

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGEN

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 126. ÅRGANG • NR. 10 NOVEMBER 2016



Alle bør stole på
tannlab'en sin!

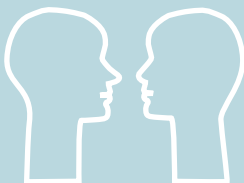
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.



FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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

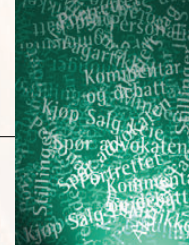


FORMIDLING

Vi 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



764



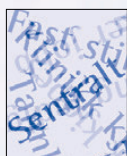
790



794



Boknytt
825



**Rubrikk-
annonser**
828

758 **Siste nytt først**

■ **Leder**

761 Foreslår taushet i kommunen

■ **Presidenten har ordet**

763 Pasientsikkerheten først – alltid!

■ **Vitenskapelige artikler**

764 Anne Beate Sønju Clasen og Nina J. Wang: Oversikt over vanlige mineraliseringsforstyrrelser i emaljen og erfaringer i klinikken

772 Silje Jordahl Bach, Elaha Nazari, Janicke Liaaen Jensen, og Tore Bjørnland: Keratocystisk odontogen tumor. En retrospektiv kvalitativ undersøkelse av forekomst og residiv etter kirurgisk behandling

■ **Kasusrapport**

780 Tine M Søland, Roshi Frafjord og Tore Solheim: Et tilfelle av sentralt ossifiserende fibrom

785 **Bivirkningsskjema**

■ **Doktorgrad**

788 Anders Verket: Benregenerasjon med titanbaserte stillaser

■ **Aktuelt**

792 Runde partikler gir best resultat

794 Forskningsdagene på Litteraturhuset, Oslo, 28. september 2016: Skjebnesvangre reiser – ingen vei tilbake? Om odontologiens rolle i to kriser

■ **Kommentar og debatt**

801 Spesialist i klinisk odontologi? – eller TANNLEGE, som det het før
803 Helsedirektoratet svarer Carl Christian Blich: Breddespesialitet i klinisk odontologi: Kunnskap viktig for Helsedirektoratets tilrådning

805 Noen refleksjoner rundt Colosseumklinikken, etikk og virkelighet

807 Kjære kollega Roar Gommæs!

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

811 Nye regler om konkurransebegrensende avtaler i arbeidsforhold

814 Spør advokaten: Lederkompetanse i tannlegevirksomhet

■ **Snakk om etikk**

817 Når ressurser ikke strekker til – et etisk dilemma. Ressurser i offentlig sektor – hva kan vi tilby?

■ **Notabene**

818 Tilbakeblikk

819 Kurs- og aktivitetskalender

820 Personalialia

■ **Minneord**

822 Birgit Thilander

■ **Kunngjøring**

824 Spesialistutdanning i odontologi ved UiT, Norges arktiske universitet i Tromsø

Best om morgenen?

Ved å gjøre det til en vane å trene om morgenen hjelper du døgnrytmen din og forteller kroppen at den skal skille ut hormonet melatonin tidligere på kvelden, skriver forskning.no.

– Det har en god effekt på søvnen, mener Sofie Laage-Christiansen, som forsker på døgnrytme og depresjon ved Aarhus Universitet.

– Når du trener, skiller ut kroppen mange gode hormoner, blant annet adrenalin, som vekker deg og gjør deg mer klar for dagen. Den mentale boosten du får når du trener om morgenen, kan faktisk vare i flere timer og kan for eksempel gjøre at du er mer klar for å løse oppgaver et godt stykke utover dagen.

Andre hormoner som blir frigitt i kroppen når du trener er serotonin, dopamin, noradrenalin, kortisol og endorfiner.

Hvis du vil ha maks ut av morgentreningen bør den videre foregå ute. For trening kan ikke på langt nær sammenlignes med den sterkeste tidsmarkøren – nemlig lys.

Men fra et treningsmessig synspunkt er det ikke mye som peker på egne fordeler ved å trene tidlig på dagen.

Nikolai Baastrup Nordsborg, som forsker på treningsfysiologi ved Institut for Idræt og Ernæring ved Københavns Universitet hevder at de fleste presterer best om ettermiddagen, kanskje fordi kroppen har en bedre tilgjengelighet av næringsstoffer.

Det siste ordet får professor Poul Jennum, som har søvn som ekspertiseområde, ved Institut for Klinisk Medicin ved Københavns Universitet. Han støtter Nordsborg i at dokumentasjonen på området trening, helse og prestasjon er for svak til å uttale seg bastant om det.

– Man bør ikke trene rett før man skal sove og generelt ikke etter klokken åtte om kvelden. Hvis man skylder eller løper en tur virker det aktivierende, og det er ikke bra for søvnen.

Likevel mener Jennum at det er bedre å trene på kveldstid enn å droppe økten.

En enklere verden



FOTO: YAY IMAGES

Folk ønsker seg ikke en verden full av nye muligheter. De vil heller ha et enklere liv, finner tyske framtidsforskere, ifølge forskning.no.

Er du lei av alle de nye produktene og mulighetene du blir tilbudt hele tiden? Da er du ikke alene. Tyske forskere forsøker å utvikle nye metoder for å få vite hva vanlige folk ønsker seg av fremtiden. De mener at innovasjonsforskning bare kan lykkes dersom vi som skal bruke innovasjonene, vil ha dem.

Over 100 personer ble dybdeintervjuet ved forskningsinstituttet Fraunhofer i Berlin. Deltagerne skulle forestille seg at de levde i år 2053 og ble bedt om å fortelle hvordan de vil at maskiner, helsetjenester, arbeid og transport skal fungere i framtiden.

De vil ikke ha et Big brother-samfunn. Men de kan gjerne tenke seg et Big mother-samfunn, konkluderer de tyske forskerne.

– I en verden som blir stadig mer komplisert, kan mange tenke seg en Big mother som hjelper dem å treffe ulike valg, sier forskeren Marie Heidingsfelder ved senteret.

Fleire av deltagerne ønsker seg maskiner som hjelper til med å tolke følelser. De vil framfor alt gjerne gjøre det lettere for andre å forstå hva de selv føler.

På helseområdet etterspør ikke folk flere leger eller flere sykehus tjenester. I stedet vil de ha teknologier som setter dem i stand til å diagnostisere og kurere seg selv.

Fleire kreative metoder ble brukt av de tyske framtidsforskerne for å få folk til å tenke nytt rundt framtidens behov.

Her er noen forslag for framtiden: Mobile kokonger: Individuelt tilpassede transportkapsler som setter oss i stand

til å reise fra dør-til-dør, uten å måtte forholde oss til en rekke andre mennesker på reisen. Sosiale brannmurer: Teknologi som setter oss i stand til å fokusere på det som er viktig og sperre ute det uviklige. Ørementorer: En variant av den sosiale brannmuren, plassert inne i øret. Smarte kompiser: Lærende systemer som kommer med forslag om hva vi bør gjøre i ulike situasjoner, basert på våre egne interesser og behov. Emolinser: Kontaktlinser som gir oss hint om følelsene til mennesket som står foran oss.

Kilde: Pressemelding fra Fraunhofer-Gesellschaft: «How we want to live in 2053».

Ikke gå for hardt ut!

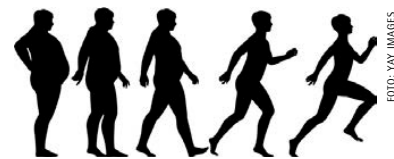


FOTO: YAY IMAGES

Sju av ti nordmenn beveger seg mindre enn myndighetenes anbefalinger, og usunt kosthold er den viktigste risikofaktoren for sykdom i Norge. Menn beveger seg mindre og spiser dårligere enn kvinner.

Nå lanserer Helsedirektoratet en ny kampanje som retter seg mot menn og handler om at skippertak sjelden virker.

– Altfor mange begynner på ekstreme dietter og harde treningsopplegg, og slutter like fort, sier Linda Granlund, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet. Høres det fantastisk ut så er sjansen stor for at det ikke virker – eller at det er så krevende at de fleste ikke vil greie å holde ut over tid. Derfor sier vi nå at man skal slutte å gå for hardt ut. Det er de små endringene som hjelper.

Det er en utbredt myte at du må trene hardt og lenge om det skal være noe vits. 30 minutters moderat aktivitet hver dag er nok til å redusere risikoen for mer enn 30 sykdommer. I tillegg er fysisk aktivitet viktig i behandling av mange sykdommer, og kan i blant erstatte medisiner mot f.eks. lette depresjoner og høyt blodtrykk.



Også når det gjelder kostholdet er det godt dokumentert at det er endringer man kan leve med over tid som gir resultater, skippetaksdieter og ekstreme kurer fører ofte til raskt vekt-tap og like raskt vektstigning. Granlund anbefaler seks små grep til en sunnere og gladere tilværelse:

Ta deg tid til «dine30» hver dag. Velg noe som er praktisk eller noe du liker å gjøre uansett. Å gå en tur med litt tempo i variert terreng er godt nok. Og ganske trivelig.

Dropp strenge regimer for hva du kan og ikke kan spise. Spis heller variert! Hiv innpå med grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter og fisk – og spis heller litt mindre rødt kjøtt, kjøttprodukter, salt og sukker.

Skill mellom hverdag og fest, det er lov å kose seg innimellom.

Tørst? Drikk vann hver gang du er tørst. Da er du godt på vei til mindre sukker i kostholdet. Drikke som brus, saft, isté, juice og liknende, inneholder ofte masse tilsatt sukker.

Unngå å sitte stille for lenge – reis deg opp minst en gang hver time. Ikke se på ungene – vær med og lek.

Spis frukt og grønt så mye og ofte du kan. En god huskeregel: Inkluder grønt i alle måltider!

I kampanjefilmene blir vi kjent med en mann som så veldig gjerne vil, men som må gi opp før han i det hele tatt har startet. Filmene har fått god mottakelse i målgruppen:

– Voksne menn kjenner seg veldig godt igjen i det vi kommuniserer, fordi mange har kjent på det å prøve og feile gang på gang – og ikke strekke til. Til alle disse sier vi: Helsegevinsten ved å gå fra ingenting til litt er formidabel. Ta ett skritt av gangen. Du klarer det! avslutter Granlund.

UiO er best i Norge



FOTO: WAT IMAGES

Universitetet i Oslo (UiO) er på 67. plass på listen over verdens beste universiteter, skriver Uniforum og viser til årets Shanghai-rangering, der UiO har falt ned ni plasser i forhold til fjorårets plassering. NTNU er blant dem som ligger mellom 101. og 150. plass, mens Universitetet i Bergen (UiB) plasserer seg blant dem som er mellom 201. og 300. plass.

Rangeringen har målt 12 000 universiteter verden over, og Harvard-universitetet går av med førsteplassen.

Rett til kontaktlege

Med virkning fra 15. september i år har pasienter med en alvorlig sykdom, skade og lidelse eller som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten over en viss tid, rett til å få tildelt kontaktlege i spesialisthelsetjenesten, melder Helsedirektoratet.

– Retten til en kontaktlege i spesialisthelsetjenesten skal gi pasientene økt trygghet, sier divisjonsdirektør Johan Torgersen i spesialisthelsedivisjonen.

Helsedirektoratet har laget en veileder for den nye ordningen som beskriver hvordan helseinstitusjonene kan tilrettelegge, herunder ansvar og oppgaver for kontaktlegen og samarbeid med annet helsepersonell. Veilederen gir også anbefalinger om hvem som kan være kontaktlege og når og hvordan pasienten skal motta relevant informasjon om sin rett og sin kontaktlege. En annen

viktig oppgave for kontaktlegen er å samarbeide med pasientens fastlege.

Veilederen er utarbeidet i samarbeid med representanter fra Pasient- og brukerombudene, Norsk Psykologforening, Legeforeningen, Kreftforeningen, fastlegene og de regionale helseforetakene. Veilederen finner du her: <https://helse-direktoratet.no/Sider/Veileder-for-kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten.aspx>

På nett

IKT til glede og bekymring

Norge er kåret til verdens fjerde mest IKT-modne nasjonen, etter Singapore, Finland og Sverige. Målingen er gjort av World Economic Forum tidligere i år.

I følge undersøkelsen er Norge verdensledende på to områder: mobildekning og befolkningens evne og vilje til å bruke nettet.

Samtidig viser en undersøkelse gjort av analysebyrået Norstat at halvparten av befolkningen mellom 34 og 50 år sliter med å følge med i den digitale og teknologiske utviklingen. Tallene er lavere for aldersgruppen 18 til 34 år og høyere for gruppen 50–79 år. Hele syv av ti frykter at det vil oppstå et digitalt klasseskille.

Tallene bekymrer regjeringen, og både offentlige og private organisasjoner gjør en innsats for å legge forholdene bedre til rette. Blant annet gjennomfører Telenor 500 gratis kurs i bruk av smarttelefon og nettbrett rundt om i landet, mens Seniornett Norge gir kursing til eldre. Røde Kors, Microsoft og nettverket Likestilling, Inkludering og Nettverk retter arbeidet sitt mot innvandrerkvinner. Regjeringen har blant annet opprettet nettstedet digidel.no, hvor læringsopplegg i grunnleggende digital kompetanse ligger fritt tilgjengelig og kan deles.

OSSTEM^o startpakke

inkluderer

**1 kirurgikit + 1 protetikkit og
10 valgfrie fixturer med dekkkrue**

kr 23.900,-

veil. 45.600,-

Konkurrentenes pris fra 80.000,-

For bestilling: e-post: post@maxfac.no | tlf: 22 20 50 50

 **maxfac**
DENTAL
Vi gjør implantat-Norge billiger!

www.osstem.no

Avansert Estetikk
er Essensen



Essentia™
fra GC

Åpner døren til det enkle

3 dentin- og 2 emaljefarger
er alt du trenger for
å få et perfekt resultat

Kan det bli enklere?

Følg intuisjonen din !

GC NORDIC AB
tel: +46 8 506 361 85
info@nordic.gceurope.com
http://nordic.gceurope.com
www.facebook.com/gcnordic

'GC.'

Nysgjerrig?
Skann QR-koden
og les mer



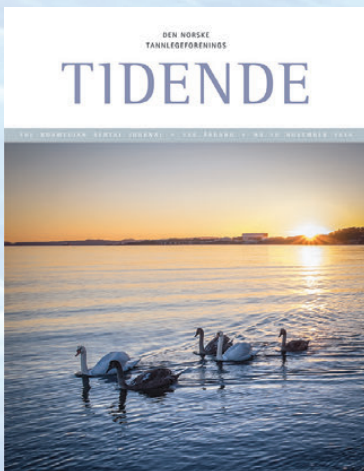


Foto og design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne 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: 6 800. 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media AS

Grafisk design: Mike Mills

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



MILJØMERKET TRYKKERI
07 PRINTMEDIA - 2041 0019

LEDER



FOTO: KRISTIN WITBERG

Foreslår taushet i kommunen

Alle norske tannleger har fått med seg at Den offentlige tannhelsetjenesten er foreslått flyttet fra fylkeskommunen til kommunen.

Det som kanskje ikke er så kjent er at de som har utarbeidet forslag til ny kommunelov vil at det innføres en strengere taushetsplikt for folkevalgte enn for byråkratene i norske kommuner. Norske lokalpolitikere foreslår straffet dersom de offentliggjør samfunnsinformasjon byråkratene ønsker å hemmeligholde, skriver Redaktørforeningens generalsekretær Arne Jensen og advokat Ina Lindahl Nyrud i en kronikk i Aftenposten. De viser til ett av flere forslag som vil gi økt hemmelighet i kommunene.

Utvalget vil at alle saker som handler om kommunale arbeidstakeres «tjenstlige forhold» skal fjernes fra den offentlige sakslisten. Publikum vil ikke få vite at sakene eksisterer. Kommunen kan lage seg lukkede virkeligheter, der journalister med sitt samfunnsoppdrag ikke får vite hva de skal sjekke rundt.

I dag er det slik at folkevalgte, som alle andre, kan straffes dersom de offentliggjør opplysninger underlagt lovbestemt taushetsplikt. De folkevalgte kan imidlertid ikke straffes dersom de offentliggjør andre opplysninger som de blir kjent med i kraft av å være politikere, selv om administrasjonen ønsker å unndra dette fra allmennhetens innsyn.

Dersom forslaget får gjennomslag, vil en folkevalgt kunne straffes for brudd på taushetsplikten, selv om opplysningene i seg selv er helt uskyldige, og de folkevalgte vil kunne straffes for å ha offentliggjort opplysninger som den enkelte ansatte ikke kan straffes for å offentliggjøre.

Forslaget snur altså forholdet mellom administrasjon og politikk på hodet. Byråkratene kan fatte vedtak som binder politikere, sågar på en slik måte at de kan straffeforfølges dersom de trosser dem.

For folkevalgte er en vid ytringsfrihet av særlig betydning. Deres funksjon i et

representativt demokrati tilsier mulighet for aktiv dialog med velgere og parti. I den grad man kan si at folkevalgte er underordnet noen, er det sine velgere.

Forslaget innebærer imidlertid at det til enhver tid sittende politiske flertall i gitte situasjoner skal kunne definere hvilke opplysninger opposisjonen skal kunne diskutere med pressen. Det blir altså de som til enhver tid sitter med flertall, som skal bestemme hva som er taushetsbelagt, ikke hva som hjemles som taushetsbelagt etter lovverket.

Forslaget svekker altså folkevalgtes muligheter til å varsle om kritikkverdige forhold, så vel som det innskrenker journalisters mulighet til å omtale dem. Det er hverken bra for demokratiet, politikere eller pressen.

Professor Jan Frithjof Bernt, som ledet arbeidet med den gjeldende kommuneloven for over 25 år siden har uttalt til Kommunal Rapport at han tviler på at en slik lovbestemmelse vil stå seg mot de alminnelige prinsippene for ytringsfrihet.

Utvalget vil at alle møter i folkevalgte organer hvor kommuneadvokaten deltar, skal kunne føres for lukkede dører – uansett hva saken gjelder eller hva kommuneadvokaten skal si noe om. Samtidig skal slike saker fjernes fra den offentlige sakslisten. Alt dette på toppen av at Stortinget i 2015 vedtok en lovendring som gir adgang til å hemmeligholde all dokumentasjon av forberedende byrådsmøter i parlamentarisk styrte kommuner.

Det er et mønster bak alt dette, heter det i kronikken: Skruene strammes til. Byråkrati og politikere vil holde på i fred, skjermet for kanskje plagsomme journalister og innbyggere. Spørsmålet Redaktørforeningen stiller er om noen på Stortinget vil reise en debatt om dette?

Ellen Beate Dyvi

Nyhet!

Vi tar nå imot alle digitale filer for tannteknisk produksjon

www.licscadenta.no

Tlf: 22 47 72 00



LIC
SCADENTA
TANNTeknikk



Pasientsikkerheten først – alltid!

Tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer jobber sammen i tannhelseteam for å gi pasienten den beste behandlingen. Teamarbeid innebærer nettopp det; arbeid i et fellesskap, hvor alle i teamet har sine spesielle arbeidsoppgaver, utfyller hverandre og er gjensidig avhengig av hverandre. Pasientsikkerheten skal alltid settes først, og den må alltid være viktigere enn pasientflyt og inntjeningshensyn.

Som tannleger har vi et omfattende lovverk å forholde oss til. Helsepersonelloven er selvsagt en av de aller mest sentrale lovene, i tillegg til en rekke andre lover, forskrifter, rundskriv og retningslinjer. Herunder folketrygdens regelverk, som alle tannleger må være godt oppdatert på. Som medlemmer av NTF må vi i tillegg forholde oss til foreningens etiske regelverk og regler for obligatorisk etterutdanning.

Ordningen med obligatorisk etterutdanning er et viktig verktøy for at våre medlemmer skal opprettholde sin høye faglige standard. TANK-kursene om myndighetskrav er gjort obligatoriske og inkludert i medlemskapet for å understreke hvor viktig disse temaene er.

Likevel er jeg bekymret. Jeg syns at jeg aner en uheldig utvikling i sektoren vår. Er yrkesstoltheten vår, betydningen av tannlegeutdanningen og autorisasjonen, i ferd med å svekkes? Flere tegn peker i feil retning. Vi hører om tannleger som lærer opp sine tannpleiere til å preparere kroner og vi får informasjon om at tannhelsesekretærer jobber helt selvstendig med egne pasienter. Tannhelsesekretærenes Forbund arrangerer nå kurs i anestesi for sine medlemmer – et kurstilbud som NTFs hovedstyre tidligere har valgt å avslutte etter en vurdering av faglig forsvarlighet.

Her er det flere forhold NTF som profesjonsforening må se på. Også i våre naboland og i resten av Europa diskuteres grenseoppganger mellom tannhelsetjenestens ulike yrkesgrupper.

Tannleger er helsearbeidere. Vi skal alltid tilby pasienten forsvarlig behandling, og vi skal tenke på pasientens beste. De ulike utdanningene for tannhelsepersonell reflekterer nettopp ulik kunnskap, noe som igjen avgjør hvilke arbeidsoppgaver de ulike yrkesutøverne skal utføre. Tannlegeutdanningen er en femårig mastergradsutdanning i odontologi. Tannpleierne har en treårig bachelor i tannpleie. Tannhelsesekretærene har sin utdanning fra den videregående skolen.

Tannlegeutdanningen er lang og spesialisert, nettopp fordi arbeidsoppgavene er kompliserte og feil kan få alvorlige konsekvenser. Vi jobber med mennesker og må ha gode kunnskaper på en rekke fagområder. Vi må beherske kompliserte kliniske behandlingsmetoder for å kunne ivareta pasientene på best mulig måte.

På bakgrunn av de krav som stilles til den odontologiske profesjonsutdanningen på mastergradsnivå, og det lovverket som gjelder, mener jeg at svært mange kliniske arbeidsoppgaver ikke uten videre kan overføres til annet personell uten tilsvarende utdanning.

Lovverket åpner for bruk av medhjelpere. Allikevel er det noen lovmessige hindringer for tannleger som ønsker å delegere oppgaver. Det er to paragrafer i helsepersonelloven som er relevante her.

§ 4. Forsvarlighet (første ledd)

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

§ 5. Bruk av medhjelpere (første ledd)

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Disse bestemmelsene gir tannleger rett til å overlate bestemte oppgaver i en odontologisk behandlingssituasjon til annet helsepersonell. Men tannlegen skal **overvåke behandlingen**, slik at den utføres på en måte som er i henhold til aksepterte retningslinjer, og det skal være forsvarlig ut fra personellets kvalifikasjoner og oppgavens art.

I forlengelsen av denne problemstillingen har vi sett saker hvor det er utløst støtte fra trygden til pasienter uten at tannlegen har vært tilstede under behandlingen. Dette er et klart brudd på regelverket og meget uheldig. Det er svært viktig at vi som behandlere bruker trygderegelverket korrekt. Vi har et stort ansvar for å forvalte samfunnets penger på riktig måte. Klarer vi ikke det, kan det være ødeleggende for en ordning som er svært god for pasientene. Det vil også være svært belastende for tannlegestanden.

Dette er et tema vi som forening må ha på dagsorden fremover. Vi må holde fast ved at tannlegen er leder av tannhelseteamet og alltid skal ha det overordnede ansvaret for pasientene. Det er et ansvar vi som profesjon både kan og skal bære med stolthet, på bakgrunn av den kompetansen vi har ervervet oss gjennom vår akademiske utdanning. Men da må vi også ta dette ansvaret alvorlig. På alle områder, og i alle situasjoner.

Camilla Hanser Steinum

Anne Beate Sønju Clasen og Nina J. Wang

Oversikt over vanlige mineraliseringsforstyrrelser i emaljen og erfaringer i klinikken

Hensikten med dette arbeidet var å gi en oversikt over vanlige forstyrrelser i emalje og dentin, og å registrere erfaringer med diagnostisering, behandling og konsekvenser av mineraliseringsforstyrrelser med fokus på MIH blant tannleger og tannpleiere ansatt i Oslo offentlige tannhelsetjeneste. Molar incisor hypomineralisation (MIH), dental fluorose, amelogenesis imperfecta, emaljihypoplasier på grunn av rakitt og cøliaki samt dentinutviklingsforstyrrelsen dentinogenesis imperfecta beskrives. Totalt 47 tannleger og 38 tannpleiere besvarte et spørreskjema der de rapporterte erfaringer med emaljeforstyrrelser i klinikken. Klinikkerne rapporterte at de ofte observert emaljeforstyrrelser; nær 100 % oppgav at de hadde observert MIH og dental fluorose. De fleste oppgav karies, hyppig revisjon av fyllinger, angst og vegring hos pasienter som vanlige konsekvenser av MIH. De hyppigste behandlingene ved MIH var fyllingsterapi med kompositt og glassionomer. Mange klinikere, over 60 %, følte seg usikre ved diagnostikk av emaljeforstyrrelser. To tredjedeler av klinikkerne hadde deltatt på etterutdanning om mineraliseringsforstyrrelser, men nesten alle hadde ønsket mer kunnskap.

den norske utdanningen, både for tannpleiere og tannleger er undervisning av mineraliseringsforstyrrelser i de siste 10–15 årene utvidet og nyutdannet tannhelsepersonell er forventet å ha en god teoretisk bakgrunn for å diagnostisere og behandle pasienter med emaljeforstyrrelser. Det er ikke publisert undersøkelser av norske klinikers erfaringer med mineraliseringsforstyrrelser eller hvordan de vurderer sin

Forfattere

Anne Beate Sønju Clasen, dr.odont, spesialist i pedodonti, Spesialavdelingen, Avdeling for tannhelsetjenesten. Helseetaten i Oslo kommune

Nina J Wang, professor, spesialist i pedodonti. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

kompetanse når det gjelder behandling av barn og unge med slike forstyrrelser.

Mineraliseringsforstyrrelser i emaljen hos barn og unge forekommer ofte (1). Det er sannsynlig at diagnostikk av mineraliseringsforstyrrelser er forbedret i de senere årene og at mineraliseringsforstyrrelser, særlig Molar incisor hypomineralisation (MIH) tidligere ble diagnostisert som karies. I tillegg møter tannhelsepersonell flere pasienter med alvorlig dental fluorose nå enn før på grunn av økt innvandring fra land med høy konsentrasjon av fluor i drikkevann. I Norge har man de siste femti år observert nedgang i kariesforekomst; i 2015 hadde 82 % av femåringene og 60 % av tolvåringene ikke fyllingskrevende karies eller tidligere tannbehandling (2). Det er ikke mulig å dokumentere om forekomsten av mineraliseringsforstyrrelser er endret i de senere årene fordi eldre prevalensdata ikke finnes.

I de senere årene er det utført en del prevalensstudier av mineraliseringsforstyrrelser i emalje internasjonalt, men få studier er utført i skandinaviske land (tabell 1). Studier i grupper av norske barn har vist at 20 til 36 % av barn og unge hadde dental fluorose (5,6), mens studier i Sverige og Danmark har vist at 15 % til 40 % av barn og unge hadde MIH (3, 4).

Mineraliseringsforstyrrelser er en følge av at en eller flere faktorer har påvirket tennenes hardvevdsdannelse. Årsakene

Hovedbudskap

- En tredjedel av tannleger og tannpleiere i Oslo offentlige tannhelsetjeneste rapporterte å diagnostisere emaljeforstyrrelser ukentlig eller oftere.
- Nesten alle tannpleiere og tannleger i Oslo offentlige tannhelsetjeneste hadde diagnostisert MIH og dental fluorose på egen klinikk.
- Karies, hyppig revisjon av fyllinger, angst og vegring ble av de fleste klinikkerne oppgitt som konsekvenser av MIH.
- Nesten alle klinikere ønsket mer kunnskap om mineraliseringsforstyrrelser.

Tabell 1. Prevalens av de vanligste mineraliseringsforstyrrelser i tenner

Mineraliseringsforstyrrelser	Prevalens %	Referanser
MIH	2,4–40,2	Jälevik 2010 (3), Wogelius et al 2008 (4)
Dental fluorose	20–36	Wang et al 1997 (5), Pendrys et al 2010 (6)
Amelogenesis Imperfekta	0,07–0,14	Rajendran 2007 (7)
Dentinogenesis Imperfekta	0,01–0,02	Witkop 1957 (8), Kim Et Simmer 2007 (9)
Alle typer mineraliseringsforstyrrelser i emaljen	40–70	Holloway Et Ellwood 1997 (1)

kan være genetiske, lokale, systemiske eller ukjente, og det kan være vanskelig å stille sikker diagnose. Diagnose stilles basert på anamnese, kliniske funn og eventuelt røntgenologisk undersøkelse.

