

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
129. ÅRGANG · #2 · 2019



NYHET!

Spar tid, penger og ressurser med

ScanOrder

- OrdreApp fra LIC Scadenta

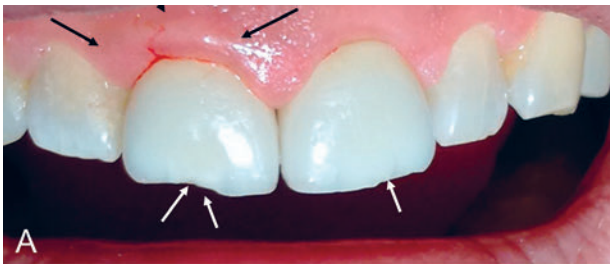
Scann og bestill

- raskt og enkelt

Les mer på www.licscadenta.no



LIC
SCADENTA



114 Resultater av keramiske restaureringer



Norsk Tannvern blir historie



Overbehandling og sultne tannleger

97–208

98 Siste nytt først

101 Leder

Overbehandling og økonomi

103 Presidenten har ordet

Gjør kloke valg

104 Nordisk tema: Keramer

104 Gunilla Pousette Lundgren, Göran Dahllöf:

Protetik på barn och tonåringar med amelogenesis imperfecta – är det möjligt?

114 Ritva Näpänkangas, Christel Larsson and Marit Øilo:

Clinical outcomes of ceramic restorations

124 Mette Moeslund og Klaus Gotfredsen: Keramik i utfordrende kliniske situationer

132 Klinisk fag

Dagmar Fosså Bunæs: Ny klassifikasjon av periodontal og peri-implantat sjukdom. Nøkkelendringer

140 Aktuelt fag

Sim K. Singh Rao og Ingar Olsen: Kan ytre membranvesikler hos Porphyromonas gingivalis tjene som «microbullets» for sporadisk Alzheimers sykdom?

143 Bivirkningsskjema

146 Aktuelt

148 Norsk Tannvern blir historie

149 Tannvernets grand old lady

151 Eldrehøyvannet kommer

153 Overbehandling og sultne tannleger

155 Fra NTF

155 Det gule heftet er publisert

156 NTFs symposium 2019

160 Siste nytt fra lokal- og spesialistforeningene

166 Arbeidsliv: Oversending av pasientjournal til Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

167 Spør advokaten: Tannlegers henvisningsrett

168 Book en jurist

171 Snakk om etikk: Etikk som driver i tannhelsetjenesten

172 Kurs- og aktivitetskalender

176 Notabene

176 Tilbakeblikk

176 Valg i NTF 2019

178 Personalia

181 Minneord

Åsmund Kjærheim

187 Kollegiale henvisninger

204 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

82 prosent bor tett

Oslo tettsted har passert en million innbyggere, og 82 prosent av landets innbyggere bor nå i tettsteder, skriver Statistisk sentralbyrå (SSB). I løpet av 2017 økte antall bosatte i tettsteder med 44 800, mens det ble 5 850 færre utenfor tettsteder.

Oslo tettsted, som består av deler av 12 kommuner i fylkene Oslo, Akershus og Buskerud, fikk 11 600 flere innbyggere i løpet av 2017, og hadde 1 000 500 innbyggere ved årsskiftet. Oslo tettsted hadde da en fjerdedel av landets samlede vekst i tettstedsbefolkningen. Trondheim tettsted, med en økning på 2 800, hadde likevel størst prosentvis vekst.

Andelen bosatte i tettbygde strøk (tettsteder) er svært forskjellig mellom både fylker og kommuner. Hele 99 prosent av Oslos befolkning bor i et tettsted. Lavest andel er det i Hedmark fylke, med 58 prosent. 28 av landets kommuner har ingen tettsteder, og alle disse kommunene har under 2 500 innbyggere.

På den andre siden er det 40 kommuner der mer enn 90 prosent av befolkningen bor i tettsteder. Noen av disse kommunene er også små. Kun 14 av Vardø kommunes 2 110 innbyggere bor utenfor tettstedene Vardø og Kiberg.

Så lenge SSB har laget statistikk med skille mellom tettbebygd og spredt bosetting, har andelen av befolkningen som bor i tettsteder økt.

Fra 2002 til 2018 har antall innbyggere i tettstedene økt fra 3 475 000 til 4 328 000. Samtidig har antall innbyggere utenfor tettstedene minket fra 1 023 000 til 955 000. Andelen bosatt i tettsteder har da økt fra 77 prosent til 82 prosent i løpet av denne perioden.

– Hvis denne trenden fortsetter, vil hele landets befolkning teoretisk sett bo i tettsteder før 2080. Dette vil selvfølgelig aldri skje, da det alltid kommer til å være noen som av ulike grunner vil eller «må» bo på steder der det er langt mellom naboene. Uansett er det ingen tvil om at bosettingsmønsteret endres relativt fort, sier Høydahl.

Ikke alle tettsteder har en bymessig karakter, og dette gjelder særlig mange av

de minste tettstedene. I 2018 bodde 75 000 i tettsteder med færre enn 400 innbyggere og 303 000 i tettsteder med færre enn 1 000 innbyggere.

– Å si at tettstedsvekst er synonymt med urbanisering, blir derfor litt feil, påpeker Høydahl.

Andelen av befolkningen som bor i tettsteder med mer enn 10 000 innbyggere har økt fra 52 prosent i 2002 til 58 prosent i 2018.

– Samtidig har andelen som bor i tettsteder med mer enn 100 000 innbyggere økt fra 29 prosent til 36 prosent. Det er altså ingen tvil om at bosettingsmønsteret sentraliseres, sier Even Høydahl.

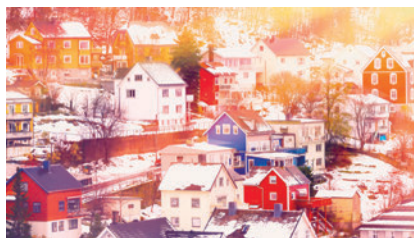


Foto: Vay Images

Hver fjerde tannlege er utenlandsutdannet

Helsepersonell med utdanning fra utlandet er viktige bidragsyttere i norske helse- og omsorgstjenester, skriver Helsedirektoratet. no.

Helsepersonell med utenlandsk utdanning står for en viktig andel av arbeidsinnsatsen i de norske helse- og omsorgstjenestene. Flere yrkesgrupper med utdanning fra utlandet har utført en økende del av årsverkene i tjenestene de siste årene.

I rapporten *Kunnskapsgrunnlag (..) Helsepersonell med utdanning fra utlandet* skildres årsverksinnsatsen til leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, tannleger og psykologer med utenlandsk utdanning i de norske helse- og omsorgstjenestene, og hvordan innsatsen har utviklet seg fra 2012 til 2016.

Rapporten viser blant annet at:

Samlet utgjør leger med utenlandsk utdanning nærmere fire av ti legeårverk, mens tannleger og psykologer med

utenlandsk utdanning utfører nærmere hvert fjerde tannlege- og psykologårverk.

Både norske og utenlandske tannleger med utenlandsk utdanning utfører en økende andel av årsverkene. Utenlandske tannleger jobber i større grad i den offentlige tannhelsetjenesten. Fylkene fra Trøndelag og nordover, samt Vest-Agder og Møre og Romsdal, skiller seg ut med at utenlandske tannleger utfører en stor andel av årsverkene. De norske tannlegene som har gjennomført utdanningen i utlandet, er mer sentrert på Sør- og Østlandet og i Trøndelag. De senere årene har et økende antall autorisasjoner blitt gitt til tannleger med utdanning fra ikke-nordiske EØS-land, og de fleste av disse tannlegene er norske statsborgere. Antall norske odontologistudenter i utlandet ser ut til å ha stabilisert seg de senere årene etter en periode med klar økning.

Rapporten sier videre at tannhelsen i befolkningen blir stadig bedre, og med svært mange norske odontologistudenter i utlandet, som kommer i tillegg til den nasjonale utdanningskapasiteten, kan det se ut til at det vil utdannes for mange tannleger for det norske arbeidsmarkedet framover. Det meldes ikke lenger om behov for tannleger i NAVs bedriftsundersøkelse. Ifølge Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2017 mener riktignok fire fylkeskommuner at det er «ganske utfordrende» å rekruttere tannleger, mens én fylkeskommune mener at det er «meget utfordrende», og ytterligere syv fylkeskommuner mener at det er «litt utfordrende». De fylkene som i 2016 hadde høyest andel ubesatte offentlige tannlegestillinger var Møre og Romsdal (18 %), Sogn og Fjordane (8 %) og Troms (6 %).

Rekrutteringsutfordringer i fylkeskommunene henger trolig sammen med at mange tannleger søker mot jobb i private tannhelsetjenester i mer sentrale strøk. I private tannhelsetjenester er det allerede tegn på overkapasitet. I 2016 viste en undersøkelse gjennomført av Seksjon for samfunnsodontologi ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, at nesten halvparten av privatpraktiserende allmenntannleger jobber mindre enn et

fullt tannlegeårsverk (definert som 1 620 timer per år). Noe av dette kan forklares med frivillig deltidsarbeid, men undersøkelsen viser at 40 prosent av de privatpraktiserende allmenntannlegene ønsket større pasientmengde. I Oslo og Akershus ønsket hele 53 prosent større pasientmengde.

Økt kunnskap om det fremtidige arbeidsmarkedet for tannleger blant unge som skal velge studier, vil kunne bidra til å redusere antallet som ønsker å studere i Europa, heter det til slutt i rapporten.

Les hele rapporten: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/Kunnskapsgrunnlag-Helsepersonell-med-utdanning-fra-utlandet>



Mindre antibiotikabruk i USA

Nye regler ga stor reduksjon i antibiotikabruk i USA, skriver forskning.no.

En ny rapport melder om 43 prosent reduksjon i bruk av medisinsk viktige antibiotika i amerikansk kjøttproduksjonen de siste to årene.

Antibiotikaresistens er på topplisten over trusler mot folkehelsen i verden.

Overforbruk av antibiotika leder til antibiotikaresistens, og nærmere 80 pro-

sent av verdens antibiotikaforbruk går til matproduksjon.

I USA var det som i de fleste land utenfor EU, mulig for bønder å kjøpe antibiotika over disk.

I januar 2017 ble det i USA innført et nytt direktiv som krevde at kun veterinærer kunne skrive resepter eller selv gi antibiotika fra listen over medisinsk viktige antibiotika som også brukes av pasienter i Norge og resten av verden.

En ny rapport viser nå at effekten av dette direktivet har vært større enn forventet.

US Food and drug administration (FDA) måtte holde tilbake rapporten for å regne over resultatene nok en gang, men tallene er riktige.

Rapporten viser en nedgang på 33 prosent på bruk av medisinsk viktige antibiotika på matproduserende husdyr på ett år, og 43 prosent på to år.

Dette gir en årlig reduksjon på 2 796 128 kilo av viktige antibiotika, som ville utgjort det totale norske antibiotikaforbruket for mennesker og dyr i over 50 år.

Professor i medisinsk mikrobiologi ved Universitetet i Tromsø, Ørjan Olsvik, applauderer resultatene fra USA.

– Dette er en viktig nyhet i global sammenheng. Tallene fra USA viser at det er mulig å gjennomføre tiltak som gir effekt. Rapporten vil gi en signaleffekt til matprodusenter, myndigheter og forbrukere over hele verden, sier Olsvik.

Antibiotikaresistens er allerede i dag et gigantisk problem, forklarer professoren.

– I Europa dør det årlig 33 000 mennesker på grunn av antibiotikaresistens. Særlig barn under ett år er utsatte. Dette gjelder spesielt i Sør-Europa, der bruken av



Foto: iStock.com

antibiotika på folk og husdyr har vært mer slepphendt enn i nord. Selv med strenge EU-regler, bruker man i Spania 300 milligram antibiotika for å produsere ett kilo kjøtt. I USA brukte man to tredjedeler av dette, før de nye reglene trådte i kraft, sier professoren.

Resistente bakterier kjenner ingen landegrensler, påpeker Olsvik.

– Om man havner på et gresk sykehus etter en mopedulykke, tar man floraen av resistente bakterier fra sykehuset med seg hjem. Det samme skjer om man har oppholdt seg i for eksempel India eller Pakistan over lengre tid, der resistente bakterier er del av den vanlige floraen. Enda større risiko er det med medisinsk turisme som blir stadig mer utbredt, sier han.

– Det blir ikke funnet nye antibiotika – og de vi har, skal også brukes på behandling av våre etterkommere. Myndighetene spiller en viktig rolle, men også matprodusenter og forbrukere kan gjøre sitt, sier Olsvik.

– I Norge har vi nærmest fjernet antibiotikabruken i oppdrettsnæringen gjennom å gi fisken vaksiner, mer bolteplass og bedre før. I USA blir norsk laks av og til merket som antibiotikafri, og oppnår dermed bedre priser. Gjennom vår forbrukermakt kan vi presse produsenter til å redusere bruken av antibiotika, sier Olsvik.

TannSpes

TannlegeSpesialistene i Oslo

tlf: 22 20 50 50 post@tannspes.nhn.no www.tannspes.no

ELISABET HENDERSON
Protetiker

RAGNAR BJERING
Kjeveortoped, PhD

GAUTE LYGSTAD
Oralkirurg, PhD-kand.

ANNIKA SAHLIN-PLATT
Periodontist

KARL IVER HANVOLD
Oralkirurg, kjevekirurg

ANDERS VALNES
Kjeve- og ansiktsradiolog

med fler



Foto: UiO

Kompositt med

unike egenskaper

G-ænial® Universal Injectable

fra GC



Kompositt med høy styrke
og bredt indikasjonsområde



Unik konsistens=
modellering uten instrument



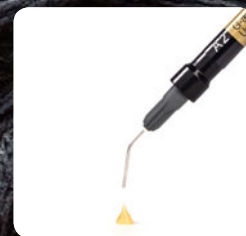
Høy bøyestyrke =
sterke fyllinger



Smekker sprøyte og bøybar spiss=
forenkler ditt arbeide



Høy røntgentetthet =
enkel identifisering



GC

GC NORDIC AB
Robert Fitus, Tel: +46 734 195 873
info.nordic@gc.dental
www.gceurope.com
www.facebook.com/gcnordic

FORSIDEILLUSTRASJON

Renate Thor

REDAKSJON**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 M. Gussgard, Anne Christine

Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson, Nina J.

Wang, Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 100,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon Vils gate 6,

PB 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: 7050, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media – 07.no

Grafisk design: Kord AS og 07 Media – 07.no

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.



Overbehandling og økonomi



Foto: Helene Wilberg

Overbehandling, i medisinsk sammenheng, defineres gjerne som behandling som gir liten eller ingen effekt på en sykdom man prøver å behandle. I noen tilfeller kan det være slik at sykdommen ville gått over av seg selv, eller at nytten av behandling er mindre enn ulempene den medfører for pasienten.

En kan kanskje også tenke seg overbehandling i betydningen behandling uten at det finnes sykdom?

Fenomenet overbehandling er ikke hverken nytt eller ukjent. I USA lanserte de kampanjen *Choosing Wisely* i 2012. I 2018 fulgte Norge og Legeforeningen etter med kampanjen *Gjør kloke valg*, og Tannlegeforeningen fulgte hakk i hæll.

Kampanjen dreier seg om at behandler og pasient skal samarbeide om å gjøre kloke valg, gjennom samtaler som ender med at pasienten velger behandling som er evidensbasert og virker nødvendig.

Tannlegeforeningen, sammen med spesialistforeningene, utarbeidet høsten 2018 en liste med anbefalinger til tannleger i klinisk praksis. Listen inneholder seks ulike undersøkelser og behandlinger innenfor odontologi, som NTF, med spesialistforeningene, mener er unyttige eller unødvendige, og som ikke tilfører reell verdi for pasienten. Hvert råd har en kort beskrivelse og referanser til studier som støtter rådene. Rådene blir presentert i Tidende, ett i hver utgave, fra og med Tidende nr. 1 i år.

Legeforeningen har forresten gjennomført en spørreundersøkelse blant sine medlemmer i forbindelse med kampanjen, der flertallet av de 1 582 legene som har svart sier at de behandler for mye. Press fra pasi-

enten og dårlige henvisninger skal være hovedårsaken.

En tilsvarende undersøkelse er ikke gjennomført blant norske tannleger. Vi kan altså ikke si noe om hvor mange tannleger som selv oppgir at de overbehandler, ei heller hva de vil oppgi som eventuell grunn.

Overbehandling var imidlertid et tema som ble viet mye tid på Vestlandsmøtet i Bergen i januar. Også der ble kampanjen *Gjør kloke valg* nevnt, som et viktig bidrag til eventuell bevisstgjøring og holdningsdannelse, hos både behandler og pasient.

Samtidig ble økonomi og inntjening gjort til et hovedtema, sammen med muligheten for at både norske og utenlandske tannleger begynner å bli sultne, for ikke å si alltid har vært det. Dette som underlag for en del grelle eksempler på hva pasienter er blitt foreslått, eller har fått utført, av behandling i inn- og utland.

Det er med andre ord noe i overbehandlingens problematikken, som har med tannlegenes personlige økonomi å gjøre, og som ikke blir tatt opp i *Gjør kloke valg*-kampanjen. Eller, for å si det på en annen måte: Overbehandling handler kanskje om mer enn det kampanjen *Gjør kloke valg* har som hovedtema – å unngå unødig behandling som ikke har noen hensikt eller nytte, eller i verste fall er til skade, for pasienten. Det som har med økonomi å gjøre synes å være underkommunisert. Det er kanskje ikke så farlig, så lenge kampanjen fungerer og hensikten oppnås. Samtidig bør dette med pengene kanskje nevnes. Sånn sett var det forfriskende med en tur til Vestlandet i januar.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør



ARTINORWAY
GRUPPEN

Formidling og norsk produksjon av tannteknikk

Introduksjonstilbud til nye kunder

Vi ønsker deg som kunde, og gir deg muligheten til
å prøve 2 valgfrie kroner kostnadsfritt.

Du kan velge mellom følgende produkter:

- ✓ NP krone ✓ E-max krone ✓ Zirconia krone

Dette tilbudet har en varighet til 15. mars

Vi tar imot dine inter-orale filer. Fyll ut svarslippen under og legg ved ditt arbeid.

ARTINORWAY AS Postboks 2031, Grunerløkka, 0505 Oslo, Norway - Telefon: 22 87 19 80 - postmaster@artinorway.no - www.artinorway.no
ARTINORWAY TRONDHEIM AS Postboks 8843 Nedre Elvehavn, 7481 Trondheim - Telefon: 73 54 90 00 - posttrondheim@artinorway.no

Levert tannlege dato

Navn/Tannklinikk:

Adresse:

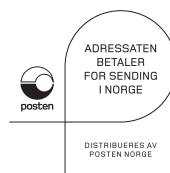
Postnr./Sted:

Telefon:

E-post:

Jeg ønsker å prøve:

- NP krone E-max krone Zirconia krone



ARTINORWAY AS
SVARSENDING 3095
0093 OSLO

Gjør kloke valg

Legeforeningen lanserte i høst den norske versjonen av den internasjonale kampanjen «The Choosing Wisely Initiative», eller «Gjør kloke valg» som den heter på norsk. Kampanjen startet i USA i 2012 og har utviklet seg til en internasjonal bevegelse med lignende kampanjer i over 20 land. Tannlegeforeningen deltar i kampanjen, som handler om kvalitet og pasientsikkerhet. Kampanjen er rettet mot både helsepersonell og pasienter og tar opp tema som overdiagnostikk og overbehandling. Siktemålet er å redusere undersøkelser og behandling som pasientene ikke har nytte av, og som i verste fall kan være til skade. Pasientinvolvering og kommunikasjon mellom behandler og pasient er helt sentrale elementer i kampanjen.

Den globale kampanjen har seks grunnprinsipper:

- * Kampanjen er profesjonsstyrt (i motsetning til myndighetsstyrt).
- * Anbefalingene skal fokusere på pasientsikkerhet og kvalitet, ikke kostnadsreduksjon.
- * Kommunikasjon mellom behandler og pasient er essensielt i kampanjen.
- * Kampanjen skal så langt som mulig være evidensbasert.
- * Kampanjen skal være tverrprofesjonell.
- * Kampanjen skal være transparent.

«Gjør kloke valg» oppfordrer til dialog mellom tannlege og pasient, slik at vi sammen kan ta det beste valget for akkurat den pasienten. Som tannleger er det vår oppgave å ivareta både det som er bra for pasientene og det som er bra for samfunnet. Vi skal ikke utsette pasientene for unødvendige undersøkelser eller behandlinger. To av punktene i avtalen omhandler for eksempel bruk av antibiotika. Kampanjen ansvarliggjør både behandler og pasient og vil forhåpentligvis bidra til enda høyere kvalitet i tannhelsetjenesten.

Det finnes lite data fra tannhelsetjenesten om behandling. I de medisinske miljøene i Legeforeningen har de derimot lenge vært bekymret for uønsket variasjon i helsetjenestene. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har vist at det blant annet er store geografiske forskjeller i bruk av helsetjenester innenfor flere diagnosegrupper.

Vi har ingen gode data og dermed ingen grunn til å påstå at verken overdiagnostikk eller overbehandling er et stort problem blant norske tannleger. Det er



Foto: Kristin Aknes

likevel naivt å tro at vi ikke kan bli enda bedre! Ofte finnes det ulike behandlingsalternativer og flere valgmuligheter. Da er dialog mellom behandler og pasient ekstra viktig.

Vi håper at våre medlemmer og pasientene vil se denne kampanjen som en positiv mulighet til refleksjon i tannbehandlingssituasjonen.

Listen med de faglige anbefalingene har vi utarbeidet i samarbeid med NTFs spesialistforeninger. Jeg vil benytte anledningen til å takke alle for deltakelsen i arbeidet. Listen inneholder seks ulike undersøkelser og behandlinger innenfor odontologi, som kan være unyttige eller unødvendige, og ikke tilfører reell verdi for pasienten.

Rådene er som følger:

1. Antibiotika skal ikke brukes rutinemessig ved behandling av marginal periodontitt og periimplantitt.
2. Antibiotika skal ikke forskrives ved akutte smerter.
3. Panoramarøntgen skal ikke benyttes som del av rutinekontroll av asymptomatiske pasienter.
4. Fyllinger skal ikke skiftes bare fordi de har vært i funksjon i mange år.
5. Visdomstenner skal ikke fjernes forebyggende/uten indikasjon.
6. Kroneterapi bør ikke benyttes dersom det kan oppnås god kontur, funksjon og estetikk med en fylling.

Hvert råd har en kort beskrivelse og referanser til faglige studier som støtter rådene.

Mer informasjon finnes på www.tannlegeforeningen.no/klokevalg.

Vi har laget brosjyrer, som inkluderer råd til tannleger i klinisk praksis, og plakater med pasientinformasjon til venteværelset, som man kan ha på klinikken. Det er bare å laste dem ned fra NTFs nettsted. God dialog mellom pasient og tannlege gjør pasientene i stand til å ta informerte valg, og dette skaper trygge og fornøyde pasienter. Derfor er denne kampanjen viktig.

Vi håper at alle vil støtte opp om kampanjen – og dermed bidra til at pasientene fortsatt kan ha stor tillit til oss som yrkesgruppe. Det er både samfunnet og vi tjent med. Så bare fortsett med å gjøre kloke valg!

Camilla Hansen Steinum
President

Protetik på barn och tonåringar med amelogenesis imperfecta – är det möjligt?

Gunilla Pousette Lundgren, Göran Dahllöf

HOVEDBUDSKAP

- Efter studier utförda på unga patienter med Amelogenesis imperfecta kan vi konstatera att keramisk kronterapi kan rekommenderas redan under tonåren.

FÖRFATTARE

Gunilla Pousette Lundgren, DDS, PhD. Institutionen för odontologi, Avdelningen för Ortodonti och Pedodonti, Karolinska Institutet, Stockholm

Göran Dahllöf, Professor, Institutionen för odontologi, Avdelningen för Ortodonti och Pedodonti, Karolinska Institutet, Stockholm

Korresponderande författare: Gunilla Pousette Lundgren.
E-post: gunilla.pousette-lundgren@ki.se,

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Lundgren GP, Dahllöf G. Protetik på barn och tonåringar med amelogenesis imperfecta – är det möjligt? Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 104–11

Keramisk protetisk behandling har varit förbehållet den vuxna populationen. Bristen på hållbar behandling under ungdomsåren för patienter med grava emaljstörningar har orsakat mycket lidande för patienter, frustration för terapeuter och höga kostnader för temporär tandvård. Patienter med amelogenesis imperfecta (AI) har dokumenterat stora problem under sin väntan på att kunna få en permanent terapi. Vi har använt nya keramiska material som ger bra hållfasthet även i tunna konstruktioner för att försöka lösa patienternas problem. Vi beskriver problematik och lösningsmöjligheter för patienter med grav AI. Genom våra studier som omfattar en retrospektiv utvärdering av rekommenderad vård, randomiserad klinisk studie (RCT) av keramisk kronterapi i unga år, studier på oral-hälsa relaterad livskvalitet, tandvårdsrädsla och inställning till tandvård samt djupintervjuer för att bättre förstå patienterna, har vi i en långtidsuppföljning kommit till slutsatsen att en tidig protetisk terapi med keramiska kronor kan rekommenderas i det unga permanenta bettet. Goda resultat uppmättes vad avser California Dental Association (CDA) kriterier för kvalitet, «survival» och «success». Få biverkningar sågs och inga kronor lossade.

Det är möjligt och kan rekommenderas att påbörja en fast protetisk rehabilitering med keramiska kronor på unga patienter redan under tonåren.

Bakgrund

Keramisk protetik har länge varit ett alternativ enbart förbehållet det färdigväxta bettet och den vuxna individen. Med den snabba och positiva utvecklingen av keramer där man idag kan göra hållbara tunna keramiska kronor är det dags att se över våra terapimöjligheter för tonåringar med svåra tandutvecklingsstörningar. I dagens utseendefixerade och utåtriktade samhälle är det ett stort problem för unga individer med grava störningar på sina tänder att behöva vänta till vuxen ålder innan permanenta lösningar kunnat utföras (1–3). Det finns flera allvarliga emaljstörningar såsom amelogenesis imperfecta (AI), molar incisor hypomineralisation (MIH) och fluoros där en tidig permanent terapi i form av keramiska kronor skulle kunna gynna patienten (1). Patienter med AI har besvär med estetiskt störande utseende på tänderna som avvikelser i färg och form, problem med illningar och smärta i tänderna, emalj som faller sönder och tänder som slits ned fort. Att inte se ut som andra, inte kunna tugga och äta samt att ha ont i tänderna orsakar ett socialt undvikandemönster och en sämre oral-hälsa-relaterad livskvalitet (1–5). Enligt gällande riktlinjer bör en permanent kronterapi avvaktas till vuxen ålder och de-

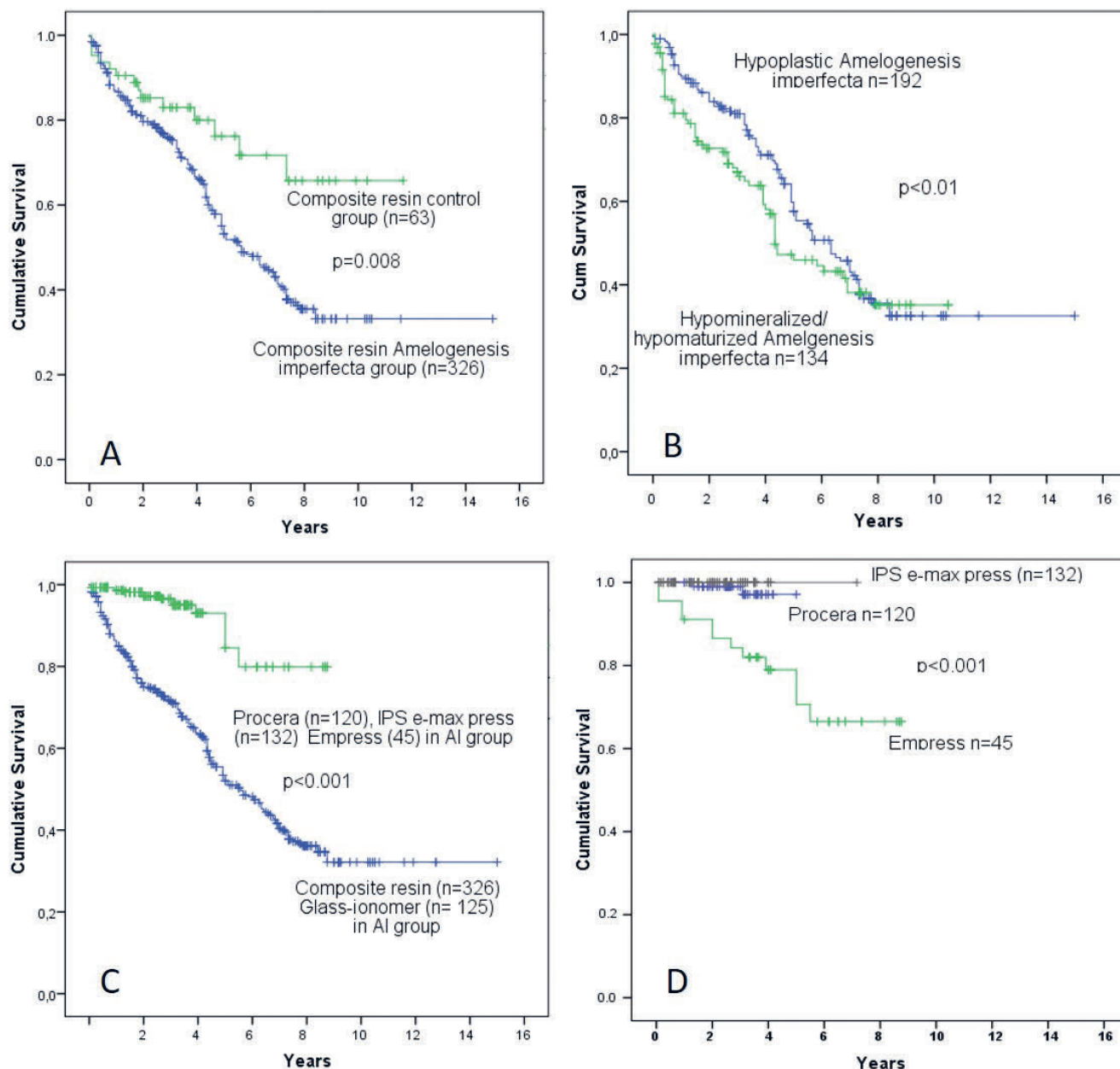
fekta ytor reataureras med komposit och följas upp var 3:e månad tills patienten är vuxen (6, 7). Det leder till många, ofta smärtsamma tandvårdsbesök och omgörningar av restaurationer, och även resor till specialistkliniker för vård då frånvaro från skola och arbete påverkar hela familjen (6, 8, 9). Vuxna patienter som har fått vänta på sin kronterapi till i vuxen ålder har önskat att behandlingen hade kunnat utföras i ett tidigare skede (1, 3).

Amelogenesis imperfecta

Amelogenesis imperfecta är en genetiskt heterogen grupp av emaljstörningar. Många olika ärftlighetsmönster ses vilket ytterligare försvårar vår diagnos (10). Störningen påverkar emaljbildningen och ger olika defekter beroende på när under emaljbildningen skadan uppstår (11). Oftast är det primära bettet mindre drabbat. Störningar tidigt under emaljbildningen ger en emalj som har normal kvalitet men en minskad mängd av emalj (Fig 1A). Störningar senare under emaljbildningen ger en emalj som har normal tjocklek men som är sämre mineraliserad (Fig 1C) (11). Flera olika typer av AI kan förekomma hos en individ (Fig 1E).



Figur 1, A–F. A: Hypoplastisk AI, start av behandling vid 14 år. B: Keramiska kronor 15–25. 35–45, uppföljning vid 21 år. C: Hypomineraliserad AI, kronor 16–26, 36–46. 17 år vid behandlingsstart, svårt att äta, undvek att gå ut i vid kyla. D: Kontroll vid 25 år inga besvär. E: 12 år vid start kronterapi 13–23, bettöppning med klammerplåt före behandling. Kronor 33–43 vid 14 år. F: Kontroll vid 20 år, risk för slitage i sidopartier, patienten mogen för och önskar gå vidare med kronterapi.



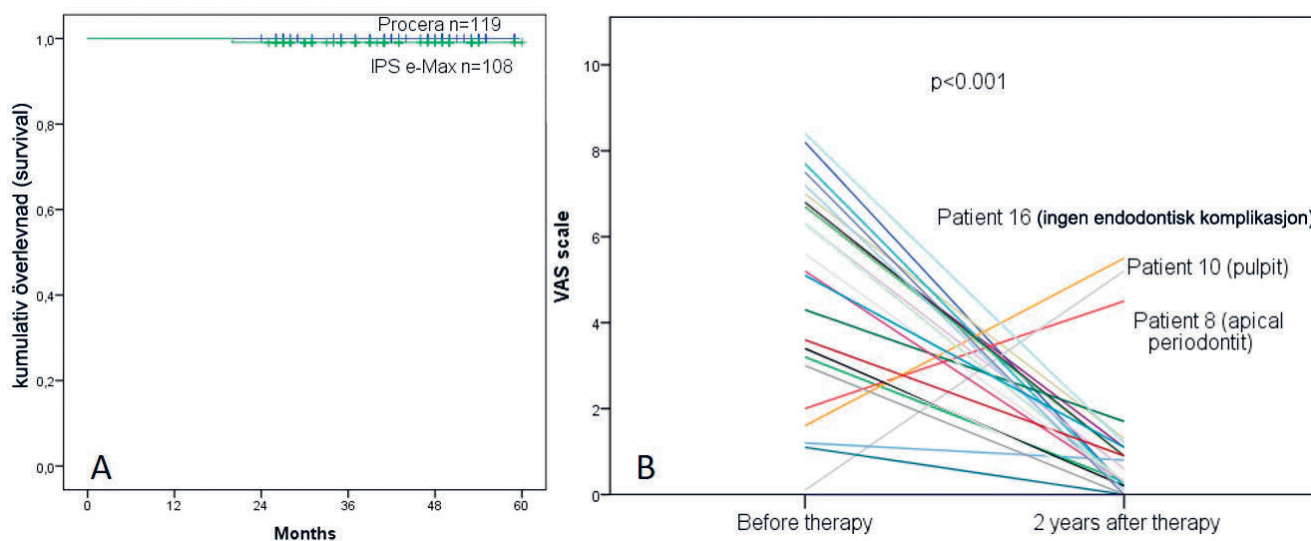
Figur 2, A–D. A: Hållbarheten för kompositrestaurationer hos patienter med AI och kontrollpatienter. (log rank test) [8]. B: Hållbarheten för kompositrestaurationer, hypoplastisk AI jämfört med hypomineraliserad/hypomaturiserad AI (log rank test). C: Hållbarhet för keramiska konstruktioner jämfört med kompositrestaurationer (log rank test) [8]. D: Hållbarheten hos olika kronmaterial. Empress-gruppen innehöll mestadels ¾-kronor (log rank test) [8].

Diagnos

För att kunna ställa en korrekt diagnos behövs en anamnes inkluderande ärftlighet och sjukdomshistoria, samt kliniska observationer. För att uppskatta ilningar och känslighet i tänderna är visuell analog skala (VAS) ett bra hjälpmedel (12). En mjölkttand eller helst permanent tand för patologisk allmämdiagnos (PAD) kan vara en

bekräftelse, men är inte nödvändigt för diagnos. Differentialdiagnoser såsom MIH, fluoros och rakit måste uteslutas.

Det vi ser i form av färgförändringar eller hypoplaser är lätt att förstå och diagnostisera. Att diagnosticera känslighet i tänderna och hypomineralisation utan färgförändring (Figur 1C), där emaljen är rå vid sondering och ytan känslig är svårare att se och missas



Figur 3, A–B. A. «Survival» räknat i månader vid tvåårsuppföljningen. (log rank test). B. Känsligheten i tänderna mätt med VAS skala före och 2 år efter kronterapi hos 27 patienter med grav amelogenesis imperfekta (15).

ofta (3). I våra studier skiljde vi mellan hypoplastisk AI och hypomineraliserad/hypomaturiserad AI då den senare har något lägre bondingstyrka (13). Emaljen är mjukare vid AI vilket påverkar bondingstyrkan och man ser ett sklerotiskt dentin under emaljen, vilket har tytts som kontinuerlig irritation av odontoblasterna under den defekta emaljen (13, 14).

Restaurationer vid grava skador vid AI

Patienterna har stora problem både fysiskt och psykiskt, vår uppgift är att finna lösningar. Rekommendationerna har varit temporära lösningar med komposit och avvakta med protetik under uppväxten för att göra definitiv protetik i vuxen ålder. Stora pulparum hos unga patienter i kombination med att materialtjockleken tidigare krävde en avsevärd avverkning av tandsubstans var några av skälen till att inte använda keramiska material på unga individer. När vi undersökte hållbarheten hos kompositfyllningar hos kontrollpatienter inom allmäntandvården och patienter med AI såg vi att kompositrestaurationerna höll signifikant kortare tid hos patienterna med AI (Figur 2A) och att sensitiviteten i tänderna var signifikant korrelerad till antal omgjorda fyllningar (8). Hypomineralisations/hypomaturationstypen av AI visade något lägre hållbarhet än AI av hypoplasityp (Figur 2B). Skalkronor av Procera AllCeram (innerhätta av zirkoniumdioxid täckt med porslin) och IPS e.max Press, (högtemperatur pressat litium disilikat), visade en mycket bättre hållbarhet än komposit (Figur 2C) medan skalfasader och 3/4-kronor hade bättre hållbarhet än komposit och glasjonomer, men sämre än fullkronor (Figur 2D). I våra studier utnyttjade vi

fördelarna med de nya materialen där fabrikanterna rekommenderade minst 1 mm materialtjocklek för IPS e.max Press och 1,5 mm för Procera AllCeram. I tvåårsuppföljningen av kronor av Procera och IPS e.max Press såg vi goda resultat vad gäller kvalitet och hållbarhet (Figur 3A). Känsligheten i tänderna mätt med VAS hade minskat signifikant efter kronterapi (Figur 3B) (15).

Utmaningar med det växande bettet, samarbete med specialister

När protetik utförs i det vuxna bettet står tänderna där dom förväntas stå kvar och vi korrigerar ibland för tänder felställningar genom utformningen av kronorna. I det växande bettet erupterar och mesialvandrar tänder innan de slutligen ställer in sig på sin plats, vilket vid protetik ger både för och nackdelar. Vi måste beräkna var tänderna kommer att ställa sig så att vi får en bra ocklusionskurva och bra storlek och form på tandkronorna när vi planerar eventuella ingrepp. Om kronor på fronttänderna måste göras tidigt bör kronan göras som en naturlig förlängning av roten utan kompensation för felställningar. Glesställningar kan utnyttjas till patientens fördel då minimal preparation krävs och kronan på tanden kan utformas till normal tandstorlek och form och möjliggöra bra kontaktpunkter (Figur 1A, B). Har tänderna mesialvandrat riskerar man att behöva avverka mer och få trångt för kronan. Har smala tänder mesialvandrat riskerar man att få en lång approximal kontakt som försvårar rengöring.

Samarbete med ortodontist är värdefullt och kan hjälpa oss att undvika djupbett, förutse öppna bett och andra svårigheter i be-



Figur 4. Djupbett och stora problem med hög sensitivitet och munhygien. Röntgen visar sönderfall så snart tanden erupterar. Finns inte färste för betthöjningsplåt. Kronor 11, 21 samt täckning glasjonomer 22, 23 vid 9 års ålder. Under 6 månader öppnade sig bettet och vi hade inget annat val än att fortsätta kronterapi med målet bra ocklusionskurva. Vid 17 år, kronor 15–25, 35–45, har frontala öppna bettet minskat! Mörka kanter buckalt är tandens grundfärg ej karies. Pga sönderfall lingualt gjordes kronor om 13–23 vis19 års ålder. Vid 22 års ålder är 46 enda endodontiskt behandlade tanden (vid 14 år) – 46 är inte kronförsedd. «Long face» profil.

handlingsplanen. Ska tänder behandlas ortodontist är det bra om luckslutning undviks och mellanrum sparas inför preparationen. För ortodontisten föreligger bl. a svårigheter med bonding, retention av klamrar, tänder där emaljen frakturerar och problem med känsligheten i tänderna (16). Patienter med AI har en accelererad tandutveckling men ibland försenad tandruption och retinerade

tänder (17, 18). Vid AI är öppet bett, lateralt eller frontalt vanligare, upp till 43 %, vid hypomineraliserad AI (19). En riskfaktor att uppmärksamma är tendensen till «long face», med sluttande käkvinkel. Figur 4 visar en nästintill osannolik utveckling från djupbett till öppet bett och landning vid fungerande ocklusion!

