

DEN NORSKE  
TANNLEGEFORENINGENS

# TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 123. ÅRGANG • NR. 11 DESEMBER 2013



# Det er vi som

Avdeling Tannteknikk

**InterDental**

- sender 4 ganger i uka
- kun har 6 kalenderdagers leveringstid
- gir deg de største økonomiske fordelene på klinikken

*Avtalekunder får rabatt  
på både forbruksvarer og  
tanntekniske arbeider!*



Avd. Tannteknikk, Nedre Vollgate 4, Postboks 6657, St. Olavs Plass 0129 Oslo  
Tel: 22 47 72 00      [import@licscadenta.no](mailto:import@licscadenta.no)      [www.licscadenta.no](http://www.licscadenta.no)



790



804



808



818

Rubrikk-  
annonser

892



778	<b>Siste nytt først</b>
■	<b>Leder</b>
781	Gammel, fri - og fornybar
■	<b>Presidenten har ordet</b>
783	Tilbakeblikk - for fremtiden
■	<b>Vitenskapelige artikler</b>
784	Aida Mulic og Simen E. Kopperud: Dentale erosjoner: synspunkter og behandlingsstrategier blant norske tannleger:
790	Lisbeth Texmo, Dominika Trzcinska, Anders Henning Sægrov, Morten Klepp, Anne N. Åstrøm og Knut N. Leknes: Peri-implantitt: Utfordringer ved diagnostikk og behandling
■	<b>Aktuelt fag</b>
801	Ingar Olsen: Kan vi påvirke utviklingen av hjerte-karsykdom gjennom profylakse og behandling av periodontitt?
802	Studentforskerprisen 2013: Apikal ekstrusjon ved bruk av roterende og resiproke maskinelle systemer og håndinstrumentering
■	<b>Aktuelt</b>
804	Ganske vanlig, og ganske vanskelig å få slettet: Netthets
808	Vil ha ny kjeveortoped
810	En av tre tannleger sluttet
812	Bonus og ekstra fri til tannlegene
813	YouTooth
■	<b>NTFs landsmøte 2013</b>
818	Nye rekorder
820	Presidentens tale ved åpningen av NTFs landsmøte 2013: Om kommunikasjon - og mye mer
824	Professor Good Enough
826	Adhesiv odontologi
827	Det enkle er ofte det beste?
828	Sprekker i tennene
829	Nytt fra NIOM
831	Du ser det ikke før du tror det
832	Identifisering - et mangesidig arbeid
834	Status om bleking: Mange bivirkninger - høy tilfredshet
835	Mer enn ord
837	Fremtidens pasientrolle
839	Mindfulness i hverdagen
840	Kunsten å kommunisere det kompliserte
842	Smart hjernemat
842	NTFs Informasjonsmøte
848	Nordental 2013: Åpen og innbydende
■	<b>Kommentar og debatt</b>
855	Vi må henge sammen eller bli hengt hver for oss (Carl Christian Blich)
857	Svar til Carl Christian Blich
■	<b>Praksisdrift</b>
858	Hvordan forholde seg til trygdelovgivning
860	Pensjonist og i jobb
862	Spør advokaten: Tannlegeutdannet i Polen
■	<b>Snakk om etikk</b>
864	Varsling. Hva gjør vi når vi mener at en kollegas arbeid ikke er godt nok?
■	<b>Notabene</b>
866	Tilbakeblikk
867	Kurskalender
870	Personalia
872	<b>Kurs</b>
873	<b>Kollegiale henvisninger</b>

## Ovale stifter styrket ikke

Ovale stifter i ovale rotkanaler endrer ikke risikoen for fraktur av rotbehandlede premolarer, skriver det danske Tandlægebladet og viser til en ny britisk in vitro-studie, som er publisert i Dental Traumatology.

Studien ble utført på ekstraherte underkjevepremolare som ble forsynt med tre typer rotstifter: små runde fiberstifter uten kongruent preparasjon, store runde fiberstifter med formtilpasset preparasjon samt ovale fiberstifter i kanaler uten ytterligere preparasjon.

Stiftene ble sementert med resin og tennene ble forsynt med komposittkroner. De etterfølgende frakturtestene viste ingen signifikante forskjeller.

Krastl G, Lorch H, Zitzmann NU et al. Do oval posts improve fracture resistance of teeth with oval root canals? Dent Traumatol 2013 Sep 1. (Epub ahead of print).

## Mest korrupt



72 prosent av russerne mener at det russiske utdanningssystemet er korrumpert. Det viser en undersøkelse publisert i det siste årsbarometeret fra Transparency International (TI) skriver danske Forskerforum. TI konkluderer med at Russland har verdens mest korrupte utdanningssystem blant verdens store økonomier, målt etter befolkningens opplevelse. Russland blir etterfulgt av India (61 prosent), Japan (53 prosent), Indonesia (49 prosent) og Mexico (43 prosent). I følge Forskerforum tjener russiske universitetslærere lite, og biinntekter gjennom bestillinger har tradisjonelt vært utbredt.

## Fruktsukker kan skade nyrene



Forskere retter stadig mer oppmerksomhet mot de mulige negative effektene som sukkeret fruktose kan ha på kroppen, skriver forskning.no. Fruktose eller fruktsukker finnes sammen med druesukker i mange søte frukter, i blomsternektar og dermed også honning. Og ikke minst: Vanlig sukker inneholder halvparten fruktose.

– Bevisene for at det å få i seg mye fruktsukker gir negative helseeffekter, bygger seg opp, sier Hans-Peter Marti som er professor i klinisk medisin ved Universitetet i Bergen.

Marti var nylig på nyreforeningens kongress, Kidney Week, i Atlanta i USA. Her ble det lagt fram flere studier som bygger opp under det forskerne har sett de siste årene; at fruktsukker kan skade nyrene, og gjennom dette kanskje bidra til at fedme og type 2-diabetes øker i verden.

Fruktosen kan gjøre at nyrene får et energitap, og i tillegg lager de mer urinsyre. Personer som har i seg mye fruktose kan få økt blodtrykk og risikere å utvikle metabolsk syndrom. Det siste er forbundet med både insulinresistens, diabetes og fedme. Det å få i seg mye fruktose kan også gi økt risiko for andre nyresykdommer, antyder forskningen.

En viktig kilde til fruktose er sukkerbrus og andre søte drikker. Derfor ville en forskergruppe fra Osaka University Graduate School of medicine i Japan undersøke om det var mulig å måle forandringer hos folk som drakk brus over tid. I noen tilfeller fulgte de folk i tre år,

noen fulgte de kortere, og andre lenger. De fant at personer som drakk to sukkerdrikker eller mer daglig, fikk mer protein i urinen. Det er et tegn på at nyrene ikke fungerer optimalt.

I en annen studie fikk rotter i seg mye fruktose. Det så ut til at dette forandret måten nyrene deres tok opp salt på. Forskerne bak studien mener denne mekanismen kan være med på å forklare hvordan høyfruktose maissirup ser ut til å bidra til nyresvikt, høyt blodtrykk, og at fedme og diabetes øker blant mennesker i verden.

– Disse to studiene kommer ikke med noe spesielt nytt og er ikke ideelt utført, men gir ytterligere bevis for de negative effektene av fruktose, sier Marti.

Det finnes ingen vedtatt maksdose av fruktsukker som er trygt å spise daglig, men helsemyndighetene har satt grensen for hva vi maksimalt bør ha i oss totalt av tilsatt sukker til å være ti prosent av kaloriene vi spiser.

– Hvis du er en frisk og sunn person, vil ikke en leskedrikk med sukker nå og da ha stor betydning, men spesielt hvis du er overvektig eller utsatt for nyresykdom, og drikker to eller flere sukkerholdige drikker hver dag, kan det ha negativ effekt på nyrene, sier Hans-Peter Marti.

– Det er viktig å si at det å spise rå frukt fremdeles bør anbefales, fordi dette er sunt i seg selv. Dessuten bidrar ikke fruktspising til at fruktoseinnholdet i kosten vår øker, i motsetning til tilsatt sukker.

## Tør ikke kritisere ledelsen

Medisinprofessor Johan Storm ved Universitetet i Oslo mener det har utviklet seg en skadelig selvsensur og fryktkultur blant universitetets forskere, skriver Universitas.

– Fryktkulturen er meget skadelig fordi universitetets virksomhet er helt avhengig av åpen meningsbrytning og diskusjon, sier Storm. Han forteller at forskere kvier seg for å kritisere ledelsen fordi de ikke vil miste forskningsmidler. Han ønsker seg derfor et eget forskerombud for å bøte på fryktkulturen, skriver bladet Forskerforum.



## Pasientkommunikasjon

Lege og komiker Trond-Viggo Torgersen skal undervise kommende leger i det nye faget 'pasientkommunikasjon' ved Universitetet i Bergen.

– Måten man er lege på er viktig. Som lege må man lære å være profesjonell overfor et menneske i krise, for det er man ofte som pasient. En pasient er sårbar og vet ikke hva som kommer til å skje. Og legen har mye makt, men kan også være usikker, sier Torgersen til vg.no. Visedekan ved UiB Arne Tjølven understreker at Torgersen ikke er hyret inn for å være morsom, skriver bladet Forskerforum.

## Rapport om e-sigaretter

– Til tross for forsøk på å ekskludere e-sigarettenes fra det lukrative nikotinmarkedet, har produktet på meget kort tid blitt gjenstand for stor interesse og sterk salgsøkning flere steder i verden, sier forskningsleder ved Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, Karl Erik Lund.

Sannsynligheten er stor for at e-sigaretter slippes på markedet fra 2017 uten andre begrensninger enn 18-årsgrense, maksimumsgrense for nikotin og reklamerestriksjoner etter de regler som gjelder for tobakk.

SIRUS-rapporten Hva er elektroniske sigaretter, hvor farlige er de og hvordan bør de reguleres? gir en samlet fremstilling av forskningen på e-sigaretter.

E-sigaretter et plast- eller metallrør som inneholder en mekanisme som fordampner en smakstilsatt, flytende væske hvor hovedingrediensene er propylen-glykol, glyserol, smakstilsetning og eventuelt nikotin. I kjemiske innholdsanalyser er det funnet spor av karbonyler (formaldehyd, acetaldehyd, acrolein), tungmetaller (kadmium, nikkel, bly) og to typer nitrosaminer (NNN, NNK) i noen typer e-sigaretter. Dette er stoffer som er forbundet med kreftrisiko. Verdiene av skadelige stoffer i e-sigaretter ligger imidlertid som regel langt under det som er påvist for ordinære sigaretter og de er mer sammenlignbare med verdiene fra nikotininhalatoren. Nikotinkonsentrasjonen er

også under de verdiene som antas å ha skadelige virkninger for mennesker.

– Langtidseffekten fra bruk av e-sigaretter er foreløpig ukjent. Selvråportering fra forhenværende røykere indikerer at overgang fra tobakk til e-sigaretter kan føre til bedret pustekapasitet og redusert hoste. Bruk av e-sigaretter reduserer trangen til å røyke, mildner abstinenssymptomer, reduserer forbruksintensitet og kan ha effekt for røykeslutt.

Brukerne av e-sigaretter ser ut til å være dominert av forhenværende eller nåværende sigarettøykere. Interesse for og bruk av e-sigaretter blant ikke-røykere ser ut til å være lav. Les hele rapporten på [www.sirus.no/Ny+SIRUS-rapport+om+e-sigaretter.d25-SMRHS32.ips](http://www.sirus.no/Ny+SIRUS-rapport+om+e-sigaretter.d25-SMRHS32.ips).

## Papirarbeid tar tid



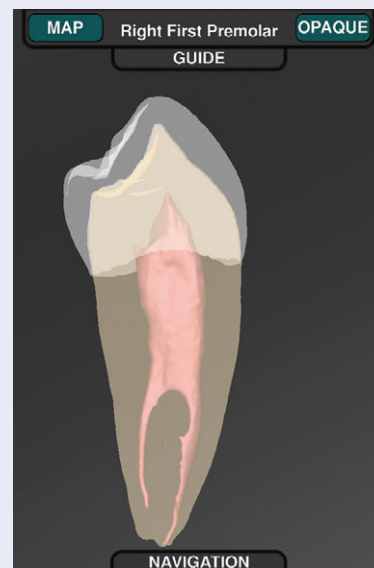
ILL: YAMMICO

Hvert år bruker norske leger tre millioner arbeidstimer på å skrive søknader om forskningspenger, opplyser TV2. Tidsbruken tilsvarer 1 500 heltidsstillinger. Denne tiden burde gått til selve forskningen, mener Odd Helge Gilja, professor II ved Klinisk institutt ved Universitetet i Bergen.

– Jeg synes det begynner å bli et problem, fordi det er spørsmål om hvordan vi bruker de beste hodene i landet. Skal vi bruke dem til å produsere papir, eller skal vi bruke dem til kreativt forskningsarbeid, spør han?

## På nett

### Tann-app viser tannmorfologi



Appen «Real Tooth Morphology» kan vise tannanatomi tredimensjonalt, basert på data fra mikro-CT av virkelige tenner. Tennene kan roteres, tippes og forstørres på skjermen. Den enkelte tannen kan gjøres transparent slik at pulpaanatomi blir tydelig. Det er illustrativt (og tankevekkende) å se pulpasystemet i tre dimensjoner.

Appen er utviklet av to professorer i odontologi av firmaet Fungameco Ltd. Den finnes både for IOS og Android, og det er en forenklet gratisversjon og en fullversjon som koster penger.

Nils Roar Gjerdet

Du kan også følge oss på Facebook og Twitter. Navnet er Tannlegetidende

# KONSTEN ATT SKAPA ESTETIK MED FLYTBAR KOMPOSIT

Från den minsta Klass V  
till den största Klass II

**G-ænial Universal Flo™ från GC**

ESTETIKEN BLIR  
ENKLARE MED GC  
**'GC'**

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

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

[www.gceurope.com](http://www.gceurope.com)

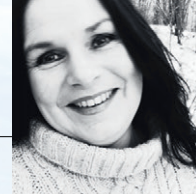
**GC NORDIC AB**

Tel. +46 8 555 793 12

[info@nordic.gceurope.com](mailto:info@nordic.gceurope.com)

<http://nordic.gceurope.com>

**'GC'**



## Gammel, fri – og fornybar

**M**ed sine 123 år er Tidende et av de eldste tidsskriftene både i Den Norske Fagpresses Forening og i Tidsskriftforeningen, som er to viktige fellesskap for oss. De gamle er eldst, heter det – i betydningen kan og vet best. Det vet jeg ikke, men at vi lærer av hverandre i disse to foreningene, og at Tidende av og til ligger foran i utviklingen, det ser vi.

For å være medlem av Fagpresseforeningen må vi være redaksjonelt uavhengig av utgiver eller eier, og av alle andre interesser. Det vil si at bladet redigeres etter redaktørplakaten.

At Tidende fortsatt skal ha denne redaksjonelle uavhengigheten er nylig blitt stadfestet av Tannlegeforeningens representantskap. På representantskapsmøtet i slutten av november, rett før trykking av dette bladet, ble en ny formålsparagraf for Tidende vedtatt, sammen med retningslinjer for utgiver, ansvarlig redaktør og redaksjonskomité. Saken gikk igjennom uten noen diskusjon.

Styringsdokumentene innebærer for øvrig ingen endring av dagens praksis. Grunnen til at det ble startet en prosess for å utarbeide dem for to år siden, var først og fremst et ønske fra utgivers side, det vil si hovedstyret i Tannlegeforeningen, om å sette seg nærmere inn i hva utgiverrollen innebærer. Det er prisverdig.

Fagpresseforeningen er i løpet av inneværende år blitt mer opptatt av å få flere utgivere til å bli opptatt av det samme, og ser det som en av sine hovedoppgaver i tiden fremover å bevisstgjøre utgivere på deres rolle. Her var Tannlegeforeningen på sett og vis tidlig ute.

Tidlig i denne prosessen ble det også klart at Tidende manglet en formålsparagraf. Fagpresseforeningen har bidratt med nyttige innspill til hva en slik formålsparagraf for Tidende kan inneholde. Samtidig er den nye formålsparagrafen tilpasset denne spesielle utgi-

verforeningen og dette spesielle tidsskriftet. Formålsparagrafen og de andre styringsdokumentene er et resultat av et samarbeid mellom NTFs hovedstyre og Tidendes redaktør. Tidendes redaksjonskomité er også blitt hørt. Resultatet er gode gjennomarbeidede dokumenter og en økt bevissthet om hva det vil si å utgi et redaksjonelt uavhengig tidsskrift – som sikrer Tidende fortsatt medlemskap i Fagpresseforeningen.

Dette medlemskapet gir oss den viktige opplagskontrollen, som er med på å sikre gode annonseinntekter. Nyere undersøkelser viser forresten at Fagpressen er den eneste mediekanalen som øker i opplag, selv om det langt fra gjelder alle fagpresseblader. Tidendes opplagstall er blant dem som øker.

I tillegg til de kontrollerte opplagstallene er det mange annonsører som etterspør resultatene av leserundersøkelsene som gjennomføres med jevne mellomrom. I mars i år gjorde vi det igjen, og nok en gang fikk vi vite at leserne vil ha mer av det Tidende allerede leverer – først og fremst fagstoff. Det betyr at vi vil fortsette som før – samtidig som vi vil fornye oss.

Vi gjør hva vi kan for å skaffe mer fagstoff. Et av tiltakene er å styrke redaksjonsrådet. Med flere på laget håper vi at ennå mer av det som kan bli fagstoff til Tidende vil kunne bli identifisert og kanalisert til oss. I løpet av neste år vil vi også videreutvikle nettstedet tannlegetidende.no og vi vil se på muligheten for å utvikle en iPad-applikasjon for Tidende.

Med disse planene avslutter vi denne årgangen av Tidende og ønsker alle dere som leser en god og fredelig jul.