Hensikten med dette arbeidet var å gi en kort oversikt av årsaker og kliniske funn ved vanlige forstyrrelser i emalje og dentin, og å registrere erfaringer med diagnostisering, behandling og konsekvenser av mineraliseringsforstyrrelser med fokus på MIH blant tannleger og tannpleiere ansatt i Oslo offentlige tannhelsetjeneste. I tillegg ble klinikerens opplæring og deres ønsker om ytterligere kunnskap angående mineraliseringsforstyrrelser kartlagt.

Materiale og metode

Registrering av erfaringer med diagnostisering, behandling og konsekvenser av mineraliseringsforstyrrelser var ett ledd i kvalitetssikring av Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslos behandlingstilbud til barn og unge. Et spørreskjema ble sendt med elektronisk post til alle klinikkledere på tannklinikker som utførte allmennbehandling av barn, i alt 17 personer. Klinikkllederne leverte skjema til klinikkens tannleger og tannpleiere. Skjemaene ble besvart anonymt. På fellessamling ble det purret muntlig, og de som ikke hadde returnert skjema fikk anledning til å delta. Totalt 85 av 97 ansatte (88 %) returnerte spørreskjema.

Spørreskjema inneholdt spørsmål om personalia, om klinikerens erfaringer og kunnskaper relatert til mineraliseringsforstyrrelser og om hvilken opplæring de hadde i dette tema. Stilling (tannlege eller tannpleier), kjønn, alder, eksamensår og om eksamen var avlagt ved lærested i Skandinavia eller øvrige utland ble kartlagt.

Spørreskjema inneholdt spørsmål om hvor ofte de observerte mineraliseringsforstyrrelser hos egne pasienter. Svaralternativ var daglig, ukentlig eller sjeldnere enn ukentlig. Videre var det spørsmål om de hadde observert følgende mineraliseringsforstyrrelser: MIH, dental fluorose, amelogenesis imperfekta, dentinogenesis imperfekta eller andre forstyrrelser hos egne pasienter. Det var spørsmål om de følte seg sikre ved diagnostisering av disse tilstandene og om de hadde henvist disse pasientene videre til andre for diagnostikk. Svaralternativ var ja og nei.

Skjema inneholdt spørsmål om hvilke problemer de oftest registrerte hos pasienter med MIH. Svaralternativ var angst/vegring, karies, mange fyllingsrevisjoner, andre problemer og ingen

problem. Deltagerne ble bedt om å rangere hvor ofte de observerte problemene i klinikken med tall fra 1 (oftest) til 5 (mest sjelden). Det var spørsmål om hvilke behandlinger som oftest ble benyttet ved behandling av MIH. Svaralternativ var komposittfylling, glassionomerfylling, kroneterapi, stålkroneterapi og ekstraksjon. Deltagerne ble bedt om å angi hvor ofte de utførte behandlingene eller observerte utført behandling, ved å rangere dem med tall fra 1 (oftest) til 5 (mest sjelden).

Klinikere ble spurt om det ble undervist om mineraliseringsforstyrrelser i deres grunnutdanning, om de hadde deltatt i opplæring relatert til mineraliseringsforstyrrelser i form av kurs og om de ønsket å delta på ytterligere kurs om dette tema.

Data ble systematisert med bruk av SPSS, versjon 19. Resultatene presenteres ved bruk av gjennomsnitt, standard avvik, ande-



Figur 1. Molar incisor hypomineralisation, tann 46 med brun misfarging og frakturert emalje.



Figur 2. Molar incisor hypomineralisation, tann 21 med avgrenset kremfarget opasitet.



Figur 3. Mild dental fluorose. Horisontale hvite striper og diffuse, hvite opasiteter.



Figur 5. Amelogenesis imperfekta, hypomaturasjonstype.



Figur 4. Alvorlig dental fluorose. Kritthvit emalje og blottlagt dentin med brun misfarging. Tann 13 blottlagt dentin insisalt på grunn av frakturert emalje.



Figur 6. Amelogenesis imperfekta, hypoplasitype.

ler og prosenter, og om det var forskjeller mellom tannpleiere og tannlegers svar, ble testet ved bruk av kjikvadrat og t-tester.

Resultat

Vanlige mineraliseringsforstyrrelser

Molar incisor hypomineralisation

Molar incisor hypomineralisation (MIH) er en mineraliseringsforstyrrelse som rammer en eller flere første molarer i form av hypomineraliserte, velavgrensede områder med hvit, gul eller brun farge (opasiteter). I tillegg til molarer kan en eller flere permanente insisiver, insisale del av permanente hjørnetenner og primære andre molarer være rammet. Figur 1 viser første molar med MIH. Insisivene er i de fleste tilfeller mildere affisert enn molarene (10, 11), se figur 2. Hvite og kremfargede opasiteter er mindre alvorlig hypomineralisert enn gule og brune opasiteter. Grad av hypomineralisering varierer, og emaljen kan fraktureres posteruptivt (12).

Ingen etiologisk faktor alene har blitt funnet å forårsake MIH. Flere mulige årsaksfaktorer; både sykdom i de første leveår (13), miljøpåvirkning (14), miljøgiften dioxin (15), antibiotika (16) og amming (17) er rapportert å ha sammenheng med MIH.

Dental fluorose

Det kliniske utseende av emalje ved fluorose varierer fra den mildeste grad med hvite horisontale linjer i emaljen som følger perikymata til den alvorligste graden hvor store deler av emaljen er



Figur 7. Amelogenesis imperfekta, hypokalsifikasjonstype.

tapt og tannkronen har forandret anatomisk form (18). Hos personer som er oppvokst i Norge er de milde formene av dental fluorose vanligst (5, 6).

Dental fluorose er forårsaket av fluorinntak over tid i perioden emaljedannelsen pågår. Dental fluorose kan oppstå ved inntak ned til 0,04 mg fluor per kg kroppsvekt per dag. Ved dental fluorose er lokalisasjon og grad av hypomineralisert emalje avhengig av tidspunkt for og størrelsen på fluorinntak (18). Mild dental fluorose som kan oppstå ved inntak av fluortannkrem og fluor-tabletter (5) illustreres i figur 3. Alvorlig dental fluorose ses oftest hos individer som har vokst opp med fluor i brønnvann og hos innflyttere fra land der drikkevann har høye nivåer av fluor (figur 4).



Figur 8. Amelogenesis imperfekta, hypokalsifikasjonstype.



Figur 9. Dentinogenesis imperfekta, type II. Tennene 53, 52, 62, 73 og 83 med blottlagt dentin.



Figur 10. Rakittiske tenner med hypoplastisk emalje.

Amelogenesis imperfekta

Amelogenesis imperfekta affiserer vanligvis kvalitet og klinisk utseende av emaljen på alle tenner, men tennene kan også affiseres i ulik grad. Amelogenesis imperfekta har tre hovedformer, en type med hypoplastisk emalje (kvantitativ defekt) og to typer med hypomineralisert emalje; hypomaturasjonstype og hypokalsifikasjonstype (figur 5–8) (19). Ved hypoplasitypen er emaljen normalt mineralisert, men kan være tynn med glatt overflate, være ru, ha rader av linjer eller emaljen er med små groper. Ved hypomaturasjonstype ses tenner med hvite, gule eller brune flekker (opasiteter) eller kritthvit emalje. Ved hypokalsifikasjonstype har emaljen normal tykkelse ved frembrudd, men den er alvorlig hypomineralisert, misfarges og tapes raskt. Tennene er sensible (19). Amelogenesis imperfekta er en genetisk, arvelig tilstand.

Dentinogenesis imperfekta

Dentinogenesis imperfekta rammer dentinet både i det primære og permanente tannsett (20). Klinisk har tennene klokkeformede tannkroner med ravfarget dentin. Dentinet er mykt, dette resulterer sekundært i emaljebrudd og tap av emalje slik at tannkronene kan slites ned til gingiva. Tilstanden kan forekomme hos individer som har osteogenesis imperfekta, medfødt benskjørhet (type I) eller opptre isolert (type II) (figur 9). Dentinogenesis imperfekta er en arvelig, genetisk forstyrrelse.

Mineraliseringsforstyrrelser ved rakitt og cøliaki

Rakitt kan gi emaljehypoplasier (figur 10). Rakitt er resultatet av lavt inntak av vitamin D eller lite soleksponering. Barn som blir ammet lenge uten å få vitamintilskudd, er mørkhudet eller som har ekstremt kosthold, kan få rakitt. I Norge gis D-vitamintilskudd fra spedbarnsalder, og rakitt er sjeldent (21). En type rakitt er vitamin-D-resistent (hypofosfatemisk rakitt). Tennene kan ved denne tilstanden ha defekt dentin, store pulpae med pulpahorn som strekker seg til emalje-dentingrensen og kan utvikle nekrose og fisteldannelse på tenner som ikke har karies. Denne typen rakitt er en arvelig genetisk sykdom og den vanligste form for rakitt i vestlige land (21).

Emaljedefekter og residiverende aftøse ulcerasjoner kan være eneste manifestasjonen av sykdommen cøliaki. Det er rapportert at prevalensen av emaljedefekter hos pasienter med cøliaki varierer fra 38 % til 96 % (18). Emaljedefektene kan være opasiteter, pits og emaljehypoplasier liknende de som kan oppstå ved rakitt (figur 10). Cøliaki er intoleranse mot gluten forårsaket av autoimmune mekanismer hos individer som er genetisk disponert (22).

Lokale mineraliseringsforstyrrelser

Mineraliseringsforstyrrelser i en eller flere tenner kan forårsakes av tidlige traumer i primære tenner og av infeksjon i primære tenner oftest som følge av grav karies, såkalte Turnertenner. Alvorlighetsgraden av forstyrrelsene kan variere fra en mindre opasitet i emaljen til hypoplasi med manglende emalje og forandret krone- og rotmorfologi. Forandring etter traume eller infeksjon er avhengig av faktorer som tidspunkt i den permanente tannens utvikling, skadens alvorlighetsgrad og skadens varighet. (23)

Tabell 2. Antall og andel klinikere som hadde observert ulike tannutviklingsforstyrrelser hos egne pasienter

Observerte utviklingsforstyrrelser	Klinikere	
	n	%
MIH	83	98
Fluorose	82	97
Amelogenesis imperfekta	52	61
Dentinogenesis imperfekta	17	20
Andre typer av utviklingsforstyrrelser	16	19

Tabell 3. Kliniske følgetilstander hos pasienter med MIH. Antall og andel klinikere som hadde observert forskjellige følgetilstander and antall og andel klinikere som oppga tilstanden som den vanligste følgetilstanden

Følgetilstand	Klinikere som hadde observert følgetilstand		Klinikere som anga tilstanden som vanligste følge	
	n	%	n	%
Karies	67	79	30	35
Hypig revisjon av fyllinger	66	78	10	12
Angst og vegring	60	71	6	7
Andre følger	30	35	2	2
Ingen følger	3	4	0	-

Tabell 4. Behandlingstyper ved MIH. Antall og andel klinikere som benyttet behandlingen

	Klinikere	
	n	%
Fylling med kompositt	56	66
Fylling med glassionomer	48	57
Ekstraksjon	34	40
Stålkroner	18	21
Permanent kroneterapi	11	13

Erfaring med mineraliseringsforstyrrelser i emaljen i klinikken

Av tannlegene svarte 47 av 56 (84 %) og av tannpleierne svarte 38 av 41 (93 %). Gjennomsnittsalder var 46 år (sd=13,9) for tannlegene og for tannpleiere 41 år (sd=14,7). Av deltakerne oppga 77 % at de var kvinner og 9 % at de var menn, mens 14 % ikke anga kjønn. Av deltagerne hadde 90 % eksamen fra Skandinavia, 7 % fra andre land og 3 % svarte ikke.

Tannpleierne og tannlegenes erfaringer med diagnostisering, behandling og konsekvenser av mineraliseringsforstyrrelser var ikke statistisk signifikant forskjellige og presenteres derfor samlet for klinikkerne.

Klinikkerne rapporterte å observere emaljeforstyrrelser ofte; 14 % rapporterte å observere emaljeforstyrrelser daglig, 25 % ukentlig og de resterende rapporterte å observere emaljeforstyrrelser et par ganger i måneden. Tabell 2 viser hvilke emaljeforstyrrelser klinikkerne rapporterte å ha observert i klinikken. Nær 100 % oppgav at de hadde observert MIH og dental fluorose.

Omtrent en tredjedel av klinikkerne oppgav at de var sikre når de stilte diagnose, nesten halvparten av klinikkerne (46 %) oppgav at de av og til følte seg usikre mens 17 % svarte at de var usikre ved diagnostikk av emaljeforstyrrelser. Over halvparten av klinikkerne (57 %) rapporterte at de hadde henvist pasienter videre for diagnostikk av emaljeforstyrrelse.

Tabell 3 viser hvilke kliniske følgetilstander klinikkerne rapporterte å observere hos pasienter med MIH. Karies var det problemet som flest klinikere (35 %) anga som vanlig følge av MIH. De fleste klinikere, over 70 % rapporterte å ha observert både karies, hyppig revisjon av fyllinger og angst og vegring hos pasienter med MIH.

Tabell 4 viser de behandlingstyper som oftest ble utført ved MIH. De fleste klinikere oppgav at de vanligste behandlingene var fylling med kompositt og glassionomer.

De fleste klinikere (91 %) rapporterte at de hadde hatt undervisning om emaljeforstyrrelser i grunnutdanningen, og to tredjedeler av klinikkerne (67 %) oppgav at de hadde deltatt på etterutdanningskurs om temaet. Nær 100 % av tannpleiere og tannleger rapporterte at de ønsket mer kunnskaper om emaljeforstyrrelser.

Diskusjon

Hovedmålet med denne undersøkelsen var å kartlegge offentlig ansatte tannlegers og tannpleieres kunnskap om og erfaringer med mineraliseringsforstyrrelser i emalje. Klinikere i Oslo rapporterte at MIH og dental fluorose var vanlige funn i klinikken; nær 100 % hadde observert MIH og dental fluorose og en tredjedel rapporterte å diagnostisere mineraliseringsforstyrrelser ukentlig eller oftere. De rapporterte at disse forstyrrelsene var ressurs- og behandlingkrevende med konsekvenser som karies, hyppig revisjon av fyllinger og angst for tannbehandling.

Det er ikke grunn til å tro at forholdene i Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo, hverken pasientene eller tannleger og tannpleiere skiller seg vesentlig fra forholdene i andre områder. Det er sannsynlig at klinikernes erfaringer er representative for situasjonen ved offentlige tannklinikker i Norge. Undersøkelsen var en spørreundersøkelse og svarene var basert på klinikernes erfaringer. Det er derfor usikkerhet ved de absolutte tallene. Det er ingen grunn til å tro at deltagerne bevisst har under- eller overrapportert.

MIH var den mineraliseringsforstyrrelsen som oftest ble observert av klinikkerne i Oslo. Dette er i samsvar med resultatene i en spørreundersøkelse blant pedodontister i 31 europeiske land der nesten alle (97 %) svarte at de var godt kjent med MIH (24).

Tannleger og tannpleiere i Oslo rapporterte at de observerte mange konsekvenser av MIH hos sine pasienter. I tillegg til de rapporterte konsekvensene i denne studien er det registrert i andre studier at mange pasienter opplever ising (25). Forekomst av ising ble ikke kartlagt i denne undersøkelsen. Resultatene er i samsvar med studier fra andre land, som har rapportert mange behandlingssesjoner og hyppig revisjon av fyllinger hos pasienter med MIH (10, 26, 27). Jälevik og Klingberg (26) fant at barn med MIH før 9-års alder hadde fått behandling av første permanente molarer 10 ganger så ofte som barn uten MIH. I en europeisk spørreundersøkelse ble det rapportert om MIH av 53 pedodontister fra 29 land. Majoriteten av disse anså MIH for å være et klinisk problem (27).

Klinikerne i denne undersøkelsen oppgav at de ofte observerte angst og vegring blant pasienter med MIH. Dette er i tråd med en undersøkelse av Jälevik og Klingberg (26) som rapporterte angst dobbelt så hyppig blant barn med MIH som blant barn uten mineraliseringsforstyrrelse. Angst og vegringsproblematikk kan ha sammenheng med at ising i forbindelse med MIH erfaringsmessig er hyppig.

De fleste klinikerne rapporterte at barn med MIH oftest ble behandlet med fyllinger, noe mindre hyppig med ekstraksjon og sjelden med stålkrone- eller annen kroneterapi. I en studie av 18-åringer med MIH er det rapportert at ingen pasienter var behandlet med stålkrone (27). Ekstraksjon av permanente molarer som er alvorlig affiserte med MIH anbefales som et godt behandlingsalternativ (28). Ekstraksjon utføres oftest før erupsjon av andre permanente molar når dannelsen av bi- eller trifurkasjonen kan observeres radiologisk, og i mange tilfeller oppstår spontan lukelukkning både i over- og underkjeve. I denne undersøkelsen var dette et behandlingsalternativ som ble angitt av 40 % av tannlegene og tannpleierne. Erfaringsmessig benyttes fluor ofte ved ising i tenner, og i tillegg til annen behandling prøves fluorpensling ofte for å lindre smerter ved mineraliseringsforstyrrelser.

Relativt mange klinikere rapporterte observasjon av de arvelige mineraliseringsforstyrrelsene amelogenesis imperfecta og dentinogenesis imperfecta. Henholdsvis halvparten av klinikerne og en femtedel av klinikerne hadde observert amelogenesis imperfecta og dentinogenesis imperfecta. Sammenliknet med den lave prevalensen av disse arvelige mineraliseringsforstyrrelsene virker de rapporterte tall på observasjoner høyt. En forklaring kan være at pasienter med amelogenesis imperfecta og dentinogenesis imperfecta ofte har store behandlingsbehov som medfører mange klinikkbesøk fordelt over mange år og at flere behandlere over tid observerer disse pasientene.

Nesten alle klinikere oppgav at de hadde hatt undervisning om mineraliseringsforstyrrelser i grunnutdanningen, og de fleste rapporterte at de hadde deltatt på kurs om mineraliseringsforstyrrelser. På tross av dette var det bare omtrent en tredjedel av klinikerne som følte seg sikre i diagnostikk av mineraliseringsforstyrrelser. Dette kan forklare hvorfor over halvparten av klinikerne rapporterte at de hadde henvist pasienter med mineralise-

ringsforstyrrelser videre. Det kan også delvis forklare klinikernes ønske om flere kurs om mineraliseringsforstyrrelser.

Denne undersøkelsen viste at mineraliseringsforstyrrelser og særlig MIH var vanlig i tannlegers og tannpleieres hverdag, krever mye behandling og dermed legger beslag på betydelige ressurser. Klinikere henviste ofte pasienter med utviklingsforstyrrelser, dette kan tyde på behov for spesialistbehandling. Resultatene viste videre at en stor del av tannleger og tannpleiere ønsket oppdatering av kunnskapene om mineraliseringsforstyrrelser.

Takk

Forfatterne takker tannleger og tannpleiere i Oslo offentlige tannhelsetjeneste for at de villig deltok i spørreundersøkelsen. Tannhelsetjenestens ledelse takkes for tilrettelegging og tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen.

English summary

Clasen ABS, Wang NJ.

Developmental disturbances in enamel. Experiences of dental clinicians

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 764–70

The purpose of this paper was to present common developmental disturbances in enamel and dentin, and to study the experience of dentists and dental hygienists in The Public Dental services in Oslo regarding diagnosis, treatment and consequences of developmental disturbances. MIH, dental fluorosis, amelogenesis imperfecta, enamel hypoplasia caused by rickets, enamel defects caused by celiac disease and dentinogenesis imperfecta are described. Dentists and dental hygienists reported that they frequently observed developmental disturbances in enamel. Nearly 100 % reported that they had observed MIH and dental fluorosis. The majority of the clinicians reported that caries, frequent revision of fillings, fear and behavioral management problems were common in patients with MIH. The most frequent treatments of MIH were filling with composite and glassionomer. Most of the clinicians, 60 percent, felt uncertain when diagnosing developmental disturbances in enamel and nearly all wanted more knowledge about developmental disturbances.

Referanser

1. Holloway PJ, Ellwood RP. The prevalence, causes and cosmetic importance of dental fluorosis in the United Kingdom: a review. *Community Dent Health*. 1997; 1: 148–55.
2. Statistisk sentralbyrå (SSB). <https://statbank.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse> Tabell 06141 (lest 26.09.2016).
3. Jälevik B. Prevalence and diagnosis of Molar-Incisor-Hypomineralisation (MIH): A systematic review. *Eur Arch Paed Dent*. 2010; 11: 59–64.
4. Wogelius P, Haubek D, Poulsen S. Prevalence and distribution of demarcated opacities in permanent 1st molars and incisors in 6–8-years-old Danish children. *Acta Odontol Scand*. 2008; 66: 58–64.
5. Wang NJ, Gropen A-M, Øgaard B. Risk factors associated with fluorosis in a non-fluoridated population in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 396–401.
6. Pendrys DG, Haugejorden O, Bårdsen A, Wang NJ, Gustavsen F. The risk of enamel fluorosis and caries among Norwegian children.

- Implications for Norway and the United States. *JADA*. 2010; 141: 401–14.
7. Rajendran R. *Shafer's textbook of oral pathology*. Amsterdam, Elsevier 2007.
 8. Witkop CJ. Hereditary defects in enamel and dentin. *Acta Genet Med Gemollol*. 1957; 7: 236–9.
 9. Kim JW, Simmer JP. Hereditary defects. *J Dent Res* 2007; 86: 392–99.
 10. Weerheijm KL, Jälevik B, Alaluusua S. Molar-Incisor Hypomineralisation. *Caries Res*. 2001; 35: 390–1.
 11. Weerheijm KL. Molar incisor hypomineralisation (MIH). *Eur J Paed Dent*. 2003; 3: 115–20.
 12. Crombie F, Manton DJ, Palamara JEA, Zaluzniak I, Cochrane NJ, Reynolds EC. Characterisation of developmentally hypomineralised human enamel. *J Dent*. 2013; 41: 611–8.
 13. Lygidakis NA, Dimou G, Marinou D. Molar-Incisor-hypomineralisation (MIH). A retrospective clinical study in Greek children. II Possible medical aetiological factors. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2008; 9: 207–17.
 14. Koch G, Hallonsten A-L, Ludvigsson N, Hansson BO, Holst A, Ullbro C. Epidemiologic study of idiopathic enamel hypomineralization in permanent teeth of Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987; 15: 279–85.
 15. Alaluusua S, Lukinmaa P-L, Vartiainen T, Partanen M, Torppa J, Tuomisto J. Polychlorinated dibenzo-p-dioxins and dibenzofurans via mother's milk may cause developmental defects in the child's teeth. *Environ Toxicol Pharmacol*. 1996; 15: 193–7.
 16. Jälevik B, Norén JG, Klingberg G, Barregård L. Etiologic factors influencing the prevalence of demarcated opacities in permanent first molars in a group of Swedish children. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 230–4.
 17. Fagrell TG, Ludvigsson J, Ullbro C, Lundin S-Å, Koch G. Aetiology of severe demarcated enamel opacities – an evaluation based on prospective medical and social data from 17,000 children. *Swed Dent J*. 2011; 35: 57–67.
 18. Fejerskov O, Larsen MJ, Richards A, Baelum V. Dental tissue effects of fluoride. *Adv Dent Res*. 1994; 8: 15–31.
 19. Raadal M. Amelogenesis imperfecta. Patogenese, klassifikasjon og terapi. *Nor Tannlegeforen Tid*. 1985; 95: 605–12.
 20. Barron MJ, McDonnell ST, MacKiel I, Dixon MJ. Hereditary dentine disorders: dentinogenesis imperfecta and dentine dysplasia. *Orphanet J Rare Disord*. 2008; 3: 31.
 21. Rasmussen P, Raadal M. Kalsiumstoffsiftet, rakitt og tannutvikling. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2001; 111: 328–35.
 22. Wierink CD, Van Diermen DE, Aartman IHA, Heymans HSA. Dental enamel defects in children with coeliac disease. *Int J Paed Dent*. 2007; 17: 163–8.
 23. Espelid I, Haubek D, Jälevik B. Developmental defects of the dental hard tissues and their treatment. I: Koch G, Poulsen S. *Pediatric Dentistry. A clinical approach*. Copenhagen, Wiley-Blackwell, 2009.
 24. Weerheijm KL, Mejare I. Molar incisor hypomineralization: a questionnaire inventory of its occurrence in member countries of the European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). *Int J Paed Dent*. 2003; 13: 411–6.
 25. Fagrell T. *Molar Incisor Hypomineralisation*. Gothenburg, Swed Dent J. Suppl 216, 2011.
 26. Jälevik B, Klingberg G. Dental treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars. *Int J Paed Dent*. 2002; 12: 24–32.
 27. Jälevik B, Klingberg G. Treatment outcomes and dental anxiety in 18-year-olds with MIH, comparisons with healthy controls – a longitudinal study. *Int J Paed Dent*. 2012; 22: 85–91.
 28. Jälevik B, Möller M. Evaluation of spontaneous space closure and development of permanent dentition after extraction of hypomineralized permanent first molars. *Int J Paed Dent*. 2007; 17: 328–35.

Adresse: Anne Beate Sønju Clasen, Spesialavdelingen, Avdeling for tannhelsetjenesten, Helseetaten, Oslo kommune, Pb 9112 Grønland, 0133 Oslo. E-post: anne.b.sonju.clasen@hel.oslo.kommune.no

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.

TGS

TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



INTRODUCING XO FLEX

In tune with the legendary Flex unit concept, we hereby present XO FLEX. A unit based on more than 65 years of experience, continuous product development and refinement of detail.

Visit xo-care.com or meet us at XO DENTAL DIALOGUE event and learn more about all the advantages of your new XO FLEX unit.

EXTRAORDINARY DENTISTRY



Silje Jordahl Bach, Elaha Nazari, Janicke Liaaen Jensen, og Tore Bjørnland

Keratocystisk odontogen tumor

En retrospektiv kvalitativ undersøkelse av forekomst og residiv etter kirurgisk behandling

Denne undersøkelsen er en retrospektiv kvalitetsstudie, der cystektomier og cystostomier fra perioden 2004–2014 ble analysert.

Målet med undersøkelsen var å evaluere forekomsten av keratocystisk odontogen tumor (KOT) blant alle cyster operert i perioden, samt å vurdere om tentativ diagnose ved operasjonstidspunktet påvirket residivtendensen av denne tumoren.

Faktiske cyster operert i perioden var 223, de øvrige inngrepe- ne var eksplorative oppklappinger og behandling av andre pato- logiske prosesser. Hyppigst forekommende cyster var follikulær- cyste (32 %) etterfulgt av KOT (20 %).

27 pasienter med 45 kirurgiske inngrep fikk diagnosen KOT, 13 kvinner og 14 menn. Gjennomsnittsalder ved diagnosetidspunkt var 40 år, noe lavere for kvinner enn menn. 68 % av cystene fore- kom i underkjeven, med posteriore områder hyppigst affisert i begge kjever. Residivraten var 25 % for begge kjønn.

De fleste residiv forekom i løpet av de første fem årene, hyp- pigst posteriort i mandibula. 38 % av tumorene var korrekt diag- nostisert dersom KOT var en av flere mulige tentative diagnoser preoperativt.

Forekomst av KOT sammenfaller med tidligere rapporter. Kan- skje er behandlingsmodaliteten mer avgjørende for residivten- densen, da tentativ diagnose ikke påvirker denne ved lik behand- ling.

Begrepet odontogen keratocyste ble introdusert av Phi- lipsen i 1956 på bakgrunn av daværende misvisende betegnelse kolesteatom, og inkluderte alle kjevecyster med innhold av keratin (1). Inndelingen ble støttet av Pind- borg og Hansen (2), men Shear (3), Toller (4) og Browne (5) hevdet derimot at den odontogene keratocysten var en egen entitet. Histologiske og kliniske karakteristika for cysten ble videre beskrevet av Browne i 1970–1971 (6).

Etter siste WHO-klassifikasjon av tumores i hode- og hals- regionen fra 2005 har odontogen keratocyste blitt klassifisert som en benign tumor, keratocystisk odontogen tumor (KOT). Dette grunnet neoplastiske egenskaper som lokal destruksjon, infiltrerende vekst, høy residivtendens og mulighet for malign transformasjon (7). Den ortokeratiniserte varianten av cysten viser ikke disse egenskapene, og beholdt den opprinnelige klassifikasjonen, ortokeratinisert odontogen cyste.