Utmaningar hos den växande individen

Social utveckling och livskvalitet

Patienterna med AI rapporterar att de under hela uppväxten har undvikit att skratta, stängt munnen vid fotografering, undvikit nya kontakter samt haft strategier för att hantera smärta vid kyla och matintag (3). Patienternas tankar har ständigt kretsat kring hur man kan hantera och dölja sina tänder! Många rapporter finns om att man inte tycker att man har kunnat komma till sin rätt förrän man har fått tandersättningar i form av kronterapi. I dagens samhälle där sociala kontakter är allt viktigare är unga patienter med AI ofta utsatta för mobbning, ifrågasatta av lärare, tandvårdspersonal och andra i omgivningen (2–5, 9, 20).

Vi är vana att utvärdera kvalitet och hållbarhet hos material och känner oss nöjda med vad vi ser som resultat, men vad vet vi om vad patienterna tycker och känner? Vi har få undersökningar som tar upp oral-hälsa-relaterad livskvalitet (OHRQoL).

Hur ska vi nå och förstå patienten?

Låt patienten berätta! Patienterna tror ofta att dom är ensamma om bekymren, bekräfta att det finns många med dessa problem och att vi kan lösa det men att det krävs samarbete från oss alla. Var öppen för hur patienten har upplevt tidigare tandvård, bekräfta och gå sedan vidare. Även unga patienter behöver en korrekt och klar information; vad kan vi göra, när vi kan göra det och hur går det till. En del av patienterna med AI har genomgått smärtsamma behandlingar och också upplevt att de har blivit missförstådda och att smärtan har negligerats inom tandvården, då behövs en ny inskolning (3). Efter en bra och omfattande beskrivning och behandlingsplan kan patienten få en chans att avgöra om besvären är så stora att man vill gå vidare med behandling. Hela bittet behöver inte restaureras på en gång, pauser kan med fördel planeras in.

När är man mogen för behandling

I vår studie fick patienterna och föräldrarna en «betänketid» på 3 månader då vi skolade in och optimerade munhygien, det upplevdes positivt (15). Vi började med de tänder som besvärade mest. Stor vikt lades vid att det var patientens önskan och inte föräldrarnas eller vår önskan som fick råda. Vi avrådde behandling om bedövningsträning eller Kooperation brast, Vi avrådde också om vi ansåg att en behandling skulle kunna undvikas eller om skadorna på tänderna inte var grava.

Tidig protetisk behandling

Noggrann planering tillsammans med ortodontist, patient och förälder krävs. Kontakt med protetiker för kronmaterial, cement mm är positivt. Inskolning av patienten krävs även om man är ton-

åring! Tydlighet om vad behandlingen innebär och risker för komplikationer måste vara grund för patientens beslut. Att skatta sensitiviteten med VAS skala ger en grund inför terapin. Pre- och postoperativa analgetika, rikligt med lokalanestesi samt sedering med lustgas till de som önskar är viktigt att erbjuda. Känsliga tandtytor i närområdet kan täckas med fluoridlack, putty eller essixskena. Använd tidtagarur vid applicerande av bedövningssalva samt vid avtryckstagning, återbesök på grund av släp i avtrycket är dyrt! Var lika noga men smärtlindring vid cementering.

Vågar vi, när vågar vi och hur gör vi?

Stora pulparum har varit ett skäl att undvika protetik i unga år. Med nya material kan vi avverka mindre och ändå få bra hållfasthet på materialet. Varje borring är att betrakta som ett trauma mot tanden. Den unga tanden har god blodförsörjning och är väl rustad för att ta hand om trauman. Upprepade trauman däremot försämrar prognosen för tanden (21). Vid flera omgörningar och vid trauma ökar risken för endodontiska komplikationer (15). Minsta möjliga trauma var målet för vår preparation, Vi «penslade» fram preparationen med borsten i ständig rörelse för att undvika upphettning av tandytan. Vi undvek referensfäror på grund av risken för värmeutveckling och preparerade istället en halva av tanden först. Diamant med rungad topp och adstringent på tunnaste ligaturtråden användes för att få en distinkt preparationsgräns, vilket kan vara svårt vid emaljdefekter. Vid ocklusion keram mot emaljdefekt måste slitaget följas noga och vi undvek skalfasader i underkäksfronten som riskerade att ockludera mot skadade emaljtytor lingualt i överkäksfronten och orsaka slitage. Skalfasaderna lindrar dessutom inte de blottade tandytornas sensitivitet, så finns en grundproblematik med sensitivitet bör tunna keramiska kronor väljas.

Risken för mesialvandring om provisoriet inte håller platsen är förödande stor hos unga individer, vid preparation av flera kronor sattes provisoriska kronorna alltid ihop.

Vi lade stor vikt att kommunicera med tandteknikern för att få unga tänder till unga individer. Det innebär en strukturerad buckalyta, färgvariationer, transluscent skär mm. Digitalfoton är bra hjälpmedel!

Interventionens påverkan

Vi mätte tandvårdsrädsla och OHRQoL före och 2 år efter behandlingen för att undersöka om vår tidiga protetiska behandling var till fördel eller nackdel för patienterna. Resultaten visade att vår behandling inte hade orsakat någon tandvårdsrädsla. Vad gäller livskvaliteten var effektstorleken hög, speciellt med avseende på psykosocial påverkan och utseende mätt med OHIP-14 före och 2 år efter behandlingen (5). I djupintervjuerna medgav patienterna att be-

handlingen ibland varit jobbig men att det hade varit värt det, (3) och föräldrar meddelade att ungdomarna log, skrattade och var mer öppna efter behandlingen.

De 227 keramiska kronorna i den tidigare RCT studien (15) följdes i 4.3–7.4 år, 79 % av kronorna hade en uppföljningstid på 5 år eller mer. Kvaliteten enligt CDA kriterier mättes vid långtidsuppföljningen med avseende på färg, form ytstruktur och kantanslutning. 97 % av kronorna visade excellent eller acceptabel kvalitet. Justeringar behövdes hos 4 % av kronorna och då med avseende på kantanslutningen. Sänkning av sensitivitetsproblemen stod sig vid långtidsuppföljningen. «Survival» uppmättes till 99.5 % och «success rate» var 94.7 %. Endodontiska komplikationer sågs under hela uppföljningstiden hos 3 % hos våra patienter i åldern 18–19 år och i alla fall utom två hade patienten en anamnes av trauma mot den

aktuella tanden (22). Ingen endodontisk komplikation sågs hos de yngre patienterna! Resultaten i studien är mycket goda och visar att det är hög tid att tänka om när det gäller möjligheten att använda nya keramiska material som tidig permanent terapi på unga individer, i vårt fall patienter med grav AI.

Framtida möjligheter för keramiska kronor i unga brett

Det finns behov av forskning kring protetiska ersättningar på unga individer, bland annat vad gäller MIH, fluoros och erosionsskador. Forskningen bör innehålla randomiserade kontrollerade studier men även djupintervjuer om patientupplevelser eftersom detta kan tillföra mycket kunskap som kan förbättra vårt omhändertagande. Vad gäller patienter med AI har vi nu evidens för att en tidig protetisk terapi med keramiska kronor är att rekommendera.

REFERENSER

- Crawford PJ, Aldred M, Bloch-Zupan A. Amelogenesis imperfecta. *Orphanet J Rare Dis.* 2007 Apr 4; 2: 17.
- Parekh S, Almehateb M, Cunningham SJ. How do children with amelogenesis imperfecta feel about their teeth? *Int J Paediatr Dent.* 2014; 24(5): 326–35.
- Pousette Lundgren G, Wickström A, Hasselblad T, Dahllöf G. Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. *PLoS One.* 2016; 11(6): e0156879.
- Coffield KD, Phillips C, Brady M, Roberts MW, Strauss RP, Wright JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. *J Am Dent Assoc.* 2005; 136(5): 620–30.
- Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahllöf G. Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Qual Life Outcomes.* 2015; 13: 197.
- McDonald S, Arkutu N, Malik K, Gadhia K, McKaig S. Managing the paediatric patient with amelogenesis imperfecta. *Br Dent J.* 2012; 212(9): 425–8.
- Malik K, Gadhia K, Arkutu N, McDonald S, Blair F. The interdisciplinary management of patients with amelogenesis imperfecta – restorative dentistry. *Br Dent J.* 2012; 212(11): 537–42.
- Pousette Lundgren G, Dahllöf G. Outcome of restorative treatment in young patients with amelogenesis imperfecta. a cross-sectional, retrospective study. *J Dent.* 2014; 42(11): 1382–9.
- Aldred M, Crawford PJ, Savarirayan R, Savulescu J. It's only teeth – are there limits to genetic testing? *Clin Genet.* 2003; 63(5): 333–9.
- Wright JT, Torain M, Long K, Seow K, Crawford P, Aldred MJ, et al. Amelogenesis imperfecta: genotype-phenotype studies in 71 families. *Cells Tissues Organs.* 2011; 194(2–4): 279–83.
- Hu JC, Chun YH, Al Hazzazzi T, Simmer JP. Enamel formation and amelogenesis imperfecta. *Cells Tissues Organs.* 2007; 186(1): 78–85.
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth.* 2008; 101(1): 17–24.
- Saroglu I, Aras S, Oztas D. Effect of deproteinization on composite bond strength in hypocalcified amelogenesis imperfecta. *Oral Dis.* 2006; 12(3): 305–8.
- Faria-e-Silva AL, De Moraes RR, Menezes Mde S, Capanema RR, De Moura AS, Martelli H, Jr. Hardness and microshear bond strength to enamel and dentin of permanent teeth with hypocalcified amelogenesis imperfecta. *Int J Paediatr Dent.* 2011; 21(4): 314–20.
- Pousette Lundgren G, Morling Vestlund GI, Trulsson M, Dahllöf G. A Randomized Controlled Trial of Crown Therapy in Young Individuals with Amelogenesis Imperfecta. *J Dent Res.* 2015; 94(8): 1041–7.
- Arkutu N, Gadhia K, McDonald S, Malik K, Currie L. Amelogenesis imperfecta: the orthodontic perspective. *Br Dent J.* 2012; 212(10): 485–9.
- Seow WK. Dental development in amelogenesis imperfecta: a controlled study. *Pediatr Dent.* 1995; 17(1): 26–30.
- Cho SH, Seymen F, Lee KE, Lee SK, Kweon YS, Kim KJ, et al. Novel FAM20A mutations in hypoplastic amelogenesis imperfecta. *Hum Mutat.* 2012; 33(1): 91–4.
- Ravassipour DB, Powell CM, Phillips CL, Hart PS, Hart TC, Boyd C, et al. Variation in dental and skeletal open bite malocclusion in humans with amelogenesis imperfecta. *Arch Oral Biol.* 2005; 50(7): 611–23.
- Al-Bitar ZB, Al-Omari IK, Sonbol HN, Al-Ahmad HT, Cunningham SJ. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013; 144(6): 872–8.
- Andreasen JO, Lauridsen E, Gerds TA, Ahrensburg SS. Dental Trauma Guide: a source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. *Dent Traumatol.* 2012; 28(2): 142–7.
- Lundgren, G.P., G.M. Vestlund, and G. Dahllöf. Crown therapy in young individuals with amelogenesis imperfecta: Long term follow-up of a randomized controlled trial. *J Dent.* 2018. 76: p. 102–108.

ENGLISH SUMMARY

Lundgren GP, Dahllöf G.

Prosthetic restorations in children and teenagers with amelogenesis imperfecta – is it possible?

Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 104–11

Ceramic prosthetic treatment has been reserved for the adult population. The lack of a permanent therapy with longevity during adolescence for patients with severe enamel disturbances has caused suffering for patients, frustration for treating dentists and high costs for temporary dental care. Patients with amelogenesis imperfecta (AI) have documented severe problems while waiting for permanent therapy. We have used new ceramic materials that provide good strength even in thin structures to try to solve the

patient's problems. Our studies involving a retrospective evaluation of recommended care, a randomized clinical study (RCT) of ceramic crown therapy in adolescence, studies on oral health related quality of life, dental fear, dental beliefs and qualitative studies have shown that early prosthetic therapy with ceramic crowns can be recommended in the young permanent dentition. Few side effects were seen and no crowns were loose.

Oral kirurgi & medisin · Implantat · Kjeve & ansiktsradiologi ·
Intravenøs sedasjon & medisinsk overvåking

Våre spesialister:

Kirurgi

- Dagfinn Nilsen
- Erik Bie
- Johanna Berstad

Anestesi

- Dr. Odd Wathne

Protetikk

- Sonni Mette Wåler
- Pia Selmer-Hansen

 **ORALKIRURGISK**
KLINIKK AS

23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no
www.oralkirurgisk.no

MELD DEG PÅ SOM UTSTILLER!

www.nordental.no

NTFs landsmøte og Nordental arrangeres på Norges Varemesse i Lillestrøm.

Her treffer du nærmere 4000 profesjonelle besøkende fra hele den private og offentlige tannhelsetjenesten.

Hvorfor delta på Nordental:

- Øk salget, og styrk profileringen.
- Lanser og test ut nyheter.
- Plei dine kunder, og få nye kontakter.
- Få oversikt over konkurrentene og hva som rører seg i bransjen.
- Delta i det sosiale fellesskapet under landsmøtet.
- Vær en aktiv del av dentalbransjens viktigste møteplass.



NORDENTAL

31. oktober – 2. november 2019
Norges Varemesse



SUNSTAR
G·U·M[®]
PAROEX[®]

Selgs på Boots Apotek!



**9 av 10 synes at
Paroex smaker bedre! ***

• **Klorhexidin-skyll med GOD SMAK**

- Pasienten **fullfører behandlingen**

• **Optimal konsentrasjon**

- 0,12 CHX + CPC gir **like bra effekt** som
0,20% CHX og **færre bivirkninger**

Mail info@se.sunstar.com
eller ring 909 84 154 **for prøver!**

* I en undersøkelse utført på 125 spesialklinikker.



HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

SunstarGUM.no

HEADLINES

- The survival of ceramic restorations is favourable and comparable with metal ceramic ones when used on appropriate indications.
- Biological complications are rare. The cause-effect relationship is multifactorial and mostly influenced by host-related factors rather than by the type of restorative material.
- Fractures are the main technical complications.

AUTHORS

Ritva Näpänkangas, associate professor, DDS, PhD. Research Unit of Oral Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Oulu, Finland

Christel Larsson, associate professor, DDS, PhD. Department of Materials Science and Technology, Faculty of Odontology, Malmö University, Sweden

Marit Øilo, Associate professor, DDS, PhD. Department of Clinical Dentistry, Faculty of Medicine, University of Bergen, Norway

Corresponding author: Ritva Näpänkangas, Research Unit of Oral Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Oulu, P.O.Box 5281, FI-90014 University of Oulu, Finland. E-mail: ritva.napankangas@oulu.fi

This article has been submitted to peer reviews.

Näpänkangas R, Larsson C, Øilo M. Clinical outcomes of ceramic restorations. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2019; 129: 114–22

Clinical outcomes of ceramic restorations

Ritva Näpänkangas, Christel Larsson and Marit Øilo

This paper addresses the available recent clinical evidence for different treatment possibilities with ceramic materials. Furthermore, an analysis of the failures occurring and the reason for these is discussed. The paper focuses on single and multi-unit restorations (fixed dental prostheses, FDPs) supported on teeth or implants.

The survival of ceramic restorations is favourable and comparable with metal ceramic ones. Biological complications are rare. The cause-effect relationship is multifactorial and mostly influenced by host-related factors rather than by the type of restorative material. Fractures are the main technical complications. Margin fractures is the most common complication for crowns, and connector fractures for FDPs.

Introduction

There is a plethora of ceramic materials available for clinicians to choose from, but limited scientific evidence to show which material is best in each specific case. There has been a steady increase in the number of clinical trials with ceramic materials, but there is still few randomized clinical trials, which are regarded as the highest level of evidence. Large differences in study population, methods used, success and survival criteria and follow-up time among the different prospective and retrospective clinical trials make comparison among the materials and treatment options difficult. This paper addresses the available recent clinical evidence for different treatment possibilities with ceramic materials. Furthermore, an analysis of the failures occurring and the reason for these are discussed.

When assessing clinical success, there are several criteria that need to be addressed. Most clinical trials report survival rates, but with no further disclosure of what is regarded as «survival» (1). Survival can thus mean everything from «no problems at all» to the restoration is «still in place» (Figure 1). According to Tan et al. (2), a survived restoration is still in use at the follow-up time, with or without reversible complications.

Success, however, is used as term for «a restoration with no complications during the observation period,» (2). Patient satis-

faction is surprisingly seldom included in the evaluation. There are reasons to believe that every-day practices have lower success rates than what is generally reported in clinical trials where specialists with ample time perform the prosthetic treatment.

Survival of tooth-supported single unit crowns

Several systematic reviews have evaluated the success and survival of ceramic single unit restorations (3–5), but very few studies have more than 5 year's follow-up. When considering the success and survival of different materials and restoration types one must take into consideration that they are often made based on very different indications and conditions. Some reviews include meta-analyses where all the individual data from each of the included studies were similar enough to be put into one large pool for increased power of the statistical analyses. The meta-analysis has showed the survival rates of single unit ceramic crowns to be similar to metal ceramic ones with a 5 year survival rate of 94 % (5). Metal-ceramics is still considered as a «gold standard» with regard to clinical evidence. The posterior ceramic crowns seem more likely to fail than anterior crowns (5).

Veneers and adhesively cemented porcelain crowns

The use of shell-like adhesively cemented porcelain crowns and buccal veneers is well documented in multiple studies (6,7). The survival rates are high; around 90 % over 5–10 years and complications are few. Fractures are the most common complication (4 %), followed by debonding (2 %) and secondary caries (1 %). More complications occur when the preparation border extends beyond enamel or when cementation is performed without sufficient control of humidity. The restorations evaluated in these studies are mostly in the anterior region and on teeth with no or moderate previous damages which would significantly improve ease of maintenance and the potential for success and survival. Porcelains are used in veneered bi-layer ceramics and in metal-ceramics, as well as in aesthetic veneers and shell-like crowns, where glass-ceramics and zirconia cannot satisfy the need for optimal aesthetics.

Inlays-onlays

The survival and success of inlays and onlays have been studied in multiple trials (8). The overall 10-years survival rates are around 90 %. There are, however, large discrepancies in inclusion and exclusion criteria in the different studies, ranging from small MOD-inlays to large onlays which are closer to 3/4 crowns and so called «table-top» onlays for severely worn dentitions. Early trials of chair-side produced inlays show relatively high complication rates with marginal chipping, discoloration and secondary caries as

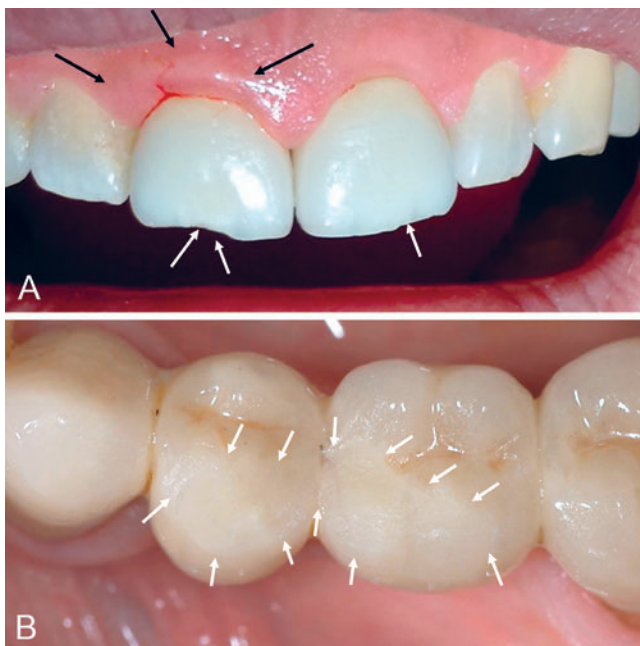


Figure 1, A–B. A: Examples of surviving restorations that are not entirely successful due to minor or reversible complications. Gingivitis as a result of cement residue, black arrows. The lesion healed after polishing. Minor incisal chipping that could be polished, white arrows. Photo: Ritva Nöpänkangas. B: Multiple superficial veneer chipping defects on a FDP still in function, white arrows indicate the extent of the defect. Photo: Christel Larsson.

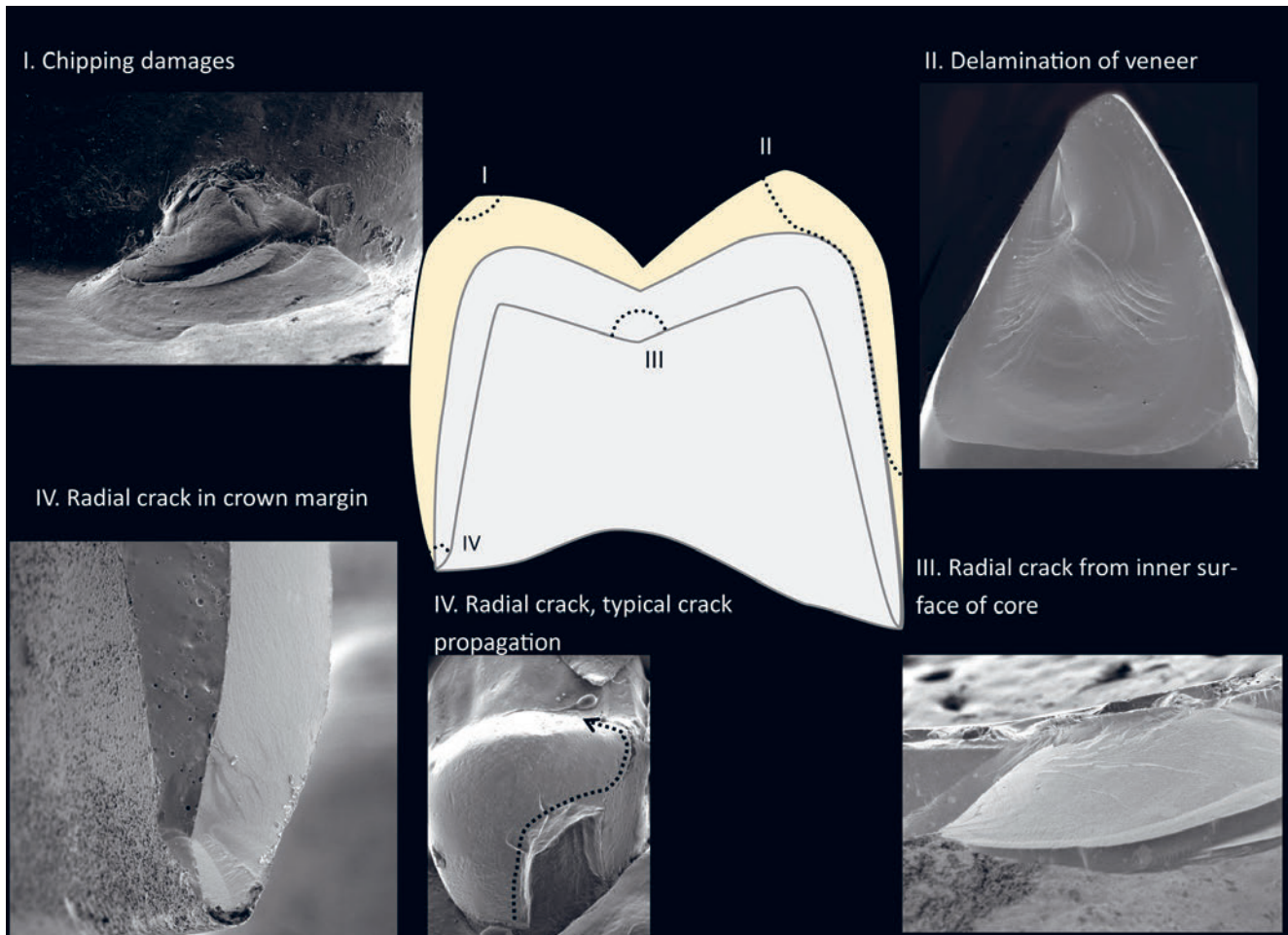


Figure 2. Different fracture types observed in clinical failures. I) chipping, II) delamination of veneering ceramic, III) cracks originating in the inner surface of the crown, IV) cracks originating from the crown margin. Photo. Marit Øilo.

common complications (9). The intra-oral scanning and CAD/CAM production has improved immensely since the introduction in the 1990's, however, and the success rates are naturally improving as a consequence. Fractures are the most common complication (4 %), followed by endodontic complications (3 %) and secondary caries (1 %) and debonding (1 %) (8).

Glass-ceramic crowns

Lithium- disilicate (LiO₂) reinforced glass-ceramic crowns are among the best-documented treatment choices for restoring teeth in terms of number of published clinical trials (10). Based on a meta-analysis of a large number of restorations, the estimated 5-year survival rate of glass ceramic (leucite or lithium-disilicate reinforced) restorations was 96.6 %, whereas glass infiltrated alumina crowns had an estimated 5-year survival rate of 94.6 %. The long-

term success is, however, less certain as few studies have more than 5 years follow-up. Again, one must consider that the information of the previous condition of the restored teeth in the different studies is limited, and it is thus difficult to compare the survival rates for each separate case.

Zirconia and Alumina (polycrystalline ceramics)

Alumina crowns were for many years the most used ceramic restorations in the Nordic countries. Studies of alumina crowns have shown a 5-year survival rate of approximately 93 % (3–5). Based on personal reports and feedback from dental technicians, the complication rates were significantly higher than reported in scientific publications. Both crown loosening and fractures have been experienced frequently. Alumina has been more or less totally replaced by zirconia over the last 10 years as the material of

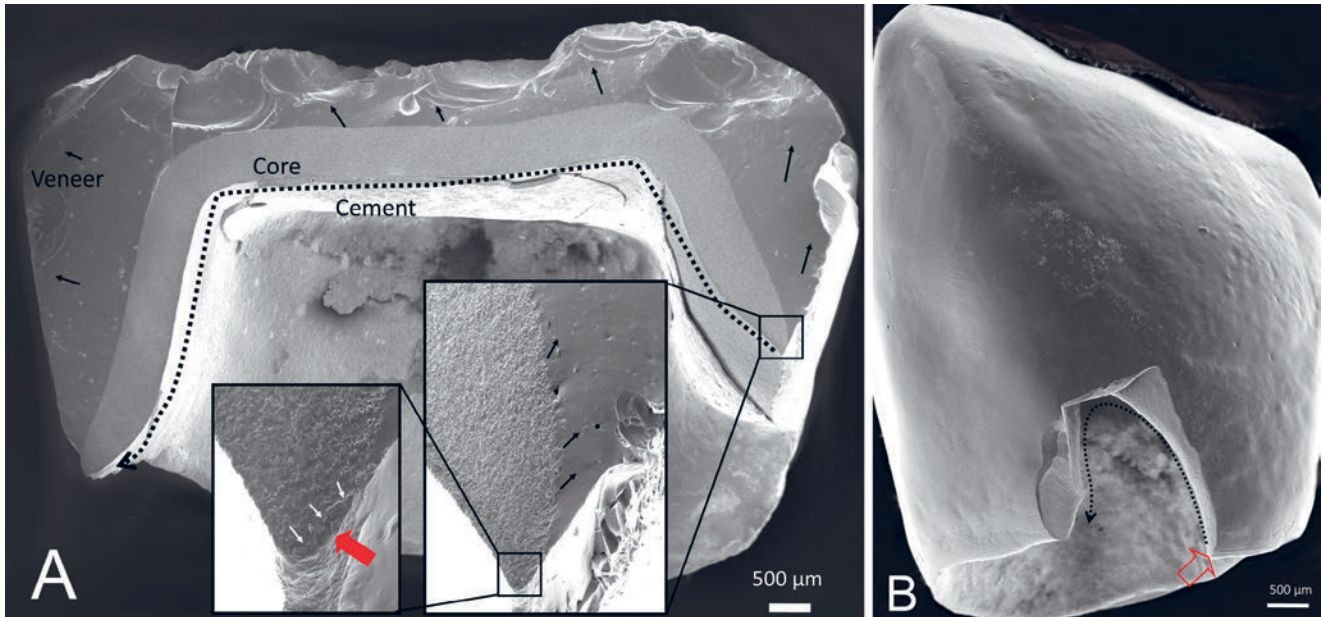


Figure 3, A–B. A: A typical clinical core-veneer crown failure mode. The fracture starts in the cervical margin and propagates through the crown across the occlusal surface, splitting the crown in two. Red arrow indicate fracture origin. B: Typical failure mode for monolithic crowns. A small semicircular part has broken off from the margin. Red arrow indicate fracture origin. Photos. Marit Øilo.

choice for ceramic restorations for teeth with moderate to substantial loss of substance and need for strong material. Relatively few clinical prospective studies on single unit zirconia crowns have been performed, but some recent reports indicate a 96 % 5-year survival rate, but with a significant drop in survival in the following two years to 75 %-93 % (11–14). Two retrospective studies based on dental laboratory data from up to 5 years of production show fracture rates of 3.35 % for bi-layered crowns and 2.0 per cent for monolithic restorations (15–16).

Few studies have exceeded mean five-year follow-up time in ceramic restorations. It should be kept in mind that the improvement of ceramic materials has developed quickly in recent years and the results of the long follow-up studies may include old materials. So far, there is no clinical documentation above one year of the clinical performance of translucent or high-translucent zirconia (cubic/anterior) materials that are recently introduced.

Survival of tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)

Two recent systematic reviews have addressed the survival rates of tooth-supported FDPs (17–18). Both found that the difference between ceramic and metal-ceramic restorations was not statistically significant after 5 years follow-up. The estimated survival rate of reinforced glass ceramics was 89.1 %, whereas glass-infiltrated alumina had 86.2 % and zirconia approximately 91 %. The survival rate

of metal-ceramic FDPs was 94.4 % after five years. Regarding zirconia, long-term (7–10 years) follow-up studies have been published for multi-unit FDPs and the survival rate ranges from 75–100 % (12, 19–21). Veneer chipping was the predominant complication in the earlier studies.

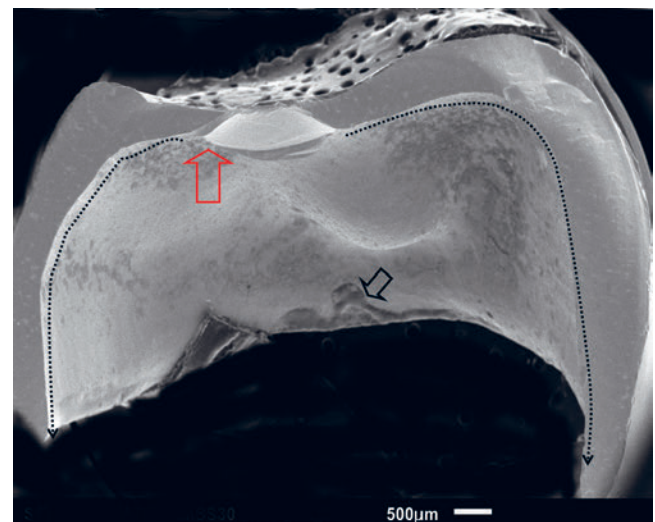


Figure 4. A monolithic zirconia crown fractured in two in clinical use. The fracture origin (red arrow) is in the inner surface of the occlusal wall. Photo: Marit Øilo.

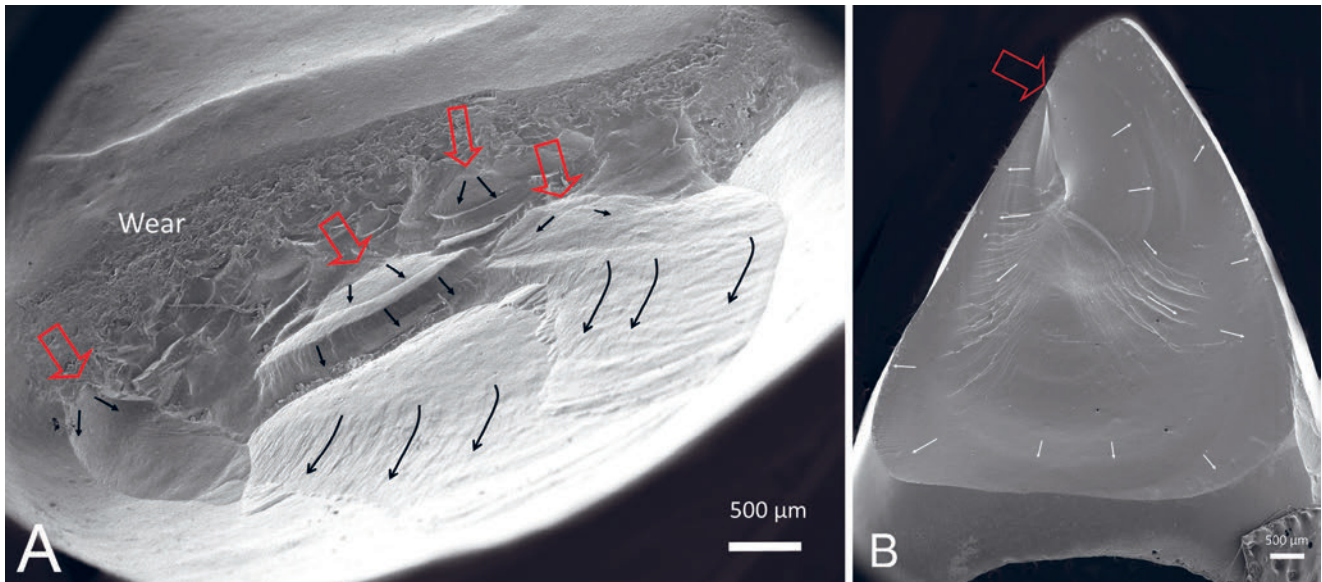


Figure 5, A–B. A: Typical chipping and B: delamination fractures. Both seem to be initiated (red arrows) by wear and poor veneer support. Photo. Marit Øilo.

Resin bonded ceramic fixed dental prostheses (RBFDPs)

Ceramic resin retained FDPs have previously been rather unsuccessful. Recent development in bonding to zirconia shows, however, promising results. One study of 108 zirconia restorations restoring missing incisors showed a survival rate of 98 % after ten years (22). Of these 108 restorations, six had debonded, but all could be rebonded successfully. It is important to note that only one wing was used for retainer in both these trials. Furthermore, a special attention was made to follow a strict protocol in order to achieve sufficient bonding. Trials with ceramic RBFDPs with two wings have significantly lower success rates, since both fractures and loss of retention is experienced more frequently for two-winged restorations (23). There are however very few publications and further results should be awaited.

Survival of implant-supported single crowns

A survival of 97.1 %–100 % has been reported for implant-supported ceramic crowns after three to five years (14,24–25). Both monolithic lithium disilicate implant-supported single crowns, and monolithic zirconia crowns have been studied. Even though the survival was high in all studies, the success rates was significantly lower (87.5 %–91.7 %), indicating that there was or had been complications with the restorations within the follow-up.

Survival of implant-supported FDPs

Five-year survival rate of implant-supported zirconia-based FDPs has been found to be 100 % in two studies with zirconia-based

restorations, bi-layered (18) and monolithic (24). The number of patients were, however, low and the results must be regarded with caution.

Biological complications

Tooth-supported restorations

As mentioned above, the success/survival rate of ceramic restorations is favourable. Biological complications are rare and seldom exceed a prevalence of 2 % in 5 years (3,4,17,27). The early complications with ceramic restorations are more often biological than technical, however, and can be related to excess cement in marginal areas (28). Biological complications seem to be unrelated to type of restoration and material (3–4,27). Glass-infiltrated alumina crowns have in some studies showed higher incidence of caries, but ceramic crowns, in general, perform better than metal-ceramic crowns, from a biological perspective (3). In another study, there was a statistically significant higher prevalence of periodontal disease among multi-unit FDPs made of glass-infiltrated alumina and glass-ceramics, compared to metal-ceramic FDPs (17). In addition, there was a significantly higher prevalence of caries among FDPs made of zirconia compared to metal-ceramic FDPs. The authors did not discuss the differences in prevalence of periodontal disease but explain the differences in caries prevalence by suggesting a relationship between caries and the fit of a restoration, which was suboptimal in the beginning due to limitations in precision manufacturing in the early years of zirconia manufacturing.

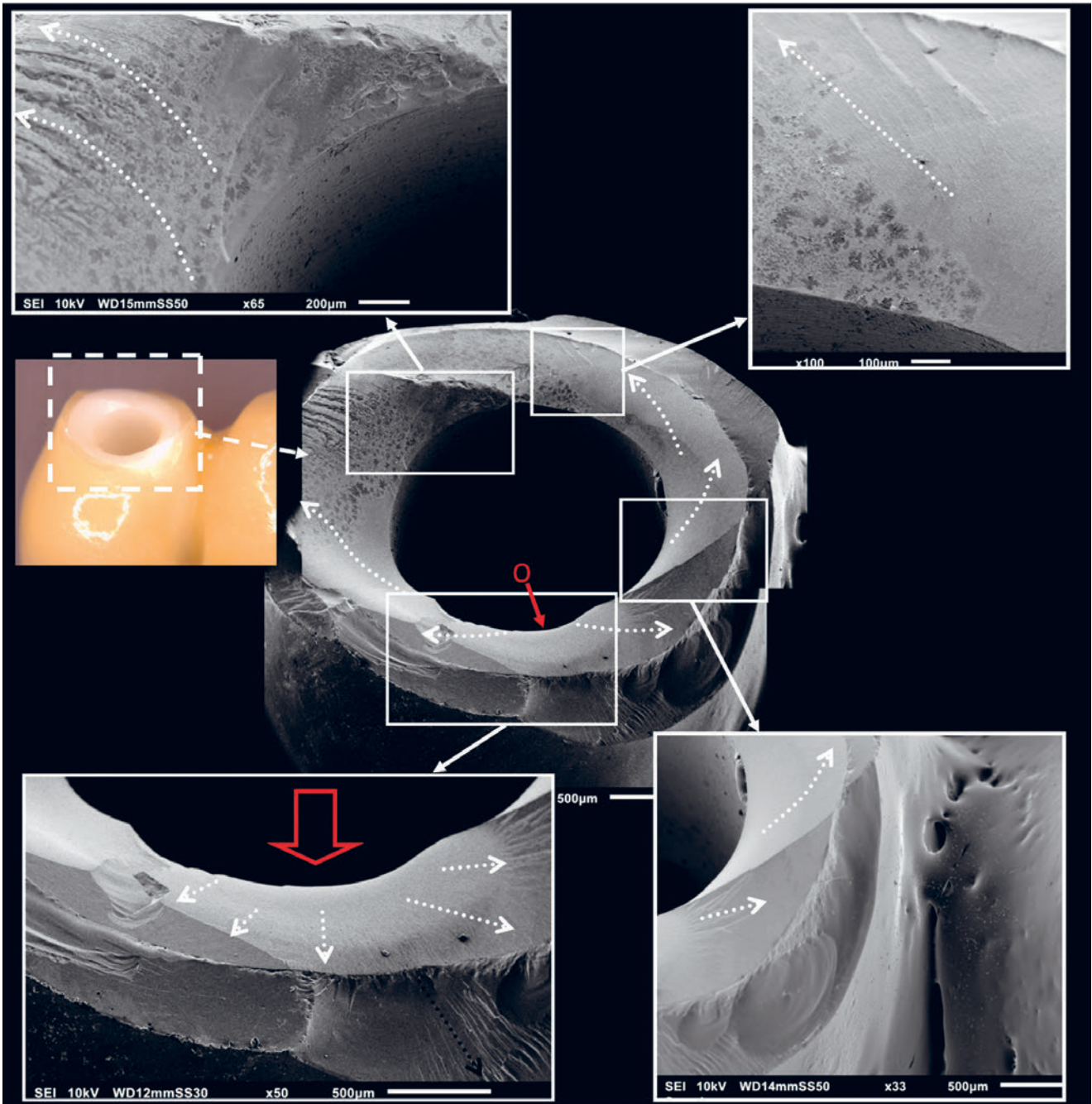


Figure 6. Fractured implant based crown, where the fracture started on the inside of the abutment (red arrow) due to high bending forces. Photo. Marit Øilo.

Some of the biological complications associated with ceramic multi-unit-restorations may be associated with the increased connector sizes necessary for strength of the material. This leaves less space for interproximal cleaning procedures and thus increased risk for plaque-associated diseases. Furthermore, the bi-layer design,

still favoured in anterior regions, may result in slightly over-contoured restorations, which complicates plaque removal.