*Ellen Beate Dyvi*

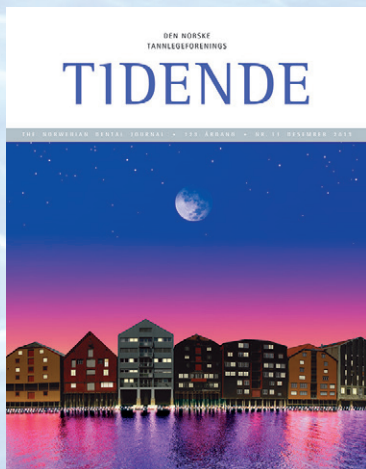


Foto: Yay Micro. Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:  
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:  
Nils Roar Gjerdet  
Jørn Arne Fridrich-Aas

Redaksjonssjef:  
Kristin Aksnes

Redaksjonsråd:  
Morten Enersen, Universitetet i Oslo  
Anne Chr. Johannessen, Universitetet i Bergen  
Ulf Örtengren, Universitetet i Tromsø

Redaksjonskomité:  
Jon E. Dahl  
Anders Godberg  
Malin Jonsson

ABONNEMENT  
Abonnementspris for ikke-medlemmer  
og andre abonnenter kr 1700,-

ANNONSER  
Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,  
Tlf. 22 54 74 30.  
E-post: eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

TELEFON OG ADRESSE  
Haakon Vils gate 6,  
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo  
Tlf. 22 54 74 00  
E-post: tidende@tannlegeforeningen.no  
www.tannlegetidende.no

UTGIVER  
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303  
Opplag: 6 300. 11 nummer per år  
Parallellpublisering og trykk: 07 Gruppen AS  
Grafisk design: Mike Mills

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

# TANNLAB-dagen med deLillos!

Vi feirer vårt  
30-årsjubileum på  
TANNLAB-dagen  
**6. februar 2014.**  
Stort faglig program  
og deLillos holder  
konsert.

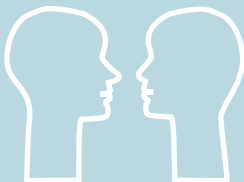
Les mer på  
**[www.tannlab.no](http://www.tannlab.no)**

TANNLAB ønsker alle  
en riktig god jul.



#### FREMSTILLING

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



#### RÅDGIVNING

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



#### FORMIDLING

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

*TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier. Laboratoriet ble etablert i 1984, og våre kunder er blant de fremste tannleger i Norge. Laboratoriet ble i 1997 sertifisert i henhold til ISO 9002 som det første tanntekniske laboratorium i Norden.*

**TANNLAB**  
fremstilling · rådgivning · formidling





## Tilbakeblikk – for fremtiden

Etter snart to år som president i NTF er det på sin plass å ta noen tilbakeblikk på perioden vi snart legger bak oss. Det har vært to innholdsrike og spennende år.

Perioden startet med en beslutning som har hatt mye å si for NTF som forening og spesielt for sekretariatet vårt. Representantskapet besluttet i 2011 at hovedstyret kunne selge Frederik Stangs gate 20. Som et resultat av dette flyttet sekretariatet inn i nye, leide lokaler høsten 2012, og nå har vi vært over ett år i Haakon VII's gate 6. Da vi bestemte oss for å flytte var målet å få frigjort tid til kjerneoppgaver i et mer praktisk og velfungerende lokale for sekretariatet, og det har vi fått. I de nye lokalene har vi i tillegg mulighet for å avholde mindre tillitsvalgsarrangementer, og mange av dere har allerede vært innom oss i Vika. Det er veldig hyggelig, og det fører forhåpentligvis til et nærmere forhold mellom lokale tillitsvalgte og NTFs sentrale organisasjon.

I forbindelse med salget har hovedstyret vedtatt en ny investeringsstrategi for foreningen, slik at NTFs penger skal bli forvaltet på best mulig måte. Vi har gjennomført en bred og grundig prosess rundt dette, og har valgt en profesjonell rådgiver med fokus på institusjonelle kunder. Vi er godt i gang med iverksettingen av den nye strategien.

Kommunikasjonsarbeidet har stått sentralt i denne perioden. Vi har brukt mye tid på medierettet arbeid. NTF har forsøkt å være til stede i debattene, og vi har ligget «over radaren» så godt det har latt seg gjøre. På grunn av stortingsvalget i år har vi også brukt mye ressurser på det politisk rettede arbeidet. Partienes programkomiteer har fått besøk, vi har møtt helse- og omsorgs-

komiteen på Stortinget, i tillegg til en del annen virksomhet.

Nytt i perioden er at lokalforeningene har vært trukket mer inn i kommunikasjonsarbeidet. Vi har hatt to «samarbeidsprosjekter», det ene knyttet til markeringen av Verdens Tannhelsesdag i september 2012 og det andre om kontakt med lokalpolitikere i forbindelse med årets stortingsvalg. NTF kan bare være en sterk organisasjon hvis alle jobber sammen mot et felles mål; både lokalt og sentralt, fra offentlig og privat sektor. Dette er derfor en form for samarbeid som vi skal bygge videre på.

Vårt første nye tillitsvalgsopplæringskurs ble gjennomført i høst. Dette kurset skal avholdes årlig, som et tilbud til nye tillitsvalgte i lokale og sentrale verv. Tilbakemeldingene etter prøvekurset var positive, og et nytt kurs skal avholdes i februar. Samtidig skal det utarbeides kurspakker som lokalforeningene kan bestille. Dette skal sikre at alle lokalforeningene får det samme kurstilbudet over hele landet.

Den obligatoriske etterutdanningen er oppe og går. Flere nye kurskonsepter har sett dagens lys, blant annet det meget vellykkede NTFs symposium. De to første arrangementene har vært utsolgt, og påmeldingen til neste års symposium i endodonti er i full gang. Vår siste satsing TANK – Tannlegeforeningens nettbaserte kurs – ble lansert på årets landsmøte, og det første kurset ligger nå ute på hjemmesiden. Snart kommer to kurs til, begge med tema på områder hvor det er myndighetskrav. Det skal være lett å holde seg oppdatert med TANK!

I skrivende stund nærmer representantskapsmøtet seg med stormskritt. Jeg gleder meg til gode debatter mellom

skarpskodde representanter med gode argumenter. Sakslisten inneholder mange viktige saker for foreningens fremtid, og forhåpentligvis får vi vedtatt policydokumentene, som vil bli viktige retningsgivere for det arbeidet som skal gjøres fremover. I møtet med politikere og media er det veldig viktig å vite hva NTF mener og står for, og det er representantskapet som trekker opp hovedlinjene som hovedstyret skal arbeide videre med.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle i sekretariatet og alle tillitsvalgte for et godt samarbeid gjennom to spennende, lærerike og fantastisk interessante år! Takk til alle som nå gir seg etter en lang og god innsats og velkommen til alle nye krefter som er på vei inn i tillitsvalgtrollen. Jeg vet at det kommer til å bli givende og morsomt.

Jeg er klar og veldig motivert for å gå løs på to nye år, hvis representantskapet ønsker det. Det er fortsatt mye viktig arbeid som ligger foran oss. Erfaringene fra den perioden som nå går mot slutten, må brukes og legges til grunn når vi sammen skal jobbe for å virkeliggjøre NTFs visjon: «Dyktige og tilfredse medlemmer med fornøyde pasienter i en befolkning med god oral helse.» Lista ligger høyt, og sånn skal det være!

Jeg ønsker dere alle en strålende jul og et godt nytt år!

*Camilla Hanser Steinum*

Aida Mulic og Simen E. Kopperud

# Dentale erosjoner: synspunkter og behandlingsstrategier blant norske tannleger

Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge norske tannlegers kunnskap, erfaringer og behandlingsvalg i forbindelse med dentale erosjoner. Et elektronisk spørreskjema, illustrert med et pasientkasus, ble sendt til alle tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten (1262 tannleger; 60% svarte). Nesten alle (98,6%) registrerte dentale erosjoner; halvparten anvendte et graderingssystem. De fleste (79%) rapporterte høyest forekomst av erosjonslesjoner på palatinale flater i overkjeven, etterfulgt av okklusale flater på 1. molarer i underkjeven (74%) og overkjeven (32%). Kun 9% av tannlegene rapporterte at de ofte dokumenterte erosjonsskadene med kliniske foto. Studiemodeller ble ofte brukt som dokumentasjon av 5% av tannlegene. Mens 40% av tannlegene mente at gutter oftere hadde syreskader enn jenter, rapporterte 36% at det ikke var kjønnsforskjeller. Høyt forbruk av brus (97%) og juice (72%) ble angitt som de viktigste årsakene til erosjoner. Kun hver fjerde tannlege (21%) tok opp kostholdsanamnese, og 73% målte aldri salivasekresjon på erosjonspasienter. De fleste tannlegene (78%) behandlet pasientene med tannerosjoner selv; det vil si de henviste ikke. Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at utfordringen for dagens og fremtidens tannhelsepersonell er å fokusere mer på diagnostikk, informasjon og forebygging av dentale erosjoner.

**D**en generelle tannhelsen har gjennomgått store forandringer de senere år. Erosjonsskader på tenner har fått mer oppmerksomhet, og det synes å være en økende forekomst av erosjonsskadede tenner, samtidig som kariesforekomsten er redusert (1).

## Forfattere

Aida Mulic, tannlege midlertidig førsteamanuensis, PhD. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Simen E. Kopperud, tannlege, PhD-stipendiat. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Dette er en sekundærpublikasjon av en artikkel som er publisert i *International Journal of Dentistry*: Mulic A, Vidnes-Kopperud S, Skaare AB, Tveit AB, Young A. Opinions on dental erosive lesions, knowledge of diagnosis, and treatment. Strategies among Norwegian dentists: A questionnaire survey. *Int J Dent*. 2012; 2012: 716396.

Det er godt dokumentert at årsakssammenhengen relatert til erosjoner er sammensatt og kan skyldes flere faktorer (2), og derfor er det viktig å kartlegge livsstilskomponenter som kan bidra til å identifisere individer som er mer utsatt enn andre for slike skader. Dette kan håndteres ved å oppta en god anamnese med informasjon om generell helse, saliva, bufferkapasitet, atferd, livsstil, og kosthold (3).

Aktive erosjonslesjoner vil progrediere uten optimal forebyggende behandling, slik at de etter hvert vil trenge operativ behandling (4). Derfor er det viktig å oppdage erosjonsskadene på et tidlig tidspunkt, slik at man kan sette i gang forebyggende tiltak. Det er kjent at pasienter ofte oppsøker tannlege først når erosjonslesjonene har blitt så alvorlige at behovet for operativ behandling for lengst er til stede (5). Tannhelsepersonell bør derfor ha fokus på – og trenes i – å oppdage og diagnostisere initiale erosjonslesjoner. Mange klinikere opplever diagnostisering og behandling av dentale erosjoner som utfordrende (3). Den kliniske undersøkelsen bør være systematisk, og suppleres med et enkelt, men nøyaktig og detaljert graderingssystem. I tillegg bør man vurdere om skadene skal dokumenteres ved hjelp av kliniske fotografier og/eller studiemodeller.

Interessen for dentale erosjoner har siden midten av 90-tallet økt kraftig, med en økende vitenskapelig publisering innenfor emnet. Mens det i 1970-årene ble publisert omtrent fem studier om dentale erosjoner per år og i 1980-årene under 10, blir det i dag publisert rundt 50 vitenskapelige studier per år (6). Selv om interessen for emnet er stor, viser likevel flere studier manglende formidling om tannerosjoner fra klinikere til pasienter (7–9).

## Hovedpunkter

- Norske tannleger er relativt godt oppdaterte på klinisk registrering og diagnostikk av erosjoner
- Kostholds- og salivaanalyser er lite prioritert ved erosjonsdiagnostikk
- Studiemodeller og kliniske bilder burde brukes mer for å følge eventuell progresjon av erosjonsskader, samt til dokumentasjon av erosjonspasienter

Hensikten med studien var derfor å kartlegge norske tannlegers kunnskap, erfaringer og behandlingsvalg i forbindelse med dentale erosjoner, for å kunne vurdere om det er behov for mer fokus og etterutdanning om emnet.

### Materiale og metode

Et elektronisk spørreskjema, laget med programvaren QuestBack, ble sendt med e-post til alle tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (n=1262) i april 2011. Bakgrunnsinformasjon om tannlegenes kjønn, alder, fylke, type praksis, samt om de arbeidet med klinisk diagnostikk av syreskader ble innhentet på første side. Resten av spørreskjemaet var to-delt; Del I tok for seg tannlegenes registrering og dokumentasjon av erosjoner, oppfatning om forekomst av erosjoner, og kunnskap om årsakssammenhenger. Del II bestod av et pasientkasus, der tannlegene skulle velge hvilken behandling de mente var best. En kort anamnese av pasienten med kliniske fotografier ble vedlagt (Figur 1). Deltakere som ikke svarte på spørreundersøkelsen, mottok automatiske påminnelser per e-post etter 4, 7 og 12 uker.

### Etiske aspekter

All deltagelse var frivillig, og tannlegene som deltok mottok ingen kompensasjon. Anonymitet ble besørget av QuestBack. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Regional etisk komité vurderte studien til ikke å være fremleggingspliktig.

### Statistiske analyser

Alle data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS versjon 18.3 (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS Inc., Chicago Ill., USA), i form av deskriptive analyser og logistisk regresjonsanalyse. Signifikansnivå ble satt til  $\alpha = 0.05$ .

### Resultater

Etter tre påminnelser mottok vi svar fra 783 av de 1262 inviterte tannlegene. Tannleger som rapporterte at de ikke jobbet med dentale

erosjoner (n=78) ble ikke tatt med i analysene. Svarprosenten ble estimert til 60% i henhold til retningslinjer fra The American Association for Public Opinion Research [ref.13 i artikkelen]. Utvalget (n=705) bestod av 65% kvinner og 35% menn, med en gjennomsnittsalder på 43,3 år (standardavvik 13 år, aldersspenn 25–72 år).

### Del I: Deskriptive analyser

#### Registrering og dokumentasjon av erosjoner

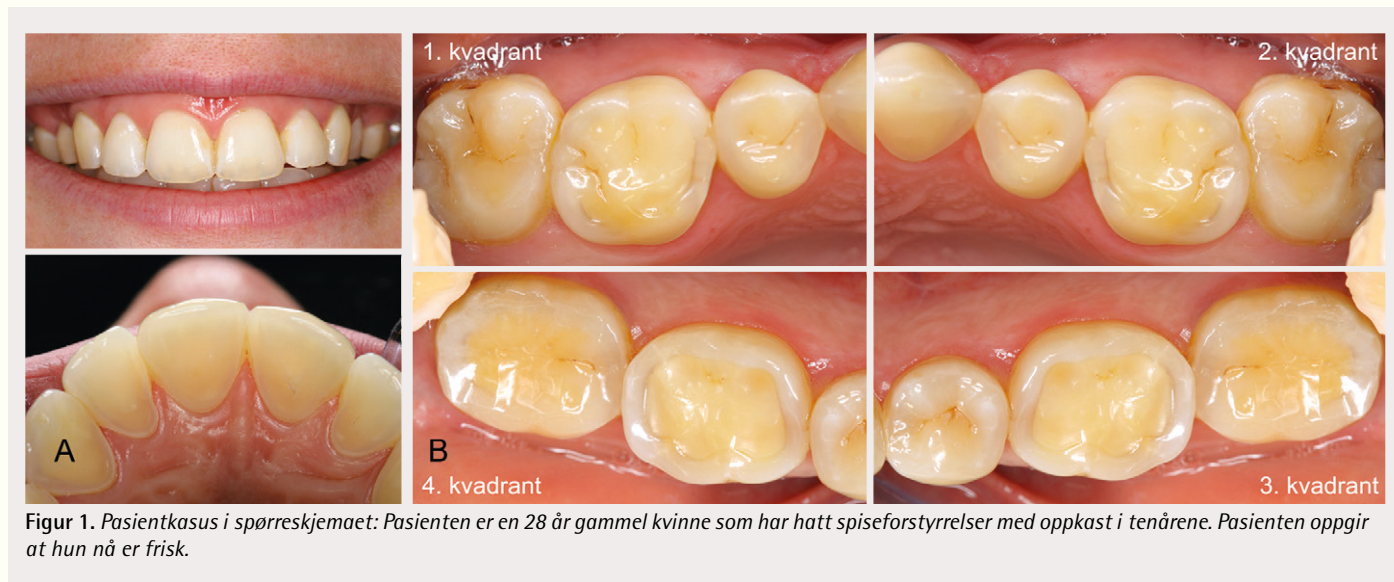
De fleste tannlegene (98,6%) registrerte dentale erosjoner i journalsystemet sitt, og halvparten av dem brukte et spesifikt graderingssystem. Et 2-gradert system (emalje/dentin) ble brukt av 31% av tannlegene, mens 14% brukte et mer detaljert system (mer enn to grader). Fem prosent av tannlegene oppga ikke detaljer rundt registreringen av erosjoner. Lesjonene ble registrert på flate-nivå av 58%, på tann-nivå av 15% og på individ-nivå av 26% av tannlegene. En prosent svarte ikke på spørsmålet. Ni prosent av tannlegene rapporterte at de ofte dokumenterte erosjonsskader med kliniske fotos, 51% av og til, og 40% aldri. Studiemodellene ble benyttet for diagnostisering i følgende grad: 5% ofte, 60% av og til, 35% aldri.

#### Forekomst av erosjoner

Tannlegene mente at erosjonslesjonene vanligvis var lokalisert palatinalt i overkjevens front (79%), etterfulgt av okklusale flater både på 1. molarer i underkjeven (74%) og overkjeven (32%). 40% av tannlegene mente at gutter oftere hadde syreskader enn jenter, 36% rapporterte ingen kjønnsforskjeller, 20% var usikre, mens kun 4% mente at jenter oftere hadde syreskader enn gutter.

Av tannlegene som hadde vært yrkesaktive i mer enn 10–15 år (n=404), mente 81% at det var mer erosjoner nå enn for 10–15 års siden, 11% var usikre, mens 8% mente at det ikke var mer noen forskjell.

Halvparten (52%) av tannlegene rapporterte ingen sammenheng mellom forekomst av erosjoner og karies, 19% mente at det var karies hos ungdommer med erosjoner, 19% rapporterte ingen forskjell, mens 10% var usikre.