Ifølge samme WHO-inndeling defineres KOT som «en benign uni- eller multicystisk, intraossøs tumor av odontogen opprinnelse, med en karakteristisk parakeratinisert plateepi- telkledning og potensielt aggressiv eller infiltrerende optren- den. Den kan være solitær eller multipel (7).

Gorlin og Goltz beskrev i 1960 forekomsten av blant annet basalcelleepiteliomer, kjevecyster og bifide ribben som et eget syndrom, nevoid basalcellekarsinom syndrom (NBCCS) (8). Arvemønster er autosomal dominant, og prevalens er 1: 57 000. KOT er en av de mest konsistente egenskapene, og forekommer hos 74 % av pasientene (9).

Forfattere

Silje Jordahl Bach, tannlege Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Elaha Nazari, tannlege Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

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

Manuset er basert på en masteroppgave ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo våren 2016.

Hovedbudskap

- KOT utgjør en femtedel av opererte cyster ved Det onto- logiske fakultet, UiO, i perioden 2004–2014.
- En fjerdedel av disse tumores oppviste residiv.
- I kun drøyt en tredjedel av tilfellene var KOT tentativt dia- gnotisert korrekt.
- Korrekt tentativ diagnose ga ikke færre residiv med samme behandlingsform.

KOT utgjør 9,8 % – 11,7 % av odontogene cyster og 36,6 % av odontogene tumores (10, 11). Forekomsten er størst i aldersgruppen 20–30 år, men det er også vist en bimodal aldersforekomst med et senere toppunkt ved 50 års alder eller senere (12). Den sees også hyppigere hos menn enn kvinner. For pasienter med multiple lesjoner, med eller uten NBCCS, er gjennomsnittsalder noe lavere. Underkjeven er oftere rammet enn overkjeven, og i begge tilfeller hyppigst i de posteriore områder (7). Lesjonene er ofte asymptomatiske, men kan i noen tilfeller føre til hevelse, smerte eller drenering av puss (13).

Røntgenologisk opptrer KOT som en uni- eller multilokulær oppklaring, hvor den unilokulære er dominerende. Marginene kan ha sklerotisk glatte eller bølgede avgrensninger, eller være diffuse. Vanligvis tas panoramarøntgen (OPG), men CT og MR kan være gode supplerende undersøkelser for vurdering av utbredelse og involvering av nærliggende strukturer. Forskyvning av tilgrensende strukturer har blitt rapportert, men resorpsjon av tenners røtter er uvanlig (14).

Et viktig klinisk trekk er den høye residivtendensen, og denne er høyere for multiple enn solitære lesjoner. For solitære KOT er det rapportert store variasjoner i andelen residiver, og data til og med 2001 viser en variasjon fra 3 % – 62 % (12). Inkluderes nyere forskning, rapporteres en residivrate i underkant av 30 % (15, 16). Det er også vist varierende residivrate for ulike behandlingsmodaliteter som enkel enukleasjon, enukleasjon med adjuvant

terapi som kryokirurgi, Carnoys væske eller perifer osteotomi, dekompresjon, marsupialisasjon, eller radikal reseksjon (17–19).

Diagnosen bekreftes først ved histopatologisk undersøkelse. KOT viser parakeratinisering av plateepitelkapselen som er 5–8 cellelag tykk uten retelister (epitelnedbuktning i bindevev), og deskvamert keratin kan finnes i cystekaviteten. Basalcellene er palisadestilte (tett oppstilte på rekke) sylindriske eller kubiske med omvendt polaritet og er sterkt basofile. Spredte mitoser sees suprabasalt. Epitelial dysplasi kan forekomme, men malign transformasjon til plateepitelkarsinom er sjeldent (6, 7).

Målet med undersøkelsen var å evaluere forekomsten av keratocystiske odontogene tumores (KOT) blant alle cyster operert i perioden 2004–2014 ved Det odontologiske fakultet, UiO, samt å vurdere om tentativ diagnose ved operasjonstidspunktet påvirket residivtendensen av denne tumoren.

Materiale og metoder

Vi ønsket å undersøke antall cystektomier og cystostomier utført ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin i perioden 01.01.2004 til 31.12.2014. Ved denne avdelingen er cystektomi standard behandling av cyster, og innebærer enukleasjon kombinert med mekanisk kyretasje. I noen tilfeller registreres likevel behandlingen under taksten cystostomi, som etter «Forskrift om utgifter til tannlege» også inkluderer eksplorativ oppklapping (20).

Journalssystemet ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo foreligger hovedsakelig i to former; arkiverte papirjournaler og det elektroniske journalssystemet Salud. For å få tilstrekkelig informasjon om pasientene i vår undersøkelse, var det nødvendig å gjennomgå begge systemer for hver enkelt pasient. Vi identifiserte aktuelle pasienter etter diagnosekode og behandlingskode, og noterte deretter følgende data i et Excel-dokument for videre analysering:

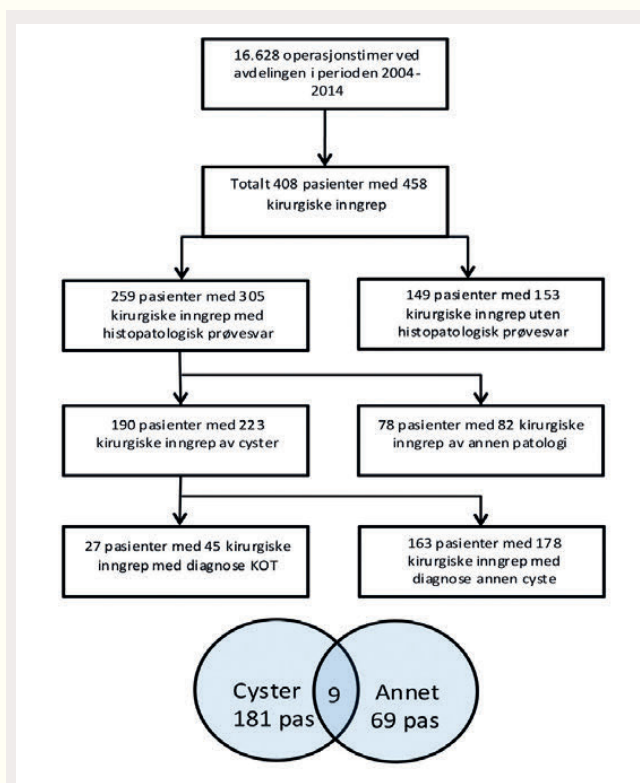
- Pasientnummer
- Kjønn
- Fødselsår
- Operasjonsdato
- Tentativ diagnose
- Histologisk diagnose
- Operasjonsdato residiv

Inklusjonskriterium: operert ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin i tidsrommet 2004–2014 under behandlingskode for cystostomi/cystektomi med histopatologisk beskrivelse av innsendt vev.

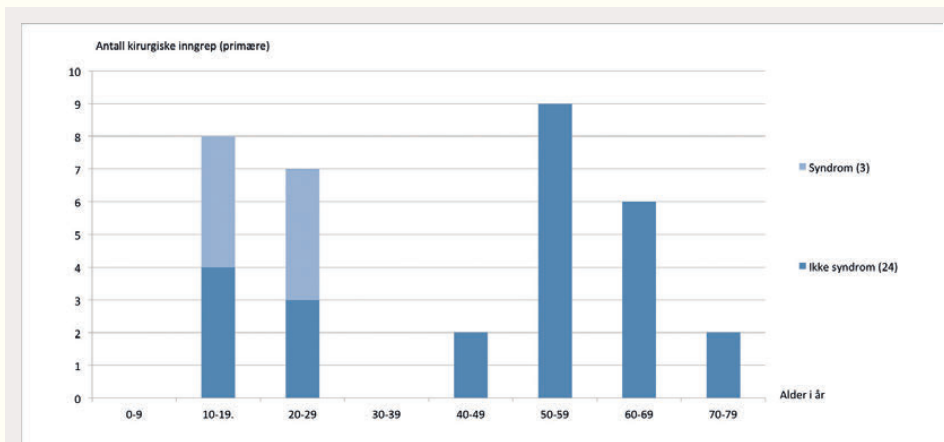
Eksklusjonskriterier: behandling utenfor dette tidsrom eller andre behandlingskoder. Pasienter hvis journaler hadde manglende informasjon eller dokumentasjon, herunder utførte kirurgiske inngrep uten histopatologisk beskrivelse.

I vår undersøkelse har vi valgt å inkludere pasienter med NBCCS, også kalt Gorlin-Goltz syndrom.

Se figur 1 for oversikt over fremgangsmetode.



Figur 1. Flyttdiagrammet (øverst) viser hvordan pasientutvalget i studien fremkom. Venndiagrammet (nederst) viser fordelingen mellom antall pasienter med cyster og andre diagnoser. Ni pasienter hadde både cyste og annen diagnose.

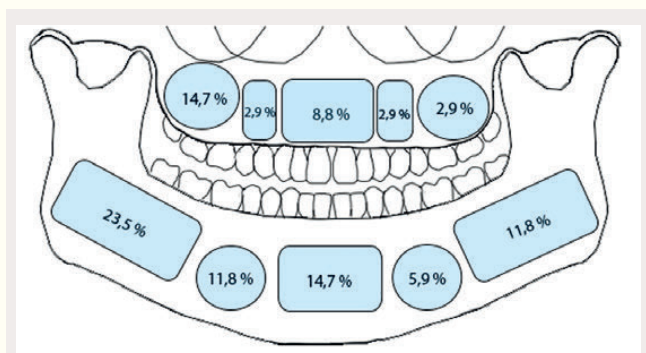


Figur 2. Søylediagrammet angir aldersfordelingen hos pasienter diagnostisert med KOT, kun primære tumores vises.

kulære og velavgrensede. I de resterende tilfellene var residivet noe større enn primærlesjonen.

Lesjoner med tentativ diagnose KOT eller KOT/annet viste en residivtendens på 46,2 % dersom man kun ser på residiv etter første operasjon. Raten synker til 30,4 % dersom alle residivoperasjoner hvor KOT er tentativ diagnose også regnes med. Ved annen tentativ diagnose som senere ble bekreftet histologisk som KOT, var tilsvarende residivtendens på 19 %. Follikulærcyste som tentativ diagnose viste flest residiv blant disse (figur 4b).

Figur 5 viser et pasientkasus behandlet ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin. Pasienten var en 64 år gammel frisk mann. Cyste i regio 11–16 ble tilfeldig oppdaget på OPG og viste størrelse 35mm x 35mm. Det var en fluktuerende hevelse i regio 14–11. Cysten ble behandlet med cystektomi, innholdet var pastøst, ben buccalt for alle tenner var intakt bortsett fra benete perforasjoner mesialt og distalt for tann 13. Det var vanskelig å løsne cysten mot nesegulvet og mellom tann 14 og 13. Cysten ble fjernet i to deler. Diagnosen KOT ble bekreftet histologisk etter biopsi. Det oppsto ingen komplikasjoner. Regelmessige etterkontroller viste god tilheling. OPG ved etterkontroll 18 måneder etter operasjon viste mulig residiv regio 12 apikalt, med



Figur 3. Forekomst av KOT i ulike områder er angitt i prosent. Fronttannsregion er mellom hjørnetennene, premolarregionen fra hjørnetann til første molar, og molarregion fra første molar og posterior for denne. Ved store cyste er lesjonens sentrum angitt.

størrelse 17mm x 13mm. Reoperasjon med cystektomi viste en benet perforasjon apikalt for 12 med tydelig cystekapsel, hvitt pastøst innhold, adherens til canalis incisivus palatinalt samt til tann 13, og den var svært vanskelig å fjerne. Grundig kyrretasje ble utført. Diagnosen KOT ble bekreftet histologisk også her. Etterkontroller viste god tilheling og ingen symptomer.

Diskusjon

Resultatene i denne undersøkelsen avviker noe fra foreliggende data hva gjaldt forekomst av ulike cyster,

forekomst av KOT, gjennomsnittsalder, kjønnsfordeling og tidsperiode for residivutvikling. Derimot var aldersspenn, residivtendens og tumorlokalisasjon tilsvarende andre studier. Korrelasjon mellom tentativ diagnose og residivtendens har ikke vært undersøkt tidligere, men undersøkelsen viste andre resultater enn forventet.

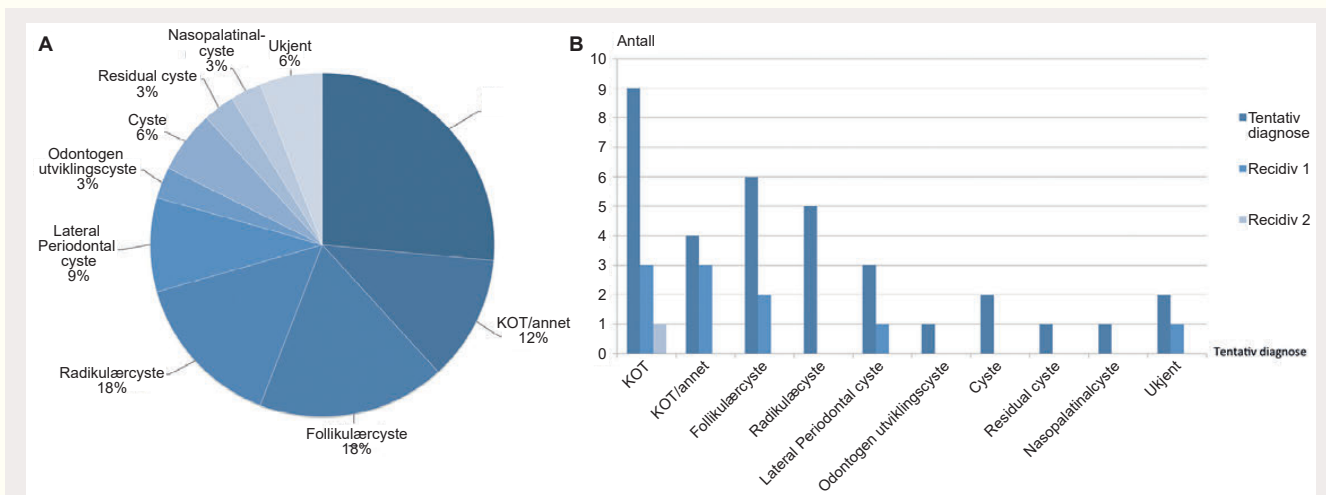
Rapportert forekomst av ulike cyster i denne studien viser ikke generell forekomst, men kun statistikk ved avdelingen. Johnson et al. rapporterte at radikulærcyster utgjorde over halvparten av kjevecyster, deretter follikulærcyster med ca. 20 % og KOT med 11,7 % (10). Antallet radikulærcyster i vår studie var betraktelig lavere, noe som til dels kan skyldes at mange av disse cystene for det første ikke henvises vår avdeling, dernest at de ble diagnostisert som «uspesifiserte cystiske forandringer» eller «inflammasjon». Da vår statistikk kun gjelder opererte cyster som var beskrevet med behandlingskode cyste/cystostomi, noe som i praksis vil si at små follikulærcyster ikke inngikk, vil også forekomsten av disse bli lavere, noe som igjen tilsier at forekomsten av KOT øker i vårt materiale.

Høyere andel KOT i vår studie kan også skyldes at utvalget er lite, og at forskningsmaterialet kommer fra en undervisningsinstitusjon som mottar både interne og eksterne henvisninger, samt utfører regelmessige kontroller hos allerede opererte pasienter. Vi valgte også å inkludere pasienter med NBCCS, hvor KOT hyppig opptrer, mens det ikke er inkludert/spesifisert i mye av materialet vi har sammenliknet med.

For pasientene i vårt utvalg var aldersspennet, som strakk seg fra andre til åttende tiår, ganske tilsvarende andre studier, hvor det også involverte første og niende tiår (14). Gjennomsnittsalderen var noe høyere i vår studie, med ca. 9 års forskjell.

Kjønnsfordelingen blant pasientene i denne studien var ganske jevn med ratio 1,08: 1 for menn: kvinner. Dette avviker fra en nyere studie av Berge et al. fra 2016 hvor det ble rapportert en fordeling på 1,8: 1 mellom henholdsvis menn og kvinner (21).

Residivtendensen i denne studien på ca. 30 % samsvarer med nyere tall fra andre studier. Andre studier har rapportert en høyere residivrate blant syndrompasienter enn hos dem uten syn-



Figur 4 A–B. A: Kakediagrammet viser fordelingen av tentative diagnoser som senere ble histopatologisk verifisert som KOT. B: Søylediagrammet viser forekomst av residiv i henhold til tentativ diagnose.

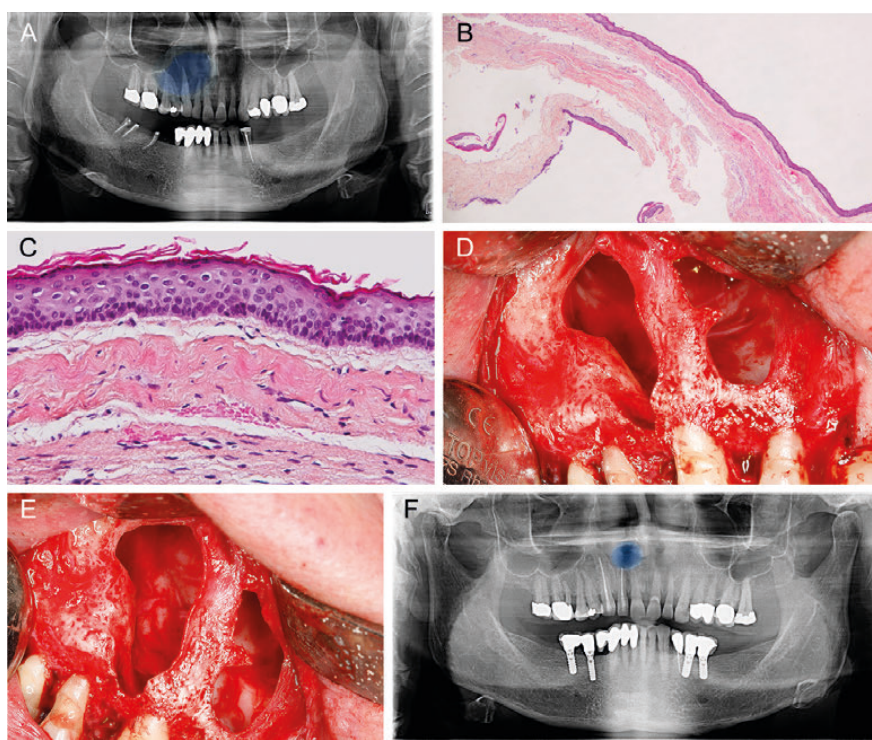
drom, hvor NBCCS-pasienter viser residiv i 50% av tilfellene (16). En nyere studie av syv NBCCS-pasienter med 17 tumores rapporterte en residivrate på 12% i løpet av studiens varighet på elleve år (22). Innenfor perioden 2004–2014 i vår studie var det samme tendens hos begge gruppene. Dette kan forklares av studiens tiårige tidsramme.

Det var mandibula posterior som oppviste flest residiv i vår studie. Nyere forskning støtter dette funnet, og rapporterer også at de største tumorene var lokalisert til underkjevens posteriore områder (21). Muligens finnes en sammenheng mellom disse funnene da det kan tenkes at større tumores er vanskeligere å fjerne i sin helhet.

Tidsperioden fra behandling til utvikling av nytt residiv var noe kortere i vår studie med et gjennomsnitt på 2,8 år versus 4,4 år rapportert av Berge et al. 2016 (21). Sammenlikning av kjønnene viste også at det tok dobbelt så lang for kvinner som for menn å utvikle residiv. Disse kjønnsforskjellene har ikke blitt kommentert i sammenliknbare studier, og det er usikkert hva det skyldes da pasientene har samme oppfølgingsrutiner.

Enukleasjon med kyretasje er standard behandling ved cystektomi ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin. Studier fra de tre siste årene viser at ulike behandlingsmodaliteter gir ganske ulik residivforekomst. Ved

radikal behandling som kirurgisk reseksjon forekommer ingen til få residiver i etterkant. Denne behandlingen har høy morbiditet,



Figur 5 A–F. A: Panoramarøntgen tatt før det kirurgiske inngrepet i 2009. Cysten er markert med blått og strekker seg fra midtlinjen ved septum nasi til regio 16. B: Mikroskopisk oversiktsbilde av biopsipreparat fra 2011 (residiv). Histologisk diagnose: KOT. Den tynne, skjøre tumorkapselen har foldet seg om seg selv, og den gjengis derfor dobbelt i preparatet med epitelet perifert. Epitelaget er tynt, har en keratinisert overflate og er understøttet av bindevev. Lysmikroskop. Forstørrelse 2x. H&E-farget. C: Høyere forstørrelse av tumorkapselen. Basalcellene er palladestilte med de hyperkromatiske cellekjernene beliggende vekk fra basalmembranen. Et tynt lag keratin med deskvasjon sees over det ca. 6 cellelag tykke epitelet. Det er ingen epitelprojeksjoner inn i det underliggende bindevevet. Lysmikroskop. Forstørrelse 20x. H&E-farget. D–E: Foto regio 11–16 tatt etter enukleasjon av primærtumor i 2009. Det sees perforasjon av buccale benlamell med en gjenværende bro av ben regio 13. F: OPG fra 2011 som viser residiv av KOT regio 12. Cysten er markert med blått.

og ønskes ikke brukt som behandling for en benign patologisk tilstand som KOT med mindre situasjon eller omfang tilsier det. Enukleasjon med adjuvant terapi viser noe lavere residivrate enn med enukleasjon alene, men har svakheter som fare for nekrose av bløtvev ved kryokirurgi, cytotoxisitet ved Carnoy's løsning og svekkelse av ben ved større ostektomi. Cystostomi alene viser en residivtendens på rundt 30 %, dette kan muligens tenkes å ha en sammenheng med etterlatt tumorepitel i kjeven. En nyere og alternativ teknikk som kombinerer en initial utluftning før enukleasjon med perifer ostektomi viser foreløpig lovende resultater. Ved denne vil den opprinnelige tumoren krympe, slik at den lettere kan fjernes i sin helhet (19).

Angående korrelasjon mellom tentativ diagnose og residivtendens, har det vært vanskelig å finne data på dette i annen litteratur. Da man har kunnskap om satellittcyster ved KOT og høy residivtendens, kunne man anta at operatøren ville gå grundigere til verks i å sikre at alt tumorvev ble fjernet ved mistanke om denne tilstanden, og dermed få færre residiv. Denne hypotesen støttes ikke av resultatene i denne undersøkelsen, som derimot viser flere residiv i gruppen som preoperativt er tentativt diagnostisert som KOT. For å undersøke denne sammenhengen nærmere, er det nødvendig med mer forskning på området.

Blant de 458 «cystebehandlingene» var 153 inngrep eksplorative oppklappinger og 82 inngrep behandling av andre prosesser enn cyster. Trolig har disse blitt inkludert i vårt materiale fordi behandlingen cystostomi inkluderer eksplorative oppklappinger, at tentativ diagnose faktisk har vært cyste, eller at det ikke foreligger mer passende behandlingskoder enn cystektomi/cystostomi.

Konklusjon

KOT utgjør en betydelig del av opererte cyster ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, og viser høy residivtendens ved enkel enukleasjon som behandlingsform. Korrekt tentativ diagnose gir ikke færre residiver, og kun i én tredjedel av tilfellene var KOT korrekt diagnostisert før operasjon. For bedre å vurdere betydningen av tentativ diagnose på residivtendens, er det nødvendig med ytterligere forskning, med vurdering av de ulike behandlingsformer. Kanskje standard behandlingsregime bør revurderes i lys av nyere forskning som rapporterer lavere residivtendens ved andre behandlingsformer enn enkel enukleasjon.

Takk

Det rettes en stor takk til våre veiledere og personalet for øvrig ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, for god hjelp og tilrettelegging. Takk til dr. odont. Tine Merete Søland, førsteamanuensis ved Institutt for oralbiologi ved Det odontologiske fakultet, UiO, for hjelp til mikroskopering- og fotografering av histologiske snitt. Det ble innvilget sommerstipend 2015 for arbeid med denne undersøkelsen, under prosjektet «kvalitetssikring av behandling ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin».

English summary

Bach SJ, Nazari E, Jensen JL, Bjørnland T.

Keratocystic odontogenic tumor – a retrospective analysis of prevalence and clinical presentation

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 772–8

This study is a retrospective qualitative analysis of cystectomies and cystotomies performed at The Department for Oral Surgery and Oral Medicine, University of Oslo, during the period 2004–2014.

The aim was to evaluate the prevalence of keratocystic odontogenic tumors (KOTs), and to examine the correlation between tentative diagnosis and recurrence.

Among the 223 cysts treated, the most frequent were follicular cysts (32 %) and KOTs (20 %).

KOT were diagnosed in 27 patients, 13 women and 14 men. Average age was 40 years. Two thirds of the tumors were located in the lower jaw, and for both jaws the posterior regions were most commonly affected.

The recurrence rate was 25 % for both sexes. Tumors in the posterior mandible most frequently recurred.

KOT was correctly diagnosed in 38 % of cases when KOT was among the preoperative tentative diagnoses, and among these correctly diagnosed tumors, almost half recurred.

The prevalence of KOT is consistent with previous reports. The mode of treatment may be more important for the tendency to recur, considering tentative diagnosis show little significance when treated similarly.

Referanser

1. Philipsen HP. Om keratocyster (kolesteatomer) i kæberne. Tandlægebladet. 1956; 60: 963–80.
2. Pindborg JJ, Hansen J. Studies on odontogenic cyst epithelium. 2. Clinical and roentgenologic aspects of odontogenic keratocysts. Acta Pathol Microbiol Scand. 1963; 58: 283–94.
3. Shear M. Primordial cysts. J Dent Assoc S Afr. 1960; 15: 211–7.
4. Toller P. Origin and growth of cysts of the jaws. Ann R Coll Surg Engl. 1967; 40: 306–36.
5. Browne RM. The odontogenic keratocyst. Clinical aspects. Br Dent J. 1970; 128: 225–31.
6. Browne RM. The odontogenic keratocyst. Histological features and their correlation with clinical behaviour. Br Dent J. 1971; 131: 249–59.
7. Barnes L, Eveson J, Reichard P, Sidransky D. World health organisation classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IACR Press; 2005. p. 306–7.
8. Gorlin RJ, Goltz RW. Multiple nevoid basal-cell epithelioma, jaw cysts and bifid rib. A syndrome. N Engl J Med. 1960; 262: 908–12.
9. Kimonis VE, Goldstein AM, Pastakia B, Yang ML, Kase R, DiGiovanna JJ, et al. Clinical manifestations in 105 persons with nevoid basal cell carcinoma syndrome. Am J Med Genet. 1997; 69: 299–308.
10. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. J Investig Clin Dent. 2014; 5: 9–14.
11. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. J Oral Pathol Med. 2006; 35: 392–401.

12. Shear M, Speight PM. Cysts of the oral and maxillofacial regions. 4 ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 1–8.
13. Yang S-I, Park Y-I, Choi S-Y, Kim J-W, Kim C-S. A retrospective study of 220 cases of keratocystic odontogenic tumor (KCOT) in 181 patients. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2011; 23: 117–21.
14. Bhargava D, Deshpande A, Pogrel MA. Keratocystic odontogenic tumour (KCOT)—a cyst to a tumour. *Oral Maxillofac Surg.* 2012; 16: 163–70.
15. MacDonald-Jankowski DS. Keratocystic odontogenic tumour: systematic review. *Dentomaxillofac Radiol.* 2011; 40: 1–23.
16. Titinchi F, Nortje CJ. Keratocystic odontogenic tumor: a recurrence analysis of clinical and radiographic parameters. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 114: 136–42.
17. Patricio R, Ignacio R. Keratocystic odontogenic tumor: Clinicopathological aspects and treatment. *J Oral Res.* 2014; 3: 249–56.
18. Wushou A, Zhao Y-J, Shao Z-M. Marsupialization is the optimal treatment approach for keratocystic odontogenic tumour. *J Cranio-maxillofac Surg.* 2014; 42: 1540–4.
19. Pogrel MA. The keratocystic odontogenic tumour (KCOT) – an odyssey. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 44: 1565–8.
20. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom, FOR-2006–12–19–1579.
21. Berge TI, Helland SB, Sælen A, Øren M, Johannessen AC, Skar-tveit L, et al. Pattern of recurrence of nonsyndromic keratocystic odontogenic tumors. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol.* 2016; 122: 10–6.
22. Khaliq MI, Shah AA, Ahmad I, Hasan S, Jangam SS, Farah, et al. Keratocystic odontogenic tumors related to gorlin-goltz syndrome: A clinicopathological study. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2016; 6: 93–100.

