen er veldig stolt av Den offentlige tannhelsetjenesten og jobben de gjør i Hordaland. 80-åringene kan tygge, folkehelsen bedres – tannhelsetjenesten gjør en kvalitetsmessig god jobb. Han uttrykte også glede over at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet har fulgt med og sett behovet for satsing på spesialiserte tjenester og at det har fulgt penger med. Fylkesordføreren takket for et tydelig oppdrag og for økonomiske midler, og erklærte Tk Vest/Hordaland for åpnet.

Torunn Lindland Gaarden var dagens konferansier, og introduserte neste taler, avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i HOD, som kompetansesenterets far. Røynesdal var enig i at det kanskje kunne finnes DNA-spor, men understreket at beslutningen om tilblivelsen av kompetansesentrene var det Stortinget som sto bak. Og han la til at man også trenger et embetsverk med evne til å gjennomføre. Videre snakket han om at etableringen av kompetansesentrene er å betrakte som institusjonsbygging i tannhelsetjenesten, på lik linje med det man ser i den øvrige helsetjenesten.

Helsedirektoratets seniorrådgiver, Hildur Søhoel, fulgte opp med å definere de ulike rollene til henholdsvis departementet og direktoratet. Hun sa at kompetansesentrene er en viktig partner for Helsedirektoratet og at hun vil være med å sørge for at kompetansesentrene får nødvendige midler.

– Bak alt ligger visjonen; god helse, gode liv, sa Søhoel videre. – Visjonen skal oppfylles gjennom faglig styrke, åpenhet og samarbeid. Direktoratet, som er opptatt av folkehelse og forebygging, dialog og medvirkning, forskning, erfaring og brukerperspektiv samt kompetanse, kunnskap og kvalitet ser



Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i HOD ga kompetansesenterleder Ellen Berggreen ved Tk Vest/Hordaland en reiseveske som skulle symbolisere samhandling, samarbeid, formidling og kunnskapsdeling. Og en prøvetid på fem år. Foto: Bjarte Brask Eriksen, Hordaland fylkeskommune.



Fylkesordfører Tom-Christer Nilsen (H) sto for den formelle åpningen av Tk Vest/Hordaland.

de odontologiske kompetansesentrene som en viktig samarbeidspartner, gjentok Søhoel til slutt og hilste fra direktoratets ledelse. Søhoel, som selv har jobbet for kompetansesenteret som nå ble offisielt åpnet sa helt til slutt at hun både den gangen og nå følte og føler at hun er med på noe stort og viktig.

Instituttleder Anne Nordrehaug Åstrøm ved Institutt for klinisk odontologi ved Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen holdt også en tale der hun minnet om at daværende helseminister, Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap), hadde sagt at kompetansesenteret var en viktig del av det nye odontologibyggget, med gode muligheter for samarbeid innen forskning og spesialistutdanning, den gang det ble åpnet i august 2012.

Åstrøm sa hun er imponert over hvor fort det har utviklet seg til å bli et fullskala-senter og brukte ordet rekordfart om de knappe tre årene det har tatt. I en tid der lærestedene i Oslo og Bergen opplever store utfordringer med å rekruttere har kompetansesenteret klart å ansette 45 personer, bemerket hun. Og hun leste høyt fra offentlige utredninger som omhandler kompetansesentrene – i ordlegginger om desentralisering, spredning i distriktene, og områder med tannlegemangel. – Det har vært kritiske røster, sa hun, som har ytret seg om sentral etablering. Hun viste blant annet til årets spesialistkonferanse.

Åstrøm nevnte også at det har vært en del runder lokalt i Bergen, når det gjelder fordelingen av oppgaver mellom instituttet og kompetansesenteret.

– Nå foreligger det en revidert avtale, som er klar til å undertegnes, sa Åstrøm, før hun takket for invitasjonen og gratulerte kompetansesenteret med den offisielle åpningen.

NTFs visepresident Arnt Einar Andersen var neste gratulant. Han sa at det har vært viktig for NTF å følge etableringen og oppbyggingen av kompetansesentrene, ikke minst gjennom kontakt med Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Praksisnær forskning er viktig for å bygge og opprettholde kompetansen hos norske tannleger. Norske tannleger nyter stor tillit hos sine pasienter, sa Andersen, og konkurransen fra utlandet er kommet. Andersen sa til slutt at Tk Vest/Hordaland har alle forutsetninger for å oppfylle sitt oppdrag.

Lederen for Tk Vest/Rogaland, Magne Audun Kloster var nestemann til å gratulere. Han så all grunn til at Tk Vest/Hordaland skulle feire seg selv. Med berettiget stolthet, over det løftet som er gjort. Samtidig benyttet han anledningen til å gjøre det klart at Tk Vest Hordaland og Rogaland er to selvstendige kompetansesentre, og ikke to avdelinger. – Vi opprettholder vennskapet, deler kunnskap og har felles anliggender, sa Kloster og karakteriserte vestlendingene, og de to kompetansesentrene, som sta, målbevisste og ambisiøse.

Direktør Hilde Vogt Toven som leder Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ) hilste fra alle de andre kompetansesenterlederne – som også er stae, sa hun. – Samarbeidet er startet, vi drar nytte av hverandre og sammen er vi sterke. Vi definerer rollen vår, lærer av hverandres feil – og av det vi gjør riktig. Forskningsnettverket gir oss større bredde og mangfold, og mer kompetanse. Det er godt og nyttig å stå samlet og være flere, når det stilles spørsmål om vår eksistens og utvikling.

Vi fremstår helhetlig, med regionale og lokale tilpasninger, sa Toven.

Fylkestannlegen i Hordaland, Arne Åsan, var den siste gratulanten. Han sa at den offisielle åpningen av kompetansesenteret markerer en endring, fra etablering, planlegging og oppbygging til drift og utvikling. – Veien er blitt til mens vi har gått, sa Åsan. Han takket Ellen Berggreen for å ha brakt forskerperspektivet inn i ledergruppen hans, og for innsatsen – og for det som er blitt tilført av nye rutiner, samarbeidsformer og personer.

Om fremtiden ville han si at han øyner plassproblemer. Det er kommet mange folk, henvisningene øker, Sogn og Fjordane bruker Hordaland som sitt kompetansesenter.

Åsan sa videre at han ønsker at senteret skal gi et tilbud både til offentlig og privat sektor. Han inviterte både NTF og

spesielt Bergen Tannlegeforening (BTF) til å være med på å finne løsninger som kan gi privat sektor større nytte

av kompetansesenteret. Til slutt nevnte han stipendiatene og sa at han gledet seg til den første disputasen. – Vi har aldri kunnet gi et bedre tannhelsetjenestetilbud enn nå, sa Åsan og begrunnet det med tilskuddet som er kommet i og med etableringen av Tk Vest/Hordaland.

Sist av talerne var lederen av Tk Vest/Hordaland, Ellen Berggreen, som fortalte om oppbyggingen av organisasjonen som har pågått gjennom de siste to år og åtte månedene. Om mangel på utstyr og administrasjonsfasiliteter, om rekruttering av forskere, fra den første våren 2013 til dagens situasjon med snart 45 ansatte. Noen i delt stilling.

Berggreen takket alle i tannhelseavdelingen i fylkeskommunen – og hun takket spesielt alle de ansatte ved kompetansesenteret, for tålmodighet og innsatsvilje. Hun sa også at det aldri tidligere har vært et så godt tverrfaglig tilbud til befolkningen i Hordaland som det er nå. – Samlokaliseringen med Institutt for klinisk odontologi styrker

forskningen på Årstadvollen, sa Berggreen avslutningsvis. Og hun la til: – Mye er sagt om lokaliseringen. Hensikten med klynger er at det gir økt aktivitet. Plasseringen er helt ideell. Og: – Fremtiden takler vi best når vi retter blikket fremover.

Og så fortsatte feiringen med gode bidrag fra ansatte ved kompetansesenteret, som viste en god del av bredden i virksomheten og kompetansen ved Tk Vest/Hordaland:

Stipendiat Ingrid Vaksdal Brattabø snakket om tannhelse og barnevern – og samhandling, spesialtannlege Maren Gry Lillehaug innledet om hvordan hun hjelper pasienter med sterk angst og tannbehandlingsfobi, spesialtannlege Kjell Størksen og spesialtannpleier Lise Thorsen ga oss en innføring om tannhelsetjenestene på sykehus, og kjeveortoped Paul Sæle foredro om tverrfaglig kompetanse i behandling av barn født med leppe-kjeve-ganespalte.

Feiringen ble avrundet med en festmiddag.

*Tekst: Ellen Beate Dyvi
Foto: Bjarte Brask Eriksen,
Hordaland fylkeskommune*



Instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi, Anne Nordrehaug Åstrøm fortalte at det foreligger en ny revidert avtale om samarbeid mellom instituttet og kompetansesenteret som er klar til å bli undertegnet av partene.

Rapport om dentale kompositter:

Resultatene vil følges opp

Helsedirektoratet fikk i 2013 tildelt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for å gjennomføre testing av tannmaterialer. Den endelige rapporten er publisert på Helsedirektoratets nettsted.

Oppdraget ble utlyst og tildelt odontologisk fakultet ved Universitet i Oslo (UiO) som eneste tilbyder som kunne teste alle de produkter vi ønsket å få testet, opplyser seniorrådgiver Ingeborg Hagerup-Jenssen ved Avdeling for medisinsk utstyr og legemidler i Helsedirektoratet i en e-post til Tidende.

En ikke endelig versjon av rapporten er tidligere publisert på nettstedet webtannlegen.no, uten at Helsedirektoratet i følge Hagerup-Jenssen vet hvilken versjon dette er, eller hvordan rapporten er havnet der.

Som svar på spørsmålet om hvordan Helsedirektoratet vil følge opp resultatene av testene som er gjennomført i rapporten svarer Hagerup-Jenssen:

– Testene som er foretatt av Det odontologiske fakultet ved UiO for Helsedirektoratet viser at det er grunn til å se nærmere på noen av de produktene som brukes i tannpleie. Det er samtidig viktig å presisere at det ikke er gjort funn som gir grunnlag for umiddelbare tiltak.

– Et utvalg av de mest anvendte komposittmaterialer og metallegeringer

som benyttes i tannhelsetjenesten i Norge ble testet. Det ble undersøkt om opplysninger fra produsent var i overensstemmelse med faktisk innhold og innenfor krav gitt gjennom lov og forskrift om medisinsk utstyr. Testingen har gitt en indikasjon på produkter og egenskaper som bør undersøkes nærmere. Ingen av testresultatene gir grunnlag for umiddelbare advarsler eller tiltak, men Helsedirektoratet vil vurdere om noen av produktene bør frarådes brukt ut i fra et føre-var-prinsipp.

– Helsedirektoratet vil vurdere hvilke muligheter som eksisterer for å gi føringer for hvilke tannbehandlingsmaterialer som kan kjøpes inn av den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten behandler landets barn og unge og de vil ved behandling ha en lang eksponeringstid for materialene som er benyttet.

– Det er vanskelig å si noe om mulige skadevirkninger ved bruk i mennesker basert på resultatene fra laboratoriestudiene som er gjort. Ut i fra tilgjengelig litteratur er det vanskelig å svare på hvorvidt utlekking fra dentale komposittmaterialer vil kunne ha klinisk langtids effekt. At laboratoriestudier viser høy cytotoxicitet innebærer derfor ikke nødvendigvis at produktene er farlige i bruk for mennesker.

– Helsedirektoratet har bestilt en kunnskapsoppsummering fra Kunns-

skapssenteret vedrørende trygghet og holdbarhet av kompositter. Denne ventes ferdigstilt medio 2015.

– Resultatene fra testingen vil nå videre bli fulgt opp gjennom det tilsyn Helsedirektoratet fører med medisinsk utstyr på markedet i Norge, herunder tilsyn med tannmaterialer og tanntekniske laboratorier.

– Helsedirektoratet yter også årlige tilskudd til fagmiljøer som bidrar med kunnskapsoppbygging vedrørende tannbehandlingsmaterialer, inkludert pasientsikkerhetsmessige aspekter.

Hagerup-Jenssen legger til at det etter testingen har vært dialog mellom oppdragsgiver og UiO vedrørende kvalitetssikring av dataene i rapporten samt hvordan dataene best kan presenteres, på en måte som er tilgjengelig og egnet.

– Denne prosessen har dessverre tatt noe tid, avslutter Hagerup-Jenssen i e-posten til Tidende.

Forskningsdekan Ståle Petter Lyngstadaas ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo har ingen kommentarer til Helsedirektoratets uttalelser.

– Faglig kommer vi til å følge dette opp med utvidete undersøkelser som vi sikter på å publisere, sier Lyngstadaas i en e-post til Tidende.

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

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

Astrid Tredal,
tlf. 37 03 80 77

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

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Erik Mønter Strand,
tlf. 32 13 26 06

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

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

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

Bjørge Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

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

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

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

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

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

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

Elisabeth Langberg,
tlf. 51 55 09 31

Romerike Tannlegeforening
Trygve Næsheim,
tlf. 911 46 160

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



Vi har i over 25 år solgt eksklusive smykker og diamanter for 100-talls millioner kroner til norske gullsmeder.

Vi er medlemmer i Norges Gullsmedforbund og er et engros / importfirma som selger smykker til gullsmeder.

Da vi i over 25 år har solgt dentalgull og raffineringstjenester til tannteknikere og tannleger, har vi over 3000 tannleger (81% av alle i Norge) i vårt kunderegister.

Vi har nå besluttet å gi de resterende 19% av tannlegene den samme gyldne muligheten til å bytte til seg gullsmykker og diamanter til VIP-priser.

Du kan fort spare mange tusenlapper på en fin diamantring.

Bestill vår katalog på 100 sider og vi vedlegger din spesielle VIP-prisliste.

Besøk www.noorsmykker.no for å se våre smykker

NOOR[®]
SMYKKER SOM SKAPER MAGI



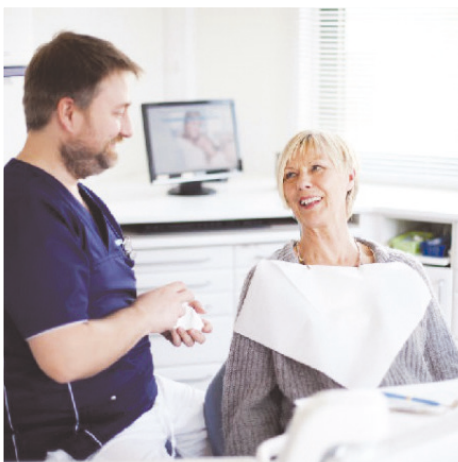
FREMTIDENS PASIENTBEHANDLING

Vi har troen på at pasientopp-
levelsen blir bedre ved å
anvende ny teknologi. Hos
Dentinor er pasienten og
tannlegen involvert i hele den
tanntekniske produksjonen.
Resultatet? En bedre prosess
og garantert fornøyd pasient!



”Tidligere, da vi lagde MK-broer,
kunne det være avvik som
medførte at broa måtte returneres
til laboratoriet. Nå, med bruk av
TRY-IN, er justeringer underveis
blitt en naturlig del av behand-
lingen. Det skaper forutsigbarhet
for både meg og pasienten.
Nå vet vi at den ferdige broa
er nøyaktig slik vi vil ha den.”

Tannlege Fredrik Skodje,
Apollonia Tannklinikk



- ◆ TRY-IN
- ◆ 3D Kommunikasjon
- ◆ Digitale avtrykk
- ◆ Estetisk Fullzirkon

Fremtidens pasientbehandling starter på
dentinor.no eller 33 35 01 80

DENTINOR
TANNTeknikk



Kompetansesentrenes forsvarsskrift – en korleksjon til realitetsorienteringen

I Den norske tannlegeforenings Tidende nr. 2, 2015 argumenterer lederne av kompetansesentrene for deres berettigelse og fremtidige aktivitet (1). Beklageligvis inneholder innlegget flere feilaktige påstander. Det gis en beskrivelse av dagens situasjon som krever korleksjon, og et bilde av den fremtidige aktivitet og faglige nivå på kompetansesentrene som virker noe unyansert.

1. Befolkningen skal få lik tilgang på spesialisttjenester i hele landet

Denne påstanden bygger på to forutsetninger. For det første, at tilgangen på spesialisttjenester er geografisk skjevfordelt. For det andre, at kompetansesentrenes lokalisering skal gi bedre tilgang til spesialisttjenester. Disse forutsetningene kan diskuteres.

De mest nødvendige, og de mest kostbare spesialisttjenestene refunderes i dag over Folketrygden. I 2013 mottok over 550 000 pasienter slik stønad til tannbehandling. Sentrale problemstillinger er hvorvidt det er fylkesvise forskjeller i etterspørsel og konsum av nødvendig tannbehandling. En måte å fremstille etterspørselen på er å se på samsvaret mellom andelen som mottar stønad i forhold til totalbefolkningen i hvert fylke. Dette uttrykker tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten. God tilgjengelighet er en forutsetning for å kunne motta trygdeytelser. Tilsvarende kan konsum av tannhelsetjenester fremstilles som refusjoner per stønadsmottaker. Tallene viser at det er små forskjeller mellom fylkene, noe som uttrykker at tannlegene gir tilnærmet samme behandlingstilbud uavhengig av fylke (se også 2).

I Figur 1 vises andelen stønadsmottakere sett i forhold til totalbefolkningen per fylke for 2013. For de aller fleste fylker er det bare små forskjeller mellom andelen som mottar stønad og befolkningsandelen. Det er to unntak –

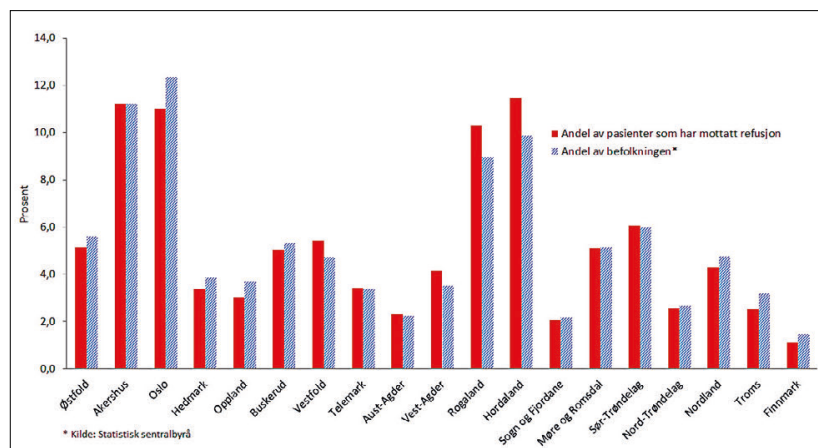


Fig. 1. Andel innbyggere og andel pasienter som har mottatt trygdefinansiering etter bostedets fylke. Inkluderer alle innslagspunkt.

Kilde: Data fra Helsedirektoratets elektroniske system for kontroll og utbetaling av helse-refusjoner (KUHR) 2013.

for Rogaland og Hordaland er det noen flere som mottar stønad enn befolkningsandelen skulle tilsi. I Figur 2 vises den fylkesvise forskjellen i refusjoner per pasient – disse forskjellene er også små (se også 3). De små forskjellene i etterspørsel og konsum illustrerer at det er mulig å få til en rimelig god geografisk fordeling av nødvendig tannbehandling uavhengig av kompetansesentrene. Den eksisterende offentlige fordelingspolitikken ser ut til å ha vært effektiv, og med ubetydelige kostnader for samfunnet.

Sentralt i denne politikken har vært å la allmenntannlegene utføre mye behandling for trygdens regning. Allmenntannlegene er ikke geografisk skjevfordelte (4), derfor blir heller ikke trygdefinansieringene det. For de ytelsene hvor refusjonene bare kan utløses av spesialist, er det heller ikke vesentlig forskjell i den relevante spesialistdekningen (5). Et annet effektivt virkemiddel har vært å bruke geografiske kriterier for opptaket til kompetansekurset i implantatprotetikk i Bergen. Dette er tilnærmet gratis virkemidler for staten.

Til sammenligning overføres det bare i 2014, 48 millioner kroner til kompetansesentrene for å omfordele en tjeneste det finnes lite grunnlag for å omfordele.

Det er først og fremst to fylker som peker seg ut med høy spesialistdekning: Oslo og Hordaland (4). Begge fylkene har en dekning som er nesten dobbel så høy som landsgjennomsnittet. Det virker derfor underlig at det etableres fullskala kompetansesentre i universitetsbyene. I Oslo planlegges det etablering av et slikt senter bare to kilometer fra Det odontologiske fakultetet, i et område med 42 privatpraktiserende spesialister innenfor en radius av en kilometer fra Majorstukrysset. For å opprettholde spesialistkompetanse kreves det at man jevnlig eksponeres for og behandler et betydelig antall kompliserte pasienter. Dersom det ikke skjer, vil den enkelte spesialists kompetanse forvitte. Hvordan kompetansesenteret på Majorstua skal opprettholde sin kompetanse er derfor vanskelig å forstå. Opprettelsen av et slikt senter sentralt i Oslo vil heller ikke bidra til

geografisk spredning av spesialister, men tvert imot øke konsentrasjonen av spesialister i sentrale strøk på bekostning av distriktene. Derfor; etablering av kompetansesentre i Oslo og Bergen vil trolig skape større ulikhet, og mindre likhet i fordelingen av spesialister.

2. Forskningskompetanse

Kompetansesentrene har stor tro på egen forskningskompetanse. Det er vel og bra. Selvtillit er viktig. I debattinnlegget kan det nesten se ut som om kompetansesentrene skal bli redningen for De odontologiske lærestedene hva angår praksisnær klinisk forskning (1). Odontologisk forskning kan etter deres mening få en unik mulighet til reise seg til nye høyder. Hadde det bare vært så enkelt. Her er minst to ubesvarte spørsmål:

a) Kan kompetansesentrene skaffe unike data som ingen har hatt tilgang til før?

Gjennom bredt tilfang av pasienter vil kompetansesentrene som ikke er lagt tett opptil de odontologiske fakultetene, kunne innhente kliniske data. Her burde det være duket for et samarbeid mellom universitetene som besitter kunnskap og erfaring med gjennomføring av slike studier. Man må imidlertid være klar over at mye av denne typen klinisk dokumentasjon allerede er publisert gjennom studier internasjonalt, og har derfor et begrenset potensiale for ny kunnskapsutvikling. Det vil fort bli kjedelig repetisjon av forskning som har vært gjort for årtier siden.

b) Har kompetansesentrene den bredde og dybde som i dag kreves for å henge med i den internasjonale forskningsfronten?