## Kunnskap om årsakssammenhenger i forbindelse med erosjoner

De fleste tannlegene (77 %) oppga at de vanligvis avdekket årsaken til syreskader, 22 % av og til, mens kun 1 % oppga at de sjelden fant grunnen til erosjonsskadene. De vanligste årsakene til erosjoner mente tannlegene var: brus (97 %), fruktjuice (72 %), frukt (46 %), sportsdrikker (24 %), sure matvarer/sure godteri (20 %), samt refluks/spiseforstyrrelse med oppkast (8 %).

Kostholdsskjema for erosjonspasienter ble alltid utfylt av 21 % av tannlegene, ofte av 24 %, av og til av 36 %, mens 19 % aldri fylte ut kostholdsskjema. Det ble rapportert store variasjoner i hvilken type kostholdsskjema som ble brukt: 9 % brukte avkryssningsskjema, 31 % brukte et skjema der pasienten selv noterte ned alt de spiste og drakk i løpet av 24 timer, mens 60 % rapporterte at de brukte andre teknikker for å beskrive kostholdet til pasienten (f.eks. intervju).

Mer enn halvparten av tannlegene (57 %) mente at pasientene med syreskader hadde normal salivasekresjon, mens 37 % var usikre. Kun en liten andel (4 %) rapporterte lavere salivasekresjon hos erosjonspasienter, og 2 % mente at pasientene hadde høyere salivasekresjon enn andre pasienter. To tannleger (1 %) målte alltid salivasekresjon hos pasienter med tannerosjoner, 1 % målte ofte, 25 % av og til, mens de fleste tannlegene (73 %) aldri målte saliva sekresjonen hos pasienter med syreskader.

## Behandling av erosjoner

De fleste tannlegene behandlet pasienter med erosjonsskader selv (78 %), men 9 % av tannlegene rapporterte at de henviste pasienter som trengte behandling til en annen tannlege eller en spesialist/universitetsklinikk. Noen av tannlegene (13 %) henviste kun de alvorligste tilfellene. Landsdekkende forskjeller ble avdekket: Tannleger fra Østlandet henviste oftere erosjonspasienter (12 %) sammenliknet med tannleger i Nord-Norge (7 %) og på Vestlandet (7 %) ( $p=0,03$ ). Kvinner (10 %) henviste oftere enn menn (8 %), men forskjellen var ikke signifikant.

## Del II: Pasientkasus

Spørreskjemaet inneholdt kliniske bilder av en 28 år gammel kvinne som hadde hatt spiseforstyrrelser med oppkast i tenårene (figur 1). En kalibrert tannlege graderte pasientens erosjonslesjoner i forkant av spørreundersøkelsen, basert på de samme kliniske bildene som tannlegene så i spørreskjemaet. Et tidligere evaluert graderingssystem for erosjoner, VEDE-systemet (10), ble brukt til graderingen og tannlegen

Tabell 1. Prosentvis tannlegefordeling og deres anbefalinger til pasienten.

Tiltak	%
Informerer om riktig kostholds- og drikkevaner	88,2
Informerer om pusseteknikk/pussevaner	58,4
Anbefaler skylling med fluor	87,1
Anbefaler skylling med klorheksidin	0,4
Anbefaler fluortabletter	14,8
Anbefaler spesifikk tannkrem eller skyllemiddel	11,2
Henviser til spesialist, lærested eller en annen tannlege	14,6

kom frem til følgende diagnoser: Emaljeerosjoner (grad 2) ble registrert på pasientens sentraler (11 og 21) og molarer (17 og 27) i overkjeven. Dentinlesjoner (grad 3, 4 og 5) ble registrert på lateralene (12 og 22), alle 1.molarer (16, 26, 36 og 46) og underkjevens 2.molarer (37 og 47).

Tannlegenes behandlingsvalg er vist i tabell 1 og 2. De fleste tannlegene (88,2%) ville gi pasienten informasjon om kostholdsvaner, samt anbefale å skylle med fluor (87,1%). Operativ behandling ble oftest anbefalt for overkjevens 1. molarer (16 og 26); 44 % valgte fyllingsterapi, mens 18,8 % ville restaurere tennene protetisk. Underkjevens 2. molarer (37 og 47) var tennene som ble anbefalt minst behandling: 40,6 % av tannlegene ville behandle disse tennene kun med lokal fluorbehandling eller med bondingmaterialer (tabell 2). Sammenheng mellom operativ behandling av overkjevens 1. molarer (16 og 26) og noen utvalgte uavhengige variabler ble analysert med logistisk regresjon. De uavhengige variablene var tannlegens alder, kjønn, praksissted og hvorvidt tannlegen valgte å henvise erosjonspasienter. Regresjonsanalysene viste at signifikant flere kvinnelige tannleger foreslo operativ behandling for overkjevens 1. molarer, sammenliknet med mannlige tannleger (Odds ratio, OR 1,5,  $p=0,02$ ). Det var ingen statistisk signifikant påvirkning av tannlegens alder, praksissted, og hvorvidt han/hun valgte å henvise erosjonspasienter.

## Diskusjon

Studien hadde som mål å undersøke og kartlegge norske tannlegers kunnskap, erfaringer og behandlingsvalg i forbindelse med dentale

Tabell 2. Prosentvis fordeling av tannlegenes behandlingsvalg for pasientkasuset. (n=antall tannleger som besvarte hvert enkelt spørsmål.)

Behandlingsvalg (%)	Incisiver		1. molarer		2. molarer	
	Sentraler n=705	Lateral n=656	Underkj. n=681	Overkj. n=680	Underkj. n=648	Overkj. n=649
Ingen behandling	28,1	26,4	26,1	16,0	35,3	22,3
Lokal fluorbehandling eller med bondingmateriale	29,6	27,3	31,0	20,9	40,6	28,5
Fyllingsterapi	34,9	38,7	34,1	44,3	20,1	36,1
Laminater/fasetter/inlay/onlay	5,4	5,8	4,6	8,8	1,7	5,4
Kroneterapi	2,0	1,8	4,3	10,0	2,3	7,7

erosjoner. Funnene viser at norske tannleger var relativt godt oppdaterte på klinisk registrering og diagnostisering av dentale erosjoner, men dokumentasjon av lesjonene var ikke standardisert, og det ble lagt liten vekt på kostholds- og salivanalyser. Resultatene er basert på besvarelser av et elektronisk spørreskjema, som var relativt detaljert, og tatt i betraktning at noe informasjon kan underrapporteres når den er basert på respondentenes hukommelse, må svarene tolkes i lys av dette og bli sett på som forenklinger av et mer komplisert bilde. Siden besvarelsene på spørreskjemaet var anonyme var det dessuten ikke mulig å innhente informasjon om tannlegene som ikke svarte, og det var dermed ikke mulig å gjøre bortfallsanalyser.

Mange epidemiologiske undersøkelser har vist høy forekomst av dentale erosjoner blant barn og unge (11–14), og det er tydelig at tannerosjoner er en utfordring for dagens tannhelsepersonell (7–9). En klar majoritet av tannlegene i denne studien rapporterte høyere forekomst av erosjoner i dag enn for 10–15 år siden, og dette stemmer overens med den økte interessen for feltet både blant tannhelsepersonell, publikum og forskere.

For å kartlegge forekomst, alvorlighetsgrad og progresjon av dentale erosjoner er det essensielt å benytte et scoringssystem for gradering av lesjonene (15). I denne studien registrerte nesten alle tannlegene erosjoner i sitt journalsystem, og halvparten anvendte et graderingssystem på flatenivå. En fjerdedel av tannlegene registrerte erosjoner på individnivå, noe som vanskeliggjør oppfølging av lesjonenes progresjon. Ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, er det anbefalt at man bruker et så detaljert system som mulig, helst et 5-gradssystem.

Den hyppigst affiserte tannflaten med erosjoner var ifølge tannlegene i denne studien palatinalflatene i overkjevens front, etterfulgt av okklusalflatene på 1. molarer i over- og underkjeven. Dette er i samsvar med rapporter fra andre studier (11–14) og kan ha sammenheng med at disse tennene har vært lengst i munnen, samt at tungens funksjon (palatinal flater) og gravitasjon (underkjevens tenner) vil kunne føre til at sure væsker føres mot disse tennene og gir en kombinert effekt av erosjon/abrasjon/attrisjon.

Resultater fra tidligere undersøkelser viser en tendens til at gutter oftere er rammet av erosjonsskader enn jenter. Dette er i samsvar med inntrykkene til flere av tannlegene i denne undersøkelsen. Forskjellen kan blant annet skyldes forskjeller i pussevaner, kostholdsmønster med ulikt inntak av erosive mat- og drikkevarer (16), og at kvinner muligens har tykkere emalje enn menn (17).

Inntak av sur kost og sukkerholdig brus som konsumeres mellom måltidene, er assosiert med både erosjonsskader og høyere kariesforekomst. Halvparten av tannlegene i denne studien rapporterte imidlertid ingen sammenheng mellom forekomst av erosjoner og karies. Omtrent en femtedel mente at det var mer karies hos ungdommer med erosjoner, men like mange rapporterte ingen forskjeller. I litteraturen foreligger det foreløpig bare noen få studier som har sett på sammenhengen mellom karies og erosjoner, og de er også sprikende i sine konklusjoner (11,18,19).

At stort inntak av sure leskedrikker og sitrusfrukter kan ha innvirkning på forekomst av erosjonsskader, er vist i flere studier (6,13,16,20), og for å kunne kartlegge individets spise-/drikkemønster er det helt nødvendig med et detaljert kostholdsskjema. Mer enn

halvparten av deltagerne i denne studien rapporterte at de sjelden eller aldri brukte et kostholdsskjema når de diagnostiserte dentale erosjoner. Dette er uheldig, siden vi vet at kartlegging av kostvaner og individuelt tilrettelagt informasjon er helt grunnleggende for å oppnå effektiv forebygging av lesjonenes progresjon. I tillegg rapporterte mer enn en tredjedel av tannlegene at de ikke hadde noen formening om salivmengde hos sine pasienter med erosjoner. Dette kan tyde på manglende kunnskap om salivas viktighet for forebygging av tannerosjoner, men kan også skyldes at tannlegene i Den offentlige tannhelsetjenesten i stor grad ser unge individer der uregelmessigheter i salivmengde sannsynligvis er minimale.

De fleste tannlegene i denne studien oppga at de som regel fant en sannsynlig årsak til erosjonsskader hos sine pasienter, og forbruk av sure drikker var rapportert som den mest sannsynlige årsaken. Dette er bekreftet i en rekke tidligere studier, og sure drikker regnes i dag som den viktigste årsaksfaktoren til erosjoner hos barn og ungdom (6,13,16,20). Dette kan forklares med et forbruk som har økt dramatisk de siste årene. Tall fra Bryggeri- og drikkevareforeningen (BROD) viser et konsum i Norge av leskedrikker (brus, saft, energidrikk etc.) på godt over 100 liter per person per år i 2011. Dette plasserer Norge blant de fem landene i Europa med høyest konsum av slike drikkevarer.

Gastroesofagal refluks og spiseforstyrrelser med oppkast (Bulimia nervosa) ble sjelden avdekket som årsak til erosjoner i denne studien. Det kan ha sammenheng med at mange pasienter med refluksproblematikk ikke nødvendigvis har symptomer eller ubehag. Dette er kjent som «stille refluks», med en rapportert forekomst på ca. 25% (21). En systematisk oversiktsartikkel som inkluderer 17 studier på refluks og dentale erosjoner viser en sterk assosiasjon mellom disse to tilstandene (22). Spiseforstyrrelser er ikke et uvanlig problem blant barn og ungdom, men det kan være vanskelig å avdekke denne sammenhengen siden tilstanden ofte er forbundet med skam, og til en viss grad er tabubelagt. En studie av Johansson og medarbeidere fra 2012 viser at pasienter med spiseforstyrrelser har 8,5 ganger høyere risiko for dentale erosjoner sammenlignet med friske individer (23).

For å kunne planlegge forebygging og eventuell operativ behandling av erosjoner, og for å vurdere en eventuell progresjon, er det viktig å registrere alvorlighetsgraden av lesjonene. Videre er det et krav fra HELFO at god dokumentasjon, som for eksempel studiemodeller og bilder, foreligger før en eventuelt setter i gang behandling av erosjonene. Denne studien viste noe overraskende at mer enn en tredjedel av tannlegene aldri brukte graderte skåringer når de registrerte syreskader. Dette kan tyde på at de ikke er klar over viktigheten av denne dokumentasjonen, men også at pasientene de behandler ikke har så alvorlige erosjonsskader at de føler det er nødvendig med dokumentasjon.

Studien viste at de fleste tannlegene behandlet erosjonspasientene sine selv; kun 9% henviste pasientene til behandling hos andre tannleger eller universitetsklinikker. Det ble imidlertid avdekket landsdekkende forskjeller; tannleger fra Østlandet henviste oftere erosjonspasienter enn tannleger fra Vestlandet og Nord-Norge. Dette kan ha en naturlig sammenheng med tilgangen på spesialister på Østlandet, sammenliknet med Vestlandet og Nord-Norge.

Selv om resultatene i denne studien må tolkes med forsiktighet, konkluderer vi med at dagens tannhelsepersonell er relativt godt oppdaterte når det gjelder klinisk diagnostisering og registrering av dentale erosjoner. Tannlegene mente selv de sjelden hadde vanskeligheter med å finne en sannsynlig årsak til erosjonsskadene, og de fleste behandlet pasientene selv.

En viktig utfordring for dagens og fremtidens tannhelsepersonell er å være fokusert på tidlig diagnostikk og gi god pasientinformasjon om forebygging av dentale erosjoner. Til dette hører også at tannlegene bør innhente kost- og salivanalyser hos pasienter med erosjonsskader. Tannlegene bør også innse verdien av god dokumentasjon av erosjonsskadene, både for å kunne planlegge forebygging, registrere eventuell progresjon og forberede eventuell operativ behandling av lesjonene.

### English summary

Mulic A, Kopperud SE.

### Opinions on dental erosive lesions, knowledge of diagnosis and treatment strategies among Norwegian dentists – a questionnaire survey

Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 784–88.

This study aimed to investigate dentists' general experience, knowledge about diagnosis and treatment of dental erosive wear in young adults. A questionnaire was sent to 1262 Norwegian public dental health-employed dentists (60% response rate). Results indicated that most dentists recorded erosive wear and half of them used a specific scoring system. Lesions were reported most often on palatal surfaces of upper anterior teeth (79% of dentists), on occlusal surfaces of lower (74%), and on upper (32%) first molars. Half of the dentists used clinical photographs for documentation, and 60% made study models. While 40% reported more erosive lesions in males, 36% reported no gender differences. High intake of carbonated beverages and acidic juices were reported as the most common cause by 97% and 72% of the dentists, respectively. Only 21% of dentists recorded the patient's dietary history, and 73% never measured saliva secretion. The majority (78%) of the dentists treated patients with erosive wear themselves. In general, the survey suggests that the dentists are relatively up-to-date regarding the clinical recording, diagnosis, and treatment of dental erosive wear. However, dietary and salivary analyses were not given priority, and early, preventive treatment was lacking.

### Referanser

1. Marthaler TM: Changes in dental caries 1953–2003. *Caries Res.* 2004; 38: 173–81.
2. Lussi A, Jaeggi T. Etiology and risk assessment. In: *Dental erosion Diagnosis, Risk assessment, Prevention, Treatment*; Quintessence Publishing Co. Ltd 2011; 37–53.
3. Lussi A, Hellwig E. Risk assessment and preventive measures. In: *Dental erosion. From Diagnosis to Therapy*; Monogr Oral Sci. 2006; 20: 190–9.
4. Lussi A, Schaffner M. Progression of and risk factors for dental erosion and wedge-shaped defects over a 6-year period. *Caries Res.* 2000; 34: 182–7.
5. Ganss C, Lussi A. Diagnosis of erosive tooth wear. In: *Dental erosion. From Diagnosis to Therapy*; Monogr Oral Sci. 2006; 20: 32–43.

6. Lussi A. Erosive tooth wear – a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. In: *Dental erosion. From Diagnosis to Therapy*; Monogr Oral Sci. 2006; 20: 1–8.
7. Dugmore CR, Rock WP. Awareness of tooth erosion in 12 year old children and primary care dental practitioners. *Community Dent Health.* 2003; 20: 223–7.
8. Mulic A, Tveit AB, Songe D, Sivertsen H, Skaare AB. Dental erosive wear and salivary flow rate in physically active young adults. *BMC Oral Health.* 2012; 12: 8.
9. Hermont AP, Oliveria PA, Auad SM. Tooth erosion awareness in a Brazilian dental school. *J Dent Educ.* 2011; 75: 1620–6.
10. Mulic A, Tveit AB, Wang NJ, Hove LH, Espelid I, Skaare AB. Reliability of two clinical scoring systems for dental erosive wear. *Caries Res.* 2010; 44: 294–9.
11. Mulic A, Tveit AB, Skaare AB. Prevalence and severity of dental erosive wear among a group of Norwegian 18-year-olds. *Acta Odontol Scand.* 2012; 70: 1–7.
12. Arnadottir IB, Holbrook WP, Eggertsson H, Gudmundsdottir H, Jonsson SH, Gudlaugsson JO et al. Prevalence of dental erosion in children: a national survey. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38: 521–6.
13. Hasselkvist A, Johansson A, Johansson AK: Dental erosion and soft drink consumption in Swedish children and adolescents and the development of a simplified erosion partial recording system. *Swed Dent J.* 2010; 34: 187–95.
14. Larsen MJ, Poulsen S, Hansen I. Erosion of the teeth: prevalence and distribution in a group of Danish school children. *Eur J Paediatr Dent.* 2005; 6: 44–7.
15. Ganss C, Young A, Lussi A. Tooth wear and erosion: methodological issues in epidemiological and public health research and the future research agenda. *Community Dent Health.* 2011; 28: 191–5.
16. Milosevic A, Bardsley PF, Taylor S. Epidemiological studies of tooth wear and dental erosion in 14-year old children in North West England. Part 2: The association of diet and habits. *Br Dent J.* 2004; 197: 479–83.
17. Smith TM, Olejniczak AJ, Reid DJ, Ferrell RJ, Hublin JJ. Modern human molar enamel thickness and enamel-dentine junction shape. *Arch Oral Biol.* 2006; 51: 974–95.
18. Bardolia P, Burnside G, Ashcroft A, Milosevic A, Goodfellow SA, Rolfe EA et al. Prevalence and risk indicators of erosion in thirteen- to fourteen-year-olds on the Isle of Man. *Caries Res.* 2010; 44: 165–8.
19. Truin GJ, van Rijkom HM, Mulder J, van't Hof MA. Caries trends 1996–2002 among 6- and 12-year-old children and erosive wear prevalence among 12-year-old children in The Hague. *Caries Res* 2005; 39: 2–8.
20. Mulic A, Skudutyte-Rysstad R, Tveit AB, Skaare AB. Risk indicators for dental erosive wear among 18-yr-old subjects in Oslo, Norway. *Eur J Oral Sci.* 2012; 120: 531–8.
21. Rai AM, Orlando RC. Gastroesophageal reflux disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2001; 17: 359–65.
22. Pace F, Pallotta S, Tonini M, Vakil N, Bianchi PG. Systematic review: gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008; 27: 1179–86.
23. Johansson AK, Norring C, Unell L, Johansson A. Eating disorders and oral health: a matched case-control study. *Eur J Oral Sci.* 2012; 120: 61–8.