Adresse: Tore Bjørnland. Geitmyrsveien 71, 0455 Oslo.
Telefon: 22 85 22 29. E-post: tore.bjornland@odont.uio.no.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Bach SJ, Nazari E, Jensen JL, Bjørnland T. Keratocystisk odontogen tumor. En retrospektiv kvalitativ undersøkelse av forekomst og residiv etter kirurgisk behandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 772–8



Prøv en stol
GRATIS
i 14 dager

SITT DEG STERK

Dynamostoler bruker kroppens naturlige balanse for å styrke musklene i rygg, nakke og skuldrer.

LIC Scadenta
Tlf. 67 80 58 80
www.licscadenta.no

dynamostol
SIT STRONG
+45 46 75 09 70
dynamostol.dk



Presisjon er alt. Derfor har vi gjennom 25 år med protekk 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 opp 1 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



Tine M Søland, Roshi Frafjord og Tore Solheim

Et tilfelle av sentralt ossifiserende fibrom

Sentralt ossifiserende fibrom er etter Stedmans Medical Dictionary (1995) «en smertefri, saktevoksende, ekspansiv, skarpt avgrenset benign fibroossøs tumor i kjevene som stammer fra celler i periodontalmembranen». På røntgenbilder er tumor først radioluscent, men blir mer og mer radio-opak etter som den blir eldre».

En 51 år gammel kvinne ble henvist til spesialist i oral kirurgi for fjernelse av en oppklaring på ca. 2 cm i diameter rundt rotspissen av 36. Pasienten hadde hatt vage symptomer fra venstre underkjeve i flere måneder og 36 reagerte negativt på vitalitetstest. Røntgenbildet viste en velavgrenset oppklaring hvor man kunne ane små beinbjelker som radioopake drag (figur 1). Det var ingen tydelige tegn til resorpsjon eller forskyvning av tannrøtter. Klinisk ble forandringen oppfattet som en cyste, men under operasjonen ble det kun funnet mykt beinvev som kunne skrapes ut og som ikke var festet til røttene på 36. Røttene på 36 hadde ingen beinstøtte. Det var ingen buccal/lingual beinekspansjon. Ameloblastom eventuelt keratocystisk odontogen tumor ble vurdert.

Oralpatologer ved Avdeling for patologi ved Rikshospitalet mottok et glass med 5 gråbrune vevsbiter som målte fra 3 til 9 mm. De var litt harde, men ble innstøpt og skåret uten dekalsinering.

Forfattere

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

Roshi Frafjord, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Sola tannlegesenter, Stavanger

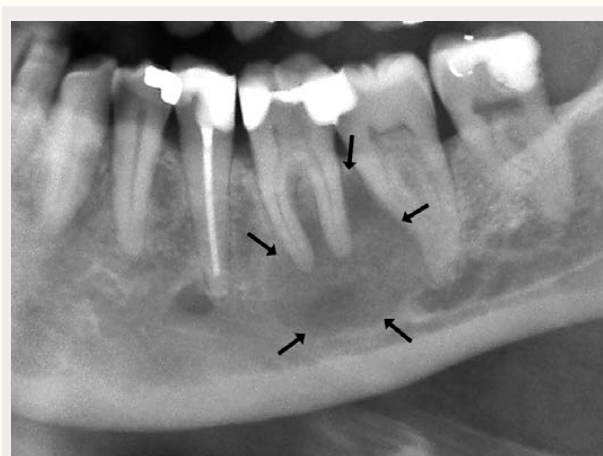
Tore Solheim, professor emeritus. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Histologi

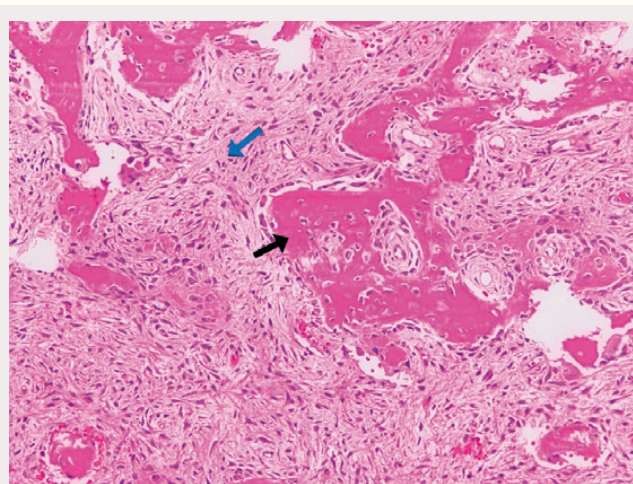
Mikroskopisk så man et tumorvev bestående av osteoid og uregelmessige kryssfibrede beintrabekler (figur 2) som var lite forkalket. Det var tydelig osteoblastsøm langs deler av beintrabeklene (figur 3). Beinmargen var fibrøs og uten påfallende infiltrasjon av kroniske betennelsesceller (figur 2). Tumorvevet var ikke kapselkledd og de mikroskopiske funnene var forenlige med et sentralt ossifiserende fibrom.

Diskusjon

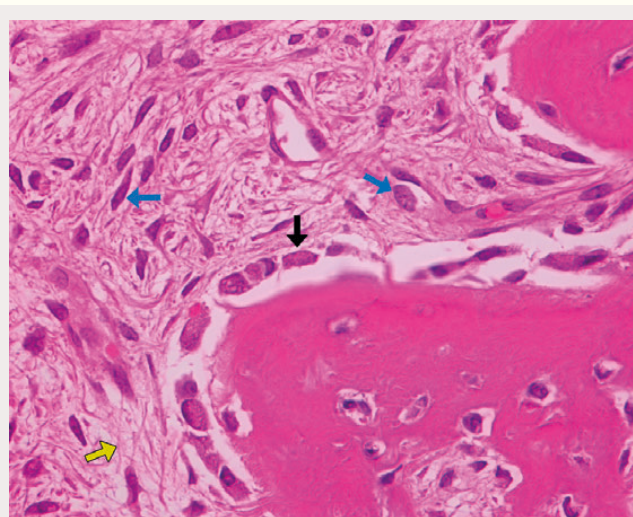
Det histologiske bildet passet verken med cyste, ameloblastom eller keratocystisk odontogen tumor. Fraværet av betennelsesceller var ikke forenlig med kronisk sklerotiserende osteomyelitt/ostitt. Derimot kunne det histologiske bildet passe med en fibroossøs lidelse. Av de to typiske fibroossøse lidelsene, sentralt ossifiserende fibrom og fibrøs dysplasi, ble sistnevnte utelukket på grunn av diffus røntgenologisk avgrensning. Det røntgenologiske og det histologiske bildet passet med et sentralt ossifiserende fibrom. Osteosarkom og be-



Figur 1. Utsnitt av venstre underkjeve (OPG). Tann 46 har en stor velavgrenset oppklaring rundt røttene med diameter på ca. 20 mm. Sammenlignet med en cyste er oppklaringen her litt lysere. Mikroskopisk kan dette forklares ved funn av delvis forkalket beinvev.



Figur 2. Mikrofotografi tatt med 10x objektiv. Her sees et nydannet osteoid/kryssfibret spongiøst beinvev (sort pil) og en fibrøs marg (blå pil). Det sees ingen betennelsesceller.



Figur 3. Mikrofotografi tatt med 40x objektiv fra samme område som figur 2. Her sees en osteoblastsøm på beinoverflaten (sort pil). Fibroblastene i margrommet er noe oppsvulmet (blå piler), og bindevevet er relativt finfibret (gul pil).

nignt osteoblastom passet ikke da både beinvevet og osteoblastene var regelmessige i vårt preparat. Ved osteoid osteom og periapikal semento-ossøs dysplasi kan man finne mindre radiologiske oppklaringer. Fravær av et sentralt sklerotisk område i foreliggende tumor passet ikke med osteoid osteom som også er forbundet med smerte. Periapikal sementoossøs dysplasi ses oftest apikalt i underkjeve front, men kan også forekomme i molarområdet slik som her. I det aktuelle kasus kunne det histologiske bildet og relasjon til rotspissen tale for en periapikal sementoossøs dysplasi. Florid sementoossøs dysplasi kan ha større radiologisk oppklaring som i vårt tilfelle, gjerne på flere tenner samtidig. Histologisk kan man ikke skille et sentralt ossifiserende fibrom og periapikal sementoossøs dysplasi. Basert på de kliniske og røntgenologiske funnene ble tilstanden vurdert som best forenlig med et sentralt ossifiserende fibrom.

Et sentralt ossifiserende fibrom opptrer inne i kjeven i motsetning til det perifere som finnes på gingiva. Man antar at tumor stammer fra periodontalmembranen (1). Tilstanden er relativt sjelden og forekommer hyppigst hos kvinner og helst i underkjevens premolar-molarområde (2). Pasientene er ofte mellom 30 og 40 år (1). Tumor vokser sakte, er som regel solitær og asymptomatisk, men med økende størrelse vil asymmetri og ekspansjon av kjevebeinet kunne gi symptomer (2,3). Forskyvning eller resorpsjon av tannrøtter kan også forekomme (1,2). Vår pasient hadde svake symptomer. Det er rapportert om traume i forbindelse med sentralt ossifiserende fibrom, men det er uklart om dette bidrar til utvikling av svulsten (4). En mer aggressiv form av sentralt ossifiserende fibrom, juvenilt ossifiserende fibrom, opptrer i overkjeven hos barn og unge (2). Det histologiske bildet er påfallende fibroblastrikt og residivtendensen er rapportert fra 30–58% (5,6).

Mikroskopisk sees uregelmessige beinbjelker med fibrøs marg, slik det ble funnet i vårt tilfelle. Beinbjelkene kan imidlertid i enkelte tilfeller ligne sement og danne mer runde strukturer. Dette har blitt kalt sementifiserende fibrom, sementoossifiserende fibrom eller psammomatoid ossifiserende fibrom (1). Man finner ofte osteoblaster langs beinoverflatene, men sjelden osteoklaster. Mengden av beinvev varierer. Nye/unge manifestasjoner viser lite beinvev mens det antas at de som har stått lenger inneholder mer. Margen er fibroblastrikt, og fibroblastene er oppsvulmede og mer spolfornede sammenlignet med vanlige fibroblaster. Vevet er relativt rikt på kollagene fibre, og som regel finner man ingen kapsel. Histologisk kan det være vanskelig å skille mellom et sentralt ossifiserende fibrom og fibrøs dysplasi. En mutasjon i GNAS I-genet er påvist hos pasienter med fibrøs dysplasi, men ikke hos pasienter med sentralt ossifiserende fibrom (7,2). Andre genetiske forandringer er funnet hos enkelte pasienter med ossifiserende fibrom (2). Foreløpig anvendes ikke genetiske analyser i diagnostikken av fibroossøse lidelser og diagnosen baseres på en samlet klinisk, røntgenologisk og histopatologisk vurdering. Dette viser viktigheten av at også patologen får tilgang til kliniske opplysninger og røntgenbilder.

Anbefalt behandling er kyretasje, og svulsten lar seg vanligvis skrelle ut. Oppfølging av pasienten anbefales selv om det sjelden sees residiv (8).

Takk

Takk til fotograf Per Gran på Institutt for oral biologi for hjelp med bilder.

English summary

Søland TM, Frafjord R, Solheim T.

A case of central ossifying fibroma

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 780–2

This article presents a 51 year old female with a radiolucency with a diameter of about 2 cm around the roots of tooth 36. It was originally diagnosed as radicular cyst, but during the operation no cyst lumen or liquid was found. A number of differential

diagnoses were assessed. Based on clinical, radiological and histopathological findings the lesion was diagnosed as a central ossifying fibroma. This is a rare benign tumour which is well demarcated and should only be removed with curettage. Follow up is recommended.

Referanser

1. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. J Oral Maxillofac Surg. 1993; 51: 828–35.
2. Regzi JA, Scuibba JJ, Jordan RCK. Oral pathology. Clinical pathologic correlations. Oxford: Elsevier Saunders 2012; sixth ed. p. 294–6.
3. Ram R, Singhai A, Sighai P. Cemento-ossifying fibroma. Contemp Clin Dent. 2012; 3: 83–5.
4. Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, Requeni-Bernal J. Cemento-ossifying fibroma of the mandible: Presentation of a case and review of the literature. J Clin Exp Dent. 2011; 3: e66–9.

5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillo-facial pathology. 2nd ed. Saunders; 2002. p. 563–6.
6. Wiedenfeld KR, Neville BW, Hutchins AR, Bell RA, Brock TR. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla in a 6-year-old male: a case report. Pediatric dentistry. 1995; 17: 365–7.
7. Toyosawa S et al. Ossifying fibroma vs fibrous dysplasia of the jaw: Molecular and immunological characterization. Modern Pathol. 2007; 20: 389–96.
8. Bal Reddy P, Sridhar Reddy B, Prasad N, Kiran G, Karthik P. Central ossifying fibroma of the mandible: An unusual case report. J Clin Diagnost Res. 2012; 6: 539–41.

Kontaktperson: Tore Solheim, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. E-post: solheim@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Søland TM, Frafjord R, Solheim T. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 780–2.

Synet styrer din arbeidstilling Se bedre, lev bedre!

Vår filosofi handler om kvalitet og omtanke i alle ledd.

Våre spesialbriller og lupar gir ikke bare bedre syn. Unik optikk i kombinasjon med kunnskap om ergonomi gir en helt ny arbeidsstilling. En arbeidsstilling som beskytter aksler og nakke og som hjelper våre kunder til et bedre liv.



MO TTL



MO Prism



MO Flip-up



MO VinKep



MO Wing



MO Balansstol

ERG OPTIKK
– et bedre liv

www.ergooptikk.no

MERIDENT OPTERGO
OPTICAL ERGONOMIC SOLUTIONS

www.meridentoptergo.com



Blå julegaver!



NOOR[®]
SMYKKER SOM SKAPER MAGI

Diamantsmykker i 585-gull med safir eller London blue topas
www.noorsmykker.no

**VI KJØPER
ELLER RAFFINERER:**

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

**OPPGJØR
ETTER EGET VALG:**

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

**SEND OSS DITT
DENTALSKRAP**
og/eller kjøp smykker til de
spesialpriser som gjelder
kun for dentalbransjen.



NOOR EDELMETALL AS

Tlf: 64 91 44 00 • Faks: 64 91 44 01 • Boks 300, 1401 SKI

E-post: info@nooredelmetall.no

Ring før 12.00 og vi sender samme dag.

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

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

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

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

Profesjonell munnpleie hjemme



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

1) Sharma D et al, 'A novel potassium oxalate-containing tooth desensitizing mouthrinse: A comparative in vitro study' Journal of Dentistry Vol 41 S4 2013 Pg S18-S27 2. Ved bruk 2 ganger daglig. 3. Relief of hypersensitivity DOF 4 - 2012, Combination Tubule Occlusion, DOF 2 - 2012. *Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon. NO/LI/13-0070a(1)

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

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

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

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

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat

Spesialist i:

Lege Sykehus Primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?
Umiddelbart innen 24 timer innen 1 uke innen 1 måned til år ukjent

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:

- Sveie/brennende følelse
- Smerte/lønhet
- Smakstørrelser
- Stiv/nummen
- Tørretthet
- Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- Sveie/brennede følelse
- Smerte/lønhet
- Stiv/nummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

- Tretthet
- Svimmelhet
- Hodepine
- Hukommelsesforstyrrelser
- Konsentrasjonsforstyrrelser
- Angst
- Uro
- Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

Intraoralt:

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

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- Hevelse/ødem
- Sår/blemmer
- Erytem/rubor
- Utslett/eksem
- Palpable lymfeknuter
- Kjeveleddsfunksjon
- Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn: Angi lokalisasjon:

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

Annet:

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avlagbare protetiske erstatninger
- Biftfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøttbehandling
- Oralt kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling
- Annet:

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

- Amalgam
- Komposit
- Komponer
- Glassionomer
- kjemisk lysherdende
- Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
- Isolerings- foringsmaterialer
- Fissursørgingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varnish, ferniss, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- vannbasert plastbasert
- Metall-keram (MK, PG)
- metall/legering keram
- Materialer for kroner/broer/innlegg
- metall/legering plastbasert keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- metall/legering plastbasert
- Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
- metall/legering plastbasert
- Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
- metall/legering plastbasert
- Materialer for biftfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avtryksmaterialer
- hydrokolloid elastomer
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbruksmaterialer (f.eks. hanske, kofferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent

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

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

Yrkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

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

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

Henvisninger

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

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

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

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

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



uni Helse
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2

Tannteknisk laboratorium med spesialkompetanse i alle "ledd"



FAST
PROTETIKK



AVTAGBAR
PROTETIKK



IMPLANTAT-
RETINERT
PROTETIKK



KURS &
KOMPETANSE



CAD/CAM



Teamarbeid er nøkkelen for å komme frem til vellykkede avtagbare løsninger. Med et godt forarbeid, god dialog og rutiner er sannsynligheten størst for at du som tannlege blir fornøyd samtidig som pasientens ønsker blir ivaretatt. Besøk gjerne vår hjemmeside, for å lese mer om anbefalt arbeidsgang.



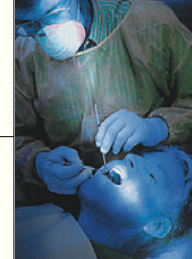
“ Tanntekniker Kari Bjerke



SALG &
MARKEDSFØRING

Vil du vite mer om hva vi kan tilby deg?

Besøk vår hjemmeside www.proteket.no eller ta kontakt med Salgssjef Rebekka Langli, telefon 41 41 55 90, E-post rebekka@proteket.no eller Kundekontakt Samir Madrane, telefon 48 36 04 48, E-post samir@proteket.no.



Benregenerasjon med titanbaserte stillaser

Sykdom og skade kan medføre endringer i skjelettets form som kan påvirke funksjon og livskvalitet.

I munnhulen kan dette medføre tap av tenner, tyggefunksjon og et endret utseende. En formforandring av kjevebenene kan også bety at muligheten for å gjenopprette tyggefunksjon med tannimplantater ikke lenger er mulig.

I tilfeller der skjelettet har endret form, har diverse materialer vært forsøkt brukt som stillas for å få det til å vokse slik man ønsker. Denne avhandlingen tar for seg hvordan materialer basert på titan kan brukes i denne sammenheng. Problemstillingen var hvorvidt man kan stimulere vekst av ben og benceller ved å endre overflatene av slike titan-baserte stillas.

Hovedfunnene var at titan-baserte stillas kan bidra til å gjenopprette formforandring av kjevebenene. Behandling med tannimplantater i benmasse som er gjenopprettet ved hjelp av titan-stillas er mulig, men mer forskning er nødvendig. Titanstillasets effekt på benceller ble ikke forbedret ved dra-

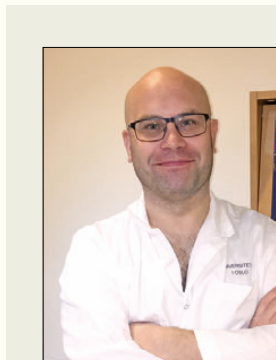


FOTO: DR. ODD CARSTEN KOLDSLAND.

Personalia

Anders Verket disputerte 7. september 2016 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Avhandlingen hadde tittelen «On surface coatings of titanium-based bone graft materials», og prosjektet ble utført ved Avdeling for Biomaterialer, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, under veiledning av professor Ståle Petter Lyngstadaas, professor Janne Reseland, postdoktor Johan Caspar Wohlfahrt og professor Håvard Haugen. Verket

har siden 2010 vært dobbeltkompetansekandidat og var ferdig utdannet spesialist i periodonti sommeren 2015.

sjering med andre typer materialer, men stillaset viste et potensiale som depot for distribusjon av proteiner til celler. Proteinene amelogenin påvirket ikke umodne celler (stamceller) i utviklingen mot benceller, men celleforsøket viste derimot en viss effekt av amelogenin på mer modne benceller.

Konklusjonen i avhandlingen er at de endringer av titanstillasene som ble

undersøkt, i hovedsak ikke forbedret materialets egenskaper til å stimulere benceller og benvekst. Kun få endringer ble imidlertid undersøkt, og titanstillasene viste samtidig at de kan ha et potensiale for enkelte kliniske bruksområder. Det må gjøres mer forskning på bruk av titanstillaser for eventuell klinisk bruk.

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Tidende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den beste publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to årganger av Tidende.

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

norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2017.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

Bedøvelse uten ubehag

Mindre stress for deg og dine pasienter - det kan du oppnå ved å bruke datastyrt anestesi.

CALAJECT™ hjelper deg til å legge en mer behagelig bedøvelse. Datastyrt anestesi sikrer en jevn flow av anestesivæske. Faktisk så kontrollert at selv en palatinal bedøvelse kan settes uten ubehag for dine pasienter.

Pennegrepet gir deg en avslappet og ergonomisk arbeidsstilling, hvor du med god fingerstøtte kan holde kanylen i riktig posisjon.

- Programmer til alle typer lokalanestesi
- Lett å håndtere og betjene
- Billig i drift - krever ingen spesielle engangsmaterialer

Skap en trygg ramme i en ofte utrygg og stressende situasjon for pasienten. Er pasienten avslappet og trygg, er det lettere for deg som tannlege å utføre din jobb.



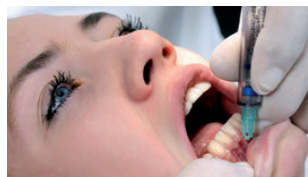
reddot award 2014
winner



Intraligamentær



Palatinal



Infiltrasjoner



Ledningsanestesi



Jeg har etablert en klinikk med spesielt fokus på å kurere tannlegeskrekke og som en del av dette var det selvfølgelig for meg å investere i datastyrt anestesi og mitt valg ble Calaject.

Pasientene føler ikke noe ubehag når bedøvelsen settes og med Calaject kan jeg trygt og behagelig sette alle former for bedøvelse. Også mandibular blokk kan man sette uten at pasienten føler at de blir stukket med nåler eller merker at man setter bedøvelsen.

Ingrid Fjærvik

Kontakt oss og vi kan avtale en demonstrasjon på din klinikk slik at du selv kan se og få prøve CALAJECT™. Ring og avtal tid på 977 17 177 eller på e-post ks@ronvig.com

Designet og fremstillet av



RØNVIG Dental Mfg. A/S

Gl. Vejlevej 59 · DK-8721 Daugaard · Tlf.: +45 70 23 34 11

Fax: +45 76 74 07 98 · E-mail: export@ronvig.com



GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



100 øre*
Drivstoffrabatt
på Esso

* 100 øre ved en pumpepris på 14 kr/l. Introduksjonsrabatt ut året – 90 øre fra 2017. Gjelder ESSO.

Akademikerkortet

Norges råeste drivstoffrabatt
og mange andre fordeler

Hyggelig bonus på flere restauranter og nettbutikker. Reise- og avbestillingsforsikring med kjøpsforsikring. Tilgang til lounges verden over med Priority Pass. Ønsker du å prate med oss kan du ringe VIP-kundeservice på telefon 05550.

Det er lønnsomt å bruke Danske Bank og være medlem av Akademikerne.



danskebank.no/akademikerkortet

Danske Bank



Runde partikler gir best resultat

Tannblåsemediet «Dental Pearls» er et naturlig kalsiumprodukt med svært gode flyteegenskaper. Nå re-introdueres en forbedret utgave av pulveret fra Norge til det globale markedet.

På begynnelsen av 1990-tallet, står en mann foran en haug med kalsiumkarbonat på Herøya i Porsgrunn. Et vindpust får kalken til å danne en sky. Han blir nysgjerrig, og tar med seg en prøve. Ved nærmere undersøkelse i elektronmikroskop, kan man se at partiklene i kalken danner runde kuler. Hardheten blir målt til 2, 8 på Mohs skala.

Som et alternativ til sandblåsing, utvikler Norsk Hydro et produkt som rengjør bygningsfasader uten å skade underliggende overflate, helt uten bruk av kjemikalier og løsemidler. Rengjøringsgiganten Kärcher benytter produktet i sin høytrykksvask av «verdens monumenter», blant annet rengjør de Monolitten og resten av statuene i Vigelandsparken i 2008.

– Precipitated Calcium Carbonate (PCC) oppsto som et biprodukt av produksjon av fullgjødsel ved tidligere Norsk Hydro, og brukes ved teknisk overflaterensning der det er viktig ikke å skade overflaten. I dag jobber vi både mot det tekniske markedet og dentalmarkedet, forteller Sigurd Oseid, Business Manager i PCC Norway AS, som flyttet produksjonen tilbake fra Europa til Norge i 2015.

Fra rensing av monumenter og fasader, ble produktet utviklet videre med tanke på tannlegeindustrien og tannblåsing.

– Tannblåsemediet «Dental Pearls» er unikt. Vi har etter 25 år kommet fram til en optimal partikkelfordeling på 45–75 mikrons som gir sterkt forbedrede flyteegenskaper. Dette reduserer blødning fra tannkjøttet, og gir pasienten et



«Sigurd Oseid foran Nationaltheatret i Oslo, som man i sin tid vurderte å rense ved hjelp av produktet som også er blitt brukt til å rengjøre skulpturene i Vigelandsparken. Produktet retter seg både mot det tekniske markedet og dentalmarkedet forteller Oseid, som er Business Manager i PCC Norway AS.

bedre resultat, uten at emaljen skades, sier Oseid.

I det forbedrede pulveret er støv og småpartikler fjernet, slik at bare de runde partiklene gjenstår. Dette gjør at hver enkelt runde partikkel har høyere kinetisk energi inn mot tannoverflaten.

– En rund kule har nesten et uendelig antall kontaktpunkter, og man kommer enklere til, selv på vanskelige steder. Du får rengjort en større flate på en mer effektiv, men samtidig skånsom, måte. Det er viktig å gjennomføre luftpoleringen med en arbeidsvinkel på typisk 30–45 grader, slik at man oppnår riktig renseeffekt og faktisk ikke bruker for mye pulver, sier Oseid.

Blåsepulveret produseres i Skien med støtte fra Innovasjon Norge.

Optimal «free flow»

For å unngå clogging, er det viktig at blåsepulver holdes så tørt som mulig. Ifølge Oseid, har den forbedrede partikkelforbedringen langt bedre flytegen-

skaper enn de andre produktene på markedet.

– For tannlegen er det vesentlig å ha optimal «free flow» av blåsepulver, slik at man slipper å måtte stake og rens mens tiden går og pasienten venter. Fuktigheten drives ut av pulveret under produksjonen. Det er det vi i PCC Norway som kan best, sier Oseid.

Nye «Dental Pearls» uten støv og småpartikler, vil bli forsøkt re-introduert fra Norge til det globale markedet som et forbedret merke i 2017.

–Vi må begynne i det små, og overbevise en eller flere av leverandørene om at vi nå har et enda bedre produkt enn det eksisterende. Det vi kan tilby, er et naturlig, nøytralt, grønt kalsiumprodukt uten tilsetninger, et produkt som ikke skader emaljen, og som gir den beste pasientkomforten, sier Oseid.

Positivt for pasientene

Tannlege Lars Petter Røise i Skien, har brukt og testet «Dental Pearls» som blåsemedium i tre måneder.

– De siste ti årene har jeg brukt flere varianter av blåsepulver, både på EMS-maskinen og de håndholdte maskinene. «Dental Pearls» pakker seg ikke i kolbene. Det er en stor fordel å slippe utstyr som til stadighet går tett, sier Røise.

Han har sammenliknet effekten av det tradisjonelle blåsepulveret opp mot «Dental Pearls» ved å utføre blindtester på pasientene sine.

– Jeg har renset 1. og 4. kvadrant med mye plakk eller røykebelegg, og det ser ut til at «Dental Pearls» gjør en bedre jobb. De runde partiklene gjør det også mulig å rense i mindre dype lommer, sier Røise, som ofte tester nye produkter som kommer på markedet før han eventuelt tar dem i bruk.

– «Dental Pearls» gir en veldig jevn og fin dusj som gjør pulveret behagelig å jobbe med. Du har heller ikke problemet med pasienter som reagerer allergisk på smakstilsetningen i det tradisjonelle pulveret, sier han.

Røise bruker rutinemessig blåsepulver på pasientene sine, mellom fem og ti ganger per dag. Han har kun fått positive tilbakemeldinger på «Dental Pearls».

– De beskriver opplevelsen som mer behagelig. «Dental Pearls» er mye mer skånsom mot gingiva enn det tradisjonelle blåsepulveret, slik at det blir mindre rifter og blødninger. Pasientene slipper også saltguffe som renner nedover i halsen. Jeg kan absolutt anbefale dette pulveret. Det renser bedre og gir bedre komfort for pasienten, sier Røise.