Implant-supported restorations

Information from clinical trials on implant-supported ceramic restorations is scarce. The type of prosthetic material does not seem

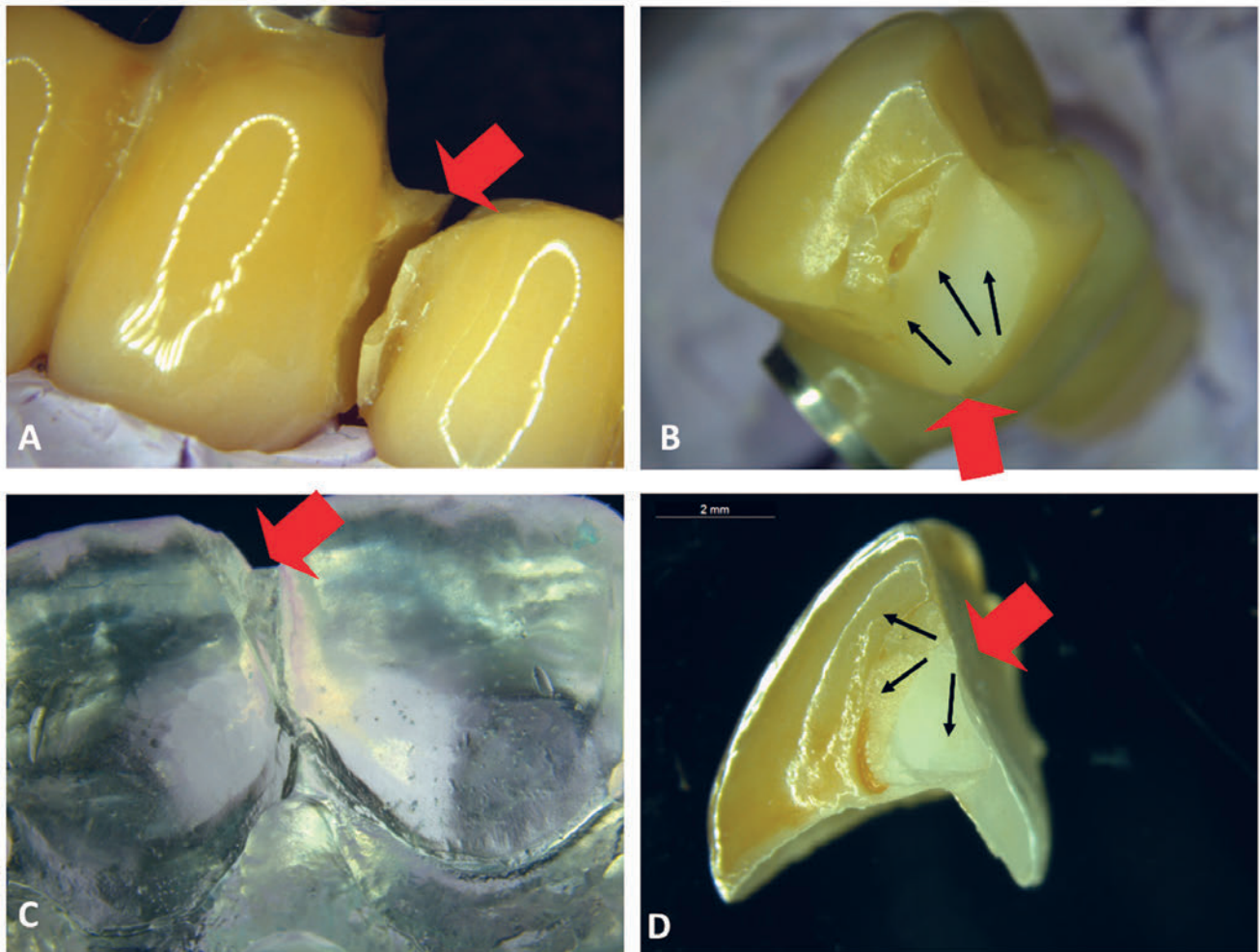


Figure 7, A–D. Multi-unit restorations most often fracture in the connector areas. Fractographic analyses often reveal poorly dimensioned connectors with unfavorable design causing stress concentrations in narrow parts. Furthermore several cases have revealed grinding damages in the connector area below the veneering ceramic. A: An implant based 4-unit restoration fractures in the connector area (red arrow). B: The connector is severely under dimensioned. C: A three-unit tooth retained restoration fractured between abutment and connector (red arrow, epoxy model based on impression taken in situ, before removal of restoration). D: the connector area is poorly designed, and the sharp edge towards the incisal edge caused stress concentration in this region (red arrow).

to influence implant or prostheses survival and complication rate (29). Other reviews mainly focus on zirconia-based restorations (14, 18). As for tooth-supported restorations, biological complications are rare. For single crowns, some bleeding on probing has been noted (14), but no biological complications were noted among FDPs (18). Ceramics are also popular as materials for implant abutments. Whether ceramic abutments may influence prevalence of biological complications is unknown. A review comparing metal and ceramic abutments found lower prevalence of biological complications around ceramic abutments but the difference was not statistically significant (30).

The findings that biological complications are rare is encouraging. Ceramic materials have been found to accumulate less plaque and plaque with reduced vitality, compared to other restorative materials, but the clinical significance is uncertain (31–32). Biological complications include a range of different diseases: e.g. caries, periodontal and endodontic diseases, where the cause-effect relationship is multifactorial and mostly influenced by host-related factors rather than factors such as type of restorative material.

None of the reviews mentioned adverse reactions to dental materials. Ceramic materials show excellent biocompatibility in comparison to most metals (Anusavice book). However, even though the prevalence of metal allergies is relatively high in the ge-

neral population, clinical manifestations are rare and potential risks should not be overemphasized (34, 35). For the small number of patients with a known sensitivity to metals, ceramic materials, or titanium and titanium alloys, may be advantageous.

Technical complications

As discussed above, most published clinical trials have relatively low rates of technical failures. Fractures remain the most common technical complication, and are responsible for between 0.5 to nearly 6 % annual complication rates in different studies, depending on fracture mode and the type of the restoration (single or FDPs, supported on teeth or implants) (3, 17). There are two main types of fracture modes, fractures in the veneering material (chipping) and core fracture (total fractures or catastrophic fractures). These can be further divided into four fracture modes based on localization and severity (Figure 2). It is, however, uncertain whether the success rates are equally good in normal everyday practices. Based on communication with practicing dentist and dental technicians, fractures remain a clinical problem. A large British registry of revision rates and survival of dental restorations from regular dental practices showed that ceramic crowns have a shorter time in clinical function than metal-ceramic ones (36). The exact reason is not evident based on the registry, but fractures are considered the major contributing factor. Crown loosening is the other major technical complication with annual failure rates between 0.11 % and 1 % in different studies (3, 17). The lack of periodontal receptors surrounding the implants can probably explain the high technical complication rates (most commonly chip-off ceramic fractures) in implant-based restorations due poorer chewing precision and thus to higher mastication loads compared to natural teeth. Furthermore, implant-based restorations often have long coronal height compared to tooth-based restorations creating unfavorable force vectors.

Most papers involving systematic fractographic analyses of the fractures of retrieved dental crowns that have failed during clinical practices are case reports or case series. Retrieval of crowns failed by chipping is difficult without destroying the remaining restoration. Furthermore, chipped veneer is often adjusted in situ instead of being replaced as long as function or aesthetics is not severely reduced. Core failures are easier to collect and a relatively large number of cases has been identified by several authors (37–45)

The prevalent assumption has been that ceramic crowns fail due to contact damage at the point of occlusion. However, analyses of retrieved crowns reveal that most clinical crowns produced of modern ceramics with core failures originate from cracks starting in the cervical margin, and usually in the approximal area or in the

palatal region (Figure 3). Some crowns fracture from inner radial cracks, sometimes referred to as cone cracks, in the area opposing the occlusal load (Figure 4). Chipping failures, on the other hand (Figure 5), seem to originate from poor veneer support, traumatic occlusion, improper occlusal adjustments, defects or pores in the veneering material or accidental biting on hard objects (46–48). Chipping failures are more commonly observed on implant-based than in tooth-supported restorations. Additionally, fractures of zirconia abutments have been observed, but the occurrence rates are uncertain (Figure 6). The number of restorations analyzed by standardized fractographic analyses is, however, not yet large enough to draw any definitive conclusions concerning the cause-effect relationship of clinical fractures overall. The restorations analyzed vary greatly in size, shape and materials used. The fracture may be caused by many factors, such as; wear, grinding, material flaws, residual stress, thin margins, machining cracks or a combination of two or more factors (49). Multi-unit restorations, on the other hand, mostly break in the connector area. The few publications addressing this, reveal that the connector areas in fractures restorations are very often poorly designed, with sharp angles or asymmetric shape, and smaller than recommended. Furthermore, grinding marks causing cracks are often evident (Figure 7). Based on the existing publications, it can be concluded that margin initiated fracture is a fairly common failure mode for core fracture of crowns. FDPs fracture due to poorly dimensioned connectors. Traumatic occlusion or poor occlusal adjustment are common causes of chipping.

The cause for crown loosening is, unfortunately, seldom included in scientific publications. There can be many reasons for crown loosening: poor retention form of the abutment, too thick cement space, improper use of cement, contamination of surfaces or poor adhesion between cement and the surfaces in restoration or tooth. All of these factors can be at play for ceramic crowns. The need for rounded edges and finish lines reduces the area available for mechanical retention. Furthermore, there is still debate regarding the efficiency of adhesive bonding to alumina and zirconia, although Kern et al. have shown very promising clinical results with their method for bonding to zirconia (50).

Conclusion

Despite the fact that the ceramic materials available today are stronger and more versatile than ever, failures do occur in clinical use. Although biological complications are rare compared to metal-ceramic restorations, technical complications occur at similar or on higher level than for metal-ceramic restorations. Choosing the right material for each case and proper handling of the materials is crucial and can reduce the number of complications.

REFERENCES

- Anusavice KJ. Standardizing failure, success, and survival decisions in clinical studies of ceramic and metal-ceramic fixed dental prostheses. *Dent Mater.* 2012; 28: 102–11.
- Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ES. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res.* 2004; 15: 654–66.
- Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). *Dent Mater.* 2015; 31: 603–23.
- Aldegheshem A, Ioannidis G, Att W, Petridis H. Success and Survival of Various Types of All-Ceramic Single Crowns: A Critical Review and Analysis of Studies with a Mean Follow-Up of 5 Years or Longer. *Int J Prosthodont.* 2017; 30: 168–81.
- Kassardjian V, Varma S, Andiappan M, Creugers NH, Bartlett D. A systematic review and meta analysis of the longevity of anterior and posterior all-ceramic crowns. *J Dent.* 2016; 55: 1–6.
- Layton DM, Clarke M. A systematic review and meta-analysis of the survival of non-feldspathic porcelain veneers over 5 and 10 years. *Int J Prosthodont.* 2013; 26: 111–24.
- Morimoto S, Albanesi RB, Sesma N, Agra CM, Braga MM. Main Clinical Outcomes of Feldspathic Porcelain and Glass-Ceramic Laminate Veneers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Survival and Complication Rates. *Int J Prosthodont.* 2016; 29: 38–49.
- Morimoto S, Rebello de Sampaio FB, Braga MM, Sesma N, Özcan M. Survival Rate of Resin and Ceramic Inlays, Onlays, and Overlays: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2016; 95: 985–94.
- Sjögren G, Bergman M, Molin M, Bessing C. A clinical examination of ceramic (Cerec) inlays. *Acta Odontol Scand.* 1992; 50: 171–8.
- Pieger S, Salman A, Bidra AS. Clinical outcomes of lithium disilicate single crowns and partial fixed dental prostheses: a systematic review. *J Prosthet Dent.* 2014; 112: 22–30.
- Näpänkangas R, Pihlaja J, Raustia A. Outcome of zirconia single crowns made by predoctoral dental students: a clinical retrospective study after 2 to 6 years of clinical service. *J Prosthet Dent.* 2015 Apr; 113(4): 289–94.
- Tartaglia GM, Sidoti E, Sforza C. Seven-year prospective clinical study on zirconia-based single crowns and fixed dental prostheses. *Clin Oral Investig.* 2015; 19: 1137–45.
- Passia N, Stampf S, Strub JR, Kassardjian. Five-year results of a prospective randomised controlled clinical trial of posterior computer-aided design-computer-aided manufacturing ZrSiO₄-ceramic crowns. *J Oral Rehabil.* 2013; 40: 609–17.
- Larsson C, Wennerberg A. The clinical success of zirconia-based crowns: a systematic review. *Int J Prosthodont.* 2014; 27: 33–43.
- Abdulmajeed AA, Donovan TE, Cooper LF, Walter R, Sulaiman TA. Fracture of layered zirconia restorations at 5 years: A dental laboratory survey. *J Prosthet Dent.* 2017; 118: 353–6.
- Sulaiman TA, Abdulmajeed AA, Donovan TE, Cooper LF, Walter R. Fracture rate of monolithic zirconia restorations up to 5 years: A dental laboratory survey. *J Prosthet Dent.* 2016 Sep; 116(3): 436–9.
- Pjetursson BE, Sailer I, Makarov NA, Zwahlen M, Thoma DS. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part II: Multiple-unit FDPs. *Dent Mater.* 2015; 31: 624–39.
- Le M, Papia E, Larsson C. The clinical success of tooth- and implant-supported zirconia-based fixed dental prostheses. A systematic review. *J Oral Rehabil.* 2015; 42: 467–80.
- Häff A, Löf H, Gunne J, Sjögren G. A retrospective evaluation of zirconia-fixed partial dentures in general practices: an up to 13-year study. *Dent Mater.* 2015; 31: 162–70.
- Solá-Ruiz MF, Agustín-Panadero R, Fons-Font A, Labaig-Rueda C. A prospective evaluation of zirconia anterior partial fixed dental prostheses: Clinical results after seven years. *J Prosthet Dent.* 2015; 113: 578–84.
- Rinke S, Wehle J, Schulz X, Bürgers R, Rödiger M. Prospective Evaluation of Posterior Fixed Zirconia Dental Prostheses: 10-Year Clinical Results. *Int J Prosthodont.* 2018; 31: 35–42.
- Kern M, Passia N, Sasse M, Yazigi C. Ten-year outcome of zirconia ceramic cantilever resin-bonded fixed dental prostheses and the influence of the reasons for missing incisors. *J Dent.* 2017; 65: 51–5.
- Kern M, Sasse M. Ten-year survival of anterior all-ceramic resin-bonded fixed dental prostheses. *J Adhes Dent.* 2011; 13: 407–10.
- Spitznagel FA, Horvath SD, Gierthmuehlen PC. Prosthetic protocols in implant-based oral rehabilitations: A systematic review on the clinical outcome of monolithic all-ceramic single- and multi-unit prostheses. *Eur J Oral Implantol.* 2017; 10 Suppl 1: 89–99.
- Spies BC, Balmer M, Jung RE, Sailer I, Vach K, Kohal RJ. All-ceramic, bi-layered crowns supported by zirconia implants: Three-year results of a prospective multicenter study. *J Dent.* 2017; 67: 58–65.
- Spies BC, Pieralli S, Vach K, Kohal RJ. CAD/CAM-fabricated ceramic implant-supported single crowns made from lithium disilicate: Final results of a 5-year prospective cohort study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2017; 19(5): 876–83.
- Araujo NS, Moda MD, Silva EA, Zavanelli AC, Mazaro JV, Pellizzer EP. Survival of all-ceramic restorations after a minimum follow-up of five years: A systematic review. *Quintessence Int.* 2016; 47: 395–405.
- Pihlaja J, Näpänkangas R, Raustia A. Early complications and short-term failures of zirconia single crowns and partial fixed dental prostheses. *J Prosthet Dent.* 2014 Oct; 112(4): 778–83.
- Abou-Ayash S, Strasding M, Rucker G, Att W. Impact of prosthetic material on mid- and long-term outcome of dental implants supporting single crowns and fixed partial dentures: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Oral Implantol.* 2017; 10 Suppl 1: 47–65.
- Sailer I, Philipp A, Zembic A, Pjetursson BE, Hammerle CHF, Zwahlen M. A systematic review of the performance of ceramic and metal implant abutments supporting fixed implant reconstructions. *Clin Oral Implants Res.* 2009; 20(suppl 4): 4–31.
- Hanh R, Weiger R, Netuschil L, Bruch M. Microbial accumulation and vitality on different restorative materials. *Dent Mater.* 1993; 9: 312–16.
- Kawai K, Urano M. Adherence of plaque components to different restorative materials. *Oper Dent.* 2001; 26: 396–400.
- Anusavice KJ, Phillips RW. Biocompatibility. In: Anusavice KJ, Shen C, Rawls HR, editors. *Phillips' science of dental materials.* 11th ed. St. Louis, Mo: Saunders; 2003. p. 111–47.
- Lygre H. Prosthodontic biomaterials and adverse reactions: a critical review of the clinical and research literature *Acta Odontol.Scand.* 2002; 60: 1–9.
- Thyssen JP, Menne T. Metal allergy—a review on exposures, penetration, genetics, prevalence, and clinical implications *Chem.Res.Toxicol.* 2010; 23: 309–18.
- Burke F, Lucarotti P. Ten-year outcome of crowns placed within the general dental services in England and Wales. *J Dent.* 2009; 37: 12–24.
- Scherrer S, Lohbauer U, Della Bona A et al. Adm guidance-ceramics: Guidance to the use of fractography in failure analysis of brittle materials. *Dent Mater.* 2017; 33: 599–620.
- Pang Z, Chughtai A, Sailer I, Zhang Y. A fractographic study of clinically retrieved zirconia-ceramic and metal-ceramic fixed dental prostheses. *Dent Mater.* 2015; 31: 1198–1206.
- Øilo M, Kvam K, Gjerdet N. Simulation of clinical fractures for three different all-ceramic crowns. *Eur J Oral Sci.* 2014; 122: 245–50.
- Øilo M, Hardang A, Ulsund A, Gjerdet N. Fractographic features of glass-ceramic and zirconia-based dental restorations fractured during clinical function. *Eur J Oral Sci.* 2014; 122: 238–44.
- Øilo M, Gjerdet N. Fractographic analysis of all-ceramic crowns: A study of 27 clinically-fractured crowns. *Dent Mater.* 2013; 29: e78–e84.
- Quinn G, Hoffman K, Scherrer S et al. Fractographic analysis of broken dental restorations. *Fractography of Glasses and Ceramics VI. Ceram Trans.* 2012; 230: 161.174.
- Lohbauer U, Amberger G, Quinn G.D, Scherrer S. Fractographic analysis of a dental zirconia framework: A case study on design issues. *J Mech Behav Biomed Mater.* 2010; 3: 623–9.
- Aboushelib M, Salameh Z. Zirconia implant abutment fracture: Clinical case reports and precautions for use. *Int J Prosthodont.* 2009; 22: 616–9.
- Taskonak B, Yan J, Mecholsky Jr. J, Sertgöz A, Koçak A. Fractographic analyses of zirconia-based fixed partial dentures. *Dent Mater.* 2008; 24: 1077–82.
- Moraguez O, Wiskott H, Scherrer S. Three- to nine-year survival estimates and fracture mechanisms of zirconia- and alumina-based restorations using standardized criteria to distinguish the severity of ceramic fractures. *Clin Oral Investig.* 2015; 19: 2295–307.
- Pang Z, Chughtai A, Sailer I, Zhang Y. A fractographic study of clinically retrieved zirconia-ceramic and metal-ceramic fixed dental prostheses. *Dent Mater.* 2015; 31: 1198–206.
- Du Q, Swain M, Zhao K. Fractographic analysis of anterior bilayered ceramic crowns that failed by veneer chipping. *Quintessence Int.* 2014; 45: 369–76.
- Øilo M, Quinn G. Fracture origins in twenty-two dental alumina crowns. *J Mech Behav Biomed Mater.* 2016; 53: 93–103.
- Kern M. Bonding to oxide ceramics—laboratory testing versus clinical outcome. *Dent Mater.* 2015; 31: 8–14.

Straumann® CARES® Digital Solutions 3Shape TRIOS MOVE.

EXCITE PATIENTS AND ADVANCE CASE ACCEPTANCE

Join the MOVEment.



Improve patient experience



Get digital accuracy and limit manual errors



Save time and see more patients



Enjoy easy impression taking and reduce retakes



Save on impression materials and shipping costs

+ FREE SUPPORT & SERVICE



Contact your local Straumann representative now or visit www.straumann.no

HOVEDPUNKTER

- Keramiske materialer kan anvendes ved amalogenesis imperfecta, hypodonti eller oligodonti.

FORFATTERE

Mette Moeslund, tandlæge, klinisk lærer. Odontologisk Institut, afdeling for Oral Rehabilitering, Tandlægeskolen, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Danmark

Klaus Gotfredsen, odont. dr. et lic. odont, professor. Odontologisk Institut, afdeling for Oral Rehabilitering, Tandlægeskolen, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Danmark

Korresponderende forfatter: Mette Moeslund. E-post: mmoe@sund.ku.dk

Artikkelen har gennemgået eksternt faglig vurdering.

Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 124–30

Keramik i udfordrende kliniske situationer

Mette Moeslund og Klaus Gotfredsen

På Specialklinikken i Oral Rehabilitering på Tandlægeskolen i København foretages tandrehabilitering af patienter med forskellige udviklings- og mineraliseringsforstyrrelser. Inden patienterne kommer på vores afdeling har de typisk gennemgået ganske meget tandbehandling i børnetandplejen, og der er blevet udarbejdet langsigtede behandlingsplaner for de unge patienter. Kravene til de restorative behandlinger er at de er langtidsholdbare og æstetisk tilfredsstillende for patienterne. Hvor langt kan vi gå med anvendelse af nye keramiske materialer og hvor meget dokumentation skal kræves førend de kan anvendes på unge patienter, hvor æstetikken og de psykologiske aspekter af tandbehandlingen fylder meget for de fleste af patienterne? Dette gennemgås ved anvendelse af 3 kasus med forskellige kliniske udfordringer.

En af de store udfordringer i restorativ tandbehandling er rehabilitering af den unge patient med kompromitterede dentale funktioner inkluderende mastikatoriske, okklusionsstabiliserende, psykosociale og æstetiske funktioner. Målet for patienter med dentale udviklingsforstyrrelser er holdbare restaureringer med optimal æstetik ved anvendelse af de mindst invasive, restorative præparationssteknikker.

Forskellige genetiske sygdomme og syndromer påvirker dannelsen af tænder. Amelogenesis Imperfecta (AI) påvirker dannelsen af emaljen hvorimod dentinogenesis imperfect (DI) primært påvirker dannelsen af dentin og for begge tilstande er der observeret forstyrrelser i dannelse af emalje-dentin forbindelsen. Andre arvelige tilstande resulterer i hypodonti, hvor enkelte tænder ikke er dannet eller oligodonti, hvor mere end seks tænder ikke er anlagt. Der er forskellige kliniske udfordringer afhængig af diagnose, graden af udviklingsforstyrrelse og patientens psykologiske reaktioner på tanddannelsesforstyrrelsen.

Amelogenesis Imperfecta (AI)

AI kan klassificeres baseret på fænotypen og de restorative udfordringer kan variere betydeligt afhængigt af denne samt de psykologiske reaktioner hos den enkelte patient (Tabel 1). Tænderne kan være meget følsomme overfor kulde og varmepåvirkninger specielt ved den hypomineraliserede og den hypomaturerede form af AI (1). Denne tandhypersensitivitet påvirker ikke kun patientens dagligdag, men også behandlingsmulighederne og det er hyppigt nødvendigt Ganske tidligt at behandle tænderne med resin og komposit plast for at reducere følsomheden af de enkelte tænder. Hypersensitiviteten kan også resulterer i dårlig oral hygiejne med forøget risiko for caries og gingivitis. En ru og irregulær emaljeoverflade forøger teoretisk set også biofilm stagnationen på tandoverfladerne.

Disse ujævnheder af emaljeoverfladen samtidigt med misfarvning af tænderne er ofte det første tydelige tegn på AI, og misfar-

vningerne kan variere meget fra gullig til gullig/brun afhængigt af emaljetykkelse, emaljemineraliseringsdefekter og graden af translucens. Tændernes udseende kan påvirke de unge patienter betydeligt, hvorfor det er væsentligt at tandlægen forsøger at afhjælpe dette tidligt. En reduceret emaljebinding af resin og kompositte materialer er imidlertid blevet beskrevet og forklaret med et højere proteinindhold og ændret ætsrelief af AI emalje sammenlignet med normal emalje (2). Endvidere synes det lavere mineralindhold i flere fænotyper af AI at påvirke bindingsstyrken af resin og dermed også af flere plast- cements (3).

Den tynde eller manglende emalje resulterer også hyppigt i mindre afstand mellem tænderne. Dette vanskeliggør præparation af tænderne for kroner og kræver at de kroner som fremstilles kun består af et ganske tyndt lag materiale. Den korte afstand mellem tænderne vanskeliggør også aftryksprocedurer og øger risikoen for skader på såvel de præparerede tænder som nabotænder (4). Dette kan også resultere i underkonturerede præparationer og overkonturerede kroner. Den mest frygtede komplikation er normalt devitalisering af tænderne som udover den defekte emalje også påvirkes af manglende sekundær dentin dannelse og hyppigt stor udstrækning af pulpa, hvilket øger risikoen for præparationsskade, hvis tilstrækkelige forholdsregler overfor dette ikke iværksættes i tilstrækkelig grad. Endvidere kræver de fleste keramiske materialer en vis materialetykkelse for at nedsætte risikoen for frakturer. Dette kan være vanskeligt at få plads til. Endelig ses hyppigt et tab af vertikal okklusal dimension, hvilket kan give store udfordringer og kræve at bidhøjden øges for at kunne skabe plads til rekonstruktionsmaterialet (4).

Kasus med amelogenesis imperfecta.

Flere af de rekonstruktive udfordringer kan illustreres i en AI kasus (Figur 1–4). AI var diagnosticeret i børnetandplejen i Danmark og

Tabel 1. Hyppigt rapporterede restorative udfordringer for tandbehandling af tandsæt med amelogenesis imperfecta

Psykologiske udfordringer
Tand hypersensitivitet
Misfarvninger af tænder
Reduceret emalje binding
Høj risiko for devitalisering
Reduceret plads mellem tænder
Tab af bidhøjde (reduceret vertikal okklusal dimension)
Åbent bid



Figur 1. Tandsæt med amelogenesis imperfecta (hypoplastiske type) behandlet med plastrestaureringer i børnetandplejen.



Figur 2. Kronestubforlængende kirurgi foretages af overkæbetænder.

forårsagede udover discoloration af tænderne også udtalt hypersensitivitet, hvilket resulterede i at patienten tidligt i børnetandplejen blev behandlet med kompositte plastfyldninger, resin, topisk fluorapplikation samt intensive oral hygiejne instruktion. Idet emaljebindingen var reduceret fik patienten udskiftet plastfyldningerne adskillige gange, mens hun gik i børnetandplejen, og da hun var klar til ortodontisk regulering af tænderne for at korrigere hendes malokklusion var *compliance* kompromitteret og patienten udeblev fra den planlagte ortodontiske behandling. Patienten var udmattet og træt af tandbehandlingen som ikke umiddelbart førte til nogen forbedring af hendes udseende. Dette førte til at vi reorganiserede rehabiliteringsplanen af hendes tænder, idet det ortodontiske apparatur blev seponeret og der blev i stedet udført en kronestubforlængelse af de tilbageværende tandstubbe (Figur 2) og keramiske kroner i en ny, forøget bidhøjde (Figur 3) blev iværksat da patienten var 17 år og hendes vækst var stoppet vurderet ud fra højdemål og håndrøntgen.

Hypodonti og oligodonti

Patienter med genetisk forårsagede tandmangler, der kan føre til varig funktionsnedsættelse behandles i regionale centre i Danmark. Den initiale behandling udføres dog i den kommunale børnetandpleje i et samarbejde med den lokale ortodontist og en tandlæge fra det regionale center. De fleste patienter behandles primært med tandregulering, men for de patienter hvor protetisk behandling med keramiske kroner vurderes nødvendig foretages disse som udgangspunkt så sent som muligt i forhold til patientens vækst og *compliance*. Oral rehabilitering med implantat-understøttede rekonstruktioner er den hyppigste behandling, idet man som udgangspunkt ikke ønsker at påføre de tilbageværende tænder skader og pladsforhold samt placeringen af implantatet har vist sig at være afgørende for succes af den udførte behandling (5). Oligodonti tilfældene, hvor mindst 6 tandanlæg udover visdomstænderne ikke er dannet udgør en stor udfordring, og behandlingskoordinationen mellem de behandlende tandlæger er afgørende for behandlingsresultatet (5). De manglende permanente tandanlæg giver hyppigt



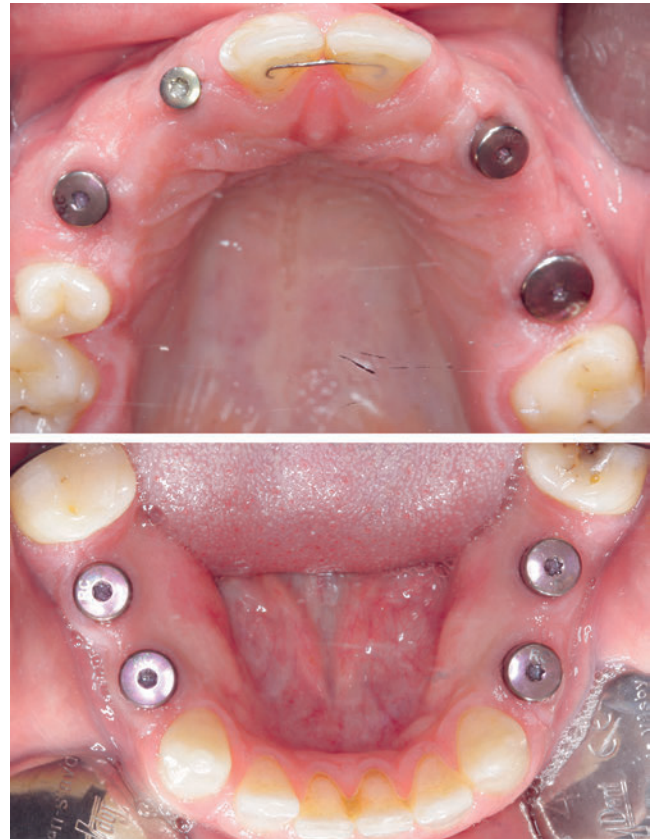
Figur 3. Bidhøjden øges med 4 mm illustreret med en voksopmodelering af det ønskede resultat.



Figur 4. Før (øverst) og efter (nederst) oral rehabilitering med lithiumdisilicat-baserede kroner (IPS e.max® Press) cementeret med adhæsiv (Multilink®) cement.



Figur 5. En 25-årig dreng med agenesi af 15, 13, 12, 22, 23, 24, 25; 37, 35, 34, 44, 45, 47.



Figur 6. Implantater placeret i regio 14, 12, 23, 25, 34, 35, 44, 45.



Figur 7. Implantatunderstøttede broer 14, 13, 12; 22, 23, 24, 25 og kroner 34, 35; 44, 45 er porcelæn veneerede Co-Cr, mens kronerne 11 og 21 er lithium-disilikat (IPS e.max® Press, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein). On-lays på 36 og 46 er fremstillet i monolitisk traditionel zirconia (NexxZr™, Sagemax, USA).



Figur 8. Svarende til figur 7 men set fra siden før (øverst) og efter behandling (nederst) med de tandfarvede kroner og broer.

anledning til kraftig atrofi af pars og processus alveolaris, hvorfor der hyppigt er behov for knogleopbygninger før indplantning af implantater. Et af de centrale spørgsmål er hvor mange implantater der skal indsættes for at understøtte de keramiske rekonstruktioner og hvilke materialer som skal anvendes.

Kasus med oligodonti

Til illustration af dette beskrives en 25-årig mand, hvor det er lykkedes at bevare mange af de primære tænder ganske længe (Figur 5). Hans forudgående behandling har begrænset sig til ortodontisk samling af 1+1, som også er udbygget med plast og retineret med en metaltråd palatinalt (Figur 6). Som udgangspunkt forsøger vi at udsætte behandling med implantater så lang tid som muligt, da undersøgelser har vist at implantatunderstøttede rekonstruktioner ikke holder evigt, men derimod er det vist at komplikationsraten på protetiske rekonstruktioner understøttet af implantater faktisk er højere end af tandunderstøttede (6). I det anførte kasus er funktionen af primære tænder efterhånden så dårlig at en større behandling må iværksættes. Patienten får i første omgang indsat en provisorisk akrylprotese til immediat erstatning af de primære tænder i overkæben. Protesen bliver underforet og tilpasses i forbindelse med implantatindsættelserne. Til erstatning af de 13 tandagenesier vurderes det at man kan begrænse implantatindsættelsen til 2 implantater i hver kvadrant (Figur 7), således at der kan fremstilles implantatunderstøttede metallkeramiske, skrue-retinerede broer: 14,

¹³, 12 22, 23, 24, 25 og kroner 34, 35; 44, 45 (Figur 8). Alle rekonstruktionerne i overkæben fremstilles i Co-Cr veeneret med Duce-ram Kiss porcelæn fra Degudent. I underkæben er de implantatunderstøttede kroner en skrue-cementeret løsning, hvor porcelænet er cementeret ekstraoralt på Cares Ti abutment forudgået af forbehandling med Rocatec og MonoBOND plus, derefter cementeret med Multilink Hybrid Abutment HO fra Ivoclar. Årsagen til at metallkeramiske rekonstruktioner blev valgt fremfor fuldkeramiske kroner var broernes kurvede forløb, og for broen i venstre side ekstensionsleddet i regio 22 mesialt for implantatet indsat i regio 23. Såvel kurvatur som ekstensionsled medfører øget moment på rekonstruktionen. For at få tilstrækkeligt højde i approximalområderne og tilstrækkeligt plads til tanderstatningsmateriale udformes en bidhævning på 3–4 mm i fronten. I første omgang pålægges komposit plast oralt på 11 og 21 samt okklusalt på 36 og 46 hvorefter akrylprotesen tilpasses. Efter 6 måneder præpareres til kroner på 11 og 21. Disse fremstilles i lithiumdisilikat (IPS e.max[®] Press, Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) og cementeres med Multilink[®] Automix. Cementeringen forudgås af indvendig behandling af lithiumdisilikat kronerne med 5 % hydrofluoracid i 20 sekunder og skylles grundigt med vand samt tørres, efterfulgt af Monobond[®] Plus behandling i 60 sekunder. Tandstubbene behandles med Multilink[®] Primer A/B i 30 sekunder. On-lays på 36 og 46 fremstilles i monolitisk traditionel zirconia (NexxZr[™], Sagemax, USA) og cementeres med Variolink[®] transparent. On-lays er blevet sandblæst



Figur 9. Hypodonti og let overeruption af antagonist med reducerede pladsforhold for kronefremstilling region 43.



Figur 10. Implantat-understøttet krone fremstillet i polykrystallinsk zirconia påbrændt dækporcelæn og cementeret til et Atlantis™ abutment.

hos tekniker og forbehandles også med Monobond® Plus inden cementering. Denne kasus er et eksempel på anvendelse af ganske mange forskellige keramiske materialer på samme patient med behov for forskellige typer af protetiske rekonstruktioner.

Kasus med hypodonti

Selvom kompleksiteten i behandlingerne hyppigt stiger med antallet af manglende tænder kan man godt være i tvivl om hvilke materialer der bør anvendes i kasus hvor kun en enkelt tand skal erstattes. Som et eksempel på dette kan gives en kasus hvor tandanlægget i regio 43 mangler, og der er blevet indsat et implantat med et helingsabutment i regio 43 (Figur 9). Antagonisten udviser let over-

eruption og begrænser den vertikale dimension og dermed pladsen til det keramiske materiale. Patienten ønsker den æstetisk mest optimale behandling med god prognose – hvad skal vi vælge? Det første spørgsmål er typisk valg af abutmenttype, skal det være et metalisk abutment eller et keramisk abutment? Vi har udført korttidsopfølgninger på anvendelse af keramiske abutment til enkelttandsrestaureringer med resultater ligeså gode som på metaliske abutment (7, 8). Nyere publikationer med op til 12 års opfølgning af keramiske abutment har dog modsat vore studier rapporteret om 7–18 % frakturer af zirconia abutment (9, 10). Dette understøttes af et prospektivt 5-års studie, hvor man fremhæver at specielt ved anvendelse af implantater med lille diameter skal man være varsom med anvendelse af keramiske abutment (11). Også i situationer med begrænset plads, som i det viste eksempel kan det være kritisk at anvende zirconia abutment (12). Hvorvidt vi skal vælge en cementeret eller en skrueretineret krone er afhængigt af rekonstruktionen. Mens vi ved brokonstruktioner såvidt muligt altid anvender skrueretinerede rekonstruktioner er det mere varierende for enkelttandsrestaureringer. Selvom der har været rapporteret flere biologiske komplikationer især som følge af cement overskud omkring implantatunderstøttede cementrede enkelttandskroner (13, 14) har et systematisk review som sammenlignede de to typer af rekonstruktioner fundet substantielt højere forekomst af tekniske komplikationer for skrue-retinerede enkelttandskroner end for cementerede (15). I det viste eksempel blev valgt en cementeret lagdelt zirconia krone (Figur 10), som hyppigt giver et æstetisk godt resultat, men hvor en del studier indikerer hyppige chippings af det keramiske dækporcelæn (16). Dette har ført til udvikling af monolitiske, translucente zirconia uden behov for dækporcelæn, men der mangler stadig langstidsopfølgninger af disse materialer in vivo.

Acknowledgement

Tandlæge Lennart Jakobsen, Specialklinikken i Oral Rehabilitering, Tandlægeskolen i København har stået for behandlingen af den viste AI kasus og takkes for det optagne billedmateriale.

Simon Storgård Jensen har foretaget implantatoperationerne på patienterne med agenesi.

Lars Pallesen har foretaget den kirurgiske kroneforlængelse på AI patienten.

CCDent (København, DK), Bruuns Dental (København, DK) og Elysee Dental (Aarhus, DK) har udformet dentalteknikken.

REFERENSER

1. Pousette Lundgren G, Wickstrom A, Hasselblad T, Dahllof G. Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. *PLoS One*. 2016; 11: e0156879.
2. Saroglu I, Aras S, Oztas D. Effect of deproteinization on composite bond strength in hypocalcified amelogenesis imperfecta. *Oral Dis*. 2006; 12: 305–8.
3. Faria-e-Silva AL, De Moraes RR, Menezes Mde S, Capanema RR, De Moura AS, Martelli H, Jr. Hardness and microshear bond strength to enamel and dentin of permanent teeth with hypocalcified amelogenesis imperfecta. *International journal of paediatric dentistry*. 2011; 21: 314–20.
4. Patel M, McDonnell ST, Iram S, Chan MF. Amelogenesis imperfecta – lifelong management. Restorative management of the adult patient. *British dental journal*. 2013; 215: 449–57.
5. Worsaae N, Jensen BN, Holm B, Holsko J. Treatment of severe hypodontia-oligodontia—an interdisciplinary concept. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 36: 473–80.
6. Pjetursson BE, Thoma D, Jung R, Zwahlen M, Zembic A. A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res*. 2012; 23 Suppl 6: 22–38.
7. Hosseini M, Worsaae N, Schiodt M, Gotfredsen K. A 1-year randomised controlled trial comparing zirconia versus metal-ceramic implant supported single-tooth restorations. *Eur J Oral Implantol*. 2011; 4: 347–61.
8. Hosseini M, Worsaae N, Schiodt M, Gotfredsen K. A 3-year prospective study of implant-supported, single-tooth restorations of all-ceramic and metal-ceramic materials in patients with tooth agenesis. *Clin Oral Implants Res*. 2013; 24: 1078–87.
9. Ferrari M, Tricarico MG, Cagidiaco MC, Vichi A, Gherlone EF, Zarone F, et al. 3-Year Randomized Controlled Prospective Clinical Trial on Different CAD-CAM Implant Abutments. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2016; 18: 1134–41.
10. Fabbri G, Fradeani M, Dellificorelli G, De Lorenzi M, Zarone F, Sorrentino R. Clinical Evaluation of the Influence of Connection Type and Restoration Height on the Reliability of Zirconia Abutments: A Retrospective Study on 965 Abutments with a Mean 6-Year Follow-Up. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2017; 37: 19–31.
11. Nilsson A, Johansson LA, Lindh C, Ekfeldt A. One-piece internal zirconia abutments for single-tooth restorations on narrow and regular diameter implants: A 5-year prospective follow-up study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2017; 19: 916–25.
12. Sailer I, Asgeirsson AG, Thoma DS, Fehmer V, Aspelund T, Ozcan M, et al. Fracture strength of zirconia implant abutments on narrow diameter implants with internal and external implant abutment connections: A study on the titanium resin base concept. *Clin Oral Implants Res*. 2018.
13. Linkevicius T, Vindasiute E, Puisys A, Linkeviciene L, Maslova N, Puriene A. The influence of the cementation margin position on the amount of undetected cement. A prospective clinical study. *Clin Oral Implants Res*. 2013; 24: 71–6.
14. Kappel S, Eiffler C, Lorenzo-Bermejo J, Stober T, Rammelsberg P. Undetected residual cement on standard or individualized all-ceramic abutments with cemented zirconia single crowns – a prospective randomized pilot trial. *Clin Oral Implants Res*. 2016; 27: 1065–71.
15. Sailer I, Muhlemann S, Zwahlen M, Hammerle CH, Schneider D. Cemented and screw-retained implant reconstructions: a systematic review of the survival and complication rates. *Clin Oral Implants Res*. 2012; 23 Suppl 6: 163–201.
16. Zembic A, Philipp AO, Hammerle CH, Wohlwend A, Sailer I. Eleven-Year Follow-Up of a Prospective Study of Zirconia Implant Abutments Supporting Single All-Ceramic Crowns in Anterior and Premolar Regions. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2015; 17 Suppl 2: e417–26.