Et av de store internasjonale satsningsområdene i dag er livsvitenskap. Her kreves det høy kompetanse innenfor basalfag, primært innenfor de naturvitenskapelige disipliner. Her har allerede de odontologiske lærestedene sine veletablerte prekliniske basalfagmiljøer, ofte i samarbeid med de medisinske fakulteter. Dette åpner opp for translasjonsforskning som er viktig for å kunne drive høy-kvalitet klinisk forskning med tanke på blant annet å forstå sykdom, sette i gang nye behandlingsregimer eller utvikle tekniske nyvinninger til behandling av pasienter. For de prekliniske basalfagmiljøer er det naturlig å etablere tverrfaglig forskning innenfor den allerede eksiste-

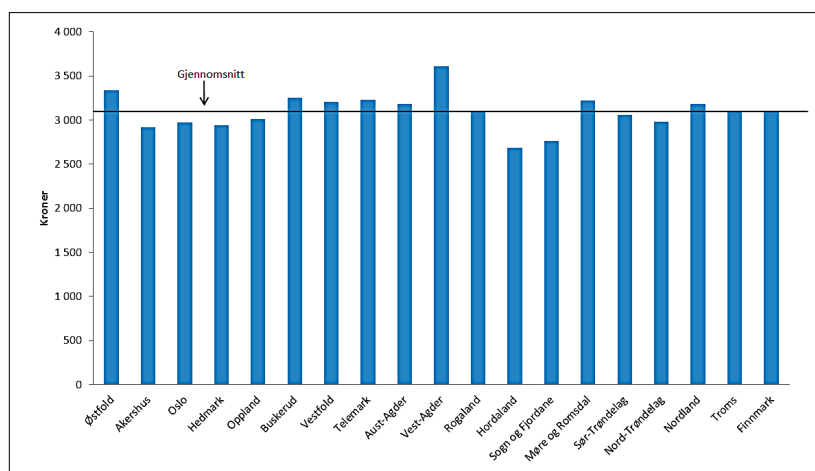


Fig. 2. Refusjon per pasient som har mottatt stønad til tannbehandling fordelt på pasientens bostedsfylke. Inkluderer alle innslagspunkt.

Kilde: Data fra Helseledningsdirektoratets elektroniske system for kontroll og utbetaling av helse-refusjoner (KUHR) 2013.

rende universitetsstrukturen. I disse miljøene vil det være viktig, og faglig givende, å orientere seg mot internasjonale ledende forskningsmiljøer.

Samme resonnering gjelder for klinisk forskning. Her har det vært nærmest en revolusjon i metodeutviklingen de siste 10–15 årene. Det finnes nå teknikker for å estimere kausale sammenhenger uten nødvendigvis å måtte gå om randomiserte forsøk. Dette åpner store muligheter. Disse mulighetene kan bare realiseres innenfor fagmiljøer med en helt annen tyngde enn kompetansesentrene kan tilby. Det vises her til Norges forskningsråds (NFR) evaluering av biologisk og medisinsk forskning fra 2011 (6). Et stort og tungt internasjonalt sammensatt ekspertpanel var entydige i sin konklusjon og sine råd om at den odontologiske og medisinske forskningen i Norge måtte samle ressursene, ikke spre dem tynt utover.

Det registreres for øvrig at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i motsetning til rådene fra NFR-evalueringen tydelig ønsker å styre den helsefaglige forskningen ikke bare innenfor odontologi – det bygges opp kompetansesentre innenfor flere fagdisipliner. Disse miljøene får i hovedsak sin finansiering fra HOD. Kunnskapsdepartementet som har det konstitusjonelle ansvaret for forskning i Norge, og som også er universitetenes eiere, synes å sitte på gangen. En slik HOD-finansiert forskning vil kunne representere noen særskilte utfordringer – den viktigste vil muli-

gens være manglende systemkritikk. Man gleser ikke til den hånden som fordeler midler.

3. Driver ikke fakultetene klinisk forskning?

I innlegget fra lederne av kompetansesentrene kan man få inntrykk av at det ikke drives odontologisk forskning ved universitetene. Dette er selvsagt helt feil. Fra Det odontologiske fakultetet i Oslo utgikk det i perioden 2010–2014 til sammen 528 fagartikler med fagfellevurdering. Disse fordelte seg tematisk slik:

- * Kliniske studier eller translasjonsstudier som involverer pasienter: 180 artikler (34,1 %)
- * Samfunn/Helseøkonomi/ Epidemiologi: 178 artikler (33,7 %)
- * Basalvitenskap som ikke involverer pasienter eller pasientmateriale: 170 artikler (32,2 %)

Til sammenligning har kompetansesentrene et helt ubetydelig antall publiseringer. Det internasjonale forskningsnivået er høyt, også innenfor odontologi. Oversikten ovenfor viser at forskere ved Det odontologiske fakultetet i Oslo greier å hevde seg bra i den internasjonale konkurransen.

Det er urealistisk å tro at kompetansesentrene i overskuelig fremtid vil kunne hevde seg i den internasjonale forskningsfronten. Fakultetene har, med sine fagmiljøer som har vokst frem gjennom årtier og med sin universitetsforankring, muligheter til ikke bare å delta, men også til å gi gode forsk-

ningsmessige bidrag på de arenaer hvor kunnskapsutviklingen i odontologi foregår. De odontologiske lærestedene har som et av sine virkelige fortrinn at ny viten kan formidles direkte til studenter både på grunnutdanningen og på spesialistutdanningen. Dette leder i neste runde til en kvalitetshevning i både diagnostikk og behandling, noe som kommer pasientene til gode. At HOD tilsynelatende ønsker å prioritere de regionale kompetansesentrene på bekostning av de tradisjonelle universitetsmiljøene når det gjelder tildeling av forskningsmidler er betenkelig. Dette må være et tankekors i et land som helt tilbake fra 1960- og 70-årene har hatt odontologiske forskningsmiljøer, og ikke minst enkeltforskere, som internasjonalt har vært ledende innenfor sine felter.

4. Vil overføring av spesialistutdanningen til kompetansesentrene øke kvaliteten på de fremtidige tannleger og spesialister?

Lederne av kompetansesentrene ser det som en fordel at vesentlige deler av spesialistutdanningen overføres til kompetansesentrene. De odontologiske lærestedene kan da konsentrere seg om grunnutdanning og forskning, noe de mener vil gi en kvalitetshevning av de fremtidige tannleger.

Ved Det odontologiske fakultet i Oslo har vi utdanning innenfor alle de odontologiske spesialitetene bortsett fra Klinisk odontologi, med per i dag

totalt 50 kandidater. Deler av undervisningen er felles for kandidatene innen de forskjellige spesialiteter. Både på tvers av og mellom fagdisipliner arbeider kandidatene sammen om felles kasus i behandlingsplanlegging og utførelse. Det at kandidatene kan diskutere faglige problemstillinger og kliniske utfordringer skaper et unikt tverrfaglig studiemiljø.

En vesentlig del av spesialistutdanningen er teoretisk. Kandidatene skal tilegne seg et bredt spekter av faglitte-ratur innenfor basalmedisin og mer spesifikt innenfor odontologi. I dag gis denne undervisningen av det vitenskapelige personalet ved universitetene. Kompetansesentrene har ingen mulighet til å tilby en slik teoretisk forskningsforankret undervisning. Konsekvensene kan bli en nivåsenkning. Dette er spesielt alvorlig i en tid hvor nye forskningsmessige fremskritt i diagnostikk og behandling skjer i et meget raskt tempo. Uten en god teoretisk skoloring under spesialistutdanningen vil de ferdigutdannede spesialistene ikke være godt nok rustet til senere å kunne fange opp og vurdere relevant forskning for sin egen praksis. Dette vil til slutt ramme kvaliteten på spesialisttilbudet som gis befolkningen.

Fagmiljøet ved de odontologiske fakultetene må sees på som en symbiose mellom forskning, undervisning og pasientbehandling på grunnutdanning- og spesialistnivå. Spesialistutdanningen er svært viktig for grunnutdanningen. I sin fremtidige yrkesutøvelse må

allmenntannlegene arbeide tett sammen med spesialistene. Ingenting kan være bedre enn at dette samarbeidet finner sin form under selve utdanningsforløpet. Felles nærhet til aktuelle pasientkasus gjør at tannlegestudentene ser hvilke muligheter spesialistbehandling kan gi, samtidig som det også bevisstgjør studentene på hvilke kasus som kan være for krevende å behandle i allmennpraksis, og som derfor bør henvises. Samlet sett bidrar dette til den nødvendige fellesforståelsen av de fagodontologiske berøringsflater med tilhørende grenseopp ganger, som yrkesutøvelsen av både allmenntannlegene og spesialistene bygger på. Tilsvarende begrunnelser ligger også bak lokaliseringen av tannpleierutdanningene til de odontologiske lærestedene.

Ved å fjerne spesialistutdanningen fra universitetene fratras spesialistkandidatene mulighetene for en helhetlig kunnskapsoppbygging. Studentene ved grunnutdanningen vil miste den viktige inspirasjonen det er å samarbeide med og bli undervist av unge og faglig engasjerte spesialistkandidater. Dyktige kliniske lærekrefter vil bli borte. Totalt sett vil dette være et betydelig tap for fagmiljøet, men viktigere vil det være et tap for utdanningen av tannleger og spesialister som vil få et utarmet tilbud i forhold til hva som tilbys i dag.

Det må også påpekes at universitetene aldri har akseptert at spesialistutdanningen primært skal forankres i kompetansesentrene. De har sagt seg villig til å bidra til at *noe* av den kli-

ADIN Norge
DENTAL IMPLANT SYSTEMS LTD

NP Ø3.0
Den beste Narrow Platform

- Sterkere kobling enn ► noen tilsvarende platform
- Osseofix overflate ►
- Kortere ► tilhelingstid
- Optimal ► osseointegrasjon
- Høyere ► vellykkethetsprosent

Adin Dental Implant Systems LTD produserer veldokumenterte implantatløsninger av høy kvalitet. Det er nå også mulighet for leveranser i Norge. På Sotra, like utenfor Bergen har Adin Norge sitt lager, og vårt motto er å levere varene neste dag, ved bestillinger før kl 12.

Web: www.adinnorge.no | Email: post@adinnorge.no | Tel +47 56335120

niske undervisningen kan gjøres desentralisert. Dette er i tråd med det som ble lagt frem i Stortingsmelding nr. 35 (2006–2007) (7). Vi er ikke kjent med at det har blitt politisk behandlet at kompetansesentrene skal drive sentralisert spesialistutdanning og overta store deler av den kliniske delen av lærerstedenes spesialistutdanning. I statsbudsjettet for 2015 blir det uten politisk realitetsbehandling plutselig skrevet inn noe helt annet (8):

«Det planlegges at spesialistutdanning av tannleger fra 2015 gradvis organiseres som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene og pasienttilgangen ved sentrene, vil disse på sikt kunne organisere store deler av den kliniske praksis i spesialistutdanningene».

For Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo vil det være aktuelt å samarbeide med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Øst om spesialistutdanning/ kompetanseheving i forbindelse med behandling av de lovpålagte behandlingsgruppene for Den offentlige tannhelsetjenesten. For de andre spesialistutdanningene vil en overføring til Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Øst ikke være aktuelt på grunn av behovet for å opprettholde kvalitet i grunnutdanningen.

5. Konklusjon

Fra kompetansesentrenes synsvinkel kan det se ut som om de vurderer seg selv som de som er best skikket til å ivareta odontologiens mange utfordringer; det være seg alt fra fordelingspolitikk til forskning og utdanning av spesialister. Det er imidlertid god grunn til å ha et kritisk blikk på den rollen kompetansesentrene er tiltenkt i fremtiden. En storstilt satsning på disse sen-

trene vil kunne medføre en utarming av fakultetene med det resultat at kvaliteten på både forskning og spesialistutdanningen blir skadelidende. Dette er uheldig siden fakultetene er de eneste odontologiske institusjoner som frem til nå har vist at de kan drive både forskning og undervisning på et internasjonalt nivå. Dette vil etter vår mening kompetansesentrene ikke kunne være i nærheten av i overskuelig fremtid. Norge er et lite land – slik vi oppfatter HODs nåværende satsing går den tilnærmet ut på å spre kompetanse og kunnskap flatt utover hele landet stikk i strid med den evaluering som ble gjort i regi av Norges forskningsråd.

Vi foreslår derfor en «time-out» for å vurdere rollene til kompetansesentrene i universitetsbyene Tromsø, Bergen og Oslo i lys av dagens situasjon og behov, hvor det raskt kan oppstå en konkurransesituasjon om pasienter og kompetanse. Vår påstand er at universitetene i seg selv er viktige kompetansesentre.

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

*Anne Merete Aass
professor, dr. odont., prodekan ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

*Ståle Petter Lyngstadaas
professor, dr. odont., prodekan ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

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

*Jan Eirik Ellingsen
professor, dr. odont., instituttleder ved Det
odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo*

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

Referanser

1. Camling E, Skjetne AB, Toven HV, Vinternyr AB, Kloster MA, Berggreen E. Regionale odontologiske kompetansesentre: Historikk og fremtidige muligheter. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 188–9.
2. Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 294–305.
3. Stiberg-Jamt R, Vestergaard N, Meltevik S, Skjerven H. Noe å tygge videre på? Utdrag fra rapport – Evaluering av utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi. Kristiansand: Oxford Research AS; 2014.
4. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetjenesten. Tabell 04920: G. Tannhelsetjenesten – nivå 2 (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavn=Web=tannhelse&CMSSubjectArea=helsetchecked=true> (lest 14.04.2015).
5. Grytten J, Skau I, Stenvik A. Distribution of orthodontic services in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38: 267–73.
6. Norges Forskningsråd. Evaluation of Biology, Medicine and Health Research in Norway (2011). Report of the principal evaluation committee. Oslo: Norges Forskningsråd; 2011.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 35 (2006–2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. p 192.

En korreksjon til realitetsorienteringen til Universitetet i Oslo

Et tilsvare til Universitetet i Oslo sitt innlegg om kompetansesentrene

Universitet i Oslo synes å mene at forskjellene i spesialistdekning og forbruk av trygdemidler er små, og at det derfor er lite grunnlag «for å omfordele en tjeneste det finnes lite grunnlag for å omfordele». For å komme til den konklusjonen har de brukt statistikk over mottatt trygderefusjon etter bostedsfylke, og har tatt i bruk søylestatistikk (uten påførte verdier) som skal vise at det er små forskjeller. (I dette diagrammet er det for øvrig vesentlige forskjeller fra det diagrammet som Grytten presenterte under spesialistseminaret i januar med de samme datakildene, så sannheten forandrer seg visst kontinuerlig). Den oppmerksomme leser vil ut fra diagrammet som er produsert av Universitetet i Oslo kunne registrere at i de fylkene hvor det er lavest andel av befolkningen som får trygdeytelser, så ligger fylkets andel av pasienter som får trygderefusjon for tannbehandling på ca 70 % av fylkets andel av befolkningen. I de fylkene som har høyest andel pasi-

enter som får trygderefusjon for tannbehandling ligger tallet på ca. 120 %. Med andre ord er det 70 % ($120 : 70 = 1,7$) flere som får trygderefusjon for tannbehandling i fylkene med høyest andel i forhold til fylkene med lavest andel. Hvordan dette kan kalles små forskjeller er en gåte. At søylediagrammet er produsert på denne måten for at forskjellene skal se små ut er ganske sannsynlig. Framstilling av statistikk kan brukes til å fordreie sannheten, så det er ikke uten grunn at Mark Twain har sagt at det finnes tre usannheter, hvorav statistikk er en av dem.

I tillegg må fordelingen av trygdeytelser og spesialister sees i forhold til behov for trygdeytelser og spesialisttjenester i befolkningen, som kanskje kan være forskjellig i ulike landsdeler. Vi har lite kunnskap om tannhelsen i voksenbefolkningen i Norge slik det står i Stortingsmelding 35 (2006–07). Her kan kompetansesentrene gjøre en innsats. I Troms har vi gjennomført en stor datainnsamling om tannhelsen i vok-

senbefolkningen (Tromstannen), og er også med i den generelle store helseundersøkelsen Tromsø7 hvor datainnsamlingen akkurat har begynt, som vil kunne knytte sammen tannhelsesdata med generelle helsedata (f.eks. periodontitt og allmenne sykdommer). Dette er en del av det fylkeskommunen trenger for å oppfylle sitt følge-medansvar.

Universitet i Tromsø og Tannhelse-tjenestens kompetansesenter i Nord-Norge har et godt samarbeid både om undervisning for tannlegestudentene, og om spesialistutdanning og forskning. Vi håper å utvikle dette samarbeidet ytterligere i årene som kommer, til glede for begge institusjonene og tannhelsesektoren generelt. Vi trenger ingen «time-out».

*Peter Marstrander
Fylkestannhelsesjef i Troms
peter.marstrander@tromsfylke.no*

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTÉKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



Svar til Peter Marstrander:

Fortsatt vanskelig å begrunne etablering av kompetansesentre i Oslo og Bergen utfra omfordelingshensyn

Takk for kommentar til vårt innlegg i dette nummeret av Den norske tannlegeforenings Tidende:

Kompetansesentrenes forsvarsskrift – en korleksjon til realitetsorienteringen. Motforestillinger er alltid bra, og vil kunne bidra til å opplyse saken.

Hovedfokuset i Marstrandrs innlegg er på vår fremstilling av de fylkesvise forskjeller i spesialistdekning og bruk av trygdemidler. Det er viktig å understreke at vårt syn på etablering av kompetansesentrene bare delvis er begrunnet utfra disse forskjellene. Vårt syn er i mye større grad forankret i de langsiktige konsekvenser etableringen av kompetansesentrene vil ha for kvaliteten i grunnutdanningen, spesialistutdanningen og forskningen. Dette er de sentrale elementene i vårt kommentarinnlegg.

Det er likevel grunn til å gi noen utfyllende synspunkter på innlegget til Marstrander. Spesielt siden han tillegger oss meninger det ikke er dekning for.

Vi har ikke påstått at forskjellen i spesialistdekning mellom fylker er små. Tvert om, vi skriver: «Det er først og fremst to fylker som peker seg ut med høy spesialistdekning: Oslo og Hordaland (4). Begge fylkene har en spesialistdekning som er nesten dobbelt så høy som gjennomsnittet». Vi har gitt kildereferanse til Statistisk sentralbyrå. Vårt utsagn er videre underbygget med tall for den spesielt høye spesialistdekningen i en av Oslos mest sentrale bydeler, nemlig Majorstua. Vi har talt opp antallet spesialister utfra adresseregister, og er kommet til 42 spesialister.

For å nyansere helhetsbildet litt refererer vi til en publisert studie av tilgjengeligheten til kjeveortopedisk behandling i Norge (1). Vi beskriver også her at

det fins geografiske forskjeller i tilgjengeligheten til denne type spesialisttjenester. Men for denne spesialiteten viser resultatene at det «ikke er vesentlig forskjell», slik vi også skriver i vårt kommentarinnlegg.

Vi fastholder at fylkesforskjellene i forbruk av trygdemidler er små. Marstrander unnlater å omtale Figur 2 i vårt innlegg – vi mener at den underbygger vårt syn. Dette er også i samsvar med materiale utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet (2). Marstrander unnlater videre å nevne at vi i vår kommentar til Figur 1 peker på at to fylker (Rogaland og Hordaland) skiller seg klart ut med en vesentlig høyere andel som mottar stønad enn hva befolkningsandelen tilsier. Vi unnlater altså ikke å kommentere disse forskjellene, slik Marstrander påstår. For syv av fylkene (Akershus, Telemark, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag) er det ubetydelige forskjeller. For de andre fylkene er det små forskjeller. Vi har aldri påstått at det *ikke* fins forskjeller.

Viktigst, det er vanskelig å se noe klart mønster i de forskjellene som fins. Det er derfor vanskelig å bruke disse forskjellene som begrunnelse for en alternativ omfordelingspolitikk, som for eksempel å etablere kompetansesentre i Bergen og Oslo. Våre tall gir ikke grunnlag for å hevde at det er underdekning av trygdeytelser i landets to største byer, i hvert fall ikke i forhold til flere andre fylker. Dette understrekes ytterligere av den høye spesialistdekningen i disse byene (3).

Vi presenterer de rene tallene, uten videre statistisk analyse. Marstrander forsøker seg på statistiske beregninger. Etter vårt syn kan man stille spørsmål ved hans bruk av statistikk. Men selv

hans fremstilling viser ikke underdekning av spesialister og trygdeytelser i Oslo og Bergen, noe som kunne ha vært et argument for etableringen av sentrene i disse byene. Beregningene hans gir heller ikke svar på hvordan etablering av kompetansesentre i Oslo og Bergen skal redusere de fylkesvise forskjellene han beskriver.

Premisset for Marstrandrs beregninger er at etterspørselen etter trygdeytelser er optimal og riktig i de to fylkene som har høyest etterspørsel etter slike ytelser (trolig Rogaland og Hordaland i hans beregninger). I dette ligger det at alle de andre 17 fylker har et underforbruk. En naturlig konsekvens er da at tannhelsepolitikken bør utformes slik at tannlegene og spesialistene i disse 17 fylker stimuleres til å tilby *mer* behandling for trygdens regning. Kanskje Marstrander har rett, men om så er tilfelle, kan dette gjøres også uten kompetansesentrene. Det fins nok av både allmenntannleger og spesialister i dagens marked, spesielt i Oslo og Bergen, som har kapasitet til å behandle flere pasienter for trygdens regning (4). Det er bare for de sentrale helsemyndighetene å be dem å sette i gang.

Vår grunnforståelse av dagens tannhelsemarked er forskjellig fra Marstrandrs (4). Vi mener at det i all hovedsak er tilstrekkelig med både allmenntannleger og spesialister i Oslo og Bergen, og at det derfor ikke er behov for å øke tilbudet av spesialisttjenester i disse to byene. Et slikt syn er vi heller ikke alene om (5–8). Dette hevdet jeg også på spesialistseminaret på Fornebu i januar i år, med utgangspunkt i de samme tallene som er presentert i vårt innlegg. For ordens skyld, påstanden om at «det er vesentlige forskjeller fra det diagrammet Grytten presenterte under

spesialistseminaret i januar med de samme datakildene, så sannheten for-ander seg visst kontinuerlig er ikke riktig. Under presentasjonen på Fornebu var imidlertid tallmaterialet for fylkene Oslo og Akershus slått sammen.

Marstrander hevder at det er lite kunnskap om tannhelsen i voksenbe-folkningen i Norge. Vi minner om at slike data har vært innsamlet regel-messig ved Det odontologiske fakulte-tet i Oslo over de siste 30 årene – lenge før kompetansesentrene ble etablert; jfr. Dorthé Holst sine Trøndelagsstu-dier. Utfra et slikt perspektiv fremstår ikke datainnsamlingen ved Kompetan-sesenteret i Tromsø som så innovativ som Marstrander gir inntrykk av. I vårt kommentarinnlegg viser vi at det innenfor en femårsperiode ble publi-sert 178 fagartikler innenfor sam-

funnsodontologi/epidemiologi fra Det odontologiske fakultetet i Oslo. I flere av disse artiklene ble tannhelsen blant voksenbefolkningen beskrevet.

*Professor Jostein Grytten Det odontologiske fakultetet i Oslo
j.i.grytten@odont.uio.no*

Referanser

1. Grytten J, Skau I, Stenvik A. Distribu-tion of orthodontic services in Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 2010; 38: 267–73.
2. Stiberg-Jamt R, Vestergaard N, Melte-vik S, Skjerven H. Noe å bygge videre på? Utdrag fra rapport – Evaluering av utprø-ving av spesialistutdanning i klinisk odontologi. Kristiansand: Oxford Re-seach AS; 2014.
3. Statistisk sentralbyrå. Statistikkban-ken. Tannhelsetenesta. Tabell 04920: G. Tannhelsetjenesten – nivå 2 (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectta-ble/hovedtabellHjem.asp?KortNavn-Web=tannhelse&CMSSubjectArea=hel-se&checked=true> (lest 14.04.2015).