Tekst og foto: Tone Elise Eng Galåen

Zirkonzahn®

Human Zirconium Technology

DEN 3 DIMENSJONEN I PASIENTANALYSE

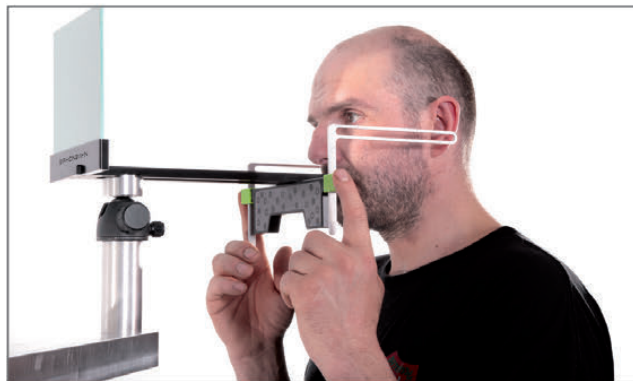
PLANESYSTEM® OG FACE HUNTER

PlaneSystem®

- En helt ny overføringsmetode for å fange pasientspesifikk informasjon, som er utviklet i samarbeid med MDT Udo Plaster, Nürnberg i Tyskland
- Fanger og identifiserer det okklusale planet og alle tilknyttede naturlige asymmetrier ved hjelp av den naturlige hodestillingen (Natural Head Position, NHP) og ala-tragus-planet

Face Hunter

- Skanner for fotorealistisk 3D-digitalisering av ansikter
- Pålitelig planlegging for tann teknikere, tannleger og pasienter ved fremstilling av tannrestaureringer på basis av pasientens fysiognomi



Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tirol – T +39 0474 066 680
info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com

Forskningsdagene på Litteraturhuset, Oslo, 28. september 2016:

Skjebnesvangre reiser – ingen vei tilbake?

Om odontologiens rolle i to kriser

Som avslutning av Forskningsdagene 2016 presenterte Odontologisk fakultet temaer fra sin forskning på Litteraturhuset i Oslo. Over hundre frammøtte kunne glede seg over et engasjerende dypdykk i odontologiens rolle i viktige kriser det siste året.

Dekan ved Det odontologiske fakultetet i Oslo, Pål Barkvoll, ønsket velkommen og introduserte Jessica Lönn-Stensrud, som ledet sesjonen. Hun har en doktorgrad i mikrobiologi fra Institutt for oral biologi, er førstebibliotekar ved realfagsbiblioteket ved Universitetet i Oslo (UiO) og har også nylig gitt ut boka «Bakterienes forunderlige verden», hvor et av kveldens temaer, antibiotikaresistens, har fått god plass.

Aldersvurdering

Den første delen handlet det om aldersvurdering av mindreårige asylsøkere. Førsteamanuensis og rettsodontolog ved Institutt for klinisk odontologi, Sigrid Kvaal, fortalte om arbeidet som hun og hennes gruppe gjennomfører på oppdrag fra Utlendingsdirektoratet (UDI). Hun presenterte de siste resultatene fra et forskningsprosjekt som ser på sammenfall mellom aldersbestemmning med odontologisk undersøkelse av tannutvikling og aldersbestemmning med håndrostrøntgen. Myndighetene bruker aldersvurdering når de er usikre på alderen eller når den ikke er bestemt. Virksomheten er beskrevet i artikkelen «Tett på en internasjonal krise» i Tiden nr. 11, 2015.

Det kom mange enslige mindreårige asylsøkere i flyktningstrømmen i fjor. FN's barnekonvensjon styrer hva de har rett til, og de blir definert som barn når de er under 18 år. Derfor er det viktig å komme på riktig side av denne grensen når du er ung asylsøker. Barn er en sårbar gruppe, og de har rett til beskyt-

telse, til verge, til skolegang og til å gjenforenes med familien hvis mulig. Det er statens ansvar å sette disse rettighetene ut i livet.

– Halvparten av dem som kommer har fødselsattest, halvparten ikke, sa Kvaal. I land som Afghanistan, Somalia og Eritrea finnes det ikke fødselsarkiver, registrering eller fødselsattester, og svært mange av dem som kommer vet ikke hvor gamle de egentlig er. I vinter kom det mange syriske flyktninger, og Syria har gode fødselsregistre, så de hadde stort sett papirene i orden.

Det finnes ingen presis metode

– Det finnes ingen internasjonalt anerkjent og hundre prosent sikker måte å vurdere alder på, fortsatte Kvaal. Kilder til aldersvurdering kan være politiets utlendingsenhet, ansatte på transittmottakene, verger og asylintervjuet som UDI utfører. En kan selvsagt også se på papirer, der de finnes. I andre land gjør de andre vurderinger. I Storbritannia har de for eksempel stor tro på asylintervjuet for å fastslå alderen. Barnelege brukes også i mange land.

– Så kan en se på skjelett- og tannutviklingen. Det er mange gode argumenter for å bruke disse metodene. Argumentene mot er at en ikke har informert samtykke, og at metodene er upresise og til dels utgåtte. Metodene tar heller ikke nok hensyn til etniske forskjeller, fortalte Kvaal. En bruker håndrostrøntgen på venstre hånd, hvor utviklingen av de forskjellige små bena kan fastslå alder forholdsvis nøyaktig. Røntgenbildet vurderes av røntgenologer.

I aldersutviklingen av tenner brukes OPG og kliniske undersøkelser, først og fremst av permanente tenner. I under-



Arrangementet ble ledet av Jessica Lönn-Stensrud.

søkelsen vurderes blant annet slitasje, farge, misfarginger og tannsten. Størrelsen på nervekanalen blir sjekket, den blir mindre med alderen. Av etiske grunner ser de også etter synlig sykdom som bør behandles.

– Men alt dette kan ikke si presist hvor gamle folk er, sa Kvaal, og fortalte at det er større variasjon i tannutvikling enn i skjelettundersøkelser. Tannutviklingen styres av et sett av gener, mens utviklingen av skjelettet styres av andre gener i tillegg til hormoner og livsstil. For eksempel kan langvarige sultkatastrofer gi utslag på skjelettutviklingen, i motsetning til på tannutviklingen.

I 2015 kom det over fem tusen enslige mindreårige asylsøkere til Norge, nesten fem ganger så mye som i 2014. I 2016 har det til sammenligning bare kommet noen få hundre hittil. Kvaal viste at aldersvurdering av 3 333 gutter og 486 jenter, hvor det ble sammenlignet håndrostrøntgen og tannvurderinger, ga ca. 80 prosent av vurderingene sam-



Sigrid Kvaal og Håkon Valen Rukke var to av deltakerne i panelet.



Anne Aamdal Scheie og Kjersti Sturød, begge spesialister i bakteriekommunikasjon, satt i panelet.

svar. Det finnes forskjeller mellom enkelte etniske grupper, og noen forskjeller mellom kjønn, i tillegg til variasjonen i genetikk, hormoner og miljø. Der er det i dag ingen medisinsk test eller gruppe av tester som helt nøyaktig kan fastsette kronologisk alder. Det er kun mulig å utføre aldersvurderinger. Målsettingen er at aldersvurderingene bygger på best mulige metoder, og at riktig beskrivelse av usikkerheten er knyttet til aldersvurderingen, avsluttet Sigrid Kvaal.

Kvaal arbeider for øvrig også med identifisering av personer gjennom Kripos' ID-gruppe og har vært med i identifiseringsarbeidet etter flere av de store katastrofene de siste 15 årene.

Antibiotikaresistens

Så fulgte en paneldebatt som handlet om bakterier og antibiotikaresistens. Deltakerne er spesialister i bakteriekommunikasjon fra forskergruppa Cross-talk (The CrossTalk Group: Studies on the communication among bacteria and host cells in the oral cavity.) og besto av dr.odont. Jessica Lönn-Stensrud, stipendiat ved Institutt for oral biologi Kjersti Sturød, forsker ved NIOM Håkon Valen Rukke og professor ved Institutt for oral biologi Anne Aamdal Scheie.

- Bakteriene er smartere enn oss, og beskytter seg mot utryddelse, sa Kjersti Sturød. De fleste bakterier er ufarlige, og vi er avhengige av å ha dem på oss. Bakterier beskytter oss også mot andre

bakterier. Det er bakterier som produserer antibiotika, men de lager også anti-stoffer og resistensstoffer. I dag har svært mange bakterier utviklet multiresistens mot antibiotika, noe som betyr at bakterien har utviklet resistens mot tre ulike antibiotika. Dette er en alvorlig situasjon.

Så å si all sykdomsbekjempelse hviler på antibiotika: fra betennelser i sår og lungebetennelse til organtransplantasjoner og kreftbehandling. Hvis mennesker bærer bakterier som er resistente mot antibiotika vil disse sykdommene bli umulige å bekjempe med medisiner.

Det at bakterier kan overføre gener til hverandre, ble vist allerede i 1943. Mennesker gir bare fra seg DNA til sitt eget avkom, mens bakterier kan gi fra



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktøkirurgi



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

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Vi øker vår kapasitet innen oral kirurgi og oral medisin, og ønsker oralkirurg **Hauk Øyri** velkommen i teamet på Kirurgiklinikken.



Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk

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

seg sitt arvemateriale til alle mulige andre bakterier. Derfor kan resistens spre seg så raskt. Vi bruker dobbelt så mye antibiotika i dag som på 70-tallet, og disse mengdene trigger resistens hos bakteriene. Alexander Flemming, som fikk Nobel-prisen i 1945 for oppdagelsen av penicilinet, advarte allerede da mot antibiotikaresistens. Resistente bakterier ble oppdaget så tidlig som etter ett års antibiotikabruk.

Man kan godt være bærer av resistente bakterier, men en behøver ikke å bli syk av det. En kan bære bakteriene lenge, og de kan ofte forsvinne etter noen måneder eller år. Men hvis en plutselig skulle trenge antibiotika, vil den ikke virke. Det er det som er problemet. En regner med at 50 prosent av alle søreuropeere er bærere av multiresistente bakterier, og mellom 50 og 70 prosent i et land som India.

– Hvorfor skjer dette nå? spurte Sturød. Disse genene har vært hos bakteriene alltid, men først nå mobiliseres de.

Svaret er at det brukes altfor mye antibiotika i verden. For eksempel slipper farmasøytisk industri i India antibiotika rett ut i drikke- og badevann uten rensing. Barna bader i like sterk antibiotikaoppløsning som brukes mot sykdom. Dette er en sikker måte å utvikle resistens på.

Antibiotika ble brukt som vekstfremmende middel i dyreavl i Europa. Nå er det forbudt her, men brukes fremdeles i USA, mens antibiotika fremdeles brukes forebyggende for svin og kylling i Europa.

Noe annet som også bidrar til utviklingen av resistens, er å ikke ta en antibiotikakur helt ut. Da stresser man bak-

teriene slik at de stimuleres til resistensutvikling.

Tidligere ble det brukt bredspektret antibiotika fordi det var det mest lett-vinte, og det ble brukt mot alt i store mengder, til og med mot en virus sykdom som influensa. Nå er de fleste land mer restriktive, spesielt etter at problemstillingen er blitt tatt opp i FN.

Forbruket må ned

Hvorfor finner de ikke bare enda et nytt antibiotikum? ble det spurt. Og svaret er: Det koster rundt én milliard kroner å utvikle en ny type antibiotika, og farmasøytisk industri er ikke så interesserte i å investere penger i noe som skal brukes så lite som mulig. De investerer heller i medisiner som folk skal bruke hele livet. Det betyr at utvikling av nye typer antibiotika må bli et samfunnsansvar, hvis det skal gjøres. En kan ikke satse på at den private farmasiindustrien skal redde oss.

Men hvis en reduserer forbruket og dermed antibiotisk press, vil en komme langt. Når en bruker mye, kommer resistensen raskt. Antibiotikaforbruket må derfor ned.

Tannbehandling i utlandet

– Når det gjelder tannbehandling i utlandet, må pasienter regne med å bli kolonisert av resistente bakterier. Det er viktig å være klar over at en risikerer å få med seg multiresistente bakterier hjem. De kan være der lenge, og de kan også overføres til andre, sa Scheie.

Gode smittevernrutiner

– Dette er bare en av grunnene til at det er viktig å ha gode, basale smittevernrutiner i klinikken, sa Håkon Valen

Rukke. Hvem som helst kan være bærere av multiresistente bakterier, så det er viktig å ha rutinene på plass. En stor del av rutinene i dag er kommet på grunn av HIV-viruset, men i dag bør en være oppmerksom uansett.

– Vi vil se mer og mer av dette. Utfordringene er de samme for tannlegene som for resten av befolkningen. En av konsekvensene er at alle må bli flinkere til å unngå infeksjoner og tenke forebyggende.

Et skifte – tenk forebygging

–Vi står overfor et skifte nå, sa Kjersti Sturød. Før hadde vi råd til å være uvørne fordi vi kunne kureres for det meste. Hvis neste generasjon skal kunne ha den moderne medisinen vi har i dag, må dette endres. Antibiotikaforbruket må senkes og her har alle et samfunnsansvar. En antibiotikakur er ikke lenger en personsak. I 2030 regner en med at mange millioner vil dø av antibiotikaresistente bakterier. En må tenke mer forebygging.

Tannleger står for øvrig for ca. fem prosent av forbruket av antibiotika.

Et spørsmål fra salen: Burde ikke alle få vite om de har multiresistente bakterier?

– Det blir oppdaget først ved en antibiotikakur, så svaret er nei, svarte Anne Aamdal Scheie. Vi må overvåke dem som har infeksjoner, men vi vet jo ikke hvor mange som har bakteriene i seg. Dette er antakeligvis din hverdag, og blir det mer og mer, avsluttet hun.

Tekst og foto: Kristn Aksnes

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTÉKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



«USYNLIG» TANNREGULERING ENKELT OG PROFESJONELT

*accu.
smile*



Nå kan alle tannleger enkelt tilby «usynlig» tannregulering.

Dentinor Tannteknikk lanserer Accusmile i Norge. Produsert i samarbeid FORESTADENT, Europas ledende produsent innen kjeveortopedi.



- ◆ ENKELT
- ◆ TRYGT
- ◆ PRISGUNSTIG



Tannlegeforeningens nettsider har blitt responsive!

Endelig har NTFs nettsider blitt responsive – dvs at utseendet tilpasser seg skjermstørrelsen avhengig av hvilken enhet du bruker. Du vil derfor oppleve at menyer og funksjoner kan se litt ulike ut når siden åpnes på nettbrett vs mobil vs desktop. Målet er at siden skal bli mer brukervennlig fra mobile enheter.



Hva er nytt?

- Utseendet tilpasser seg skjermstørrelsen avhengig av hvilken enhet du bruker
- På mobile enheter slås toppmenyen sammen til "burgermeny" (de tre strekene)
- På mobile enheter finner du innlogging til "min side" ved å klikke på nøkkelikonet
- I stående mobil kan du "swipe" mellom toppnyhetene

Alt innhold og alle meny punkter vil være tilgjengelig fra alle enheter.

www.tannlegeforeningen.no

PS: I startfasen kan det oppstå "tekniske problemer" med visning av noen tabeller og/eller innhold. Hvis du ser noe som ikke er helt som det skal setter vi stor pris på om du varsler oss på nettedaksjonen@tannlegeforeningen.no



INGENTING ER UERSTATTELIG

God tannteknikk er som den fineste musikk. Det kreves profesjonalitet og presisjon på høyeste nivå. Dentalforum leverer egenprodusert og importert tannteknikk av topp kvalitet til avtalt tid og avtalt pris. Prøv oss gjerne på dine mest krevende utfordringer!

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
 TANNTTEKNISK LABORATORIUM WWW.DENTALFORUM.NO

Get a taste of our smallest implant options.



- **Straumann® 2,9 mm Small Diameter Implants** combine the benefits of Roxolid® material with SLActive® surface and a tapered design to reduce invasiveness and enhance primary stability.



- **Straumann® Roxolid®** is a high performance metal alloy, composed of 15% zirconium and 85% titanium. Specifically designed by Straumann® it offers higher strength than pure titanium and excellent osseointegration capabilities.



- **Straumann® SLActive®** is a modified surface technology which enhances the osteogenic properties of titanium. Straumann® SLActive® implants provide highly predictable treatment outcomes and shorter healing times.



- **Straumann® Bone Level Tapered Implants** combine shape, surface and material to deliver primary stability in all bone classes, making them ideal for immediate placement and loading even in challenging protocols.

Straumann® Small Diameter Implants.

Small, but strong.



Spesialist i klinisk odontologi?

– eller TANNLEGE, som det het før

For tiden arbeides det i Helsedirektoratet med etableringen av en ny tannlegespesialitet: Spesialist i klinisk odontologi. Fire kandidater har gjennomført et pilotprosjekt i Tromsø, og nye er tatt inn – uten at spesialiteten foreløpig er blitt godkjent.

Oxford Research (1) har evaluert utdanningen, basert på erfaringene fra «prøvekullet», og har mange innvendinger. Disse dreier seg både om gjennomføringen, men også om hvorvidt det er særlig behov for en slik spesialitet, samt om en breddeutdanning som denne, i det hele tatt fyller kravene som stilles til en spesialitet. Helsedirektoratet leser imidlertid evalueringen med andre briller, og fortsetter arbeidet med å tilpasse terrenget til sitt kart.

Autoriserte tannleger i Norge utdannes til å kunne løse de fleste oppgaver innen odontologien. Disse er primærtannhelsetjenestens svar på allmennlegene. Utover denne «kjernen» ble det for mange år siden etablert enkelte tilleggstudninger ved universitetene, primært for å styrke kvaliteten på lærerkreftene der tannleger ble utdannet. Det eksisterte i flere år et skille mellom spesialister og tannleger med spesialutdanning.

12. mai 2005: Råd for spesialistutdanning (et rådgivende organ i Helsedirektoratet) anbefaler syv spesialiteter (2): Kjeveortopedi, kirurgi og oral medisin, pedodonti, endodonti, protetik og bittfunksjon, periodonti og kjeve- og ansiktsradiologi. På denne måten ville noen tidligere spesialutdanninger bli godkjente spesialiteter. Det var den gang en generell skepsis i direktoratet

mot å øke antallet spesialiteter. Dette kom tydelig til uttrykk gjennom sekretariatslederen. Enstemmighet i rådet ble derfor oppfattet som avgjørende for å oppnå endringen som blant annet Tannlegeforeningen ønsket. Representantene for fylkestannlegene stilte som krav for å støtte dette at vedtaket måtte inkludere en utprøving av enda en spesialitet: Klinisk odontologi. Slik ble det.

Utredningen Odontologiske spesialisttjenester. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre (IK-2701) kom ut fem år tidligere, i 2000 (3). I denne tok Helsetilsynet til orde for fire spesialiteter, hvorav oral rehabilitering var én. Denne skulle bidra til å dekke behovene i den kommende eldrebefolkningen. Det er mulig at klinisk odontologi som for tiden prøves ut, er et svar på denne.

Samtlige nye utredninger om behovet for og geografisk spredning av tannlegespesialister, vedgår at eksisterende overkapasitet ikke innkalkuleres i behovsvurderingene. Den markante forbedringen i befolkningens tannhelse beskrives, men får ingen konsekvens for fremskrivningene av behovet for tannlegespesialister. Beregningene baserer seg på at dagens antall skal opprettholdes. I tillegg arbeides det videre med den nye spesialiteten.

I intervjuer foretatt av Oxford Research kommer det frem at de nye kandidatene ser for seg en rolle der de skal være «førstelinjestans som på bakgrunn av henviste kasus kan avgjøre hvilken spesialitet en pasient skal henvises videre til».

I tannhelsetjenesten er det, i tillegg til tannpleierne, allmennpraktiserende tannleger som screener pasientene. Det meste av pasientenes behandlingsbehov løses av allmennpraktikeren, mens mer spesialiserte oppgaver henvises til de snau 10 prosentene som er spesialister.

En ny spesialitet i allmennodontologi vil være et fordyrende mellomledd mellom allmennpraktikeren og de etablerte spesialitetene som det ikke er noe dokumentert behov for.

Kjennetegnet for en spesialitet er at den skal konsentreres om en avgrenset del av faget. Det er dessuten internasjonale krav til spesialiteter. Oxford Research som har evaluert den mulig nye «spesialiteten», skriver: «Sammenliknet med en ren spesialitet vil de kliniske odontologene skille seg fra dem ved at de ikke har like detaljert kompetanse på det spesifikke fagområdet. Oppsummert synes grenseoppgangen å være utydelig, som den også var før spesialistutdanningen i klinisk odontologi ble etablert.»

Ifølge flere av faglederne ved Det odontologiske fakultet i Oslo skiller forøvrig ikke innholdet i studieplanen for klinisk odontologi i Tromsø seg vesentlig fra det som kreves i grunnutdanningen i Oslo.

35-åringene i Norge hadde i gjennomsnitt seks tenner med fyllinger eller karies da de var 18 år. Dagens 18-åringer har, 17 år senere, snaut fire tilsvarende tenner. I 2035 vil dagens 35-åringer være 54 år. Gruppen 0–54 år vil på det tidspunkt utgjøre snau 70 prosent av befolkningen. Gruppen med

fdi **mma**
World Dental Congress

Bringing the World together
to improve oral health

Madrid, Spain
29 August - 1 September 2017

store revisjonsbehov vil, med andre ord, være i kraftig nedgang gjennom de neste 20–25 årene. Kariestilveksten i den ellers friske del av befolkningen er også svært begrenset.

Diskusjonen i Norge bør heller dreie seg om hvordan man skal opprettholde tannlegenes kompetanse i en slik fremtid. Opprettelse av en ny kvasispesialitet bør i likhet med behovet for de øvrige spesialitetene vurderes i lys av den tannhelseutvikling som alle statistikker peker i retning av.

Det synes merkelig at Helsedirektoratet fortsetter det selektive og møy-

sommelige arbeidet med å se bort ifra brorparten av tilgjengelig statistikk og den bestilte evalueringen fra Oxford Research. Alt tyder på at vi heller trenger færre enn flere tannlegespesialister i fremtiden. Hvilke motiver man i dag har for å neglisjere dette nokså åpnebare faktum, forblir et åpent spørsmål.

*Carl Christian Blich
universitetslektor
seksjon for samfunnsodontologi,
Det odontologiske fakultet, UiO
E-post: ccblich@gmail.com*

Referanser:

1. Oxford Research: «Noe å tygge på?» evaluering av utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi
2. Tannlegetidende 115. Nr. 7 (02.juni 2005)
3. Statens helsetilsyn: Odontologiske spesialisttjenester. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre (IK-2701)

Prime&Bond active™

Aktiv kontroll for sikrere fyllinger



Oppdag Prime&Bond active™ – en universalbonding med patentert Active-Guard teknologi. P&B active sikrer en heldekkende adhesivoverflate med veldig lav risiko for postoperativ sensibilitet, uansett om dentinet er litt for vått eller litt for tørt.¹

- aktiv blanding med fukt i kaviteten
- aktiv spredning og selvutjevning
- aktiv penetrasjon av dentintubuli
- tynn filmtykkelse og lav viskositet

www.dentsplysirona.eu

¹Data on file.

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 Dentsply
Sirona

Helsedirektoratet svarer Carl Christian Blich. Breddespesialitet i klinisk odontologi:

Kunnskap viktig for Helsedirektoratets tilrådning

Helsedirektoratet jobber for en god oral helse for alle deler av befolkningen. Samtidig som befolkningen sett under ett kjennetegnes av en god tannhelseutvikling, er det fortsatt en andel som har mye karies, DMFT > 9 (SSB 2016). Dermed har et mindretall blant barn og voksne store, udekkete behandlingsbehov. Dette dreier seg gjerne om mennesker som også har andre utfordringer, fysisk og/eller psykososialt (Haugbo m.fl. 2010; Matevosyan m.fl. 2010; Myhrer m.fl. 2014; Zuluaga m.fl. 2012).

Målgruppen for utprøvingen av en ny spesialitet i klinisk odontologi er voksne pasienter med medisinske og odontologiske problemstillinger, med store og komplekse behandlingsbehov – uavhengig av om de befinner seg på sykehus eller i sine respektive hjemkommuner. De som er utdannet innenfor utprøvingen er særlig kvalifisert til å møte disse pasientene og de melder at de i dag jobber utelukkende med henvisne pasienter.

Nytt kull med justert studieplan

Fra 2011 har UiT Norges arktiske universitet utdannet to kull for utprøving av spesialitet i klinisk odontologi. Ordningen er evaluert av Oxford Research. Helsedirektoratet ser at vi etter to utprøvningskull ikke har nok informasjon til å gi en riktig tilrådning til Helse- og omsorgsdepartementet. Vi har derfor søkt om, og fått innvilget, myndighet til å initiere nok et utprøvningskull. Forbedringspunkter fra rapporten til Oxford Research ligger sammen med UiTs erfaringer til grunn for de justeringene i studieplan og organisasjonsstruktur som er gjort mot et tredje kull.

Oxford Research peker også på viktigheten av å få en bedre oversikt over behovet for utdanningen. Helsedirektoratet er av samme oppfatning og dette blir ivarettatt ved at en arbeidsgruppe skal levere en behovskartlegging. Hel-

sedirektoratet har dessuten etablert en bredt sammensatt styringsgruppe for utprøvingen, med representanter fra alle de tre utdanningsstedene, fylkestannlegene og Tannlegeforeningen. Styringsgruppen har formelt sett det overordnede ansvaret for gjennomføring av utprøvingen.

Praksis for etablering av nye odontologiske spesialiteter de senere årene har bestått i at utdanningene har startet som videreutdanninger på initiativ fra universitetet. Deretter er det søkt departementet om å få utdanningen godkjent slik at de som har gjennomført og bestått utdanningen blir godkjente spesialister.

Tilsvarende utdanninger

Utdanningen ved UiT har noen felles trekk med den svenske sertifiseringsutdanning i Orofacial Medicin. Den svenske utdanningen utdanner sjukehusstandlækare, som har en sentral rolle i svenske sykehus. I Norge er de sykehusodontologiske miljøene under etablering, og det signaliseres at det er behov for tannleger med økt kunnskap og en bredere klinisk erfaring enn det allmenntannleger vanligvis har. Da flere alvorlig syke kan leve lenge med sin sykdom er dette pasientgrupper som vil øke i fremtiden.

Foruten den svenske utdanningen overlapper klinisk odontologi med utdanninger i en rekke land: Klinisk tandvård (Finland), Specialtandpleijen (Danmark), Special Care Dentistry (Storbritannia), Advanced General Dentistry / Hospital Dentistry (USA), Special Need Dentistry (Australia).

Odontologiske breddespesialiteter

Like som pedodonti er klinisk odontologi tenkt å kunne være en odontologisk breddespesialitet. Som hovedregel står helsemyndighetene fritt til å opprette spesialiteter som gir dybdekunnskap innen spesifikke fagområder eller

breddekunnskap. Myndighetene er kun bundet til internasjonale krav der dette fremgår av avtaler, slik som EØS-avtalen angående kvalifikasjonsdirektiv med gjensidig godkjenning av spesialister. For tannlegespesialister gjelder dette kun kjeveortopedi og oral kirurgi og oral medisin.

Helsedirektoratet er kjent med at det i de odontologiske fagmiljøene er ulike synspunkter på behovet for en ny breddespesialitet. Samtidig er Helsedirektoratet overrasket over påstanden om at fagledere ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) ifølge Blich mener at «innholdet i studieplanen for klinisk odontologi i Tromsø [ikke skiller] seg vesentlig fra det som kreves i grunnutdanningen i Oslo».

Pasientenes tannhelsetjeneste

Helsedirektoratet mener at for lite kunnskap om pasientgrunnlaget ligger til grunn for universitetenes opptak av spesialistkandidater. Opptaket bør på sikt i større grad styres av behov i befolkningen, snarere enn av universitetenes kapasitet. Helsedirektoratet ønsker for øvrig all forskning som kan bidra til å avdekke fremtidige behov for tannlegespesialister velkommen.

Helse og tannhelse er ikke likt og rettferdig fordelt i befolkningen. Helsedirektoratet er opptatt av sosial utjevning i tannhelse, ved at alle deler av befolkningen skal nyte godt av en kunnskapsrik, helsefremmende og forebyggende tannhelsetjeneste.