Adresse: Aida Mulic, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: [aida.mulic@odont.uio.no](mailto:aida.mulic@odont.uio.no)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Mulic A, Kopperud SE. Dentale erosjoner: synspunkter og behandlingsstrategier blant norske tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 784–88.

# DENTRADE

We put a smile on your face

FAIR TRADE

«Kvalitet skal være målbart»

# En stor takk

til alle som besøkte vår stand på messa i år!  
You put a smile on our face

*Vi ønsker dere alle en fredfull jul og et godt nytt år!*

Lisbeth Texmo, Dominika Trzcinska, Anders Henning Sægrov, Morten Klepp, Anne N. Åstrøm og Knut N. Leknes

## Peri-implantitt: utfordringer ved diagnostikk og behandling

Stadig flere pasienter velger implantatforankret protetikk som erstatning for tanntap. Behovet for entydige diagnostiske kriterier ved peri-implantitt og andre biologiske komplikasjoner øker og ikke minst trengs det dokumenterte behandlingsprotokoller som kan gi forutsigbare resultater.

Peri-implantitt er en infeksøs, inflammatorisk prosess i vevet rundt et beinintegret implantat som har resultert i tap av alveolært bein. Behandling av peri-implantitt er fortsatt på forsøksstadiet og særlig ved avanserte kasus er det vanskelig å oppnå stabile resultater.

For å stille en presis peri-implantittdiagnose, må klinikerne bruke en kombinasjon av flere biologiske parametere som sonderingsdybde og tilstedeværelse av blødning/puss til å registrere forandringer over tid. Røntgenbilder er først og fremst et hjelpemiddel til å bekrefte den kliniske diagnosen. Tidlig diagnose og behandling øker sannsynligheten for å oppnå et stabilt og vellykket resultat. Ved avanserte kasus gir kirurgisk behandling bedre og mer forutsigbart resultat enn ikke-kirurgisk terapi.

Hensikten med denne artikkelen er å presentere kunnskaper og utfordringer om emnet peri-implantitt og illustrere tilgjengelige behandlingsoalternativer.

**B**ruken av dentale implantater har på mange måter revolusjonert behandlingen av delvis og totalt tannløse pasienter. Protetisk rehabilitering med implantater har gitt klinikerne et nytt redskap til å løse utfordrende kliniske problemstillinger med stor grad av forutsigbarhet. Selv om det rapporteres vellykkede langtidsresultater, er ikke implantatforankret protetisk behandling fri for komplikasjoner relatert til uheldig behandlingsplanlegging, ikke-optimal kirurgisk og protetisk utføring, materielle svakheter og manglende vedlikehold. Kirurgisk traume under innsetting i kombinasjon med redusert sårtilheling, for tidlig tyggebelastning og infeksjon er de mest vanlige årsakene til tidlige biologiske komplikasjoner og implantattap (1). Dersom temperaturen i vevet stiger til mer enn 47° C over en periode på ett minutt eller mer under oppføring, kan det oppstå «varmenekrose» i alveolarbeinet med fibrøs innkapsling av implantatet i stedet for osseointegrasjon (2). Progredierende kronisk marginal infeksjon/inflammasjon (peri-implantitt) og overbelastning er de viktigste årsakene til seint komplikasjoner/tap (1). Hensikten med denne artikkelen er å presentere kunnskaper om og utfordringer ved emnet peri-implantitt som så vil kunne hjelpe klinikerne til å stille en tidlig diagnose og utføre adekvat behandling.

### Forfattere

Lisbeth Texmo, tannlege. Mo Tannklinikk, Mo i Rana  
Dominika Trzcinska, tannlege. Tvedestrand Tannklinikk, Tvedestrand

Anders Henning Sægrov, spesialist periodonti. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Morten Klepp, spesialist periodonti. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Anne N. Åstrøm, professor, dr. odont. Institutt for klinisk odontologi – samfunnsodontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

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

### Hovedpunkter

- Kriterier som beskriver forekomst og alvorlighetsgrad av peri-implantitt må standardiseres og defineres
- Sonderingsdybde og blødning/puss ved sondering skal brukes som diagnostiske parametre
- Røntgenbilder er nødvendige for å påvise endringer i marginal beinhøyde etter påsetting av suprakonstruksjon og dermed bekrefte den kliniske diagnosen
- Tidlig diagnose og behandling øker sannsynligheten for å oppnå et vellykket resultat
- Ved avanserte kasus gir rensing av implantatoverflatene under kirurgi bedre og mer forutsigbare resultater enn ikke-kirurgisk behandling
- Pasienter med kjente risikofaktorer for utvikling av komplikasjoner trenger ekstra hyppig oppfølging



## Diagnostikk av peri-mukositt og peri-implantitt

Både peri-mukositt og peri-implantitt er karakterisert ved en inflammatorisk reaksjon i vevet rundt et implantat (3, 4). Ved peri-mukositt finner en blødning og/eller puss ved sondering, sonderingsdybde  $\geq$  4 mm, men ingen tegn på røntgenologisk beintap utover biologisk remodellering (5, 6). Når de samme kliniske tegnene er til stede sammen med påvisbart beintap etter initial beinmodellering, settes diagnosen peri-implantitt (7). Dette innebærer at en sikker peri-implantittdiagnose forutsetter røntgenbilde tatt ved påsetting av supra-konstruksjon som kan danne grunnlag for sammenligning ved senere kontroller. Uten dette røntgenbildet, er det anbefalt å bruke vertikalt beintap på 2 mm fra forventet marginalt beinnivå etter beinremodellering som grenseverdi for diagnosen peri-implantitt (5).

## Forekomst av peri-mukositt og peri-implantitt

Tverrsnittundersøkelser er det studiedesignet som best kan brukes til å beregne forekomsten av peri-implantitt på et gitt tidspunkt i en gitt befolkning (8). For å få data av god kvalitet bør det være en stor nok gruppe med implantatbehandlede individer (100–500) og det bør være utført kliniske og røntgenologiske undersøkelser.

Resultater fra studier som har undersøkt forekomsten av patologiske komplikasjoner ved implantater har vist at peri-mukositt var til stede i 48 % av undersøkte implantater 9 til 14 år etter innsetting (9). Siden peri-mukositt er reversibel ved tidlig behandling, er det stor sannsynlighet for at tilstanden har vært underreportert (10).

Det er rapportert store forskjeller i forekomsten av peri-implantitt. En nylig publisert studie diskuterte dette problemet og viste til at et litteratursøk av 12 studier der blødning og/eller puss ved sondering var til stede sammen med røntgenologisk beintap, avdekket bruk av åtte forskjellige grenseverdier ved diagnostikk av peri-implantitt (11). Problemet illustreres ved at en studie utført 9 til 14 år etter innsetting fant en forekomst på 7 % på implantatnivå og 16 % på individnivå (12), en annen 23 % på implantatnivå og 37 % på individnivå etter 8 år (13), mens en tredje rapporterte henholdsvis 37 % og 47 % på implantat- og pasientnivå etter en belastningstid på 8 år (14). Dette viser at det er et uttalt behov for entydige diagnostiske kriterier ved peri-implantitt.

## Etiologi og patogenese

Inflammasjonsprosessen ved peri-mukositt er histopatologiske svært lik gingivitt ved naturlige tenner (15, 16). Bare kort tid etter innsetting av et implantat, kleber glykoproteiner fra saliva seg til eksponerte titanoverflater sammen med rikelige mengder orale mikroorganismer. Dannelsen av en biofilm spiller en viktig rolle ved initiering og progresjon av infeksjon ved implantater (4, 10, 17). Det er også akseptert at peri-mukositt er forløperen til peri-implantitt på samme måte som gingivitt er forløperen til periodontitt. Tilsvarende som ved gingivitt og periodontitt, utvikler ikke all peri-mukositt seg til peri-implantitt. Det er videre dokumentert at peri-mukositt som gingivitt, er reversibel ved adekvat behandling (10, 18). Fjerning av biofilmen fra implantatoverflaten er sannsynligvis den mest kritiske delen ved behandling av peri-mukositt.

Peri-implantitt, som periodontitt, oppstår i hovedsak som et resultat av en uttalt bakteriell infeksjon og en påfølgende immunrespons.

Periopatogene bakterier ser ut til å være involvert i infeksjonsprosessen rundt implantater (19, 20). Bakterierprøver fra implantater med peri-implantitt domineres av gramnegative, anaerobe bakterier fra det røde komplekset (*Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* og *Tannerella forsythia*) (21). I tillegg synes *Staphylococcus aureus* å være en viktig mikrobe i tidlig fase ved peri-implantitt (22). Bindevevet nær lommeepitelet blir infiltrert av inflammasjonsceller med B-lymfocytter og plasmaceller som de dominerende cellyper (23).

Selv om peri-implantitt har flere likhetstrekk med periodontitt, er det holdepunkter for at progresjonshastigheten og graden av immunologisk respons ved peri-implantitt er forskjellig. Studier på mennesker (23) og dyreforsøk (24) har vist at uforstyrret plakkakkumulering ved implantater fører til mer uttalt inflammatorisk celleinfiltrat i mukosa sammenlignet med responsen ved tenner. Denne immunologiske forskjellen sammen med manglende feste av perpendikulære, kollagene fibre mot implantatoverflaten, synes å øke motakeligheten for marginalt beintap ved implantater (25). Videre er det, i motsetning til rundt implantater, påvist en «selvbegrensende beskyttende prosess» i vevet rundt tenner som delvis skjermer alveolært bein fra en direkte nedbrytende effekt fra inflammasjonslesjonen i bløtvevet (26). Det er videre viktig å være klar over at pasienter med alle typer implantater er mottakelige for peri-implantitt (27). Overbevisende dokumentasjon indikerer at hovedutfordringen ved behandlingen av peri-implantitt er som ved behandlingen av peri-mukositt, å fjerne biofilmen fra implantatoverflaten (26).

## Risikofaktorer for utvikling av peri-implantitt

### Tidligere erfaring med periodontitt

Periodontale lommer kan virke som et reservoar for mikrobiologisk kolonisering av implantater (4, 28). Siden vertsresponsen mot mikrobiologisk infeksjon rundt implantater følger tilnærmet samme nedbrytningsmønster som ved aggressiv og kronisk periodontitt, må det forventes at periodontittmottakelige individer uten optimal infeksjonskontroll vil bli utsatt for tilsvarende risiko for inflammasjonsindusert beintap ved implantater som ved tenner (28).

En 10-årig prospektiv kohort-studie har tatt for seg to pasientgrupper med implantater der én gruppe bestod av åtte pasienter med 21 implantater som før innsetting var vellykket behandlet for periodontitt (29). Den andre gruppen bestod av 45 personer med 91 implantater uten tidligere periodontitterfaring. Pasienter med tidligere periodontitterfaring viste signifikant høyere forekomst av peri-implantitt 10 år etter innsetting (28,6 % vs 5,8 %). Resultatene viste dessuten en signifikant lavere suksessrate hos pasienter med tidligere periodontitterfaring enn for kontrollgruppen uten (52,4 % vs 79,1 % på implantatnivå). Suksess var definert som lommer  $\leq$  5 mm, ingen blødning ved sondering og  $<$  0,2 mm årlig beintap (29).

### Manglende plakk-kontroll

Plakk er, som ved periodontitt, en viktig etiologisk faktor ved peri-implantitt. Det er funnet en statistisk signifikant assosiasjon mellom mengden av plakk og forekomst av peri-implantitt på implantatnivå (4, 28, 30). Uheldig utforming av protetisk overkonstruksjon umulig-

gjør ikke bare pasientens tilgjengelighet til mekanisk reingjøring, men vanskeliggjør også klinisk inspeksjon, lommessonering og profesjonell reingjøring. Ved planlegging av den protetiske rehabiliteringen er det behandlerens ansvar å utforme en overkonstruksjon som ikke bare er estetisk, fonetisk og funksjonell, men også har en hygienevennlig form.

#### *Restsement*

Ved sementerte løsninger representerer ufullstendig fjerning av submukosal sement rundt implantater et økende problem (31). Implantatposisjon sammen med en voluminøs overkonstruksjon kan vanskeliggjøre mekanisk, ikke-kirurgisk submukosal tilgang og fjerning av overskuddssement (32). En kompliserende faktor er at flere av de brukte sementene ikke gir røntgenkontrast (33). Ru restsement gir økt plakkretensjon som vil kunne initiere en inflammasjonsprosess med beinnedbrytning som resultat.

#### *Røyking*

Røykere viser større grad av alveolært beintap rundt implantater enn ikke-røykere selv når en har justert for forskjell i munnhygiene (34). Dette indikerer at røyking er en risikofaktor for økt beintap uavhengig av plakkmengden. De eksakte mekanismene for hvordan røyking fører til økt beinnedbrytning er ikke klarlagt. Det er sannsynlig at røyking primært har en systemisk innvirkning ved å forstyrre immunresponsen og/eller har en direkte cytotoxisk effekt på orale celler (34). Det er vist at røyking kan ha en cytotoxisk effekt på gingivale fibroblaster, noe som kan gi redusert fibroblastadhesjon og proliferasjon. Dette vil kunne føre til svekket vevsfornyning og vevsremodellering (34).

#### *Genetikk*

Genetisk variasjon har blitt nevnt som en mulig risikofaktor ved peri-implantitt. Men ulike studier har rapportert motstridende resultater. En systematisk oversiktsartikkel basert på 27 relevante studier om IL-1 polymorfisme fant ingen klare, entydige funn (35) og konkluderte med at det er usikre holdepunkter for at IL-1 polymorfisme alene kan sees på som en risikofaktor for beinnedbrytning ved implantater. En annen studie som også undersøkte IL-1RN gene polymorfisme kom til den motsatte konklusjonen (36). IL-1RN gene polymorfisme var assosiert med peri-implantitt og kunne representere en risikofaktor.

#### *Diabetes*

Siden det er få studier som har sett på sammenhengen mellom diabetes og peri-implantitt, er dokumentasjonen begrenset. Med dagens viten er det ikke mulig å trekke en entydig konklusjon om at diabetikere har en høyere forekomst av peri-implantitt (37). For høye blodsukkerverdier kan imidlertid påvirke sårtilheling og vertens immunforsvar negativt på samme måte som manglende diabeteskontroll påvirker neutrofilfunksjonen (38). Pasienter med diabetes kan således vise manglende evne til reparasjon og forsvar mot dentalt plakk (39).

#### *Okklusal overbelastning*

Historisk sett har det vært vanskelig å definere okklusal overbelastning. Implantater tolererer mindre ikke-aksial okklusal belastning sammenlignet med tenner på grunn av manglende periodontale fibre. Dermed blir den okklusale belastningen konsentrert til implantatets marginale beinvegg (40). Generelt responderer bein med remodelering ved stress. For høyt stressnivå kan forårsake mikrofrakturer i alveolært bein og føre til beintap (41). En systematisk oversiktsartikkel antydte at okklusal overbelastning var positivt assosiert med marginalt beintap rundt implantater, men konkluderte likevel med manglende plakk-kontroll var hovedårsaken til beintapet (42).

#### **Behandling av peri-implantitt**

Målet er å reetablere friske kliniske forhold og optimal infeksjonskontroll. Derfor er etablering av en god egenhygiene og plakkkontroll gjennom hygieneinstruksjon og motivasjon en svært viktig del av behandlingen. Pasientene må dessuten innrulleres i et fast oppfølgingsprogram. Et slikt tiltak vil gjøre det lettere å kontrollere kvaliteten på daglig plakk-kontroll og gripe raskt inn ved begynnende problem.

Metodene brukt til å behandle peri-implantitt er stort sett basert på erfaringer fra periodontittbehandling (43). Grunnet komplisert implantatdesign med ru overflate er det vanskelig å reingjøre implantater optimalt uten å utføre kirurgi (18). Uavhengig av lesjonens størrelse, skal behandlingen starte med mekanisk reingjøring. Ved instrumentering anbefales karbonfiber- eller resinkyretter til glatte overflater, mens titankyretter egner seg bedre på ru overflater. Instrumenteringen bør etterfølges av polering med pussekopp og pussepasta. Ikke-kirurgisk profesjonell reingjøring skal bryte opp biofilmen, og bør utføres med stor grad av forsiktighet og presisjon.

Hvis ikke symptomene forsvinner etter innledende ikke-kirurgisk behandling etter omlag en måned, bør en gå videre med kirurgi for å få bedre tilgang til å rense implantatoverflaten fri for tannstein og biofilm (4). Antibiotika kan vurderes som et supplement til den kirurgiske behandlingen, etter mikrobiologisk prøve for å bestemme optimal antibiotikatype (43).

#### *Resektiv behandling*

Ved en lappoperasjon kan en redusere/avflate den vertikale beinfekten rundt implantatet, fjerne inflammert vev, og dekontaminere implantatoverflaten. Periostlappen kan relasseres eller sutureres i en apikalt forskjøvet posisjon. En slik lappteknikk har som mål å redusere lommene rundt implantatet og eliminere det submukosale anaerobe miljøet. Serino & Turri (2011) fant at resektiv beinterapi i kombinasjon med apikalforskjøvet lapp kan gi gode behandlingsresultater i ca. 50% av peri-implantittkasus (44).