ENGLISH SUMMARY

Moeslund M, Gotfredsen K.

Ceramic in challenging clinical situations

Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 124–30

Young adult patients with severe developmental- or mineralisation disturbances are rehabilitated in the danish public health service at 2 centers, one in Aarhus and one in Copenhagen. Two major goals are longevity and optimal esthetic outcome. Which ceramic materials and how much evidence do we need for the outcome of the ceramics will be discussed based on 3 cases with different clinical challenges.

REPARASJON AV TURBINER, VINKELSTYKKER OG TANNLEGEUSTYR

Rask og rimelig reparasjon av roterende instrumenter. Gratis prisoverslag.

Fast lavpris kr. 1900 eks. mva for overhaling av turbin. 8 mnd. garanti. Vedlikeholdsservice (3000 sykluser / 2 år) på dac universal, Kr. 7500 eks. mva + frakt. Ring for å avtale henting. Roterende instrumenter sendes: W Dental AS, Pb. 143 ytre Laksevåg, 5848 Bergen.

Husk å merke forsendelsen med returadresse. Salg av småutstyr. Gode rabatter.

Velkomstilbud til nye kunder. Send oss en epost eller ring for info.

TLF. 94 09 70 20 | POST@WDENTAL.NO | www.wdental.no

W Dental AS



Røykeslutt er vanskelig ...

... men med kombinasjonsbehandling fra Nicotinell øker man sjansen for å slutte å røyke! Anbefal kombinasjonsbehandling med 24-timers plaster og sugetabletter til dine pasienter og hjelp de på veien til et røykfritt liv og bedre tannhelse.



NICOTINELL KOMBINASJONSBEHANDLING

Nicotinell

Ny klassifikasjon av periodontal og peri-implantat sykdom. Nøkkelendringar

Dagmar Fosså Bunæs

FORFATTER

Dagmar Fosså Bunæs, Førsteamanuensis, spesialist i periodonti, PhD, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Pasientane har samtykka til publisering av informasjon og bilete.

Korresponderende forfatter: Dagmar Fosså Bunæs.
E-post: dagmar.bunes@uib.no

Dagmar Fosså Bunæs DF. Ny klassifikasjon av periodontal og peri-implantat sykdom. Nøkkelendringar. Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 132–7

Den europeiske og amerikanske foreininga for periodonti publiserte sommaren 2018 ein ny klassifikasjon for periodontale og peri-implantat sjukdomar og tilstandar (1). Klassifikasjonen er basert på ny forskning og inneheld gjennomgripande endringar. Diagnostikk av periodontitt er radikalt endra og ein periodontittpasient vil no vera periodontittpasient livet ut. Andre viktige moment er at kriterium for peri-implantat sjukdomar er inkludert og at friske tilstandar i periodontalt og peri-implantat vev er definert. Her drøftast nye moment i dei to hovudinndelingane i klassifikasjonen og implikasjonar for klinikaren. Klassifisering av periodontitt blir vist med to kasus.

Periodontale sjukdomar og tilstandar

Klassifikasjonen er bygd opp ved å gruppere periodontale og peri-implantat sjukdomar kvar for seg med ulike undergrupper (figur 1). Periodontale sjukdomar og tilstandar er kategorisert i tre undergrupper basert på kliniske mål og etiologi.

Periodontal helse, gingival sjukdom og tilstandar

Ved mindre enn 10 % bløding etter sondering og ingen lommer over 3 mm, blir pasientar utan festetap definert med ei periodontal helse. Kriteria er dei same for pasientar med periodontalt festetap, men hjå desse pasientane er òg lommer på 4 mm som ikkje blør ved sondering inkludert i kasusdefinisjonen (diagnose på pasientnivå). Ergo er definisjonen av gingival helse meir romsleg for periodontitt pasientar som har gjennomgått vellukka behandling.

Gingivitt er kategorisert i to grupper: plakk-biofilmindusert gingivitt og ikkje-plakk-biofilmindusert gingival sjukdom. I den siste kategorien er til saman åtte ikkje-plakkinduserte gingivale sjukdomar og tilstandar gruppert etter primær etiologi (2). Bløding etter sondering er framleis det primære parameter for gingivitt og gingival sjukdom (3,4). Kasusdefinisjon av gingivitt gjeld pasientar utan periodontalt festetap med 10 % eller fleire tannflater som blør etter sondering og ingen lommedjupnål over 3 mm (med unntak av pseudolommer).

Periodontitt

Periodontitt er gruppert i tre grupper: nekrotiserande periodontal sjukdom, periodontitt og periodontitt som manifestasjon av systemiske tilstandar. Det er konkludert med at det ikkje eksisterer tilstrekkeleg vitenskapleg bevis som støttar at kronisk og aggressiv periodontitt er to separate sjukdomar og det er i den nye klassifikasjonen berre ei gruppe for periodontitt (5).

Ny klassifikasjon av periodontitt

Kriterium for kasusdefinisjonen av periodontitt er 1–2 mm festetap på to tenner som ikkje er nabotenner. Festetapet registrerast røntgenologisk eller ved målingar av klinisk periodontalt festetap. Verken lommedjupn eller bløding ved sondering inngår som parameter i kasusdefinisjon av periodontitt. Unntak førekjem for pasientar med festetap berre på bukkale eller orale tannflater. For at slikt festetap skal skiljast frå gingivale retraksjonar utan periodontal etiolo-



Figur 1. Den nye klassifikasjonen for periodontale og peri-implantat sjukdomar.

Tabell 1a: Matrise for inndeling i stadium

		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Alvor av festetap	Største interdental festetap	1–2 mm	3–4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Røntgenologisk beintap	Koronale 1/3 (< 15 %) av rotlengde	Koronale 1/3 (15–33 %) av rotlengde	Apikale 2/3 av rotlengde	Apikale 2/3 av rotlengde
	Tanntap som følge av periodontitt	Ingen tanntap som følge av periodontitt		Tanntap som følge av periodontitt ≤ 4 tenner	Tanntap som følge av periodontitt ≥ 5 tenner
Kompleksitet av behandling		PD ≤ 4 mm Mest horisontalt beintap	PD ≤ 5 mm Mest horisontalt beintap	PD ≥ 6 mm Vertikalt beintap 3 mm Furkasjonsinvolvering grad II-III Moderat nedbryting av alveolarkam	Treng omfattande rehabilitering *

PD; lommedjupne, * pga. sekundært okklusalt traume (mobilitet ≥ 2), kollaps av bitt, migrering, mindre enn 10 par tenner i okklusjon, redusert tyggefunksjon, omfattande defektar i alveolarkammen

gi, krev kassdefinisjonen ein kombinasjon av 3 mm festetap og 3 mm lommedjupn på 2 eller fleire tenner.

Vidare blir periodontitt klassifisert som generalisert (≥30 % av tennene er affisert) eller lokalisert (<30 % av tennene er affisert) og i stadium og grad. Kassdefinisjonen av stadium og grad er påverka av festetap i eit livslaupsperspektiv. Stadium avheng i stor grad av alvor av festetapet, men og på tal tapte tenner som følgje av periodontitt, forventa kompleksitet av behandling og utbreiing og distribusjon av festetap. Grad tilfører informasjon om sjukdomen sine biologiske eigenskapar. Dette inkluderer ei analyse av tidlegare progresjonen av periodontalt festetap, risiko for vidare progresjon, og ei vurdering av om sjukdomen eller behandlinga kan påverke pasienten si generelle helse (5,6). Matriser for stadium og grad er vist i tabell 1a og 1b.

Basert på alvor, kompleksiteten og utstrekninga av det periodontale festetapet blir periodontitt kategorisert i 4 moglege stadium (stadium I til IV). Variablane som avgjer inndeling i stadium er

festetap, beintap eller tanntap som følgje av periodontitt. Vidare kan registreringer som lommedjupner, vertikale beindefektar, furkasjonsinvolvering grad II og III og tannmobilitet modifisere stadium. Alle kriteria treng ikkje vera tilstade.

Grad informerer om hastighet av festetap og forventa respons på behandling og ut frå risiko for progresjon blir periodontitt vidare delt i grad A (lav risiko), grad B (moderat risiko) eller grad C (høg risiko). Kvar av dei tre gradane er basert på kliniske mål for progresjon, og opplysingar om generell helsestatus som eksponering av røyk og nivå for metabolsk kontroll ved diabetes. Eit av festetapsmåla er å samanlikne festetap over fleire år, medan eit anna er her og no-analyse av ratio mellom presenten av festetapet til rota og alder til pasienten. Kriteria for progresjon av festetap avgjer graden, men pasientrelaterte risikofaktorar kan modifisere graden. Ei komplett skildring av den nye klassifikasjonen kan ein lese i konsensusrapporten og artiklane som rapporten byggjer på (5,6). Praktiske døme på bruk av den nye klassifikasjonen er vist i figur 1 og figur 2.

Tabell 1b: Matrise for inndeling i grad

			Grad A	Grad B	Grad C
Primære kriterier	Direkte stadfesting av progresjon	Røntgenologisk beintap	1–2 mm	3–4 mm	≥ 5 mm
	Indirekte stadfesting av progresjon	Prosent beintap/ alder	< 0,25	0,25–1,0	> 1,0
		Plakk/ beinnedbryting	Mykje dentalt plakk relatert til beinnedbryting	Mengde dentalt plakk relatert til beinnedbryting	Beinnedbryting samsvarar ikkje med mengde dentalt plakk, indikerer hurtig progresjon
Modifiserande faktorar	Risikofaktorar	Røyking	Ikke-røykar	Røyker < 10 sigarettar dagleg	Røyker ≥ 10 sigarettar dagleg
		Diabetes	Ikke diabetikar	Diabetikar HbA1c < 7,0 %	Diabetikar HbA1c ≥ 7,0 %



Figur 2. Kasus 1: Døme på pasient med generalisert periodontitt, stadium III, grad B.

Andre tilstandar som påverkar periodontiet

I denne gruppa er det innført mindre endringar. *Manifestasjon av systemiske sjukdomar og tilstandar som påværkar periodontalt vev.* Sjeldne systemiske sjukdomar som kan resultere i tidlig manifestasjon av alvorlig periodontitt er no gruppert etter primær etiologi og namngitt etter den systemiske sjukdomen (7). Andre risikofaktorar, som diabetes og røyking, påverkar òg utviklinga av periodontitt. Desse faktorane har ikkje ein unik patofysiologi for periodontalt festetap og utgjer delar av den multifaktorielle etiologien til periodontitt (8). I den nye klassifikasjonen blir dei teken omsyn til i inndeling i stadium og grad.

Mukogingivale forhold: Den nye kasusdefinisjonen er relatert til behandling av gingivale retraksjoner der kriteria er basert på målingar av interproksimalt festetap og av eksponert rotoverflate (9). Ein ny klassifikasjon av gingivale retraksjoner er presentert. Den nye klassifikasjonen kombinerer ulike kliniske karakteristika og inkluderer gingival fenotype (omgrepet fenotype erstattar biotype) og karakteristikkar av den eksponerte rotoverflata (10).

Traumatisk okklusjon og traumatiske okklusjonskrefter: Traumatisk okklusjon erstattar terminologien overdrivne okklusjonskrefter, og omhandlar kreftene som overskrider kapasiteten til periodontiumet. Traumatisk okklusjon kan føre til okklusale traumer og slitasje eller fraktur av tenner (10). At traumatisk okklusjon medverkar til progresjon av periodontalt festetap er derimot ikkje vitenskapleg bevist (11).

Protese- og tannrelaterte faktorar: Denne delen er utvida i den nye klassifikasjonen. Omgrepet biologisk breidde er bytta ut med supraalveolært vevsfeste, og består av lommeetepel og supraalveolært festevev. Kliniske prosedyrar som involverer framstilling av indirekte restaureringar er lagt til fordi nyare data indikerer at restaureringar plassert under dette nivået forårsakar inflammasjon og periodontalt festetap (12).

Peri-implantat sjukdom og tilstandar

Heilt nytt er klassifikasjonen av peri-implantat helse (13), peri-implantat mukositt (14) og peri-implantitt (15). Betydeleg innsats lagt ned for å skaffe oversikt over alle sider ved peri-implantat helse,



Figur 3. Kasus 2: Døme på pasient med generalisert periodontitt, stadium IV, grad C.

sjukdomar og relevante lokale karakteristika ved dentale implantat og omliggjande strukturar og å etablere konsensus for ein verdsomspennande klassifikasjon. I tillegg er det utvikla ein kasusdefinisjon for klinisk bruk og i populasjonsstudiar (16,17).

Peri-implantat helse

Peri-implantat helse kan eksistere rundt implantat med normal eller redusert beinhøgde. Det er ikkje mogleg å definere kategoriar av lommedjupner som definerer peri-implantat helse. Peri-implantat helse er såleis definert ved fråvær av kliniske teikn til inflammasjon som puss eller bløding etter sondering, ingen auke i lommedjupn samanlikna med tidlegare undersøkingar og inga beinnedbryting anna enn naturleg remodelering etter installasjon av implantat (13,16,17).

Peri-implantat mukositt

I dag eksisterer det sterke bevis for at plakk er årsaka til peri-implantat mukositt, og at peri-implantat helse kan gjenopprettast ved fjerning av plakk. I motsetnad til definisjonen av peri-implantat helse blir peri-implantat mukositt definert ved bløding etter sondering eller andre kliniske teikn på inflammasjon rundt implantatet (14). Det eksisterer ikkje beinnedbryting anna enn naturleg remodelering etter installasjon av implantat.

Peri-implantitt

Peri-implantitt er definert som ein plakkassosiert patologisk tilstand i vevet som omgir dentale implantat. Kliniske karakteristika er inflammasjon i peri-implantat mukosa og tap av støttande bein (15). Kasusdefinisjonen inkluderer kliniske teikn på inflammasjon, aukande lommedjupner eller progressivt beintap stadfesta radiologisk rundt implantatet. Dersom det ikkje er mogleg å innhente tidlegare kliniske opplysningar, kan lommedjupner på 6 mm eller meir og beintap på 3 mm eller meir utgjere definisjonskriterium.

Det er slått fast at peri-implantat mukositt alltid opptrer før peri-implantitt og at peri-implantitt er assosiert med dårleg plakk-kontroll og med pasientar som har ei forhistorie med alvorleg periodontitt. Starten på nedbrytinga av bein, stadfesta rønt-

genologisk, kan opptre raskt etter installasjonen av implantatet, og utan behandling verkar peri-implantitt å utvikle seg i eit ikkje-lineært og akselererande mønster (15).

Mangelfullt peri-implantat vev

Ved tap av tenner blir dimensjonen av alveolarprosessen normalt redusert med følgjande reduksjon i hard- og blautvev. Større defektar kan opptre i område assosiert med avansert periodontalt festetap, traume under ekstraksjonar, endodontiske infeksjonar, rotfrakturar, tynn bukka beinlamell, ugunstig tannposisjon, skadar og pneumatisering av sinus maxillaris. I tillegg kan endra volum av alveolarkammen vere assosiert med legemidler, systemiske sjukdomar, tannagenesi og trykk frå protesar (18). Når det gjeld blautvevet, er det ikkje konkludert at høgda på bukkal beinplate over tid støttar blautvevet bukkalt for implantat, eller at keratinisert mukosa påverkar implantat overleving. Derimot er det konsensus om at keratinisert mukosa er positivt assosiert med plakk-kontroll og pasientkomfort.

Drøfting

For klinikaren medfører det nye klassifikasjonssystemet størst endring ved diagnostikk av periodontitt. I den nye klassifikasjonen eksisterer det ein diagnose for periodontitt, utan undergruppene kronisk og aggressiv, og kausdefinisjonen er basert berre på periodontalt festetap. Av den grunn er røntgenbilete meir vektlagt i diagnostikken. Sjølv om bløding etter sondering ikkje lenger er parameter i ein kausdefinisjon, er bløding framleis eit svært viktige verktøy for prognosevurdering og planlegging av behandling. Derimot krev kausdefinisjonen av peri-implantitt at både inflammasjon, beintap og lommedjupner er registrert. Inflammasjon er ein føresetnad for definisjon av både peri-implantat mukositt og peri-implantitt. Dette har samband med den gjennomgripande presiseringa av at begge sjukdomane er assosiert med plakk-biofilm. Ein følge av denne konsensusen vil bli ytterlegare auka merksemd retta mot infeksjonskontroll og tidleg intervensjon ved peri-implantat mukositt for gjenoppretting av friske forhold og for å forebygge peri-implantitt.

Dei siste tiåra har behandling av periodontitt i stor grad vore basert på protokollar for aggressiv og kronisk periodontitt. Diagnostiske faktorar som blei brukt ved klassifikasjon av aggressiv periodontitt (som periodontal nedbryting i eit molar- insisiv mønster, avansert festetap relatert til alder, lite plakk relatert til festetap og tidleg festetap med fråvær av systemiske risikofaktorar) er no spesifikke kriterium for klassifisering i stadium og grad. Målsetjinga er å skreddarsy behandlinga for kvar einskild pasient. Dei detaljerte diagnostiske matrisene for stadium og grad er utarbeidde nettopp

for betre å fange opp individuell karakterstikk av periodontitt. Parallellar er dregne mot klassifisering av kreft i stadium og grad der fleirdimensjonal diagnostikk har styrka individuelt tilpassa behandling, prognosevurdering og forenkla kommunikasjon mellom operatørar. For at tannlegar no skal få ta i bruk den nye klassifikasjonen, er det heilt avgjerande at journalsystem blir tilrettelagde for registreringar av festetap/beintap og inndeling i stadium og grad.

Diagnosesystemet til HELFO er framleis basert på ICD-10. Regelverket for stønad til tannbehandling definerer ikkje kriteria for kausdefinisjon av periodontitt, men presiserer at det blir gitt stønad til systematisk behandling av marginal periodontitt. Diagnosen marginal periodontitt blei nytta i klassifikasjonen frå 1977, og erstatta med kronisk periodontitt i 1999 klassifikasjonen. Sidan den tid har forskning plassert periodontitt i ein systemisk heilskap og påvist multiple faktorar som påverkar inflammasjon og induserer periodontalt festetap. Periodontitt påverkar generell helse og vice versa (8). Risikofaktorar for periodontitt kan regulerast ved behandling, men det er ikkje mogleg å eliminere at periodontittpasientar alltid vil vere mottakelege for vidare festetap. Det er no konkludert at når periodontitt er diagnostisert, vil pasienten trass i vellukka behandling vere periodontittpasient livet ut. Dette på same måte som ein diabetikar er diabetikar resten av livet. Derimot kan gingivale forhold hjå periodontittpasientar representere enten gingival helse eller gingival inflammasjon. Alle desse momenta stadfestar at vedlikehaldsbehandling er kritisk for periodontittpasientar gjennom heile livet. I tillegg blir nordmenn eldre og beheld eigne tenner. Ved normal aldring akkumulerer festetap og bortimot alle menneske over 65 år har per definisjon no periodontitt (19). Desto viktigare er det å ta inn det faktum at periodontal støttebehandling er ein føresetnad for å ivareta pasientane si periodontale og orale helse. For pasientane med periodontitt er det likevel ein føresetnad at nedbryting av periodontalt feste blir stansa ved aktiv periodontal behandling. Jo meir alvorleg periodontitt, jo meir ressurskrevjande for pasient og operatør. I eit helseperspektiv ville det derfor vore naturleg at stønad til aktiv periodontal behandling for pasientar med alvorleg periodontitt blir skilt frå stønad til livslang periodontal støttebehandling.

Døme på ny kausdefinisjon av periodontitt

Kasus 1:

Anamnese og kliniske karakteristika: Mann 47 år, frisk, bruker ingen legemiddel eller tobakk. Pasient manglar ingen tenner og alle molarar og tann 11 har periodontalt festetap. Tann 11 har størst beintap med beinnivå i apikale 2/3, vertikal beindefekt >3 mm. Klinisk periodontalt festetap er 7 mm og utgjer eit festetap på 39 % av rotlengda.

Kasusdefinisjon: Pasienten har periodontitt fordi fleire enn 2 tenner har periodontalt festetap.

Stadium: Beinnivå i apikale 2/3, 7mm CAL og vertikal beinlomme >3, definerer stadium III.

Grad: Festetapet dei 5 siste åra er ikkje kjend og festetap relatert til alder blir avgjerande for å bestemma grad. prosent beintap/alder = 0,83 og samsvarer med grad B. Ingen modifierande faktorar som røyking eller diabetes er tilstade og grad blir B. Om pasienten hadde vore røykar eller hatt diabetes, ville desse risikofaktorane modifisert graden frå B til C.

Utstrekning: Generalisert fordi meir enn 30 % av tennene har periodontalt festetap. Festetapet har eit molar-insisiv mønster.

Periodontal diagnose: Generalisert periodontitt, stadium III, grad B.

Kasus 2:

Anamnese og kliniske karakteristika: Kvinne 67 år, bruker ingen legemiddel, røyker 10 sigarettar dagleg. Pasienten har tapt 19 tenner som følge av periodontitt, er tannlaus i overkjeven og synes overkjeveprotesen fungerer dårleg. Røntgenbiletta viser periodontalt fes-

tetap på alle tenner og vertikal beinnedbryting ved fleire. Insisivane i underkjeven har størst beintap med beinnivå i apikale 2/3. Klinisk periodontalt festetap er 10 mm og utgjør eit festetap på vel 70 % av rotlengda.

Kasusdefinisjon: Pasienten har periodontitt fordi fleire enn to tenner har periodontalt festetap.

Stadium: At 19 tenner er tapt som følge av periodontitt, kan aleine definere stadium IV. Hjøå denne pasienten er i tillegg CAL 10 mm, beinnivå i apikale 2/3, < 10 par tenner i okklusjon og redusert tyggfunksjon registreringar som definerer stadium IV.

Grad: Festetapet dei 5 siste åra er 5ikkje kjend og festetap relatert til alder er avgjerande faktor for å definere grad. prosent beintap/alder = 1,05 og samsvarer med grad C. Hjøå denne pasienten modifierer ikkje røykevanen graden fordi progresjon og festetap aleine definerer grad C. Hadde festetapet vore grad B, ville røyking eller diabetes modifisert frå grad B til C.

Utstrekning: Generalisert fordi meir enn 30 % av tennene har periodontalt festetap.

Periodontal diagnose: Generalisert periodontitt, stadium IV, grad C.

REFERANSAR

1. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S1–8.
2. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S28–45.
3. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S9–S16.
4. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S46–73.
5. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S159–72.
6. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S173–82.
7. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S183–203.
8. Sanz M, Ceriello A, Buyssechaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2018; 45: 138–49.
9. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S204–13.
10. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S237–48.
11. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S214–22.
12. Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S223–36.
13. Araujo MG, Lindhe J. Peri-implant health. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S249–56.
14. Heitz-Mayfield LJA, Salvi GE. Peri-implant mucositis. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S257–66.
15. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang H-L. Peri-implantitis. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S267–90.
16. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S313–8.
17. Renvert S, Persson GR, Piri FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis and peri-implantitis: case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S304–12.
18. Hämmerle CHF, Tarnow D. The etiology of hard- and soft-tissue deficiencies at dental implants: A narrative review. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S291–303.
19. Eke PI, Wei L, Borgnakke WS, Thornton-Evans G, Zhang X, Lu H, McGuire LC, Genco RJ. Periodontitis prevalence in adults ≥ 65 years of age, in the USA. *Periodontol* 2000. 2016; 72: 76–95.


NTFs etterutdanning våren 2019



Last ned katalogen på
www.tannlegeforeningen.no/kurs

I katalogen finner du en oversikt over kurs i regi av NTF
og NTFs lokalforeninger, samt en rekke andre kurs og møter.





Ønsker du
å holde deg
oppdatert på
alt innen
tannhelse?

Velkommen til Oris Academy!

Oris Academy arrangerer engasjerende kurs med dyktige kursholdere.

Klinisk rettet opplæring for alle yrkesgrupper er vårt hovedfokus og det er tilbakemeldingene fra kursdeltakerne som gjør at vi stadig utvikler vårt faglige innhold. Vi har også et faglig utvalg av behandlere som jobber med kartlegging av videre kursbehov.

Oris Academy fasiliterer og tilbyr også hospitering for tannhelsepersonell på klinikkene.

Besøk vår nettside i dag for å se om det finnes kurs du kan delta på!

Ønsker du ytterligere informasjon om kurs eller hospitering?

Send en mail til academy@orisdental.no



ORIS ACADEMY

www.orisdental.no/academy

Kan ytre membranvesikler tjene som «microbullets» for sporadisk Alzheimers sykdom?

Sim K. Singhraj og Ingar Olsen

FORFATTERE

Ingar Olsen, professor emeritus. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Sim K. Singhraj, senior research fellow. Dementia and Neurodegenerative Diseases Research Group, Faculty of Clinical and Biomedical Sciences, School of Dentistry, University of Central Lancashire,

Preston, UK. Korresponderende forfatter: Ingar Olsen, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, postboks 1052 Blindern, 0316, Oslo.
E-post: ingar.olsen@odont.uio.no

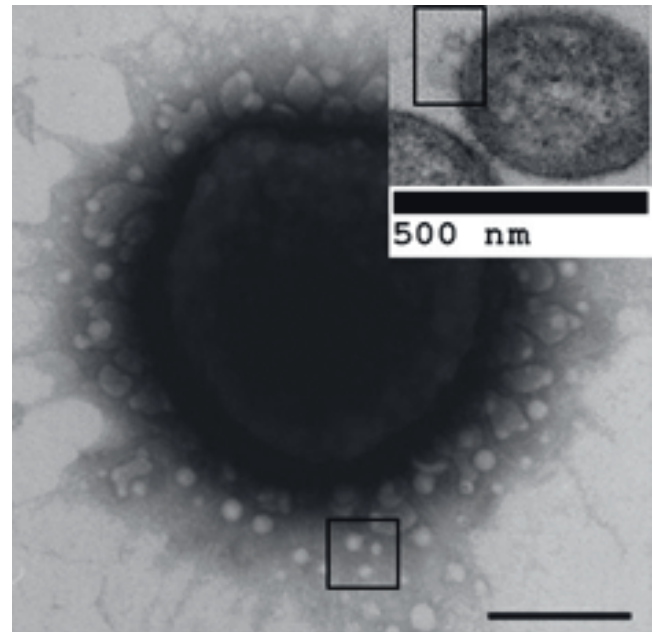
Bittesmå blemmer (vesikler) fra periobakterien *Porphyromonas gingivalis* inneholder bakteriens viktigste virulensfaktorer. Disse vesiklene, som frigjøres fra bakterien, kan på grunn av sin størrelse, trenge inn i hjernen og utløse lesjoner typiske for Alzheimers sykdom.

Vår forskning innen Alzheimers sykdom (AD) konsentrerer seg om munnhulen og hjernen. Prospektive og retrospektive populasjonsbaserte data har vist at periodontitt som vedvarer i 10 år eller mer, fordobler risikoen for sporadisk AD. Dette er den vanligste formen for AD. I dyreforsøk fører monoinfeksjon med *P. gingivalis* til periodontitt. Introduksjon av denne bakteriens lipopolysakkarid (LPS) i dyremodeller, har ført til utvikling av de viktigste tegnene på AD-patologi, nemlig ekstracellulære amyloide plakk, neurofibrillære tangler (ansamlinger av hyperfosforylert tau protein) og betennelse i hjernen. Andre studier har vist at dersom periodontitt ikke blir behandlet hos AD pasienter, påvirkes kognitive funksjoner som hukommelse, konsentrasjon, innlæring og evnen til problemløsning. Dette er andre viktige tegn på AD. Også det motsatte kan skje: periodontal behandling hos pasienter med AD kan gi bedre hukommelse hos disse. Bakteriekulturer og etablert periodontalt plakk produserer store mengder ytre membranvesikler (OMVs) (figur 1).

Dette er blemmer som frigjøres fra bakterieoverflaten til omgivelsene, spesielt hos Gram-negative bakterier slik som *P. gingivalis*. Membranvesiklene inneholder bakteriens viktigste virulensfaktorer som LPS, gingipain (proteolytiske enzymer), og fimbrier (hefte-tråder). Vesiklene er så små at de kan betraktes som nanostrukturer. De tar seg lett inn i vertens vev. Dette gjør det mulig for *P. gingivalis* å trenge inn, ikke bare i periodontalt vev, men også i fjerntliggende organer som for eksempel hjernen, etter å ha blitt ført dit med blodbanene. På denne måten disponerer bakterien sentralt og perifert over potent ammunisjon som på inntrengningsstedet kan forstyrre fagocytose, ødelegge vevet og påvirke gener som styrer komplekment (viktig rolle i forsvaret mot mange virus- og bakterieinfeksjoner). Produksjon av en rekke betennelsesfremmende stoffer settes samtidig i gang. Disse stoffene utløser de lesjonene og det kognitive forfall som er typisk for AD. Vi har derfor foreslått å kalle vesiklene for «microbullets» (1, 2).

REFERANSER

1. Singhrao SK, Olsen I. Are Porphyromonas Gingivalis Outer Membrane Vesicles Microbullets for Sporadic Alzheimer's Disease Manifestation? *J Alzheimers Dis Rep.* 1 (2018) 1–10. DOI 10.3233/ADR-180080.
2. Singhrao SK, Olsen I. Er ytre membranvesikler hos Porphyromonas gingivalis «microbullets» for sporadisk Alzheimers sykdom? Institutt for Oral Biologi's webside. 8. januar 2019. <https://www.odont.uio.no/iob/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2019/er-ytre-membranvesikler-hos-porphyromonas-gingival.html>



Figur 1. Negativ farging av *P. gingivalis* ATCC 33277T (type I fimA stamme) demonstrerer membranvesikler i den ytre cellemembran ved bruk av elektron transmisjonsmikroskopi. Nedre, høyre strek er 200 nm lang.



Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

www.kirurgiklinikken.no

Tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no
Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

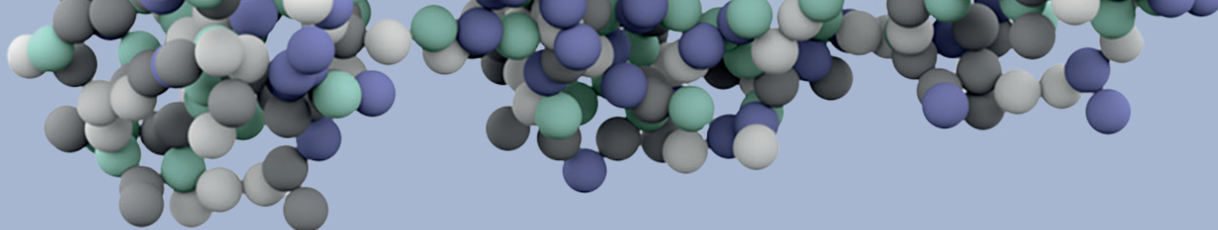
Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
spesialist i protetikk

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Phd kandidat

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialistkandidat i
Oral Protetikk



ORIS DENTAL HAR VALGT UPHEADS KOMPLETTE IT-LØSNINGER

«Vi har valgt Upheads på grunn av deres solide bransjekunnskap og evne til å samarbeide med alle våre leverandører. Det gir oss trygge og forutsigbare IT- løsninger, som gjør at vi kan være innovative i faget vårt.»

*Eirik Aasland Salvesen - Oris Dental.
Spesialist i periodonti og avdelingsleder.*



Kontakt oss på telefon **51 22 70 70**.
eller gå inn på upheads.no for mer informasjon.

UPHEADS[®]
DIN IT-AVDELING FOR HELSE

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 uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer.

Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt 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, offentlig

Tannlege, privat

Spesialist i:

Tannpleier, offentlig

Tannpleier, privat

Lege, sykehus

Lege, primær/privat

Spesialist i:

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

Ingen

Intraoralt:

- Svie/brennende følelse
- Smerte/ømheth
- Smaksforstyrrelser
- Stiv/nummen
- Tørrhet
- Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- Svie/brennede følelse
- Smerte/ømheth
- Stiv/nummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn

Ingen

Intraoralt:

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

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Øvrige funn:

- Hevelse/ødem
- Urtilkaria
- Sårblenmer
- Eksem/utslett
- Erytem/rubor

Annet:

Kjønn: Kvinne Mann
Alder: _____ år
Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintighet/allergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjon(er)?
 Ja Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(er)?

Umiddebart innen 24 timer innen 1 uke innen 1 måned innen måneder ukjent til år

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, faser
- Faste protetiske erstatninger
- Avlagbare protetiske erstatninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøttbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling

Annet: _____

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

- Amalgam
- Kompositt
- Komponer
- Glassionomer
- Kjemisk
- Kjemisk
- Iysherendende
- Bindingsmaterialer ("primerbonding")
- Isolerings-/foringsmaterialer
- Fissurforsøglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varmish, ferniss, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- Vannbasert
- Vannbasert
- Plastbasert
- Metall-keram (MK, PG)
- Metalllegering
- keram
- Materialer for kroner/brøer/innlegg
- Metalllegering
- plastbasert
- keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- Metalllegering
- plastbasert
- Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
- Metalllegering
- plastbasert
- Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
- Metalllegering
- plastbasert
- Materialer for bittfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avtrykksmaterialer
- hydrokolloid
- elastomer
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent

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

Bivirkingsregisterets notater

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

Yrkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt

Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkingsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

E-post: Bivirkingsgruppen@norersearch.no
web: www.bivirkingsgruppen.no

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norersearch.no

Ver 6.4

Henvisninger

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

Nei

Ja til

Bivirkingsgruppen

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

For familien. Mot karies.



Flux har utvidet sin familie av munn- og tannprodukter med tannkremer tilpasset hele familien. Fluortannkremene har et høyt innhold av fluor for sterke tenner og effektiv beskyttelse mot karies. De er uten såpestoffer (SLS), allergener og mikroplast. Med gode smaker tilpasset både store og små.

Flux tannkremer

Flux Tannkrem for voksne og barn over 6 år. Inneholder 1450 ppm fluor og har en god smak av Coolmint. **Flux Tannkrem 6+** for barn over 6 år. Inneholder 1450 ppm fluor med en mild smak av Sweet Mint, slik at overgangen til voksentannkrem blir lettere. **Flux Junior Tannkrem** for barn mellom 0–6 år, fra første tann. Inneholder 1000 ppm fluor og har en god smak av Fruit Mint.

Våre tannkremer er utviklet i samarbeid med skandinavisk tannpleie og er tilgjengelig i alle apotek. Flux tilbyr trygge produkter for en god munnhelse!

Teva Norge AS • www.fluxfluor.no • www.nullhull.fluxfluor.no

FLUX®

Har du fluxet i dag?

Ny banebrytende teknologi som hjelper dine pasienter med å få en bedre oral helse*¹

Ny teknologi



Proaktiv beskyttelse* av
tenner, tunge, kinn og tannkjøtt.

Ny Colgate Total® med Dual-Zink + Arginin.

Ny teknologi som arbeider sammen med munnens biologiske og kjemiske prosesser.

- Reduserer bakterieantallet suverent på alle overflater i munnen, 12 timer etter tannpuss*¹
- Svekker og kontrollerer bakterier i biofilmen
- Danner en beskyttende barriere på alle flater for å beskytte mot bakteriell adhesjon og gjenvekst

Anbefal Ny Colgate Total® til dine pasienter for bedre oral helse*¹

*Statistisk signifikant større reduksjon av bakterier på tenner, tunge, kinn og tannkjøtt med Colgate Total® enn med en ikke-antibakteriell fluorertannpasta etter 4 uker, 12 timer etter tannpuss.

Referanser: 1. Prasad K et al, J Clin Dent, 2018;29 (Spec Iss A)

Ny Colgate Total® tannpasta

med banebrytende teknologi for bedre oral helse

- veien til daglig beskyttelse

Nå introduseres ny Colgate Total® for proaktiv beskyttelse av alle munnhulens overflater - tunge, tenner, kinn og tannkjøtt - mot de mest vanlige orale utfordringer.

Karies og tannkjøttproblemer kan forebygges i de tidlige stadier. Likevel er disse sykdommer fortsatt et folkehelseproblem. Man regner med at opp mot 50% av verdens befolkning er rammet.^{1,2} Pasienter søker veiledning hos sin tannlege og tannpleier for å sikre at de er så proaktive som mulig. Målet er å beholde en livslang, god oral helse.

En total god oral helse

Konseptet om total god oral helse er basert på at det er viktig å ivareta mer enn bare tennene - alle vev i munnen skal være friske. Tennene utgjør kun 20 % av munnens totale overflater. Tungen, kinner og tannkjøttet utgjør det største arealet med ca 80 %. Alle overflater skal beskyttes for å bevare en god oral helse.

Bryt sirkelen

Bakterier koloniserer tennene og danner dental biofilm, men bakteriene kan også adherere til de myke vev i munnen. Derfor rekoloniserer de tennenes overflate umiddelbart etter tannpuss. Da starter ny oppbygging av dental biofilm med risiko for sykdom. Kan man forhindre adhesjon av bakteriell biofilm på de myke vev, kan man sikre de harde overflater mot bakterierekolonisering.

Vanlig fluortannpasta* er ikke nok for å opprettholde en total oral helse - den beskytter kun tennene med fluor. Vanlig fluortannpasta* beskytter ikke tennene mot rekolonisering med bakterier, som fortsatt sitter på munnens slimhinner.

Total oral helse som det nye paradigme for profylakse

Veien til bedre oral helse er å forebygge oppbygging av oral biofilm og oppnå en god bakteriekontroll på alle munnens overflater.

Det oppnår man best ved å ha rutiner i hverdagen med daglig bruk av tannpasta med dokumentert beskyttelse mot bakterier - en tannpasta som kan styrke munnens naturlige forsvar.

Ny teknologi



Ny banebrytende tannpasta som er et skritt på veien mot en god oral helse. Klinisk dokumentert.

Mange års forskning har resultert i utviklingen av en patentert formel for ny Colgate Total®. Denne avanserte fluortannpasta hjelper med å gi en bedre oral helse takket være en ny teknologi med Dual-Zink + Arginin. Den gir proaktiv beskyttelse av hele munnen og hjelper med å forebygge de mest vanlige orale utfordringer.

En tannpasta som er utviklet for å arbeide sammen med de kjemiske og biologiske prosesser i munnen

Formuleringen med Dual-Zink + Arginin kontrollerer biofilmen effektivt ved å:³

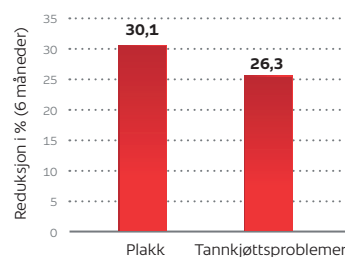
- Svekke bakterier ved å påvirke bakterienes metabolisme og redusere næringsopptaket
- Hemme bakterieveksten
- Danne en beskyttende barriere på tunge, tenner, kinn og tannkjøtt
- Begrense bakterienes adhesjon til harde og myke vev for 12 timers beskyttelse^{4,**}

Klinisk dokumentert reduksjon av bakterier i hele munnen

Studier viser at ny Colgate Total® reduserer bakterieantallet med opp til **38,3 %** på tennene, **39,7 %** på tungen, **35,4 %** på kinner og **25,9 %** på tannkjøttet.^{4,**†}

Klinisk dokumentert forebygging av plakk og tannkjøttproblemer

Klinisk dokumentert at Nye Colgate Total® suverent reduserer plakk (med 30,1 %; $p < 0,001$) og tannkjøttproblemer (med 26,3%; $p < 0,001$) vs. vanlig fluortannpasta etter seks måneder.⁵



Ny Colgate Total® – proaktiv beskyttelse av hele munnen

- Forebygger karies
- Reduserer plakk†
- Forebygger tannkjøttproblemer†
- Bekjemper bakterier for frisk ånde
- Reduserer ising†
- Forebygger dannelse av tannsten†
- Reduserer misfarging
- Hjelper med å reparere svekket emalje



Ny Colgate Total® er en avansert tannpasta som gir god oral helse via proaktiv bakteriekontroll og -beskyttelse på 100 % av munnens overflater: tenner, tunge, kinn og tannkjøtt.