*Hildur C. Søhoel
seniorrådgiver, avdeling
allmennhelsetjenester, Helsedirektoratet
Hildur.Cecilie.Sohoel@helsedir.no*

*Per Magne Mikaelson
avdelingsdirektør, avdeling
allmennhelsetjenester, Helsedirektoratet*

Referanser:

1. Haugbo HO, Storhaug K og Willumsen T. *Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo.* Nor Tannlegeforen Tid 2010; 120: 912–7
2. Helsedirektoratet. Mandat for styringsgruppe for utprøving av ny spesialitet i klinisk odontologi. 2016
3. Matevosyan NR. *Oral health of adults with serious mental illnesses: a review.* Community Ment Health J. 2010 Dec; 46(6): 553–62
4. Myhrer T, Haugen HK, Willumsen T, Bergland. *Tannhelse og livskvalitet hos personer etter hjerneslag.* Nor Tannlegeforen Tid 2014; 124: 890–7
5. Oxford Research. Noe å tygge videre på? Evaluering av utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi. 2015
6. SSB 2016. Tannhelsetenesta, 2015
7. UiT Norges arktiske universitet. Ny studieplan for utprøving av spesialistutdanning i klinisk odontologi. 2016/17
8. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Oral health in institutionalized elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology.* 2012 Jun; 29(2): e420–6



SomnoDent
Søvnapnéskinne

HVORDAN KAN TANNLEGEN HJELPE SØVNAPNÉTIKEREN/SNORKEREN?

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

Vil du være en av de tannlegene som kan hjelpe denne pasientgruppen med å tilpasse SomnoDent søvnapnéskinner?

Kursoversikt vinter/vår 2017

Oslo: 23. Januar Thon Hotell Atrium, Vika
Trondheim: 04. Mai Scandic Hotell, Solsiden

SomnoMed Nordic AB
Box 27254
102 53 Stockholm
info@somnomed.com
www.somnomed.com



For nærmere informasjon og påmelding, ta kontakt med **Siw Solberg Horpestad** på tlf: 22 87 19 84 eller mail: shorpestad@somnomed.com

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

Noen refleksjoner rundt Colosseumklinikken, etikk og virkelighet

Egentlig har jeg ingen grunn til å skrive denne artikkelen. Men tilfeldigheter og genuin nysgjerrighet har ført til at jeg tar penn i hånd – og har behov for å dele tanker og fakta med landets kolleger.

Det hele starter med at en av mine pasienter som mistet en midlertidig krone i forbindelse med langvarig endodontisk behandling hos endospesialist stikker innom Colosseumklinikken på Majorstua i Oslo for å få dette fikset. Hun kommer ut derfra rystet, og nær 1 600 kr fattigere.

Refleksjon 1: Dette er så nær landeveisrøveri som man kan komme. Som protetiker vet jeg alt om dette: Prosedyren bør ta 10 minutter, ikke et sekund mer. Økonomer som kan noe om dette, beregner enkelt at her ligger timepris for enkle prosedyrer på ca 9 600 kr per time. Men viktigere: Med lønn på cirka 400 kr per time må denne pasienten arbeide minst en hel dag for å kunne betale for tjenesten.

Dagens Norge har ambisjoner om transparens, redelighet, «value for money» og med slike målsetninger har åpenbart Colosseumsystemet (heretter kalt C) en lang vei å gå med mindre målsetningene er helt annerledes.

E24 intervjuet Colosseumtopp Rikke Overgaard i 2013 og her sier hun: «vi ser at vi ikke er i mål med full utnyttelse av våre klinikker og vi ser vi har mer å hente ut her».

Refleksjon2: Så blir mitt spørsmål: Skal en tannhelseklinikk som har rettigheter til å disponere fellesskapets trygdemidler ha som mål å «hente ut mer her»?

Den lille pasientepisoden over foranlediget at jeg skrev et kort, vennlig brev til C ved Gaard Lauvsnes, med spørsmål om han ville kommentere etikk rundt pris og value for money eller om refusjon av deler av beløpet kunne komme på tale. C fant det betimelig ikke å svare

på brevet. Et purrebrev to måneder senere led samme skjebne.

Aftenposten, som i 2014 hadde en researchartikkel om C fikk det samme resultat, da Lauvsnes ble forsøkt intervjuet: «Ønsker ikke å kommentere saken».

Det er sikkert lurt å svare slik=ikke svare, metoden beskytter mot at man bare graver seg dypere ned i myra, men metoden har i dette tilfelle ført til at jeg gjennom internett og kontakter har gravd opp spennende faktaopplysninger om klinikkstrukturen som av egen sjef «ønsker å hente ut mer penger» av norsk odontologi; som er det fagområdet norske tannleger sammen har utviklet til et produkt som har en meget høy «standing» i det norske folks bevissthet.

Aftenpostens artikkel, publisert 12.11.2014, skrevet av Sigurd Bjørnstad, hadde tittelen:

Norske tannleger i avansert skatteakrobatikk

Her vises til hvordan man har brukt kreative skatteadvokater i PwC for millioner av kroner for å skape selskapsstrukturer som fører til at hele verdikjeden og all fortjeneste ender i Luxemburgs skatteparadis, som av TaxJusticeNetwork – Norway (TJN) omtales som et av de verste skatteparadis i verden. To grunner til dette: All informasjon hemmeligholdes. Alt internasjonalt arbeid som har som mål å komme hemmelighold til livs motarbeides aggressivt.

Skatteparadiser verden over har fått mye negativ oppmerksomhet i innværende år, og spesielt har DnB fått «kjørt seg» kraftig. Der i gården er nok Luxemburg en lærepeng og nå er det «Lexit» og åpenhet, anger og beklagelser, mens C omfavner Luxemburg og holder kjeft som bare det.....

Her kommer en komprimert faktaboks

2010: IK Investment Partners, et svensk fond med hjemsted Luxemburg kjøper C for 500 millioner kr. Lekkede dokumenter viser at oppkjøp skjer via en lang omvei med norske advokater, ny-stiftede selskaper og kreative skatteråd fra PwC. Saken vekker internasjonal oppsikt og blir kalt «Luxleaks». IK Investment stifter et aksjeselskap i Luxemburg med aksjekapital 100 000 kr: Colosseum International S.a.r.l. Nå starter skatteakrobatikken:

I Oslo oppretter svenskene selskapet C. Internasjonal Holding AS. Luxemburgselskapet kjøper så det norske selskapet. Norske C. I. Holding kjøper Colosseum tannklinikker av Lauvsnes og andre aksjonærer. IK Investment tilfører Lux.selskapet 24,2 millioner euro samt 310 millioner NOK i bytte mot Preferred Equity Certificates (PEC), (en hybrid av gjeld og egenkapital).

Luxemburgselskapet låner så ut 310 millioner NOK til sitt norske selskap, kapitalen kan eller blir gjort om til egenkapital. Pengene brukes til å kjøpe tannklinikker. Norgesselskapet låner så penger i bank, nedbetaler lånet fra Luxselskapet som betaler tilbake PECene til IK Partners. Nå kan ledelsen kjøpe andeler via private investerings-selskaper.

Alt dette har kun én hensikt! Gjett en gang....

2014: Cs norske eierselskap trenger å skifte navn igjen: Caesar Internasjonal Holding AS. Dette eies selvfølgelig av Caesar International S.a.r.l i Luxemburg med 86,2 prosent. G. Lauvsnes: 16,4 prosent. Caesar I. Holding skifter så navn til C. Smile Holding. Kjært barn har mange navn.....

gå til Aftenposten, sjekk fakta og lær enda mye mer om skatteakrobatikk. All informasjon ovenfor er sakset fra denne artikkel.

Jeg skulle like å vite hvor mange av mine kolleger som satt med denne bakgrunnsinformasjon før de solgte livsverket sitt?

Vår statsminister uttalte i forbindelse med skatteparadisbråket i Luxemburg og Seychellene at «Det er mye man ikke bør gjøre selv om det ikke er straffbart.»

Refleksjon 3: Skal vi tro at det er mer eller mindre ubegrenset tilgang på trygdemidler og ikke en uttalt bekymring for norske barns skjeve tenner og voksne pasienter med tannluker som har gitt internasjonale investorer en glupsk appetitt på kjeveortopediske klinikker og tannlegepraksiser?

Fakta: C eies cirka 90 prosent av utenlandske investeringsfond som i 2014 hentet ut cirka 80 millioner NOK til eierne i Luxemburg.

Norske tannleger bør avgjort ha en oppfatning om hvorvidt norsk odontologi bør ta avstand fra en slik skatteparadisbasert kjedestruktur. Videre bør vi mene ganske mye om at det norske samfunns trygdemidler er gjenstand for slike overføringer i stedet for å bli værende i Norge og derved være et ledd i en verdikjede vi alle tar del i.

Jeg inviterer herved mine kolleger, inkludert de som har styringsinnflytelse over trygdeytelser til å ta del i en debatt

om veien videre når valget står mellom kreativ skatteflukt til Luxemburg og åpenhet pluss transparens. I denne sammenheng bør man søke å gjøre trygde- og takstsystemer mer robuste og målrettet for å hindre at de forhold jeg har fokusert på skal kunne utvikle seg videre i norsk odontologi. Dette burde man i hvert fall klare.

Roar Gonnæs

Kilder: E24, Aftenposten, internett, gode kolleger

VI UTVIDER.... KJEVEORTOPEDISK TANNTENNIKK

Bergen Tannteknikk og Bergen Tannlab vil fra november 2016 utvide tilbudet med en kjeveortopedisk tanntekniker. Vår nye tekniker er utdannet ved universitetet i Beograd og har 15 års erfaring med kjeveortopediske løsninger.

Bergen Tannteknikk, med underselskapet Bergen Tannlab er et moderne tannteknisk laboratorium som kan tilby sine kunder alt innen tannteknikk.

Bergen Tannteknikk ligger i Bergen sentrum like ved Torgallmenningen, mens Bergen Tannlab har lokaler på Arken Storsenter i Åsane.

NYHET!
Kjeveortopedisk
tannteknikk i
Bergen



Strandgt 5
Postboks 1303
5811 Bergen
55316650

Åsane senter 37
5116 Ulset
55 19 51 40

**BERGEN
TANN-LAB**
TANNTENNIKSK LABORATORIUM

Kjære kollega Roar Gommæs!

Undertegnede vil på vegne av Colosseumklinikken og meg selv kommentere dine refleksjoner om Colosseumklinikken, etikk og virkelighet.

Din pasient, som mistet sin midlertidige krone, oppsøkte Colosseums tannlegevakt på en lørdag da hennes midlertidige krone hadde frakturert. Hun ble allerede ved henvendelsen forklart at det sannsynligvis ikke var noen stor fare forbundet med å vente til mandag med å få satt på igjen en ny midlertidig krone hos sin egen tannlege (ref. resepsjonist). Dette burde kanskje pasienten vært informert om av sin behandlende tannlege.

Jeg ser at du hevder at du maksimum ville benyttet 10 minutter på denne pasienten. Det klarer ikke vi i Colosseumklinikken. Vi har ikke en gang fylt ut journal eller gjort en begrenset klinisk undersøkelse på dine 10 minutter, langt mindre ført en lovpålagt journal. Det er ikke som i de «gode gamle dager» vet du, Roar.

Det er journalført at pilaren måtte renses for midlertidig sement og at ny

midlertidig krone ble fremstilt. Totalt for besøket på tannlegevakten en lørdag ble det fakturert NOK 1 570, inkludert oppdekning og engangsutstyr. Pasienten er informert om at det er høyere takst i helger, høytider og utenfor klinikkens åpningstider. Prisen for den utførte tjenesten synes derfor rimelig i forhold til normen i vår bransje. Dette kunne selvfølgelig vært unngått dersom du hadde gitt ditt telefonnummer til pasienten, slik at hun kunne ha ringt deg hjem på lørdagskvelden og fått dette ordnet på 10 minutter. Eller som du kanskje skulle ha gjort, informert pasienten på forhånd slik at hun ikke ble engstelig over en frakturert midlertidig krone.

Jeg mottok ditt korte vennlige brev og sendte dette videre til vår klinikkleder på Majorstua, siden jeg i de siste tre år ikke har vært ansatt, jobbet som tannlege eller administrativt i Colosseumklinikken. Hun besvarte din henvendelse på vegne av Colosseumklinikken kun kort tid etter.

Dine tanker rundt finansakrobatikk, internasjonal og nasjonal skattepolitikk

kan jeg ikke hjelpe deg med, men vil forsikre deg om at jeg har betalt den skatten jeg er pålagt (selv om det svir). Siden du virker mer enn gjennomsnittlig opptatt av min skattesituasjon kan vi kanskje møtes en gang og se hvem som har bidratt mest i statskassa?

Hvordan Colosseums eiere organiserer sine selskaper og forvalter sine midler, som i stor grad er svenske pensjonspengene, har jeg ingen kommentarer til, siden jeg ikke har innsikt i eller kunnskap om dette. Men jeg kan garantere én ting, det har vel ikke du heller, Roar.

Så Gommæs, bli ved din lest. Jeg håper virkelig at du reduserte regningen med NOK 1 570 til din pasient da du kronet verket med ditt protetiske håndarbeid på den endobehandlede 36. Det er i hvert fall min moral!

Imidlertid, én ting kan vi vel være enige om. Som du skriver innledningsvis, har du vel ingen grunn til å skrive artikkelen din.

Med vennlig hilsen

Gard Lauvsnes

Gründer av Colosseum

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2016

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
8	11. august	17. august	15. september
9	9. september	14. september	13. oktober
10	12. oktober	17. oktober	17. november
11	10. november	16. november	15. desember

Frister og utgivelsesplan 2017

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '16	8. desember '16	12. januar
2	12. januar	17. januar	16. februar
3	9. februar	14. februar	16. mars
4	6. mars	13. mars	20. april
5	6. april	19. april	18. mai
6	2. mai	16. mai	15. juni
7	9. juni	15. juni	17. august
8	10. august	16. august	14. september
9	7. september	13. september	12. oktober
10	12. oktober	17. oktober	16. november
11	9. november	15. november	14. desember

Duraphat®

Klinisk dokumenterte, medisinske høyfluorprodukter både til klinikk- og hjemmebruk



DURAPHAT® 22,6 mg/ml DENTALSUSPENSJON

- 22.600 ppm F⁻
- For alle pasienter med kariesrisiko
- Rask og enkel klinikkbehandling
- Ingen pasient compliance utfordringer

DURAPHAT® 5 mg/g TANNPASTA

- 5.000 ppm F⁻
- For pasienter fra 16 års alder med høy kariesrisiko
- Enkel å bruke til daglig tannpuss
- Reseptpliktig

Duraphat Colgate Palmolive A/S
Natriumfluorid
Kariesprofylaktikum

DENTALVÆSKE, suspensjon 22,6 mg/ml: 1 ml inneholder: Fluorid 22,6 mg som natriumfluorid, kolofonium, hvit voks, mastiks, sakkarinnatrium, bringebæraroma, etanol til 1 ml. Fargestoff: Skjellakk. **Indikasjoner:** Kariesprofylakse. Reduksjon av sensitivitet ved overfølsomme tenner. **Dosering:** For systematisk kariesprofylakse bør behandlingen gjentas med 3-6 måneders intervall. Barn (melketenner): Opp til 0,25-0,3 ml påføres. Barn/ungdom (blanding av melketenner og permanente tenner): Opp til 0,4 ml påføres. Ungdom/voksne (permanente tenner): Opp til 0,75-1,0 ml påføres. Overfølsomme tenner: 2-3 påføringer med få dagers mellomrom. **Administrering:** Skal påføres av tannlege. Påføres etter fjerning av større plakkansamlinger. Pasienten bør ikke pusse tennene eller spise før 4 timer etter avsluttet behandling. Større plakkansamlinger fjernes. 1 eller 2 kvadranter tørres, og et tynt lag appliseres. Duraphat fra tube påsmøres enklest med bomullsspinne eller engangspensel i tynne lag. Approsimalt pusse sonde eller tanndråp anvendes. Duraphat i sylinderrampulle er spesielt utformet for nøyaktig og lav dosering. En butt kanylen brukes med endestykket bøyd i en vinkel som letter påføringen på approssimal- og distalfåter. Approssimalt blir kanylen skjøvet inn i kontaktpunktet mellom tennene og en liten mengde lakk trykkes inn. Dentalvæskan bør påføres fra begge sider av interproksimalrommet og okklusalt. Etter applikasjon fjernes kanylen og ampullen oppbevares til neste behandling. Tennene behøver ikke å holdes tørre etter påsmøringen da lakken fester seg til tennene og herder også i saliva. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Ulcerøs gingivitt og stomatitt. **Forsiktighetsregler:** Påsmøring av hele tannsettet bør ikke foretas på tom mage. Dersom bivirkninger oppstår lar suspensjonen seg lett fjerne ved tannpuss og munn-skylling. **Interaksjoner:** Andre høydoserte fluoridpreparater, slik som fluoridel, bør ikke benyttes samme dag Duraphat påføres. **Administrering av fluoridtilskudd** bør utsettes i flere dager etter påføring av Duraphat. **Graviditet/Amning:** Som et forsiktighetsiltak bør bruk under graviditet og amning unngås. **Bivirkninger:** Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Stomatitt, ulcerativ gingivitt, brækninger, kvalme og munnødem. Hud: Hudirritasjon, angioedem. Lufteveier: Astmaanfall. **Overdosering/Forgiftning:** Ved fluoriddoser på flere mg per kg kroppsvekt kan en akutt, toksisk reaksjon forekomme. Første tegn er kvalme, oppkast og diaré. Senere kan hypokalsemi, enzymhemming, tetani, kramper og kardiovaskulære forstyrrelser oppstå. Ved kronisk inntak av høye doser av fluorid oppstår forstyrrelser i emaljedannelsen (dentalfluorose), skeletalfuorose (stivhet i ledd og misdannelser i skjelett) og risiko for beinfraktur øker. **Pakninger og priser (pr. oktober 2016):** 5 x 1,6 ml (sylinderramp.) kr. 248,50. 10 ml (tube) kr. 230,40.

Duraphat Colgate Palmolive A/S
Natriumfluorid
Kariesprofylaktikum

TANNPASTA 5 mg/g: 1 g inneholder: Fluor 5 mg (som natriumfluorid) tilsv. 5000 ppm fluor, natriumbenzoat (E 211), hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne, særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). **Dosering:** Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥ 16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusset grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. **Administrering:** Skal ikke svelges. Grundig pussing tar ca. 3 minutter. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Tannpastaen har et høyt fluorinnhold og tannspesialist bør derfor konsulteres før bruk. Et økt antall potensielle fluoridkilder kan føre til fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor som tabletter, dråper, tyggegummi eller tannpasta). Fluortabletter, -dråper, -tyggegummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås ved bruk av Duraphat tannpasta. Ved utregning av anbefalt mengde fluorioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpastaen tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluorioner). Preparatet inneholder natriumbenzoat som virker mildt irriterende på hud, øyne og slimhinner. **Graviditet/Amning:** Det foreligger ikke tilstrekkelige data fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved svært høye natriumfluoriddoser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved graviditet og amning, med mindre det er utført en grundig nytte-/risikovurdering. **Bivirkninger:** Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Ukjent: Gastrointestinale: Brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Toksisk dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. Symptomer: Fluor: Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og ab-dominalsmerter. I svært sjeldne tilfeller kan det være dødelig. Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Behandling: Når en betydelig mengde svelges ved et uhell, må pasienten gjennomgå tarmskylning omgående eller brækninger må fremtvinges. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluoridose $\geq 1,5$ mg/kg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av doser størrelse. Dette vil ledsages av alvorlige former for økt skjorhet i tannemaljen. Benfluorose (osteosklerose) blir kun observert ved høy kronisk fluorabsorpsjon (>8 mg daglig). **Pakninger og priser (pr. oktober 2016):** 51 g kr. 93,70.

Reseptgruppe C
ATC-nr: A01A A01

Reseptgruppe C
ATC-nr: A01A A01

Colgate®

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

www.colgateprofessional.no

Admira Fusion, GrandioSO, Grandio

– nå i innovative beskyttende pakninger

Optimal beskyttelse mot fuktighet

Holdbare materialkarakteristikker, uansett klimatiske forhold

Tydelig layout, lett-å-lese informasjonen

Hygieniske, individuelle forpakninger

Forhindrer kryss-kontaminasjon

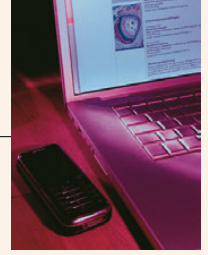
TOPP KVALITET, OPTIMAL BESKYTTELSE

Caps individuelt forseget i innovative luft-tette forpakninger

- For maksimum hygiene og en tilsvarende redusert risiko for kryss-kontaminasjon
- Optimal beskyttelse mot fuktighet og klimatiske forhold
- Varige og holdbare materialkarakteristikker, lik konsistens og perfekt handling



Besøk oss på
NORDENTAL i Stavanger
3. – 5. november 2016



Nye regler om konkurransebegrensende avtaler i arbeidsforhold

Fra 1. januar 2016 ble det innført nye regler om hvilke bestemmelser man kan ha i en arbeidsavtale for å forhindre en arbeidstaker å drive virksomhet i konkurranse med sin tidligere arbeidsgiver etter at arbeidsforholdet har opphørt. For arbeidsavtaler som er inngått før 2016 gjelder en overgangsperiode på ett år. Dette betyr at dersom man har konkurranse-, kunde- eller rekrutteringsklausuler i strid med de nye bestemmelsene i arbeidsmiljøloven må disse endres før 1. januar 2017.

De nye reglene er inntatt i arbeidsmiljøloven kapittel 14A og gjelder bare avtaler med ansatte og ikke f. eks. med assistenttannleger (leietannleger eller oppdragstakertannleger) som er selvstendig næringsdrivende. For assistenttannlegene eksisterer en noe videre adgang til å avtale konkurranseklausuler, jf. artikkel i Tidende fra 2005 som beskriver denne adgangen nærmere <http://www.tannlegetidende.no/i/2005/15/dnt-177563>. Reglene som er beskrevet i denne artikkelen gjelder fremdeles. Det kan her også nevnes at avtaleloven har en bestemmelse (§ 38) som begrenser

muligheten til å pålegge assistenttannleger etableringsrestriksjoner i den utstrekning klausulen er urimelig eller strekker seg for langt.

I denne artikkelen er det bare reglene som gjelder ansatte som vil bli omtalt. På dette området innebærer lovendringen en innstramning sammenlignet med tidligere.

Bakgrunn for reglene

De nye reglene i arbeidsmiljøloven gjelder såkalte konkurranseklausuler, kunde-klausuler og rekrutteringsklausuler. Denne type konkurransebegrensende avtaler kan inngås ved ansettelsen eller senere i arbeidsforholdet, f.eks. ved en forfremmelse.

Målet med lovendringen er å unngå unødvendige konkurransebegrensende avtaler, som kan hindre mobilitet i arbeidsstokken og den enkelte arbeidstakers frihet til å skifte arbeid. I et samfunnsøkonomiske perspektiv er mobiliteten i arbeidsmarkedet viktig for å fremme konkurranse, innovasjon og gi grunnlag for nye arbeidsplasser. Lovgiver erkjenner imidlertid også at arbeidsgivere kan ha et særskilt behov for vern mot konkurranse fra tidligere ansatte, og har forsøkt å balansere hensynet til både arbeidsgiver og arbeidstaker med denne lovreguleringen.

Reguleringen har møtt mye motstand, både fra aktører på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden.

Konkurranseklausuler

Konkurranseklausuler begrenser arbeidstakers adgang til å tiltre stilling hos en annen arbeidsgiver eller starte, drive eller delta i annen virksomhet etter arbeidsforholdets opphør (etableringsrestriksjon).

Særlig behov for vern mot konkurranse

For at en konkurranseklausul skal kunne gjøres gjeldende må arbeidsgiver kunne påvise et særlig behov for vern mot konkurranse fra arbeidstakeren etter arbeidsforholdets opphør. Den enkelte konkurranseklausul må derfor vurderes konkret. I lovforarbeidene er det uttalt at «[D]et skal være bedriftshemmeligheter og såkalt knowhow, som er utviklet i virksomheten, som skal kunne beskyttes gjennom bruk av konkurranseklausuler».

Hva slags type forhold omfattes så av begrepene «bedriftshemmeligheter» og «knowhow»? For at noe skal anses som en bedriftshemmelighet kreves det ifølge forarbeidene at det dreier seg om kunnskap som er spesifikk for den aktuelle bedrift og som er av betydning

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2016.

Prisen på 20 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i løpet av to årganger av Tidende.

Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunnlaget i tannhelsetjenesten. Vi er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenest-

en i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.

for dens virksomhet. Både tekniske og kommersielle forhold kan omfattes av begrepet, og de må behandles som hemmelige i virksomheten. I overgangen mellom bedriftshemmeligheter og mer allmenn kunnskap, ligger begrepet «knowhow». I forarbeidene beskrives «knowhow» som den samling tekniske detaljer, kunnskaper og erfaringer som samlet kan være avgjørende for en bedrifts konkurransevne. Igjen vil en viktig pekepinn for om forhold kan anses som beskyttelsesverdig know-how, være om kunnskapen som skal beskyttes faktisk behandles som hemmelig. På bakgrunn av disse definisjonene synes kjennskap til en virksomhets kundeportefølje alene ikke å være tilstrekkelig begrunnelse for å pålegge en ansatt en konkurranseklausul. NTFs sekretariat har rettet en henvendelse til Arbeids- og sosialdepartementet for å få avklart dette og vil komme tilbake med mer informasjon så snart vi har mottatt et svar.

Arbeidstakers stilling og lengden på ansettelsesforholdet i virksomheten kan si noe om arbeidstakers innblikk i arbeidsgivers virksomhet, og vil også være momenter som inngår i vurderingen av om arbeidsgiver har et særlig behov for vern mot konkurranse. Lovgiver har uttalt at arbeidsgivere bør være svært tilbakeholdne med å gjøre konkurranseklausuler gjeldende overfor arbeidstakere som har vært ansatt i seks måneder eller mindre.

Tidsbegrensning og skriftlighet – og når klausulene ikke kan gjøres gjeldende

Konkurranseklausuler må avtales skriftlig og kan ikke gjøres gjeldende for mer enn ett år fra opphør av arbeidsforholdet. De kan ikke gjøres gjeldende ved oppsigelse fra arbeidsgiver, unntatt der hvor oppsigelsen er begrunnet i arbeidstakers forhold. Arbeidsgiver kan når som helst si opp konkurranseklausulen skriftlig.

Redegjørelse fra arbeidsgiver

For i størst mulig grad å redusere bruken av unødvendige avtaler åpner loven for at arbeidstaker, mens arbeidsforholdet består, når som helst rette en forespørsel til arbeidsgiver om å gi en redegjørelse for om og i hvilken grad konkurranseklausulen vil bli gjort gjeldende. Både forespørselen og redegjørelsen må være skriftlig, og arbeidsgiver må gi redegjørelsen innen fire uker. Arbeidsgivers særlige behov for vern må fremgå av redegjørelsen. Redegjørelsen er bindende for arbeidsgiver i tre måneder.

En oppsigelse fra arbeidstaker har samme virkning som en forespørsel om redegjørelse. Foreligger allerede en redegjørelse, er denne uansett bindende ut oppsigelsestiden. Dersom arbeidsgiver går til oppsigelse skal arbeidsgiver gi redegjørelsen samtidig med oppsigelsen. Ved avskjed har arbeidsgiver imidlertid en uke på seg til å komme med redegjørelsen.

Dersom arbeidsgiver ikke oppfyller plikten til å gi redegjørelse kan konkurranseklausulen ikke gjøres gjeldende.

Krav på kompensasjon

Dersom arbeidsgiver gjør en konkurranseklausul gjeldende, har arbeidstaker krav på kompensasjon tilsvarende 100 prosent av sitt arbeidsvederlag opp til 8 x G (folketrygdens grunnbeløp som per 1. mai 2016 er kr 92 576). Kompensasjonen beregnes på grunnlag av opptjent arbeidsvederlag de siste 12 månedene før oppsigelses-/avskjedstidspunktet. Kompensasjonen kan begrenses til 12G. I tillegg kan det gjøres fradrag med inntil halvparten av kompensasjonen for arbeidsinntekt som arbeidstaker mottar mens konkurranseklausulen har virkning. Arbeidsgiver kan derfor kreve at arbeidsgiver opplyser om slik inntekt, og kan holde tilbake kompensasjonen inntil opplysningen legges frem.

Kundeklausuler

Kundeklausuler begrenser arbeidstakers adgang til å kontakte arbeidsgivers kunder etter arbeidsforholdets opphør. Også slike klausuler er tillatt i begrenset utstrekning.