Generelt er hensikten med beinkonturering å lage en gunstigere form ved vertikale defekter uten å fjerne funksjonerende beinfeste. Beinkonturering kan dessuten lette lapptilpasningen og gi større grad av lommereduksjon (45). Det er blitt antydte at re-osseointegrering etter resektiv behandling er avhengig av implantatoverflatens karakter (46). I en studie utført av Persson og medarbeidere (2001) ble to ulike overflater sammenlignet («Sandblasted Large grit Acid-etched» (SLA) og gjenget («turned surface») overflate). Resultatene

viste lik grad av beinregenerasjon for begge overflatetyperne, men reosseointegrasjonen var på 84 % ved SLA overflater, og bare 22 % ved gjengete overflater (47).

### Regenerasjonsbehandling

Ved stort vertikalt beintap som følge av peri-implantitt eller ved behov for å gjenvinne beintap i et estetisk viktig område, kan det være indisert å gjøre en regenerativ behandling etter oppnådd infeksjonskontroll. Målet er å gjenske osseointegrasjon ved implantatet (48). Pasientrelaterte faktorer som munnhygiene, røyking, generell helse-tilstand og medisinbruk vil kunne påvirke behandlingsresultatet. Kritiske defektrelaterte faktorer er dybde/bredde på den vertikale beindefekten, vertikal defektvinkel og antall defektvegger. Det mest gunstige utgangspunktet for en regenerativ behandling er en dyp defekt med liten røntgenologisk vinkel og flere gjenstående beinvegger. En slik vertikal defekt gir god blodtilførsel, rik celleteilgang og vil kunne stabilisere blodkoagelet til regenerasjonsområdet. Også kirurgisk/teknisk utføring som optimal lappdesign, tilpassing av mobilisert lapp, sårlukking, stabilisering og sårkompresjon er kritiske faktorer som har betydning for behandlingsresultatet.

Det finnes dokumenterte kasus med vellykket regenerativ behandling ved peri-implantitt (48–50). De mest brukte regenerativ teknikkene er autogen beintransplantasjon og styrt beinregenerasjon. Studier på dyr og mennesker har vist sprikende resultater. Et forsøk på aper der det ble innsatt 64 implantater med titan plasma-sprayet overflate, ble brukt til å studere fire ulike kirurgiske teknikker etter fremprovosert peri-implantitt. Behandling med autogen beintransplantasjon og membran-dekke (polytetrafluoroethylene, e-PTFE) viste signifikant større beinregenerasjon og re-osseointegrasjon sammenlignet med autogent beintransplantasjon alene, membran-dekke alene, og resektiv behandling (46, 51, 52).

Det er også blitt gjort forsøk med xenogen beintransplantasjon (Bio-Oss®) i kombinasjon med membran-dekke. Schou og medarbeidere (53) har rapportert gode resultater med Bio-Oss i kombinasjon med e-PTFE-membraner sammenlignet med Bio-Oss alene, membran alene, og konvensjonell lappoperasjon som kontroll. Andre studier har ikke funnet merkbare forskjeller mellom Bio-Oss og bruk av membran sammenlignet med «kontrollprosedyrer» som resektiv behandling (46, 54–57). Det er likevel indikasjoner på at innlegg av regenerasjonsmaterialer i kombinasjon med membran-dekke kan gi gode resultater ved behandling av vertikale beindefekter. En hyppig komplikasjon med slike prosedyrer er membran-eksponering (46). Ved



Figur 1. Røntgenologisk beintap ved implantatene 11 og 22.

tap av bløtvevsdekke og eksponering av ikke-resorberbare porøse e-PTFE-membraner vil bakterier kontaminere membranen og således føre til en lokal infeksjon (58). Membranen bør da fjernes så raskt som mulig (46).

En studie av Aghazadeh og medarbeidere (2012) sammenlignet resultatene etter regenerasjonsbehandling med autogent bein eller xenogent transplantat stabilisert med en kollagenmembran. Målene for behandlingen var røntgenologisk beinregenerasjon, reduksjon av lommedybder og fravær av puss og blødning ved sondering. Defekter fylt med xenogent transplantat viste mest beinfyll, men begge teknikkene ga lommereduksjon og reduksjon av puss og blødning (48).

Regenerasjonsbehandling ved peri-implantitt er under utprøving. Behandlingsprinsippet er basert på at det eksisterer et potensial for beinregenerasjon også ved vertikale implantatdefekter hos egnede kandidater.

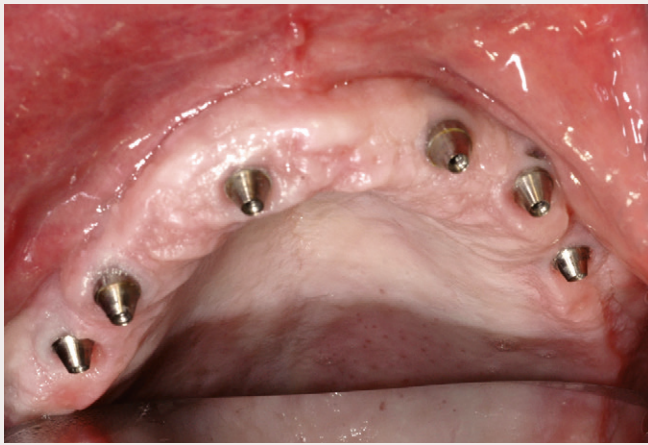
### Prognose

Charalampakis og medarbeidere (43) observerte retrospektivt 240 pasienter i 6 år etter peri-implantittbehandling. Behandlingssuksess ble definert som fravær av blødning og puss, lommer <5 mm og røntgenologisk stabilt beinnivå eller beinregenerasjon i forhold til beinnivå ved starten av behandlingen. Pasientene var inne til vedlikeholdsbehandling etter 3, 6, og 9 måneder og deretter årlig (43). Sluttresultatene viste vellykket behandling hos 45,3 % av pasientene, mens 54,7 % viste fortsatt progresjon og resultatet ble registret som mislykket. Hos 11 % måtte minst ett implantat fjernes under kirurgi eller i vedlikeholdsfasen. Røyking og tidlig utvikling av peri-implantitt viste signifikant korrelasjon med mislykket behandling, mens implantater i funksjon i mer enn 6 år før begynnende peri-implantittutvikling og ikke-røykere var assosiert med vellykket behandling (43).

Det finnes per dags dato ingen optimal behandlingsprotokoll for behandling av peri-implantitt. I den forannevnte retrospektive studien var apikalforskjøvet lapp med beinkonturering og systemisk antibiotika statistisk signifikant relatert til suksess (43). En tverrsnittsstudie med et vedlikeholdsprogram og god pasientkooperasjon viste lave prevalenstall for peri-mukositt og peri-implantitt (59). Dette kan indikere at det er viktig å innrullere pasienter i et tilpasset vedlikeholdsprogram. Vedlikeholdsbehandlingen bør inkludere pasientmotivasjon, hygieneinstruksjon, plakk-kontroll og eventuell nødvendig depurasjon i blødende lommer (43).

### Kasuistikker

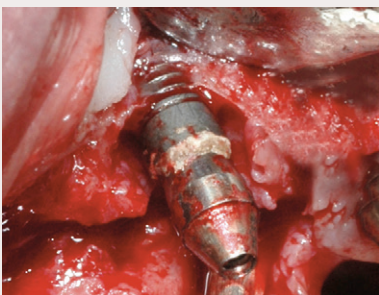
De to påfølgende kasus ble etter diagnostisering av peri-implantitt begge behandlet kirurgisk; det første med resektiv teknikk og det neste med regenerasjonsbehandling. Det første kasus gjelder en 62 år gammel mann som hadde tapt alle tenner i overkjeven grunnet periodontitt. Pasienten var røyker. Han fikk satt inn seks implantater (Astra-Tech med TiOblast overflate) i overkjeven i 2002. I 2003 ble han rehabilitert med en implantatforankret bro fra 16 til 26. Kontroller fra 2004 til 2009 viste stabile kliniske og røntgenologiske forhold. I november 2011 ble det røntgenologisk observert beintap rundt implantatene 11 og 22 (figur 1). Klinisk ble det målt 7 mm lommer og blødning ved sondering.



Figur 2. Implantater i overkjeven etter fjerning av brokonstruksjon.

I januar 2012 blir pasienten utredet for peri-implantitt. Brokonstruksjonen ble skrudd av og det blir utført sonderingsdybdemåling (figur 2). Målingene ved implantat 13 viste 5 og 6 mm og blødning/puss ved sondering. Implantatet 11 hadde sonderingsdybder på 6–7 mm med blødning, mens implantatet 22 viste målinger på 5–6 mm med blødning. Røntgenologisk undersøkelse viste vertikale beindefekter mesialt og distalt til 3. – 4. makrogjenge ved implantat 11 og til 2. makrogjenge ved implantat 22 (figur 1). Basert på kliniske og røntgenologiske kriterier ble diagnosen peri-implantitt stilt ved implantatene 13, 11 og 22.

Pasienten ble sterkt oppfordret til røykekutt, fikk instruksjon i bruk av interdental børster og Corsodyl-gel fram til planlagt kirurgi. Implantater i overkjeven ble instrumentert med titankyretter, mens resttannsettet i underkjeven ble depurert med vanlige stålkylretter. Det ble tatt bakterieprøver fra lommer rundt implantat 11. Prøvene, sendt til Mikrobiologisk Diagnostiske Service, ved det Odontologiske fakultet i Oslo viste høye konsentrasjoner av *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum subsp. vincentii*, *Streptococcus intermedius*, *Prevotella nigrescens*, *Campylobacter rectus* og en kombinasjonskur av *Amoxicillin* og *Metronidazol* ble anbefalt. Antibiotikakuren startet 2 dager før planlagt kirurgi. Etter anestesi (*Xylocain Adrenalin*), ble bukkal og palatinal lapp mobilisert for å skaffe tilgang til beindefekter. Etter å ha fjernet store mengder granulasjonsvev, utført beinplastikk med håndinstrumenter og roterende bor under rikelig steril irrigasjon, ble synlige mineraliserte avleiringer (tannstein) fjernet med titankyretter (figur 3). En spesialdesignet titanbørste (TiBrush, Straumann) ble deretter brukt til å reingjøre den ru implantatoverflaten under steril irrigasjon (figur 4) før den ble vasket med 3% hydrogenperoksidoppløsning og store mengder sterilt fysiologisk

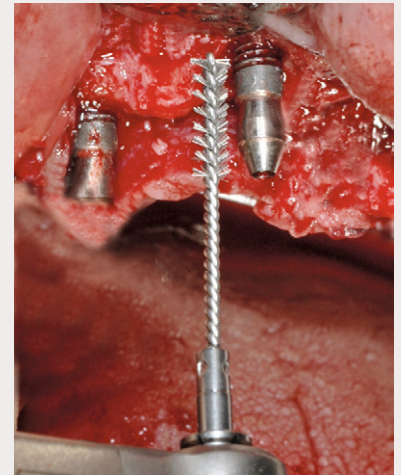


Figur 3. Mineralisert avleiring bukkalt på implantat.

saltvann. Lappene ble deretter tilpasset og stabilisert med enkle suturer (Ethilon 5,0) i en apikal posisjon. Postoperativ informasjon ble gitt. Operasjonsområdet viste rask tilheling og suturene ble fjernet etter 7 dager. Postoperativ kontroll 3 uker seinere viste tilheling uten komplikasjoner. Pasienten ble nå instruert i bruk av «Gentle care TePe tannbørste», i tillegg til interdental børster. Påfølgende kontroller etter 4 og 7 uker viste stabile forhold. Ved begge kontroller ble det utført profesjonell reingjøring i form av instrumentering og polering. Kontroll 12 måneder postoperativt viste rolige kliniske forhold uten sonderbare lommer med blødning og stabilt røntgenologisk beinnivå ved implantatene 13, 11 og 22 (figur 5).

Det neste kasus er en 35 år gammel kvinne som i 16-års alder fikk ekstrahert 24 på grunn av manglende rotutvikling. Tann 23 ble regulert distalt (figur 6) og i 1995 fikk hun, 18 år gammel, satt inn et Brånemark-implantat i regio 23 (figur 7). I følge journalnotater fra det kirurgiske inngrepet, ble midtre del av implantatet eksponert i bukkal beinkonkavitet på kjevekammen, og blottlagt implantatoverflate ble dekket med autogent beintransplantat.

I 2009 ble pasienten henvist til Spesialistklinikken, UiB, for behandling av peri-implantitt



Figur 4. Titanbørste til å reingjøre implantat 22.



Figur 5. Røntgenologisk beinnivå 12 måneder postoperativt

Figur 6. Røntgenologisk bilde som viser tann 23 som er regulert distalt i kjeven.



Figur 6. Tann 23 regulert distalt.

I 2009 ble pasienten henvist til Spesialistklinikken, UiB, for behandling av peri-implantitt



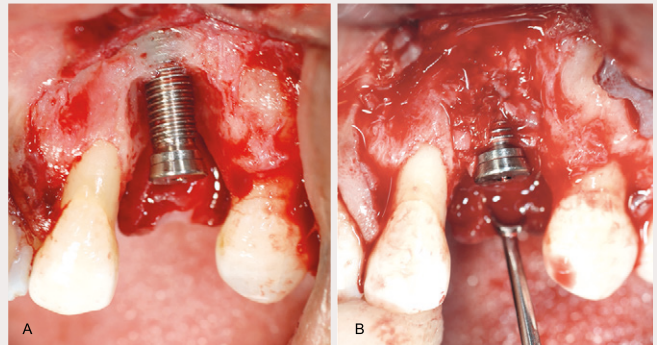
Figur 7. Implantatkrone 23 i infraokklusjon.

23. Pasienten ble innkalt, men møtte ikke. Ny henvisning ble mottatt vinteren 2011 og behandling påbegynt. De kliniske forholdene viste et velsnert tannsett, men det ble diagnostisert gingivitt og kronisk periodontitt på flere tenner og peri-implantitt regio 23 (figur 8). Implantatet i regio 23 hadde en posisjon som var i disharmoni med tann 13; infraokklusjon på 2–4 mm (figur 7). Den apikale delen av implantatet lå i nær relasjon til roten på tann 22 som røntgenologisk viste en obliterert pulpa (figur 8). Sonderingsdybder rundt implantatet var 11 mm mesialt, 7 mm bukkalt, 6 mm distalt og 8 mm palatinalt. Røntgenologisk hadde totalt 10 gjenger mistet beinstøtte. Sammenlignbare røntgenbilder viste en rask progresjon av marginalt beintap de siste 2 årene. Ved første undersøkelse ble prognosen for tann 22 ansett som usikker/dårlig. Et kirurgisk inngrep for å fjerne implantatet i regio 23 ville sannsynligvis kunne skade periodontiet på nabotann 22. På tross av usikker prognose også for implantatet 23, ble det i samråd med pasient besluttet å utføre kirurgisk behandling med sikte på å oppnå beinregenerasjon ved implantatet.



Figur 8. Alveolært beintap ved implantat 23.

Behandlingen startet i mai 2011 ved at suprakonstruksjonen ble fjernet og dekkskrue påsatt. Pasienten fikk så tilpasset en midlertidig protese. Nødvendig periodontal behandling av tannsettet ble utført med supra- og subgingival depurasjon, samt instruksjon i bruk av interdentalte børster med Corsodyl-gel. Resultatene av den mikrobiologiske prøven viste at *S. intermedius*, *T. denticola*, *P. nigrescens* og *F. nucleatum* var de dominerende bakteriene og kombinasjonen av Amoxicillin og Metronidazol ble anbefalt. Pasienten startet antibiotikakuren to dager preoperativt. Etter anestesi (Xylocain Adrenalin), ble bukkal og palatinal lapp mobilisert med hjelpesnitt mesialt



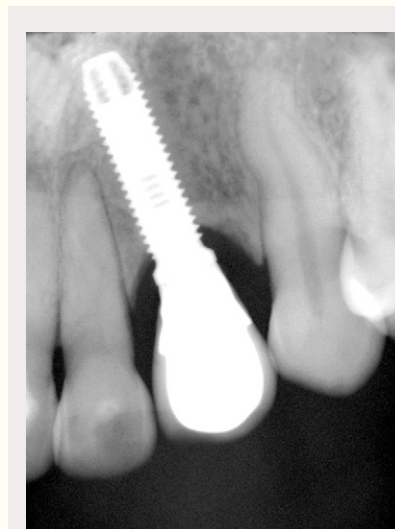
Figur 9 A. Etter reingjøring av implantat 23. B. Bukkal implantatflate dekket med autogent bein.

for 22 og distalt for 25. Først ble granulasjonsvev fjernet og implanta- toverflaten instrumentert med titankyretter (figur 9 A). Implantatet ble så vasket med 3% hydrogenperoksid. Autogent bein ble hentet med beinskrape fra maxilla, processus zygomaticus (figur 9 B) før resorberbar Bio-Gide® membran ble tilpasset og lagt over beindefekten (figur 10). Den bukkale lappen ble så koronalforskjøvet for å oppnå best mulig sårlukning og stabilisert med enkle suturer. Postoperativ informasjon ble gitt.



Figur 10. Resorberbar membran lagt over implantat.

Suturene ble fjernet etter 14 dager. Ved denne kontrollen ble det diagnostisert en to mm perforasjon av lappen like over dekkskrue.



Figur 11. Postoperativ kontroll etter 2 år med tydelig røntgenologisk beinoppfylling.

Pasienten ble instruert i fortsatt skylling med klorheksidin 0,2% og bruk av myk tannbørste med klorheksidin-gel. Postoperativ kontroll en måned seinere viste roligere kliniske forhold med en intakt bløtvevslapp over implantatet. Kontroll etter 2 år viser tydelig røntgenologisk beinoppfylling (figur 11), friske kliniske forhold uten patologiske lommer og blødning og med okklusjon på ny implantatkrone regio 23 (figur 12).



Figur 12. Ny implantatkrone regio 23 i okklusjon.