4. Grytten J, Skau I, Dobloug A, Barkvoll P. Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1500 flere om 20 år? Nor Tannlege-foren Tid. 2015; 125: 384–8.
5. Stenvik R. Regionale kompetansesen-tre: Fra kompetansesentre til "konkur-ransesentre"? Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 768–9.
6. Løes S. Står vi foran "Det store spran-ge" innen tannhelsespesialisering? Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 966–7.
7. Strøm K. Valghøsten har startet! OTF-nytt 2014; nr 5: 3.
8. Schiffdorf AH. Regionale odontolo-giske kompetansesentre. Nor Tannlege-foren Tid. 2015; 125: nr 5.

Svar til Jostein Grytten:

Tannlegeutdanning og kompetansesenter i Nord-Norge

Mitt hovedfokus er at Nord-Norge endelig har mulighet til å bygge opp kompetanse i tannhelsesektoren i landsdelen takket være to flotte institusjoner – Universitetet i Tromsø og Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN). Vi trenger ingen «time-out» i Nord-Norge. Så får det være opp til andre å mene noe om kompetansesen-trene i Oslo og Bergen. Det første inn-legget om kompetansesentrene var jo et generelt angrep på de regionale odontologiske kompetansesentrene «i Tromsø, Bergen og Oslo».

Jeg har ikke skrevet noe om riktig nivå på hvor stor del av befolkningen som får trygdeytelser til tannbehand-ling. Derimot må det være lov å være bekymret for spredningen. I det første innlegget fra Universitetet i Oslo står

det: «For de aller fleste fylker er det bare små forskjeller mellom andelen som mottar stønad og befolkningsan-delen». Da må det være legitimt å påpeke at alle de tre nordnorske fyl-kene ligger på bare 70 % av landsgjen-nomsnittet. Det er uavhengig av om det er noen fylker som ligger høyt eller ikke. Dette går fram av figur 1 i innleg- get fra Universitetet i Oslo i dette num-meret av NTFs Tidende, og også i samme figur fra spesialistseminaret på Fornebu i januar. Men etter mine målemetoder er det store endringer mellom figurene for fylkene Telemark, Aust-Agder og Sogn & Fjordane i de to presentasjonene fra Grytten.

Men jeg har skrevet om at det mang-ler kunnskap om tannhelsen i befolk-ningen. Det er jeg ikke alene om. I Stortingsmelding nr. 35 (2006–2007)

står det at «kunnskaper om befolkning-ens tannhelsesituasjon er begrenset» og «Kunnskap om hvilke bakenforlig-gende faktorer og hvilken kombina-sjon av faktorer som er med på å for-klare voksenbefolkningens tannstatus er mangelfull». I Nord-Norge mangler vi kunnskap om hvordan tannhelsen er i voksenbefolkningen, i forhold til tannhelsen til voksenbefolkningen i andre deler av landet. Vi kan ikke for-lange at Universitetet i Oslo synes at innsamling av slike data er innovative, vi nøyer oss med at slike data er nyt-tige for oss som skal planlegge tann-helsetjenestene i Nord-Norge.

*Fylkestannhelsesjef i Troms, Peter
Marstrander
peter.marstrander@tromsfylke.no*

Regionale odontologiske kompetansesentre

Reidun Stenvik og Sigbjørn Løes hadde i henholdsvis Tidende nr. 9 og 11, 2014 hvert sitt meget lesverdige innlegg i forbindelse med regionale odontologiske kompetansesentre.

Meget overraskende fant jeg Stenviks siterte uttalelse fra avdelingsdirektør Kjell Røynesdal i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) mot dem som etter hans mening motarbeider Tannhelsetjenestens kompetansesentre. Videre var det etter hans mening ikke hensiktsmessig å se på forholdene mellom universitet og kompetansesentre, annet enn som en mulighet til å få til et samlet kunnskaps- og kvalitetsløft i hele tannhelsetjenesten. Er kunnskaps- og kvalitetsnivået i tannhelsetjenesten virkelig så lavt, at her må nå noe gjøres, og hva menes med kunnskaps- og kvalitetsløft?

Min mangeårige erfaring fra helsevesenet ble opplevd annerledes. Stenvik refererte TKØs formål, hvor et av målene blant annet er desentralisert spesialistutdanning av tannleger. I Tidende nr. 2, 2015 har

kompetansesenterlederne i Norge et innlegg om blant annet sentrenes fremtidige gjøremål. Her får vi blant annet vite at i Tromsø har kompetansesenteret ansvar for all trening av spesialistutdanningskandidater. Interessant er å få opplyst hvilke spesialiteter, utdan-

ningstid og hvor mange kandidater dette dreier seg om?

Dette synes også blant annet å være et av punktene ved de andre kompetansesentre, samt forskning; på hva? I Bergen synes, i følge Løes innlegg, nå leppe-, kjeve- og ganespalteteamet å ha blitt lagt inn under kompetansesenteret. Slik får man kunstig tilført arbeidsoppgaver. Stenvik opplyste at det ved Tk Vest allerede er 40 ansatte foreløpig. Er dette fulltids- eller deltidstillinger? Hvor mange skal ytterligere ansettes? Hva beløper lønnsutgiftene seg til?

Noen fra det første studentkullet, som startet ved Odontologisk institutt i Bergen i 1962 markerte sitt 50-årsjubileum med blant annet besøk ved det nye odontologibyggget der høsten 2012. De fleste var overrasket over kompetansesenteret, som var integrert ved det nye odontologibyggget. Finnes det ikke kompetanse nok allerede ved Odontologisk institutt, som kan dekke befolkningens behov, uten å opprette et slikt senter?

Interessant ville det blant annet være å få vite hvor mange spesialister sentrene totalt planlegger å utdanne per år; samt hvilke kategorier? Hvor mange forskere er totalt planlagt ved sentrene? Hvor mange personer med og uten doktorgrad skal ansettes? Løes mener at tilgangen til spesialistkrevende kasus er «kraftig redusert for kompetansesen-

trene og fakultetene sammenlignet med helsevesenet for øvrig», noe jeg er enig i. Hvor mange pasienter regner man med å behandle per år ved sentrene, og til hvilken pris? Foreligger det sikre beregninger over behovet? Fra mitt mangeårige virke som sykehuslege viste det seg at det var lettere å få bevilget en ny stilling hvis den var selvfinansierende. Hvor mange slike får man ved sentrene?

Stenvik og Løes har tatt opp et interessant tema, hvor begge synes å dele bekymringen om at kompetansesentre blir «konkurransesentre.» Løes uttaler til slutt: «Synspunktene er ikke representative for mine arbeidsgiveres offisielle holdning. Skjønt hvem vet.» Kanskje kan vi få vite hva Fakultetet i Bergen mener?

Stenvik håper til slutt i sitt innlegg «å få til en konstruktiv dialog mellom berørte parter og Helse- og omsorgsdepartementet.» Etter min mening kan vel dette nå være for sent? Byråkratiets makt- ved HOD er sannsynlig for mektig og tyngende mot andres mening. I tillegg kommer Norges økonomi, hvor man ikke trenger å ta hensyn til kostnadene.

*Arne Hedemark
Schiffdorf, Tyskland
arne.hedemark@nord-com.net*

Tannlegenes rolle i folkehelsearbeidet

Tannlegenes hovedfokus skal og bør fortsatt være profylakse, diagnose, terapi og oppfølging av de primære orale tilstander. Det forventes også at vi som helseutøvere skal diagnostisere oral manifestasjoner av systemiske lidelser.

I løpet av flere tiår har det også vært snakket og skrevet om tannlegenes rolle som folkehelsearbeidere. Ulike synspunkter har bl.a. vært fremmet av våre læresteder og av Den norske tannlegeforening. Representantskapet vedtok et eget policydokument om folkehelsen i 2013. Tydeligst kom dette til uttrykk i forbindelse med munnhelse-dagen 20. mars i år hvor budskapet i hovedsak var knyttet til diabetes type 2 og hvor ett av kampanjens overordnede mål var «å bidra til at flere med diabetes 2 får stilt en diagnose». Diabetes 2 er i dag et betydelig helseproblem i Norge. Ca. 265 000 personer er i dag registrert med diagnosen, og det antydes at det er et like høyt antall av uoppdagede tilfeller. Disse uoppdagede tilfellene besøker tannlegen regelmessig, og det er derfor rimelig å spørre om tannlegene kan oppdage disse tilfellene på et tidlig tidspunkt før sykdommen får alvorlige organkonsekvenser. Det antydes i dag at tannlegens rolle blir spesielt knyttet til observasjon av økt forekomst av karies, nedsatt spyttsekresjon, munntørrehet, soppinfeksjoner og periodontale infeksjoner i forbindelse med diabetes 2. Alle disse symptomene er høyst uspesifikke og ingen sikker indikasjon på at det foreligger en diabetes type 2. Kan og bør man på slike indikasjoner henvise en pasient til sin fastlege for videre undersøkelser og blir dette gjort?

Spørsmålet blir derfor: Hva kan tannhelsepersonell gjøre for fastslå en sikrere diabetes 2-diagnose, og hvilken kompetanse har tannlegene for å forfølge mistanken om alvorlig sykdom?

I tillegg til de spørsmål som stilles på våre helseskjema, bør det være naturlig å følge opp med andre spørsmål der hvor dette er naturlig ut fra pasientens tilstand. De tre polys – polyurea (behov for å late vannet), polydipsia (uvanlig tørste) og polyphagia (uvanlig matlyst). Disse tre symptomene er ofte relatert til hyperglykemi og glucosuri, selv om polyphagi ikke alltid er knyttet til type 2 diabetes. Videre bør vi kunne spørre om det foreligger diabetes i nære familie. En overfladisk vurdering av pasientens BMI og aktivitetsrutiner vil også si noe om hvor disponert pasienten kan være for diabetes 2. Positive svar på disse spørsmålene og vurderingene bør lede til en oppfølging, også på tannlegekontoret.

Enkle blodtester er enkle å utføre på et tannlegekontor og krever enkelt utstyr.

Tilfeldig glucosetesting uten hensyn til måltider eller tidspunkt på dagen er en enkel og rask undersøkelse. Med testverdier over 7 mmol/L, og sammenfallende verdier med de tre polys og mulige synsforandringer, bør mistanken være tilstede, men bør forfølges med:

Fastende blodsukker test (uten inntak av sukker i 8–12 timer). Målinger etter et slikt tidsintervall bør gi verdier som bør ligge lavere enn 7 mmol/L

Oral glucose toleransetest. Denne testen måler kroppens evne til å lagre glucose ved å fjerne glucose fra blodet. Glucosenivået skal falle tilbake til verdier under 11,1 mmol/L 2 til 3 timer etter et standard glucose inntak på 75 gram glucose.

Disse testene bør være mulige å gjennomføre på tannlegekontoret med den kompetanse som tannlegen har med seg fra sitt studium, og samtidig imøtekomme målsetningen om å bidra til at flere med diabetes 2 får stilt en tidlig og sikker diagnose.

Videre diagnostisk oppfølginger og terapeutiske skritt skjer ved henvisning til pasientens fastlege, og innebærer bl.a. testing for glycolisert hemoglobin (HbA1c) og generell organundersøkelse. En HbA1c undersøkelse krever venepunksjon og undersøkelse på fullblod. Dersom HbA1c verdiene i erytrocyttene er over 6,1m %, viser dette at glucoseverdiene i plasma har vært for høyt over tid og er et sikkert diagnostisk kriterium på diabetes 2.

Hjerte-kar sykdom er en annen av våre store folkesykdommer og som i stor grad har sammenheng med måten vi lever på bl.a. røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Her bør tannhelsepersonell besitte de riktige kunnskaper og formidlingsevne til å påvirke pasientens levevaner. Det vil dessuten styrke vår faglige autoritet, dersom vi i tillegg til verbal informasjon sier oss villige til å måle og tolke pasienten blodtrykk.

Kolesterol målinger har en direkte og viktig sammenheng med utvikling av hjerte-kar sykdommer. En enkel screening metode med bruk av kapillært blod, kan gi oss en verdifull totalkolesterol verdi. Sørg for at referanseverdiene er kjente! Ligger pasientens verdier for pasientens alder i fareområdene, skal pasienten henvises til sin fastlege for registrering og vurdering av HDL og LDL, samt forholdet mellom disse. (Total kolesterol referanseverdier: 5 mmol/L – 8 mmol/L)

Kost og ernæring er et stort og komplisert tema, og er langt mere enn problemer knyttet til sukkerinntak og karies. Feilaktig kosthold bidrar sterkt til mange av våre dominerende folkesykdommer og vi oversvømmes derfor daglig av informasjon fra media om hva som er bra og spise og godt for helse vår – og hva som er skadelig og medfører sykdom. Ofte er informasjonen motstridende og kan være vanskelig å forstå for vanlige folk. Derfor har våre helsemyndigheter valgt å oppsum-

mere og grundig vurdere den informasjonen som foreligger til enhver tid. Vi som helsepersonell må derfor kjenne budskapet og formidle det som er de offentlige anerkjente råd til publikum.

Det store spørsmålet er om vi gjennom vår formidling av kunnskaper har autoritet nok til å endre pasientenes holdninger og vaner. Dette krever for det første at vi som tannleger har gode nok kunnskaper selv og viser engasjement

De enkle kliniske testene som her er antydnet, utføres i dag også ved de fleste apotek. Vi som tannleger burde ha større forutsetninger for å utføre de samme testene og med en større forståelse for de resultatene som kommer fram.

Våre verbale og kliniske påvirkninger bør også suppleres med skriftlige materialer som vi aktivt benytter i våre samtaler med pasientene. Det er ikke tilstrekkelig at slike brosjyrer ligger og slenger på venterommene!

Som presidenten uttrykte i siste nummer av Tidende, representerer vårt bidrag til folkehelsearbeidet en ubenyttet resurs som vi med fordeler kan utnytte til beste for pasientene og for oss selv, og i større grad gi oss en følelse av å være oralmedisinere.

Jeg ser fram til at spørsmålene reises til videre diskusjon.

*Bjørn Joh. Fuglem
bjfuglem@start.no*

4 mm i ett sveip

Nyhet!

3-års studie av
J.W. van Dijken/U. Pallesen
publisert i Journal of
Adhesive Dentistry*

SDR[®]

Smart Dentin Replacement

- 4 mm herdedybde – færre lag, enkelt og raskt
- Selvavrettende og adapterer til kavitetsveggene
- 3 års kliniske data (Umeå/København)
- Over 30 millioner fyllinger siden introduksjonen i 2009

For better dentistry

DENTSPLY

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

Frank Hansen Tlf: 97608438 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Janiche Henden Tlf: 94838814 | Carmen Lundberg Tlf: 90526063

*Randomized 3-year Clinical Evaluation of Class I and II Posterior Resin Restorations Placed with a Bulk-Fill Resin Composite and a One-Step Self-Etching Adhesive. Jan W. van Dijken/Ute Pallesen. J Adhes Dent. 2015; 17:81-88.

Uventede spørsmål i kjølvannet av artikkelen

På bakgrunn av ovennevnte artikkel (1) har jeg forsøkt å trekke i gang en debatt i Tidende vedrørende indikasjoner for implantatbehandling vs. konvensjonell protetik. Jeg tar til etterretning at dette tilsynelatende ikke har vakt den store interessen blant leserne. Mine kommentarer (2–4), svar fra forfatterne (5) og kommentar fra professor emeritus Einar Berg (6) har imidlertid avdekket en rekke perifere spørsmål som angår deg som leser. Spørsmålene nedenfor omfatter i hovedsak kun fagartikler som er under vurdering for publikasjon eller som er trykket i Tidende:

1. Dersom en artikkel utgår fra en institusjon, for eksempel et universitet eller et kompetansesenter, i hvilken grad kan tidsskriftets lesere oppfatte eventuelle retningslinjer og anbefalinger gitt i artikkelen, som uttrykk for institusjonens holdninger vs. den enkelte forfatters meninger? – gir det aktuelle kasus grunnlag for å anta at artikkel-innholdet utgår fra Det medisinsk-odontologiske fakultet, UiB?

2. Dersom en pasient henvises til og behandles ved en institusjon, er behandlingen av pasienten da institusjonens eller behandlernes ansvar og rapporteringen deretter?

3. Har det noen kvalitativ betydning for en fagartikkel dersom ansvarlig

redaktør ikke har kompetanse innen det fagfeltet dette tidsskriftet dekker?

4. Hvilken rolle forventes det at eventuelle vitenskapelige redaktører skal spille dersom ansvarlig redaktør ikke har fagkompetanse?

5. Hvilken rolle spiller fagfellene?

6. Har forfattere av publiserte fagartikler i Tidende og ellers en plikt til seriøst å besvare spørsmål fra leserne?

7. Bør et tidsskrift ha en standard for antall forfattere bak en artikkel? Den aktuelle artikkelen har fire forfattere. Fra samme institutt er det i Tidende nr. 3, mars 2015, publisert en fagartikkel omfattende to kasuistikker, med 8 – åtte – forfattere. Er det grunnlag for å spørre om det er et belønningssystem som utnyttes her?

8. I relasjon til pasientmedvirkning og informert samtykke, i hvilken grad kreves det at behandlere etterkommer pasientens ønskemål? Einar Berg anfører (6), presumptivt i egenskap av å være uhildet tredjeperson, at: «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 til å ta hensyn til dette så lenge ønsket ikke er direkte faglig uforsvarlig?». I den aktuelle kasuistikken var det både de fire forfatterne og Einar Bergs mening at den behandlingen som

ble gjennomført innledningsvis, var feil.

Som lesere er vi alle avhengig av faglig påfyll. Det er imperativt at det som publiseres holder et minstemål av vitenskapelig kvalitet. Hvis ikke, har vi et problem.

*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. Ramstad T. Tidleg mislukka implantatbehandling. Kommentar II. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 190.
4. Ramstad T. Tidleg mislukka implantatbehandling. Kommentar III. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 187.
5. Sægrov AH, Klepp M, Bunæs DF, Leknes KN. Tidleg mislukka implantatbehandling. Svar til Tore Ramstad. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 81.
6. Berg Einar. Ramstad, har du tatt alt for mye Møllers tran? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 286.



Folketrygden gir stønad til fast protese til personer som er tannløse i underkjeven

Fra 1. januar 2014 ble det innført en ny stønadsordning og nye takster som gjelder fast protese til personer som er tannløse i underkjeven og som ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende protese. Dette er tatt inn som nytt punkt 15 i rundskrevet til folketrygdloven § 5–6.

Ordningen ble innført for å gi hjelp til pasienter som av ulike grunner har vanskeligheter med å bruke sin hele underkjeveprotese. Mange studier har vist at helprotoser i underkjeven gir dårlig funksjon, og at to implantater med fester vesentlig forbedrer en slik situasjon.

Det er en forutsetning for refusjon etter dette punktet at disse pasientene ikke fyller vilkårene for andre stønadsordninger verken gjennom trygden eller gjennom tannhelsetjenesteloven.

En pasient som har fått sin underkjeveprotese med stønad, etter for eksem-

pel punkt 6b «Rehabilitering av tanntap som følge av marginal periodontitt» vil, når behandlingen er avsluttet, ikke lenger ha rettigheter etter dette punktet.

Mange pasienter med tannløs underkjeve har nytt godt av 6b-ordningen som ble innført i 2003. Det er da naturlig at mange av disse pasientene også er kandidater til den nye stønadsordningen, som er beskrevet under punkt 15 «Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven».

HELFO opererer ikke med tidskrav mellom bruk av disse to ordningene. Det vesentlige er at det dokumenteres at pasienten ikke er i stand til å bruke løstsittende protese, slik som nevnt i kommentarene til punkt 15.

HELFO understreker at kravet til nødvendig og forsvarlig behandling gjelder for alle de 15 punktene. Dette kravet er spesielt formulert i punkt 6b, der det fastslås at det skal begrunnes

hvorfor tannlegen velger å fjerne tenner fremfor å behandle dem.

Den nye stønadsordningen forutsetter spesialist/spesialkompetanse for å sette fram refusjonskrav ved slik dekkprotesebehandling. Samtidig åpnes det for refusjon også for framstilling av hel overkjeveprotese til pasienter som gjennomgår slik behandling. Det er intet krav til spesialkompetanse for refusjonskravet knyttet til overkjeveprotesebehandlingen.

Ved framstilling av krav til refusjon etter folketrygdloven § 5–6, forventes det at vilkårene er oppfylt slik som beskrevet i regelverket. Dette gjelder også denne nye stønadsordningen.

Mer informasjon: www.helfo.no

*Erland Eggum,
rådgivende overtannlege i HELFO*



Siste frist for å få NTFs jubileumsbok – helt gratis!

«Fra tannlegekunst til helseprofesjon» er tittelen på jubileumsboken som ble utgitt til NTFs 125-årsjubileum. Boken omhandler tiden fra NTFs stiftelse 15. oktober 1884 til jubileet i 2009, og er skrevet av Reidun Stenvik.

Vi har fortsatt noen bøker igjen på lager, og gir derfor alle medlemmer en siste sjans til å skaffe seg et (ekstra?) eksemplar – **helt gratis!**

Alt du trenger å gjøre er å sende oss en e-post med navn og adresse til info@tannlegeforeningen.no – så kommer det en bok i posten.

Dette er den første artikkelen i en ny artikkelserie om pensjon:

Offentlig tjenestepensjon etter pensjonsreformen

Stadig vekk hevdes det at pensjonsreformen ikke gjelder for offentlig ansatte. Dette er ikke riktig. Tvert imot rammes offentlig ansatte så godt som fullt ut av innsparings-tiltakene i reformen. I denne artikkelen beskrives endringene i de offentlige tjenestepensjonsordningene som følge av pensjonsreformen, herunder effekter for offentlig ansatte tannleger som har særaldersgrense på 65 år.

Pensjonsreformen som trådte i kraft i 2011 var i utgangspunktet en reform av alderspensjon fra folketrygden. Reformen førte blant annet med seg en ny opptjeningsmodell for alle født fra og med 1954 (kun delvis for de første årskullene), mulighet for å kunne ta ut pensjon fleksibelt fra 62 år og å kunne kombinere pensjon med arbeidsinntekt uten avkortning av pensjonen. Videre ble det innført to store innstrammingstiltak i form av levealdersjusteringen av pensjon og dårligere regulering av pensjoner under utbetaling.

Fra 2015 er for øvrig også uførepensjonsordningen i folketrygden og i de offentlige tjenestepensjonsordningene endret. Effektene av disse endringene vil bli beskrevet i en kommende artikkel.

Offentlig tjenestepensjon fra 2011

Offentlig tjenestepensjon bestemmer nivået på samlet pensjon fra folketrygd og tjenestepensjonsordning fra 67 år. I praksis beregnes det først en offentlig tjenestepensjon som ved full opptjening, minst 30 år, utgjør 66 prosent av sluttlønn. Denne pensjonen samordnes (reduseres) så med alderspensjonen den enkelte får fra folketrygden, såkalt «samordningsfradrag», slik at samlet pensjon blir minst 66 prosent.

Ansatte med særaldersgrense, som tannleger, kan ta ut offentlig tjenestepensjon fra særaldersgrensen, eventuelt inntil tre år tidligere gitt at de har tilstrekkelig opptjeningstid. Frem til 67 år utbetales 66 prosent av sluttlønn uten noen form for samordning mot folketrygd.