Formålet med å tillate kundeklausuler er å gi arbeidsgiver rimelig beskyttelse mot at ansatte tar med kunder over i annen virksomhet. Arbeidsgiver kan ha investert mye i å etablere og vedlikeholde en kunderelasjon, og tap

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Tidende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den besete publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to årganger av Tidende.

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

norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2017.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

av kunden kan medføre tap for arbeidsgiver. Arbeidsgiver kan imidlertid ikke nekte arbeidstaker å betjene kunder som selv tar kontakt.

En lovlig kundeklausul kan bare omfatte kunder som arbeidstaker har hatt direkte kontakt med eller ansvar for det siste året før arbeidsforholdet avsluttes (eller redegjørelse gis) og kan ikke gjøres gjeldende for mer enn ett år.

Også kundeklausuler må inngås skriftlig og arbeidstaker kan på ethvert tidspunkt kreve en skriftlig redegjørelse fra arbeidsgiver for om klausulen vil gjøres gjeldende. Redegjørelsen må angi hvilke kunder som ev. skal omfattes av kundeklausulen som vil gjøres gjeldende. Husk derfor å vedlegge en kundeliste til redegjørelsen.

Dersom arbeidsgiver vil gjøre en kundeklausul gjeldende har arbeidstaker *ikke* krav på kompensasjon. Dette fordi lovgiver mener at kundeklausulene antas å representere et relativt lite inngrep i arbeidstakers handlefrihet sammenlignet med konkurranseklausulene.

Rekrutteringsklausuler

Rekrutteringsklausuler hindrer eller begrenser arbeidstakers muligheter til å ta ansettelse i annen virksomhet. Det er som utgangspunkt forbudt å inngå avtale med rekrutteringsklausul, men et unntak gjelder i forbindelse med forhandlinger om virksomhetsoverdragelse. Siden det kun er en svært begrenset mulighet til å inngå denne type kon-

kurransbegrensende avtaler omtales de ikke nærmere i denne artikkelen.

Overgangsregler frem til 1. januar 2017

Allerede inngåtte avtaler har kunnet gjøres gjeldende i hele 2016, men fra 1. januar 2017 gjelder de lovpålagte begrensningene som følger av denne artikkelen. Arbeidsgivere anbefales derfor å gjennomgå gjeldende arbeidsavtaler og sjekke at de ikke inneholder klausuler som strider mot arbeidsmiljølovens regler om konkurransebegrensende avtaler.

Elisabeth Scarpello
Advokat i NTF

»Vi leverer et smil for hele livet«

SVEDALA DENTALTEKNIK er et tannteknisk laboratorium i Malmø som kan utføre alle typer tannprotetiske produkter. Vi utfører arbeid av høy kvalitet til en konkurransedygtig pris. Vi har lang erfaring som strekker seg tilbake til 1992 og har tatt i bruk ny avansert teknologi innen CAD/CAM/CNC. Vi satser nå på det norske markedet og har etablert kontor i Oslo for å være nærmere våre norske kunder.

»Vi ønsker å være
din partner mer enn
en leverandør!«

TA KONTAKT FOR INFORMASJON OG ET UFORPLIKTENDE TILBUD.

SDT AS
Rådhusgaten 28
Postboks 483 Sentrum
0152 OSLO

☎ 221 996 00 (LAB I SVERIGE)
☎ 407 842 88 (KONTOR OSLO)

🏠 www.svedaladental.no
✉ info@svedaladental.no

FOKUSERT PÅ ZIRKONIA,  Fra 1.150,- Zirkonia krone/bro	IMPLANTATER  Fra 17.900,- CAD/CAM-frest bro med protese tenner. Totalpris uavhengig av antal fiksturer. Inkl tilhørende komponenter.
OG CAD/CAM  TRIOS Ready	SVEDALA DENTAL TEKNIK SDT

Spør advokaten

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

Lederkompetanse i tannlegvirksomhet

Jeg er blitt spurt om å være daglig leder og arbeidsgiver i en liten tannlegvirksomhet med kun tre ansatte. Stilles det noe krav til utdanning eller opplæring for å kunne ta en slik stilling?

Svar: Det er ikke noe generelt krav til utdanning for å være leder. Men for øverste leder i en virksomhet er det et lovpålagt krav om HMS-opplæring. Kravet fremgår av arbeidsmiljøloven § 3-5. Lovens krav er det samme for

små, mellomstore og store virksomheter.

Hvis du er øverste leder i virksomheten er det altså et krav til at du gjennomfører HMS-opplæring for ledere. Plikten til opplæring er personlig og kan ikke delegeres. Bakgrunnen for kravet er at arbeidsgivere har plikt til å sørge for fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og dermed har behov for en grunnopplæring i HMS for å kunne fatte riktige beslutninger på HMS-området.

Det stilles ikke konkrete krav til hva opplæringen skal inneholde, men det forutsettes at opplæringen er tilpasset virksomhetens art og størrelse og at den gir en reell kompetanseheving. Arbeidstilsynet har laget en veileder som sier noe om hva opplæringen bør inneholde. Veilederen ligger på www.arbeidstilsynet.no. Det er mange

kurstilbydere som har egne HMS-kurs for ledere.

Det må dokumenteres skriftlig at du har gjennomført opplæringen. Det kan for eksempel gjøres ved fremleggelse av kursbevis. Dokumentasjonen må angi innholdet av opplæringen som er gjennomført.

Det understrekes imidlertid at det å være daglig leder og arbeidsgiver innebærer både ansvar og forpliktelser, selv om det ikke nødvendigvis er et uttrykkelig krav til utdanning og opplæring. NTF anbefaler alle i denne typen stillinger å sette seg inn i relevant regelverk, blant annet hva det innebærer å ha personal- og arbeidsgiveransvar.

En daglig leder bør i tillegg ha kjennskap til økonomi og regnskapsforståelse. For aksjeselskaper er daglig leders ansvar regulert i aksjeloven.

Velkommen til vår nettbutikk!

BLI INSPIRERT!

www.dentalnet.no



Aldri har det vært enklere å handle tannlegutstyr og tilbehør på nett!

Logg deg inn, eller send mail for passord til:
post@dentalnet.no

Ring gjerne Ørjan direkte på 951 52 822 for brukernavn, passord - eller hjelp.

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

dental sør
OPPLEV 1.KLASSE

Ørjan og Jan

Ett servicesenter - ett telefonnummer!

ENKLERE - SIKRERE - ALLTID SVAR

RING: 38 27 88 88

Vi vil at du som kunde skal få den beste oppfølging, fra du løfter av røret - til jobben er ferdig utført.

Kontakt derfor vårt servicesenter, som straks vil aktivere oppdraget ditt.

**HENG DETTE OPP
PÅ TAVLA I DAG!!**
Tast 1 for bestilling av utstyr, varer eller reservedeler
Tast 2 for bestilling av teknisk service
Tast 3 for andre henvendelser



facebook.com/dentalnet.no



Åse og Jorun

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**
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

Lise Opsahl,
tlf. 900 31 134

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

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

**Hedmark
Tannlegeforening**
Børge Vaadal
tlf. 991 21 311

Björg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60/
mobil 414 88 566

**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**
Ole Johan Hjortdal,
tlf. 61 25 06 92

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

**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

Kirsten Øvestad,
tlf. 51 53 64 21

Romerike Tannlegeforening
Kari Anne Karlsen,
tlf. 67 07 60 69

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

**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

Morten Nergård,
tlf. 950 54 633

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

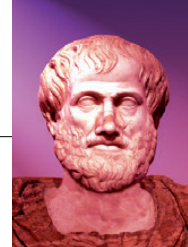
**Kontaktperson i NTFs
sekretariat**
Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 15
E-post: lin.bendiksen@
tannlegeforeningen.no



**GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER**

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



Når ressurser ikke strekker til – et etisk dilemma

Ressurser i offentlig sektor – hva kan vi tilby?

Fra tid til annen ser vi innlegg i aviser som tar opp problemer i helsesektoren der budskapet er: «Det koster å prioritere – å la være koster mer». Tannhelse-tjenesten, i denne sammenhengen Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), kjenner også på dette dilemmaet. Det er en kjensgjerning at det er begrensede ressurser. Oppgavene er mange og midlene skal strekke til for alle pasientene som skal ivaretas. Hvordan skal en best balansere slik at de avgjørelsene tannleger må ta av ressurshensyn i forhold til pasientene, ikke stadig kommer i konflikt med våre etiske regler?

En dagligdags oppgave som å vurdere recall til den enkelte pasient kan oppleves som et etisk dilemma. Eller skal behandling av melketenner avsluttes ved en bestemt alder, uansett plassforhold og lignende? Skal pålegg fra overordnede om standardiserte rutiner følges, eller skal en tenke på de etiske reglene:

§ 1 Pasientens helse:

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

Ressursene skal strekke til så mange – hva skal tannlegen velge? Er det «godt nok» å strekke intervall, å stoppe melketannsbehandling ved bestemt alder, eller å lage tradisjonell protese der pasienten vil være bedre tjent med implantat tross høy alder men god allmennhelse? Det kan være faglig forsvarlig å gi et «rimeligere» tilbud, men tenker vi langt nok frem, kan en mer kostbar behandling være den beste,

også av ressurshensyn. En løsning som pasienten er bedre tjent med, med hensyn til funksjon, livskvalitet, belastning under behandling med mer.

Også §8 første ledd har betydning:

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

Hva når krav til faglig forsvarlig behandling står i motsetning til tilgjengelige ressurser i form av tid og penger? Det ligger mye etikk i en slik problemstilling. Pasienten skal også ha en medvirkning i valg av løsning, enten selv eller av en foresatt. (Pasientrettighetsloven)

Et eksempel: En vital, relativt sprek pasient, la oss si gruppe C2, 85 år. Tannstatus sier oss at for at hun skal god funksjon og livskvalitet må hun få behandling av overkjeven. Vi står overfor to valg: implantatbåret bro eller dekkprotese eller det andre alternativet, en ordinær protese. I dagens samfunn vil det være stor sannsynlighet for at pasienten ikke vil ha noe «løst» i munnen. Pasienten har samtykkekompetanse og har rett til medvirkning «ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.» (Pasientrettighetsloven §3).

Er det etisk riktig i dagens samfunn å tilby pasienter tradisjonell helprotese?

Her må selvsagt en grundig faglig helhetlig vurdering legges til grunn for behandlingsalternativ. Dersom pasienten får tilbud om tradisjonell protese er det ikke utenkelig at denne pasienten, forutsatt at vedkommende har økonomien som trengs, vil velge privat behandling, noe som ville kunne gi overskriften «Fikk nei fra det offentlige – valgte privat» i en eller annen avis. Den som ikke har samme økonomi, vil måtte akseptere protesen. Ser vi dilemmaet i å indirekte forskjellsbehandle pasienter ut fra ressurser?

§ 9 Pasientens økonomiske rettigheter

Tannlegen skal hjelpe sine pasienter til å oppnå økonomiske rettigheter og ytelser som følger av lovgivning.

Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes uberettiget økonomisk eller annen fordel.

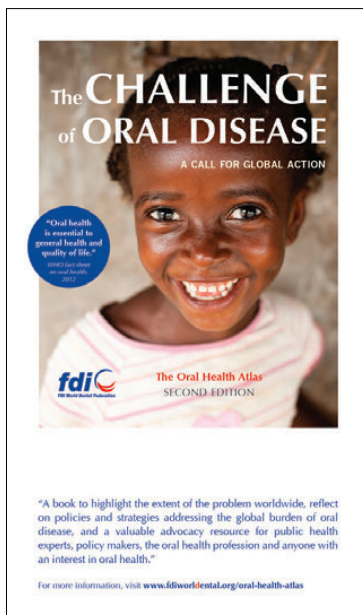
Vil en eventuell implantatbehandling på pasienteksempelet ovenfor være i konflikt med andre ledd av denne paragrafen?

DOT må bruke de relativt knappe ressursene klokt, men det kan så absolutt gi etiske problemstillinger også der, selv om den gitte behandling er helt innenfor det som ansees som faglig forsvarlig.

Det viktigste er at de etiske vurderingene alltid går hånd i hånd med de mange faglige utfordringene og prioriteringene.

*Kirsten Halonen og Birgit Kollevold
NTFs råd for tannlegeetikk*

FDI



Oral Health Atlas

FDI har lansert den siste utgaven av Oral Health Atlas, med tittelen «The Challenge of Oral Disease – a call for global action». Målgruppen er alle som er opptatt av munnhelse og folkehelse, og spesielt de nasjonale tannlegeforeningene, helseorganisasjoner, dentalindustrien.

Atlaset inneholder kart og grafikk i tillegg til bidrag fra 30 bidragsytere. Det illustrerer omfanget og forskjellene i byrden av orale sykdommer verden over.

Atlaset kan lastes ned fra FDI's nettsted: www.fdiworldental.org/oral-health-atlas

Mer informasjon finnes på samme sted.

Rettelse

Tden vitenskapelige artikkelen «Måling av kortisol i saliva» av Henning Lygre i Tidende nr. 9, 2016, side 684–7, er det dessverre en trykkfeil i overskriften i det engelske sammendraget i den trykte utgaven.

Riktig tittel på det engelske sammendraget skal være: «Quantification of cortisol in saliva», slik det står i internettversjonen.

Tidende beklager!

TILBAKEBLIKK

1916

Mundpleien

Mundpleien heter et tidsskrift, der i disse dager er startet av «Norsk forening for motarbeidelse av tandsydomme». Det vil utkomme 6 ganger årlig, og sendes foreningens medlemmer og endel offentlige institusjoner.

Redaksjonen er overtatt av tandlæge Einar Hirsch.

Juni 1916, 6te hefte

1966

Landsmøtet

Vi bringer i dette nummer et kort referat fra årets landsmøte. Tekst og bilder gir inntrykk av suksess, og redaksjonen vil gjerne være med og gi blomster til vertskapet, Bergen Tannlegeforening, foreningens formann, styret og dets hjelpere for et godt planlagt og elegant gjennomført arrangement.

Når redaksjonen går ut fra at årets landsmøte vil bli regnet blant de histo-

riske, er det imidlertid ikke fordi det var så vellykket som arrangement, men på grunn av de vedtak som ble fattet i de to «store» saker som forelå til avsluttende organisasjonsmessig behandling, nemlig «Administrasjonskomiteens innstilling» og «Byggesaken».

Disse saker hadde det til felles at de i lengre tid hadde opptatt de foreningsinteresserte medlemmer og til dels engasjert dem sterkt. Så viste det seg at når sakene var omhyggelig forberedt, misforståelser var oppklart og problemene utdypet ved debatt, endte man til slutt for det meste i enstemmige vedtak og alminnelig tilfredshet med resultatet.

November 1966, hefte 9

2006

Praksisundersøkelsen 2006 så langt: stemmer dette?

Trettien prosent av de privatpraktiserende tannlegene driver praksis som et aksjeselskap. 34 % av praksiseierne er samlokaliserte med andre praksiseiere,

og kun 36 % driver solo praksis. Tallene

stammer fra Praksisundersøkelsen som ble satt i gang i juni 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Seksjon for samfunnsodontologi ved Det odontologiske fakultet i Oslo og NTF, med økonomisk støtte fra blant annet Sosial- og helsedirektoratet. Det er foreløpig kommet inn svar fra ca. 1 000 tannleger. Det blir sendt ut skjema igjen i august til dem som ennå ikke har deltatt.

Stemmer de nye tallene? Ja, det vet vi først når resten av spørreskjemaene fylles ut og returneres. Undersøkelsen vil gi mange interessante opplysninger om endringer vi antar skjer i den private sektor.

August 2006, nr. 10



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

25.-26. nov.	Henningsvær	Henningsværkursen: Perio for liten og stor (lomme). For hele tannhelseteamet. Kursholder: Odd Carsten Koldslund, UiO. Kurset teller 8 timer i NTFs etterutdanningssystem. «Førjulseventyret i Lofoten». Kontakt Stein Alsos for mer info, e-post: tannlege@alsos.no
12.-14. jan. '17	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Siv Kvinnsland, e-post: fagkomiteen@bergentannlegeforening.no
3.-4. feb. '17	Molde	NOFOBI. Vinterseminar 2017. Scandic Hotell Seilet i Molde. Henv. Arne Jacobsen, e-post: arne@tannlegearne.no
13.-14. mars '17	Oslo	Holmenkollsymposiet. For informasjon og påmelding se www.tannlegeforeningen.no
23.-24. mars '17	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
9.-10. juni '17	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
15.-16. juni '17	Tromsø	Midnattssolsymposiet. For informasjon og påmelding se www.tannlegeforeningen.no
27.-30. aug. '17	Oslo	13th International Conference on Osteogenesis Imperfecta. Se www.oioslo2017.org
2.-5. nov. '17	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
19.-20. april '18	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
25.-26. mai '18	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
1.-3. nov. '18	Trondheim spektrum, Trondheim	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
24.-25. mai '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
31. okt. - 2. nov. '19	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no

UTLANDET

16.-18. nov.	Stockholm, Sverige.	Riksstämman Et Swedental. Se www.tandlakarforeningen.se
27.-29. april '17	Bella Center, København,	Årskursus og Scandefa. Se www.tandlaegeforeningen.dk
27.-29. april '17	Marrakesh, Marokko,	1st African regional Dental Congress. Se www.african-dental-kongress.org
29. aug.-1. sept. '17	Madrid, Spania	FDI. Se www.fdiworlddental.org
20.-23. juni '18	Amsterdam, Holland	EuroPerio 9. Mer informasjon: www.efp.org/europerio/

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

Kull 1977-82, UiB

Kull 1977-82, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen, holder jubileumsfest på Solstrand Fjordhotell, 2.-4. juni 2017.

Hold av datoen!

Festkomiteen v/ Preben Moe

Kari Sollien valgt som leder av Akademikerne

Kari Sollien (46) er valgt som ny leder av hovedorganisasjonen Akademikerne for de neste to årene.

– Akademikerne er en nytenkende organisasjon som har blitt stadig viktigere i samfunnsdebatten. Jeg ser frem til å lede organisasjonen inn i det spennende valgåret som ligger foran oss. Det er en fin mulighet til å sette saker som er viktig for Norge og Akademikerne på dagsordenen, sier Sollien.

Sollien som overtar etter Knut Aarbakke, er lege og spesialist i allmenntillegmedisin. Hun har vært leder for Allmenntillegforeningen siden 2013 og har sittet i Legeforeningens sentralstyre siden 2009. Sollien har bred yrkeserfaring som fastlege og fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.



FOTO: AKADEMIKERNE

Pål Barkvoll dekan i fire nye år

Et enstemmig fakultetsstyre ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo vedtok den 1. november at Pål Barkvoll fortsetter som dekan i fire nye år. Han tar fatt på sin andre periode som dekan den 1. januar 2017.



FOTO: KAJA HAUGEN LEIION, OD/UiO

Tre nye prodekaner

Antall prodekaner utvides fra to til tre i Barkvolls nye dekanperiode. Blant annet for å legge ned mer arbeid i å forhindre frafall fra studiet deles studiedekantvervet i to. I den nye, todelt stillingen kommer professor Alix Young Vik og førsteamanuensis Amer Shhic inn som prodekaner for studier, mens Linda Hildegard Bergersen blir ny forskningsdekan.



Alix Young Vik.

FOTO: HÅKON STORMER, OD/UiO



Amer Shhic.



Linda Hildegard Bergersen.

FOTO: HILDE ZWAIG KOLSTAD, OD/UiO

Akademikerprisen til lege og antibiotikaforsker Dag Berild

Akademikerprisen 2016 gikk til overlege og professor Dag Berild. – Antibiotikaresistens er en av verdens største helsetrusler. Berild har vært en ledende stemme i offentligheten, og har med sin forskning bidratt til å sette denne store trusselen på dagsorden, sier juryleder Curt A. Lier om årets prisvinner.

Fortsetter dagens utvikling med økende antibiotikaresistens vil ikke antibiotika lenger kunne ta livet av bakterier. Da kan vanlige infeksjoner bli dødelige. Antibiotika er også en forutsetning for standardoperasjoner og all avansert medisin. En slik utvikling vil få dramatiske konsekvenser for vår helse. Berild er svært glad for å motta prisen, skriver Akademikerne på sitt nettsted.

– Jeg er overrasket og svært glad for å motta prisen. Det gir inspirasjon til å fortsette arbeidet. Myndighetene er på vei til å forstå alvorret med antibioti-



FOTO: AKADEMIKERNE

karesistens nå, og jeg håper at denne prisen kan bidra til ytterligere fokus, sier Berild.

Juryen skriver i sin begrunnelse at Berild har vært en viktig drivkraft for at det i dag arbeides systematisk med å forbedre, som vil si å redusere bruken av antibiotika – og for at både politikere, helsemyndigheter og ansatte i helsetjenesten nå viser handlekraft.

Kvalitetssikring i helsevesenet handler om implementering av forskningsresultater. Det har norske politikere tatt

innover seg og synsingens tid bør nå være forbi. Min og andres forskning har vist at det er stort forbedringspotensial også i Norge, og at det går an å gjøre noe med problemet, sier Berild.

Debatten om antibiotikaresistens har pågått i Norge i hele år, og Berild har markert seg på flere arenaer.

– Berilds akademikerstemme har vært tydelig og har medvirket til at myndighetene nå har tatt denne problematikken på alvor. Resistens er ikke lenger en fremtidig trussel – det er en realitet som observeres overalt i verden. Juryen mener at Berilds forskning, og hans bidrag til å sette en av de store samfunnsutfordringene på dagsorden, gjør ham til en verdig vinner av Akademikerprisen 2016, sier Lier.

Akademikerprisen ble delt ut på Akademikerens høstkonferanse, 27. oktober 2016. Berild mottok en skulptur av Nico Widerberg og en pengesum på 100 000 kroner.

**Oralkirurgisk
klinikk AS**

Spes.kirurgi

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Spes.protetikk

Sonni Mette Våler

Spes.radiologi

Bjørn Bamse Mork-Knutsen

Spes.anestesi

Odd Wathne



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

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



Dødsfall

Kårstein Blindheim, f. 19.09.1932, tannlegeeksamen 1961, d. 25.02.2016
Olga Hallesby, f. 03.09.1916, tannlegeeksamen 1938, d. 25.08.2016
Per Brandtzæg, f. 09.06.1936, tannlegeeksamen 1960, d. 11.09.2016
Ketil Aslaksen, f. 05.02.1937, tannlegeeksamen 1962, d. 15.09.2016
Johan Højem, f. 10.12.1927, tannlegeeksamen 1951, d. 16.09.2016
Tord Høyhilder, f. 22.10.1932, tannlegeeksamen 1957, d. 17.09.2016

Fødselsdager

85 år

Steinar Kvinnsland, Nesttun, 30. november
Olav Djuve, Vennesla, 11. desember

80 år

Kari Eldevik, Fyllingsdalen, 12. desember

75 år

Jørn Ottar Jaavall, Fredrikstad, 19. desember
Oliver Heslop, Oslo, 24. desember

70 år

Inger Thorsen Melø, Kattem, 1. desember
Kjell Grindaker, Fagernes, 7. desember
Kristian Haugen, Oslo, 24. desember

60 år

Bjørn Angell Knudtzen, Lillehammer, 30. november
Maria Elisabeth Alvenes, Ridabu, 3. desember
Mehdi Darouei, Sandefjord, 12. desember

Arnstein Arvesen, Haugesund, 18. desember
Øystein Sivertsen, Sandane, 21. desember
Kari Bergman Husby, Oslo, 24. desember

50 år

Massoud Kheirhah, Stavanger, 28. november
Jon Oldertroen, 29. november
Keila-Anita Nordbøe Abbedissen, Bjørndalstræ, 1. desember
Marcos Friedl, Steinkjer, 6. desember
Hilde Aas, Grålum, 6. desember
Johannes Opitz, Klokkarvik, 11. desember
Elisabeth Finne, Os, 17. desember
Inger Abildsnes Kile, Kristiansand, 21. desember

40 år

Mette Bergh, Sortland, 27. november
Nina E. Dahlberg, Jessheim, 30. november
Silje Storehagen Gjesme, Løvenstad, 4. desember
Nils J. Erichsen, Skien, 5. desember
Hege Mørch Fosse, Frekhaug, 9. desember
Andreas Jörn Schmalfluss, Oslo, 14. desember
Lisa Printzell, Oslo, 15. desember
Pål Vidar Westlie, Gjøvik, 20. desember

30 år

Karianne Fossen, Kristiansand, 28. november
Silje Anette Solbakk Moen, Rælingen, 28. november
Elisabeth Rønneberg Næss, Sofiemyr, 4. desember

Christine K Løge, Stavanger, 8. desember
Kristine Mørland Block, Surna, 10. desember
Bjørghild Sørheim, Haugesund, 11. desember
Charlotte Sivertsen, Tromsø, 14. desember
Ingvild Årøen Lein, Oslo, 16. desember
Elin B. Hovden Røli, Bodø, 18. desember

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.

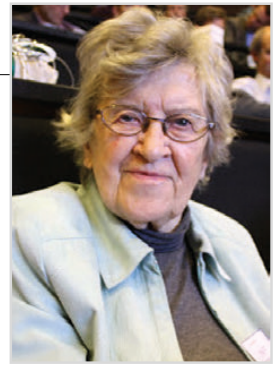
Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personaliaspalten, gir skriftlig melding *minst åtte uker* i forveien på e-post: tidende@tannlegeforeningen.no, 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.

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Birgit Thilander



Vår svenske kollega Birgit «Bibi» Thilander døde den 29. juli i en alder av 92 år. Bibi Thilander var norgesvenn og har en høy stjerne blant norske kjeveortopedier. Hun har flere ganger vært opponent ved disputaser i Norge, blant annet for Leif Linge, Einar Kvam, Steinar Kvinnsland og Per Johan Wisth. Hun har vært sakkyndig ved innstilling til vitenskapelige stillinger ved fakultetene i Oslo og Bergen og har holdt foredrag og kurs her. Hun ble invitert til å skrive et kapittel om «Internasjonelt perspektiv på norsk kjeveortopedi» i jubileumboken *Norsk Kjeveortopedisk Forening 50 år*, og skrev da rosende om Norges bidrag til internasjonal kjeveortopedi og omtalte flere personer som har gjort norsk kjeveortopedi kjent. Sitt siste foredrag holdt Bibi som 90-åring ved seminaret *Hva kan vi vite, hva skal vi gjøre, hva kan vi håpe på?* i Oslo februar 2014. Der ga hun en omfattende oversikt over sin forskning om residiv versus stabilitet etter kjeveortopedisk behandling.

Etter tannlegeeksamen i Stockholm 1948 startet Bibi Thilander praksis i Avesta sammen med sin mann Holger. Da de etter noen år ønsket å videreutdanne seg, var hennes mål å bli «länsortodontist». Hun søkte på spesialistutdannelse i ortodonti i Stockholm, der det var 15 søkere til én plass. Professor Anders Lundström var tvilende til å ta inn en kvinnelig tannlege, men Bibi lot seg likevel ikke avfeie og reiste til Wien noen måneder for å forbedre sine kvalifikasjoner. Hun ble endelig antatt og tok i 1960 spesialisteksamen i ortodonti. Samtidig hadde hun startet sin forskerkarriere, og disputerte året etter med en avhandling om innervasjon av kjeveleddet.

Bibi Thilander ble Sveriges første kvinnelige professor i odontologi da hun i 1969 ble professor i ortodonti i Göteborg. Hun hevdet gjerne at hun fikk sitt professorat fordi hun var den beste, og ikke fordi hun var kvinne. Bibi så ikke kjønnskvolter som en god modell, og mente det heller var en felle, som kunne slå tilbake på den som hadde fått en stilling ved kvotering.

Under sin tid som professor på avdelingen i Göteborg var hun veileder for 19 doktorander, og av disse ble åtte etter hvert professorer. Hennes forskning innen kraniofacial vekst og utvikling, vevsreaksjoner ved kjeveortopedisk tannflytting, tannagenesier og implantater har gjennom årene resultert i mer enn 200 originalartikler, av hvilke flere er belønnet med prestisjetunge priser.

Kliniske problem var alltid utgangspunktet for Birgit Thilanders forskning. Av etiske årsaker søkte hun først å finne svar via dyreeksperimentelle studier. Disse forsøkene ble grunnlaget for utformingen av hypoteser som hun deretter testet på pasienter for å undersøke om de også var gyldige for mennesker.