## Diskusjon

Det ble i 2008 fastslått under «6th European Workshop on Periodontology» at peri-implantitt var en infeksjøs sykdom, og at behandling derfor må inkludere anti-infeksiøse tiltak (4). I kliniske studier er peri-implantitt definert forskjellig og det er brukt ulike diagnostiske parametre. Det er bred enighet om at blødning ved sondering tyder på en aktiv inflammasjon. Men blødning vil være tilstede både ved peri-implantitt og peri-mukositt. Strengt tatt bør derfor diagnosen peri-implantitt begrenses til kasus/implantater der det kan dokumenteres at påvist beintap er forårsaket av en infeksjon.

Det har tidligere vært diskutert om sondering ved implantater kunne gi irreversible skader i mukosa (20). Etter og medarbeidere (2002) viste i et dyreforsøk at allerede 3–5 dager etter sondering var det fullstendig histologisk tilheling av bløtvevet rundt implantatene (60). Lommesondering er den mest pålitelige og reproduerbare metode til å kontrollere bløtvevet rundt implantater og økende sonderingsdybder sammenlignet med målinger ved påsetting av overkonstruksjon, indikerer en begynnende peri-implantittlesjon. En tidlig diagnose letter terapivalget og bedrer dessuten prognosen for behandlingen. Røntgenbilder skal først og fremst brukes som et hjelpemiddel til å bekrefte den kliniske diagnosen. Røntgenologisk beintap sammenlignet med bilder tatt ved påsetting av overkonstruksjonen, er bekreftelse på diagnosen peri-implantitt.

Sonderingsdybder og beintap brukt til å definere peri-implantitt, har i studier variert fra henholdsvis 4–6 mm og 2–3 mm. Koldslund og medarbeidere (2010) benyttet ulike diagnostiske kriterier til å definere peri-implantitt på samme individer (14). Ved bruk av  $\geq 4$  mm som grenseverdi for patologisk sonderingsdybde og røntgenologisk beintap  $\geq 2$  mm fant han en prevalens på implantatnivå på 11,4%, mens  $\geq 6$  mm og  $\geq 3$  mm ga en prevalens på 5,4% (14). Dette viser hvor viktig det er å komme frem til en felles diagnostisk standard ved peri-implantitt og således bidra til at det rapporteres mindre sprikende tall for prevalens.

Våre to kasus ble behandlet etter to ulike behandlingsprotokoller. I det første kasus ble det utført resektiv kirurgi der målet var lommeduksjon/eliminering. Siden defektene ved implantatet i det neste kasus viste uttalte vertikale beinnedbrytning, ble det bestemt å bruke en kirurgisk teknikk som kunne stimulere til alveolær beinregenerasjon. Defekten ble etter instrumentering og vasking fylt med auto-

gent bein og dekket med en resorberbar membran. Etter forutgående bakterieprøve, ble de to pasientene forskrevet *Amoxicillin* og *Metro-nidazol* tre ganger daglig i 7 dager. En retrospektiv studie der ulike behandlingsprotokoller ble sammenlignet, rapporterte signifikant høyeste grad av suksess etter resektiv kirurgi i kombinasjon med antibiotika (43). En annen studie viste derimot at behandling med autogent beintransplantat og membrandekke ga en signifikant større beinregenerasjon og re-osseointegrasjon enn andre behandlingsprosedyrer (46). Våre kasuistikker bekrefter at både resektiv og regenerativ behandling kan gi gode kliniske resultater. En viktig forutsetning er at vi som klinikere er i stand til å sortere gode kandidater til henholdsvis resektiv og regenerativ kirurgi.

Det første kasus var en 62 år gammel mann som hadde tapt tenene på grunn av periodontal sykdom. En forhistorie med periodontal sykdom er en risikofaktor for utvikling av peri-implantitt (29). En studie utført av Karoussis og medarbeidere i 2003 viste signifikant høyere insidens av peri-implantitt hos pasienter med en tidligere periodontitthistorie enn hos kontrollgruppen uten (29). Vår pasient var i tillegg røyker som også er en negativ prognosefaktor (29, 61–63). En av de største utfordringene med å behandle infeksjoner rundt implantater er å reingjøre implantatoverflaten for biofilm og tannstein. Implantatene hos denne pasienten var av typen TiOblast som har en moderat ru overflate. Vi ønsket å teste bruken av en ny, spesialdesignet titanbørste (TiBrush, Straumann) som supplement til tradisjonelle hjelpemidler. Den postoperative kontrollen 12 måneder etter inngrepet viste stabile kliniske forhold. Videre oppfølging vil vise om en har oppnådd et stabilt langtidsresultat.

Hos pasient nummer to var beintapet rundt implantatet så stort at alternativene var enten å fjerne implantatet eller å forsøke regenerasjonsbehandling. Siden kirurgisk fjerning ville kunne skade roten på tann 22, ble det siste alternativet valgt. Pasienten hadde god helse og brukte ikke medikamenter som kunne få negative konsekvenser for behandlingen (64). Siden beindefekten rundt implantatet hadde flere gjenstående vegger, var dyp og med en forholdsvis liten vertikal defektvinkel, ble dette kasus vurdert som en god kandidat for regenerasjon (65). Kontroll etter to år viste rolige kliniske forhold uten patologi og med røntgenologisk beinoppfylling rundt implantatet.

I Norge settes det inn flere og flere implantater per år, og dette medfører at mange tannleger vil måtte bruke mer tid på diagnostikk og behandling av biologiske komplikasjoner som peri-implantitt. For å møte denne utfordringen, må kunnskaper oppdateres og formidles. For pasienter som har fått innsatt implantater er det viktig å identifisere risikofaktorer for utvikling av peri-implantitt, samle kliniske og røntgenologiske data og bruke disse i vedlikeholdsfasen. Tidlig diagnose og behandling vil bidra til en mer effektiv og forutsigbar behandling av peri-implantitt.

## Takk

Takk til Rune Haakonsen, fototeknisk laboratorium, Institutt for klinisk odontologi, UiB for ferdigredigering av figurer.

Artikkelen er basert på en godkjent prosjektoppgave ved UiB.

## English summary

Texmo L, Trzcinska D, Sægrov AH, Klepp M, Åstrøm AN, Leknes KN.

### Peri-implantitis: Diagnostic and therapeutic challenges

Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 790–98.

An increasing number of patients choose implant retained restoration to replace lost teeth. Therefore, there is an urgent need for consistent diagnostic criteria identifying peri-implantitis and other biological complications and the development of new treatment protocols giving predictable and stable clinical results.

Peri-implantitis is an infectious inflammatory process around an osseointegrated implant leading to progressive loss of supporting bone. Treatment modalities of peri-implantitis are still in a trial phase and it is particularly challenging to treat advanced cases predictably.

The clinician must use a combination of biological parameters as probing depth and presence of bleeding/pus over time to set an accurate diagnosis of peri-implantitis. Radiographs showing marginal bone loss may verify the clinical diagnosis. Early detection and intervention increase the probability of achieving a stable and successful treatment outcome. In advanced cases, mechanical debridement during surgical access flap procedures appears to give more predictable results than non-surgical therapy.

This review article addresses diagnostic and therapeutic challenges with regard to peri-implantitis and illustrates two different surgical techniques.

## Referanser

1. Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (II). Etiopathogenesis. *Eur J Oral Sci.* 1998; 106: 721–64.
2. Eriksson AR, Albrektsson T. Temperature threshold levels for heat-induced bone tissue injury: a vital-microscopic study in the rabbit. *J Prosthet Dent.* 1983; 50: 101–7.
3. Mombelli A, Lang NP. The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol 2000.* 1998; 17: 63–76.
4. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2008; 35: 282–5.
5. Sanz M, Chapple IL, Working Group 4 of the VEWoP. Clinical research on peri-implant diseases: consensus report of Working Group 4. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 202–6.
6. Academy-report. Academy Report: Peri-Implant Mucositis and Peri-Implantitis: A Current Understanding of Their Diagnoses and Clinical Implications\*. *J Periodontol.* 2013; 84: 436–43.
7. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1986; 1: 11–25.
8. Rothman KJ. *Epidemiology. An Introduction.* Chapter 2,3. Oxford: University Press. 2002.
9. Fransson C, Lekholm U, Jemt T, Berglundh T. Prevalence of subjects with progressive bone loss at implants. *Clin Oral Implants Res.* 2005; 16: 440–6.
10. Salvi GE, Aglietta M, Eick S, Sculean A, Lang NP, Ramseier CA. Reversibility of experimental peri-implant mucositis compared with experimental gingivitis in humans. *Clin Oral Implants Res.* 2012; 23: 182–90.
11. Tomasi C, Derks J. Clinical research of peri-implant diseases—quality of reporting, case definitions and methods to study incidence, prevalence

- and risk factors of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 207–23.
12. Roos-Jansaker AM, Lindahl C, Renvert H, Renvert S. Nine- to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part II: presence of peri-implant lesions. *J Clin Periodontol.* 2006; 33: 290–5.
  13. Marrone A, Lasserre J, Bercy P, Brex MC. Prevalence and risk factors for peri-implant disease in Belgian adults. *Clin Oral Implants Res.* 2013; 24: 934–40.
  14. Koldslund OC, Scheie AA, Aass AM. Prevalence of peri-implantitis related to severity of the disease with different degrees of bone loss. *J Periodontol.* 2010; 8: 231–8.
  15. Fransson C, Wennstrom J, Berglundh T. Clinical characteristics at implants with a history of progressive bone loss. *Clin Oral Implants Res.* 2008; 19: 142–7.
  16. Rinke S, Ohl S, Ziebolz D, Lange K, Eickholz P. Prevalence of peri-implant disease in partially edentulous patients: a practice-based cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res.* 2011; 22: 826–33.
  17. Mombelli A, Lang NP. The diagnosis and treatment of peri-implantitis. *Periodontol 2000.* 1998; 17: 63–76.
  18. Renvert S, Roos-Jansaker AM, Claffey N. Non-surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a literature review. *J Clin Periodontol.* 2008; 35: 305–15.
  19. Lang NP, Berglundh T. Periimplant diseases: where are we now? Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 178–81.
  20. Klinge B, Hultin M, Berglundh T. Peri-implantitis. *Dent Clin North Am.* 2005; 49: 661–76.
  21. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL, Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 134–44.
  22. Heitz-Mayfield LJ, Lang NP. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis vs. peri-implantitis. *Periodontol 2000.* 2010; 53: 167–81.
  23. Zitzmann NU, Berglundh T, Marinello CP, Lindhe J. Experimental peri-implant mucositis in man. *J Clin Periodontol.* 2001; 28: 517–23.
  24. Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2008; 35: 286–91.
  25. Schou S, Holmstrup P, Reibel J, Juhl M, Hjørtting-Hansen E, Kornman KS. Ligature-induced marginal inflammation around osseointegrated implants and ankylosed teeth: stereologic and histologic observations in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*). *J Periodontol.* 1993; 64: 529–37.
  26. Berglundh T, Zitzmann NU, Donati M. Are peri-implantitis lesions different from periodontitis lesions? *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 188–202.
  27. Albouy JP, Abrahamsson I, Persson LG, Berglundh T. Spontaneous progression of peri-implantitis at different types of implants. An experimental study in dogs. I: clinical and radiographic observations. *Clin Oral Implants Res.* 2008; 19: 997–1002.
  28. Ericsson I, Berglundh T, Marinello C, Liljenberg B, Lindhe J. Long-standing plaque and gingivitis at implants and teeth in the dog. *Clin Oral Implants Res.* 1992; 3: 99–103.
  29. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Bragger U, Hammerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clin Oral Implants Res.* 2003; 14: 329–39.
  30. Serino G, Strom C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res.* 2009; 20: 169–74.
  31. Wilson Jr TG. The Positive Relationship Between Excess Cement and Peri-Implant Disease: A Prospective Clinical Endoscopic Study. *J Periodontol.* 2009; 80: 1388–92.
  32. Linkevicius T, Puisys A, Vindasiute E, Linkeviciene L, Apse P. Does residual cement around implant-supported restorations cause peri-im-

- plant disease? A retrospective case analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2013; 24: 1179–84.
33. Wadhvani C, Hess T, Faber T, Pineyro A, Chen CS. A descriptive study of the radiographic density of implant restorative cements. *J Prosthet Dent.* 2010; 103: 295–302.
34. Baig MR, Rajan M. Effects of smoking on the outcome of implant treatment: a literature review. *Indian J Dent Res.* 2007; 18: 190–5.
35. Bormann KH, Stuhmer C, Z'Graggen M, Kokemoller H, Rucker M, Gellrich NC. IL-1 polymorphism and periimplantitis. A literature review. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2010; 120: 510–20.
36. Laine ML, Leonhardt A, Roos-Jansaker AM, Pena AS, van Winkelhoff AJ, Winkel EG, et al. IL-1RN gene polymorphism is associated with peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res.* 2006; 17: 380–5.
37. Heitz-Mayfield LJ, Huynh-Ba G. History of treated periodontitis and smoking as risks for implant therapy. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009; 24: 39–68.
38. Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions: update on associations and risks. *J Clin Periodontol.* 2008; 35: 398–409.
39. Abiko Y, Selimovic D. The mechanism of protracted wound healing on oral mucosa in diabetes. Review. *Bosn J Basic Med Sci.* 2010; 10: 186–91.
40. Hudieb MI, Wakabayashi N, Kasugai S. Magnitude and direction of mechanical stress at the osseointegrated interface of the microthread implant. *J Periodontol.* 2011; 82: 1061–70.
41. Stanford CM, Brand RA. Toward an understanding of implant occlusion and strain adaptive bone modeling and remodeling. *J Prosthet Dent.* 1999; 81: 553–61.
42. Fu JH, Hsu YT, Wang HL. Identifying occlusal overload and how to deal with it to avoid marginal bone loss around implants. *Eur J Oral Implantol.* 2012; 5: 91–103.
43. Charalampakis G, Rabe P, Leonhardt A, Dahlen G. A follow-up study of peri-implantitis cases after treatment. *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 864–71.
44. Serino G, Turri A. Outcome of surgical treatment of peri-implantitis: results from a 2-year prospective clinical study in humans. *Clin Oral Implants Res.* 2011; 22: 1214–20.
45. Lenci F, Sbordone L, Ramaglia L, Ciaglia RN. [Periodontal osseous surgery: osteoplasty and osteotomy]. *Stomatol Mediterr.* 1988 Jul-Sep; 8: 247–50.
46. Schou S, Berglundh T, Lang NP. Surgical treatment of peri-implantitis. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004; 19: 140–9.
47. Persson LG, Berglundh T, Lindhe J, Sennerby L. Re-osseointegration after treatment of peri-implantitis at different implant surfaces. An experimental study in the dog. *Clin Oral Implants Res.* 2001; 12: 595–603.
48. Aghazadeh A, Rutger Persson G, Renvert S. A single-centre randomized controlled clinical trial on the adjunct treatment of intra-bony defects with autogenous bone or a xenograft: results after 12 months. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 666–73.
49. Hammerle CH, Fourmouis I, Winkler JR, Weigel C, Bragger U, Lang NP. Successful bone fill in late peri-implant defects using guided tissue regeneration. A short communication. *J Periodontol.* 1995; 66: 303–8.
50. Mattout P, Nowzari H, Mattout C. Clinical evaluation of guided bone regeneration at exposed parts of Branemark dental implants with and without bone allograft. *Clin Oral Implants Res.* 1995; 6: 189–95.
51. Schou S, Holmstrup P, Skovgaard LT, Stoltze K, Hjorting-Hansen E, Gundersen HJ. Autogenous bone graft and ePTFE membrane in the treatment of peri-implantitis. II. Stereologic and histologic observations in cynomolgus monkeys. *Clin Oral Implants Res.* 2003; 14: 404–11.
52. Schou S, Holmstrup P, Jorgensen T, Stoltze K, Hjorting-Hansen E, Wenzel A. Autogenous bone graft and ePTFE membrane in the treatment of peri-implantitis. I. Clinical and radiographic observations in cynomolgus monkeys. *Clin Oral Implants Res.* 2003; 14: 391–403.
53. Schou S, Holmstrup P, Jorgensen T, Skovgaard LT, Stoltze K, Hjorting-Hansen E, et al. Anorganic porous bovine-derived bone mineral (Bio-Oss) and ePTFE membrane in the treatment of peri-implantitis in cynomolgus monkeys. *Clin Oral Implants Res.* 2003; 14: 535–47.
54. Machado MA, Stefani CM, Sallum EA, Sallum AW, Tramontina VA, Nociti Junior FH. Treatment of ligature-induced peri-implantitis defects by regenerative procedures: a clinical study in dogs. *J Oral Sci.* 1999; 41: 181–5.
55. Machado MA, Stefani CM, Sallum EA, Sallum AW, Tramontina VA, Nogueira-Filho GR, et al. Treatment of ligature-induced peri-implantitis defects by regenerative procedures. Part II: A histometric study in dogs. *J Oral Sci.* 2000; 42: 163–8.
56. Nociti FH, Jr., Machado MA, Stefani CM, Sallum EA, Sallum AW. Absorbable versus nonabsorbable membranes and bone grafts in the treatment of ligature-induced peri-implantitis defects in dogs. Part I. A clinical investigation. *Clin Oral Implants Res.* 2001; 12: 115–20.
57. Nociti FH, Jr., Machado MA, Stefani CM, Sallum EA. Absorbable versus nonabsorbable membranes and bone grafts in the treatment of ligature-induced peri-implantitis defects in dogs: a histometric investigation. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2001; 16: 646–52.
58. Simion M, Baldoni M, Rossi P, Zaffe D. A comparative study of the effectiveness of e-PTFE membranes with and without early exposure during the healing period. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1994; 14: 166–80.
59. Mir-Mari J, Mir-Orfila P, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E, Gay-Escoda C. Prevalence of peri-implant diseases. A cross-sectional study based on a private practice environment. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 490–4.
60. Etter TH, Hakanson I, Lang NP, Trejo PM, Caffesse RG. Healing after standardized clinical probing of the perimplant soft tissue seal: a histomorphometric study in dogs. *Clin Oral Implants Res.* 2002; 13: 571–80.
61. Haas R, Haimbock W, Mailath G, Watzek G. The relationship of smoking on peri-implant tissue: a retrospective study. *J Prosthet Dent.* 1996; 76: 592–6.
62. Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. Association between marginal bone loss around osseointegrated mandibular implants and smoking habits: a 10-year follow-up study. *J Dent Res.* 1997; 76: 1667–74.
63. Carlsson GE, Lindquist LW, Jemt T. Long-term marginal periimplant bone loss in edentulous patients. *Int J Prosthodont.* 2000; 13: 295–302.
64. Tonetti MS, Pini-Prato G, Cortellini P. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following GTR in infrabony defects. A preliminary retrospective study. *J Clin Periodontol.* 1995; 22: 229–34.
65. Cortellini P, Pini Prato G, Tonetti MS. Periodontal regeneration of human intrabony defects with bioresorbable membranes. A controlled clinical trial. *J Periodontol.* 1996; 67: 217–23.