Fra 2011 ble det gjort følgende endringer i offentlig tjenestepensjon:

- Levealdersjustering av offentlige tjenestepensjoner (herunder pensjon fra 67 år for tannleger med særaldersgrense)

- En individuell garanti om at samlet pensjon etter levealdersjustering skal være minst 66 prosent for medlemmer født før 1959 (gitt visse kriterier)

- Tilpasning av samordningsreglene til innføring av fleksibelt uttak av alderspensjon i folketrygden

- Samme regler for regulering av alderspensjon som i folketrygden

En omlegging av offentlige tjenestepensjonsordninger ble diskutert i tariffoppgjøret i offentlig sektor i 2009. Forhandlingene førte imidlertid ikke frem, og partene ble i stedet enige om å videreføre offentlig tjenestepensjon som en ytelsesbasert bruttoordning som ikke kan utbetales før fra 67 år, men med endringene som er omtalt over. AFP-ordningen ble heller ikke endret, så AFP i offentlig sektor er fremdeles en ren tidligpensjonsordning fra 62 til 67 år. Offentlige ansatte har dermed ikke fått samme fleksibilitet knyttet til uttak av tjenestepensjon, herunder muligheten for uttak av folketrygd samtidig med tjenestepensjon, som ansatte i privat sektor.

At hovedtrekkene i pensjonsordningen ble videreført i 2009-oppgjøret er trolig bakgrunnen for at mange hevder at offentlig tjenestepensjon ikke er tilpasset pensjonsreformen. Dette til tross for at de tøffeste innstrammingstiltakene, levealdersjustering og dårligere

regulering av pensjoner under utbetaling, er innført fullt ut.

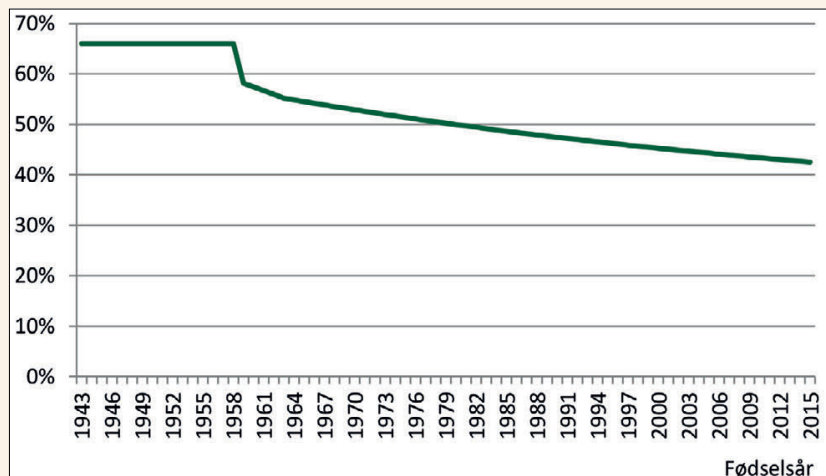
Levealdersjustering og individuell garanti

Levealdersjustering vil si at årlig pensjon justeres ut fra utviklingen i befolkningens levealder. Øker gjennomsnittlig levealder, reduseres årlig pensjon for nye pensjonister. Levealdersjusteringen innebærer at offentlig tjenestepensjon ikke lenger sikrer en samlet pensjon på 66 prosent av sluttlønn.

Ordinær offentlig tjenestepensjon kan ikke tas ut før fra 67 år. Derfor skal offentlig tjenestepensjon heller ikke levealdersjusteres før fra denne alderen. Tannleger som tar ut tjenestepensjon på 66 prosent av sluttlønn fra 65 (ev. fra 62 år hvis de har tilstrekkelig opptjening) til 67 år, vil få pensjonen levealdersjustert fra 67 år. Levealdersjusteringen kan føre til at tannlegenes pensjonsnivå blir lavere fra 67 år.

Ansatte som er født i 1958 eller tidligere har fått en individuell garanti som sikrer dem en samlet pensjon, etter levealdersjustering, fra folketrygd og tjenestepensjon fra 67 år på minst 66 prosent av sluttlønn dersom de har minst 30 års tjenestetid. Levealdersjusteringen vil derfor ikke vil få full effekt for de eldste. Figuren under viser hvilket samlet pensjonsnivå offentlig ansatte født i ulike år er garantert ved uttak fra 67 år når det både tas hensyn til forventet levealdersjustering og den individuelle garantien. Disse nivåene vil også gjelde for pensjon fra 67 år for tannleger med særaldersgrense.

Figur 1 viser at garantert pensjonsnivå ved 67 år vil falle fra 66 prosent av sluttlønn for det siste kullet som har individuell garanti (1958) til om lag 58 prosent for 1959-kullet, og videre til 45 prosent for 2000-kullet. For en sluttlønn på for eksempel 800 000 kroner betyr dette at samlet årlig pensjon fra



Figur 1. Garantert pensjonsnivå ved 67 år fra offentlig tjenestepensjon for ulike årskull

folketrygd og tjenestepensjon reduseres fra 528 000 kroner for pensjonsreformen, til 464 000 kroner for 1959-kullet (minus 64 000 kroner) og 360 000 kroner for 2000-kullet (minus 168 000 kroner).

Det er mulig å kompensere for levealdersjusteringen, det vil si å unngå å få redusert pensjonen, ved å stå i jobb ut over 67 år. Hvor lenge den enkelte må jobbe for å kompensere fullt ut varierer avhengig av fødselsår. Tabellen under viser anslag fra NAV for hvor lenge de som er født i ulike årskull må stå i jobb for å kompensere.

I praksis vil det trolig være vanskelig for tannleger å kompensere for levealdersjusteringen siden disse i så fall må skaffe seg nytt arbeid i offentlig sektor fra fylte 67 år etter først å ha vært pensjonister i et visst antall år (tabell 1).

Tilpasning til fleksibelt uttak av folketrygd

Som nevnt kan du nå selv velge når etter fylte 62 år du ønsker å ta ut alderspensjon fra folketrygden (gitt at pensjonen har en viss størrelse). Årlig pensjon fra folketrygden blir lavere jo tidligere den tas ut, fordi opptjent pensjon da skal fordeles over flere utbetalingsår.

Også offentlig ansatte kan ta ut pensjon før 67 år. Men vær klar over at uttak av alderspensjon fra folketrygden vil kunne påvirke nivået på pensjonen fra den offentlige pensjonsordningen. Når offentlig tjenestepensjon skal sam-

ordnes med alderspensjon fra folketrygden, skal det alltid legges til grunn at folketrygden tas ut *samtidig med* tjenestepensjon, selv om den faktisk er tatt ut før. Dette innebærer at dersom du tar ut folketrygd før ordinær offentlig tjenestepensjon, så vil du få et større samordningsfradrag for folketrygd enn folketrygdytelsen du faktisk mottar,

Tabell 1. Nødvendig uttaksalder for å kompensere for levealdersjusteringen i folketrygden og offentlig tjenestepensjon

Årskull	Uttaksalder
1943	67 år
1944	67 år 1 mnd.
1945	67 år 2 mnd.
1946	67 år 3 mnd.
1947	67 år 4 mnd.
1948	67 år 5 mnd.
1949	67 år 6 mnd.
1950	67 år 8 mnd.
1951	67 år 9 mnd.
1952	67 år 10 mnd.
1953	68 år
1963	69 år 4 mnd.
1973	70 år 2 mnd.
1983	71 år

Kilde: NAV.no

slik at samlet pensjon blir lavere enn ellers.

Tannleger som tar ut pensjon fra særaldersgrensen kan velge å ta ut alderspensjon fra folketrygden før 67 år samtidig med tjenestepensjonen. Gjør de dette vil imidlertid pensjonen fra 67 år bli lavere enn vist i figuren for garanterte pensjonsnivåer over. Dette skyldes at samordningsfradraget for folketrygd som beskrevet over blir større enn om folketrygden ikke tas ut før 67 år.

|Dersom du ikke har særaldersgrense, men tar ut offentlig AFP, er det ikke tillatt å ta ut alderspensjon fra folketrygden samtidig.

Så er det som omtalt over mulig å kompensere for levealdersjusteringen ved å jobbe ut over 67 år. Utsatt uttak av pensjon gir høyere pensjon både fra folketrygd og offentlig tjenestepensjon. Tabellen over viser at de som er født i 1948 må jobbe i 5 måneder etter fylte 67 år for å kompensere for levealdersjusteringen. Venter de *lenger* enn 5 måneder vil folketrygdpensjonen bli høyere enn før levealdersjusteringen. Den offentlige tjenestepensjonen kan imidlertid ikke bli høyere enn at den sammen med alderspensjon fra folketrygden gir samme samlede pensjonsnivå som for pensjonsreformen. Derfor vil den ekstra folketrygdpensjonen de da får gå krone for krone til fradrag i tjenestepensjonen. Resultatet er at en stadig større andel av samlet pensjon vil komme fra folketrygden, men samlet pensjon vil ikke bli lavere enn før reformen.

Et eksempel kan illustrere hvordan dette regelverket slår ut i praksis. Anta at tannlege Jensen med full opptjening i offentlig tjenestepensjon født i 1948 har en sluttlønn på 800 000 kroner. Dette gir som omtalt over Jensen rett på en samlet pensjon på 528 000 kroner (66 prosent) før levealdersjustering og justering for uttaksalder. Anta videre at Jensens alderspensjon fra folketrygden er 320 000 kroner, også før levealdersjustering og justering for levealdersjustering.

Tabell 2 viser samlet pensjon og pensjon fra henholdsvis tjenestepensjon og folketrygd ved uttak i ulike aldre for Jensen. Tabellen viser at offentlig tje-

Tabell 2. Eksempel på effekt av utsatt uttak av pensjon

	Uttak fra 67 år	Uttak fra 67 år og 5 måneder	Uttak fra 70 år
Offentlig tjenestepensjon	202 900*	207 000	154 200
Folketrygd	312 200	321 000	373 800
Samlet pensjon (kroner)	515 100	528 000	528 000
Samlet pensjon (prosent av sluttlønn)	64,4%	66,0%	66,0%

* Den individuelle garantien vil gjelde for tannlege Jensen. Jensen vil dermed i realiteten få et tillegg til pensjonen som sikrer at samlet pensjon fra 67 år blir på 66% av sluttlønn.

nestepensjon vil øke frem til det er kompensert fullt ut for levealderjusteringen ved 67 år og 5 måneder, for deretter å bli lavere etter som folketrygd-pensjonen øker.

Nye regler for regulering

Frem til 2011 ble både offentlig AFP og alderspensjon fra offentlig tjenestepensjon under utbetaling regulert i takt med den generelle lønnsutviklingen

i samfunnet (veksten i G, som er grunnbeløpet i folketrygden). Etter pensjonsreformen reguleres pensjonene svakere, ved at de først reguleres med G-veksten og så fratrekkes 0,75 prosent.

Etter noen år vil dette gi en relativt betydelig svekkelse av pensjonene sammenliknet med om de gamle reglene hadde blitt beholdt. Dersom G-veksten er 4 prosent blir for eksempel årlig pensjon 10 år etter uttak 7,3 prosent lavere enn den ville blitt uten endret regulering.

Artiklene om pensjon er skrevet av Sissel Rødevand og Fredrik Haugen i Actecan, som Tannlegeforeningen også har en avtale om individuell pensjonsrådgivning med. Dette er den første i rekken.

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



True Definition Scanner



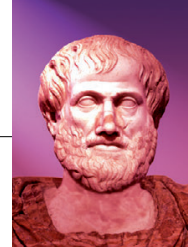
Bedre og enklere digitale avtrykk med unik presisjon

3M™ True Definition Scanner

Med 3M True Definition Scanner har du ditt digitale avtrykk under kontroll. Takket være den unike presisjonen kan antall feil reduseres og arbeidsprosedyren effektiviseres. Dessuten forenkles arbeidsflyten og samarbeidet med ditt laboratorium, og du får enkelt og raskt et pålitelig sluttresultat.

Avtrykk som er gjort med 3M True Definition Scanner viser en merkbar reduksjon i behovet for omgjøringer, og er nøyaktige også for de mest krevende indikasjoner som opptil 8-ledds broer, avtrykk av hele kjeven (kjeveortopedi) og implantatavtrykk. 99,7% av restaureringene som er laget med et digitalt avtrykk fra 3M True Definition Scanner passer nøyaktig og trenger ingen ekstra tilpasning.





Nettsider – hva ønsker vi å formidle?

TNTFs etiske regler under avsnittet, tannlegens forhold utad finner vi følgende regler:

§ 16 Praktisere under eget navn

Alle tannleger må praktisere under eget navn og skal oppgi sitt navn ved behandling, journalføring og korrespondanse. Det bør synliggjøres overfor pasientene at tannlegen er medlem av NTF.

§ 17 Markedsføring

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

Det har etterhvert blitt vanlig for tannleger og spesielt større praksiser å opprette en nettside. Dette er informasjon/markedsføring/reklame som vanligvis har til hensikt å trekke nye pasienter til praksisen.

Det kan sikkert diskuteres om §16 også omfatter en nettside, men det er overraskende mange som har nettsider

der navn på tannlege/behandler er helt fraværende. Ettersom nettstedet omtaler hva slags behandling som utføres, bør tannlegens navn stå på nettsiden.

Nettsiden er en form for annonsering, §17 sier da at denne ikke må inneholde noe som er uriktig eller villedende.

Her er et lite utvalg av utsagn man kan finne på nettsidene til NTFs medlemmer:

«Våre tannleger sørger for at du får en smertefri og prismessig hyggelig opplevelse.»

«Tannlegen har studert med de beste tannleger i verden over flere år.»

«Tannimplantater har mange fordeler sammenlignet med kroner og broer, det er en permanent løsning og varer normalt livet ut og trenger ingen justering etter innsetting.»

«Tannlegen har den beste og mest omfattende utdanning som finnes i faget. Du vil være garantert den best mulige løsningen for deg.»

«Implantat gir mindre belastning på tennene enn en bro.»

«Vi er spesielt utdannet og interessert i å reparere veldig dårlige tannsett.»

«Implantat har lengre holdbarhet enn broer.»

«Vi fokuserer på smertefri tannbehandling»

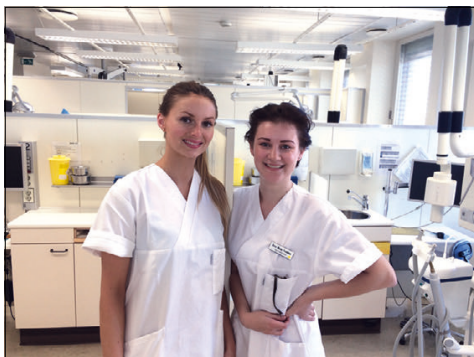
«I dag er det mulig å erstatte en hel kjeve med tannimplantater, hele prosessen kan utføres på en time.»

Her finnes det flere utsagn som er både uriktig og villedende. Etisk Råd får regelmessig henvendelser fra medlemmer som syns våre etiske regler bør overholdes bedre når vi markedsfører oss på nettet.

Norske tannleger ønsker å fremstå som seriøse, flinke og etiske. Etisk Råd oppfordrer derfor NTFs medlemmer om å gjennomgå sine nettsider vurdert opp mot §§ 16 og 17.

*Kirsten Halonen
NTFs råd for tannlegeetik*

Antibiotikaundersøkelsen 2015



Tannlegestudentene Andrea Eliassen Vogsland (t.v.) og Karen Wanda Fredriksen skriver masteroppgave om tannlegers forskrivning av antibiotika. Foto: Arnstein Larheim.

Tannlegestudentene Karen Wanda Fredriksen og Andrea Eliassen Vogsland ved Det Odontologiske Fakultet i Oslo trenger din hjelp:

«Vi skriver en masteroppgave der vi undersøker norske tannlegers kunnskap om og forskrivningsvaner av antibiotika. Resultatene skal sammenliknes med liknende studier utført i 1994 og 2004.

Antibiotikaresistens er et svært alvorlig globalt problem, og det er derfor viktig å kartlegge bruken av antibiotika, også innenfor tannhelsesektoren. Resultatene av undersøkelsen vil

kunne brukes som grunnlag for senere kurs innenfor temaet.

Vi er så heldige å få samarbeide med NTF. Spørreundersøkelsen ble sendt ut av NTF med link til undersøkelsen «Antibiotikaundersøkelsen 2015», i slutten av april. En påminnelse vil bli sendt ut i mai. Undersøkelsen er anonym, og alle som deltar vil være med i trekningen av gratis inngang til NTFs landsmøte i oktober 2015.

Vi setter stor pris på at så mange som mulig tar seg tid til å svare.»

TILBAKEBLIKK

1915

Viggo Andresen: Tandretning

I en bokanmeldelse av en bok av Viggo Andresen, utgitt før han kom til Oslo mens han fortsatt virket i København, skriver Sverre Glad blant annet følgende:

Den ikke meget rikholdige skandinaviske tandlægelitteratur er blit forøket med et nyt arbeide, og det paa det her i Skandinavien litet omskrevne felt – orthodontien. La det være sagt med en gang: Det var en glædelig forøkelse.

Visstnok indeholder boken intet væsentlig nyt og ukjent, men den er skrevet av en mand, der øiensynlig baade er godt inde i sit emne, og som omfatter sin specialitet med kjærlighet og forstaaelse. Den er et støtteskrift for den retning i orthodontien, som vel over hele verden er anerkjendt og fastslaat som fremtidens – Angels klassifikation og system.

Der er gjort mange gode tilføielser fra andre specialisters arbeider paa dette felt, og boken undgaar derved paa en heldig maate ensidighet

Mars-april 1915, 4de hefte

1965

Spørrekort til medlemmene

Av mange grunner og ved forskjellige anledninger er det nødvendig for sekretariatet å kjenne til i hvilke former det enkelte medlem til enhver tid utøver tannlegeyrket.

Med dette nummer av Tidende følger et spørrekort som bes innsendt til sekretariatet i utfylt stand. Svarene skal benyttes til ajourføring av forskjellige kartoteker, og det er av stor betydning at dette arbeidet kan bli gjort nøyaktig.

Vi ber hvert enkelt medlem hjelpe oss med dette ved snarest å returnere kortet og takker på forhånd for hjelpen.

Sekretariatet

April 1965, hefte 4

2005

Ny frist for Seierstadutvalgets rapport
Seierstadutvalget har søkt og fått utsettelse fra 1. mai til 15. juni med å levere sin rapport.

Utvalgets sekretær, Svein O. Lundevall, er gått over i nytt oppdrag, og kommer ikke til å arbeide med denne utredningen.

Utvalgets leder, Hans Seierstad, er for tiden og per 11. mars sykmeldt, og inntil videre er det fylkestannlegen i Troms og medlem av Seierstadutvalget, Endre Dingsør, som fungerer som leder av utvalget.

April 2005, nr. 5



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

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 . Henv. 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. Informasjon blir sendt medlemmene
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	SAED's møte. Se www.saed.no
11.–12. sept.	Oslo	Årsmøte i Praksiseierforeningen SPA. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henv. 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. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
21.–22. april. '16	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
3.–5. nov. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
9.–10. juni '17	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
25.–26. mai '18	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
24.–25. mai '19	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net

UTLANDET

21.–25. mai	Sestri Levante, Italia	NTFs utenlandskurs. Se www.tannlegeforeningen.no
3.–6. juni	London, UK	Europerio8. www.efp.org
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.fdiworldddental.org
12.–14. nov	Göteborg	Riksstämman och SveDental. Se www.tandlakarforbundet.se
27. nov.–2. des.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. www.gnydm.com
7.–10. sept. '16	Poznan, Polen	FDI. Se www.fdiworldddental.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

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

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

XP-endo

virkelig 3D-endo



Den første fila som renser hele kanalen, uansett anatomi.

www.technomedics.no/XP-endo

Am. Eagle

slipefrie instrumenter



Unike XP håndinstrumenter som ikke skal slipes.

www.technomedics.no/aexp

Enamel HRI

estetisk og enkelt



«Kloning» av emaljen. Oppbygning med én farge.

www.technomedics.no/hri



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Nordisk konference om sårbare børn

Helst skal man have en god barndom



Den 1. nordiske konference om sårbare børn og unge blev afholdt i Oslo i maj 2009. Konferencen fik stor opmærksomhed fra mange sider og har medført øget fokus på sårbare børn og unge i de nordiske lande.

Kari Storhaug afsluttede den 1. nordiske konference med at opfordre Danmark til at afholde den næste konference. Dansk Pæodontisk Selskab og De Offentlige Tandlæger i samarbejde har nu besluttet at gøre opfordringen til virkelighed.

Vi afholder i Danmark den anden nordiske konference om sårbare børn 28.-29. maj 2015 i København. Konferencen har fået titlen «Helst skal man have en god barndom».

Med konferencen vil vi gerne sætte fokus på børns liv, og hvad der sker, hvis man ikke får et godt børneliv. På konferencen stiller vi også skarpt på, hvad der er sket på området siden den første nordiske konference om sårbare børn, og hvad de nyeste undersøgelser viser. Med dette afsæt har vi sammensat to dages konference med inspirerende oplægsholdere fra norden og USA.

Fra Norge kommer bl.a. Klinikksjef, Specialist i pedodonti og universitetslektor Anne Rønneberg, der i sit oplæg, «Hvad er der sket i Norge siden konferansen «Hvorfor spør vi ikke?» i 2009? Hva har skjedd i Norge siden konferansen «Hvorfor spør vi ikke?» i 2009?», sætter fokus på tandplejens personales

rolle i mødet med børn, der har været udsat for fysisk mishandling.

Udvalgte højdepunkter fra konferencen:

* Utsatta barn och ungdomar i Sverige – hur syns de i tandvården? v. Therese Kvist, ST-tandläkare, Doktorand.

* Når overgrebene går verden rundt – om billeder af seksuelle overgreb på børn og unge. Kuno Sørensen, Autoriseret psykolog med specialluddannelse i psykoterapi

* Abusive head trauma and medical child abuse v. Carole Ann Jenny, MD, MBA, Professor of Pediatrics, Seattle Children's

* Er der sammenhæng mellem frygt og angst for tandbehandling og seksuelle overgreb i barndommen? v.

Vi glæder os til at byde alle vore nordiske kollegaer fra det odontologiske team velkommen til København i maj 2015.

Læs mere og tilmeld dig på www.doft.dk

Godt møde i Tidendes redaksjonsråd

Rett før påske var Tidendes redaksjonsråd samlet i Oslo til et møde med gode diskussioner om vitenskapelig publisering. Rådet teller ti medlemmer, som er ansatt ved de tre odontologiske lærestedene.

Venstre side forfra: Rådsmedlemmene: Jostein Grytten, Ulf Örtengren, Nils Oscarson og Nina Wang, Tidendes vitenskapelige redaktør Jørn A. Fridrich-Aas og ansvarlig redaktør Ellen Beate Dyvi.

Høyre side forfra: Vitenskapelig redaktør Nils Roar Gjerdet og rådsmedlemmene: Linda Z. Arvidsson, Morten Enersen, Marit Øilo, Ellen Berggreen, Sigbjørn Suk Løes og Anne Christine Johannessen.