For å få svar på hvordan man best skal behandle tann- og kjeveanomalier innledet hun på 1970-tallet en kartlegging av hvordan menneskets ansikts- og kjeveknokler vokser. Over en periode på 30 år fulgte hun utviklingen av fem år gamle barn til 30-årsalder. Undersøkelsen omfattet en stor gruppe uten tannstillingsfeil, slik at hun kunne studere det naturlige forløpet hos mennesker uten bittavvik. Hun viste at ansiktsskjelettet ikke vokser symmetrisk, men at veksten er meget komplisert og vokser i ulike retninger i for-

skjellige utviklingsfaser. Som verdensautoritet på vevsreaksjoner ved kjeveortopedisk tannflytting var hun eneforfatter av kapitlet om dette temaet i *Orthodontics: Current Principles and Techniques*, 6. utgave (en ledende lærebok i kjeveortopedi).

På bakgrunn av sin ekspertise på tilvekst og bittutvikling ble Bibi spurt av Per-Ingvar Brånemark, implantatprotektikkens «grand old man», om når hun mente titanimplantater kunne settes inn på pasienter. Dette førte til et samarbeid mellom spesialister i ortodonti, kirurgi og radiologi og ble først utført på voksende griser. Studiene viste at implantatene sto stille mens kjevvene vokste og at tennene flyttet seg under veksten. Det ble derfor dokumentert at man ikke bør sette inn implantater før ansiktsskjelettet er vokst ferdig. Dyreforsøkene ble deretter fulgt opp av en klinisk studie over 10 år på 15 barn som hadde mistet permanente tenner, som ble erstattet med tannimplantater. Denne kliniske studien bekreftet resultatene av dyreforsøkene, og var banebrytende idet den viste at tannimplantater ikke bør settes inn før ansiktet er ferdig utviklet.

Bibi Thilander sa kort tid før sin død at forskning er som å legge et stort puslespill, der hvert nytt resultat blir en ny brikke som passer inn i det bildet hun allerede har lagt. Hun var alltid nysgjerrig på hvordan neste brikke kunne se ut, og det var denne nysgjerrigheten som drev henne til å forske videre gjennom hele livet.

Bjørn Zachrisson, Arild Stenvik

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Spesialistutdanning i odontologi 2017

Ved Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske universitet i Tromsø skal det tas opp kandidater i følgende spesialitet:

Forsøksordningen klinisk odontologi. Forsøksordningen klinisk odontologi har blitt innvilget lønnstilskudd fra Helsedirektoratet. Det er derfor besluttet å gjennomføre en ny utlysning for 2017.

Alle kandidater som blir tatt opp vil bli registrert som studenter ved instituttet.

Søknad og opptak

Generelle opptakskrav er bestått odontologisk grunnutdanning, som berettiger til norsk autorisasjon og minst to års erfaring fra godkjent allmennpraksis. Ved vurdering av søknader vil det bli lagt vekt på erfaring fra behandling av voksne pasienter. For utfyllende regler, se UiT's interne nettsider.



I Tromsø søker man elektronisk gjennom søknadsweb: <https://fswb.no/soknadsweb/login.jsf?inst=uit>.

(Søknader som kommer utenom søknadsweb blir ikke realitetsbehandlet). På instituttets hjemmesider kan dere lese mer om spesialistutdanningene:

https://uit.no/om/enhet/artikkel?p_document_id=380603&tp_dimension_id=&tmen=28714

Søknadsfrist er 31. desember 2016

Oppstart: August 2017

Adresser:

Interesserte søkere anbefales å kontakte Instituttet for informasjon om utdanningsprogrammet. Nærmere informasjon om fagprogrammet gis av fagansvarlig ved fagavdelingen.

Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske universitet, 9037 Tromsø.

Christer Ullbro
christer.ullbro@uit.no

Telefon 776 49134 Instituttleder IKO

Elisabeth Camling
elisabeth.camling@tromsfylke.no
Tlf. 474 89495,

Leder TkNN (Tannhelsetjenestekompetansesenter for Nord Norge)

nettbutikk.tannvern.no

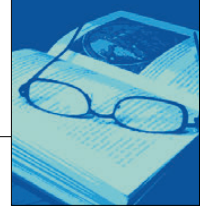


Brosjyren Kroner er revidert
– kjøp pakker à 50 i nettbutikken –
Oversatt til arabisk for gratis nedlasting



nettbutikk.tannvern.no





Siri Søftestad og Øivind Aschjem:
Hvis klær kunne fortelle



Utstillingene *Hvis klær kunne fortelle 1 og 2* har vært vist mange steder i landet, og er nå utgitt i bokform.

Utstillingene består av autentiske klær, dukker og bamser (bortsett fra to unntak) som har vært vitner til overgrep og omsorgssvikt. Det er sterke historier.

De to unntakene, er historiene som kommer fra lykkelige barn. Det bidrar til å sette perspektiv på hva en barnedom kan være. Deler av utstillingene finnes også digitalt på <http://www.barnehageforum.no/klesutstilling.aspx>

I tillegg til historiene er det i boken et innledningskapittel med en fortettet

kunnskapsoversikt om barnemishandling, definisjoner, omfang og konsekvenser.

Ett kapittel portretterer en overlever. Dette er en gripende fortelling om et ungt menneskes lange reise fra å være et undertrykket mishandlet barn til en ung ressursperson som kan hjelpe andre i samme situasjon. Historien kan også minne oss om alle de som ikke er så heldige at de finner frem på den lange veien.

Boken har også kapitler om oppgaver som kan gis i forbindelse med utstillingene eller boken, men dette er kanskje mest beregnet på skoler og skoleklasser.

Det er mange gode referanser og anbefalinger om nettsider og Youtube-filmer.

I bokens omtale av fagfolk som viktigste verktøy i arbeidet med barn og unge, blir også tannhelsetjenesten trukket frem som viktige. Spesielt nyttig i denne sammenhengen er kapittelet

som omhandler de barrierene eller fortrengningsmekanismene fagfolk kan slite med, som fører til at de hverken tør å forholde seg til eller oppdage barn som utsettes for krenkelser.

I boken fortelles det om en elev på tredje trinn som sitter med helsesøster og forteller om moren som drikker for mye. Helsesøster sier: «Du er modig som forteller dette til meg». «Kanskje er jeg det, men du er modigere som tør å spørre» svarer jenta på ni år.

Boken er gripende og tankevekkende. Den anbefales for alle i tannhelseteamet. Boken kan også fungere som en døråpner for barn og foreldre i møte med tannhelsetjenesten ved å ligge tilgjengelig på venterommet.

Tiril Willumsen
 Oslo: Universitetsforlaget, 2016.
 ISBN: 9788215026732

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



Vi er i dag et team av: kjevekirurger, endodontist, periodontist, allmennpraktiserende tannleger og anestesilege/anestesisykepleier.

Vi tar gjerne imot henvisninger fra andre tannleger/leger for behandling hos oss. Vi vil gjøre vårt ytterste for at din pasient skal få så god behandling, service og omsorg som mulig til pasienten sendes tilbake til deg.

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

OPERASJONS AVDELING

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

Implantater:

- Fiksturinnsetting – enkelttann/delkjeve/helkjeve/for magnetfester/kulefester
- Guided computerbasert fiksturinnsetting – operasjon "uten kirurgi"
- Ferdig behandling med krone/bro/protese på fiksturer hvis ønskelig

Bentransplantasjon:

- Fra hofte til kjeve/sinus (sinuslift)
- Fra kjeve til sinus (sinuslift)
- Kjevekamsoppbygging

Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

Andre inngrep:

- Fjerne visdomstenner/andre tenner
- Biopsier
- Cyster/tumores

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smertetreddning

PERIODONTI AVDELING

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

NARKOSE AVDELING

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

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



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

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

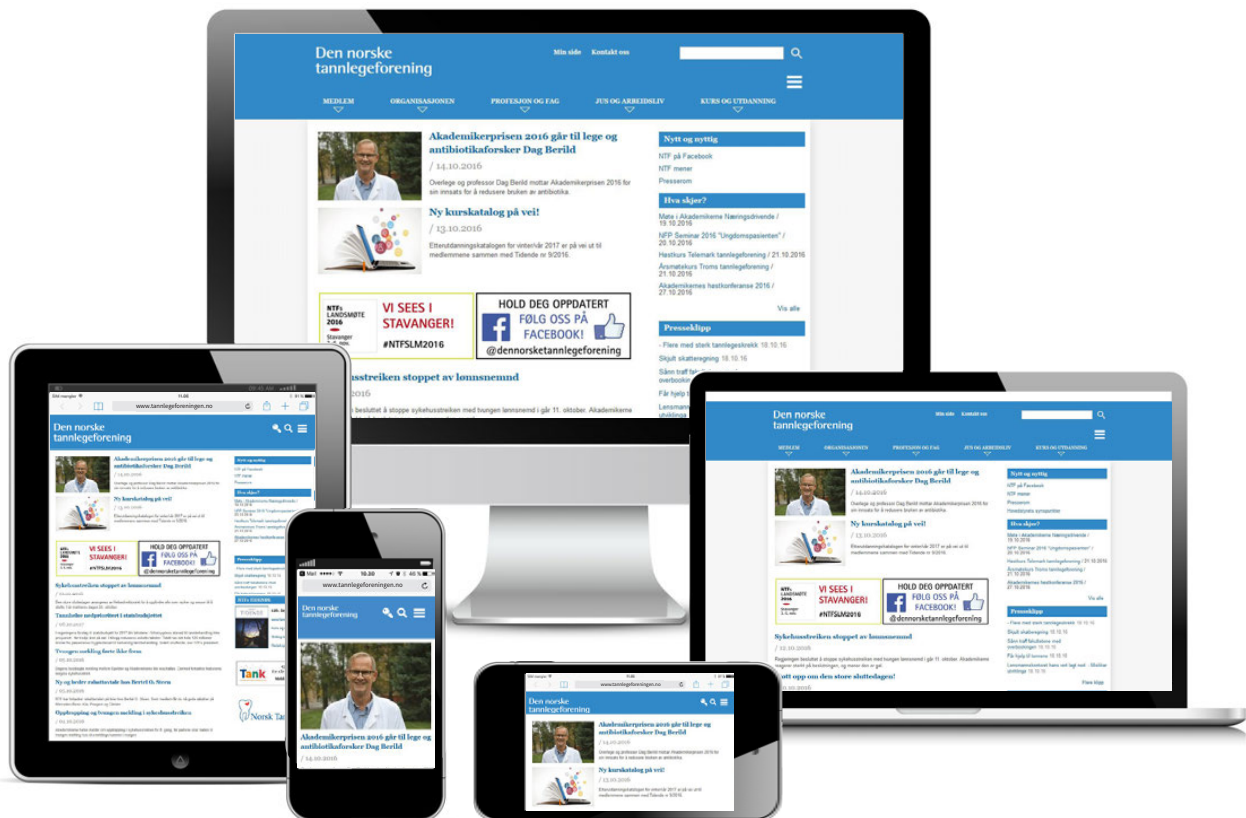
De fleste av oss vet at vi bør spise minst fem om dagen. Grønnsaker, frukt og bær er nødvendig uansett alder. Spiser du litt grønnsaker, frukt eller bær til hvert måltid, blir det enklere å nå målet. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet

Tannlegeforeningens nettsider har blitt responsive!

Endelig har NTFs nettsider blitt responsive - dvs at utseendet tilpasser seg skjermstørrelsen avhengig av hvilken enhet du bruker. Du vil derfor oppleve at menyer og funksjoner kan se litt ulike ut når siden åpnes på nettbrett vs mobil vs desktop. Målet er at siden skal bli mer brukervennlig fra mobile enheter.



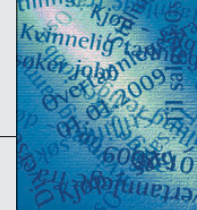
Hva er nytt?

- Utseendet tilpasser seg skjermstørrelsen avhengig av hvilken enhet du bruker
- På mobile enheter slås toppmenyen sammen til "burgermeny" (de tre strekene)
- På mobile enheter finner du innlogging til "min side" ved å klikke på nøkkelikonet
- I stående mobil kan du "swipe" mellom toppnyhetene

Alt innhold og alle meny punkter vil være tilgjengelig fra alle enheter.

www.tannlegeforeningen.no

PS: I startfasen kan det oppstå "tekniske problemer" med visning av noen tabeller og/eller innhold. Hvis du ser noe som ikke er helt som det skal setter vi stor pris på om du varsler oss på nettedaksjonen@tannlegeforeningen.no



■ STILLING LEDIG

Mo i Rana

Tannlegehuset Rana AS, søker ny tannlege. Veletablert klinikk med 6 ansatte, og bra pasientgrunnlag. Daglig leder Daniel. E-post: daninowzari@gmail.com. Tlf. 75 13 17 88

Trondheim Tannhelsesenter

Søker tannlege og periodontist. Skriftlig henvendelse til post@trondheim-tannhelsesenter.no

Egersund

Tannlege søkes til vikariat i privat praksis i Egersund. Klinikken har 2 tannleger, er moderne og har godt pasientgrunnlag. Oppstart og varighet etter nærmere avtale. Søknad og CV sendes til Tannlege Olaf Asbjørnsen på olafjobb@gmail.com. Kan også nås på mob. 992 95 304 etter kl. 16.

Torget Tannhelse i Stjørdal søker tannlege

Da en av våre tannleger pensjoneres søker vi kvalitetsbevisst og effektiv assistent-tannlege med oppstart mars 2017.

Veldrevet praksis med alt digitalt inkl. OPG, god pasienttilgang, 20 min kjøring fra Trondheim, gratis parkering og god bussforbindelse. Provisjonsbasert avlønning med mulighet for god inntjening.

Send cv, søknad med bilde, og ev. spørsmål rettet mot stillingen til tannlege.finnanger@gmail.com

TANNLEGE OG TANNPLEIER, DELTID, SØKES TIL PRIVATPRAKSIS PÅ VINSTRA

Du har mye positivitet og gode samarbeidsevner i tillegg til en samvittighetsfull utførelse av faget, der god behandling av den enkelte står i fokus.

Du er selvstendig og har erfaring til å kunne utføre de fleste typer oppgaver. Vi kan tilby jobb ca 2-3 dager pr uke for tannlege, og 1-2 dager for tannpleier. Hos oss blir du en del av et team i en morsom, travel arbeidshverdag med en fantastisk sekretær!

Nytt OPG på kontoret.

I første omgang ønsker vi oss skriftlig søknad med referanser til tannlege.rbg@gmail.com

Tannlege Ragnhild Bø Gaarden

Nedregate 63, 2640 Vinstra - Telefon 94 13 15 88



ledige stillingar i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Les om våre ledige stillingar og finn søknadsskjema her:
mrfylke.no/job/tannhelse



ASKER

Hyggelig, liten, veletablert tannlegepraksis søker erfaren og serviceinnstilt assistenttannlege 1–2 dager i uken grunnet stor pasientpågang.

Søknader og ev. spørsmål sendes på mail til: unnissor@start.no.

Aktuelle kandidater vil bli kontaktet.

Søknadsfrist: snarest

NANNESTAD TANNLEGESENTER

Vi søker kvalitetsbevisst og omgjengelig assistenttannlege 2–3 dager i uken med mulighet for å utvide stillingsstørrelsen senere. Erfaring er en fordel. Nannestad tannlegesenter er en vel drevet praksis med 1 tannlege, god pasienttilgang. Kontoret ligger ca. 25 minutter å kjøre fra Oslo. Send CV og søknad med bilde til: post@nannestad-tannlegesenter.no. Søknadsfrist 17/12 – 16.

Vilje
gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no
Kontaktperson: Helene Haver
tlf. 51 51 69 07 eller
helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGALAND

 **BUSKERUD**
FYLKESKOMMUNE

STILLING LEDIG

TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD FFK

LEDIGE STILLINGER

Alle våre ledige stillinger i Tannhelsetjenesten i Buskerud KFK annonseres på www.bfk.no/ledigestillinger

www.bfk.no Skaper resultater gjennom samhandling

 **Colosseum**



Colosseumgruppen er Skandinavias ledende leverandør av tannhelsetjenester med 47 klinikker og ca. 1000 medarbeidere i Norge, Sverige og Danmark. Vi tilbyr de beste og mest moderne metodene innenfor alt fra forebyggende tannhelse, tannbehandling og reparasjoner til estetisk tannpleie.

Vi søker allmenntannleger til våre klinikker i Fredrikstad

Til våre klinikker i Fredrikstad søker vi etter allmenntannleger for fast engasjement. Liker du å jobbe i team, kan vi tilby gode utviklingsmuligheter i et spennende tverrfaglig miljø og fast engasjement. Vi har moderne og trivelige klinikker med oppdatert utstyr.

Colosseum Academy er en del av Colosseum gruppen hvor vi tilbyr tidsriktige interne og eksterne kurs med høy kvalitet.

Høres dette interessant ut, send søknad med CV til: solfrid@colosseum.no
Søknadsfrist: Snarest

Spørsmål kan rettes til klinikkleder Mona Johnsen, tlf 993 05 943.

www.colosseum.no

Vi søker

Spesialist innen periodonti

– fulltid eller deltid

Nordmo tannlegesenter er en stor og veldreven privat klinikk, med egen spesialistavdeling. Teamet består i dag av protetiker, oralkirurg, endodontist, 5 allmenn tannleger og 2 tannpleiere. Nå ønsker vi også å få med en periodontist.

Vi tilbyr gode betingelser.

For mer informasjon ring oss på tlf. 38 09 54 10 eller send oss noen ord om deg selv.

Industrigata 4 – PB 1024 Lundsiden – 4687 Kristiansand
Tlf 38 09 54 10 – Fax 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no – www.tannlegenordmo.no

nordmo
TANNLEGESENTER



Colosseumgruppen er Skandinavias ledende leverandør av tannhelsetjenester med 47 klinikker og ca. 1000 medarbeidere i Norge, Sverige og Danmark. Vi tilbyr de beste og mest moderne metodene innenfor alt fra forebyggende tannhelse, tannbehandling og reparasjoner til estetisk tannpleie.

Colosseum søker spesialister innen kjeveortopedi, endodonti og periodonti

Til våre klinikker i Norge søker vi deg som er spesialist innen kjeveortopedi, endodonti eller periodonti. Vi kan tilby gode utviklingsmuligheter i et spennende tverrfaglig miljø. Vil tilbyr konkurransedyktige betingelser.

Colosseum Academy er en del av Colosseum gruppen hvor vi tilbyr tidsriktige interne og eksterne kurs med høy kvalitet.

For nærmere opplysninger ring gjerne HR-direktør Ragnhild Hauge Waters på tlf. 913 86 912, eller daglig leder Rikke Overgaard på tlf. 922 40 299.

Søknad sendes til:
ragnhild@colosseum.no

www.colosseum.no

Vestfold: Sandefjord

Søker tannlege til veletablert tomannspraksis i Sandefjord, 2–3 dager i uken med mulighet for utvidelse. Ønskelig med erfaring og krever norsk autorisasjon. Velutstyrte behandlingsrom, digital rtg og OPG, Opus, Cerec omnicam mm. Er du rett person og ønsker å bygge praksisen videre åpnes det for fremtidig mulighet for kompaniskap. Dersom du er motivert, serviceinnstilt, kvalitetsbevisst og omgjengelig, ønsker vi å høre fra deg. Kontakt oss på mail for ytterligere opplysninger. Søknad og CV sendes til kongensgatetannklinik@yahoo.no. Søknadsfrist 01.12.2016.

Lillehammer Tannhelse, avd. Lillehammer

søker en tannlege og en tannpleier. Begge i 100% stilling. For mer informasjon besøk oss på: www.lillehammertannhelse.no. Eller kontakt oss pr tlf: 612 60 363. Søknad sendes: admin@lillehammertannhelse.no



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

TANNLEGE SØKES TIL VÅR TRAVLE PRAKSIS MIDT I ÅLESUND SENTRUM

Tannlegene på Torget består i dag av 2 tannleger og 2 sekretærer. Vi ønsker oss ytterligere en kollega 3 dager i uken, og det er gode muligheter for flere arbeidsdager på sikt.

Tannlegene på Torget åpnet 1.feb. 2016, da vi overtok en veletablert praksis. Ålesund er den største byen i Møre og Romsdal. Byen ligger i unike omgivelser med hav og fjell i skjønn forening.

Interessert? Ta kontakt på telefon 70124581 eller e-post: lothelars@gmail.com

Tannlegene Lars Lothe og Kristin Aarseth Grøtteland

SARTOR TANNLEGESENTER DA SØKER TANNLEGE 100% STILLING

En av våre dyktige kolleger går av med pensjon og vi søker derfor en kvalitetsbevisst tannlege som etterfølger. Stor pasientportefølje og god tilgang på nye pasienter.

Sartor Tannlegesenter DA er en stor og veletablert tannklinik bestående av flere allmenntannleger, spesialister og tannpleiere. Vi holder til i nye lokaler på Sartor Storsenter på Straume/Sotra, ca 15 min fra Bergen sentrum.

Tiltredelse august 2017.

Søknad sendes:

Sartor Tannlegesenter DA

Pb 234, 5342 Straume

post@sartortannlegesenter.no



TANNKONTORET

TANNLEGESTILLING

100% VIKARIAT

En av våre dyktige tannleger skal ut i fødselspermisjon, og vi trenger en som kan ta over i perioden.

Er du en som liker å spre glede, trives i et hyggelig miljø med glimt i øyet, samtidig som du tar ansvar og trives som tannlege. Da vil vi gjerne at du sender oss en søknad. Vikariatet er fra februar 2017, med mulighet for å starte tidligere.

Send en søknad med CV til
 cv@tannkontoret.no
 innen 8. des

WWW.TANNKONTORET.NO

Tannlegestilling 40 % vikariat, Bærum

Vi på Østerås Tannlegekontor søker en tannlegevikar i 40 % stilling. Dette er et svangerskapsvikariat f.o.m. 01.12.16 t.o.m. 31.01.2018. Dagene det gjelder er onsdager og fredager. Vi ønsker en tannlege med erfaring. Vi holder til på Østerås senter i Bærum.

Hvis dette er av interesse send oss en mail: post@osteras-tannlegekontor.no

Oslo City Tannlegesenter

Brugata 1, 0186 Oslo har en stor del av pasienter som trenger reguleringsbehandling.

Vi trenger kjeveortoped for å starte umiddelbart i klinikken.

Kontakt tlf: 95339999 eller 90972477.

E-post: khahowar@online.no

Tannleger søkes

Besøk oss på www.majorstuatannlegene.no og send oss din CV.

■ STILLING SØKES

VEST-AGDER/ AUST-AGDER

Kvalitetsbevisst, strukturert og serviceinnstilt kvinnelig tannlege søker stilling i Kristiansandsområdet, 2–5 dager i uken. Stilling i pendleravstand fra Kristiansand vil også være av interesse. Gode referanser. Kontakt meg på tannlege.vest.austagder@gmail.com eller ring meg på 46787675.

Oslo/Asker/Røyken/Lier

Samvittighetsfull og erfaren tannlege i privatpraksis søker jobb 1–2 dager i uken eller ev. flere dager. Utdannelse fra UIB.

Mail: tannlege.ost@gmail.com

Mannlig tannlege

med 3 års erfaring fra privat praksis søker hel-eller deltidstilling i Oslo, Akershus og omegn. Omgjengelig og serviceinnstilt. Har stor interesse i endodonti. Kontakt: zamoeller@live.no

Samvittighetsfull

og erfaren tannlege i privatpraksis søker jobb 1–2 dager i uken eller ev. flere dager. Utdannelsen fra UIB.

Mail: tannlege.ost@gmail.com

Oslo/Bærum

Allmennpraktiserende kvinnelig tannlege 45 år med 18 års erfaring, søker 100 % fast stilling som tannlege i Oslo/Bærum. Jeg har hatt to lange engasjement på to større klinikker i Oslo på disse årene. Jeg har utført implantat behandling, både kirurgisk og protetisk siden år 2000, samt dentoalveolær kirurgi. Jeg har veldig gode rutiner/erfaringer og interesse for estetisk tannbehandling, samt odontofobi/narkosebehandlinger. Jeg har jobbet forskningsbasert. Studert i utlandet. Ledet forskningsteam. Jeg er svært opptatt av etikk og kvalitet, og er veldig ansvarlig. Jeg er på søken etter et faglig interessant miljø med høy kvalitetssikring. Jeg er en person som jobber godt selvstendig, såvel som i et team, som gjør at vi kollegaer beriker hverandre, som sammen tilbyr pasienten det beste resultat. Ta gjerne kontakt for CV. B. mrk 2–10/16.

■ KJØP – SALG – LEIE

ÅLESUND SENTRUM

Attraktiv og moderne praksis vurderes utleid i 2–3 år med mulighet til overtakelse. Vi søker etter en erfaren tannlege med høye kvalifikasjoner. For mer informasjon ring 920 24 647 eller skriv til post@aletann.no

SANDNES

Tannlegekontor med unik plassering i gågata i Sandnes blir ledig fra nyttår på grunn av flytting til gruppepraksis. Tlf. 92631948 etter kl. 16.

Sandnes

Tannlegepraksis sentralt i Sandnes/Rogaland vurderes solgt, godt pasientgrunnlag og omsetning. Kontakt: erfarentannlege2016@outlook.com

Erfaren tannlege MNTF

ønsker å kjøpe mindre en manns praksis Oslo Nord, Romerike.

Kontakt på mail: tirsdag321@gmail.com

Liten kjeveortopedisk klinikk

med 2 stoler på sentrale Østlandsområdet til salgs. Helt nytt utstyr i 2012. Pasientgrunnlaget er godt. Beliggenhet med umiddelbar nærhet til offentlig kommunikasjon. 2 ansatte og vel innarbeidet samarbeid med norsk tannteknikker.

B.mrk 1–10/2016

■ DIVERSE

Planmeca compact unit

10 år gammel med røntgenapparat unit-montert selges. Uniten er i drift nå og fungerer bra. Røntgenapparatet er 1,5 år gammel, kan selges separat. 2 kodak sensorer, liten og stor. Kontakt tlf 46786607 eller post@hvaltann.no.

Spesialist i Periodonti, dr.med. Annika Sahlin-Platt

Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Muckogingival kirurg
Perimplantitbehandling
Implantatkirurgi

Parkveien 62, 0254 Oslo
tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkentannklinikk.no



TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

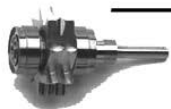
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

Vi utfører reparasjoner/service på turbiner, de aller fleste merker.

NB!(Ikke vinkelstykker)

Prisen for overhaling, dvs. ny spindel, ny impeller, nye lagre og o-ringer.

Kun kr 1990 eks mva. Rask levering. 6 mnd. garanti!



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!

ORAL BOGSTADVEIEN KIRURGISKE SENTER

Henvisninger rettes til:

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS

Bogstadveien 51,
5. etasje, inngang Kirkevn.
0366 Oslo

Telefon 22 46 42 89
E-post post@tb51.no
Nett www.tb51.no

Kort ventetid!

Bogstadveien Oralkirurgiske senter består i dag av to oralkirurger, som holder til i moderne og velutstyrte lokaler, sentralt i Majorstukrysset.

Spesialistene tar gjerne imot henvisninger for utredning og behandling av kirurgiske og oralmedisinske problemstillinger.

Teamet vårt sørger for at dine pasienter får en god og trygg behandling – før de sendes tilbake til deg.

Våre spesialister:

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin dr. odont Else K. B. Hals
Professor, dr. odont. cand. med. Hans Reidar Haanæs
Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol

Vi tilbyr følgende behandlinger:

Kirurgisk fjernelse av tenner/røtter og visdomstenner
Oralmedisinsk utredning
Implantatbehandling
Ben og bløtvevskorreksjon
Rotspissamputasjoner
Kjeveledd/TMD
Cystektomi
Traumebehandling
Orofacial smerteutredning
CBCT

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2016

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
8	11. august	17. august	15. september
9	9. september	14. september	13. oktober
10	12. oktober	17. oktober	17. november
11	10. november	16. november	15. desember

Frister og utgivelsesplan 2017

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '16	8. desember '16	12. januar
2	12. januar	17. januar	16. februar
3	9. februar	14. februar	16. mars
4	6. mars	13. mars	20. april
5	6. april	19. april	18. mai
6	2. mai	16. mai	15. juni
7	9. juni	15. juni	17. august
8	10. august	16. august	14. september
9	7. september	13. september	12. oktober
10	12. oktober	17. oktober	16. november
11	9. november	15. november	14. desember

PEOPLE HAVE PRIORITY



GJØR DITT DAGLIGE ARBEIDE SMIDIGERE!

VÅRE BESTSELGERE



WG-56 LT

BESTSELGER



WG-99 LT

BEST KRAFT



TK-98 L

BEST LYS

*"Fantastiske instrumenter,
må prøves!"*