Når du anbefaler den nye Colgate Total® til patientene dine, får de en avansert, men samtidig enkel løsning som gir en bedre og mer komplett oral helse.[†]

www.colgateprofessional.no
www.colgatetalks.com

* definert som ikke-antibakteriell tannpasta
** etter 4 ukers bruk, 12 timer etter tannpuss
† vs. vanlig ikke-antibakteriell fluortannpasta
ved kontinuerlig bruk, etter 3 uker

Referanser:

1. Nazir MA, Int J Health Sci (Qassim). 2017 Apr-Jun; 11(2): 72-80.
2. Kassebaum NJ, Journal Dent Research 2015, Vol 94, Issue 5.
3. Manus L et al, J Clin Dent, 2018;29 (Spec Iss A).
4. Prasad K et al, J Clin Dent, 2018;29 (Spec Iss A).
5. Delgado E et al, J Clin Dent, 2018;29 (Spec Iss A).

Norsk Tannvern blir historie

Den 11. september 2018 vedtok styret i Norsk Tannvern enstemmig, på grunn av finansiell usikkerhet, å avvikle Norsk Tannvern. Vedtaket ble godkjent av ekstraordinær generalforsamling 20. november, med 31. januar 2019 som foreningens siste virkedag.

📷 ELLEN BEATE DYVI

Styret startet et strategiarbeid basert på vår historie, en vurdering av dagens situasjon og mulige posisjoner for Norsk Tannvern i fremtiden. Vi fikk ikke til den dialogen med våre viktigste samarbeidspartnere som vi hadde ønsket, og når både Tannlegeforeningen og Helsedirektoratet ikke lenger ville støtte Norsk Tannvern, ble det økonomiske fundamentet for svakt til at styret kunne tilrå videre drift, sier Norsk Tannverns siste styreleder, Claes T. Næsheim, til bladet Munnpleien.

Ikke relevant og fremtidsrettet

– Både avviklingen av Norsk Tannvern og NTFs beslutning om å melde seg ut av foreningen er resultatet av en lang prosess, sier NTFs generalsekretær, Morten Harry Rolstad.

For NTF var det både organisasjonsmessige og faglige vurderinger som lå bak beslutningen om å melde seg ut av foreningen sommeren 2018, med virkning fra 1. januar i år, forteller generalsekretæren og NTFs president, Camilla Hansen Steinum.

– Vi kunne ikke forsvare å bruke 3-400 000 av medlemmenes penger på et medlemskap særlig de privatpraktiserende tannlegene fikk lite igjen for. NTF opplevde det også som utilfredsstillende at hverken tannpleiernes eller noen av tannhelsesekretærenes organisasjoner var med på en mer forpliktende måte på økonomisiden. Likeledes så vi at slett ikke alle fylkeskommunene var med og støttet opp like mye. Samtidig var det også slik at hverken NTF eller noen andre hadde fast og formell plass i styret til Norsk Tannvern. En slik representativ modell kom aldri på bordet i de rundene med diskusjoner som ble ført gjennom de siste årene om foreningens fremtid.

– Norsk Tannvern hadde med andre ord en frittstående organisasjonsmodell som gjorde foreningen sårbar. Vi vurderte det også slik at de, med bare én ansatt, ikke hadde nok kraft til å kunne utføre arbeidet de satte seg fore, blant annet med å bekjempe sosial ulikhet innen tannhelse. Et arbeid NTF for øvrig ser på som svært viktig.

– Vi så etter hvert at Norsk Tannvern, i og med måten foreningen var organisert på, og med manglene i de fremlagte planene for strategi og økonomi, ikke lenger var relevant og fremtidsrettet. Som aktør representerte Norsk Tannvern hverken tannhelsetjenesten eller befolkningen, og av hensyn til medlemmene kunne NTF derfor ikke videreføre medlemskapet og den økonomiske støtten.

– Det er vemodig at en 108 år gammel forening som har hatt stor betydning for oppmerksomheten rundt det forebyggende tannhelsearbeidet i Norge nå forsvinner. Vi anerkjenner den jobben som har vært gjort gjennom Norsk Tannvern gjennom mange år, og dette har ikke vært en enkel beslutning. Vi mener likevel at det var en riktig beslutning på dette tidspunkt – tiden har rett og slett løpt fra Norsk Tannvern, sier Rolstad og Steinum avslutningsvis.



Bente Stuveseth var daglig leder i Norsk Tannvern fra 2010 til januar 2019.

Håp om videreføring av tannvern.no

Norsk Tannverns daglige leder siden 2010, Bente Stuveseth har i samarbeid med Norsk Tannverns styre brukt tiden etter generalforsamlingens vedtak til å rydde opp og avklare. En av de viktigste tingene å få på plass har vært videreføringen av nettstedet tannvern.no.

– Det er mange som henvender seg, særlig private aktører, som spør om hvor de skal finne nedlastbart materiell fra nettsiden når Tannvernet blir nedlagt 1. februar, forteller Stuveseth. Hun bekrefter at det har vært forhandlinger med interessenter, som kan være villige til å overta driften, og som ennå ikke er sluttført. Resultatet av forhandlingene, og hvorvidt, og eventuelt hvordan, nettstedet kan drives videre, kan en derfor ikke si noe om foreløpig.

Oppbud og konkur

Mot slutten av januar 2019 er situasjonen at det er begjært oppbud, og Norsk Tannverns styreleder, Claes T. Næsheim, opplyser i den sammenheng at det nå er bobestyrer, oppnevnt av Oslo byfogdembete, som forvalter konkurboet, og dermed alt som tilhører Norsk Tannvern.



Reidun Stenvik har hatt sentrale roller i Norsk Tannvern i en mannsalder og vel så det. Foto: Kristin Aksnes.

Tannvernets grand old lady

Reidun Stenvik er en av de som kjenner Norsk Tannvern aller best. Hun har vært opptatt av forebygging fra hun var nyutdannet tannlege i 1962, og så mye karies blant barna hun behandlet. Først i Trondheim, og siden i Oppegård.

– I Oppegård var forholdene litt bedre enn i Trondheim. Der hadde de begynt med småbarntannpleie, i regi av Sanitetsforeningen. Dette var noe de ikke gjorde i Trondheim. Jeg så tydelig at det å begynne tidlig kunne gi gode resultater. Og jeg husker hvordan vi, både tannleger og tannpleiere, oppsøkte helsestasjoner, og fikk småbarnsmødrene i tale. Om fluor særlig, men også om kosthold og renhold.

Stenvik har hatt en lang karriere i NTF. Hun ble ansatt i foreningen i 1979, i en nyopprettet stilling som fagsekretær, og avsluttet som informasjonssjef.

– Da jeg begynte som fagsekretær var det stor fluormotstand i befolkningen, mens tannlegene var overbevist om at fluor var et gode, med unntak av et fåtall som hadde en alternativ oppfatning. Jeg ble sekretær for Helsedirektørens utvalg for fluorinformasjon som utga i alt sju utgaver av bladet «Fluor i fokus». Dette ble sendt til helsepersonell slik at de skulle være i stand til å svare publikum på spørsmål om fluor.

– Jeg har tro på virkningen av å lage godt informasjonsmateriell til folk flest, noe som har vært en del av kjernevirksomheten til Norsk Tannvern. Der har jeg vært med siden 1994, både som medlem i redaksjonsutvalget til venteromsbladet Munnpleien, frem til dags dato, og i styret. Først som nestleder, og siden som leder i ti år, fra 1999 til 2009.

– Jeg minnes NTFs representantskap i 1993, der foreningen skulle se på hvilke råd og utvalg som kunne nedlegges, for å spare NTF for både administrasjonsarbeid og kostnader. Profylakseutvalget ble foreslått nedlagt, og oppgavene kunne gå til Norsk Tannvern, som dermed fikk et helhetlig ansvar. I dag ser jeg at det kanskje burde vært inngått en avtale mellom NTF og Norsk Tannvern.

– Synet på Norsk Tannverns sentrale rolle har siden endret seg, og særlig de siste fem-seks årene. NTF har selv villet fronte sakene som Norsk Tannvern tradisjonelt har hatt ansvar for. Med bortfall av NTFs faglige og økonomiske støtte, falt grunnlaget og grunnmuren i Norsk Tannverns eksistens bort.

– Hva mister vi når Norsk Tannvern oppløses?

– Vi mister en sentral instans som fulgte med i det faglige, og som utviklet materiell som skulle ha bred appell. Det er ingen som overtar Tannvernets rolle, slik jeg ser det. Og jeg tror ikke vi vinner noe ved at hver og en blir sittende på hver sin tue og utvikler materiell. Det blir både dyrere og dårligere, tror jeg.

– Jeg er også veldig spent på hva styret i Norsk Tannvern kommer frem til når det gjelder videre drift av nettstedet, og vedlikehold av innholdet der.

FAKTABOKS

Norsk forening for motarbeidelse av tannsykdommer ble etablert 1. juni 1911, og hadde som formål å arbeide for en god oral helse i befolkningen. I juli 1916 kom bladet Munnpleien ut for første gang. I 1946 skifter foreningen navn, til Norsk Tannvern. I 1967 vedtas opprettelsen av et eget informasjonskontor, Tannvernet. I 1976 fusjonerer Tannvernet med Norsk Tannvern. I 1996 kommer fluorisaurusen Bronto til verden, og Munnpleien utgis to ganger i året fra og med denne årgangen. I 2011 markerer Norsk Tannvern sitt 100-årsjubileum med jubileumsmøte, -seminar og -bok. 20. november 2018 godtar generalforsamlingen styrets vedtak av 11. september om avvikling av Norsk Tannvern. (Kilde: Munnpleien nr. 2, 2018.)

Kurs for alle inom tandvården. Radisson BLU Royal Park Hotel, Frösundavik Stockholm, 14 -15 Mars 2019.

Dr Otto Zuhr Utmaningar och perspektiv

En kurs heldig med den världsberömda tyske parodontologen Otto Zuhr.

– Förvänta dig en aktiv föreläsare och en grundläggande genomgång av principer, indikationer och kliniska tekniker för mikrokirurgi i den estetiska zonen.



DEN ROSA BOKEN. Författare Hürzeler/Zuhr. Boken innehåller 872 sidor och 1905 bilder.

SWEDISH ACADEMY
OF COSMETIC
DENTISTRY

Mer information och bokning på sacd.se/kurser



BTFs formann Eirik Torjuul Halvorsen, oppfordret medlemmene til å holde en god tone i diskusjoner på nettet, og tenke seg om to ganger fremfor å følge innskytelser om å fremme negative karakteristikk av andre. Det er observert et uheldig debattklima, noe formannen satte i sammenheng med at det er vanskelig å rekruttere nye tillitsvalgte til verv i lokalforeningen.

Eldrehøyvannet kommer

Steinar Madsen, medisinsk fagdirektør ved Statens legemiddelverk, mente å kunne bringe noen dårlige og noen gode nyheter da han skulle snakke om helsevesenets fremskritt og utfordringer ved åpningen av Vestlandsmøtet fredag 12. januar.

ELLEN BEATE DYVI
SINDRE LARSEN, BERGEN TANNLEGEFORENING

Levealderen øker, og er nå 84 år for kvinner og 81 år for menn. Og jo eldre du blir, jo eldre blir du, slo Madsen fast.

Det vil si at når du først har nådd en viss og anselig alder, er sjansene store for at du blir enda eldre.

– Det er ikke snakk om at det kommer en eldrebølge, sa Madsen. Vi kommer til å få eldrehøyvann. Det vil si at andelen eldre i befolkningen øker gradvis, og aldri kommer ned på det nivået som vi har i dag. Antallet yrkesaktive per person over 67 år går ned fra 4,8 i dag til et sted mellom 2,2 og 2,5 i 2060. Spørsmålet er om noen vil betale for dette?

Europas kranke skjebne er at vi ikke får nok barn. Innvandring blir helt nødvendig. Og spørsmålet ingen tør stille høyt er: Hvilke innvandrere vil vi ha?

Ta vare på helsen

Det er gode grunner til å ta vare på helsen. Og det er en god idé å hjelpe seg selv. Helsevesenet blir satt under press

i årene som kommer. Hvis du tar vare på din egen helse oppnår du to ting: Du hjelper dem som ikke er så heldige som deg, og du får selv hjelp når tiden kommer, mente Madsen.

Teknologien tar plass

De tradisjonelle omsorgsnivåene med tanke på helse er egenomsorg, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Teknologien kommer til å slå inn i hele helsevesenet i større og større grad. Ingen slipper unna.

Spørsmålet er om kunstig intelligens kan hjelpe oss til å finne best mulig behandling? Svaret er sannsynligvis ja, mente Madsen.

Og hva med gentesting, av alle – for alt? Det kommer, sa Madsen. Vær sikker. Og vi vil kunne bestille de barna vi vil ha. De av oss som har råd til det. De rike vinner. De kan forbedre sine barn, slik at de kan klare seg ennå bedre. Genteknologi og nye metoder vil med andre ord føre til en rekke etiske problemstillinger. De står i kø allerede.



Steinar Madsen minnet om at det er gode grunner til å ta vare på helsen, så langt vi kan. Blant de faktorene vi kan påvirke selv er fysisk form, overvekt, kosthold, røyking og stress.



NTFs president, Camilla Hansen Steinum, orienterte om Blankholmutvalget, arbeidet med revisjon av NTFs vedtekter og kampanjen Gjør kloke valg. Steinum sa også at oppmerksomhet rundt problematikken med overbehandling, som Vestlandsmøtet hadde på programmet, gir en god anledning til refleksjon.

Et eksemel er Downs syndrom. Debatten kjenner vi fra Norge, hvor vi tilbyr undersøkelse av alle gravide over 38 år. I Danmark og Island får alle kvinner tilbud om tidlige diagnostikk. Her vil Downs syndrom forsvinne. Aborthyp-pigheten i Danmark er 98 prosent ved påvist Downs syndrom. I 2016 ble det født fire barn med Downs syndrom i Danmark, mens det i Norge ble født 120. Langt de fleste hadde mødre under 38 år.

Aldringsprosessen

Aldringsprosessen kan deles i tre: Den biologiske, den mentale og den sosiale. Den biologiske aldringsprosessen starter den dagen vi blir født, den mentale starter fra rundt 60 års alder og den sosiale aldringsprosessen begynner ofte den dagen vi går hjem fra arbeidet den dagen vi blir pensjonister. Her gjelder det å planlegge godt, så pensjonistalderen blir en god tid og ikke en trist nedtur.

Kreft og hjerte- karsykdommer

Et stort helseproblem er antallet som dør av kreft i relativt ung alder. Nå (i 2015) dør 6 773 personer av kreft mens de er i alderen 0–79 år, mens tilsvarende tall for hjerte- karsykdom er 3 362. Ser vi på aldersgruppen over 80 år dør 4 278 av kreft mens 8 251 dør av hjerte- karsykdom.

I 1981 var det 20 629 som døde av hjerte- og karsykdommer (mest hjerteinfarkt og slag) mens det var 9 210 som døde av kreft. Siden den gang har det vært en dramatisk reduksjon i antallet personer som dør av hjerte- og karsykdommer. I 2015 var det 11 613 som døde av hjertesykdom og 11 051 som døde av kreft. I 2013 gikk kreft forbi hjertesykdom som den vanligste dødsårsaken hos menn. Hvem ville trodd det i 1981?

Ser vi nærmere på disse tallene, som vi gjorde over, avdekkes altså en tragedie, når det gjelder kreft. Hvis vi

splitter opp tallene på døde før fylte 80 år (og regner det som å dø for tidlig) og etter fylte 80 år ser det ganske sørgelig ut: I 2015 var det 6 773 som døde av kreft før fylte 80 år, mens det bare var 3 362 som døde av hjertesykdom.

Reduksjonen i hjerte- og karsykdommer har mange årsaker, men det er trolig det området hvor legeviten-ska-pen har hatt størst betydning for økningen av levealder og forebygging av for tidlig død de siste 30 årene, sa Madsen.

Risikofaktorer og forebygging

De upåvirkelige faktorene når det gjelder sykdomsrisiko er alder, kjønn, arv og uflaks, mens de påvirkelige er fysisk form, overvekt, kosthold, blodtrykk, kolesterol, diabetes, røyking og stress. Behandling av høyt blodtrykk er vesentlig, og gir stor gevinst med tanke på mange sykdommer.

Sykdommer som rammer eldre er hjerneslag og hjerteinfarkt, demens, grå og grønn stær, netthinnesykdom, nedsatt hørsel, tann- og tannkjøttssykdommer, benskjørhet, slitasjegikt, KOLS og astma, diabetes, kreft, psykiske lidelser og rus og avhengighet. Vi ser at sykdommene hopper seg opp mot slutten av livet, samtidig som de dårlige årene på slutten av livet faktisk blir færre. Det er den gode nyheten, sa Madsen.

Samtidig er det viktig å merke seg at ulykker og skader forekommer hyppig, og at det får store konsekvenser. Fallulykker er årsaken til 815 dødsfall (2015), og av disse var 640 over 80 år gamle.

Enkelt og greit?

Til slutt fikk vi oppskriften på det gode og lange liv: Pass på familie og venner. Vær fysisk aktiv. Hold hjernen i form. Forebygg sykdom og skade og spis sunn mat. Og ta et (eller to) glass vin for sinnets munterhet.

Overbehandling og sultne tannleger

Hva det er som gjør at tannleger overbehandler? Svaret er penger. Vår felles religion, som Kjetil Reppen kalte det. Han og Harald Gjengedal problematiserte temaet overbehandling på Vestlandsmøtet fredag 11. januar.

 ELLEN BEATE DYVI

 SINDRE LARSEN, BERGEN TANNLEGEFORENING



Økonomi er en sterk motivasjonsfaktor i disse tingene, fortsatte Reppen, og viste til tidligere sosialminister i Kåre Willochs regjering, Leif Arne Heløe, som allerede for 40 år siden sa at sultne tannleger representerer den største fare.

Det handler om tillit, og etikk. Tannlegen står der alene med pasienten. Det er ingen som kontrollerer. Alt er basert på tillit. Og alle pasienter tror at de har den beste tannlegen som finnes. Noe de aller fleste selvsagt ikke har den ringeste mulighet til å vurdere eller vite noe om. Tannlegen er i en unik posisjon. Ikke dermed sagt at alle utnytter den. Gjengedal og Reppen understreket det. Det gjelder et mindretall. De fleste tannleger er ærlige og redelige, og de færreste misbruker tilliten pasientene viser dem.

Og behandlingen skal være basert på informert samtykke. Jo, da. Men pasienten er sjanseløs hvis informasjonen tannlegen gir er dårlig, sa Reppen. Og la til at sjansen for å bli ranet er til stede. Informert samtykke er en vanskelig øvelse. Tannlegen kan og vet, og pasienten har ikke knagger å henge det på. Samtidig har tannlegen kanskje en litt sliten Porsche han vil fornye, la Reppen til.

Helfo betaler

At Helfo er med på å finansiere en del av behandlingen gjør det kanskje lettere å utføre mer behandling enn det som

strengt tatt er nødvendig? Da er det ikke pasienten du har i stolen som tar hele regningen. Fellesskapet, skattebetalere, du og jeg, tar sin, eller vår, del. Pasienten rammes ikke direkte. Helfo betaler.

– Helfo er også de eneste som kan se oss i kortene og be om dokumentasjon, tilføyde Reppen.

Og Helfo kontrollerer, og avdekker. Til dels graverende ting. I 2018 resulterte kontrollene i at 88 tannleger ble bedt om å tilbakebetale i gjennomsnitt 80 000 kroner. Ser man nærmere på tallene er det store variasjoner. Tannlegen som ble bedt om å betale tilbake mest fikk et krav på over en million kroner. Utover dette har slik svindel, som det vel må kunne kalles, så langt Tidende erfarer, ingen konsekvenser for tannlegene som prøver seg.

Tannhelseforsikring og overbehandling

– Helfo er én ting. Hva med tannhelseforsikring? Kan den drive oss til overbehandling, spurte Reppen?

Eller: Har dere også hatt besøk av pasienten som sier: Jeg har ikke fått brukt forsikringen i år. Skal vi kanskje lage en krone der du sa at du har sett en brist? Her er det pasienten som foreslår en behandling tannlegen ikke har sagt at det er behov for. Ikke på dette tidspunktet i hvert fall. Jo, forsikring kan nok generere mer behandling, var Reppens konklusjon.



Hva er motiverende for overbehandling, spurte Kjetil Reppen (t.v.) og Harald Gjengedal, som nesten møttes for første gang under Vestlandsmøtet. Fagkomiteen i Bergen Tannlegeforening tenkte at de ville være en god match når overbehandling var tema, og det fikk de rett i.

Eksempler fra inn- og utland

Og så kom eksemplene. Det ene grellere enn det andre. I tekst og bilder viste Reppen og Gjengedal hvilke eksempler på enten foreslått eller faktisk gjennomført overbehandling de hadde fått kjennskap til, fra pasienter som hadde vært hos tannleger i både inn- og utland.

Harald Gjengedal viste til to skriv som Universitetet i Bergen har utarbeidet, som orienterer om henholdsvis biologiske komplikasjoner ved akuttbehandling i utlandet og om videre behandling i utlandet. Det ble også vist til Tannlegeforeningens holdning til og uttalelser om utenlandsbehandling.

Det ble understreket at det er fornuftig å ikke advare sterkt mot behandling i utlandet, altså den samme linjen NTF har lagt seg på. Samtidig er det en kjensgjerning at tannturismen har eksistert lenge, er kommet for å bli, og at den vil øke. Alle reiser, over hele verden, og ikke bare fra Norge. Det er som med grensehandel. Det er nesten alltid et sted å reise til, som er billigere enn der du kommer fra. Tannbehandling er business. Ute og hjemme.

– Hva med offentlig sektor? Forekommer overbehandling der?

– Ja, mente en offentlig ansatt tannlege fra salen. Men da handler det ikke om penger. Da handler det om uvitenhet.

Kvalitet, service og oppfølging

Hva kan norske tannleger stille opp med, i konkurranse med tilbydere av billigere behandling i utlandet?

– Det vi som norske tannleger kan og bør tilby er kvalitet, service og oppfølging, oppsummerte Harald Gjengedal og Kjetil Reppen.

De minnet også om at det for en god del år siden fantes kvalitetssirkler, i NTFs regi. Der tannleger møttes, lokalt, og diskuterte kasus og problemstillinger, og samtalte om hvordan ting bør være. Det kunne kanskje være noe å tenke på å ta opp igjen, foreslo de to.

Gjengedal og Reppen berømmet for øvrig NTF for deltakelse i kampanjen *Gjør kloke valg*. De oppfordret også NTFs generalsekretær, Morten Rolstad, som overvar Vestlandsmøtet fra salen, om å fortelle om en reaksjon som var kommet til kampanjen. Da kampanjen ble lansert fikk foreningen en e-post fra et medlem som mente at foreningen insinuerer at tannleger er uetiske overbehandlere, og som ba om at kampanjen ble stanset umiddelbart. Rolstad understreket at dette var den eneste reaksjonen av sitt slag. Omfanget av slike holdninger er ikke kartlagt. Heller ikke omfanget av hvor mange tannleger som faktisk overbehandler, med eller uten overlegg.

Det gule heftet er publisert

Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2019 (også kalt Rundskriv I-3/2018 eller «Gult hefte») er publisert på regjeringen.no

Hefte inneholder regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2019.

Endringer i regelverk og takster

I innledende del av rundskrivet beskrives endringene i regelverket og justering av takster. Det er gjort enkelte presiseringer i selve regelverket, spesielt i punkt 4, Infeksjonsforebyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander, hvor opplistingen av medisinske tilstander/behandlinger er fjernet. Det er også gjort presiseringer i krav til innholdet i henvisninger til kjeveortoped fra tannlege og tannpleier.

Det er i tillegg foretatt justeringer av enkelte takster. Noen takster er redusert, og noen takster er fjernet. Det siste gjelder takst 604f og takst 808. Takst 101 er utvidet til også å gjelde punkt 10, Hyposalivasjon. Bruk av takst 501 ved tidsbruk under 30 minutter er fjernet. De øvrige takstene er i hovedsak prisjustert med om lag 1,7 prosent.

De konkrete endringene er:

Endringer i regelverket:

– Vilkårene for stønad etter forskriften § 1 pkt. 4: Kravet til skriftlig erklæring fra lege/sykehusavdeling er presisert. Opplistingen av medisinske tilstander og behandlinger er strøket.

– Vilkårene for stønad etter forskriften § 1 pkt. 8: Bestemmelser angående krav til innhold i henvisninger fra tannpleier/tannlege til kjeveortoped er presisert. Dette angår særskilt henvisninger fra tannpleiere og tannleger ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Justeringer av takster mv.:

– Takstene 1, 2, 3, 804 og 809 er nedjustert som følge av Stortingets budsjettvedtak.

– Bruk av takst 101 er utvidet til også å gjelde tilstander under pkt. 10 Hyposalivasjon. Ved disse tilstander ytes stønad etter refusjonstakst.

– Bruk av takst 501 ved tidsbruk under 30 minutter er fjernet. Det er gjort presiseringer i reglene om begrensningen med bruk av takst 501 inntil 14 ganger per pasient per år.

– Takst 604 f er fjernet, jf. Stortingets budsjettvedtak.

– Vilkårene for bruk av takst 703 i forbindelse med kjeveortopedisk behandling er presisert.

– Vilkårene for bruk av takst 806 i forbindelse med kjeveortopedisk behandling er presisert.

– Takst 808 er opphevet ettersom den ikke anvendes.

De øvrige takster er i hovedsak prisjustert med om lag 1,7 prosent i henhold til Stortingets budsjettvedtak.

Eventuelle spørsmål om forståelse av regelverket og av takstsystemet kan rettes til Helsedirektoratet, avdeling helse- fusjoner, eller til Helfo veiledning for helseaktører, telefon 815 70 070. Privatpersoner kan få veiledning på helsenorge.no eller ved å ringe Veiledning helsenorge.no på telefon 23 32 70 00.

Dokumentene kan lastes ned på www.tannlegeforeningen.no under Profesjon og Fag – Trygd og tannbehandling.

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





NTFs symposium 2019

TEMA: Den akutte pasient

Påmelding: www.tannlegeforeningen.no

Tid: 14. -15. mars 2019

Sted: Clarion Hotel The Hub, Oslo



NTFs symposium

– i ny drakt og for hele tannhelseteamet!

Holmenkollsymposiet har vokst, og kommer nå i ny drakt, på nytt hotell. Nytt navn er NTFs symposium, og nytt sted er det nyåpnede Clarion Hotel The Hub midt i Oslo sentrum. Nytt av året er også at vi har utarbeidet en egen parallell for tannhelsesekretærer og assistenter på symposiet.

Tema for begge paralleller er «Den akutte pasient». Hovedfokuset er akutte tilstander innen odontologien, men vi vil også belyse generelle akutte situasjoner som kan oppstå under tannbehandling.

Fagprogrammet ble sendt ut med Tidende 11/2018 og kan lastes ned på www.tannlegeforeningen.no/kurs

Meld på hele tannhelseteamet og bli enda bedre forberedt på akutte situasjoner som kan oppstå på klinikken!

Sosialt program

På torsdag kveld inviterer vi til mat og underholdning i hotellets restaurant. Vi er stolte av å kunne presentere Steinar Raknes under symposiets festmiddag. Raknes er en norsk jazzbassist i verdensklasse – vokalist, låtskriver og komponist, og har spilt inn over 50 album, samt turnert over hele verden. Han er aktuell med nyttgivelsen “Chasing the real thing”.

Tid: kl 1930 **Sted:** Clarion Hotel The Hub

Pris: 1100,- inkl. drikke (ikke inkludert i kursavgiften)

Kursavgift

Parallell for tannleger

Kr 7200 inklusiv lunsj begge dager, før fristen 4. februar.

Etter fristen øker kursavgiften med kr 500.

Ikke-medlemmer betaler dobbel kursavgift.

Parallell for tannhelsesekretærer

Kr 4600 inklusiv lunsj begge dager, før fristen 4. februar.

Etter fristen øker kursavgiften med kr 500.

Påmelding

www.tannlegeforeningen.no

Det vil være deltakerbegrensning på begge parallellene.

Kurset teller 12 timer i NTFs etterutdanningssystem



Den norske
tannlegeforening



NTFs
SYMPOSIUM

MNTF

– et kvalitetsstempel!

Ved å velge en MNTF-tannlege skal pasientene vite at de er i trygge hender. Tittelen MNTF beviser at tannlegen er medlem i en forening som setter pasienten først ved å

- **stille krav til alle medlemmer om faglig oppdatering og obligatorisk etterutdanning.**
- **forplikte medlemmene til å følge foreningens etiske regler.**
- **ha en gratis, organisert klageordning.**

Det er kun medlemmer av NTF som kan benytte seg av MNTF sammen med sin tittel som tannlege/tannlegespesialist. Dersom andre benytter vårt varemerke uten å være medlem av foreningen, vil dette kunne medføre sanksjoner eller pålegg om å stoppe bruken, krav om erstatning for urettmessig bruk, kompensasjon eller tilsvarende.

På timekort, visittkort, nettsider, skilt og i andre sammenhenger kan du markere at du er en av Den norske tannlegeforenings 6500 medlemmer.

Vær sterk, stolt og synlig. Vis at du er en MNTF!



Den norske
tannlegeforening

DET ENESTE ARGUMENTET MOT ADMIRA FUSION KAN EVENTUELT KOMME FRA DEG.



**IDS
2019**

Besøk oss på Köln (Tyskland),
12.-16.03.2019
Stand R8/S9 + P10, Hall 10.2
Stand C40, Hall 5.2

Ny: Rent porselen for direkte fyllinger.

Ikke annet enn imponerende fordeler:

- 1) Ingen klassiske monomerer, ingen gjenværende monomerer!
- 2) Uovertruffent lavt nivå på herdekrymping!
- 3) Universalt bruk og fullstendig familiær i bruk!

Kanskje du nå kan fortelle oss hvilke argumenter som taler imot denne – dersom du kan finne noen.



Siste nytt fra lokal- og spesialistforeningene

I de kommende utgavene av Tidende vil vi presentere siste nytt om hva som rører seg rundt omkring i lokalforeningene, og litt tanker om hva som skjer både av kursvirksomhet, politisk og i styre og stell av foreningene. Først ut er Oslo og Nord-Trøndelag tannlegeforening.

Intervju med Kjetil Strøm – leder i Oslo Tannlegeforening



Øystein Thomassen, Pouria Pourriahi og Marte-Mari Uhlen deltok som nyvalgte styremedlemmer på NTF kurs for nye tillitsvalgte.

– Hva har vært de viktigste oppgavene for lokalforeningene den siste tiden (6–12 måneder)?

– De viktigste oppgavene for Oslo Tannlegeforening er å ivareta våre medlemmer ved å tilby dem veiledning, kurs og sosiale arrangementer. I 2018 har alle våre kurs og med-

lemsmøter vært fullbooket (Referat og oppsummeringer finnes på oslotann.no).

I alt har vi arrangert seks gratis medlemsmøter med pluss/minus 300 deltakere per gang. I tillegg har vi hatt et heldagskurs og to regnskapskurs med betaling.



Gruppearbeid under Forum for tillitsvalgte 2017. Fra OTF deltok nestleder Carina Urke (nr. 3 fra venstre) og styresekretær Øystein Thomassen (nr. 4 fra venstre).

På generalforsamlingen derimot dukket det dessverre bare opp 28 deltakere, men vi som var der fikk en god diskusjon rundt OTF og alle verv ble fylt opp av nye tillitsvalgte.

Vi har også gitt ut seks papirutgaver og en nettutgave av OTF-nytt i 2018, noe som bidrar til å spre informasjon om OTF og kursene til våre medlemmer.

– Hva har vært de største utfordringene?

– Manglende innbetaling av lokalforeningskontingent er et av våre store problem – og vi purrer flere ganger til de samme personene. Heldigvis betaler de fleste i løpet av året, men det er plagsomt å måtte purre så mange ganger. Det er også en kjensgjerning at mange av våre medlemmer ikke forstår at man må være medlem av en lokalforening for å kunne være medlem av NTF.

Vi har også en del utfordringer med påmeldte til medlemsmøter som ikke møter opp. I og med at arrangementene er fullbooket betyr det at de tar plassen til andre medlemmer som virkelig ønsker å delta, og er rett og slett dårlig gjort mot sine kolleger.

Vi har også noen utfordringer med at ikke alle er like flinke til å oppdatere e-post- og postadresser til NTF. Dette fører til mye retur av OTF-nytt, og gjør det vanskelig å gi våre medlemmer riktig informasjon.

– Hva var høydepunktene?

– Det er veldig morsomt at alle medlemsmøtene gjennom hele året var fullbooket. Det er stor interesse fra medlemmer for å delta, noe som våren 2018 medførte flere klagebrev fra folk som ikke fikk plass.

OTF opplever også stor pågang fra dentalbransjen som vil delta med utstillinger på medlemsmøtene og heldagskurset. Det er allerede ventelister for kurs og medlemsmøter i 2019.

– Hvordan jobber foreningen med nye medlemmer og tillitsvalgte?

– Informasjon til nye medlemmer sendes ut på mail, men det er vanskelig å nå alle nye medlemmer. De siste årene har OTF økt medlemsantallet med over 200 medlemmer, og med tanke på litt frafall vil det si at vi har nok hatt godt over 300 nye medlemmer. Så NTF og OTF er fremdeles viktig for tannlegene i Norge. Alle nye tillitsvalgte tilbys deltakelse på NTFs tillitsvalgtkurs, så langt dette lar seg gjøre. Vi forsøker også å ha en glidende overgang i alle verv, slik at nye medlemmer i komiteer og styret alltid møter erfarne medlemmer som kan lære dem opp.

Styret, valgkomiteen og de andre tillitsvalgte jobber aktivt for å verve nye tillitsvalgte på kurs, møter og samlinger. På medlemsmøtene treffer styret og andre tillitsvalgte flere engasjerte medlemmer som vi forsøker å rekruttere inn i styrer og verv.

– Hvordan ser du på dagens situasjon for OTFs medlemmer, og hvorfor er det viktig å være medlem av OTF?

– Med over 1 500 medlemmer (ordinære, assosierte, studenter og pensjonister), er det mange saker som er aktuelle, ikke minst med tanke på det pressede markedet rundt hovedstaden. Flere av våre privatpraktiserende unge tannleger jobber under dårlige arbeidsvilkår og kontrakter, noe som henger sammen med en generell tendens til at der for lite å gjøre for de private tannlegene. Vi ser også at det ikke bare er vanskelig å starte egen praksis, men at det også er blitt svært vanskelig å overta små praksiser. Lokalene og utstyret er dyrt, bankene er lite medgjørnlige til å tilby lån, og pasientgrunnlagene kan ofte være usikre. Påleggene fra Helsedirektoratet i forbindelse med Helfo, Norsk Helsenett og dyre digitale løsninger er også med på å gjøre det vanskelig å eie klinikk selv. Dette fører til at flere av våre små praksiser legges ned og man ser en økt kjededannelse. Kjededannelse i seg selv er ikke i utgangspunktet negativt, men når kontraktene og vilkårene bare blir dårligere, samtidig som det er mange tannleger «å ta av», vil jeg si at det er blitt svært mye vanskeligere å være privatpraktiserende tannlege i Oslo.

For de offentlige tannlegene i området er det stadig ekstra pasienter og pasientgrupper som skal behandles, og i tillegg en konstant tilflytting til området. Samtidig overføres det svært få ressurser til å faktisk behandle disse pasientene.



OTFs leder Kjetil Strøm og æresmedlem Aleidis Løken.

Presset som dette medfører fører til ekstra belastning for tannlegene, noe som fører til økte sykemeldinger og økt press på de tannlegene som blir stående igjen. Ved siste opp-telling i tannhelsetjenesten i Oslo før jul 2018 så man i media at nesten 15 000 pasienter ikke har vært inne til kontroll på det tidspunktet de skulle vært inne til kontroll. Regner man med behandling disse pasientene vil trenge ser man at det vil trenge betydelige ressurser for å dekke opp dette etterslepet.

Universitetet i Oslo sliter også med gjentatte kutt i bevilgninger og stadige pålegg fra både Kunnskapsdepartementet og Helsedepartementet. Disse kuttene gjør det vanskeligere å drive den gode tannlege- og spesialistutdannelsen Universitetet i Oslo ønsker, og er med på å skade de store og gode forskningsmiljøene.

Alle disse utfordringene er temaer som er viktig for OTF, og sammen med NTF arbeider vi hardt for å være med å påvirke forholdene, og hjelpe medlemmer som trenger det med juridisk veiledning og forhandling av gode kontrakter og avtaler.

– *Hvordan oppleves det å være leder i foreningen?*

– Å være leder i Oslo Tannlegeforening kan til tider være svært krevende. Som leder skal man prøve å se helheten blant alle våre forskjellige medlemmer og forsøke å ivareta dem alle på best mulig måte. Jeg hadde ikke klart det uten vår eminente kontorsjef, Tine Berg. Hun holder kontroll over alle aktivitetene og sørger for at jobben min blir både lettere og bedre. Jeg hadde ikke kunne vært leder i så mange år uten henne. Jeg er også takknemlig for et særdeles dyktig tillitsvalgsapparat i OTF, og er veldig stolt over den jobben våre tillitsvalgte gjør for våre medlemmer.

– *Hva vil skje i foreningen i tiden som kommer?*

– Vi kommer i fremtiden til å fortsette å jobbe for å holde lokalforeningskontingenten nede, samtidig som vi ønsker å tilby gode tjenester, medlemsmøter og andre kurs til våre medlemmer. Grunnet vår gode økonomi har vi muligheten til å tilby våre medlemsmøter gratis til våre medlemmer, og det er et gode som jeg anser som veldig viktig for våre medlemmer. Med tanke på kravene til obligatorisk etterutdanning, ønsker vi i OTF å hjelpe våre medlemmer å nå dette målet. Klagenemden i Oslo tør jeg påstå er blant de mest hardtarbeidende klagenemndene i landet, og vi håper gjennomgangen av vedtektene i NTF og en eventuell forsterking av Etisk råd kan bidra til å hjelpe både dem og styret i OTF med våre etiske og tekniske problemstillinger/klager.

OTFs fagnemnd har gjort en meget god jobb under Sofia Johanssons ledelse og sørget for mange gode medlemskurs. Medlemskursene for 2019 var ferdigbooket allerede i sommer og 2020 er også snart komplett.

OTFs styre kommer til å fortsette arbeidet med å hjelpe våre privatpraktiserende med å tilby gode kurs i regnskapsføring og selvangivelse. I tillegg ser vi for oss at vi i året som kommer skal bidra i revisjonen av NTFs vedtekter, samt finne gode egnede kandidater til NTFs verv i forbindelse med generalforsamlingen i november 2019.

Redaksjonen i OTF har fått ny redaktør etter flere år under Marianne Horgens gode ledelse. Det blir spennende å se i hvilken retning den nye redaktøren, Linn Kjersti Sundar, kommer til å føre OTF-nytt, og om vi i fremtiden kommer til å bli heldigitale eller fortsatt ha en trykket papirversjon.

– *Noe annet dere har på hjertet?*

– OTF håper en revisjon av Helfos gule hefte vil medføre at det vil bli enklere for de privatpraktiserende. Ansvarer som pålegges våre tannleger er høyt, og et enklere regelverk kun-

ne vært med på å lette byrden av å drive selv. Vi håper også at det skal bli enklere å drive egen praksis i Oslo-området, slik at tannlegepraksiser i hovedsak eies av tannlegene selv, og ikke hedgefonds eller investorer.