Fødselsdager

90 år

Bodil Aanes, Drammen, 29. mai
Hogne Tjensvoll, Moss, 27. juni
Ingrid Gjendal, Hamar, 30. juni

85 år

Åse Lundegaard, Nøtterøy, 23. juni

80 år

Knut Erik Stavelie, Oslo, 28. mai
Anna-Halldis Gran, Sunndalsøra, 16. juni

75 år

Anders Kristoffersen, Molde, 27. mai
Thor Steen, Drammen, 30. mai
Oddvar Sørbye, Sarpsborg, 4. juni
Per Odin Asphaug, Oppdal, 5. juni
Steinar Lereim, Trondheim, 5. juni
Thor E. Tronesvold, Trondheim, 9. juni
Petter Falch, Drammen, 21. juni
Bjarte Grung, Asker, 23. juni

70 år

Odd Skaug Syvertsen, Arendal, 25. mai
Ingvald Karlsrud, Tyristrand, 4. juni
Ragnar Voss, Drøbak, 21. juni
Arne Ødegaard, Trondheim, 21. juni

60 år

Tor Arne Thomassen, Kjeller, 11. juni
Pål Hermansen, Oslo, 15. juni
Berit Frich Meling, Bønes, 25. juni
Øyvind Svendsen, Porsgrunn, 26. juni
Claes Thorbjørn Næsheim, Hamar, 28. juni

50 år

Jochen Palm, Steinkjer, 25. mai
Mahmoud Mirzaahmadian, Nesttun, 31. mai
Marie Marheim, Oslo, 1. juni
Hege Storjord Nilsen, Vesterøy, 11. juni
Margarita Sundal, Hegra, 21. juni
Per Morten Krogstie, Flisa, 22. juni
Kirsti Dyrstad, Spikkestad, 28. juni

40 år

Ellen Størby, Larvik, 27. mai
Lene Blindheim Ekanger, Bergen, 28. mai
Sigbjørn S. Løes, Nesttun, 30. mai
Alena Rahanskaya, Kolsås, 30. mai
Kjersti Abrahamsen Skuseth, Molde, 31. mai
Petter Hestnes, Mjøndalen, 2. juni
Maryam Mehdinia, Oslo, 3. juni
Kristian Lunde, Oslo, 4. juni
Justyna Knasiak, 12. juni
Andrzej Adam Pawlowski, Tau, 12. juni
Ewa Sawicki, Skien, 12. juni
Are Arnesen Moen, Bodø, 16. juni
Pia Selmer-Hansen, Gjøvik, 18. juni
Margareth Kristensen, Nesøya, 24. juni
Anne Gro Helgesen, Tynset, 26. juni

30 år

Kurdistan Mirza, Bergen, 24. mai
Theresa Pham, Oslo, 25. mai
Guri Høgenæs Bergesen, Norheimsund, 28. mai
Anja Dyrkolbotn, Bø, 30. mai
Shamaila Tabasam, Oslo, 30. mai
Vegard Tronstad, Kristiansand, 2. juni
Anneli Strand, Ottestad, 10. juni
Ola Hall, Oslo, 12. juni

Andrea Bergh Pettersen, Farsund, 12. juni
Minou Nirvani, Oslo, 14. juni
Zunera Riaz Butt, Hamar, 16. juni
Åsmund Haavik Ikdahl, Tromsø, 17. juni
Miriam Elisabeth Alstad-Valheim, Levanger, 20. juni
David Vatne, Bergen, 22. juni
Iselin Elise Husby Carlsen, Nesbru, 23. juni
Helene Starheimsæter, Nordfjordeid, 26. juni
Diana Badaru, Sunndalsøra, 30. juni

Fødselsdager

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

Valg til NTF 2015

Under årets representantskap skal det foretas valg til følgende organer innen NTF:

Hovedstyret

Til hovedstyret skal det velges president, visepresident og 5 medlemmer, foruten 3 varamedlemmer. Hovedstyret skal også ha en representant med vararepresentant fra det sentrale forhandlingsutvalg (SF) og fra det sentrale næringsutvalg (SNU). Disse skal velges av henholdsvis Lønns-politisk forum og Næringspolitisk forum, og valget skal godkjennes av representantskapet.

Ordfører og varaordfører

Til representantskapet skal det velges ordfører og varaordfører.

Fagnemnd

Til fagnemnden skal det velges leder, nestleder, 2 medlemmer og 2 varamedlemmer.

Redaksjonskomité

Til redaksjonskomité for NTFs Tidende skal det velges 3 medlemmer og 2 varamedlemmer.

Kontrollkomité

Til kontrollkomiteen skal det velges 3 medlemmer og 3 varamedlemmer.

NTFs råd for tannlegeetikk

Til NTFs råd for tannlegeetikk skal det velges leder, nestleder, 3 medlemmer og 3 varamedlemmer.

Den sentrale ankenemnd for klagesaker

Til ankenemnden skal det velges 3 medlemmer og 1 varamedlem.

Sykehjepsordningen for tannleger

Til styret for sykehjepsordningen skal det velges 3 medlemmer og 3 varamedlemmer.

Fond

Det skal velges 1 medlem til fagkomiteen for Norske tannlegers fond til tannlegevitenskapens fremme. Til Tannlegeundervisningens fond skal det velges 1 styremedlem og 1 varamedlem.

Valgkomité

Det skal velges en valgkomité på 5 medlemmer.

Valgordning

Valgene foretas i representantskapet. Alle medlemmer av NTF har rett til å sende forslag på kandidater, og kan sende disse direkte til valgkomiteen eller gjennom sin lokalforenings styre. Lokalforeningene blir tilskrevet direkte fra

valgkomiteen. De foreslåtte kandidatene skal være forespurt og ha akseptert at de tar imot valg.

Alle valg gjelder for to år fra nærmeste årsskifte, med unntak for Norske tannlegers fond til tannlegevitenskapens fremme hvor funksjonstiden er fire år.

Forslag til kandidater

Fortegnelse over NTFs tillitsvalgte finnes på NTFs nettsted. Tillitsvalgte som ikke ønsker gjenvalg, bes melde dette skriftlig til valgkomiteens leder innen 20. mai.

Forslag på medlemmer til valgkomiteen sendes representantskapets ordfører Trond Grindheim innen 15. juli på e-post: trgrindh@online.no

Eventuelt per post til adresse: Nordre Nattlandsfjellet 15, 5098 Bergen.

Alle andre forslag på kandidater bes sendt leder for valgkomiteen Marianne Gaarden innen 10. juni på e-post: marianne.gaarden@tromsfylke.no

Eventuelt per post til Marianne Gaarden, Prestegårdsbakken 2, 9060 Lyngseidet.

Etterutdanning for tannleger i sedasjon med lystgass og benzodiazepiner 2015

Det odontologiske fakultetet i Oslo inviterer tannleger til kurs i bruk av sedasjonsteknikker som er aktuelle i tannlegepraksis. Kurset fører frem til norsk lisens for bruk av lystgass, men det vil også bli lagt stor vekt på å gi deltagerne trygghet og erfaring i bruk av andre sedasjonsformer som kan benyttes i kraft av ordinær tannlegelicens.

Statens legemiddelverk arrangerte i november 2002 Terapiverksted med tittelen Benzodiazepiner for kontroll av angst og vegring ved tannbehandling, og utga i 2003 terapianbefalinger på basis av dette. Det vil bli lagt stor vekt på å formidle og utdype retningslinjene som dette dokumentet anbefaler.

Kursansvarlige

Professor Tiril Willumsen, Det odontologiske fakultet, UiO

Klinikkjef Anne Rønneberg, Det odontologiske fakultet, UiO

Tannpleier Johanne Bye, Det odontologiske fakultet, UiO

Professor Lasse Skoglund, Det odontologiske fakultet, UiO



Sted

Det odontologiske fakultet, UiO

Tid

Del 1: Uke 37 (7. – 11. september)

Del 2: 40 timer hospitering på anestesivdeling lokalt (må ordnes av den enkelte)

Del 3: Uke 50 (7. – 11. desember)

Eksamen 11. desember

Antall deltakere

Maks 9

Kursavgift

Kr 22 000

Søknad

Påmeldingen skal inneholde opplysninger om navn, adresse, utdanningsnivå og -år og nåværende stilling. Tannleger i Den offentlige tannhelse-tjenesten bør vedlegge godkjenning fra fylkestannlegen.

Påmeldingsfrist

2. juni

Kontaktperson

Johanne Bye, tlf. 22 85 22 62,
johanne.bye@odont.uio.no



Siste frist for å få NTFs jubileumsbok – helt gratis!

«Fra tannlegekunst til helseprofesjon» er tittelen på jubileumsboken som ble utgitt til NTFs 125-årsjubileum. Boken omhandler tiden fra NTFs stiftelse 15. oktober 1884 til jubileet i 2009, og er skrevet av Reidun Stenvik.

Vi har fortsatt noen bøker igjen på lager, og gir derfor alle medlemmer en siste sjanse til å skaffe seg et (ekstra?) eksemplar – **helt gratis!**

Alt du trenger å gjøre er å sende oss en e-post med navn og adresse til info@tannlegeforeningen.no – så kommer det en bok i posten.

FAGPRESSEN

Presseorganisasjonen for fagblader, tidsskrifter og magasiner

240 av
landets
ledende
blader
er med...



Det beste av mangfoldet!





Den norske
tannlegeforening

danskebank.no/tannlegeforeningen

Oppdag mulighetene dine med Danske Bank

Særdeles lav rente på boliglån. Svært gunstige betingelser på en rekke andre tjenester. Samme gode tilbud til samboer/ektefelle som til deg som medlem. Profesjonell rådgivning både til private og næringsdrivende. Og eget VIP telefonnummer; 05550.

Se fordelene og oppdag mulighetene på danskebank.no/tannlegeforeningen

Danske Bank



Du er garantert våre beste betingelser på forsikring

Magnus Wibe, Storebrand



Den norske tannlegeforening har sammen med Akademikerne forhandlet frem en spesialavtale for sine medlemmer på forsikring. Det betyr at du kan forsikre deg selv, din familie og dine eiendeler til ekstra gunstige betingelser. Du har også tilgang til et eget forsikringskontor, telefon 67 51 93 02, som hjelper deg med råd og spørsmål om dine forsikringer.

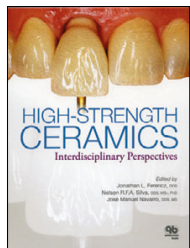
Du kan enkelt sjekke pris og bestille forsikringer på storebrand.no/tannlegeforeningen

 **storebrand**

Jonathan Ferencz, Nelson R.F.A., Silva og José Manuel Navarro, editors:

High-Strength Ceramics – Interdisciplinary Perspectives

orlaget Quintessence books har samlet



En gruppe forfattere som er ledere på hvert sitt felt og sammen har de laget en svært god, gjennomarbeidet og overraskende oppdatert lærebok for alle tannleger som driver med moderne odontologi. Den er trolig best egnet for ferdigutdannede tannleger og da spesielt tannleger med interesse for protektikk og de mulighetene som ligger i de keramisk materialene som er tilgjengelige i dag. Studenter og tannteknikere vil imidlertid også ha stor glede av boken, spesielt siden den presenterer det aller siste på forskningsfronten både innen materialutvikling og kliniske muligheter og klinisk forskning. Den viser også kasus som de norske lærersteder ikke har tilgang på i grunnutdanningen, men som kan dukke på kontoret innimellom.

Boken er delt inn i 13 rikt illustrerte kapitler som er satt sammen slik at den gir en logisk oppbygning av temaet om man ønsker å lese boka fra side 1 til side 284. Den kan imidlertid også godt benyttes som oppslagsverk om det er spesielle ting man lurer på eller ønsker å oppdatere seg på. Den begynner med grunnleggende kapitler om utfordringene ved utvikling og testing av keramer før den går over til kapitler om kliniske bruksområder og tanntekniske prosedyrer. Alle tenkelige bruksområder for dentale keramer, fra fasetter til implantater, er beskrevet i detalj med flotte illustrasjoner og steg for steg forklaringer for kliniske prosedyrer. Alle kapitlene er godt understøttet med vitenskapelig dokumentasjon og presentasjon av de siste nyvinninger innen feltet. Heldigvis er prepareringene som anbefales og vises i boken mye mindre invasive enn det man ofte ser i andre internasjonale lærebøker om dentale keramer.

Boken kan benyttes som utgangspunkt for kollegialt samarbeid med tanntekniker ettersom de tanntekniske prosedyrene ved de ulike terapivalgene er inkludert. Illustrasjonene vil også

egne seg for å vise til pasienter for å forklare ulike prosedyrer og muligheter.

Boken er skrevet på et relativt lettest engelsk, men det at kapitlene er skrevet av ulike forfattere gjør at språket varierer gjennom boken. Dette kan gjøre det litt forvirrende, spesielt ettersom de benytter litt ulik terminologi, benevnning og inndeling av keramene. Dersom man har noe forkunnskaper om dentale keramer eller leser de innledende kapitlene først, vil jeg tro at dette ikke oppleves som noe problem for de aller fleste. Ferske studenter vil nok streve litt mer med dette ved første gangs gjennomlesning.

Det eneste jeg ikke liker ved boken er at noen av bildene er digitalt laget om til «liksommalierier» på kapitelforsidene. Jeg synes de er vakrere i originalversjonen.

Marit Øilo

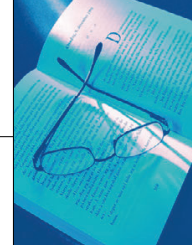
London: Quintessence Books; 2014. 296 pp; 734 illustrations. ISBN 978-0-86715-639-3, 9780867156393

■ Nye bøker og anmeldelser

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

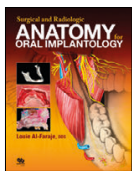
For å gjøre bokutgivelser kjent for Tidendes lesere, presenterer vi bøker, både odontologiske fagbøker og de som omhandler andre temaer, med en kort omtale basert på vaskeseddelen fra forlaget, under vignetten Nye bøker. Presentasjonen kommer på det språket boken er skrevet; det være seg norsk, svensk,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

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



Louie Al-Faraje

Surgical and Radiologic Anatomy for Oral Implantology



Forfatteren er tannlege i privat praksis i California. Han har startet og leder et ett-årig program (fellowship) i implantatbehandling. Siden 2001 har han hatt

mer enn 1000 tannleger i dette programmet. Det vil si over 70 tannleger per år i et ett-årig program. Hans målgruppe er tannleger som arbeider med implantatbehandling og dette skal være en lærebok i anatomi som inkluderer illustrasjoner, preparater, Cone-Beam-CT undersøkelser og noen intra-operative bilder av kirurgisk implantatbehandling. Boken er derfor sikkert obligatorisk lesning for de som deltar i fellowship-programmet. Man har en følelse av å ha sett mange av illustrasjonene før, men det skal være originaltegninger og de er gode.

Boken er del i 10 kapitler med store og gode fargeillustrasjoner. Den engelske teksten er dekkende for illustrasjonene. Kapitlene tar systematisk for seg kar- og nerveforsyning, muskler, mandibel og maxille. Disse kapitlene er lettfattelige og gir en god oversikt over hodet og halsens anatomi. I tillegg er det preparater fra seks avdøde som er gode illustrasjoner på relasjonene spesielt i forhold til sinus maxillaris, nesehule og processus alveolaris.

Boktittelen er noe voluminøs. Både kirurgisk og radiologisk i oral implantologi. Dette er meget omfattende og boken klarer derfor ikke å omhandle alle disse feltene like bra. Når det kommer til CBCT vurderinger i forhold til implantatbehandling, blir denne boken for overfladisk og enkel og de kirurgiske teknikkene som er vist gir heller ikke så stort læringsutbytte. Boken forsøker derfor å omhandle for mange temaer på en gang. De tre siste kapitlene tar da også for seg både hvordan

man skal foreta cricothyrotomi og venepunksjoner. Prosedyrer som jeg håper den vanlige tannlege ikke gjør i forbindelse med implantatbehandling.

Boken er meget lettlest og har gode illustrasjoner. Så den som ønsker en oversiktlig anatomibok er denne boken et godt valg. Imidlertid forsøker forfatteren denne gangen også (et år siden forrige gang jeg anmeldte en bok fra samme forfatter) å inkludere for mange aspekter i samme bok. Man bør lese egne bøker både om kirurgiske teknikker og CBCT. Men med disse reservasjonene anbefaler jeg denne boken som et oppslagsverk i hodets og delvis halsens anatomi

Tore Bjørnland

Hanover Park, IL: Quintessence publishing; 2013. 250 sider, rikt illustrert. ISBN: 978-0-86715-574-7

Alle vitenskapelige artikler i Tidende er
indeksert i Swemed +
<http://svemedplus.kib.ki.se>

NY CROSS ACTION®



powered by BRAUN



Anbefalt av Norsk Tannpleierforening

VÅR MEST AVANSERTE BØRSTE HITTIL.

PERFEKT VINKLET

FOR EN

MEGET GOD

RENGJØRING*

16°
vinkel

ORAL-B® PRO 6000 MED CROSS ACTION®
EN NY MILEPEL INNEN BØRSTETEKNOLOGI

Perfekt vinklede børstestrå med forskjellig lengde gir 22 % bedre fjerning av plakk og 35 % mindre gingival blødning.†

*sammenlignet med en vanlig manuell tannbørste og Sonicare® DiamondClean®

†sammenlignet med Sonicare DiamondClean etter 6 ukers bruk.

Sonicare DiamondClean er et registrert varemerke hos Philips Oral Healthcare Inc.

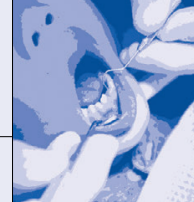


ORAL-B® ELEKTRISKE TANNBØRSTER

GENTLE. EFFECTIVE. THOROUGH.

Fortsatt god tannpleie etter besøket hos deg





■ SPESIALISTER

■ ENDODONTI

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Dr.odont. Gilberto Debelian
Tannlege Randi Dahl Espeland
Tannlege Anne-Grethe G. Tronstad
Tannlege Trude Udnæs
Tannlege Stig Heistein
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Tannlege Kjersti Asbjørnsen

Også lystgass.
Åsenveien 1
1400 Ski
Tlf. 64 87 28 15
Faks 64 86 52 66

Tannlegene Jan Boiesen og Sølve Larsen, Tannlege Hilde M. Aanmoen

Brogata 10c
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 81 28 03
Faks 63 81 13 35
boiesen@online.no

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Skedsmogt. 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 33 66

Tannlege Arash Sanjabi

Tannhelsesenteret Lørenskog AS
Skårersletta 10
1473 Lørenskog
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70
Faks 67 91 72 01

Tannlege Johan Ulstad

Brynsveien 104
1352 Kolsås
Tlf. 67 13 69 93
Faks 67 13 22 11

Tannlege Berit Aanerød

Vestbytorget Møllev. 4
1540 Vestby
Tlf./faks 64 95 16 40
Jobber også her:
Torget 1
3256 Larvik
Tlf. 33 18 44 24

AUST-AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman

Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37025533
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As

Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32899860
Faks 32899861
Tar i mot funksjonshemmede

Tannlege Unni Endal

Smerteutreding
Endodontisk kirurgi
Resorbsjoner
Drammen Tannlegesenter

Besøksadresse:

Øvre Torggate 10
3017 Drammen

Postadresse:

Postboks 316, Bragernes
3001 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.no
www.drammen-tannlegesenter.no

Tannlege, Dr.odont Isabelle Portenier

Drammen Tannlegesenter AS
Øvre Torggate 10
Postboks 316
3001 DRAMMEN
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.no
www.drammen-tannlegesenter.no

Spes.endo. Arash Sanjabi

Også behandling i narkose/sedasjon
Bergstien tannlegesenter as
Bergstien 64
3016 Drammen
Kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283 8000)
Faks 3283 8820
tannlegen@tannlegen.nhn.no
www.tannlegen.com

HEDMARK

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Torggt. 83
2317 Hamar
Tlf. 62 52 65 22

HORDALAND

Tannlege Hege Hekland

Tannlege Hekland AS
Starvhusgt 2A
5014 Bergen
Tlf. 55 31 73 61

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk

Tannlege Tim Lehmann
Keiser Wilhelmsgt. 25
P.b. 605, 6001 ÅLESUND
Tlf: 70 10 46 70
tim@apollonia.no

Tannlege Marianne Kleivmyr

President Christies gate 19
6509 Kristiansund
Tlf 71 67 27 47
Spesialist i endodonti

OPPLAND

Tannlege Veslemøy Linde

Ola Dahls gt. 14
2670 OTTA.
Tlf. 61 23 11 36
Faks 61 23 11 88
post@tannlegen.org
Mjøstannlegene
Trondheimsvn. 8
2821 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 25

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege Stig Heistein'
sh@tannmedisin.no
Trondheimsveien 275
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

Endodontisenteret Homansbyen

Tannlegesenter As

Oscarsgate 20
0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no post@htls.nhn.no

Tannlege Nina Wiencke Gerner

Tannlege Arash Sanjabi

Tannlege Hilde M. Aanmoen

Tannlege Dr. odont Pia Titterud Sunde

Mulighet for sedasjonsbehandling ved
anestesilege Nina Solheim

Festningen tannklinikk AS

Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold, Knut Årving og Cecilie Herbjørnsen

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusstann.no

Galleri Oslo Klinikken

Tannlegene Arne Loven og Dr. odont

Pia Titterud Sunde

Schweigaardsgate 6
0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 30
Faks 22 36 76 01
E-post: loven.as@online.no
post@gallerioslokliv.no

Grefsen Tannlegepraksis AS

Tannlege Nicolai Orsteen
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
e-post: post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo

Thomas Myrhaug

Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.nhn.no

Stovner Tannlegesenter DA

Tannlege Thomas H. Myrhaug
Stovner Senter 7
0985 Oslo
Tlf. 22 78 96 00
Faks 22 78 96 01

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13

Tannlege Marius Bunes
Tannlegesenteret Bergrådveien 13
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Fax 22 23 02 88
E-post: post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Tannlege Elham Al-Toma

Tannestetisk Senter AS

Bygdøy Allé 5
0257 Oslo
Tel: 22 44 15 35
Faks: 22 44 30 50

Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby

Akersgt. 16
0158 Oslo
Tlf. 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87

Tannlege Ingela Pedersen

Drammensveien 126
0277 Oslo
Tlf. 22 55 41 79
Faks 22 55 41 85

Tannlege Lene Thestrup Rikvold

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
e-post:
firmapost@raadhusstann.no

Tannlege Homan Zandi

Tannlege Andre Roushan
Tannlege Trude Bøe
Spesialister i endodonti
Parkveien 60
0254 Oslo
Telefon: 22 44 18 11
Faks: 22 44 18 12
www.homan.no
homan@zandi.no

ROGALAND

Tannlege Ole Henrik Nag

Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 52 12 23
E-mail: ole.nag@lyse.net

Tannlege Elisabeth Samuelsen

Rogaland Spesialisttannklinikk
Tastagaten 30-32
4007 Stavanger
Tlf. 51 53 72 50
Faks 51 53 72 51
elisabeth.samuelsen@throg.no

TELEMARK

Tannlege Anders Otterstad

Storgaten 118b
3900 Porsgrunn
Tlf. 35 55 03 74
Faks 35 55 51 05
anders@tannlege-otterstad.no

Tannlege Robert Austheim

Tannklinikken Skien
Telemarksvn. 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 20

TROMS

Tannlege Anne Kjæreng

Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

VEST-AGDER

Tannlege Cesar Ariastam

Nordmo Tannlegesenter
Industrigata 4
PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Fax 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no

Tannlege Karl Martin Loga

Farsund Tannlegesenter
Barbrosgt. 13
4550 Farsund
Tlf. 38 39 06 80
Faks 38 39 45 04