Adresse: Knut N. Leknes, professor, Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Årstadveien 19, 5021 Bergen. E-post: knut.leknes@iko.uib.no

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.

Texmo L, Trzcinska D, Sægrov AH, Klepp M, Åström AN, Leknes KN. Peri-implantitt: utfordringer ved diagnostikk og behandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 790–98.



# 'Syreskader - den nye karies'

Overtannlege emeritus  
Lene Esmark



Emalje Protect  
Dobbelvirkning mot  
syreangrep



## Gode råd

- Begrens inntak av syreholdig drikke mellom måltidene
- Skyll munnen med vann etter at du har spist eller drukket noe surt
- Drikk syreholdig drikke med sugerør
- Vent minst en time med å børste tennene
- Børst tennene med en myk tannbørste
- Bruk en tannkrem som hjelper med å motvirke syreskader
- Få dine tenner undersøkt av en tannlege regelmessig

  
**zendium**<sup>®</sup>

Les mer på [zendium.no](http://zendium.no)



100% Prettau® Zirkonia - Made by CAD/CAM  
Mamta Mehra, DMD – New York University College of Dentistry  
Georg Walcher – Zirkonzahn Education Center



# ZIRKONZAHN

## Monolitisk translusent Zirkon!

*Fullsize Zirkonia! Det sterkeste alternativet for implantatarbeider, kombinasjonsarbeider og konvensjonelle kroner/broer i Zirkonia.*

- CAD/CAM fremstilt
- Høy translusense
- Høy styrke 1400mp
- Enkelt å sementere
- 10 års garanti



CAD/CAM System 5-TEC

*Vi leverer også: Brennkeramer, IPS e.max for kroner og mindre broer,  
I-Bridge fra Biomain/Hereaus for implantater og konvensjonelle kroner/broer*



Ingar Olsen:

## Kan vi påvirke utviklingen av hjerte-karsykdom gjennom profylakse og behandling av periodontitt?

En rekke epidemiologiske studier, dyreforsøk og in vitro-forsøk har vist en signifikant sammenheng (assosiasjon) mellom periodontitt (P) og kardiovaskulær sykdom (CVD), men det er ennå ikke blitt fremlagt klare bevis for at P forårsaker CVD hos mennesker. I dyreforsøk derimot har man vist at den periodontopatogene bakterien *Porphyromonas gingivalis* kan indusere fettavleiringer i aorta. Det er foreslått rimelige biologiske forklaringer på P-CVD-sammenheng. Videre er det vist at behandling av P reduserer eller eliminerer systemiske biomarkører som er prediktive for utvikling av CVD. Hvorvidt profylakse og behandling av P også motvirker CVD har til nå vært ukjent. Vi har allikevel valgt å informere helse-/tannhelsepersonell om P-CVD-assosiasjonen og muligheten for å påvirke den gjennom enkle oralhygieniske tiltak.

At det skulle være en direkte årsaks-sammenheng mellom P og CVD har blitt møtt med skepsis både på medisinsk og odontologisk hold. Denne er blitt understøttet av negative funn som ikke har klart å påvise noen klar sammenheng mellom P og CVD. Selv om hele 80 % av tverrsnitts-, case-control og longitudinelle studier over P-CVD-relasjonen viste en signifikant positiv sammenheng (2006), har vi foreslått at sprikende funn bør mane til forsiktighet i konklusjonen om kausalitet. Forskjeller i studieopplegg kan utgjøre en bias for funnene, spesielt når bare en moderat assosiasjon foreligger.

En treårig epidemiologisk studie som nylig ble publisert i det anerkjente tidsskriftet *Journal of the American Heart Association* (1), har gitt oss større klarhet i P-CVD-relasjonen. Den viste at dersom den kliniske og mikrobiologiske tilstand ved periodontitt forbedres, vil

også intima-media-fortykkelsen (IMT) i carotis-arterien reduseres. Det er tidligere vist at når mengden periodontopatogene bakterier i subgingival plakk tilar, øker fortykkelsen av intima-media i carotisarterien (2). Dette er en av flere indikasjoner på at P har systemiske effekter.

Funnene er oppsiktsvekkende fordi de viser for første gang at *det å forbedre den periodontale status – både klinisk og mikrobiologisk – kan være forbundet med nedsatt aterogenese*, målt som IMT i carotisarterien. Funnene ble gjort over relativt kort tid (3 år) og var basert på periodontal undersøkelse av alle tenner, herunder måling av lommedybde (PD) og festnivå (AL) i 75 766 periodontale seter. Subgingivale plakkprøver (n = 5008) ble tatt (gjennomsnittlig sju prøver/person/besøk over to besøk) og undersøkt kvantitativt for 11 kjente periodontale bakterier ved hjelp av DNA-DNA checkerboard hybridisering. IMT i arteria carotis communis ble målt ved hjelp av høy-resolusjon ultralyd. Funnene ble justert mot alder, kjønn, rase/etnisitet, diabetes, røkestatus, utdannelse, kroppsmasseindeks, systolisk blodtrykk, LDL og HDL. Forskjeller på ~ 0,1 mm i carotis IMT hos deltakere med forverring eller bedring i periodontal helse ble vurdert som klinisk signifikant. En IMT økning på ~ 0,1 mm ble beregnet å kunne gi 2,3 ganger større risiko for koronarsykdom. Studien viste også at forandringen over tid i PD eller AL, var positivt knyttet til endringer i IMT. Relativt dominans av bakterier som tradisjonelt betraktes som periodontopatogene (*P. gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*), var klart knyttet til progresjon av aterosklerose.

Forfatterne foreslo at behandling av periodontitt bør starte allerede når pre-kliniske karakteristika foreligger. De hevdet videre at progressiv økning i aterosklerose kan være en forklaring på sammenhengen mellom P og CVD. At observasjonene ble gjort i en tilfeldig valgt populasjon (420 deltakere, 68±8 år, 62 % kvinner) understrekte muligheten for primær periodontal behandling som ett av flere preventive tiltak mot CVD i befolkningen.

### Konklusjon

Det er nærliggende å tro at vi kan påvirke utviklingen av aterosklerose gjennom profylakse og behandling av periodontitt. Ytterligere randomiserte studier trengs imidlertid for å fastslå definitivt om anti-infeksiøse periodontale inngrep kan redusere utvikling av aterosklerose og klinisk hjerte-karsykdom.

### Litteratur

- Desvarieux M, Demmer RT, Jacobs DR, Papananou PN, Sacco RL, Rundek T. Changes in clinical and microbiological periodontal profiles relate to progression of carotid intima-media thickness: the oral infections and vascular disease epidemiology study. *J Am Heart Assoc* 2013; 2:e000254. doi: 10.1161/JAHA.113.000254.
- Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR Jr, Sacco RL, Papananou PN. Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). *Circulation* 2005; 111: 576–582.

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

# Apikal ekstrusjon ved bruk av roterende og resiproke maskinelle systemer og håndinstrumentering



Christine Ovesen Eraker, tannlege (kull 2008–2013)  
Guro Hauge, tannlege (kull 2008–2013)

## FORMÅL

Målet med denne studien var å se på forskjellen i mengde apikalt ekstrudert materiale mellom en roterende maskinell utrensningsteknikk, resiprok maskinell teknikk med en enkel fil, og håndinstrumentering med «balanced force» teknikk.

## BAKGRUNN

Kjemomekanisk rengjøring av rotkanalen er en sentral komponent i det endodontiske arbeidet. Både mekanisk rengjøring og medikamenters kjemiske påvirkning kan frambringe inflammasjon i apikalområdet. Forskyvning av bakterier ut i periodontalt vev ved behandling av infiserte rotkanaler vil dessuten kunne bidra til spredning av infeksjon.

De ulike prepareringsteknikker som blir benyttet i forbindelse med endodontisk utrensning av rotkanaler har i ulik grad vist seg å føre til ekstrusjon av kanalinnhold til det periodontale vev. Økt ekstrusjon vil dermed kunne være medvirkende til at postoperative symptomer og eksaserbasjon oftere forekommer.

## MATERIAL OG METODE

Tretti standardiserte kunstige overkjeve sentraler (Figur 1) ble tilfeldig delt i 3 grupper med 10 tenner i hver gruppe. Samtlige kanaler ble renset til apikal dimensjon ISO #25 uavhengig av teknikk og instrumenteringssystem. Det ble ikke brukt irrigasjon i forsøket. Renselengde ble valgt til standard lengde for nekrosebehandling, 0,5 mm fra apeks.



Figur 1. Kunstig overkjeve sentral med kavpreparering.



Figur 2. Tann plassert i skrustikke. Papir holdes under for oppsamling av ekstrudert materiale.

Ved den maskinelle instrumenteringen ble en WaveOne™ Endo Motor benyttet (Figur 2). Utrensning av kanalene ble utført i henhold til produsentens anvisninger. For veiing av oppsamlet ekstrudert materiale ble det brukt en analysevekt med en nøyaktighet på 0,001 mg. Registrerte data ble statistisk behandlet med en parett T-test.

**Gruppe 1:** Håndinstrumentering med K-flexofiler (Figur 3A). Kanalen ble preparert ved bruk av «balanced force» teknikk.

**Gruppe 2:** Konvensjonell roterende maskinell instrumentering med ProTaper® Universal (Figur 3B).

**Gruppe 3:** Resiprok maskinell instrumentering med WaveOne™ Reciprocating File (Figur 3C).

Takk til våre veiledere professor Inge Fristad og spesialtannlege Ole Iden.



Figur 3A. Gruppe 1. K-flexofil håndinstrumenterings-instrumenter.



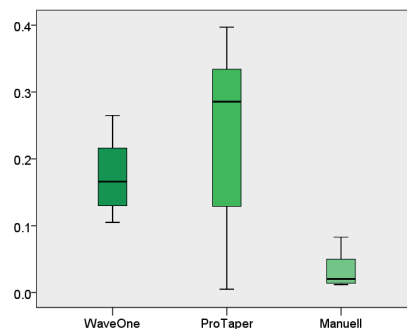
Figur 3B. Gruppe 2. Roterende maskinelle filer, ProTaper® Universal.



Figur 3C. Gruppe 3. Resiprok maskinell fil, WaveOne™ Primary Reciprocating File.

## RESULTAT

Basert på de statistiske data var det ikke signifikant forskjell på ekstrudert materiale mellom de to maskinelle systemene ProTaper® Universal og WaveOne™ Reciprocating File ( $P > 0.05$ ). Det ble ekstrudert signifikant mindre materiale ved håndinstrumentering med K-flexofiler sammenlignet med de to maskinelle systemene ( $P < 0.05$ ) (Figur 4).



Figur 4. Box-plot som viser mengde ekstrudert materiale målt i milligram. Diagrammet viser median-, minimums- og maksimumsverdier samt 25% og 75% persentilen.  $P < 0.05$  mellom manuell versus de to maskinelle systemene.

## KONKLUSJON

Resultatet av denne studien viser at håndinstrumentering med «balanced force» teknikk forårsaker mindre apikal ekstrusjon enn både roterende- og resiprok maskinell endodontisk utrensning ved instrumentering til en apikal dimensjon på #25.

Vi takker nye og gamle kunder for hyggelig besøk under årets Nordental!



Vi gratulerer våre 11 heldige vinnere av trekningen:  
Tannlege Arvid Sæle med en reise for to til Kina.

De resterende 10 vant 5 stk NP MK kroner hver:

Tannlege Annichen Ravn Munkvold	Tannlege Torunn Lyngstad
Tannlege Birute Ropeid	Tannlege Anne K. Foyh
Tannlege Einar Lorentzen	Tannlege Brynjar B. Kvamme
Tannlege Maximillian Wolf	Tannlege Ali Nadeem
Tannlege Hans Kristian Sørensen	Tannlege Dag Einar Samer

Ganske vanlig, og ganske vanskelig å få slettet:

## Netthets

Tannlege Tove Brubakk i Oslo opplevde å bli hengt ut som svindler av en pasient som var misfornøyd med et prisoverslag. Brubakk lyktes med å få slettet hetsen fra nettet, etter lang tids strev.

**E**r erfaringen har vært lærerik, slit-som og veldig ubehagelig, forteller tannlege Tove Brubakk som driver privat praksis i Hegdehaugsveien i Oslo.

Pasienten som reagerte på prisoverslaget for behandling av klinisk karies på fire tenner og som hang ut tannlege Brubakk som svindler på nettstedet studentrabatt.no og som også klaget til Fylkesmannen er ikke av den sorten man møter hver dag.

– Jeg har stort sett hyggelige pasienter som gjør hverdagen som tannlege trivelig. Jeg opplever at jeg har god dialog med pasientene og at de har respekt for mine faglige vurderinger. Det gjelder også de pasientene som er kommet via studentrabatt.no som jeg har opplevd som en grei markedsføringskanal siden jeg benyttet den første gang i 2004, inntil denne hendelsen – selv om jeg merker at pasientene som kommer derfra ofte er noe mer prisbevisste enn gjennomsnittet.

Brubakks beskrivelse her er etter hva Tidende kjenner til en beskrivelse som ligner det som er vanlig for en privatpraktiserende tannlege i Norge i dag. Likevel er det ikke helt uvanlig lenger at folk som er misfornøyd med noe, det være seg forbrukere eller pasienter av ulikt slag, gir uttrykk for dette på nettet. Tannlegene går på ingen måte fri når det gjelder dette fenomenet.

– Det jeg opplever som mest problematisk er at mennesker som ikke har grunnlag for å gjøre en faglig vurdering kan uttale seg fritt om mitt, og for den saks skyld, andres faglige vurderinger og arbeid. Etter min erfaring skal det ingenting til før du er hengt ut, og det



Tove Brubakk ble hengt ut som svindler og lyktes med å få slettet netthetsen. Foto privat.

skal mye til å få det slettet, selv om det er grove ting som er blitt sagt. I mitt tilfelle tok det lang tid før jeg i det hele tatt var klar over at jeg var blitt utsatt for netthets.

### Saken

Pasienten det er snakk om oppsøkte tannlege Tove Brubakk i september 2012 for en kontroll. Pasienten hadde funnet Brubakk blant tannlegene på nettstedet studentrabatt.no.

Det ble tatt to røntgenbilder (BW) og foretatt en klinisk undersøkelse, i tillegg til rens, puss og fluorlakkpensling. For dette betalte pasienten 390 kroner.

Av journalen fremgår at det ble diagnostisert klinisk karies okklusalt i tann 17, 27, 37 og 47, og det ble satt spørsmål ved 16 for mulig sekundærkaries.

Da pasienten etterspurte pris på behandling av de fire førstnevnte tennerne opplyste Brubakk at prisen på behandlingen kunne komme opp i 1 600 kroner per stykk.



– Jeg hadde da jobbet med studenter og unge voksne i 14 år og jeg har erfart at det er vanlig med okklusallesjoner som det er vanskelig å diagnostisere. Ved åpning er hullene ofte dypere enn forventet. Jeg er derfor opptatt av at jeg ikke vil underdiagnostisere. I mange tilfeller er det ikke mulig å lese av røntgenbildene hvordan forholdene er, og derfor blir klinisk skjønn avgjørende. Jeg opplevde pasienten som ekstremt opptatt av pris og jeg ville ikke gi henne et for lavt overslag, som senere kunne måtte justeres opp. Jeg vurderte det motsatte som et bedre utgangspunkt. Jeg legger naturligvis også mye rimeligere fyllinger enn dette, av og til tar jeg ned i 300 kroner, hvis det er små pits eller prikker det er snakk om. Jeg legger til at bildene av denne pasienten var noe lyse. Min plan var å ta nye bilder ved neste konsultasjon. Vi satte opp en ny time fire dager senere. Denne ble kort etter avbestilt av pasienten.

– Etter det hørte eller så jeg ikke noe mer til denne pasienten før jeg ble oppringt av pasientens mor et halvt år senere, altså i mars i år. Moren sa at andre tannleger ikke hadde funnet noen hull hos pasienten. Jeg prøvde å forklare moren at okklusalkaries er komplisert, at det er ulike graderinger, og at tannleger i utgangspunktet kan vurdere det de ser ulikt.

På lengre sikt er vi tannleger likevel nokså enige, forklarte jeg. Jeg fortalte også at jeg har hatt pasienter der okklusalkaries har vært oversett og at veien til rotfylling i slike tilfeller kan bli kort. Jeg forklarte at jeg var opptatt av å unngå akkurat dette.

Jeg tilbød overfor moren å se på pasienten igjen, denne gangen kostnadsfritt. Jeg sa også at jeg aldri har opplevd å åpne en tann uten å finne karies. Samtidig sa jeg at jeg kan bestemme meg for å vente med ytterligere boring dersom lesjonen jeg finner ikke er så dyp. Behandlingsplanen kan

således endres underveis, forklarte jeg. Jeg sa at vi eksempelvis kan følge opp med en kontroll i løpet av seks måneder, med beskjed til pasienten om å være flink med renhold og fluorider i mellomtiden.

Under samtalen opplevde jeg moren som aggressiv og kranglete og det virket ikke som om hun var interessert i å lytte. Hun takket først ja til en time dagen etter, men ringte og avbestilte samme dag med den begrunnelse at hun ikke så noen vits i dette. Jeg fikk dermed ikke anledning til å se pasienten på nytt. Dette syntes jeg var synd i og med diskusjonen som var oppstått. I denne samtalen ga moren uttrykk for at jeg var inkompetent som tannlege. Jeg sa at jeg ikke så at vi kom noen vei og ga uttrykk for at samtalen burde avsluttes. I og med at jeg ikke fikk se pasienten var grunnlaget for diskusjonen ikke til stede.