Vi håper også at den offentlige tannhelsetjenesten blir sett og hørt, slik at ressursene de trenger for å kunne drive en forsvarlig tannhelsetjeneste tilføres. Den beste tannbehandlingen er forebyggende tannbehandling, men for å kunne klare dette er man nødt å prioritere det og tilføre ressursene og kunnskapen som trengs.

La Cascada Declaration i fra 2017 oppsummerer godt mange av de utfordringene vi står ovenfor både i Oslo, Norge og resten av verden. Selv om jeg ikke er enig i hvordan de foreslår å løse disse problemene, er jeg enig at noe må gjøres. Vi er medisinsk helsepersonell (tannLEGER) som behandler PASIENTER med irreversible og potensielt fatale inngrep, vi er ikke kosmetikkforhandlere som selger produkter til kunder!

Intervju med Niklas Angelus, leder i Nord-Trøndelag Tannlegeforening

– Hva har vært de viktigste oppgavene for lokalforeningene den siste tiden?

– Den viktigste oppgaven for lokalforeningen har vært å rekruttere ny kasserer etter uventet bortgang av Otto Indgul, en mangeårig tillitsvalgt i lokalforeningen som er dypt savnet. Til tross for iherdige forsøk fra valgkomiteen viste det seg å være vanskelig, og NTF steppet derfor inn i denne nødsituasjonen – hjertelig takk for dette!

En annen viktig oppgave var å lodde stemningen blant medlemmene rundt sammenslåing med Sør-Trøndelag Tannlegeforening. De fremmøtte på årsmøtet ønsket med et stort flertall at NTTF fortsetter som egen lokalforening. Argumenter som ble nevnt var store regionale avstander ved en sammenslåing med STTF. Det er jo ikke så lenge siden (1985), at NTTF ble stiftet, blant annet nettopp på grunn av store avstander i tidligere Trøndelag Tannlegeforening. Et



Leder i NTTF Niklas Angelus med de ansatte på klinikken.



Sykehjelpsordningen

Sykehjelpsordningen yter stønad til tannleger ved sykdom, fødsel/adopsjon og pleie



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



Spillet på Stiklestad. Foto: Niklas Angelus.

annet argument for å fastholde status quo er at det anses som viktig for demokratiet i foreningen at regionale lokalforeninger blir opprettholdt, og at utfordringene i eksempelvis Kolvereid er annerledes enn i Trondheim sentrum.

– Hva har vært de største utfordringene?

– De største utfordringene har som nevnt vært å rekruttere ny kasserer. Det er også en kontinuerlig utfordring å rekruttere nye tillitsvalgte, samt å få medlemmene til å møte på årsmøtet og det tilhørende årsmøtekurset.

Hva var høydepunktene?

Blant de absolutte høydepunktene var TSE-kurset i regi av komposittkameratene. I 2018 var det vår tur til å være vertskap for modul 7 om restorativ behandling med tittel «Når blir det nødvendig med fylling, og hvordan gjør vi det?». Tilbakemeldingene vi fikk på evalueringen var kjemppegode, hvor godt over 90 prosent var veldig fornøyd med det faglige innholdet og 100 prosent var veldig fornøyd med kursgiverne. 100 prosent av de som svarte på evalueringen sa også at de vil anbefale kurset til kollegaer!

Årsmøtekurs på Stiklestad er også et veldig viktig arrangement for oss, og var veldig vellykket.

Også må jeg også nevne at NTTF fikk egen Facebook-gruppe i året som gikk, som heter «Kursnyheter – Nord-Trøndelag Tannlegeforening».

I tillegg til egne kurs og arrangementer var det viktig for oss å få på plass en endospesialist som har startet i Levanger.

– Hvordan jobber foreningen med nye medlemmer og tillitsvalgte?

– Kommunikasjon med medlemmer kan by på diverse utfordringer siden mange nye medlemmer ikke registrerer seg med riktig kontaktinformasjon i NTFs register. Da blir det vanskelig å nå disse via elektronisk kommunikasjon. Ofte er det lokale initiativ fra nærmeste kolleger som gjør at vi får kjennskap til de nye medlemmene. Når det gjelder nye tillitsvalgte så takker vi NTF for sitt «Kurs i rollen som tillitsvalgt», der et styre-



FRILSLE BERG. Leder i Nord-Trøndelag tannlegeforening Niklas Angelus frykter for de alvorlige konsekvensene av høytforbukt av antibiotika.

I fremtiden vil tannverk kunne være dødelig

Begrens antibiotika

Vi har alle et ansvar i å forhindre at denne dron. Det gjør ved å bruke andre medisiner som er trygge og effektive. Det betyr at både pasienter og helsepersonell må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

1. Helsepersonell er ansvarlig for å sikre at antibiotika brukes riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

2. Pasienter er ansvarlig for å bruke antibiotika riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

3. Helsepersonell er ansvarlig for å sikre at antibiotika brukes riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

4. Pasienter er ansvarlig for å bruke antibiotika riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

5. Helsepersonell er ansvarlig for å sikre at antibiotika brukes riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

6. Pasienter er ansvarlig for å bruke antibiotika riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

7. Helsepersonell er ansvarlig for å sikre at antibiotika brukes riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

8. Pasienter er ansvarlig for å bruke antibiotika riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

9. Helsepersonell er ansvarlig for å sikre at antibiotika brukes riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

10. Pasienter er ansvarlig for å bruke antibiotika riktig. Dette betyr at de må være oppmerksomme på å bruke antibiotika riktig, og å begrense bruken av antibiotika.

Namdalsavisen – utklipp av leserbrev om antibiotika skrevet av leder Niklas Angelus.

medlem nå har meldt seg på. Dette kurset er viktig både for å få oppdatert informasjon og innsikt i styre og stell i NTF, men også for at de ulike lokalforeningene kan utveksle tips og erfaringer. Ellers er det stabilitet i lokalforeningen med flere tillitsvalgte som har hatt sine verv i mange år.

– Hvordan oppleves det å være leder i foreningen?

– Etter å ha vært leder siden 2007 kan jeg ikke si annet enn at NTF er mer enn en forening, sekretariatet er jo helt fantastisk! Når man møter de fleste andre tillitsvalgte så opplever jeg at man møter gode venner. Man lærer bestandig noe nytt når man er på tillitsvalgtmøte, og jeg synes det er interessant når man på foreningens vegne er i dialog med lokalavisa eller lokale politikere. Det er veldig givende å være med som tillitsvalgt i lokalforeningen, og kan anbefale dette til alle som ønsker å være med å påvirke hvordan hverdagen som tannlege skal se ut.

– Hva vil skje i foreningen i tiden som kommer?

– Etter sammenslåingen av Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag har Fylkeskommunen vedtatt en ny tannlegevaktordning. Den nye ordningen vil medføre færre vakter i tidligere Nord-Trøndelag enn tidligere og vil kunne medføre lengre reisevei for noen pasienter siden Ytre Namdal ikke lenger er med i ordningen og den søndre grensen er blitt flyttet fra Steinkjer til Levanger. NTTF ble ikke involvert i disse beslutningene, så vi er litt spente på hvordan dette vil utvikle seg. Vi har hatt en vaktordning i 11 år som har fungert godt, takket være godt samarbeid mellom Fylkeskommunen og medlemmene i lokalforeningen, der kollegial solidaritet er grunnlaget for hele ordningen. Jeg velger å tro at den nye ordningen også kommer til å fungere godt

– Noe annet dere har på hjertet?

– På de siste tillitsvalgtmøtene jeg har deltatt på var det flere kolleger som spurte meg om NTTF kommer til å fortsette som egen forening eller slå seg sammen med Sør-Trøndelag. Som tidligere sagt så ønsket flertallet av de oppmøtte på forrige årsmøte at vi fortsetter som egen forening, og vi håper NTF bistår NTTF og andre små lokalforeninger som ønsker å fortsette som egen lokalforening med de utfordringer dette innebærer. For eksempel kan ubetalt medlemskontingent i en liten lokalforening, eller dårlig oppmøte på et lokalt kurs ha veldig uheldige konsekvenser, så vi håper at lokalforeningsmedlemmene tar dette til etterretning, ellers vil det bli vanskelig å fortsette som egen lokalforening.

Zirkonzahn®

IDS®
2019

12. – 16. MARCH
HALL 4.2
G-010/J-019

THE VALLEY OF KNOWLEDGE

DIGITAL
PATIENT ANALYSIS

DIGITAL
WORKFLOW

SOFTWARE

MATERIALS &
IMPLANT ABUTMENTS

SCANNER &
MILLING UNITS

“DIE ZIRKONZAHN
SCHULE”

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

Arbeidsliv

Oversending av pasientjournal til Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Der en pasient har krevd erstatning fra NPE etter tannbehandling, vil pasientjournalen veie tungt i vurderingen av erstatningskravet.

NPE trenger journalopplysninger og annen dokumentasjon fra behandlingsstedene for å vurdere den behandlingen pasienten har fått.

NPE har kontaktet Tannlegeforeningen og informert om at enkelte sender pasientjournaler på e-post til NPE. E-post er i utgangspunktet ukryptert. Den går ikke direkte fra sender til mottaker, men via forskjellige knutepunkter før den kommer frem. Kommunikasjonen kan overvåkes på veien til mottaker, og derfor kan ikke pasientjournaler, som er sensitive personopplysninger, sendes på e-post.

Hvordan skal så pasientjournalen oversendes?

Det er ønskelig med digital oversending både fordi det er enklere å tyde digitale bilder og fordi NPE slipper å digitalisere materialet.

Sykehus- og fastleger har tilgang til å sende sikre EDI-meldinger på Norsk helsenett. Alle mottakere er søkbare i systemet, slik

at disse kan sende epikrise eller dialogmelding med vedlegg til NPE.

For tannlegene er det oftest Opus dental/Vismalink som er utgangspunktet. Det innebærer en annen oppbygging, hvor de mottakerne man ønsker å få satt opp må bestilles fra leverandøren. Siden NPE-saker heldigvis er engangstilfeller for de fleste anbefales det ikke å få satt opp NPE som mottaker. NPE vil fremover jobbe med å finne en løsning slik at de kommer på listen over standardmottakere, og med det løse utfordringen med sikker oversending av pasientjournal.

I mellomtiden anbefaler NPE at oversending av pasientjournal gjøres ved å lagre journalen på en USB-pinne som krypteres før den sendes i vanlig post. Det kan gjøres med BitLocker, som finnes på PC-er med Windows.

Passordet som skal brukes for å åpne journalen sendes enten som papirbrev i en annen konvolutt, eventuelt i e-post til postmottaket i NPE med referanse til saksnummeret.

Silje Stokholm Nicolaysen
Juridisk rådgiver



TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Spør advokaten

Tannlegers henvisningsrett

Jeg er kjent med at tannlegers henvisningsrett har vært på høring – er det formelt vedtatt? Hvilken forskrift eller lovverk kan vi i så fall vise til?

Svar:

Det stemmer, og etter høringen er det vedtatt en ny forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften).

Den nye forskriften trådte i kraft fra 01.01.2017 og § 2 første ledd ble endret slik at tannleger og psykologer også kunne henvise til poliklinisk spesialisthelsetjeneste.

Pasienten skal normalt være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse ytes, og for at egenandel etter denne forskriften skal kunne kreves. Pasienten kan også være henvist fra optiker til øyenlegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus. Videre kan pasienter være henvist til

poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste.

Før endringen så forskriftens § 2 slik ut:

Pasienten skal normalt være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut utenfor vedkommende sykehus for at godtgjørelse ytes, og for at egenandel etter denne forskriften skal kunne kreves. Pasienten kan også være henvist fra optiker til øyenlegespesialist/øyeavdeling utenfor vedkommende sykehus. Videre kan pasienter være henvist til poliklinisk tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet fra kommunal helse- og omsorgstjeneste eller sosialtjeneste.



NYHET!

En estetisk flowkompositt basert på SphereTEC™-teknologien

Ceram.x Spectra™ ST flow
Flowable Composite Restorative

- Tixotrop og fleksibel konsistens for optimal kontroll
- Hele VITA¹-skalaen dekkes av kun 5 farger
- Poleres raskt til fantastisk glans
- Sterk og motstandsdyktig mot misfarging



THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

NTF – medlemstilbud

Book en jurist

Book en jurist vil være et medlemstilbud ved en rekke av NTFs arrangementer våren 2019. Du vil som medlem få anledning til å reservere tid med en av NTFs advokater og få veiledning innen f.eks lønn- og arbeidsvilkår, kontrakter, arbeidskonflikter eller spørsmål om oppsigelser, ferie og/eller permisjon.

NTFs symposium 2019

Oslo 14. – 15. mars

Treffetid torsdag 11.00-16.00

Midt-Norgemøtet 2019

Trondheim 28. – 29. mars

Treffetid torsdag 11.00-16.00

Midnattssolsymposiet 2019

Tromsø 13. – 14. juni

Treffetid torsdag 11.00-16.00



Den norske
tannlegeforening

Det vil blant annet være mulighet for å få veiledning innenfor

1) **Arbeidsrett**

- a. Arbeidsavtalen
- b. Lønns- og arbeidsbetingelser
- c. Oppsigelse og avskjed
- d. Ferie og feriepenger
- e. Nedbemanning
- f. Oppfølging av sykemeldte

2) **Kontraktsrett**

- a. NTFs samarbeidskontrakter mellom praksiseiere og assistenttannleger.

3) **Helserett**

- a. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse
- b. Journalføring

Avtale kan bookes ved å sende e-post til jus@tannlegeforeningen.no

Husk navn, medlemsnummer, hva saken gjelder, samt skriftlig dokumentasjon av betydning for saken.

Frister for forespørsel om time:

NTFs symposium 2019 (Oslo, 14. – 15. mars):	Mandag 4. mars
Midt-Norgemøtet 2019 (Trondheim 28. – 29. mars):	Mandag 18. mars
NTFs Midnattssolsymposium (Tromsø 13. – 14. juni):	Mandag 3. juni



**Den norske
tannlegeforening**



Primescan og Omnicam

Konstruert for overlegen ytelse.

En integrert enhet - med ditt valg av kamera. Den helt nye Omnicam 2.0 eller premium-modellen Primescan – begge state of the art intraorale skannere på den samme intuitive plattformen. Tilgjengelig både som skanner for digitale avtrykk og som komplett chairside system. Sømløs, validert og åpen arbeidsflyt gir den enkleste og sikreste tilkobling internt i klinikken, til ditt foretrukne laboratorie eller til vårt utvalg av godkjente partnere.

Enjoy the scan.

Få mer informasjon: dentsplysirona.com/primescan eller kontakt din lokale Dentsply Sirona spesialist Vivian Heiaas (+47 976 50 206) eller vår sertifiserte partner Jacobsen Dental.

Snakk om etikk

Etikk som driver i tannhelsetjenesten

I løpet av året 2018 har NTF, både på Holmenkollsymposiet i mars og under landsmøtet i november, tatt tak i problemstillinger rundt etikk i tannlegeyrket. Det er et viktig fokus, og det har vært interessante presentasjoner og diskusjoner som medlemmene inviteres til å delta i. Det er særlig prisverdig at tannlegers yrkesetikk løftes fram og belyses på NTFs store og viktigste møteplasser.

NTF velger i sitt representantskapsmøte medlemmer til NTFs råd for tannlegeetikk (Etisk råd). Rådet har følgende oppgaver

- bidra til at regelverket gjøres kjent for medlemmene
- gi råd og veiledning i etiske spørsmål
- utrede etiske problemstillinger
- i samarbeid med NTFs lokalforeninger påse at de etiske regler overholdes
- treffe avgjørelser i saker som gjelder overtredelse av regelverket

I denne sammenhengen vil jeg peke på kulepunktene som omtaler etiske spørsmål og etiske problemstillinger generelt, og våge et skråblikk på noen utviklingstrekk i tannhelsetjenesten fra et etisk perspektiv.

Som tannleger er vi vant med og aksepterer i stor grad at pasientens oppfatning av utseendet på egne tenner er en vesentlig faktor å ta hensyn til når vi lager forslag til behandlingsplan. Vi er også velkjent med det å fokusere på små detaljer. Noen ganger oppfattes det som et stort etisk dilemma å utføre eller la være å utføre svært små inngrep. Det er naturligvis ikke uvesentlig i odontologien hvor mye klinisk arbeid er på tann- og flatenivå.

Andre ganger melder det seg de virkelig store etiske dilemmaer. Hva er akseptabel tannhelse for hele befolkningen, inkludert de unge og eldre på institusjon? Har vi mulighet til å nå et definert mål, eller må vi leve med at det er store forskjeller? Hva ville vi prioritere dersom estetisk og kosmetisk tannbehandling ble valgt helt eller delvis bort? Kan vi sikre god kvalitet på tannlegehjelp til sykehuspasienter? Eller til en økende pasientgruppe med stor komplikasjonsrisiko etter kreftbehandling? Kan det være akseptabelt at det er opp til enkeltpersoner i omsorgen å sørge for pasientens tannhelse? Store framskritt gjøres på utstysfronten, men kan presentasjon og markedsføring av ny teknologi og digitalisering bli en viktigere driver i klinisk praksis enn hensynet

til pasientens beste? Dette er store spørsmål og krevende utfordringer som likevel kanskje er nødvendig å diskutere.

Som klinikere har vi fått en knallstart på året med kampanjen *Gjør kloke valg*. Dette er en internasjonal kampanje som kom til Norge og NTF via Legeforeningen. Den har som målsetting å involvere pasient i å ta godt begrunnede valg for tannbehandling, som det er evidens for, som ikke påfører skade og som virkelig er nødvendig. Pasienten oppfordres til å spørre seg, og vi som behandler kan også benytte dette som ledesnor og nyttig verktøy i en utredning.

- Trengs denne testen/proseduren/behandlingen?
- Hva er risiko og bivirkninger?
- Finnes det alternativer?
- Hva skjer hvis jeg ikke gjør noe?

Denne lakmustesten anbefales på det sterkeste. Alle tannleger vet at planlegging av nødvendig tannbehandling forutsetter grundig undersøkelse av pasienten, og dette innebærer mange ulike element, inkludert kompetanse og utstyr som undersøkeren behersker. En viktig begynnelse er å avklare pasients ønsker og behov, og hele tiden ha pasientens helse som det overordnede hensyn. Pasienter har ikke alltid nødvendig innsikt i årsaksforhold og sammenhenger, og må veiledes og informeres. Men kan også kanskje la seg imponere av avansert og profilert utstyr som gjør større inntrykk og vektlegges mer enn omfattende og vanskelig tilgjengelig informasjon, fram mot et behandlingsvalg?

Undersøkelsen skal lede til dokumentert(e) diagnose(r), inkludert bekrivelse av omfang og alvorlighetsgrad av patologi. Som igjen fører fram til en anbefalt behandlingsplan. Den skal være basert på evidens og erfaring i tillegg til en vurdering av risiko for skade, samt alternativer inkludert konsekvenser ved ingen behandling.

Konklusjon, for tydelighetens skyld: Det er ikke i tråd med god tannlegeetikk eller anbefalingene i *Gjør kloke valg*-kampanjen å la dyre leasingavtaler eller kostbare investeringer i verktøykassen du rår over, være bestemmende for hvilke behandlinger som anbefales og utføres i ditt virke som tannlege.

Morten Klepp
Nestleder, NTFs råd for tannlegeetikk

Kurs- og aktivitetskalender

Kurs i regi av NTF og NTFs lokalforeninger

05.–06. mars	Gjøvik	TSE Modul 9: Endodonti – 2. samling
07.–08. mars	UiO	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
11. mars	Bekkestua	Arbeidskurs i moderne endodontisk teknikk – modul 1
14.–15. mars	Oslo	NTFs symposium 2019
15. mars	Bekkestua	Arbeidskurs i endodontisk revisjonsbehandling – modul 2
15.–16. mars	Jølster	Vår møte Sogn og Fjordane tannlegeforening
21. mars	UiO	Arbeidskurs i periodonti
21.–22. mars	Alta	TSE Modul 7 – Restorativ behandling, 2. samling
21.–22. mars	Molde	TSE Modul 10 – Periodontale sykdommer, 2. samling
28.–29. mars	Trondheim	Midt-Norgemøtet 2019
04.–05. april	Kristiansand	TSE Modul 8 – Spesielle faglige utfordringer, 2. samling
24.–25. mai	Loen	Loenmøtet 2019
24.–25. mai	Kragerø	Kragerøkurset 2019
29. mai–2. juni	Funchal, Madeira	NTFs utenlandskurs 2019
13.–14. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium 2019
30. okt–02. nov	Lillestrøm	NTFs landsmøte 2019 / 30.10.2019

Andre kurs, møter og aktiviteter

21.–23. feb	Chicago	Chicago Dental Society, Midwinter Meeting
27. feb–6. mars	Svalbard	IOFOS kurs i identifisering, Rettsodontologi
12.–16. mars	Køln	IDS International Dental show 2019
14.–15. mars	Gardermoen	Tariffkonferansen 2019
20. mars		Verdens munnhelsesdag
20. mars	Oslo	Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
20. mars	Oslo	Hovedstyremøte mars
22. mars	Oslo	Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU)
29.–30. mars	New York	Tur til New York (New-Conn orthodontic foundation / NKF)
02.–04. april	Gardermoen	Nasjonalt Diabetesforum
04.–05. april	København	Tandfaglige Dage (tidligere Årskursus + Scandefa)
25. april	Oslo	Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU)
25.–26. april	Oslo	Møte NTFs fagnemnd
03.–05. mai	Traben-Trarbach, Tyskland	3D – virtual orthodontics – trend or threat?
08.–09. mai	Oslo	Hovedstyremøte mai
09.–10. mai	Oslo	Forum for tillitsvalgte
11.–13. mai	Bolgna	IAAD (International Academy for Adhesiv Dentistry)

22.–14. mai	Oslo	Samfunnsodontologisk forum 2019
12. juni	Oslo	Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
12. juni	Tromsø	Møte NTFs fagnemnd
13. juni	Oslo	Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU)
13.–14. juni	København	NOAT møte (Nordiske offentlige ansatte tannleger)
19.–22. juni	Vancouver, Canada	IADR/AADR/CADR General Session & Exhibition
20.–21. juni	Oslo	Hovedstyremøte juni
22.–24. aug	Stockholm	Nordisk kursnemndsmøte
28.–29. aug	Oslo	Hovedstyremøte august
28.–30. aug		Videregående kurs tillitsvalgte KS
04.–08. sep	San Francisco, USA	FDI World Dental Congress 2019
10. sep	Oslo	Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
18. sep	Oslo	Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU)
19.–20. sep	Oslo	Næringspolitisk Forum
26.–27. sep	Oslo	Møte NTFs fagnemnd
17. okt	Oslo	Hovedstyremøte oktober
22. okt	Oslo	Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
23.–24. okt		Lønnspolitisk forum
01.–02. nov	Aalborg, Danmark	DTFs symposium
13.–15. nov	Stockholm	Rikstämman & Swedental 2019
21. nov		Seminar for tillitsvalgte i staten
28.–29. nov	Gardermoen	Hovedstyremøte november
29. nov–01. des	Gardermoen	NTFs Representantskapsmøte 2019
29. nov–4. des	New York	Greater New York Dental Meeting
05.–06. des	Oslo	Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
12.–13. des	Oslo	Møte NTFs fagnemnd

Viktige datoer 2020

12.–13. mars 2020	Oslo	NTFs symposium
23.–24. april 2020	Trondheim	Midt-Norgemøtet
5. og 6. juni 2020	Loen	Loenmøtet
18.–19. juni 2020	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium
01.–04. sep 2020	Shanghai, Kina	FDI World Dental Congress
29.–31. okt 2020	Lillestrøm	NTFs Landsmøte

“Gjør kloke valg”

- en kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling

02 Antibiotika skal ikke forskrives ved akutte smerter

Antibiotika skal kun forskrives i forbindelse med infeksjoner som ikke kan behandles på annen måte. Akutte smerter fra munnhulen som oppstår i forbindelse med infeksjon, kan ha sin årsak i betennelse og skade av vev. Smertebehandling skal derfor i hovedsak rettes mot årsak til smerten. Der- som medikamentell behandling er nødvendig, vil betennelsesdempende og smertedempende medisiner være førstevalget, ikke antibiotika. Dette prinsippet gjelder generelt, men eksemplifiseres godt ved smerter ved irreversibel pulpitt, hvor smerten forårsakes av betennelse i tannpulpa og i vevet rundt tannen, og ikke av selve infeksjonen. Antibiotika skal derfor ikke brukes.

Referanser:

- Agnihotry A. Antibiotic use for irreversible pulpitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 17;2:CD004969. PMID: 26886473.
- Cope A, et al. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 26;(6):CD010136. PMID: 24967571.
- Sutherland S et al. Emergency management of acute apical periodontitis in the permanent dentition: a systematic review of the literature. J Can Dent As- soc. 2003 Mar;69(3):160. PMID: 12622880.

Rådene kan lastes ned i sin helhet (med beskrivelser og faglige referanser) på

www.tannlegeforeningen.no/klokevalg

Informasjon til pasienter

Pasienter oppfordres til å stille fire spørsmål om utredning og behandling:

- Trenger jeg denne undersøkelsen / behandlingen?
- Hva er risiko og bivirkninger?
- Finnes det alternativer?
- Hva skjer hvis jeg ikke gjør noe?

På www.tannlegeforeningen.no/klokevalg kan du laste ned plakat med pasientinformasjon som kan printes ut og henges på venterommet



DENTiline[®]



Sikkert og effektivt for tannlege og pasient

Med **DENTILINE** kan du tilby dine pasienter et vakkert smil ved hjelp av usynlig og effektiv tannregulering. Send oss et avtrykk, så ordner vi resten.

Online-kurs snart tilgjengelig. Følg med på **dentiline.no**

33 35 01 80
info@dentinor.no
dentinor.no

DENTINOR[®]

Valg til NTF 2019

Under årets representantskapsmøte 29.–30. november skal det foretas valg til følgende organer innen NTF:

Hovedstyret

Til hovedstyret skal det velges president, visepresident og fem medlemmer, foruten tre varamedlemmer. Hovedstyret skal også ha en representant med vararepresentant fra det sentrale forhandlingsutvalget (SF) og fra det sentrale næringsutvalget (SNU). Disse skal velges av henholdsvis Lønnspolitisk forum og Næringspolitisk forum, og valget skal godkjennes av representantskapet.

Ordfører og varaordfører

Til representantskapet skal det velges ordfører og varaordfører.

Fagnemnd

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

Redaksjonskomité

Til redaksjonskomiteen for NTFs Tidende skal det velges tre medlemmer og to varamedlemmer.

Kontrollkomité

Til kontrollkomiteen skal det velges tre medlemmer og varamedlemmer.

NTFs råd for tannlegeetikk

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

Den sentrale ankenemnd for klagesaker

Til ankenemnden skal det velges tre medlemmer og ett varamedlem.

Sykehjelpsordningen for tannleger

Til styret for sykehjelpsordningen skal det velges tre medlemmer og tre varamedlemmer.

◀◀ tilbakeblikk

19
/ 19

At bite negler

For at vænne eldre barn fra det sunnhetsskadelige at bite negler, anbefaler jeg at forhøie biddet ved hjelp av bidkapper. Det er lykkedes mig hos en 12 aars gammel pike ved at cementere paa 2 bidkapper fra 6–3 3–6 i undermundten efter 6 ukers bruk at befri hende fra denne stygge vane.

Innsendt av dr. Paul Berger
🕒 Juli 1919, 5. hefte

19
/ 69

Beordringsloven forlenges

Så ligger en ny proposisjon på bordet og forteller at beordringsloven skal forlenges nok en gang. Vi skal ikke gjenta det som så ofte før er sagt om denne lov, men bare konstatere at fremdeles mener man tannlegetjenesten ute i distriktene, representert ved Folketannrøkta, og særlig nordpå – er helt avhengig av adgangen til å beordre tannleger dit.

N.T.F. har nu i noen tid hatt anledning til å delta i arbeidet med å forberede de stimuleringsiltak som før eller senere må avløse denne loven. Vi har engasjert oss i arbeidet med alternativet studentstipend med tilknyttet tjenesteplikt, og i informasjonsvirksomheten overfor studentene, slik at stimuleringsiltakene blir forstått etter sin verdi.

Fra lederartikkel av Arne Sollund
🕒 Februar 1969, hefte 2

20
/ 09

Jubileumsåret godt i gang

I 2009 fyller NTF 125 år. Nærmere bestemt 15. oktober, som også er åpningsdagen for NTFs landsmøte. Dette er litt – men bare litt – tilfeldig. Foreningens vedtekter sier nemlig at landsmøtet skal holdes så nært opp til foreningens stiftelsesdag som mulig.

På selveste dagen går den største av jubileumsaktivitetene av stabelen i Operaen i Oslo. Og det er slett ikke den eneste markeringen som er planlagt. Her blir det aktiviteter på flere plan gjennom hele året. Men det meste – og det største – er lagt til noen dager midt i oktober.

🕒 Februar 2009, nr. 2

Valgkomité

Det skal velges en valgkomité på fem medlemmer.

Valgordning

Valgene foretas av representantskapet. Alle medlemmer av NTF har rett til å sende forslag på kandidater, og kan sende disse direkte til valgkomiteen eller gjennom sin lokalforenings styre. Lokalforeningene blir tilskrevet direkte fra valgkomiteen. De foreslåtte kandidatene skal være forespurt og ha akseptert at de tar imot valg.

Alle valg gjelder for to år fra nærmeste årsskifte.

Forslag til kandidater

Fortegnelse over NTFs tillitsvalgte finnes på NTFs nettsted. Tillitsvalgte som ikke ønsker gjenvalg, bes melde dette skriftlig til valgkomiteens leder innen 12. april.

Forslag på medlemmer til valgkomiteen sendes representantskapets ordfører Trond Grindheim innen 1. september på e-post: trgrindh@online.no.

Alle andre forslag på kandidater bes sendt leder av valgkomiteen Aase Vintermyr innen 20. mai på e-post: aase.vintermyr@t-fk.no.



billund  products

BP Handpieces for suction

Highly flexible dental hoses with smooth or ribbed surfaces



Available in diameters ranging from 6-32 mm

Fit to all units

Heka
Italy
Kavo
Durr
Planmeca
Billund Products
Fona
Flex / XO
Sirona
Adec



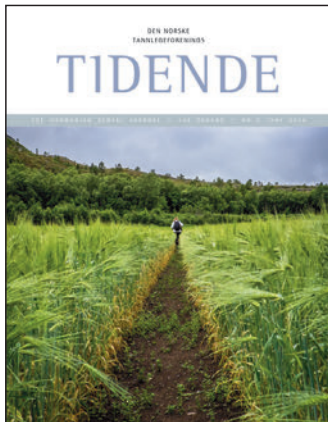
BP Handpieces
Fit to all units - worldwide

More than 25 years of experience developing and producing handpieces and accessories for dentists.

Billund Products ♦ Nymarksvej 4C ♦ DK-7200 Grindsted
www.billundproducts.dk ♦ Tel: +45 75 88 56 55

Lani Pixels 2019 © www.lanipixels.com

Sommer 2019



Tidende kommer med sommernummer i år også. Kjenner du noen som driver med noe som det er hyggelig eller morsomt å lese om? Vi trenger tips og ideer.

Kontakt oss på
tidende@tannlegeforeningen.no.

Personalia

Dødsfall

Steinar Lereim, f. 05.06.1940, tannlegeeksamen 1968, d. 11.01.2019
Hans Chr. Ellbro, f. 06.06.1968, tannlegeeksamen 1994, d. 04.01.2019
Kate Lundgren, f. 07.10.1950, tannlegeeksamen 1976, d. 31.12.2018
Reidun Bolstad Neraker, f. 13.11.1957, tannlegeeksamen 1981, d. 19.12.2018.

Bare du

Helsedirektoratet lanserte tirsdag 08. januar en ny stor satsing: «Bare du», en digital verktøykasse, hvor folks vaner når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse, tobakk og alkohol er sett i sammenheng. Verktøykassen består av digitale hjelpemidler som skal gi støtte til omlegging av levevaner.

– Folk vet utmerket godt at de har godt av å trene, spise sunt og være forsiktede med alkohol, sier helsedirektør Bjørn Guldvog i et nyhetsbrev fra Helsedirektoratet.

– Men det vanskelig å lykkes med å forandre vaner over tid, og vi må ta på alvor at det er krevende å gjøre de riktige tingene. Vi vil bli bedre til å støtte folk i endringsprosesser, sier han.

Verktøyene skal være en støtte i prosessen og består av motiverings-apper og nettsider, samlet i et digitalt hjelpesenter: helsenorge.no/baredu, og de vil bli løpende oppdatert med nye funksjoner og verktøy.

Mange har forsøkt å gjøre endringer tidligere. En god del har lyktes varig med å bli mer fysisk aktive (34 prosent), få et sunnere kosthold (27 prosent) og kutte røyken (22 prosent). Omtrent like mange har forsøkt å bli mer fysisk aktive og spise sunnere, men bare klart det en kort tid.

– Egen motivasjon er det som oppgis som hovedårsak til at man lyktes med vaneendring. Det er dette Bare Du-konseptet forsøker å bygge opp under. Samtidig vil vi vise at det er hjelp og støtte å få, både gjennom digitale

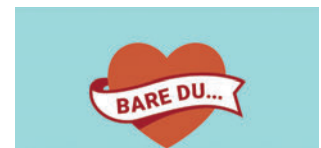
verktøy og i helsetjenesten. Vi håper alle fastleger og frisklivssentraler sammen med sine brukere og pasienter vil være med å prøve ut de nye verktøyene, sier Guldvog.

Heia meg



Et eksempel på apper i den digitale verktøykassen er «Heia meg». Her kan man velge om man vil ha hjelp til mer fysisk aktivitet, bedre kosthold,

bli mer bevisst sitt alkoholforbruk, stumpe røyken eller bli sterkere psykisk. Heia meg er en universal motivasjonsapp som gir daglige påminnelser og motiverende klapp på skuldra.



 **Dentalstøp Tannteknikk as**

TANNTekNISK LABORATORIUM

-FULLSERVICE-

Vår ekspertise din trygghet

Tlf. 55 59 81 70 • post@dentalstoep.no
www.dentalstoep.no



Vi mottar digitale avtrykk fra alle kjente system

BruxZir

Anterior SHADED

Monolittisk Zirconia



www.iti.org/congressnorway-sweden

Treatment planning: digital vs conventional.

ITI
Congress
Norway-Sweden
Oslo, Norway
May 10-11

20
19

Register
now!



Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

– en enkel og fleksibel måte å fylle myndighetskrav og obligatorisk etterutdanning

Følgende kurs er GRATIS og OBLIGATORISKE for alle medlemmer i Tannlegeforeningen:

- Strålevern
- Smittevern
- Kurs for tannleger om trygdestønad
- Personvern og informasjonssikkerhet
- Kurs for tannleger om etikk

NYE TANKKURS!

(Gratis, men ikke obligatoriske)

- Kjøp og salg av tannklinikk
- Kurs for leder om HMS

Les mer på

www.tannlegeforeningen.no/TANK

MINNEORD



Åsmund Kjærheim
1925-2018

Professor emeritus, dr. med. Åsmund Kjærheim døde 26. desember 2018, 93 år gammel.

Åsmund Kjærheim var spesialist i patologi og arbeidet ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Institutt for patologi og rettsodontologi, i mange år som prorektor, dosent og til slutt professor. Han hadde sin oppvekst på Kråkerøy ved Fredrikstad, og tok medisinsk embetseksamen i Oslo i 1952.

Privatpraksis som lege på Hadeland ga ham nyttig klinisk erfaring. I sin ungdom var han skipslege på KNM Balder. Han fortalte en gang om en dramatisk tur på tokt til Key West for å teste den norskproduserte «terneraketen» mot ubåter. De kom ut for en orkan, og dekket på Balder fikk en tverrgående sprekk.

Åsmund startet sin karriere i patologi på Rikshospitalet i 1957. Her opprettet han det første fungerende elektronmikroskopiske laboratorium i 1961, sammen med professor Olav Torgersen. Samme år ble han godkjent spesialist i patologi. Etter ansettelse ved Det odontologiske fakultet som prorektor i 1962, kunne han i 1964 sette i gang et tilsvarende elektronmikroskopisk laboratorium på Blindern. I 1966 fikk han dosentstilling ved det nyopprettede Laboratorium for elektronmikroskopi ved Det odontologiske fakultet.

I 1972 var han med på å stifte Scandinavisk forening for oral patologi og oral medisin (SFOPOM). I 1985 ble han utnevnt til professor ved Det odontologiske fakultet i Oslo. Åsmund pensjonerte seg i 1995.

Ved Det odontologiske fakultet startet Åsmund sin karriere med å undervise i generell patologi. Det var den gang et stort fag med mange undervisningstimer. Det ble imidlertid klart at det også var behov for

ytterligere ressurser til undervisning i oral patologi. Åsmund reiste da til Birmingham i Alabama for å lære mer oral patologi, fra 1968 til 1969. Etter sin hjemkomst tok han del i både undervisningen av tannlegestudenter i oral patologi og i biopsitjenesten, som kollega professor Torvald Stokke hadde startet allerede i 1958. Sammen med professor Hanna Strømme Koppang delte de biopsitjenesten.

Åsmund var en avholdt underviser. Han hadde en egen evne til å gjøre vanskelige ting enkle og forståelige. Stort sett brukte han tavle og kritt, og tegnet og fortalte. Tempoet var ikke større enn at studentene rakk å notere det viktigste og å kopiere hans tegninger. Når han i tillegg hadde en god humoristisk sans, ofte noe ironisk, som fikk studentene til å le, fremkalte han en god følelse i auditoriet. Det er svært viktig for god læring.

Åsmund syntes lærebøkene i patologi var for kompliserte. Selv skrev Åsmund et sett stensiler som var enkle å forstå, og som han mente dekket studentenes behov for kunnskap. Studentene satte stor pris på hans stensiler

Privat og på arbeidet var Åsmund hyggelig og underholdende. Han var alltid villig til å hjelpe, og en god lærer for dem som var under utdanning i oral patologi. Han hadde synspunkter på mye, også politikk. Hans skarpe tunge satte imidlertid ofte ting i relieff. Det var likevel ikke langt til det komiske og latter. Hvert år deltok vi på det årlige møtet i SFOPOM ved et fakultet i et av de nordiske landene. Her bidro Åsmund med sine kunnskaper innen oral patologi, generell patologi og elektronmikroskopi, og ga ofte forklaring på vanskelige spørsmål.

Vi lyser fred over Åsmund Kjærheims minne.

Tore Solheim, Tine Søland, Sigrid I Kvaal



DIN TYGGEGUMMI – EN ANNENS TANNBØRSTE



**1,2 MILLIONER KRONER
TIL SOS BARNEBYER
NORGE I 2018**

I en 10 ukers periode på høsten gir hvert eneste kjøp av EXTRA® et bidrag til SOS-barnebyer og vårt felles tannhelseprogram. Dette initiativet gir barn i Ghana og Botswana tannhelseopplæring, tannbørster og tannkrem. Tannhelsen blir ofte forsømt i disse landene. Siden starten av dette programmet i 2013 har vi nådd ut til nesten 250 000 barn, og med fjorårets bidrag kan vi hjelpe flere barn til en bedre fremtid!

I samarbeid med

 **SOS
BARNEBYER**
Et trygt hjem for alle barn



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

Så mange som 1 av 3 kan lide av ising i tennene*

Slik kan de følsomme områdene av tannen se ut gjennom ett mikroskop. Små hull i dentinet er eksponert.

Klinisk bevist for langvarig beskyttelse mot ising**



Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

*Addy M. Int Dent J 2002; 52: 367-375. **Ved børsting 2 ganger daglig ***Danner ett beskyttende lag over de sensitive områdene av tennene.



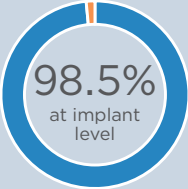
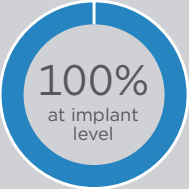
Proven excellent long-term clinical outcome for short implants

NEWLY PUBLISHED RESULTS WITH DENTSPLY SIRONA IMPLANTS PRODUCTS

Study comparing short OsseoSpeed implants with standard of care

5 years
of clinical follow-up

Short OsseoSpeed implants show similar clinical results as longer implants placed in combination with sinus floor elevation over a 5-year observation period. In addition to excellent clinical performance, benefits such as less patient morbidity in the short-term, reduced treatment time and costs were noticed for the short implant treatment group.