Tannlege Claus Ungerechts

Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
Faks 38 26 06 11
clunge@online.no

VESTFOLD

Tannlege Ruth Kristin Gran
Farmand Endo AS
Farmandstredet
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82
Faks 33 37 82 81

ØSTFOLD

Tannlege Harald Prestegaard
Kirkegt. 63
Boks 53
1701 Sarpsborg
Tlf. 69 16 00 00
hara-pr@online.no

Tannlege Bente Wiig
Heyden Tannhelsesenter
Dronningensg. 19
1530 Moss
Tlf. 69 24 19 50
Faks 69 24 19 51

■ KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

OSLO

Festningen tannklinikk AS
Tannlege Ulf Riis
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikken.no
firmapost@raadhusstann.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13
Tannlege Stein Johannessen
Tannlegesenteret
Bergrådveien 13
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
E-post: post@tannlegesenteret.no

SpesDent
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Stein Johannessen
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.nhn.no

ØSTFOLD

Tannlege Bjørn Mork-Knutsen
Dyrendal tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13c
1778 Halden
Tlf. 69 21 10 60
Faks 69 21 10 61
bamse@tannlegene.no

■ KJEVEORTOPEDI

AKERSHUS

Asker Tannregulering
David Weichbrodt
Torvveien 7
1383 Asker
Telefon 66 90 20 20
Faks 66 90 20 19
info@askertannregulering.no
www.askertannregulering.no

Dag Kjellands Tannklinikk AS
Tannlege Dag Kjelland
Storgt. 12, Jessheim Storsenter
2050 Jessheim
Tlf. 63 98 39 10
Faks 63 98 39 20
post@dagkjelland.no
www.dagkjelland.no

Grefsen Tannlegepraksis AS
Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Tannlegene Hassan Zarbakhsh Movahhed og Siv Myrlund
Sandvika Reguleringsklinik
Rådmann Halmrasts vei 4
1337 Sandvika
Tlf. 67 54 02 25
Faks 67 54 02 45
www.sandvikatann.no
post@sandvikatann.no

SpesDent Romerike
Tannlege Marianne Jentoft
Stuge(også skjult tannregulering for voksne)
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
kontakt@spesdentromerike.no

AUST-ÅGDER

Tannlege Axel Bergman
Spesialist i Kjeveortopedi
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37025533
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
Tannlege, Dr.odont Nils Jørgen Selliset
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
nils.jorgen@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

Bjerke Tannmedisin as
Tannlege Lise Nyøygard
Trondheimsveien 275
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
post@tannmedisin.no

Grefsen Tannlegepraksis AS
Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Kjeveortopedene på Trosterud Ingunn Berteig og Anne Fjeld
Dr. Dedichens vei 82
0675 Oslo
Tlf. 22 81 30 30
post@berteigogfjeld.nhn.no
www.berteigogfjeld.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13
Tannlege, dr.odont. Kari Birkeland
Tannlegesenteret
Bergrådveien 13
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Tullinløkka Tannlegesenter
Tannlege, spes. Kjeveortopedi Kristin
Aanderud-Larsen
Kristian Augustsgt. 19
0164 Oslo
Tlf. 22 20 21 34
Faks 22 20 21 01
post@tullinlokka-tannlegesenter.no
www.tullinlokka-tannlegesenter.no

Tannlege Svein Høimyr
Akersgata 36
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02

Tannlege Bjørn Høyer-Andreassen
Colosseumklinikken avd. Majorstua
Sørkedalsvn. 10 c
0360 Oslo
Tlf. 23 36 67 40
hoyer@colosseum.no

Tannlege Kim Christian Johansen
Rommen Tannhelse
Nedre Rommen 5 C
0988 Oslo
Tlf. 22 21 02 93/22 21 29 19
Faks 22 21 00 24

Tannlege Tom Kjellstrøm
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf. 22 55 15 97
Faks 22 55 70 98

Kjeveortoped Magnhild Lerstøl
Sørkedalsveien 90 B
0787 OSLO
Tlf. 22 52 24 00
magnhild@reguleringstannlegen.no

**Tannlegene Hassan Zarbakhsh
Movahhed og Siv Myrland**
Oslo Tannregulering
Linderud Senter
Erich Mogensøns vei 38
Postboks 14 Linderud
0517 Oslo
Tlf. 22 88 36 00
Mobil 48 04 51 17
www.oslo-tannregulering.no
post@oslo-tannregulering.no

Tannlege Margaretha C. Rolsdorff
Tannbuen
Hegdehaugsveien 24
0352 Oslo
Tlf. 22 46 00 52
Faks 22 46 00 53
kontakt@tannbuen.no www.tann-
buen.no

VESTFOLD

Sandefjord Tannregulering
Kjeveortoped Geir Bjørnum Kristiansen
Aagaards Plass 5
3211 SANDEFJORD
Tlf. 33 46 34 40
post@sandefjordtannregulering.no
www.sandefjordtannregulering.no

■ ORAL KIRURGI OG ORAL MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AKERSHUS

Bærum private praksis
Spesialistpraksis i oral kirurgi og oral
medisin
Kjevekirurgi
Implantatbehandling
Snorkbehandling
Øre-nese- halsbehandling

Tannlege Fredrik Lindberg

DDS Lege Robby Roarsen MD
Sandvika storsenter, helsetorget. 5etg
nye delen.
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika
Tel: 40 10 53 00
www.barumsprivatepraksis.no

Løkketangen Tannlegesenter
Oral kirurgi og implantologi
Dosent Gøran Widmark
Løkketangen 12 a1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Fax: 67 52 16 05
post@wangestad.no
www.lokketangen-tannlegesenter.no

Oralkirurg Karl Iver Hanvold
Lysaker Torg 5
1366 LYSAKER
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01
post@dentaes.no
www.dentaes.no
Åpningstider: Mandag – onsdag 08:
00–20: 00
Torsdag og fredag 08: 00–16: 00

AUST-AGDER

Arendal Tannlegesenter
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oralkirurg Ove Busch
Vestregate 14, 4838 Arendal
Tlf. 37 02 14 00 Fak 37 02 88 61
post@arendaltannlegesenter.no

Lasse A. Skoglund
Spesialist i oral kirurgi og oral medi-
sin,
Dr.Sci.c/o Tannlege Ellen Christine
Vigen AS
Risør tannlegesenter
Tlf. 37 15 06 20

BUSKERUD

Bergstien tannlegesenter as

**Spes.oral kirurgi og oral medisin Erik
Bie**
Oral kirurgi og implantatkirurgi, oral
medisinsk utredning
Også behandling i narkose/sedasjon
Bergstien 64, 3016 Drammen
kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283
8000)
Faks 3283 8820
www.tannlegen.com
tannlegen@tannlegen.nhn.no

Tannlegene Brennhovd

Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
anders@tannlegene-brennhovd.no

Dr. Odont Shelley K. Godtfredsen
FDS Royal College of Surgeons (Lon-
don)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Drammen Tannlegesenter
Øvre Torggate 10, Postboks 316
3001 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.no

Tannlege Bjarte Grung

Oralkirurg Implantatbehandling
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas pl. 6
3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50/Faks 32 27 67 59
bjarte.grung@drammenoral-
kirurgi.no
www.drammenok.no

Tannlege Heming Olsen-Bergem

Oralkirurg
Implantatkirurgi
Tannlegene Sydow&Mo a/s
Torgeir Vraa's plass 4, 3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54/Faks 32 83 09 49
post@tannlegesydow-mo.no

Tannlege Wit Kolodziej
spesialist i oralkirurgi og oralmedisin
Implantatkirurgi også behandling
i sedasjon praksis
v/Globus Tannhelse
Torgeir Vraas Plass 2
3044 Drammen
tel. 32200040/fax: 32200047
wit.kolodziej@gmail.com
www.vit-tannklinikk.no

HEDMARK

Oralkirurgene Kjølle & Ninkov AS
Tannlege Petar Ninkov
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Torggata 83, 2317 Hamar
Tlf. 62 53 46 06
kir@spestorg.nhn.no

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
Tannlege Paula Frid, spesialist i oral
kirurgi og oral medisin
**Tannlege Dr. Odont, spesialist i oral
kirurgi Lado Lako Loro**
PB 605, 6001 Ålesund
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no

Brosundet Tannklinikk AS
Postboks 606 Sentrum
6001 Ålesund
Besøksadresse: Notenesgata 3
Telefon: 70 10 70 80/Faks: 70 10 70 81
www.brotann.no
post@oralkirurg.no

Tannlege Fredrik Ahlgren
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, MSc Implant Dent.
Sentrum Tannhelse
Konsul Knudtzons gate 8
6508 Kristiansund N
Telefon 71 67 25 00
http://www.sentrumtannhelse.no
post@sentrumtannhelse.nhn.no

NORDLAND

Tanntorget Svolvær

**Spes. oralkirurgi og oral med. Cecilie
Gjerde**
Torget 1, 8300 Svolvær
Tlf. 76 06 67 90/Faks 76 06 67 91
tanntorget@yahoo.no

Tannlege Roar Karstensen
Oralkirurg
Implantatbehandling
Storgt. 1b, 8006 Bodø
Tlf. 75 50 65 10
rokarste@online.no

OPPLAND

Kjevekirurg Jan Mangersnes

Mjøstannlegene Gjøvik AS
Trondhjemsveien 8
2821 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 10/Faks 61 13 08 26
Mobil 91 39 76 09
jan.mangersnes@kjeve-kirurg.no

OSLO

Bygdøy Allé Tannestetiske Senter AS
Implantatkirurgi, kjevekirurgi, ben-
transplantasjoner
Narkose hvis ønskelig.
Dr. Hans Erik Høgevold, dr.med., spes.
kjevekirurgi, generell kirurgi.
Telefon 22 44 15 35
henvisning@tannleger.com
www.tannleger.com

Festningen tannklinikk AS
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
**Spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael Mar-
ques da Silva**
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 91 02 90
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusmann.no

Galleri Oslo Klinikken
Tnl. Dr. odont Andreas Karatsaidis
Oral kirurgi & oral medisin
Implantatkirurgi
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 50
Faks 22 36 76 01
post@galleriosloklipnikken.no
www.galleriosloklipnikken.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg
i kjeller.

KIRURGIKLINIKKEN
Alt innen oral- og kjevekirurgi
Frode Øye, spes. oral kirurg
Helge Risheim, spes. oral og maxillo-
facial kirurgi
Kjetil Misje, spes. oral kirurgi
Bent Gerner, spes. protetikk.
Implantatprotetikk.
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Oralkirurgisk klinikk AS
Spesialistklinikk – Implantatbehand-
ling
**Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn
Nilsen**
**Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna
Berstad, Spes. oral kirurgi Erik Bie**
Sørkedalsvn 10 A
0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
Faks: 23 19 61 91
post@oralkirurgisk.no
www.oralkirurgisk.no

SpesDent
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien
31
0352 Oslo
,
Oral kirurgi/implantatbehandling
Tannleger MNTF
Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Stuge
Petter O. Lind
Marianne Tingberg
Hauk Øyri
Tlf. 22 95 51 03
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.nhn.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13
Overlege, spesialist i kjevekirurgi Olav
Anders Olstad,
Tannlege, spesialist i oral kirurgi og
oral medisin Seong Hwan Jeon
Tannlegesenteret Bergrådveien 13
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Tannlege Zina Kristiansen
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oral kirurgi. Implantatkirurgi
Oralmedisinsk utredning
Parkveien 60, 0254 Oslo
Tlf. 22 44 29 00/22 55 60 22

Tannlege Gholam Soltani
Spesialist oral kirurgi
Oral kirurgi og implantatbehandling
Chr. Kroghsg. 2, 0186 Oslo.
Tlf. 22 17 65 66

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Dr. Peter Schleier
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling
Attila Csillik
spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Luramyerveien 12
4313 SANDNES
Tlf : 51 96 99 99
Faks: 51 96 99 98
post@forustann.no
www.forustann.no

Roshi Frafjord
Spesialist i oral kirurgi og medisin
Implantatkirurgi
Sola Tannlegesenter
Solakrossen 14
4050 Sola
Tlf. 51 21 68 00
post@solatann.nhn.no
www.solatann.no

SØR-TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Oral kirurgi og implantologi
Oral Kirurg Murwan Idris
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks. 73 56 88 01
post@bakkettannlegekontor

SANDEN TANNHELSE
Oralkirurg Thomas R. Klimowicz
Implantatbehandling og henvisninger
innen oralkirurgi
Kongens gate 60
7012 Trondheim
Tlf. 73 52 71 73/Faks 73 50 41 97
post@sandentannhelse.no
www.sandentannhelse.no

Tannlegene i Munkegaten 9, Oral kirurg Lars Zetterqvist
7013 Trondheim
Telefon 73 80 67 60

Tannlege Fredrik Ahlgren
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
MSc Implant Dent.
Tannklinikken Dent AS
Gjølvangveita 9
7010 Trondheim
Telefon 73 80 55 10
www.dent.as firmapost@dent.as

Tannlege og lege Bjørn-K. Brevik
Implantatkirurgi
Kjevekirurgi
Tannlegene på Solsiden
Trenerysg. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80/Faks 73 80 78 81
bkbrevik@medident.no

Oralkirurg Laszlo Kalmar
Kongensgate 49
7012 Trondheim
Tlf. 73 53 45 45/Faks 73 53 45 43
post@trondheim-tannhelsesenter.no

TELEMARK

Skien Oralkirurgiske Klinik AS
Oralkirurg Anne Aasen Gjørsum
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Postboks 3114, 3707 Skien
Besøksadresse: Telemarksveien 12, 3
etg, 3724 Skien
Tlf. 35 54 43 70
mail: post@sokas.no

Oralkirurg Michael Thomas Unger og Eva Sawicki-Vladimirov
Oral kirurgi og Implantologi
Skien Tannklinik/Oralkirurgisk avdeling
Telemarksveien 170
3734 Skien
Tlf. 35583975
Faks 35583921

TROMS

ABA tannlegene
ved spes.oralkirurgi og oral medisin
+(implantatkirurgi/kjeveleddsprobl.)
Bernt Arne Rønbeck
(www.abatannlegene.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset, Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

Byporten Tannklinik

Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinik.no
www.byportentannklinik.no
Tlf. 77 67 31 00

VEST-AGDER

Tannlege Bård Alvsaker
Oralkirurg, Implantologi
Industrigt. 4
Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattenner.no

Tannlege Katja Franke
Oralkirurgi
Implantologi
Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
Faks 38 26 06 11
dr.katjafranke@online.no

VESTFOLD

Tønsberg Oralkirurgisk Klinik AS
Spesialistpraksis i oral kirurgi & oral medisin
Implantatbehandling
Tannlege MSc Eivind Andersen
Tannlege Dr Odont Rafael M da Silva
Tannlege Dr Odont Gudmundur Björnsson
Tannlege Dag Tvedt
Farmandstredet
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82 Faks 33 37 82 81
tonsbergoralkirurgi@gmail.com

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen
Kjevekirurgi
Implantologi
Storgaten 33
3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
bjhan3@online.no

ØSTFOLD

Tannlege, dr.odont. Anders Heyden
Oralkirurg
Implantologi
Heyden Tannhelsesenter
Dronningensgt 19, 1530 Moss
Tlf. 69 24 19 50/Faks 69 24 19 51

**Tannlege, spes. oral kirugi Ph.D.
Rafael Marques da Silva**
Varna Tannlegesenter
Varnaveien 35, 1526 Moss
Tlf: 69 26 49 00
Faks: 69 26 49 01

■ ORAL PROTETIKK

AKERSHUS

Tannlege Knut Erik Eide
Implantatprotetikk
Skedsmogaten 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Fridrich–Aas
Implantatprotetikk
Skedsmogaten 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege Helge Lysne
Implantatprotetikk
Sentrumsveien 4,
1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50
hlysne@online.no

Tannlege Tor Skjetne
Implantatprotetikk
Mathias Skyttersvei 47
1482 Nittedal
Tlf. 67 06 90 99
Faks 67 06 90 98

BUSKERUD

Tannlege Ph.D. Carl Hjortsjö
Implantatprotetikk
Tannlegene Sydow&Mo a/s
Torgeir Vraa's plass 4, 3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
Faks: 32 83 09 49
post@tannlegesydow-mo.no

Tannlege Arild Mo
Implantatprotetikk
Tannlegene Sydow & Mo a/s
Torgeir Vraa's plass 4
3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
Faks: 32 83 09 49
post@tannlegesydow-mo.no

HEDMARK

TAMIM Tannklinikk
Spes. i oral protetikk Hazem Tamim
Basarne 2. etg.
Lille Strandgate 3
2317 Hamar
Tlf. 62 52 67 06
tamimklinikk@gmail.com
www.tamimtannklinikk.no

Tannlege Eva Gunler
Implantatprotetikk
Tannlegene i Hippegården
Storgt 111, Pb 110, 2390 Moelv
Tlf. 62367301

Tannlege Geir Oddvar Eide
Implantatprotetikk
Tannlegene i kvartal 48
Torggt. 44, 2317 Hamar
Tlf. 62 52 30 73
Faks 62 52 24 49

HORDALAND

Tannlege Sverre Eldrup
Implantatprotetikk
Broegelmanhuset tannhelsesenter
Strandgt. 5, 5013 Bergen
Tlf. 55 90 02 30
Faks 55 90 02 32

Tannlege Harald Gjengedal
Implantatprotetikk
OK Klinikken
Halfdan Kjerulfs gate 4
5017 Bergen
Tlf. 55 55 06 00
Faks: 55 55 06 01
harald.gjengedal@iko.uib.no

Tannlege Christine Jonsgar
Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast- og avtag-
bar protetikk, implantatprotetikk,
rehabilitering, snorkeskiner og este-
tisk behandling
Kanalveien 64, 3 etg., 5068 Bergen
Tlf: 55550600
christine.jonsgar@ok.uib.no
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

Tannlege Marit Morvik
Implantatprotetikk
Bergen Nord tannhelsesenter
Åsamyrene 90, 5116 Ulset
Tlf. 55 39 50 80
Faks 55 39 50 81
Marit.morvik@bgn-tannhelse.no
www.bgn-tannhelse.no

Tannlege Kyrre Teigen
Askøy Tannlegesenter
Spesialist i oral protetikk Implantat-
protetikk og –kirugi
Juvikflaten 14a
5308 Kleppstø
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333
Tilkomst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk Tannlege,
Dr. odont. Ingvar Ericsson**
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Geir Kristiansen
Implantatprotetikk
Notenesgata 3
Postboks 606
6001 Ålesund
Tlf. 70 10 70 80 – Faks 70 10 70 81
geir@brotann.no

NORDLAND

Tannlege Are A. Moen AS
Spesialist i oral protetikk
Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
tannlege@snehvit.com
www.snehvit.com

OPPLAND

Tannlege Pia Selmer–Hansen
Spesialist i oral protetikk
Raufoss Tannlegesenter
Storgata 13
2830 Raufoss
Tlf. 61 15 97 00
pia@raufosstannlegesenter.no
www.raufosstannlegesenter.no

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege, dr.odont. Hans Jacob Rønold
Implantatprotetikk
hjr@tannmedisin.no

Tannlege Roy Samuelsson

Implantatprotetikk
E-post: rs@tannmedisin.no
Trondheimsveien 275
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Oral kirurgi
Tannlege Henrik Skjerven
Implantatbehandling
Tannlege Knut Øverberg
Implantatbehandling
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.nhn.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13

Tannlege Sven A. Støvne
Tannlegesenteret, Bergrådveien 13
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Professor, dr.odont. Jan Eirik Ellingsen

Implantatprotetikk
Klingenberggaten 5, Pb. 1887 Vika
0124 Oslo
Tlf. 22 83 70 75
Faks 22 83 74 41
janee@odont.uio.no

Tannlege Bent Thv Gerner

Implantatprotetikk
Homansbyen Tannlegesenter As
Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no

Tannlege Elisabet Henderson

Implantologi, Porslensfasader, Kombi-
nasjonsprotetikk, Snorkeskinner
Slottsparkentannklinik as
Parkveien 62, 0254 Oslo
Tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinik.no
www.slottsparkenklinik.no

Tannlege Knut-Erik Jacobsen

Implantatprotetikk
Ekebergveien 237, 1166 Oslo
Tlf. 22 28 80 01
Faks 22 28 33 34

Tannlege Anne Kalvik

Implantatprotetikk
Ekebergveien 228c, 1162 Oslo
Tlf. 22 28 25 58
Faks 22 28 25 59
akalvik@odont.uio.no

Tannlege, dr.odont. Erik Saxegaard

Implantatprotetikk
Kongsveien 91, 1177 Oslo
Tlf./faks 22 28 84 17

Professor, dr.odont. Sonni Mette Wåler

Implantatprotetikk
Odontologisk fakultet
Geitemyrsveien 71, 0455 Oslo
Tlf. 22 85 20 89
smw@odont.uio.no

ROGALAND

TkVest/Rogaland

Rogaland spesialisttannklinik
Tannlege Inken Reichhelm
Tannlege Marika Hæreid
Tannlege Lena Johansen
Implantatprotetikk/spesialist i oral
protetikk
Tastagaten 30/32, 4007 Stavanger
Tlf. 51 53 72 50 Faks 51 53 72 51
www.tkvest.no/tkvest spesialisttann-
klinikken@throg.no

Tannlege Erland Eggum

Implantatprotetikk/spes oral protetikk
Sola tannlegesenter Solakrossen 14
4050 Sola
Tlf. 51 21 68 00
post@solatann.nhn.no
www.solatann.no

Tannlege Hamid Hosseini AS

Spesialist i oral protetikk
Sølvberggt. 16, 4006 Stavanger
Tlf. 51 89 60 88
seyed@hotmail.com

Tannlege Hannu Larsen

Spes oral protetikk
Tannklinikken Larsen og Bøe
Implantatbehandling
Løkkeveien 51, 4008 Stavanger
Tlf. 51 53 13 00
post@tannlegelarsenogboe.no
www.tannlegelarsenogboe.no

SØR-TRØNDELAG

Tannlege Eva Børstad

Implantatprotetikk
Tannlegene på Solsiden
Trenerys gate 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
Faks 73 80 78 81
eva@tannlegenepaasolsiden.no

Tannlege Bodil Norgaard

Implantatprotetikk
Nordre Tannhelse
Nordre gt. 12
7011 Trondheim
Tlf. 73 84 13 20
Faks: 73 84 13 29
bodil@nordretannhelse.no

TROMS

Tannlege Carl Fredrik Haseid

Grønnegata tannlegesenter
Grønnegata 32, Postboks 1142
9261 Tromsø
Tlf. 77 75 30 30
carlfredrik@grønnegata.no

Tannlege Hans Are Ovanger

Implantatprotetikk
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
hans.are@tannlegespesialistene.no

VEST-AGDER

Tannlege Karl Martin Loga

Implantatprotetikk
Farsund Tannlegesenter
Barbrosg. 13, 4550 Farsund
Tlf. 38 39 06 80
Faks 38 39 45 04

Tannlege Jon Nordmo

Implantatprotetikk
Industrigata 4
Postboks 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattenner.no

VESTFOLD

Tannlege Anders Kamfjord

Implantatprotetikk
Thor Dahls. 1–3–5
3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 52 18
Faks 33 46 19 88