	6 mm OsseoSpeed implants	11-15 mm OsseoSpeed implants placed in conjunction with bone grafting
	50	51
	67	70
Implant survival at 5 years	 98.5% at implant level	 100% at implant level
Marginal Bone Level Change Loading - 5 years	-0.12 mm at implant level	-0.18 mm at implant level



Thoma DS, Haas R, Sporniak-Tutak K, et al. Randomized controlled multicentre study comparing short dental implants (6mm) versus longer dental implants (11-15mm) in combination with sinus floor elevation procedures: 5-Year data. J Clin Periodontol 2018;45(12):1465-74. Abstract



www.dentsplysirona.com/implants/science



SPESIALISTER

ENDODONTI

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Trude Udnæs
Tannlege Stig Heistein
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Tannlege Kjersti Asbjørnsen

Også lystgass.
Åsenveien 1
1400 Ski
Tlf. 64 87 28 15
Faks 64 86 52 66

Tannlegene Jan Boiesen og Sølve Larsen,

Tannlege Hilde M. Aanmoen

Brogata 10c
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 81 28 03
Faks 63 81 13 35
boiesen@online.no

Tannlege Erik Giving

Spesialist i Endodonti
Skjetten senter
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10
post@givingendo.no
www.givingendo.no

Tannlege Line Hardersen

Mølleveien 4
1540 Vestby
Tlf. 64 95 16 40
www.vestbytannlege.no

Tannlege Johan Ulstad

Brynsveien 104
1352 Kolsås
Tlf. 67 13 69 93
Faks 67 13 22 11

Tannlege Berit Aanerød

Vestbytorget Møllev. 4
1540 Vestby
Tlf./faks 64 95 16 40

Jobber også her:

Torget 1
3256 Larvik
Tlf. 33 18 44 24

AUST-AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman

Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37 02 55 33
spesialistene@tyholmen-
tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As

Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32 89 98 60
Faks 32 89 98 61
bragernes.endo@gmail.com
Tar i mot funksjonshemmede

Tannlege Unni Endal

Endodontisk behandling med spesielt fokus på:
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
Resorbsjoner
Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggt 10, 3017 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 83 55 90
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

HEDMARK

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Torggt. 83
2317 Hamar
Tlf. 62 52 65 22

HORDALAND

Oris Dental Arken Åsane

Tannlege Vilhjalmar Vilhjalmsen
Spesialist endodonti, PhD
Tilkost for funksjonshemmede.
5116 Ulset
Tlf. 55 19 77 50
arken@orisdental.no
www.oris-bergen.no
Åpningstider:
Man – Fre 7 – 22
Lør – Søn 8 - 18

Tannlege Hege Hekland AS

Tannlege Hege Hekland
Tannlege Atle Brynjulfsen
www.tannlegehegland.no
Starvhusgaten 2A
5014 Bergen
Tlf. 55 31 65 17

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia

Tannlege Tim Lehmann
Keiser Wilhelmsgt. 25
P.b. 605, 6001 ÅLESUND
Tlf: 70 10 46 70
tim@apollonia.no

Tannlege Marianne Kleivmyr

President Christies gate 19
6509 Kristiansund
Tlf 71 67 27 47
Spesialist i endodonti

OPPLAND

Tannlege Veslemøy Linde

Mjøstannlegene
Trondheimsvn. 8
2821 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 25
post@tannlegen.org

OSLO

Bjerke Tannmedisin

Tannlege Stig Heistein
sh@tannmedisin.no
Trondheimsveien 275
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

Dentales Tannklinikk Aker Brygge

Grundingen 6, 6. etg.
Tilgjengelige for bevegelseshemmede.
Tlf. 22 83 82 00
www.dentales.no
Epost: akerbrygge@dentales.no

Tannlege, spesialist i Endodonti Sissel Storli

Festningen tannklinikk AS

Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold og Kima Karimiha

Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhustann.no

Galleri Oslo Klinikken

Tannlegene Arne Loven og Dr. odont Pia Titterud Sunde

Samarbeider med oral radiolog Anders Valnes
Schweigaardsgate 6, 4 etg.
0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 30
E-post: loven.as@online.no

post@galleriosloklippen.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg
i kjeller. Heis opp til klinikk.

Grefsen Tannlegepraksis AS
Tannlege og Dr.odont. Iman Saleh
Tannlege Nicolai Orsteen
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
e-post: post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Nikola Petronijevic
Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Homansbyen Tannlegesenter As
Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
post@htls.nhn.no
www.htls.no
Tannlege Nina Wiencke Gerner
Tannlege Arash Sanjabi
Mulighet for sedasjonsbehandling ved
anestesilege

Oslo Endodontiser
Tannlege, spesialist i endodonti
Trude Bøe
Tannlege, spesialist i endodonti
Thomas H. Myrhaug
Tannlege, spesialist i endodonti
Knut Årving
Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
Fax: 21 03 76 87
www.osloendo.no
post@osloendo.no

SpesDent
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Endo spes. Gilberto Debelian
Endo spes. Andre Roushan
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Stovner Tannlegesenter DA
Tannlege Thomas H. Myrhaug
Stovner Senter 7

0985 Oslo
Tlf. 22 78 96 00
Faks 22 78 96 01

Tannlegene i Bogstadveien 51 AS
Tannlege Dag Ørstavik
Spesialist i endodonti
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby
Akersgt. 16
0158 Oslo
Tlf. 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87
annegunn@dentalpartnerne.nhn.no

Tannlege Ingela Pedersen
Drammensveien 126
0277 Oslo
Tlf. 22 55 41 79
Faks 22 55 41 85

Tannlege Homan Zandi
Tannlege Nikola Petronijevic
Spesialister i endodonti
Parkveien 60, 0254 Oslo
Telefon: 22 44 18 11
Faks: 22 44 18 12
www.homan.no
homan@zandi.no

ROGALAND
Tannlege Ole Henrik Nag
Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 52 12 23
E-mail: ole.nag@lyse.net

Tannlege Elisabeth Samuelsen
Kompetansesenteret
-spesialisttannklinikken
Torgveien 21 b, 3. etg.
4016 Stavanger
Tlf. 51 92 70 00
elisabeth.samuelsen@throg.no

TELEMARK
Tannlege Robert Austheim
Skien tannklinik, Endodontisk avdeling
Telemarksvn. 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 20

TROMS
Tannlege Anne Kjæreng
Strandskillet 5

9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

TRØNDELAG
Tannhelse Melhus AS
Spes. endodonti Eivind Skaar
Melhusvegen 451, 7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
www.tannhelsemelhus.no

Johan Andreas Furebotten
Spesialist i endodonti
Colosseum Solsiden
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
dronningentannklinik@hotmail.com

VEST-AGDER
Tannlege Cesar Ariastam
Colosseum Nordmo
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Karl Martin Loga
Farsund Tannlegesenter
Barbrosgt. 13
4550 Farsund
Tlf. 38 39 06 80
Faks 38 39 45 04

Tannlege Claus Ungerechts
Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
Faks 38 26 06 11
clunge@online.no

VESTFOLD
Tønsberg Spesialistsenter
Rambergvn 3, 3115 Tønsberg
Tannlege Berit Aanerød
Spesialist i Endodonti
Telefon: 40 69 11 00
tønsbergspesialistsenter.no
post@spesialistsenter.com

Tannlege Ruth Kristin Gran
Farmand Endo AS
Farmandstredet
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82
Faks 33 37 82 81

ØSTFOLD

Tannlege Anders Otterstad
c/o Tannlege Lisbeth Anstensrud
Verksgata 1 C
1511 Moss
Tlf. 69 27 57 50
Mob. 93 80 29 52

Tannlege Harald Prestegaard
Kirkegt. 63
Boks 53
1701 Sarpsborg
Tlf. 69 16 00 00
hara-pr@online.no

Tannlege Anders Samuelson
Spesialist i Endodonti
Fredrikstad Endodonti AS
Hans Jacob Nilsens gate 12
1606 Fredrikstad
Telefon 69 31 93 65

Tannlege Bente Wiig
Spesialist i endodonti
Heyden tannhelsecenter
Dronningensg. 19
1530 Moss
Tlf. 69 24 19 50
E-post: post@heyden.nhn.no

KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia
CBCT ved radiolog Gro Wilhelmsen Hustvedt
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Neeraj Kasbekar
Eaholmsveien 5
6518 Kristiansund
Tlf. 98 49 76 82
neerajkasbekar@protonmail.com

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS
Tannlege Caroline Hol
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Festningen tannklinikk AS
Tannlege Ulf Riis
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikken.no
firmapost@raadhusstann.no

Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Christina Stervik
Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

SpesDent
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Stein Johannessen
Grethe Blindheim
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop.

Anders Valnes – Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

ROGALAND

Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt
Kompetansesenteret
-spesialisttannklinikken
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf. 51 92 70 00
gro.wilhelmsen.hustvedt@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
CBCT ved radiolog Mats Säll
Nedre Bakklandet 58 C
7014 Trondheim
Tlf: 73 56 88 00
post@baketannlegekontor.no
www.baketannlegekontor.no

KJEVEORTOPEDI

AKERSHUS

Asker Tannregulering
David Weichbrodt
Torvveien 7
1383 Asker
Telefon 66 90 20 20
Faks 66 90 20 19
info@askertannregulering.no
www.askertannregulering.no

Dag Kjellands Tannklinikk AS

Tannlege Dag Kjelland
Storgt. 12, Jessheim Storsenter
2050 Jessheim
Tlf. 63 98 39 10
Faks 63 98 39 20
post@dagkjelland.no
www.dagkjelland.no

DENTA Tannklinikk

Kristin Aanderud-Larsen
Spes. Kjeveortopedi
Gartnerveien 1
1394 Nesbru
Tlf. 22 20 21 34
kr-aan@online.no

Orthobond (tidligere SpesDent Romerike)

Tannlege Marianne Jentoft Stuge
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
www.orthobond.no
Kontakt@orthobond.no

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia
Tannlege, Dr.odont Nils Jørgen Selliseth
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
nils.jorgen@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

Adamstuen tannhelsekinikk
Tannlege PhD Dorita Preza
Spesialist i kjeveortopedi
Ullevålsveien 82B, 0454 Oslo
Tel: +47 22 46 79 32
E-mail: post@adamtann.nhn.no

Galleri Oslo Klinikken

Kjeveortoped Parandosh Afnan

Samarbeider med oral radiolog Anders Valnes

Schweigaardsgate 6, 4 etg.

0185 Oslo

Tlf. 22 36 76 30

post@galleriosloklinikken.no

www.galleriosloklinikken.no

Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller. Heis opp til klinikk.

Grefsen Tannlegepraksis AS

Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak

Kjelsåsveien 7

0488 OSLO

Tlf. 22 15 30 00

Faks 22 15 29 00

post@tannlegepraksis.no

www.tannlegepraksis.no

iSmile Tannregulering

Kjeveortopedene Stefanie Steinhäuser –

Andresen og Line Minster

Sandstuveien 60A, 1184 OSLO

Tlf: 22 23 11 00

post@ismiletannregulering.no

www.ismiletannregulering.no

Kjeveortoped1

Nationalteatret stasjon

Tannlegene Ingunn Bertheig og Espen Dahl,

spesialister i kjeveortopedi

Ruseløkkveien 6, 0251 Oslo

Tel. 22 83 87 00

post@kjeveortoped1.nhn.no

www.kjeveortoped1.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop.

Ragnar Bjerig – Spesialist i kjeveortopedi, PhD

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo

Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo

Tlf: 22 20 50 50

post@tannspes.nhn.no

www.tannspes.no

Tannlege Håkon Haslerud Høimyr

Akersgata 51, 0180 Oslo

Tlf. 22 42 74 42

Hjemmeside: sveinhoimyr.no

Tannlege Svein Høimyr

Akersgata 36, 0180 Oslo

Tlf. 22 42 74 42

Faks 22 42 74 02

Tannlege Kim Christian Johansen

Tann- og kjeveklinikken

Nedre Rommen 5 C, 0988 Oslo

www.tannogkjeveklinikken.no

kim@tannogkjeveklinikken.no

Tlf. 22 21 42 22

Kjeveortoped Magnhild Lerstøl

Sørkedalsveien 90 B

0787 OSLO

Tlf. 22 52 24 00

magnhild@reguleringstannlegen.no

Tannlegene Hassan Zarbakhsh

Movahhed og Siv Myrland

Oslo Tannregulering Avdeling -Linderud,

Linderud Senter

Erich Mogensøns vei 38, 0517 Oslo

Postboks 14 Linderud

Tlf. 22 88 36 00

Mobil 48 04 51 17

Oslo Tannregulering Avdeling – Mortensrud

Senter Syd Mortensrud

Lofsrudveien 6, 1281 Oslo

Tlf. 22 62 91 20

Mobil 48 04 51 17

www.oslo-tannregulering.no

post@oslo-tannregulering.no

Kjeveortoped Yngvil Ørstavik Zachrisson

Nationalteatret – Oslo Sentrum

Stortingsgt. 28, 0161 Oslo

Tlf. 24 13 41 41

post@reguleringstannlegen.com

www.reguleringstannlegen.com

VEST-AGDER

Tannlege Dr n.med. Spesialist i

kjeveortopedi Kate Mroz Tranesen

Tannregulering Kristiansand AS

H.Wergelandsgate 17

4612 Kristiansand

tlf 38 02 31 90

www.tannregulering-krs.com

VESTFOLD

Kjeveortoped Kristin Aanderud-Larsen

c/o Tannklinikken Skeie

Aagaards plass 1

3211 Sandefjord

Tlf. 33 46 61 71

resepsjon@tannklinikken.no

Spes usynlig regulering/innsideregulering,

15 års erfaring med usynlig regulering.

ØSTFOLD

Tannlege Cathrine Magnusson

Kjeveortoped

Colosseum Fredrikstad

Nygårdsgata 49/51

1607 Fredrikstad

Tlf: 69 31 24 24

fredrikstad@colosseum.no

Tannlege Ann Marie Möller

Kjeveortoped

Colosseum Fredrikstad

Nygårdsgata 49/51

1607 Fredrikstad

Tlf: 69 31 24 24

fredrikstad@colosseum.no

Tannlege Lena Nylen-Tofeldt

Kjeveortoped

Colosseum Fredrikstad

Nygårdsgata 49/51

1607 Fredrikstad

Tlf: 69 31 24 24

fredrikstad@colosseum.no

ORAL KIRURGI OG ORAL

MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AKERSHUS

Asker Tannlegesenter

Tannlege Wit Kolodziej

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin.

Implantatkirurgi og behandling i sedasjon.

Torvveien 12, 4. etg.

1383 Asker

Stasjonskvartalene, inngang C.

Tlf. 66 77 11 99

asker@tannlegesenter.no

www.praxisklinikkene.no

Svært nær buss, tog og P-anlegg. Heis opp

til klinikk.

Bærum Oralkirurgi

Behandlere er:

Oralkirurg Fredrik Lindberg

Oralkirurg Kjetil Misje

Oralkirurg Lars Sand

Oralmedisiner Mats Jontell

Samarbeider med Bittfysiolog Bengt

Wenneberg

Radiolog Anders Valnes og

Kjeveortoped Thomas Grøgaard.

Sandvika Storsenter, Servicebygget 3. etg

Brodtkorbogsgate 7, 1338 Sandvika

Telefon: + 47 67 56 66 66

E-post: post@baerumoralkirurgi.no

Dentales Tannklinik Lysaker

Lysaker Torg 5

Tilgjengelig for bevegelseshemmede.

Tlf. 67 12 90 00

www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no
Oralkirurg Karl Iver Hanvold

Løkketangen Tannlegesenter
Oral kirurgi og implantologi
Dosent Gøran Widmark
Løkketangen 12 a1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Fax: 67 52 16 05
post@wangestad.no
www.lokketangen-tannlegesenter.no

Orthobond (tidligere SpesDent Romerike)
Tannlege og spesialist i oral kirurgi og oralmedisin Mirna Farran og Hanne Ingstad
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
www.orthobond.no
Kontakt@orthobond.no

Vitalia Tannklinikk
Oralkirurg Leonardo Carone
oralkirurgi og implantatbehandling
Sandvika Storsenter,
Helsetorget, 5.etg.,
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika.
Tlf. 67 55 99 00.
post@vitalia-tannklinikk.no
www.vitalia-tannklinikk.no

Dag Tvedt
spes. i oral kirurgi og oral medisin
Tannlegene i Jarhuset
Jarveien 1
1358 Jar
Tlf. 67 53 63 72

AUST-AGDER

Arendal Tannlegesenter
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oralkirurg Ove Busch
Vestregate 14, 4838 Arendal
Tlf. 37 02 14 00 Fak 37 02 88 61
post@arendaltannlegesenter.no

BUSKERUD

Drammen Spesialistsenter
Oralkirurg Maria Pham
Øvre Torggt 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Ulf Jonsson
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Jørgen Tjernberg
Oral kirurg
Oralkirurgisk/ kjevekirurgisk behandling
Implantatbehandling
Tannlege Christine Dæhli Oppedal
Spesialist i oral protetikk/
implantatprotetikk
Anestesilege Lars Lauritzen
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Tannlegene Brennhovd

Oralkirurg Seong Jeon
Oral kirurgi. Oral medisinsk utredning.
Implantatbehandling.
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.tannlegene-brennhovd.no
post@tannlegene-brennhovd.no

Dr. Odont Shelley Khullar

FDS Royal College of Surgeons (London)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggt 10, 3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

HEDMARK

Aktiv Tannhelse AS

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Jonsson
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf: 62 52 36 96
www.aktivtannhelse.no
post@aktivtannhelse.no

Oralkirurgene Kjølle & Ninkov AS

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Gry Karina Kjølle
Petar Ninkov dr Philos.
Torggata 83, 2317 Hamar
Tlf. 62 53 46 06
kir@spestorg.nhn.no

MØRE OG ROMSDAL

BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS

Dr. odont spesialist oral kirurgi-oral medisin Lado Lako Loro

Samarbeidende tannlege med godkjennelse for implantatbehandling med stønad fra trygden
Pb. 9204- Vegsund, 6023 Ålesund
Besøksadresse: Blindheim butikksenter 3. etg / Blindheimshaugen 9
Tlf: 70 14 54 24 / 70 14 18 55.
post@blindheimtann.no
Fri parkering ved senteret. Gode forhold for funksjonshemmede.

Brosundet Tannklinikk AS

Postboks 606 Sentrum
6001 Ålesund
Besøksadresse: Notenesgata 3
Telefon: 70 10 70 80/Faks: 70 10 70 81
www.brotann.no
post@oralkirurg.no

Colosseum Tannlege avd Apollonia

Tannlege Paula Frid, spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Dr med, Dr med dent og Dr med habil Christoph Ziegler, spesialist i Maxillo-facial kirurgi, oral kirurgi, oral medisin og implantat protetikk.
PB 605, 6001 Ålesund
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no

Tannlege Fredrik Ahlgren

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, MSc
Implant Dent.
Sentrum Tannhelse
Konsul Knudtzons gate 8
6508 Kristiansund N
Telefon 71 67 25 00
http://www.sentrumtannhelse.no
post@sentrumtannhelse.nhn.no

Oral. kir. Paul Åsmund Vågen

Tannlegene på Torget AS
Keiser Wilhelmsgate 34
6003 Ålesund
e-post: post@tpt.nhn.no

NORDLAND

Tannlege Roar Karstensen

Oralkirurg
Implantatbehandling
Storgt. 3b, 8006 Bodø
Tlf. 75 50 65 10
rokarste@online.no
www.tannlegemoen.no

OPPLAND

Gjøvik Tannlegesenter

Oralkirurg Jarle Hillestad

Oral kirurgi. Implantatbehandling.
Samarbeider med tannleger
på samme klinikk med spesialkompetanse.
Hunnsvegen 5, 2821
Gjøvik Tlf: 61 100 100
www.gjoviktannlegesenter.no
resepsjon@gts.nhn.no
Klinikken er tilgjengelig for
bevegelseshemmede.

Tannlege Erik Bie

Lillehammer Tannhelse
Nymosvingen 6
2609 Lillehammer
Tlf. 61 26 03 63

Oralkirurg Ulf Jonsson

Tannlegene i Sørbyen
Tar imot henviste pasienter for
dentoalveolarkirurgi.
Valdresvegen 4, 2816 Gjøvik
Tlf: 61 18 60 60. Mobil: 98 67 44 21
post@tannlegesorbyen.no

Oralkirurg Fredrik Lindberg

Odontia Lillehammer
Storgata 89,
2615 Lillehammer
Tlf: 61 25 27 63
lillehammer@odontia.no
www.Odontia.no

Kjevekirurg Jan Mangersnes

Mjøstannlegene Gjøvik AS
Trondhjemsveien 8, 2821 Gjøvik
Tlf. Direkte 61 13 08 29
Sentralbord 61 13 08 25
Faks 61 13 08 26
Mobil 91 39 76 09
jan.mangersnes@kjeve-kirurg.no

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS

Professor dr. odont. cand. med. Hans Reidar
Haanæs
Spesialist i oralkirurgi og oral medisin
Dr. odont. Maria H. Pham
Spesialist i oralkirurgi og oral medisin.
Tannlege Tormod Bjartveit Krüger
Spesialistkandidat i oralkirurgi og oral
medisin.
Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Bygdøy Allé Tannestetiske Senter AS

Implantatkirurgi, kjevekirurgi,
bentransplantasjoner
Narkose hvis ønskelig.
Dr. Hans Erik Høgevold, dr.med., spes.
kjevekirurgi, generell kirurgi.
Telefon 22 44 15 35
henvisning@tannleger.com
www.tannleger.com

Byporten Tannlegesenter

Tannlege Wit Kolodziej

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin.
Implantatkirurgi og behandling i sedasjon.
Torvveien 12, 4. etg.
1383 Asker
Stasjonskvartalene, inngang C.
Tlf. 66 77 11 99
asker@tannlegesenter.no
www.praxisklinikkene.no
Svært nær buss, tog og P-anlegg. Heis opp
til klinikk.

Festningen tannklinikk AS

Oral kirurgi og Implantatkirurgi
**Spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael Marques
da Silva**
Tannlege Dag Tvedt, Spes. oral kirurgi
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 91 02 90
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusstann.no

Fjærvik klinikken

Kjevekirurg Even Mjøn
Implantatkirurgi. Behandling kan utføres i
narkose og sedasjon
Sommerogata 13-15
0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Galleri Oslo Klinikken AS

Oralkirurg Shoresh Afnan
Oral kirurgi & oral medisin, Implantatkirurgi.
Samarbeider med oral radiolog
Anders Valnes
Schweigaards gate 6, 4. etg.
0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 50
post@galleriosloklinikken.no
www.galleriosloklinikken.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg
i kjeller. Heis opp til klinikk

Grefsen Tannlegepraksis AS

Tannlege og Dr.odont. Andreas Karatsaidis

Lege og Tannlege Steven Anandan

Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
e-post: post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Homansbyen Tannlegesenter AS

Oscarsgt. 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60/23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no

Tannlege Zina Kristiansen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin.
Oral kirurgi. Implantatkirurgi.
Oralmedisinsk utredning.

KIRURGIKLINIKKEN

Alt innen oral- og kjevekirurgi
Implantatprotetikk

Frode Øye, spes. oral kirurgi

Helge Risheim, spes. oral og maxillofacial
kirurgi

Hauk Øyri, spes. oral kirurgi og oral medisin

Fredrik Platou Lindal, spes. maxillofacial
kirurgi

Eva Gustumhaugen, spes. oral protetikk.

Bent Gerner, spes. oral protetikk.

Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Tlf. 23 36 80 00

Faks. 23 36 80 01

post@kirurgiklinikken.nhn.no

WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Oralkirurgisk klinikk AS

Spesialistklinikk – Implantatbehandling

**Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn
Nilsen**

Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna

Berstad, Spes. oral kirurgi Erik Bie

Sørkedalsvn 10 A

0369 Oslo

Tlf: 23 19 61 90

Faks: 23 19 61 91

post@oralkirurgisk.no

www.oralkirurgisk.no

RYENTANNLEGENE

Oral- og kjevekirurgi. Oral medisin.

Implantatkirurgi. Kjeveledd.

Implantatprotetikk

Kjevekirurg Lars Peder Huse

Spes. maxillofacial kirurgi

Ryensvingen 5

0680 Oslo

Tlf. 22 42 24 12

post@ryentannlegene.no
WWW.RYENTANNLEGENE.NO

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31,
0352 Oslo
Oral kirurgimplantatbehandling
Tannleger MNFT
Spesialister i oral kirurgi og oral -medisin

Ulf Stuge

Petter O. Lind

Marianne Tingberg

Tlf. 22 95 51 03
Faks 22 95 51 00
www.spesdent.no
post@spesdent.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop.

Else K. Breivik Hals – Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Dr. odont.

Gaute Lyngstad – Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, PhD-kand.

Karl Iver Hanvold – Spesialist i oral kirurgi og oral medisin / maxillofacial kirurgi

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo

Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tannlege Gholam Soltani

Spesialist oral kirurgi
Oral kirurgi og implantatbehandling
Chr. Kroghsg. 2, 0186 Oslo.
Tlf. 22 17 65 66

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling
Attila Csillik
spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Luramyrvæien 12
4313 SANDNES
Tlf : 51 96 99 99
Faks: 51 96 99 98
post@forustann.no
www.forustann.no

Roshi Frafjord

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oris Dental
Avd. Madla, Hinna
Madlamarkveien 2A
4041 Hafersfjord
Tlf. 51 59 97 00

roshi@oris-stavanger.no
www.oris-madla.no

Tannlege Murwan Idris

spesialist i oral kirurgi
Kompetansesenteret
-spesialisttannklinikken
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf.nr. 51 92 70 00
murwan.idris@throg.no
www.tannhelerogaland.no/tkvest/

TELEMARK

Skien Oralkirurgiske Klinik AS

Anne Aasen

Tannlege, spesialist i oralkirurgi og oral medisin

Oralkirurgi og implantatkirurgi
Post: Postboks 3114, 3707 Skien
Besøksadresse: Telemarksgt 12,
3 etg, 3724 Skien
Tlf. 35 54 43 70
mail: post@sokas.no

Oralkirurg Michael Thomas Unger og Eva Sawicki-Vladimirov

Oral kirurgi og Implantologi
Skien Tannklinik/Oralkirurgisk avdeling
Telemarksveien 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 75
Faks 35 58 39 21

TROMS

ABA tannlegene AS

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Bernt Arne Rønbeck
Professor Dr. Philos
Spesialist i maxillofacial kirurgi
Geir Støre
(www@abatann.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset, Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

Byporten Tannklinikk

Oral kirurg Seong Hwan Jeon

Skippergt 32, 9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Oral kirurgi og implantologi
Oral Kirurg Murwan Idris
Nedre Bakklandet 58c

7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks. 73 56 88 01
post@bakkettannlegekontor

SANDEN TANNHELSE

Oralkirurg Thomas R. Klimowicz
Implantatbehandling og henvisninger innen oralkirurgi
Kongens gate 60, 7012 Trondheim
Tlf. 73 52 71 73/Faks 73 50 41 97
post@sandentannhelse.no
www.sandentannhelse.no

Trondheim Tannhelsesenter

Oralkirurg Tamás Hasulyó

Kongensgate 49
7012 Trondheim
Tlf. 73 53 45 45/Faks 73 53 45 43
post@trondheim-tannhelsesenter.no

Tannlege Fredrik Ahlgren

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
MSc Implant Dent.
Tannklinikken Dent AS
Gjelvangveita 9, 7010 Trondheim
Telefon 73 80 55 10
www.dent.as firmapost@dent.as

Tannlege og lege Bjørn K Brevik

Spesialist i maxillofacial kirurgi
Implantatkirurgi og oral kirurgi
Colosseum Solsiden
Trenerysg. 8 - Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
bkbrevik@medident.no

VEST-AGDER

Tannlege Bård Alvsaker

Oralkirurgi, implantologi
Colosseum Nordmo
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Katja Franke

Oralkirurgi
Implantologi
Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
Faks 38 26 06 11
dr.katjafranke@online.no

VESTFOLD

Tønsberg Spesialistsenter

Rambergvn 3, 3115 Tønsberg
Spes Oral kirurgi Ph.D.Rafael M Da Silva
Telefon: 40 69 11 00
tønsbergspesialistsenter.no
post@spesialistsenter.com

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen

Kjevekirurg
Implantologi
Storgaten 33, 3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
bjhan3@online.no

ØSTFOLD

Tannlege Mats Hellman

Spesialist i oral kirurgi
Colosseum Fredrikstad Private
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no

Tannlege Mats Hellman

Spesialist i oral kirurgi
Colosseum Fredrikstad
Nygårdsgata 49/51
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 31 24 24
fredrikstad@colosseum.no

Tannlege, dr.odont. Anders Heyden

Spes. oral kirurgi og oral medisin

Tannlege, dr. odont. Lasse Skoglund

Spes. oral kirurgi og oral medisin

Tannlege Gaute Lyngstad

Spes. oral kirurgi og oral medisin

Oral kirurgi

Implantologi

Oral medisin

Heyden Tannhelsesenter

Dronningens gate 19, 1530 Moss

Tlf: 69 24 19 50

post@heyden.nhn.no

Tannlege, spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael

Marques da Silva

Varna Tannlegesenter

W. Rosenvingsvei 8

Postboks 553

1522 Moss

Tlf: 69 26 49 00

Faks: 69 26 49 01

ORAL PROTETIKK

AKERSHUS

Morten Børsum

spes. i protetik
Tannlegene i Jarhuset
Jarveien 1
1358 Jar
Tlf 67 53 63 72

Tannlege Knut Erik Eide

Implantatprotetik
Skedsmogaten 7, 2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege Helge Lysne

Implantatprotetik
Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50
hlysne@online.no

Tannlege Tor Skjetne

Implantatprotetik
Mathias Skyttersvei 47
1482 Nittedal
Tlf. 67 06 90 99
Faks 67 06 90 98

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetik/implantatprotetik

Tannlegene i Concordiabygget

Skedsmogaten 7

2000 Lillestrøm

Tlf. 63 80 55 77

post@ticb.no

www.ticb.no

Aust-Agder

Tannlege Marianne B. Vangsnes

Spesialist i oral protetik/ implantat-

protetik

Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Sør

Sørlandet sykehus Arendal

Postboks 783 Stoa

4809 Arendal

Tlf. 37 07 53 00

Marianne.Vangsnes@tkso.no

www.tksor.no

BUSKERUD

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Christine Dæhli Oppedal

Spesialist i oral protetik/

implantatprotetik

Grønland 40, 3045 Drammen

post@spesialistklinikken-ub.nhn.no

Tlf. 97 47 43 00

Tannlege Ph.D. Carl Hjortsjö

Implantatprotetik

Tannlegene Sydow&Mo a/s

Torgeir Vraa's plass 4, 3044 Drammen

Tlf. 32 83 10 54

Faks: 32 83 09 49

post@tannlegesydow-mo.no

Tannlege Arild Mo

Implantatprotetik

Tannlegene Sydow & Mo a/s

Torgeir Vraa's plass 4

3044 Drammen

Tlf. 32 83 10 54

Faks: 32 83 09 49

post@tannlegesydow-mo.no

HEDMARK

TAMIM Tannklinik

Spes. i oral protetik Hazem Tamim

Basarne 2. etg.

Lille Strandgate 3, 2317 Hamar

Tlf. 62 52 67 06

tamimklinik@gmail.com

www.tamimtannklinik.no

Tannlege Eva Gunler

Implantatprotetik

Tannlegene i Hippegården

Storgt 111, Pb 110, 2390 Moelv

Tlf. 62 36 73 01

Tannlege Geir Oddvar Eide

Implantatprotetik

Tannlegene i kvartal 8

Torggt. 44, 2317 Hamar

Tlf. 62 52 30 73

Faks 62 52 24 49

HORDALAND

Oris Dental Arken Åsane

Tannlege Paul-Arne Hordvik

Spesialist i oral protetik /

implantatprotetik

Tannslitasje, rehabilitering, fast/avtakbar

protetik, snorkeskinner og estetisk

tannbehandling.

Tverrfaglig samarbeid på klinikken med

oralkirurg, periodontist, endodontist og

kjeveortoped.

Tilkomst for funksjonshemmede.

5116 Ulset

Tlf. 55 19 77 50 – Mobil 916 12 551

paularne@hordviks.no

arken@orisdental.no

www.oris-bergen.no

Åpningstider:

Man – Fre 7 – 22

Lør – Søn 8 – 18

Tannlege Harald Gjengedal

Implantatprotetikk
Bergen Tannhelsesenter AS
Kanalveien 64
5068 Bergen
Tlf. 55 55 06 00
Faks: 55 55 06 01
harald.gjengedal@iko.uib.no

Tannlege Christine Jonsgar

Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast- og
avtagbar protetikk, implantatprotetikk,
rehabilitering, snorkeskiner og estetisk
behandling
Kanalveien 64, 3 etg., 5068 Bergen
Tlf: 55 55 06 00
christine.jonsgar@ok.uib.no
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

Tannlege Marit Morvik

Implantatprotetikk
Bergen Nord tannhelsesenter
Åsamyrene 90, 5116 Ulset
Tlf. 55 39 50 80
Faks 55 39 50 81
Marit.morvik@bgn-tannhelse.no
www.bgn-tannhelse.no

Tannlege Kyrre Teigen

Askøy Tannlegesenter
Spesialist i oral protetikk Implantatprotetikk
og -kirurgi
Juvikflaten 14a
5308 Klepppestø
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333
Tilkomst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

MØRE OG ROMSDAL**Colosseum Tannlege avd Apollonia****Tannlege, Dr. odont. Ingvar Ericsson**

PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no
Tannlege Geir Kristiansen
Implantatprotetikk
Notenesgata 3
Postboks 606
6001 Ålesund
Tlf. 70 10 70 80 – Faks 70 10 70 81
geir@brotann.no

NORDLAND**Tannlege Are A. Moen AS**

Spesialist i oral protetikk

Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
tannlege@tannlegemoen.no
www.tannlegemoen.no

OPPLAND**Tannlege Pia Selmer-Hansen**

Spesialist i oral protetikk
Raufoss Tannlegesenter
Storgata 13
2830 Raufoss
Tlf. 61 15 97 00
pia@raufosstannlegesenter.no
www.raufosstannlegesenter.no

OSLO**Aktiv Tannklinikk AS****Tannlege Anne Kalvik**

Spes. protetikk. Implantatprotetikk,
tannslitasje, fast/avtakbar og
kombinasjonsprotetikk, snorkeskiner.
Tverrfaglig samarbeid på klinikken med
periodontist, kjevekirurg og endodontist.
Storgata 17, 0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
epost@tannlegekalvik.no
post@aktivtann.no
www.aktivtann.no
Lett tilgang for rullestol/
bevegelsehemmede. Sentralt, nær tog,
buss og trikk

Bjerke Tannmedisin AS**Tannlege, dr.odont. Hans Jacob Rønold**

Implantatprotetikk
hjr@tannmedisin.no
Tannlege Roy Samuelsson
Implantatprotetikk
E-post: rs@tannmedisin.no
Trondheimsveien 275
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

Festningen tannklinikk AS**Tannlege Rune Hamborg,**

spes. protetikk. Implantatprotetikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 91 02 90
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusstann.no

Holtet Spesialisttannhelse AS**Tannlege Knut-Erik Jacobsen**

Kongsveien 94
1177 Oslo

Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Homansbyen Tannlegesenter AS

Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no
Tannlege Bjørn Einar Dahl

KIRURGIKLINIKKEN**Eva Gustumhaugen, spes. protetikk.**

Implantatprotetikk.
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Oral kirurgi
Tannlege Henrik Skjerven
Implantatbehandling
Tannlege Knut Øverberg
Implantatbehandling
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse
innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og
mikroskop.

**Elisabet Henderson – Spesialist i oral
protetikk**

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf. 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Professor, dr.odont. Jan Eirik Ellingsen

Implantatprotetikk
Klingenberggaten 5, Pb. 1887 Vika
0124 Oslo
Tlf. 22 83 70 75
Faks 22 83 74 41
jane@odont.uio.no

Tannlege Bjørn Einar Dahl

Spesialist i oral protetikk
Homansbyen Tannlegesenter
Oscars gate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60

www.htls.no
post@htls.nhn.no
be@tannlegedahl.no

Tannlege Elisabet Henderson
Implantologi, Porslensfasader,
Kombinasjonsprotetikk, Snorkeskinner
Slottsparkentannklinikk as
Parkveien 62, 0254 Oslo
Tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkenlinikk.no

Tannlege, dr.odont. Erik Saxegaard
Implantatprotetikk
Kongsveien 91, 1177 Oslo
Tlf./faks 22 28 84 17

ROGALAND

Tannlege Erland Eggum
Implantatprotetikk/spes oral protetikk
Rådgivende overtannlege i Helfo
Sola tannlegesenter
Solakrossen 14
4050 Sola
Tlf. 51 21 68 00
post@solatann.nhn.no
www.solatann.no

Tannlege Hamid Hosseini AS
Spesialist i oral protetikk
Sølvberggt. 16, 4006 Stavanger
Tlf. 51 89 60 88
seyed@hotmail.com

Tannlege Marika Hæreid
Kompetansesenteret
-spesialisttannklinikken
Torgveien 21B, 3 etg, 4016 Stavanger
Tlf. 51 92 70 00
marika.haereid@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

Tannlege Hannu Larsen
Spes oral protetikk
Tannklinikken Larsen og Bøe
Implantatbehandling
Løkkeveien 51, 4008 Stavanger
Tlf. 51 53 13 00
post@tannlegelarsenogboe.no
www.tannlegelarsenogboe.no

Tannlege Inken Reichhelm
Kompetansesenteret
-spesialisttannklinikken
Torgveien 21B, 3 etg, 4016 Stavanger
Tlf. 51 92 70 00
inken.reichhelm@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

TELEMARK

Tannlege Christian Skoe Berntsen
Spesialist i oral protetikk/implantatprotetikk
Berntsen Tannlegesenter
Kverndalsgata 2A
3717 Skien
Tlf. 35 52 20 60
christian@berntsentannlegesenter.no
www.berntsentannlegesenter.no

TROMS

Tannlege Carl Fredrik Haseid
Spesialist i oral protetikk /
Implantatprotetikk
Tverrfaglig samarbeid på klinikken med
oralkirurg, periodontist og kjeveortoped.
Grønnegata 32, postboks 1142,
9261 Tromsø
Tlf. 77 75 30 30
carlfredrik@grønnegata.no

Tannlege Hans Are Ovanger
Implantatprotetikk
Strandskillet 5, 9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
hans.are@tannlegespesialistene.no

TRØNDELAG

Tannlege Eva Børstad
Spesialist i oral protetikk /
implantatprotetikk
Colosseum Solsiden
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
eva@tannlegenepaasolsiden.no

Tannlege Bodil Norgaard
Implantatprotetikk
Nordre Tannhelse
Nordre gt. 12
7011 Trondheim
Tlf. 73 84 13 20
Faks: 73 84 13 29
bodil@nordretannhelse.no

VEST-AGDER

Tannlege Karl Martin Loga
Implantatprotetikk
Farsund Tannlegesenter
Barbrosg. 13, 4550 Farsund
Tlf. 38 39 06 80
Faks 38 39 45 04

Tannlege Jon Nordmo
Implantatprotetikk
Colosseum Nordmo
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden

4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

VESTFOLD

Tønsberg Spesialistsenter
Rambergvn 3, 3115 Tønsberg
Spesialist i Oral Protetikk og bittfunksjon
Sigurd Schneider
Pål-Espen Johansen
Telefon: 40 69 11 00
tonsbergspesialistsenter.no
post@spesialistsenter.com

Tannlege Anders Kamfjord
Implantatprotetikk
Thor Dahls. 1 – 3 – 5
3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 52 18
Faks 33 46 19 88

ØSTFOLD

Tannlege Rune Hamborg
Implantologi
Søndre Mysens vei 2e, 1850 Mysen
Tlf. 69 89 16 21

Tannlege Kai B. Hannestad
spesialist i oral protetikk
Colosseum Fredrikstad Private
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf. 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no

Tannlege, spesialist i protetikk Sigurd Schneider
Varna Tannlegesenter
Rosenvingesvei 8
Postboks 553
1522 Moss
Tlf. 69 26 49 00
Faks 69 26 49 01

Tannlege Rune Sollin
Implantatprotetikk
Gudesgt 1, 1530 Moss
Tlf. 69 25 11 45
Faks 69 25 11 50

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas
Spesialist i oral protetikk/implantatprotetikk
Dyrendal Tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13C
1778 Halden
Tlf. 69 21 10 60

PERIODONTI

AKERSHUS

Dentales Tannklinikk Lysaker

Lysaker Torg 5
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no
Tannlege, spesialist i Periodonti
Georgios Charalampakis

Vinterbro Tannlegesenter

Maziar G. Shabestari

Spesialist i periodonti, PhD i benbiologi
Sjøskogenveien 7
1407 Vinterbro
Tlf. 40 46 20 00
https://vinterbrotannklinikk.no
mail@vinterbrotannklinikk.no

Karin Børsum

spes. i periodonti
Tannlegene i Jarhuset
Jarveien 1
1358 Jar
Tlf. 67 53 63 72

Tannlege Ph.D. Morten Enersen

Asker Tannhelse

Smuget 1b, 1383 Asker
Tlf. 66 78 65 00
Mobil: 481 105 46
moenerse@online.no

Tannlege Marie Fjærtøft Heir

Strøket 9, 1383 Asker
Tlf. 66 78 97 47
Faks 66 75 93 33

Tannlege Berit Bae Lier

Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50

Tannlege Tove Roscher

Depotg. 20, 2000 Lillestrøm
Tlf/faks 63 81 22 76
Faks 63 80 22 70

BUSKERUD

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Bjørn Even Gulsvik
Spesialist i periodonti
Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit
Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantatbehandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi

Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Jon Flinth Vatne

Spesialist i periodonti

Tannlege Kerstin Schander

Spesialist i periodonti

Tannlege Dr.Odont Thorarinn Sigurdsson

Spesialist i periodonti

Periodontal behandling

Implantatbehandling

Mucogingival kirurgi

Preprotetisk kirurgi

Grønland 40

3045 Drammen

post@spesialistklinikken-ub.nhn.no

Tlf. 97 47 43 00

Periospesialist Sandra B. Tunbridge

Drammen Spesialistsenter

Øvre Torggate 10

3017 Drammen

Tlf. 32 83 60 00

Faks 32 83 55 90

post@drammen-spesialistsenter.no

www.drammen-spesialistsenter.no

HEDMARK

Tannlege Lisa Gjøvik Andresen

Postadresse: Torggata 83, 2317 Hamar

Tlf. 65 53 46 08

Besøksadresse: SpesTorg inng. fra

Kirkebakken

Tannlege Klaus Ånerud

Implantatbehandling

Parkveien 7, 2212 Kongsvinger

Tlf. 62 81 46 78

Faks 62 81 42 20

klaus.anerud@gmail.com

HORDALAND

Tannlege John Tore Mellingen

Spes. periodonti

Implantatkirurgi/implantatprotetik

Tannhelseteam Mellingen AS

Valkendorfgate 5, 5012 Bergen

Tlf. 04855

www.tannhelseteam.no

post@tannhelseteam.no

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia

Tannlege Anders Skodje

PB 605, 6001 Ålesund

Telefon 70 10 46 70

Telefaks 70 10 46 71
anders@apollonia.no

OPPLAND

Tannlege Knut Sæther

Systematisk periodontal behandling

Implantatbehandling

Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer

Tlf. 61 25 17 31

satherknut@gmail.com

Tannlege Martin Wohlfeil

Spesialist i periodonti

Systematisk periodontal behandling

Regenerativ kirurgi

Estetisk mucogingival kirurgi

Implantatkirurgi

Klinikk77 AS

Kirkegata 77

2609 Lillehammer

Tlf. 61 24 00 04

post@k77.no

Tilgang for handicappede. Nær parkering,
buss og tog.

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS

Tannlege Janet M. Østrem

Spesialist i periodonti. Systematisk

periodontal behandling, mukogingival

kirurgi, regenerativ og implantatkirurgi.

Tverrfaglig samarbeid på klinikken med

protetiker, kjevekirurg og endodontist.

Storgata 17, 0184 Oslo

Tlf. 22 41 80 80

post@aktivtann.no

www.aktivtann.no

Lett tilgang for rullestol/

bevegelseshemmede. Sentralt, nær tog,

buss og trikk

Bjerke Tannmedisin AS

Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt

Implantatkirurgi

Tannlege Anders Verket, spesialist i periodonti

Trondheimsveien, 275 0589 Oslo

Tlf. 22 93 93 40

Faks 22 93 93 41

cw@tannmedisin.no

www.tannmedisin.no

Grefsen tannlegepraksis AS

Dr.odont. Mawaan Khadra

Tannlege Rita M. Cruz

Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo

Tlf. 22 15 30 00

Faks 22 15 29 00

post@tannlegepraksis.no

www.tannlegepraksis.no

Homansbyen Tannlegesener As

Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no

Tannlege Jan M. Akre

Majorstuen tannlegesenter

Spes.perio. tannlege Oscar Villa
All periodontittbehandling, implantatkirurgi
Kirkeveien 64A, 0364 Oslo
Tlf. 22 46 67 54/Faks 22 60 48 22
post@mts.no

Slottsparkentannklinikk as

Tannlege, dr.med. Annika Sahlin-Platt
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Muckogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Tannpleier Kristin Haugan
Parkveien 62, 0254 Oslo
Tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkentannklinikk.no

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Spesialist i periodonti
Ingeborg Kolseth
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Spesialistklinik for Periodonti as

Implantatkirurgi
Tannlege Bettina Iversen Thomseth
Tannlege John Erik Thomseth
Hegdehaugsveien 36 b
0352 Oslo
Tlf. 22 46 78 10
Faks 22 60 19 77
henvisning@spes-periodonti.no

Tannlegene i Bogstadveien 51 AS

Tannlege dr. odont. Inger Johanne Blix
Spesialist i periodonti
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop.

Annika Sahlin-Platt – Spesialist i

periodonti, PhD
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tannlege Ann Elisabeth Arctander

Spesialist i periodonti
Nationaltheatret tannklinikk
Stortingsgaten 28
0161 Oslo
Tlf. 22 83 90 40
www.ntk.dental
kontakt@ntk.dental

Tannlege Nina Bjergene

Akersgata 16
0158 Oslo
Telefon 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87

Tannlege Mette Gilhus Hillestad

Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
Faks 22 13 87 33
www.slemdal-tann.no

Prof. Odont. Dr. Jan Håkansson

Spesialist i perio.
Alt innen perio og implantater
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5c, 0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
siv@tannogkjeveklinikken.no
Tlf. 22 21 42 22

Tannlege Kristian Kjellsen

Periodontitt behandling
Implantat behandling
Tlf: +47 24 10 12 70
post@christiania-tannlegesenter.no
www.christiania-tannlegesenter.no
Grønland 4, 0188 Oslo.
Tilbyr behandling i narkose

Tannlege Trond Telje

Von Øtkensv. 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
Faks 22 61 32 01
post@tannlegetelje.no
www.tannlegetelje.no

Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge

Grünerløkka tannhelsesenter
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo

Tlf. 22 35 77 92

Faks 22 35 49 18

Mobil: + 47 984 777 62

ROGALAND

Tannlegene Hetland AS, Tannlege Trond Ole Hetland, Tannlege Pedro Franca

Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Tannlege Øystein Fardal

Johan Feyersg. 12, 4370 Egersund,
Tlf. 51 49 15 55
fardal@odont.uio.no

Tannlege PhD Rigmor S. Flatebø

Apollonia tannlegesenter Handelens Hus,
Klubbgaten 2b
Postboks 397, 4002 Stavanger
Tlf. 51 85 60 30
rigmor.flatebo@gmail.com

Tannlege Otto Førland

Implantatbehandling
Apotekergården Kirkegt. 169, 5525
Haugesund
Tlf. 52 71 39 24
Faks 52 71 29 50

TELEMARK

Holtanklinikken, Prof. Dr. odont. Hans R. Preus

Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Implantatprotetik
Folkestadvegen 12, Postboks 153
3833 Bø i Telemark
Tlf. 35 06 10 50
Faks 35 06 10 58
Holtanklinikken@hotmail.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Spes.Perio. Dr. Odont Helge Ehnevid
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakkettannlegekontor.no

Oris Dental Trondheim AS

Kongensgate 11, 7013 Trondheim
Tlf: 73 99 19 99
https://oris-trondheim.no/
resepsjonen@oris-trondheim.no

Tannlege Odd Bjørn Lutnæs, spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantat behandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi

Tannhelse Melhus AS

Odd Bjørn J Lutnæs
Melhusvegen 451, 7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
www.tannhelsemelhus.no

Ahmad Aghazadeh

Spesialist i periodonti
Colosseum Solsiden
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
periodontisten@gmail.com

VEST-AGDER

Tannlege John Øydna

Implantatkirurgi
Vestre Strandgt. 42
Haanesgården, 4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 06 66
Faks 38 12 06 70
john@vestretannlegesenter.no
www.oeydna.no
Rullestolbrukervennlig kontor

VESTFOLD

Perio Klinikken AS

Tannlege Nico H. Toosinejad

Systematisk periodontal behandling
Mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
info@periotannklinikken.nhn.no

Tønsberg Spesialistsenter

Rambergvn 3, 3115 Tønsberg
Tannlege Rita M Cruz
Spesialist i periodonti
Telefon: 40 69 11 00
tønsbergspesialistsenter.no
post@spesialistsenter.com

ØSTFOLD

Tannlege Walle AS

Tannlege Lars Walle, spes. Periodonti
Tannlege Trond Telje, spes. Periodonti
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Lystgassbehandling
Gudes Gate 1, 3.etg.
1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00
e-post: resepsjon@tannlegewalle.no
web-side: www.tannlegewalle.no

Tannlege Torkel Kolsrud

Spesialist innen periodonti
Colosseum Fredrikstad Private
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf. 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no

Tannlege Jon Olav Kubberød

Spesialist i periodonti
Varna Tannlegesenter
Rosenvingesvei 8
1523 Moss
Tlf. 69 26 49 00
post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

SPESIALKOMPETANSE

IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med tryggestønad.

AKERSHUS

Dentales Tannklinikk Lysaker

Lysaker Torg 5
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no
Tannlegene Arild Aarnseth og Frank Wang Lauritzen
Samarbeider med spesialist i Oral kirurgi og oral medisin Karl Iver -Havnold.

Hagatannlegene

v/ Tannlegene MNTF John M. Sandjord og Morten Endreson
Hagansenteret, Hellinga 8,
1481 Hagan
Tlf: 67 06 97 70
e-post: info@hagantannlegene.no
www.hagantannlegene.no
for mer informasjon

Løkketangen Tannlegesenter

Tannlege Anders Wangestad
Samarbeider med dosent, spesialist i oralkirurgi Gøran Widmark
Løkketangen 12a, 1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
E-post: post@wangestad.no
www.lokketangen-tannlegesenter.no
Narkose/sedasjon/lystgass
Parkering i kjeller

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl

Son Torg, Storgt. 25
1555 SON
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

Tannlege Morten A Eriksen

Follo Tannlegesenter, Ski
64 87 53 20/
post@follotannlegesenter.no
follotannlegesenter.no
9 – 17 + noen kvelder
Tar imot funksjonshemmede

Tannlege Petter Giving

Tannlegene Giving A/S
Skjetten senteret
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10

Tannlege Sven Grov

Jessheim Tannlegesenter
Stallvegen 4
2050 Jessheim
Tlf. 63 94 76 00
Faks 63 94 76 10
E-post: svengrov@online.no

BUSKERUD

Ringerike Tannlegesenter AS

Tannlege Bjørn Even Gulsvik
Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Jan Bommen

Nymoens tannlegekontor
Nymoens Torg 9
3611 Kongsberg
Tlf. 32 73 48 00
kontakt@tannlegenebommen.no

Tannlegene Brennhovd

Tannlege Anders Brennhovd
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf: 32 12 18 20
www.tannlegene-brennhovd.no
post@tannlegene-brennhovd.no

Tannlege Trond Anderssen

Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggt 10, 3001 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.as
www.drammen-tannlegesenter.no

Tannlege Bent Dramdal

Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkebakkentannlegene@gmail.com

Tannlege Terje Døviken

Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no
www.drammenok.no

HORDALAND

Tannlege Kristian Lind

Åsane Tannlegesenter
Åsane Senter 42
5116 Ulset
Tlf. 55 53 18 33
Mail: lind@asatann.com
Web: asatann.no

Åpningstider: 08.00–15.30.
Gratis parkering og tilgjengelig for
rullestolbrukere

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia

Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Faks 70 10 46 71
fredrik@apollonia.no

Tannlege Tale Flatsetø

Eidsbergvegen 27
6490 Eide
Tlf. 71 29 63 11
taleflat@icloud.com

NORDLAND

Tannlege Espen Slotterøy a/s

Jonas Lies gt 11
8657 Mosjøen
Tlf. 75 17 18 94
e-post: tannlege@slotteroy.nhn.no

Tannlege Mette Bergh

Søndre Frydenlund Allé 6
8400 Sortland
Tlf: 76 12 64 02
mette@moysalen.com
www.møysalen.com

Tannlege Per Hamre

Tannboden AS
Brønnøysund tlf 924 79 700
Mo i Rana 404 60 800
Mosjøen 751 72 888
Sandnessjøen 750 43 600
perhamre@hotmail.com
www.tannboden.no

OPPLAND

Tannlege Ingvild Sæthre Gulling

Lillehammer Tannhelse
Nymosvingen 6
2609 Lillehammer
Tlf. 61 26 03 63

Tannlege Ole Johan Hjortdal as

Kirkegt.12, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 06 92
ojohjort@online.no.

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS

Johan Nygårdsgt. 11B
2670 Otta
Tlf. 61 23 00 26
post@gsteinsvollas.nhn.no

Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelighet for funksjonshemmede.

Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll

Spesialist i periodonti
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss
Tlf. 61 19 14 81
sebstein@online.no

OSLO

Dentales Tannklinikk Aker Brygge

Grundingen 6, 6. etg.
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 22 83 82 00
www.dentales.no
Epost: akerbrygge@dentales.no

Tannlege Stian Solli Kanestrøm

Samarbeider med spesialist i Oral kirurgi og
oral medisin Karl Iver Hanvold.

Fjærvik klinikken

Tannlegene Ingrid Fjærvik og
Vera Breivik
Samarbeider med kjevekirurg Even Mjøen
Sommerrogata 13-15
0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Galleri Oslo Klinikken

Tannlege Kåre Jan Attramadal
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 50
Fax 22 36 76 01
post@galleriosloklinikken.no
www.galleriosloklinikken.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg
i kjeller. Heis opp til klinikk.

Grefsen Tannlegepraksis AS

Tannlege Kristin W. Haugstoga
Samarbeider med Tannlege og Dr.odont.
Andreas Karatsaidis
Kjelsåsveien 7, 0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
e-post: post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Spesdent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
Henrik Skjerven – Spesialist i oral protetikk
og implantat protetikk
Knut Øverberg – Spesialist i oral protetikk
og implantat protetikk
Hegdehaugsveien 31, 0352 Oslo

Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tannlege Siv Kristin Helgheim
Tannlege Parwana Naimy
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@tannogkjeveklinikken.no
www.tannogkjeveklinikken.no
Tlf: 22 21 42 22

Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth Aurstad Riksen
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf. 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man–fre 8–16

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Tannlege Linh Bui
Luramyrveien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
Faks: 51 96 99 98
post@forustann.no
www.forustann.no

Tannlegene Hetland AS
Tannlege Trond Ole Hetland
Tannlege Pedro Franca
Implantatbehandling
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Waage Tannlegesenter
Tannlege Fredrik Waage
Kjøpmannsbrotet 5,
4352 Kleppe
Tlf. 51 42 16 94
Mail: post@waagets.no
Web: www.waagets.no
Åpningstider: 0800–1530

Tannlege Leif Berven
Pb 430,
4379 Egersund
Tlf. 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

Tannlege Bernt Vidar Vagle
Storgaten 43,
4307 Sandnes
Tlf. 51 68 14 00

Faks 51 68 14 09
bvvagle@hotmail.com

Tannlege Helge Øyri
Implantatprotetikkk Langgt. 41–43
Pb. 454,
4304 Sandnes
Tlf. 51 66 17 30
helg-rao@online.no
Sertifisert i implantatbehandling i 2013
av EAO

TELEMARK

Skien Tannklinikk
Tannlege Tore Lervik lic.odont., MDSc
Telemarksvegen 170, 3734 SKIEN
Tlf. 35 58 39 20
Faks 35 58 39 21

Tannlege Gunnar Odd Hagen
Skriugate 24A, Pb 84
3661 Rjukan
Tlf. 35 08 11 40
Direkteoppgjørsavtale med HELFO
Implantatkirurgi: Spesdent
email: post@goh.nhn.no

Tannlege Per Otterstad
Tannlege Spesialist i oral kirurgi
og oral medisin Erik Bie Kirurgisk
implantatbehandling med stønad fra
HELFO
Storgaten 118
3921 Porsgrunn
Tlf. 35 93 03 60
Faks 35 93 03 61
potterst@online.no
Direkteoppgjørsavtale med trygden

TROMS

ABA tannlegene
ved tannlege Johnny Øverby
(www.abatannlegene.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

Byporten Tannklinikk
Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Tannlege Bjørnar Rørstrand
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

Tannlege Tore Berset
Torvet Tannlegesenter AS
Torvet 1b, Postboks 44

9481 Harstad
Tlf. 77 01 94 90
Faks 77 01 94 91
post@torvet-tannlegesenter.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Spesialkompetanse Implantatprotetikkk
Kjell Ulsund
Kai Sandvik
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@baketannlegekontor

SANDEN TANNHELSE
Tannlege Bjørn Thunold
Implantatprotetikkk og lystgass
Kongens gate 60, 7012 Trondheim
Tlf. 73 52 71 73
Faks 73 50 41 97
post@sandentannhelse.no
http://www.sandentannhelse.no

Tannhelse Melhus AS
Bjørn Gunnar Benjaminsen
Kai Åge Årseth
Melhusvegen 451, 7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
web: www.tannhelsemelhus.no

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlegene Øyasæter og Hageskal AS
Tannlege Kjell Øyasæter
Tannlege Kathrine Hageskal
Godkjent for implantatprotetikkk med
tryggestønad
Skograndveien 34
7200 Kyrksæterøra
Telefon: 72 45 26 50
e-post: tanngard@hemne.as

Tannlege Niklas Angelus
Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69
nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag-fredag 8.30–16.00
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

Tannlege Lars Rudel

Skolegata 14
7713 Steinkjer
Tlf. 74 16 14 17
lars.rudel@marsmail.de
Åpningstider 08:15–15:30 (17:30)
Tilgjengelighet for funksjonshemmede

Tannlege Espen Vekseth-Hahn

Kongeng gt 43
7713 Steinkjer
Tlf. 74 13 56 90
evkseth@yahoo.no
Åpningstider 0800–1530

VEST-AGDER

TANNPALÈET

Tannlege Mikal Heyeraas
Spesialkompetanse implantatprotetikk
Vestre strandgate 32
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 29 50
Faks 38 12 29 51
fellespost@tannpaleet.no

Torvgården Tannhelsesenter AS

Tannlege Steinar Osmundsen sr
Agnefestveien
4580 Lyngdal
Tlf. 38 34 44 80
Faks 38 34 44 20
post@torvtann.no
Åpningstider: Man–fre 08.00–16.00
Lørdag etter avtale
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Solveig Knobel Atkinson

Spesialistkompetanse i implantatprotetikk
Knobel Atkinson Tannlegesenter
Torsbyveien 18, PB 199, 4703 Vennesla
Tlf: 38 15 54 40 Fax: 38 15 46 00
post@tennene.no,
www.knobelatkinson.no

VESTFOLD

Perio Tannklinikken AS

Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
info@periotannklinikken.nhn.no

Tønsberg tannhelse

Tannlege MNTF Gisle Prøsch

Grev Wedelsgt. 10
3111 Tønsberg
Tlf. 33 37 98 03
Faks 33 37 98 19

gisle.proesch@gmail.com
www.tannhelse.no

ØSTFOLD

Privattannlegene AS

Tannlege Karlsen
Tannlege Jaavall
Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
Faks 69 31 32 15
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

Tannlegene i Vektergaarden

Tannlege Øystein J Andresen
Samarbeider med Periospesialist Jesper Zakrisson for implantat installasjon
Voldgata 10/11
1632 Gamle Fredrikstad
Tlf. 69 32 03 77
post@tannlegeneivektergaarden.no
www.tannlegeneivektergaarden.no

Tannlege Finn André Hammer

Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Colosseum Fredrikstad Private
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no

Tannlege Pål Sørensen

Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Colosseum Fredrikstad
Nygårdsgata 49/51
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 31 24 24
fredrikstad@colosseum.no

LYSTGASS

HORDALAND

Oris Dental Arken Åsane

Tannlege Anne Marthe Dekke Kristiansen
Tannlege Linn Johannessen
Tannlege Geir Evensen
Kompetanse i odontofobi og autorisert i bruk av lystgass.
Tilkost for funksjonshemmede.
5116 Ulset
Tlf. 55 19 77 50
arken@orisdental.no
www.oris-bergen.no
Åpningstider:
Man – Fre 7 – 22
Lør – Søn 8 – 18

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia

Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre

Tannboden AS
Sandnessjøen
Tlf. 75 04 36 00
perhamre@hotmail.com
www.tannboden.no

TROMS

ABA Tannlegene

Tannlege Einar Brage Thorsteinsson
Helsehuset
Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00
post@abatann.no
www.abatannlegene.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Kjell Ulsund
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor

TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

VEST-AGDER

Tannlege Ida Nordmo

Colosseum Nordmo
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
E-post; nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

NARKOSE/SEDASJON

AKERSHUS

Dentales Tannklinikk Lysaker

Tilgjengelig for bevegelseshemmede.

Lysaker Torg 5

Tlf. 67 12 90 00

www.dentales.no

Epost: lysaker@dentales.no

Tannlege Arild Aarnseth,

spesialkompetanse i bruk av Sedasjon og Lystgass.

Samarbeider med anestesioverlege Stefan Hauptig.

Løkketangen Tannlegesenter

Tannlege Anders Wangestad

Samarbeider med dosent, spesialist

i oralkirurgi Gøran Widmark

Løkketangen 12a

1337 Sandvika

Tlf. 67 52 16 00

Faks 67 52 16 05

post@wangestad.no

www.lokketangen-tannlegesenter.no

Narkose/sedasjon/lystgass Parkering

i kjeller

BUSKERUD

Drammen Tannlegesenter/Drammen

Spesialistsenter

i samarbeid med anestesilege Terje

Hanche-Olsen

Øvre Torggt 10

3017 Drammen

Tlf. 32 83 60 00

www.drammen-tannlegesenter.no

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege avd Apollonia

Ved anestesilege Knut Rusten

PB 605

6001 Ålesund

Telefon 70 10 46 70

Telefaks 70 10 46 71

firmapost@apollonia.no

www.apollonia.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre

Tannboden AS

Mosjøen

Tlf. 75 04 36 00

perhamre@hotmail.com

www.tannboden.no

OPPLAND

Lillehammer Tannhelse

avd Lillehammer

Nymosvingen 6, 2609 Lillehammer

Tlf. 61 26 03 63

admin@lillehammertannhelse.no

OSLO

Fjærvik klinikken

Tannlegene Ingrid Fjærvik og

Vera Breivik.

Narkose/sedasjon/lystgass.

Sommerogata 13-15

0255 Oslo

Tlf. 21 63 16 00

www.fjaervikklinikken.no

Epost: post@fjaervikklinikken.no

Tilgjengelig for bevegelseshemmede

Kveldsåpent

Spesident

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31

Vi tilbyr behandling i sedasjon / narkose.

Hegdehaugsveien 31

0352 Oslo

Tlf. 22 95 51 00

Faks 22 95 51 10

www.spesident.no

post@spesident.no

TROMS

ABA tannlegene

ved overlege anestesi Jan Yuri Kazanski

(www.abatannlegene.no)

(post@abatann.no)

Helsehuset, Sjøgt. 31/33

9008 Tromsø

Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

TRØNDELAG

SANDEN TANNHELSE AS,

Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt

Tannlege MNTF Bjørn Thunold

Tannlege og spesialist i oral kirurgi Thomas

Klimowicz

Kongens gate 60, 7012 Trondheim

Åpningstider alle dager 0800 – 1530.

Kveldstid mulig evt. avtale.

Telefon/faks: 73 52 71 73/ 73 52 71 72

post@sandentannhelse.no

Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

Tannhelse Melhus AS

Vi tilbyr narkose og IV sedasjon.

Tannlegene

Bjørn Gunnar Benjaminsen, MNTF

Knut Roger Eidshaug, MNTF

Kai Åge Årseth, MNTF

Spes. periodontitt Odd Bjørn Lutnæs

Spes. endodonti Eivind Skaar

Melhusvegen 451

7224 MELHUS

Tlf. 72 87 90 10

post@tannhelsemelhus.nhn.no

www.tannhelsemelhus.no

VEST-AGDER

Colosseum Nordmo

Ved anestesioverlege Tom H. Hansen og

Albrecht Brazel

Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden

4687 Kristiansand

Tlf. 38 09 54 10

Faks 38 09 04 04

E-post; nordmo@colosseum.no

www.colosseum.no

ØSTFOLD

Tannlege Kai B. Hannestad

spesialist i oral protetik

Colosseum Fredrikstad Private

Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad

Tlf: 69 36 88 00

fredrikstadttannhelsesenter@colosseum.no

www.ftann.no

ANDRE KOLLEGIALE

HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner. Under denne overskriften kan man annonsere at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.

For mer informasjon, henv. Eirik

Andreassen, tlf. 22 54 74 30,

eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

OSLO

Avdeling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo

Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger

og oral kirurgi

Spesialkompetanse i oralpatologi

Tannlege, dr. odont. Tore Solheim

Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36

solheim@odont.uio.no

Tannlege, ph.d. Tine Søland

Telefon: 22 84 03 76

tinehe@odont.uio.no



SANDEFJORD TANNHELSE

Spesialisttannleger eller spesialistkandidater søkes, til Norges Solkyst.

Vi utvider og bygger ny stor tannlegepraksis i Sandefjord.

Praksisen består i dag av periodontist, tre allmenntannleger og 2 tannpleiere, og tilknyttet radiolog. Vi ønsker å tilknytte oss andre kvalitetetsbevisste spesialister på hel- eller deltid. Vi søker derfor kontakt med endodontist, protetiker og oral kirurg, eller kandidater under videreutdanning, til et hyggelig og ungdommelig fagmiljø, med varierte og utfordrende arbeidsoppgaver.

Allmenntannleger med egen portefølje, eller som har lyst å bygge opp egen kundemasse i praksisfellesskap kan også være en mulighet. Vi har god pågang av nye pasienter. Det vil være anledning til å inngå kompaniskap, for senere overtakelse av praksisen.

Sandefjord er Vestfolds største by, og har mye å tilby. Et behagelig klima, rikt kulturliv og idrettsmiljø. Bærekraftig og variert næringsliv. Flott natur, med sjø, strender, og nærhet til fjellområder.

Infrastrukturen er særdeles bra, med egen flyplass med både innenlands og utenlandsforbindelse. Bare en drøy time til Oslo med togforbindelse eller motorvei, og ferjerute til Sverige, og Danmark fra nabobyen Larvik.

Sandefjord by er i sterk vekst, og er en trivelig by, uten kø og stress, og har fornuftige bokostnader.

Praksisen forventes å stå ferdig sommeren 2019.

Hvis dette er interessant, ta kontakt med Arnt Helge Dybvik på
epost: stasjobb@gmail.com

STILLING LEDIG

TRONDHEIM SENTRUM

Tanngarden vokser – kollega ønskes!

Veletablert tannlegekontor i Trondheim sentrum søker trivelig, kvalitetsbevisst og fremtidsrettet tannlege som vil bli en del av vårt team.

Vi er pdd en tannlege, en tannpleier og 3 assistenter.

Vi trenger en assistenttannlege som kan overta pasientportefølge for kollega som avvikler. 100 % stilling

Klinikken er moderne utstyrt med planmeca uniten, intraoral scanner og OPG

Tiltredelse snarest/etter avtale.

Forespørsler og søknader kan rettes til:

Nina Sivertsen

92288044

ninsiver@online.no

Tanngarden Trondheim AS

Dronningens gt 23

7012 Trondheim

www.tann-garden.no

VI SØKER

en norsk autorisert allmenntannlege (som kun er utdannet i Norge), med minimum to års erfaring, til ny og moderne sentral klinikk, Tannlege Oslo AS, for 2–3 dager i uka fra 15:30 til 20:00. Søknad/CV sendes: post@oslotannlegeklinikk.no

ASS.TANNLEGE 100 % STILLING I OSLO

Er du interessert og har erfaring?

Send sms med INTERESSERT og

mailadresse til: 91167784 og vi sender deg

stillingsannonnen, med nødvendige instruksjoner.

TANNLEGE TRONDHEIM

Tannlege søkes til hyggelig praksis på Persaunet i Trondheim.

God pasienttilgang og gode betingelser. Norsk autorisasjon kreves.

Henvendelse på epost nilsbskaar@gmail.com

TANNLEGE SØKES TIL PRAKSIS PÅ LILLESTRØM

Tannlege søkes til hyggelig, privat praksis på Lillestrøm 2 dager pr uke. Send kortfattet søknad og CV til

turidsagbakken@hotmail.com

ØSTFOLD: HALDEN

Tannlege med egne pasienter søkes til velutstyrt og moderne klinikk i Halden. Klinikken har 2 behandlingsrom (Plandent uniten, OPG, Ceph, Opus data, NHN tilknytning) som kan leies av i 3 dager i uke. Kontakt: haldentannregulering@hotmail.com



Tanngarden på Sørumsand søker assistenttannlege til 80-100% stilling pga pensjonsavvikling juni 2019.

Klinikken ligger rett ved togstasjonen, 30min fra Oslo S. Den har lyse, flotte lokaler, 10 behandlingsrom, moderne utstyr og god pasienttilgang.

Det er idag tilknyttet 4 allmenntannleger, 3 spesialister, 1 tannpleier og 7 tannlegesekretærer.

Vi er stolte av vår svært stabile arbeidsstokk der teambasert arbeid står i fokus, og vi søker derfor en tannlege med et ønske om et langsiktig engasjement.

Det er nødvendig med gode norskkunnskaper muntlig og skriftlig, norsk autorisasjon, evne til ryddighet og effektivitet i en hektisk klinisk hverdag og helst noe erfaring fra privat praksis.

Det vil også vektlegges personlige egenskaper som god evne til kommunikasjon med medarbeidere og pasienter, samt interesse for et bredt tverrfaglig samarbeid og egen faglig utvikling.

Vi gleder oss til å treffe aktuelle kandidater.

Tenker du at det kan være deg, send søknad og CV til: post@tanngarden.com

TANNLEGE SØKES TIL VESTERÅLEN

Vi ønsker å utvide vår klinikk med en tannlege til, i 80–100 % stilling.

Vi er 3 allmenntannleger og 1 oralkirurg tilknyttet klinikken. Vi jobber vegg i vegg med en tannteknikerlab. Vi har en travel og variert hverdag, og godt pasientgrunnlag.

Tiltredelse snarest. Søker må beherske norsk og ha autorisasjon. Søknad sendes til: tannlege@runehilde.no

TANNLEGE HAMAR

Jeg søker en kvalitetsbevisst og omgjengelig assistenttannlege til min privatpraksis Alvenes Dental i Hamar sentrum. Klinikken består av 3 tannleger, 1 tannpleier og 3 sekretærer og vi har 5 like behandlingsrom. Vi kan tilby et trivelig arbeidsmiljø i en travel praksis. Klinikken ligger i kjøpesentret CC Hamar, som var nybygd i jan 2015. Det vil være mulighet for varierte arbeidsoppgaver og klinikken har god pasienttilgang.

Norsk autorisasjon, samt beherske norsk flytende muntlig og skriftlig er en forutsetning.

Spørsmål om, eller søknad på stillingen til:

maria@alvenes.com

GRÜNERLØKKA TANNHELSESENTER

Vi søker en spesialist innen oral kirurgi til vår klinikk sentralt på Grünerløkka.

Grünerløkka Tannhelsesenter er en tverrfaglig tannklinikk med to allmennpraktiserende, en periospesialist, og en kirurg.

Vår kirurg gjennom 4 år skal slutte, og dermed utlyses denne stillingen gjeldende 1–2 dager per uke. Mulighet for dag- og kveldsjobbing.

Vennligst kontakt oss på mail lisa.orting@grunermail.no

Tannlegestillinger Bergen, Stavanger og Odda

Bergen – 80% stilling

- Velutstyrt og stor klinikk sentralt på Askøy ved Bergen
- Stor pasientbase og svært gode inntjeningsmuligheter
- Mulighet for fulltid
- Jobberfaring er ønskelig

Kverneland/Stavanger – 60-100% stilling

- Velutstyrt og stor klinikk på Kverneland ved Stavanger
- Stor pasientbase og svært gode inntjeningsmuligheter
- Jobberfaring er ønskelig

Odda – fulltidsstilling

- Moderne og veldrevet praksis i Odda sentrum
- Stor pasientbase og svært gode inntjeningsmuligheter
- Noe jobberfaring er ønskelig, veileder tilgjengelig

**Alle søkere må beherske norsk skriftlig og muntlig, og ha norsk autorisasjon.
Send CV og søknad til cathrine@tannlegesenter.as**



**ASSISTENTTANNLEGE SØKES TIL
TANNLEGESENTER I MANDAL PGA
PLANLAGT PENSJONERING FRA JUNI 2019**

Vi søker positiv og omgjengelig tannlege som er nøyaktig, strukturert og kvalitetsbevisst, og som ønsker fornøyde pasienter. Om Tannlege Sanne AS: Vi holder til i Mandal sentrum og består av 4 tannleger og 5 tannhelsesekretærer. Vi har fem moderne behandlingsrom. Norsk autorisasjon, samt beherske norsk flytende muntlig og skriftlig er en forutsetning. Har du spørsmål eller er interessert send en søknad til siri-san@online.no eller ring 90077904.

TANNLEGEVAKT OSLO S

har 3 avdelinger og søker allmenntannlege 100 % stilling og oral kirurg ca. 20% stilling. Kvalifikasjoner: Norsk autorisasjon, beherske norsk muntlig og skriftlig. Har du spørsmål eller er interessert send søknad til tannlegers@gmail.com

TANNLEGE SØKES TIL PRIVAT PRAKSIS

Krav (kvalifikasjoner): Norsk autorisasjon som tannlege
Gode norskkunnskaper, skriftlig og muntlig
Personlige egenskaper: Kvalitetsbevisst, faglig dyktig og omgjengelig.

Om stillingen:

Stillingstittel: Tannlege, Sted : Sætre, Heltid/deltid: Fast
Søknadsfrist: 28.02.19
Send søknad til : kellym2000@gmail.com

OSLO: TANNLEGE SØKES SENTRALT I OSLO

Vi søker en engasjert, ansvarsfull og serviceinnstilt tannlege til vår nye moderne og sentrale klinikk. Vi holder til i sentrum og består av 2 tannleger og 2 tannhelsesekretærer. Vi har tre behandlingsrom, hvor det ene rommet er ledig og klar for leie eller samarbeid. Vi er på jakt etter en kollega som ønsker å bygge seg opp, eller eventuelt har egne pasienter og vil samarbeide. Vi ønsker en nøyaktig, strukturert og kvalitetsbevisst person som kan bli passende til vårt hyggelige arbeidsmiljø. Du må kunne beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi bruker Opus journalsystem. Er du interessert eller har noen spørsmål kontakt oss på tannhelse_y@hotmail.com.



Assistenttannlege søkes til vikariat i travel og trivelig praksis i Stavanger. Varighet ca 1 år fra april 2019. Klinikken har moderne utstyr og et godt faglig miljø, med 6 allmenntannleger og 2 endodontister.

Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi legger vekt på god kvalitet, god service og godt humør. Tannlege med erfaring er ønskelig. Søknad med CV sendes snarest til tennerogtrivsel@hotmail.com



ØSTFOLD
FYLKESKOMMUNE

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på www.ostfoldfk.no.

Fra stillingene legges ut er det fire ukers søknadsfrist. Det er mulig å abonnere på nye stillinger via nettsiden. Kontaktperson: Kristin Strandlund, telefon 69 11 73 33 / 95 44 71 72.

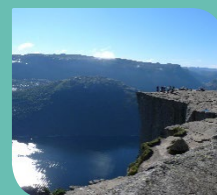


TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelse Rogaland.no.



Trøndelag - 100% Tannlege i Levanger

Tannlegene Bjørnaas & Brenne Lundh AS søker tannlege til 100% stilling ved vår klinikk i Levanger. Klinikken består av fire tannleger og fem assistenter samt ambulerende kirurg. Vi stiller høye krav til faglig utførelse, godt håndverk og gode samarbeidsevner med øvrig personale. Klinikken er velutstyrt med seks behandlingsrom og godt pasientgrunnlag.

Oppstart vår/sommer 2019. Norsk autorisasjon er et krav.

Søknad med CV sendes til ida@tannlege-levanger.no
Ta gjerne kontakt på telefon 971 00 732 for mer informasjon eller se nettside www.tannlege-levanger.no

Søknadsfrist 05.03.2019



SOMMER I LOFOTEN?

Grunnet pappapermisjon søkes vikar til mindre tannklinikk, i Lofoten. Vikariatets varighet er 15 uker, med tiltredelse fortrinnsvis i mai/juni.

Du vil jobbe sammen med en rutinert sekretær, og tannpleier i delstilling. Arbeidsoppgavene er svært varierte og utfordringene vil stå i kø.

Lofoten tilbyr et hav av friluftsmuligheter i majestetisk og rå natur.

Lønn og ansettelsesforhold etter avtale.

tannlege.harald.iversen@outlook.com

STILLING SØKES

TANNELEGE MED ERFARING

fra privat praksis søker jobb i Oslo/Akershus/Østfold fra juli/ august. Ta gjerne kontakt ved interesse på tannlegeuio@gmail.com.

KJØP & SALG

OSLO SENTRUM

Praksis med svært attraktiv beliggenhet i Oslo selges i forbindelse med sykdom/pensjonering. 2 behandlingsrom i felles leide lokaler med én annen praksis. Rask avklaring ønskes. Henvendelser rettes til kristian.raum@no.ey.com.

DIVERSE

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

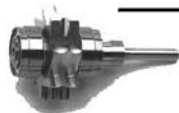
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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

NB!(Ikke vinkelstykker)

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

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



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

Strandbygdeveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!



3M Science.
Applied to Life.™

3M™ RelyX™ Unicem and Unicem 2 Selvbondende resinsement

Allsidig og pålitelig.



3M™ RelyX™
Unicem
Sementer

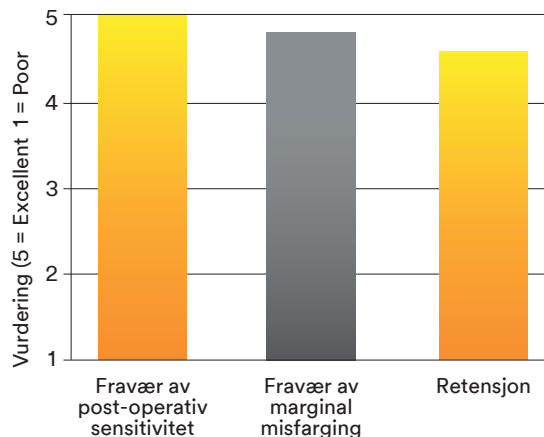
Verdens mest klinisk testet selvbondende sement

Enkel, brukervennlig og pålitelig! 3M™ RelyX™ Unicem selvbondende resinsement er et selvfølgelig valg for et bredt spekter av indikasjoner. Dual-cure og selvbondende kjemi gir blant annet høy bindestyrke, motstandsdyktighet mot misfarging og langtidsstabilitet.

Ideell til:
Sementer generelt, bl.a. oxidkeramikk restaureringer, stifter og kroner.

Resultatene fra *The Dental Advisor* 15 års kliniske studie +++++

Resultatene etter testing av 15-års gamle restaureringer sementert med 3M™ RelyX™ Unicem/Unicem 2



Kilde: The Dental Advisor 15-year Clinical Performance Study, March 2017
Vurdering: Excellent +++++



Mette Ellingsen
Salg Dental
mellingsen@mmm.com
Tlf: 975 27 993



Mette Strøm-Caspersen
Salg Dental
mcaspersen1@mmm.com
Tlf: 908 27 236



Eva Myrland
Salg Dental
Eva.myrland@mmm.com
Tlf: 63 84 71 88



Stein Erling Sørensen
Salg Ortho
stein.sorensen@mmm.com
Tlf: 906 85 379

PEOPLE HAVE PRIORITY



FULL KRAFT

ENDA BEDRE EFFEKT I VÅRE TURBINER!

Velg din styrke: 14 W – 21 W – 24 W – 26 W!



Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic for ytterligere informasjon:

W&H Nordic, t: 32853380, e: office@whnordic.no, www.wh.com  

SYNEA VISION RingLED