ØSTFOLD

Tannlege Rune Hamborg

Implantologi
Søndre Mysens vei 2e, 1850 Mysen
Tlf. 69 89 16 21

Tannlege Kai B. Hannestad AS

Implantatprotetikk
Fredrikstad private tannhelsesenter
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad
c/o Heyden tannhelsesenter
Dronningensgate 19, 1530 Moss
Tlf: 69 36 88 00
www.ftann.no

Tannlege, spesialist i protetik Sigurd Schneider

Kransen 16, 1531 Moss
Tlf. 69 25 19 82
Varnaveien 35, 1523 Moss
Tlf. 69 26 49 00

Tannlege Rune Sollin

Implantatprotetikk
Gudesgt 1, 1530 Moss
Tlf. 69 25 11 45
Faks: 69 25 11 50

■ PERIODONTI

AKERSHUS

Tannlege Ph.D. Morten Enersen

Kirkevn. 230, 1383 Asker
Tlf. 66 90 01 26
Mobil: 481 105 46
moenerse@online.no
www.tannlege-enersen.no

Tannlege Marie Fjærtøft Heir

Strøket 9, 1383 Asker
Tlf. 66 78 97 47
Faks 66 75 93 33

Tannlege Berit Bae Lier

Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50

Tannlege Tove Roscher

Depotg. 20, 2000 Lillestrøm
Tlf/faks 63 81 22 76
Faks 63 80 22 70

Tannlege Trond Telje

Tannhelsesenteret Lørenskog AS
Skårersletta 10, 1473 Lørenskog
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70
Faks 67 91 72 01
post@tannhelsesenter.no

BUSKERUD

DRAMMEN IMPLANTATSENTER AS

Periodontist, Bengt Lewin, MNTF
Implantatkirurgi, Mucogingival kirurgi
Tordenskioldsgate 22, 3044 Drammen
Tlf. 32833872
www.drammenimplantatsenter.no
mail@hvitesmil.no

Spesialistklinikken Union Brygge

Grønland 38b, 3045 Drammen
Tlf: 974 74 300
www.spesialistklinikken-uni-
onbrygge.no
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Dr odont Thorarinn Sigurdsson, spesi-
alist i periodonti

Tannlege Jon Flinth Vatne, spesialist i periodonti

Periodontitt behandling
Implantat behandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi

Tannlege Bjørn Elling Gulsvik

Implantatbehandling
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
Faks 32 12 07 72
gulsvik@odont.uio.no

Professor, dr.philos. Bjørn Frode Hansen

Nedre Storgate 11, 3015 Drammen
Tlf. 32 83 60 62

HEDMARK

Tannlege Lisa Gjovik Andresen

Postadresse: Torggata 83, 2317 Hamar
tlf.: 65534608
Besøksadresse: SpesTorg inng. fra Kir-
kebakken

Tannlege Klaus Ånerud

Implantatbehandling
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger
Tlf. 62 81 46 78
Faks 62 81 42 20
klaus.anerud@gmail.com

HORDALAND

Tannlege John Tore Mellingen

Spes. periodonti
Implantatkirurgi/implantatprotetikk
Tannhelseteam Mellingen AS
Valkendorfs gate 5, 5012 Bergen
Tlf. 04855
www.tannhelseteam.no
post@tannhelseteam.no

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk, Tannlege Anders Skodje

PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
anders@apollonia.no

OPPLAND

Tannlege Knut Sæther

Implantatbehandling
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 17 31
Faks 61 25 43 19
knut.sather@iventelo.net

Tannlege Martin Wohlfeil

Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 17 31
Faks 61 25 43 19

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt
Implantatkirurgi
Trondheimsveien
275 0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
cw@tanmedisin.no
www.tanmedisin.no

GREFSEN TANNLEGEPRAKSIS AS

Tannlege Rita M. Cruz

Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Majorstuen tannlegesenter

Spes.perio. tannlege Oscar Villa
All peridontittbehandling, implantat-
kirurgi
Kirkeveien 64A, 0364 Oslo
Tlf. 22 46 67 54/Faks 22 60 48 22
post@mts.no

Rommen Tannlegesenter AS

Odont dr associate professor, Spesia-
list i periodonti Anders Rönström
Implantatkirurgi Systematisk perio-
dental behandling Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
Tlf: 22 21 02 96
amin@rommentannlegesenter.no
www.rommentannlegesenter.no
Åpningstider: Mandag – fredag: kl. 7:
00–20: 00, Lørdager: kl. 10: 00–15: 00
Tilrettelagt for funksjonshemmede,
gratis parkering, Svært nær buss og
t-bane.

Slottsparkentannklinikk as

Tannlege, dr.med. Annika Sahlin-Platt
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Muckogingival kirurg
Implantatkirurgi
Tannpleier Kristin Haugan
Parkveien 62, 0254 Oslo
tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkentannklinikk.no

Spesialistklinikk for Periodonti as Implantatkirurgi

Tannlege Bettina Iversen Thomseth
Tannlege John Erik Thomseth
Hegdehaugsveien 36 b
0352 Oslo
Tlf. 22 46 78 10
Faks 22 60 19 77
henvisning@spes-periodonti.no

Tannklinikken AS

Janet M. Østrem
Storgata 17, 0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
Faks 22 41 80 81
storgata@tannklinikken.no
www.tannklinikken.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13

Tannlege Anne Lise Helsingen
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Tannlege Jan M. Akre

Homansbyen Tannlegesenter As
Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no post@htls.nhn.no

Tannlege Nina Bjergene

Akersgata 16
0158 Oslo
Telefon 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87

Tannlege, dr.odont. Inger Johanne Blix

Bogstadveien 51, 0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
Faks 22 56 68 30
ijblix@broadpark.no

Spesialist periodonti Ulla-Karin Engstrøm

Eckersbergsgate 30–32
0260 Oslo
Tlf. 22 44 71 69
ukengs@getmail.no

Tannlege Mette Gilhus Hillestad

Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
Faks 22 13 87 33
www.slemdal-tann.no

Prof. Odont. Dr. Jan Håkansson

Spesialist i perio. Alt innen perio og
implantater
Tann- og kjeveklubben
Nedre Rommen 5c, 0988 Oslo
www.tannlegerommen.no
Tlf 22 21 42 22

Tannlege Kristian Kjellsen

Periodontitt behandling
Implantat behandling
Tlf: +4724101270
post@christiania-tannlegesenter.no
www.christiania-tannlegesenter.no
Grønland 4, 0188 oslo åpningstider:
kl 8–16 mand, tirsd, tors, fredag. Kl:
13–20. onsdager

Tannlege Trond Telje

Von Øtkensv. 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
Faks 22 61 32 01
post@tannlegetelje.no
www.tannlegetelje.no

Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge

Grünerløkka tannhelsesenter
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo
Tlf. 22 35 77 92
Faks 22 35 49 18
Mobil: + 47 984 777 62

Tannlege Jon Flinth Vatne

Vestgrensa 4
0851 Oslo
Tlf: 22463671
Periodontittbehandling, implantatki-
rurgi.
post@tennerihagen

ROGALAND

Tannlegene Hetland AS, Tannlege Trond Ole Hetland, Tannlege Pedro Franca

Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Tannlege Fahri Demirbas

Holbergsgt 22
4306 Sandnes
Tlf. 51 31 82 00
Faks. 51 31 82 01

Tannlege Øystein Fardal

Johan Feyersg. 12
4370 Egersund,
51 49 15 55
fardal@odont.uio.no

Tannlege Rigmor S. Flatebø

Apollonia tannlegesenter
Handelens Hus 2. etg., Kongsgaten 10
Postboks 397, 4002 Stavanger
Tlf. 51 85 60 30
rigmor.flatebo@gmail.com

Tannlege Otto Førland

Implantatbehandling
Apotekergården Kirkegt. 169, 5525
Haugesund
Tlf. 52 71 39 24
Faks 52 71 29 50

Tannlege Morten Klepp
Implantatkirurgi
Tannlegesenteret
Solakrossen 14, 4050 Sola
Tlf. 51 21 68 17
Faks 51 65 05 50
klepp@tannlegesenteret-solakrossen.no
www.tannlegesenteret-solakrossen.no

SØR-TRØNDELAG

Tannhelse Melhus AS
Odd Bjørn J Lutnæs
Melhusvegen 451
7224 MELHUS
Tlf. 72 87 11 70
post@tannhelsemelhus.nhn.no
www.tannhelsemelhus.no

Tannklinikken Dine Tenner
Kongensgate 11, 7013
Tlf: 73991999
www.tannlegetrondheim.net
resepsjon@tannklinikken.net

Tannlege Odd Bjørn Lutnæs, spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantat behandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi

Bakke Tannlegekontor AS, Spes.Perio.Dr. Odont Helge Ehnevid
Nedre Baklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor.no

Tannlege Roya Torabi-Gaarden
Tannlege, spes.periodonti
Tannlegene på solsiden
Trenerys gate 8, Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
Faks 73 80 78 81
roya@tannsol.no

TELEMARK

Holtanklinikken, Prof. Dr. odont. Hans R. Preus, Periodontist Jan M. Akre
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Folkestadvegen 12, Postboks 153
3833 Bø i Telemark
Tlf. 35 06 10 50
Faks. 35 06 10 58
Holtanklinikken@hotmail.no

VEST-AGDER

Tannlege John Øydnå
Implantatkirurgi
Vestre Strandgt. 42
Haanesgården
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 06 66
Faks 38 12 06 70
karies@online.no www.oeydna.no
Rullestolbrukervennlig kontor

VESTFOLD

Perio Klinikken, Tannlege Nico H. Toosinejad
Systematisk periodontal behandling
Mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi Møllersgt. 3, 3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
periodont@doctor.com

Sandefjord Tannhelse as, Periodontist Arnt Helge Dybvik
Periodontittbehandling.
Mucogingival kirurgi.
Implantatbehandling.
Aagaards plass 1
3211 SANDEFJORD
Tlf. 33 44 60 30
post@sandefjordtannhelse.no

ØSTFOLD

Tannlege, dr.odont. Kari Monefeldt
Nygaardsgate 49/51
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 24 24
Faks 69 31 12 03

Tannlege Lars Walle
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Gudes gate 1
1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00
Faks: 69 20 54 01
lawa@tanngaarden.nhn.no

■ SPESIALKOMPETANSE

■ IMPLANTATPROTEKTIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med tryggestønad.

AKERSHUS

Dentales Tannklinik Lysaker
Implantatprotetikk
Lysaker Torg 51
366 LYSAKER
Tlf. 67 12 90 00
Faks 67 11 87 01
post@dentales.no
www.dentales.no
Åpningstider:
Mandag – onsdag 08: 00–20: 00
Torsdag og fredag 08: 00–16: 00

Løkketangen Tannlegesenter
Tannlege Anders Wangestad
Samarbeider med dosent, spesialist i oralkirurgi Gøran Widmark
Løkketangen 12a
1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
E-post: post@wangestad.no
E-post: www.lokketangen-tannlegesenter.no
Narkose/sedasjon/lystgass
Parkering i kjeller

Tannlege MNFT Hans Kristian Dahl
Son Torg, Storgt. 25
1555 SON
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

Tannlege Håkon Giving
Tannlegene Giving A/S
Skjetten senteret
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10

Tannlege Sven Grov
Jessheim Tannlegesenter
Stallvegen 4
2050 Jessheim
Tlf. 63 94 76 00
Faks 63 94 76 10
E-post: svengrov@online.no

Tannlege Per Opsahl
Tannhelsesenteret Lørenskog AS
Skårersletta 10
1473 Lørenskog
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70
Faks 67 91 72 01

AUST-AGDER

Tannlege Cathrine Foldvik
Nygårdsgt 15
4792 Lillesand
Tlf. 37 27 23 22

BUSKERUD

DRAMMEN IMPLANTATSENTER AS
Tannlege, Spesialkompetanse
i implantatprotetikk, MNTF, Claus
Gamborg Nielsen
Samarbeidende med Tannlege, MNTF
Bengt Lewin, Spesialist i Periodonti
Tordenskioldsgate 22
3044 Drammen
Tlf. 32833872
www.drammenimplantatsenter.no
mail@hvitestmil.no

FLESBERG TANNKLINIKK

Tannlege Knut Ekre
Postboks 14
3621 LAMPELAND
Tlf. 32 76 24 20
Åpningstid 815 til 1530 mandag til
fredag.
Kan ta imot funksjonshemmede.

Tannlege Jan Bommen
Nymoens tannlegekontor
Nymoens Torg 9
3611 Kongsberg
Tlf 32734800
kontakt@tannlegenebommen.no

Tannlegene Brennhovd
Tannlege Anders Brennhovd
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf: 32 12 18 20
anders@tannlegene-brennhovd.no

Tannlege Trond Anderssen
Drammen Tannlegesenter AS
Øvre Torggate 10, Postboks 316
3001 DRAMMEN
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.as
www.drammen-tannlegesenter.no

Tannlege Bent Dramdal
Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkerbakkentannle-
gene@gmail.com

Tannlege Terje Døviken
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6
3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no
www.drammenok.no

Tannlege Jens Fredrik Nygaard
Dine Tannleger
Tannlegene Nygaard as
Vårveien 22
3024 Drammen
Tlf. 32 82 35 40
jens.fredrik@dine-tannleger.no
www.dine-tannleger.no

FINNMARK

Daldorff Tannhelseklinikk AS
Tannlege, spes. Oral kirurgi Dagfinn
Nilsen
Tannlege, implantatprotetikk Roger
Daldorff
Lystgass/sedasjon ved tannbehandling
Presteveien 10, PB 414
9915 Kirkenes
Tlf. 78 97 04 44
Faks 78 97 04 45
post@tannlege-daldorff.no
www.tannlege-daldorff.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

Tannlege Bård Anders Hagen
Bossekop Tannklinikk AS PB 10
9501 Alta
Tlf: 78 43 52 10
Faks: 78 43 67 79
www.bossekoptannklinikk.no
post@bossekoptannklinikk.no

HEDMARK

Hartz Dental AS
Tannlege Tore Hartz
Tannlege Einar Hartz
Storgata 7B, 2408 Elverum
Tlf. 62 43 21 00
Faks 62 41 18 30
info@hartzdental.no
www.hartzdental.no

HORDALAND

Tannlege Kyrre Teigen
Askøy Tannlegesenter
Spesialist oral protetikk
Implantatprotetikk og –kirurgi
Snorkeskinner
Juvikflaten 14a, 5308 Kleppestø
Tlf 56 14 20 14 / 900 77 333
Tilkomst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk

Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Faks 70 10 46 71
fredrik@apollonia.no

Bryggen Tannhelsesenter

Tannlege Anja Michaelis
Sjøgata 34
6390 Vestnes
Tel. 71 18 08 44
anja.michaelis@bryggentannhelse-
senter.nhn.no
Åpningstider: man.-fre. 8.00–16.00

Dento2 AS, Tannlege Truls Osnes

Implantatprotetikk
Kongengs gate 13
6002 Ålesund
Tlf. 70 11 44 99
truls@dento2.no

SKANSEN TANNLEGEKONTOR A/S

Tannlege dr.odont. Torbjørn Jarle Breivik

Implantatprotetikk
Skaregt. 3
6002 Ålesund
Tlf. 70 12 12 21
t-jbre@online.no
http://folk.uio.no/tbreivik/

Tannlege Per-John Halvorsen

Pb 197
6501 Kristiansund N
Tlf. 71 67 12 29
Faks 71 67 89 28
pjhalv@online.no

Tannlege Åge Thingvold Karlsen

Nedre Enggate 14
PB.197
6501 Kristiansund
Tlf. 71679098
post@tkarlsen.nhn.no

NORDLAND

Tannlege Espen Slotterøy a/s

Jonas Lies gt 11
8657 Mosjøen
Tlf./Faks 75 17 18 94
eslotter@online.no

Tanntorget Svolvær AS

Tannlege Gunhild Johansen
Tannlege Espen Mortensen
i samarbeid med spes.oralkirurgi og
oral med. Cecilie Gjerde
Torget 1
8300 Svolvær
Tlf. 760 66790
Faks 760 66791
tanntorget@yahoo.no

Johan Andreas Furebotten

Dronningen Tannklinikk
Dronningensgate 30
8006 Bodø
Tlf. 75 50 64 40
Faks 75 50 64 41
post@dronningentannklinikk.no
Web: www.dronningentannklinikk.no

Tannlege Per Hamre

Tannboden AS
Sandnessjøen
Tlf. 75 04 36 00
Mosjøen
Tlf. 75 17 28 88

Tannlege Rune Hilde AS

Implantatforankret protetikk
Søndrefrydenlund alle 6
8400 Sortland
Tlf. 76 12 64 02
Faks: 76 12 64 03
tannlege@runehilde.no

Tannlege Gunhild Johansen

Tanntorget Svolvær AS
Torget 1, 8300 Svolvær
Tlf. 76 06 67 90

Tannlege Irene Nygård AS

Strandgt.36
8656 Mosjøen
Tlf. 75175550
post@irenenygard.nhn.no

Tannlege Thomas Sefranek

Implantatprotetikk
Markedsgt. 10, Postboks 24
8455 Stokmarknes
Tlf. 76 15 12 52
Faks 76 15 10 66
thomas.sefranek@tnett.no
www.implantatklinikk.info

NORD-TRØNDELAG

TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Niklas Angelus

Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69
nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag-fredag 8.30–
16.00
Mulighet for å ta imot funksjonshem-
mede

Tannlege Espen Vekseth-Hahn

Kongeng gt 43
7713 Steinkjer
Tlf. 74 13 56 90
evkseth@yahoo.no
Åpningstider 0800–1530

OPPLAND

Tannlege Ole Johan Hjortdal as

Kirkegt.12, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 06 92
ojohjort@online.no.

Tannlege Johan Nordblom

Implantatprotetikk
Kronen Tannklinikk
Besøksadresse Lilletorg, tidl. Hotell
Kronen, 4.etg.
Storgaten 89, 2615 Lillehammer
Tlf 61 25 27 63
tannlege@nordblom.no
Åpent kl 8–15 hver dag.
Tilrettelagt for funksjonshemmede

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS

Johan Nygårdsstgt. 11B
2670 Otta
Tlf. 61 23 00 26
post@gsteinsvillas.nhn.no
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelighet for funksjonshem-
mede.

Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll

Spesialist i periodonti
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss
Tlf. 61 19 14 81
sebstein@online.no

OSLO

Galleri Oslo Klinikken

Tannlege Kåre Jan Attramadal
samarbeider med Tannlege Dr. Odont
Andreas Karatsaidis
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 50
Fax 22 36 76 01
post@gallerioslokliv.no
www.gallerioslokliv.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg
i kjeller.

Grefsen Tannlegepraksis AS

Tannlege Johan Furebotten
Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo
Tlf. 22 15 30 00
Fax 22 15 29 00
post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Homansbyen Tannlegesenter AS

Oscarsgate 20, 0352 Oslo
www.htls.no
post@htls.nhn.no
Tannlege Bent Thv Gerner
Implantatprotetikk
Tlf. 23 32 66 60
Fax 23 32 66 61

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13

Tannlege Per-Trygve Krossholm,
Tannlege Jan Engh,
Tannlege Anders Brennhovd
Tannlege Sven Støvne og Tannlege Lars
Lystad
Tannlegesenteret
Bergrådveien 13, 0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
E-post: post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Tannlege Amer Maqbool Ahmad

Spesialkompetanse i implantatprote-
tikk
Din Tannklinikk
Dronningens gate 40, 0154 Oslo
Tlf. 22 42 42 49,
post@dintannklinikk.no
www.dintannklinikk.no
Åpningstider: Mandag – fredag 08:
00–20: 00
Tilrettelagt for funksjonshemmede.
Kort vei til tog, T-bane, buss og trikk.

Tannlege Bjørn-Olav Engebretsen

Parkveien 60, 0254 Oslo
Tlf. 22 44 30 00
bjorn.olav.engebretsen@gmail.com
www.tannlegene-he.no

Tannlege Ingrid Helland Thrane
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf: 22 44 29 00
Fax: 22 55 40 22
info@stene-johansen.no

Tannlege Siv Kristin Helgheim
Rommen Tannhelse
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
Tlf. 22210293
siv@rommentannhelse.nowebseite:
www.rommentannhelse.no
åpningstid for klinikken: man.-fre.
08.00–16.00
Tilrettelagt for funksjonshemmede

Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth Aurstad Riksen
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf. 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man-fre 8–16

Tannlege Anja Skagmo
Sandaker Tannklinikk AS
Implantat protetikkk
Avd. Torshov:
Vogts gate 57, 0477 Oslo
Tlf. 22 71 27 91
Avd. Sandaker:
Frederik Glads gate 8a0482 Oslo
Tlf. 22 15 28 97
post@sandakertannklinikk.no
www.sandakertannklinikk.no
Åpningstider: Mandag-Fredag 8.00–
16.00.

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Tannlege Ole Berntsen
Tannlege Linh Bui
Luramyveien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
Faks: 51 96 99 98
post@forustann.no
www.forustann.no

Tannlegene Hetland AS
Tannlege Trond Ole Hetland
Tannlege Pedro Franca
Implantatbehandling
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Tannlege Leif Berven
Pb 430
4379 Egersund
Tlf. 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

Tannlege Bernt Vidar Vagle
Storgaten 43
4307 Sandnes
Tlf. 51 68 14 00
Faks 51 68 14 09
bvvagle@hotmail.com

Tannlege Helge Øyri
Implantatprotetikkk Langgt. 41–43
Pb. 454
4304 Sandnes
Tlf. 51 66 17 30
helg-rao@online.no
Sertifisert i implantatbehandling
i 2013 av EAO

SOGN OG FJORDANE

Lærdal tannhelse AS
Tannlege Henning Greve Lem
Tlf. 57 66 66 59
post@lardal.nhn.no
www.lærdaltannhelse.no

SØR-TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Spesialkompetanse Implantatprotetikkk
Kjell Ulsund
Kai Sandvik
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakkettannlegekontor

SANDEN TANNHELSE
Tannlege Bjørn Thunold
Implantatprotetikkk og lystgass
Kongens gate 60
7012 Trondheim
Tlf. 73 52 71 73
Faks 73 50 41 97
post@sandentannhelse.no
http://www.sandentannhelse.no

Tannhelse Melhus AS
Bjørn Gunnar Benjaminsen
Kai Åge Årseth
Melhusvegen 451
7224 MELHUS
Tlf. 72 87 11 70
post@tannhelsemelhus.nhn.no
web: www.tannhelsemelhus.no

Tannlegene i Munkegaten 9
Tannlege Rolf Isaksen
7013 Trondheim
Telefon 73 80 67 60

Tannlege Parvaneh Monemy
7260 Sistranda
Tlf. 72 44 98 80
pmonemy@c2i.net
Åpningstider: Man-Fred fra 8.15
tom.15.15
Klinikken er tilpasset til funksjons-
hemmede

Tannlege Kjell Øyasæter
Skograndveien 34
7200 Kyrksæterøra
Telefon 72 45 26 50
E-mail: tanngard@hemne.as

TELEMARK

Holtanklinikken
Tannlege Halvor Holtan
Tannlege Inge Holtan Saga
Prof. Hans R. Preus utfører implantat-
kirurgi med tryggestønad.
Folkestadvegen 12, Postboks 153
3833 Bø i Telemark
Tlf. 35 06 10 50
Faks. 35 06 10 58
Holtanklinikken@hotmail.no

Tannklinikken Skien
Tannlege Ståle Bentsen
Tannlege Tore Lervik lic.odont., MDSc
Telemarksvegen 170, 3734 SKIEN
Tlf. 35 58 39 20
Faks 35 58 39 21

Tannlege Øystein Grønvold
Korvetten Tannklinikk AS
Torskebergveien 7
3950 Brevik
Tlf. 35 57 02 32
Faks. 35 55 33 55
oystein@korvettentannklinikk.no

Tannlege Per Hauge
Handelstoget tannlegesenter
Telemarksgata 12
3724 Skien
Tlf. 35 51 96 02
Faks 35 51 96 01
per@handelstorget-tann.no

Tannlege Per Otterstad

Tannlege Spesialist i oral kirurgi og oral medisin Erik Bie Kirurgisk implantatbehandling med stønad fra HELFO
Storgaten 118
3921 Porsgrunn
Tlf. 35 93 03 60
Faks 35 93 03 61
potterst@online.no
Direkteoppgjørsavtale med trygden

TROMS**ABA tannlegene**

ved tannlege Johnny Øverby
(www.abatannlegene.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

Byporten Tannklinikk

Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Tannlege Bjørnar Rørstrand
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

Tannlege Tore Berset

Torvet Tannlegesenter AS
Torvet 1b
Postboks 44
9481 Harstad
Tlf. 77 01 94 90
Faks 77 01 94 91
post@torvet-tannlegesenter.no

Tannlege MNTF Ninni Haug

Storgt. 9, 9405 Harstad
Tlf. 77 00 20 50
Faks 77 00 20 59
ninnih@online.no

VEST-AGDER**TANNPALÈET**

Tannlege Mikal Heyeraas
Spesialkompetanse implantatprotetikk
Vestre strandgate 32
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 29 50
Faks 38 12 29 51
fellespost@tannpaleet.no

Torvgården Tannhelsesenter AS

Tannlege Steinar Osmundsen sr
Agnefestveien
4580 Lyngdal
Tlf. 38 34 44 80
Faks 38 34 44 20
post@torvtann.no
Åpningstider: Man-fre 08.00–16.00
Lørdag etter avtale
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Ragnar Borning

Vestre Tannlegesenter
Vestre Strandgate 42
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 06 66
Faks 38 12 07 60

Tannlege Egil Lind

Tannlege Egil Lind A/S
Gåseholmen Brygge
Postboks 275, 4554 Farsund
Tlf. 38 39 35 56
Solbygg Tannlegesenter A/S
Agder Allé 4
4631 Kristiansand
Tlf. 38 70 38 38

Tannlege Alfred Gimle Ro

Søgne Helsehus,
Rådhusveien 5,
4640 Søgne.
Tlf. 38 05 10 81
Faks 38 05 10 80

VESTFOLD**Perio Klinikken Tannlege, perio-**

odontist Nico H. Toosinejad
Møllersgt. 3, 3210 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
periodont@doctor.com

Sandefjord Tannhelse as

Tannlege, spesialist i periodonti Arnt Helge Dybvik
Totalbehandling, kirurgi og protetikk.
Aagaards plass 1, 3211 SANDEFJORD
Tlf: 33 44 60 30
post@sandefjordtannhelse.no

Tønsberg tannhelse Tannlege MNTF

Gisle Prøsch
Grev Wedelsgt. 10
3111 Tønsberg
Tlf. 33 37 98 03
Faks 33 37 98 19
gisle.proesch@gmail.com
www.tannhelse.no

ØSTFOLD**Privattannlegene AS**

Tannlege Karlsten
Tannlege Jaavall
Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
Faks 69 31 32 15
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

Rygge Tannlegesenter

Tannlege Ragnvald Schille
Samarbeider med spesialist i oralkirurgi
dosent dr.odont Göran Widmark og -
spesialist i oral protetikk Bertil Hager
Ryggeveien 353 B
1580 Rygge
Tlf. 69 23 63 00
Faks. 69 23 63 10
post@rygge-tannlegesenter.no
www.rygge-tannlegesenter.no

Vegahelse

Lege og tannlegesenter
Tannlege Pål Sørensen
i samarbeid med oral kirurg Zoran Ris-
tevski og spes. periodonti Jon Vatne
Storveien 3a, 1624 Gressvik
Tlf: 99 33 22 00
post@vegahelse.no
www.vegahelse.no
Tilpasset funksjonshemmedeGratis
parkering inntil bygget

Tannlege Alf-Chr. Kloster-Jensen

Nygårdsgt.32, 1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 26 28
ac.kloster@broadpark.no

■ LYSTGASS**MØRE OG ROMSDAL****Apollonia Tannklinikk**

Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

NORDLAND**Tannlege Per Hamre**

Tannboden AS
Sandnessjøen
Tlf. 75 04 36 00

NORD-TRØNDELAG

TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

OSLO

Søyland Tannklinikk

Tannlege Espen Søyland
Karl Johans gate 16 B, 0154 Oslo
Telefon 22 42 98 98
Telefax 22 42 98 97
firmapost@soyland.no
soyland.no

Tannlege Ingrid Helland Thrane

Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf: 22 44 29 00
Fax: 22 55 40 22
Email: info@stene-johansen.no

TROMS

ABA Tannlegene

Tannlege Einar Brage Thorsteinsson
Helsehuset
Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00
post@abatann.no www.abatannlegene.no

Tannlege MNTF Ninni Haug

Storgt. 9, 9405 Harstad
Tlf. 77 00 20 50/Faks 77 00 20 59
ninnih@online.no

VEST-AGDER

Tannlege Egil Lind

Tannlege Egil Lind A/S
Gåseholmen Brygge
Postboks 275
4554 Farsund
Tlf. 38 39 35 56
Solbygg Tannlegesenter A/S
Agder Alle 4, 4631 Kristiansand
Tlf. 38 70 38 38

■ NARKOSE/SEDASJON

AKERSHUS

Dentales Tannklinikk Lysaker, Tannlege MNTF Arild Aarnseth
Spesialkompetanse i bruk av Sedasjon og Lystgass, Samarbeidende narkose-lege Stefan Haupting Narkose / Sedasjon / Lystgass
Lysaker Torg 5
1366 LYSAKER
Tlf. 67 12 90 00,
Faks 67 11 87 01
lysaker@dentales.no www.dentales.no
Åpningstider: Mandag – Torsdag 08:00–20:00 Fredag 08:00–15:00

Løkketangen Tannlegesenter

Tannlege Anders Wangestad
Samarbeider med dosent, spesialist i oralkirurgi Gøran Widmark
Løkketangen 12a
1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
post@wangestad.no
www.lokketangen-tannlegesenter.no
Narkose/sedasjon/lystgass Parkering i kjeller

BUSKERUD

Bergstien tannlegesenter as

Tar imot henvisninger for narkose/sedasjon ved endodonti, oral kirurgi, implantatkirurgi, odontofobi
Bergstien 64
3016 Drammen
kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283 8000)
Faks 3283 8820
tannlegen@tannlegen.nhn.no
www.tannlegen.com/

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk

Ved anestesilege Marius Conradi
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13

Anestesioverlege Tormod Røysland
Tannlegesenteret
Bergrådveien 13
0873 Oslo
Tlf. 23 26 51 00
Faks 22 23 02 88
post@tannlegesenteret.no
www.tannlegesenteret.no

Overlege i anestesi Nina Solheim

Homansbyen Tannlegesenter AS
Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no

SØR-TRØNDELAG

SANDEN TANNHELSE AS,

Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt
Tannlege MNTF Bjørn Thunold
Tannlege og spesialist i oral kirurgi
Thomas Klimowicz
Kongens gate 60, 7012 Trondheim
Åpningstider alle dager 0800–1530.
Kveldstid mulig etter avtale.
Telefon/faks: 73527173/ 73527172
post@sandentannhelse.no
Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

TROMS

ABA tannlegene

ved overlege anestesi Jan Yuri Kazanski
(www.abatannlegene.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset, Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

VEST-AGDER

Nordmo tannlegesenter

Ved anestesioverlege Tom H. Hansen
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattenner.no

■ ANDRE KOLLEGIALE HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner. Under denne overskriften kan man annonserer at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.

For mer informasjon, henv. Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30, eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

BUSKERUD

Bergstien tannlegesenter as

Tannlege Thor Fredrik Hoff samarbeider med narkoseteam og endospesialist eller oral kirurg i samme setting. Samarbeid med spes. oral protetikk Lang erfaring med pasienter med odontofobi

Bergstien 64, 3016 Drammen
Kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283 8000)

Faks 3283 8820
tannlegen@tannlegen.nhn.no
www.tannlegen.com

OSLO

TannAtelieret DA, Tannlege Bjørn Hogstad (MNTF)

Øvre Slottsgt 18-20

0157 Oslo

Telefon 22 42 04 16

www.tannatelieret.no

resepsjon@tannatelieret.no

Mottar kollegiale henvisninger for utredning og behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg til avdeling for interdisiplinær utredning/behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg

Avdeling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo

Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi

Spesialkompetanse i oralpatologi

Tannlege, dr. odont. Tore Solheim

Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36

solheim@odont.uio.no

Tannlege, Phd Tine Søland

Telefon: 22 84 03 76

tinehe@odont.uio.no

SpesDent

Spesialistklinikken
i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo

Spes. i oral kirugi og oral medisin
Petter O.lind,

Spes. i oral kirugi og oral medisin
Ulf Stuge

Spes. i oral kirugi og oral medisin
Marianne Tingberg

Spes. i oral kirugi og oral medisin
Hauk Øyri

Spes. oral protetikk Knut Øverberg

Spes. oral protetikk Henrik Skjerven

Spes. endodonti Thomas H. Myrhaug
Tlf. 22 95 51 00

Faks 22 95 51 10

www.spesdent.no

post@spesdent.no



Laboratorium for Patologi

HISTOLOGI OG CYTOLOGI

Immunhistokjemi Elektroniske prøvesvar Korte og effektive svarrutiner

Laboratorium for Patologi AS har rammeavtale om analyser av alle typer patologiprøver for rekvirenter fra primærhelsetjenesten, spesialister og tannleger i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Dette innebærer at leger, spesialister og tannleger fritt kan sende alle vevs- og celleprøver til laboratoriet.

Laboratorium for Patologi AS kan også motta og analysere prøver fra sykehus i alle helseregioner.

Nærmere opplysninger ved laboratoriesjef Erik Svendsen

Peder Claussøns gate 5
Postboks 6727 St. Olavs plass
0130 Oslo

Telefon : 22 99 65 00
Telefax : 22 99 65 01

lfp@lfp.no
www.lfp.no

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



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

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

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

OPERASJONS AVDELING

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

Implantater:

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

Bentransplantasjon:

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

Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

Andre inngrep:

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

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

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

NARKOSE AVDELING

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

TANNTÉKNIKK



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

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

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

LYST PÅ PENE TENNER

Vi er kjent for høy kvalitet og bra service, prøv oss!

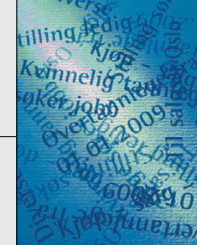
Fauske Tannteknikk AS
Best Dental Import
Best Dental Trading
Postboks 184, 8201 Fauske
Egenproduserte og importerte tanntekniske arbeider

Org. nr.: 984 357 702
Tlf.: 75 64 65 66
Fax: 75 64 64 22
c-mail: bcstdental@bcstdental.no

Vi er forhandler for:

CURADEN Munnhygiene Klorhexidin	CAVEX Kompositt Alginat	DENTAL RATIO Implantater	BEST-Lens Lupebriller
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------

Besøk vår hjemmeside: www.fausketannteknikk.no, www.bestdental.no



■ STILLING LEDIG

Tannlegevikariat Stavanger
Grunnet svangerskapsperm søkes tannlege til ca.80% stilling fra 15/8-2015. (kan justeres) Erfaring ønskelig. God pasienttilgang. Praksisen består av tre tannleger og tre tannhelsesekretærer.

Ta kontakt på fortrinnsvis mail:
tannklinikk.omholt@gmail.com
eller på tlf. 906 63 138 etter kl. 16.

Tannlegevakt Oslo S

søker Tannlege i heltid/deltid stilling.

Tiltredelse fra juni/juli eller etter avtale.

Søknad sendes på mail.
tannlegers@gmail.com eller kontakt
Singh 41238950

Kongsvinger

Søker assistenttannlege snarest til en veldig solid tannlegepraksis i et kontorfellesskap med 2 andre kollegaer og en tannpleier i Kongsvinger sentrum- 10 mil fra Oslo (togavganger hver time). Aktuelt med ev. salg/ overtagelse i nær framtid. Kontakt på 92889440

TRONDHEIM TANNHELSESENTER A/S

søker tannlege som har rett til å utføre implantatprotetikk med trygderefusjon. Fleksibel deltid/ dag /kveld. Søknadsfrist 10 mai. Skr. hendv. email: worldcake@ymail.com. Telf. 920 96100

Hamar

Tannpleier/tannhelsesekretær søkes
Vi søker tannpleier til vår praksis på Hamar (sentrum).

2-3 dager i uka som tannpleier og 2-3 dager i uka som tannhelsesekretær. Flott klinikk, moderne utstyr, lyst og luftig med 2 allmenn tannleger.

Vi utfører bla allmenn praksis, endo, kirurgi, protetikk og implantat. Tiltredelse fra juli 2015.

Kontakt oss på:
aktivtannhelse@gmail.com

Troms: Tannlege søkes til Harstad

Serviceinnstilt, fleksibel og kvalitetsbevisst tannlege søkes til vår klinikk i Harstad.

Vårt team i Harstad består av 2 tannleger, 1 tannpleier, avdelingsleder og 2 sekretærer.

Se også www.tadri.no

Henv: Søknader sendes på mail til: are@tadri.no Eventuelle spørsmål rettes til: Anne Reinsnes 951 94 966.

Vilje gir vekst

Tannhelse Rogaland

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



tannhelse senteret®

Spesialist i periodonti

søkes til stor og moderne tannklinikk med 15 behandlingsrom. Klinikken ligger nord for Oslo, rett utenfor bygrensen.

Klinikken har 12 tannleger, spesialister og tannpleiere. Samlet er mer enn 30 personer knyttet til klinikken. Klinikken er en godt etablert henvisningspraksis. I tillegg til klinikkens egne tannleger har vi mange faste henvisende tannleger. Vi trenger spesialist en dag i uka eller to dager hver annen uke. Det finnes gode muligheter til å bygge ut virksomheten ytterligere.

Oppstart ønskelig i august 2015.

For mer informasjon kontakt
tannlege Per Opsahl: per.opsahl@dsn.no/
per@tannhelsesenter.no
Tlf. 0047 975 19 433

www.tannhelsesenter.no



Kjeveortopedi

søkes til Oslo og omegn i hel eller deltidstillinger

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

Tannleger / Spesialister - Oslo

Moderne tannlegesenter med Digitalt røntgen, OPG., etc. søker kvalitetsbevisste tannleger/ spesialister for heltid/deltidstillinger - dag/kvelds-vakter. Svært gode inntjeningsmuligheter, meget god pasienttilgang. Søknad sendes til tannlegesenter@gmail.com Ved ev. Spørsmål, ring 93 08 62 58

Man- Fre Kl:09 - 21 Lørdag Kl:10 - 15		
Tannlegevakt		
Tøyen Tannlegevakt toyentannlegevakt.no Kjøberg Gt. 25, 0653 Oslo	Sandaker Tannlegevakt sandakertannlegevakt.no Sandakerveien 67, 0477 Oslo	Grefsen Tannlegesenter grefsentannlegesenter.no Grefsenveien 69, 0487 Oslo

Tannlege søkes til vakre Vesterålen

Grunnet svangerskapspermisjon søkes allmenntannlege til et års vikariat i 100 % stilling fra juli 2015.

Godt etablert praksis som befinner seg på Sortland i Vesterålen.

Praksisen består av 2 tannleger, 4 assistenter, samarbeid med oralkirurg og lokale tannteknikere.

Søknad og CV sendes til Tannlege@runehilde.no eller Tannlege Rune Hilde as, Søndre frydenlund allé 6 8400 Sortland.

For nærmere informasjon vennligst kontakt oss pr epost:

tannlege@runehilde.no eller på tlf: 76 12 64 02.

Ulsteinvik

Grunnet svangerskapspermisjon søkes allmenntannlege i 100 % stilling. Stillingen er i utgangspunktet et vikariat, men der er mulighet for forlengelse. Klinikken er i helt nye lokaler og ligger i Ulsteinvik. Vi er i dag 2 tannleger, 1 tannpleier og 3 dyktige sekretærer.

Kontakt oss per mail: siri@ulstein-tannlegesenter.no

Kilen Tønsberg

Erfaren tannlege søkes til en solid privatpraksis midt på Kilen i Tønsberg. Deltid 60% stilling, med mulighet for å opparbeide seg til full stilling. Søknad sendes til htntann@gmail.com

■ STILLING SØKES

Oslo eller omegn

Kvinnelig tannlege, 52 år, med 25 års erfaring fra privat praksis søker stilling i Oslo eller omegn. Solgte egen klinikk i 2012 og har bodd siste 3 år i USA. Godkjent for implantatprotetik. Jobber i dag som instruktørtannlege på Columbia Universitet.

Kontakt: mj2705@cumc.columbia.edu

Kvalitetsbevisst og serviceinnstilt

kvinnelig tannlege søker deltid/heltidsstilling i Oslo og omegn. Jeg har 6 års erfaring fra privat praksis. Ønsker langsiktig engasjement. Har 3 måneders oppsigelsestid. Ta gjerne kontakt på mail: tannlege79.tann@gmail.com

Erfaren tannlege

søker deltidstilling i Bergen, 1 til 2 kvelder i uken.

Kan begynne snarlig.

Tlf. nr. 93048382

Email: michaelhovi@hotmail.com

Kvinnelig

5. års tannlegestudent søker jobb etter endt tannlegeutdanning juni 2015.

Alt av eventuelle tilbud vil vurderes. CV og attester kan ettersendes ved forespørsel.

Kan kontaktes på mail: dds15ks@gmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

Tannlege MNTF

ønsker kjøp/partner-deleierskap evt. assistent i klinikk Oslo Nord-, Øst, Romerike eller langs strekningen Lillestrøm – Lillehammer. Bred erfaring, bred etterutdanning og godkjent for implantatprotetik.

Mob.tlf 48089778
hajano61@gmail.com

Komplett tannlegepraksis

sentralt Oslo Vest til leie fra 1 mai .grunnet overgang til offentlig virksomhet .

Husleie 5500,-

B. mrk 2–5/15

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. Åpent for en overgangsperiode, eventuelt direkte overtakelse. Ta kontakt på mail: tannlegerifarta@gmail.com

Praksis ønskes kjøpt i Drammen

Praksis ønskes kjøpt i Drammen.

Åpen for forskjellige overtagelsesformer. Kontakt: drammentannlege@gmail.com

Bergen

Moderne tannteknikk midt i Bergen sentrum vurderes solgt.

Den har 2 velutstyrte behandlingsrom med et godt pasientgrunnlag!

Vennligst ta kontakt på tlf 95821007 ved interesse!

Oslo Vest

Fullt utstyrt tannlegepraksis beliggende sentralt Oslo Vest i rolige, grønne omgivelser til salgs for tannlegespesialist eller tannlege med egne pasienter. Prisantydning 300–400. 000,-.

Praksisen kan også eventuelt leies ut til tannlegespesialist som vil drive henvisningspraksis eller tannlege/tannpleier som vil bygge opp sin egen pasientportefølje.

Gode parkeringsmuligheter og inngang fra gateplan. Det har vært drevet tannlegepraksis i lokalene siden 1973 frem til des. 2014.

Flere helseaktører i samme bygning. Lav husleie. Røropplegg og muligheter for utvidelse til 3–4 behandlingsrom samt eie av lokaler. B.mrk 1–5/15.



Østfold fylkeskommune

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på www.ostfoldfk.no

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

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

BESTE VESTKANT I OSLO'S AMBASSADESTRØK

Ny og moderne Tannlegevakt

Fullt utstyrt nyetablert i Bygdøy Alle 18,
søker tannleger / spesialister til å drive denne i fellesskap.
3 behandlingsrom / stoler. Felles resepsjon / venterom.
OPG-rom. Spesialisttilpasning mulig.

Lokaler på 192 kvm beliggende på gateplan i Oslo beste
strøk. I tillegg kommer underetasje egnet for
kosmetisk behandling m.v.

Leie av klinikken samlet, leie til tannleger / spesialister
enkeltvis. Eventuelt salg.



Henv.: SCANDIC Tannlegevakt. Tlf 906 57 072 E-post: mail@lmc.as

Tannlegesenter til salgs

Bergstien tannlegesenter i Drammen selges etter ca. tyve års drift, pga. sykdom. Travel og meget spesiell og velutstyrt allmennpraksis og spesialist henvisningspraksis med høy omsetning, allikevel med muligheter for solid ekspansjon. Meget rutinert, dyktig og fremfor alt hyggelig bemannings-team med topp kvalifikasjoner. Muligheter for delegering av diverse oppgaver for effektiv drift.

Holder til i et vakkert Jugendhus på solsiden i Drammen i meget spesielle og tiltalende lokaler. 4 romslige behandlingsrom med moderne utstyr uten særlig behov for nyanskaffelser. Har det meste. Har egen tannlegevaktordning, se www.tannlegghjelpen.com

Oppdatert dataanlegg (2015) med OPUS og NHN. Strøkent og ajourført HMS. Miljøfyrtårnsertifisert 2010 og resertifisert i 2013. God tilstrømning av nye pasienter, mest lokalt men tilgang fra store deler av landet.

For mer utfyllende informasjon, ta kontakt med Thor Fredrik Hoff, helst etter kl. 15.30 på hverdager. Visning alle dager og tidspunkt etter ønske.

Pris: Takster pluss goodwill

Tlf: 3283 8000 i arbeidstid,
9302 8083 etter kl.15.30

tannlegen@tannlegen.nhn.no
www.tannlegen.com



Unik anledning



30-50 % av aksjene i stor, meget veldrevet praksis godt plassert i Oslo vurderes solgt, eventuelt gradvis overtakelse.
CV med finansieringsmulighet sendes; tannlegefremtid@outlook.com

■ DIVERSE

Utstyr ønskes

Jeg har akkurat tatt over en gammel praksis og er interessert i å kjøpe pent brukt utstyr og instrumenter. Alt er av interesse, men er spesielt interessert i air-flow, odontosurge/elektrotom og led lampe/lysherder.

Vennligst ta kontakt på e-post: postannlege-aalesund.no, og på tlf. 48 33 75 57.

Brukte grønne vinkelstykker ønskes

Ett med vannforsyning og ett el to uten. De to uten brukes til polering/profylakse. Kan du gi bort eller selge rimelig?

Tannpleierklinikken Larvik
post@tannpleierklinikken.no
33189959 / 92011779.

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!



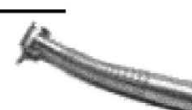
Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!



FDI 2015 **BANGKOK**

Annual World Dental Congress

22 - 25 September 2015 - Bangkok Thailand

Dentistry in the 21st Century



fdi   **BANGKOK 2015**
Annual World Dental Congress

www.fdi2015bangkok.org

www.fdiworldental.org



FRANKHUBERT

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

DENTR^WDE
We put a smile on your face