### Hengt ut

Samme måned blir jeg klar over at jeg er blitt hengt ut på nettet. Allerede i desember 2012, to måneder etter at pasienten var hos meg, og tre måneder før moren tar kontakt, la pasienten ut en lang tirade der det står at jeg er en svindler og der hun beskriver hvilke feil jeg har gjort. Jeg er en tannlege som vil bore i tenner som andre tannleger sier er friske, skriver hun, og hun advarer mot meg og oppfordrer til å holde seg langt unna meg. Dette skjer altså på bakgrunn av en undersøkelse og et prisoverslag, uten at jeg har sett pasienten mer enn denne ene gangen. Jeg har ikke behandlet pasienten og ikke fått anledning til å se pasienten igjen for ny undersøkelse. Pasienten har heller ikke, på dette tidspunktet, levert noen formell klage som sakkyndige har kunnet vurdere. Alt er basert på pasientens egen vurdering etter en konsultasjon hos meg, sammenholdt med pasi-

entens egen vurdering av konsultasjoner hos en eller flere andre tannleger.

For meg opplevdes det som en krise å bli omtalt som en svindler på nettet.

Jeg tok kontakt med Datatilsynet som var helt enige i at det som var publisert om meg var for grovt, og at det burde slettes. Datatilsynet kan imidlertid ikke gjøre noe annet enn å si sin mening. Jeg ble anbefalt å ta kontakt med tjenesten slettmeg.no. De ville gjerne hjelpe meg, men fant ut at dette lå utenfor deres kompetanseområde, ettersom nettstedet studentrabatt.no er basert i utlandet, viste det seg – og en må gå via en amerikansk server. Jeg ble anbefalt å ta kontakt med tjenesten eraseme.com, som har en norsk undertjeneste. Der fikk jeg beskjed om at de måtte se på saken og finne ut hvor vanskelige den var før de kunne gi meg en vurdering av muligheten for å komme i kontakt med de ansvarlige og få uttalelsene slettet. Det viste seg at de kunne hjelpe meg, og etter et halvt år lyktes jeg i å få uttalelsene slettet gjennom eraseme.com. Jeg kom aldri i kontakt med de som står bak studentrabatt.no. I ettertid ser jeg imidlertid at de har ryddet opp på nettstedet sitt. Jeg antar at de har fått henvendelsene mine, og at de har fått med seg at eraseme har jobbet med saken, selv om de ikke har svart meg.

### Klagen

Som nevnt nøyde ikke denne pasienten seg med å henge ut tannlegen på nettet. Selv om dette har vært hovedbelastningen for Tove Brubakk i denne saken var det også en tilleggsbelastning å oppleve at det ble sendt en klage til Fylkesmannen.

Pasienten sendte klage på tannlegens vurdering og prisoverslag til Fylkesmannen i Oslo og Akershus den 5. mars i år med blant annet påstand om grov tjenesteforsømmelse. Fylkesmannen opprettet tilsynssak den 20. juni. Tove

Brubakk ga sin uttalelse i saken den 6. august. En annen tannklinikk ble også bedt om å sende inn dokumentasjon. Her var vurderingen at det var snakk om grad 2 karies.

Den 29. august ble det oppnevnt en sakkyndig. Fylkesmannen mottok sakkyndig-rapport den 17. september. 30. september er det fattet vedtak. Fylkesmannen skriver i vedtaket at en ikke kan se at tannlege Brubakks vurdering avviker fra vanlig og god praksis. Fylkesmannen legger til at det ikke kan sies med sikkerhet hvilken behandling som vil være den beste på lang sikt for pasienten. Det er heller ikke uvanlig at tannleger kan være uenige seg imellom når det gjelder denne type diagnostikk. Fylkesmannens konklusjon er at Brubakk ikke har brutt forsvarlighetskravet i helsepersonellovens paragraf 4.

### **Lettet – og fortsatt urolig**

Det var en stor lettelse å få fjernet hetsen fra nettet, og det var en stor lettelse å mot-

ta Fylkesmannens vedtak, forteller Brubakk. Jeg har naturligvis også for lengst slettet min profil fra studentrabatt.no og markedsfører meg ikke der lenger.

– Jeg er likevel ikke helt rolig så lenge det er mulig å bli utsatt for lignende saker igjen. Det opplever jeg at det er så lenge det er fritt frem for hvem som helst å uttale seg om andres faglige prestasjoner. Jeg tenker særlig på nettstedet som legeliste.no, der det er kommet en egen tannlegeliste (tannlegelisten.no), og der en dessverre ikke har noe valg med hensyn til om man skal eksponeres eller ikke. Jeg vil helst velge selv hvilke medier jeg skal være i, men det kan jeg ikke etter hva jeg forstår når jeg har kontaktet legelisten.no. De sier at de følger med og at de vil slette eventuelle grove feil og hets, men samtidig sier de at de ikke vil slette ting som pasienten mener er fakta. De vil imidlertid slette uttalelser hvis pasienten er falsk, noe jeg mener det må være vanskelig å avgjøre så lenge det er mulig å uttale seg anonymt.

Etter min mening ville det være fint hvis tannleger og leger kan stå sammen om å arbeide for at det skal være frivillig å stå på disse listene, som er en kommersielt basert tjeneste som tjener penger på annonser.

Legene har det samme problemet med legelisten.no. For oss tannleger tror jeg likevel pasientene kan ha en tilleggsmotivasjon til å legge ut usakligheter og hets i og med at tannhelsetjenester i stor grad er noe den enkelte betaler for selv. Prissammenligninger er noe fastlegene og deres pasienter ikke trenger å forholde seg til.

Mine opplevelser gjør at jeg har begynt å se på det som fordelaktig for privatpraktiserende tannleger hvis også tannhelse kommer inn under de helsetjenester som blir offentlig finansiert, avslutter tannlege Tove Brubakk, og legger til at hun er klar over at dette er et komplisert tema med mange aspekter.

*Ellen Beate Dyvi*

### **Netthets – er det lov?**

Sett i en juridisk kontekst foreligger det her en avveining mellom enkeltpersoners rett til å ytre seg versus tannlegens krav på personvern.

Ytringsfriheten står sterkt i Norge, og den er grunnlovsfestet i paragraf 100. Imidlertid verner ikke ytringsfriheten mot utsagn som er av personlig art og som i stor grad er gitt for å skade en persons omdømme, renommé og lignende. Alle mennesker har rett til et privatliv uavhengig av kjønn, alder, yrke eller samfunnsposisjon. Dette vernet er grunnlovsfestet i blant annet paragraf 110 bokstav c, og følger også av artikkel 8 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon.

Utsagn som gjøres gjeldende på internett kan straffefølges i henhold til for eksempel reglene om ærekrenkelse og privatlivets fred. De relevante straffebudene fremkommer blant annet i straffelovens paragrafer 246, 247 og 390. Utsagnene kan kreves mortifisert i henhold til straffeloven paragraf 253. I enkelte tilfeller kan skadelidte motta en erstatning. Det vises for eksempel til skadeerstatningsloven paragraf 3–6 (erstatning for ærekrenking og krenking av privatlivets fred).

### **Hva tannleger kan gjøre dersom de blir utsatt for netthets**

Hvis du er ansatt: Ta først kontakt med din arbeidsgiver. Arbeidsgiver har et ansvar for å ivareta sin arbeidstaker. Den som er utsatt for netthets bør også vurdere å melde fra til Datatilsynet for å få dem til å vurdere om opplysningene er i strid med personopplysningsloven. I grove tilfeller skal politiet kobles inn.

Tannlegen bør også vurdere å søke hjelp hos den nettbaserte tjenesten 'slettmeg.no'. Dette er en råd- og veiledningstjeneste for deg som føler deg krenket på nettet. Tjenesten har ikke mandat til å slette eller kreve at noe skal slettes fra nettet. Tjenesten kan derimot hjelpe deg å komme i kontakt med enten de som har lagt ut opplysningene, eller de som driver/eier nettstedet hvor opplysningene ligger. De kan også bistå med teknisk hjelp og gi råd om hvordan en best bør gå frem for å få fjernet opplysningene. I ytterste konsekvens kan man få stoppet en blogger eller andre nettsteder rettslig dersom tilfellet er grovt nok. Dette kan skje via midlertidig forføyning og søksmål.



# Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

**Aust-Agder  
Tannlegeforening**  
Torleiv Lauvdal,  
tlf. 37 02 29 40

Astrid Tredal,  
tlf. 37 23 55 78

**Bergen Tannlegeforening**  
Ingrid Slinde Fauske,  
tlf. 98 00 55 78

Sturle Tvedt,  
tlf. 55 23 24 00

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

Erik Mønter Strand,  
tlf. 32 13 26 06

**Finnmark Tannlegeforening**  
Bente Jørgensen,  
tlf. 78 41 87 57

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

**Hedmark  
Tannlegeforening**  
Terje Skogly  
tlf. 90 20 82 77

Björg Figenschou,  
tlf. 72 41 22 60

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

Harald O. Pedersen,  
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,  
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubak,  
tlf. 97 03 65 60

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

Hans Haugum,  
tlf. 74 27 01 58

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

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

Harald Skaanes,  
tlf. 67 54 05 11

**Rogaland Tannlegeforening**  
Ernst Inge Helland,  
tlf. 51 53 33 03

**Romerike Tannlegeforening**  
Trygve Næsheim,  
tlf. 63 81 50 38

Sven Grov,  
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,  
tlf. 63 81 58 74

**Sogn og Fjordane  
Tannlegeforening**  
Arvid Fleten,  
tlf. 57 82 29 17

Inge Fridell,  
tlf. 57 69 54 77

Jon-Reidar Eikås,  
tlf. 57 86 06 71

**Sunnmøre Tannlegeforening**  
Siv Svanes,  
tlf. 70 13 21 56

Hege Leikanger,  
tlf. 70 12 78 02

**Sør-Trøndelag  
Tannlegeforening**  
Anne Grethe Beck Andersen,  
tlf. 72 41 15 64

Jan Henrik Parow,  
tlf. 73 93 64 37

**Telemark Tannlegeforening**  
Ragnhild Elisabet Berg,  
tlf. 99 15 07 35

Øystein Grønvold,  
tlf. 35 93 45 30

**Troms  
Tannlegeforening**  
Håkon Tande,  
tlf. 77 01 81 00

Elsa Sundsvold,  
tlf. 77 68 74 28

**Vest-Agder  
Tannlegeforening**  
John Øydna,  
tlf. 38 12 06 66

**Vestfold  
Tannlegeforening**  
Eva Nielsen,  
tlf. 33 31 24 42

Kristian Schøyen,  
tlf. 33 38 49 77

**Østfold  
Tannlegeforening**  
Marit Johnsrud Tonholm,  
tlf. 69 14 28 04

Tore-Cato Karlsen,  
tlf. 69 31 25 20

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

# Vil ha ny kjeveortoped

Helge Årtun (68) har vært kjeveortoped i 35 år på Tynset i Hedmark. Men nå slutter han. Kjeveortopeden brenner for sitt fag, og sitt distrikt, og håper at en ung kjeveortoped kommer og overtar praksisen.

**S**e her! Alt ligger til rette for at en ny kjeveortoped kan begynne og arbeide i min klinikk. Vedkommende kan trappe opp, mens jeg trapper ned, sier Årtun.

Vi møter ham i klinikken som han har drevet i underetasjen i sin privatbolig noen hundre meter utenfor Tynset sentrum i Nord-Østerdal. Der har han tre tannlegestoler og en velrennomert praksis.

– Jeg har om lag 20 kjeveortopediske pasienter igjen. Disse blir jeg ferdig med innen neste sommer. Årtun sluttet med andre ord å ta imot nye kjeveortopediske pasienter for noen år siden.

– Hvem gir tannregulering til ungdommene fra ditt distrikt nå?

– Pasientene må reise bortimot 19 mil en vei for å komme til nærmeste kjeveortoped i sitt fylke, det vil si Elverum. Noen bruker også kjeveortoped i Hamar som er enda lengre unna. Pasientene fra Sør-Trøndelag reiser til kjeveortoped i Trondheim.

## Folk synes det er veldig langt å reise

– Mange unger må ha følge av sine foreldre. Dermed bruker de hele dagen på en behandling hos kjeveortoped i byen.

Årtun har tatt imot pasienter fra alle kommunene nord i Hedmark, i tillegg til Roros og Ålen i Sør-Trøndelag, et stort geografisk område, gjerne kalt fjellregionen.

– Jeg har hørt at mange savner tilbudet de har hatt på Tynset i 35 år. Etter så lang tid er det blitt en selvfølge for befolkningen å ha kjeveortoped, sier han.



Kjeveortoped Helge Årtun på Tynset venter på ny kjeveortoped.

Årtun håper fremtiden ikke blir som tiden før han begynte, da det ikke var kjeveortoped i denne delen av landet.

– Jeg blir veldig glad på befolkningens vegne, om jeg kan få en kjeveortoped hit til Tynset, helst innen ett år. Men jeg kan være tålmodig og vente til en tannlege blir ferdig med sin etterutdannelse, understreker Årtun.

Etterutdanningen som kjeveortoped tar tre år, og når den tid kommer, regner Årtun med at han fortsatt driver som allmenntannlege et par dager i uka.

– Hvis vi får en kjeveortoped til Nord-Østerdal, vil helt sikkert pasientene ønske vedkommende velkommen og begynne her i stedet for å reise til Elverum, Hamar eller Trondheim.

## Kjeveortopeden

Helge Årtun er opprinnelig fra Bergen, oppvokst for det meste på Lillestrøm utenfor Oslo og utdannet tannlege i Scotland. Han arbeidet som tannlege i den offentlige tannhelsetjenesten i Skedsmo kommune noen år. Deretter tok han spesialistutdanningen

i kjeveortopedi og reiste til fjellbygda Tynset for å starte klinikk som kjeveortoped i 1978.

Han gjorde den gang stikk motsatt av trenden i tiden. Han flyttet fra sentrale strøk til landsbygda.

– Jeg kjente distriktet som jeg kom til, fordi jeg har slektninger i nabobygda Tolga og hadde vært på besøk mange ganger. Jeg bestemte meg tidlig for å flytte til Nord-Østerdal.

Årtun var på en måte en gründer som tannlege.

– Da jeg skulle starte min praksis som kjeveortoped, fikk jeg ikke hjelp til noe. Jeg måtte gjøre alt selv. Nå er derimot alt klart for en arvtaker.

Den erfarne kjeveortopeden ser for seg flere muligheter.

– Om en kjeveortoped ønsker, kan vedkommende leie seg inn i min klinikk, uten å investere og uten å få etableringskostnader. Vedkommende kan starte med å ta imot pasienter, og åpne opp for så mange som ønskelig etter hvert. Så ser vi tiden an.

Helge Årtun ser heller ikke bort fra at det kan være nyttig for en nyutdannet

kjeveortoped å ha en erfaren kollega å arbeide sammen med i begynnelsen. Selv om Årtun er i ferd med å runde av sin yrkesaktive karriere som kjeveortoped, kan han tilby vedkommende å være i klinikken litt hver dag.

– Hvis den nye kjeveortopeden trives, kan vedkommende enten kjøpe klinikken eller leie seg inn i moderne lokaler i Tynset sentrum og starte for seg selv.

### Fagmiljø

Selv om Årtun er den eneste kjeveortopeden i sin del av landet, er det mange tannleger på Tynset.

– Jeg har hatt et godt forhold til alle. I spesielle tilfeller stiller vi opp og hjelper hverandre, sier Årtun.

Han har alltid hatt en tannpleier i sin klinikk.

Oppdatert fagkunnskap er ikke noe problem, selv om han holder til i Nord-Østerdal. Årtun har deltatt på kurs og faglige møter i Norge og i utlandet på lik linje med sine kolleger.

### Glede

Årtun ser tilbake på 35 år som kjeveortoped med glede på et forholdsvis lite sted.

– Disse årene har vært veldig fine. Her er det veldig god tannhelse blant barn og ungdom, understreker han.

Hedmark fylke er kåret til best i Norge på tannhelse for barn og ungdom i flere år.

– Tannhelsetjenesten arbeider mye forebyggende her. Det har jeg også gjort med mine pasienter. Hver enkelt pasient er blitt fortalt detaljert om renhold av tennene og anbefalt skylling med fluor hver kveld.

– De fleste av mine pasienter har vært i alderen fra 13 til 15 år og fått aktiv behandling i ett år og åtte måneder i gjennomsnitt.

– Jeg har tatt imot mellom 105 og 149 pasienter i min praksis som kjeveortoped hvert år. Omtrent slik er behovet nå også. Det betyr at en ny kjeveortoped kan tjene bra i sin praksis på Tynset.

Årtun har vært kjeveortoped tre og en halv dag i uka og arbeidet som vanlig tannlege resten av tiden. Selv om han slutter som kjeveortoped, legger han ikke boret på hylla.

– Jeg ser for meg å arbeide som vanlig tannlege halvannen dag i uka i flere år framover.

### By og land

Trenden i tiden er at tannlegene kommer fra en by og at de vil bo i by, gjerne der hvor de kommer fra. Når et lite sted får ansatt en tannlege som har vokst opp i byen, ønsker vedkommende ofte å flytte tilbake til sin hjemby. Forskjellen mellom by og land forsterker seg for tannlegespesialister som for eksempel kjeveortopeder.

– Hva må gjøres for å skaffe folk i distriktene kjeveortoped?

– Kanskje kommunene kan gå sammen om å betale videreutdanning til tannleger som allerede arbeider på stedet. Jeg tror en slik støtte vil være en veldig god gulrot. Kanskje kan kommunene også skaffe hus eller leilighet og legge til rette for klinikken, spesielt for tannleger som er nyinnflyttet.

### Mye frisk luft

Årtun er friluftsmann og stortrives på Tynset, hvor han kan spenne på seg skiene rett utenfor klinikkdøra og gå til toppen av fjellet i løpet av et par timer. Da vi møtte ham, hadde han vært på rypejakt fra morgen til kveld dagen i forveien. Jakt, fiske, fjellturer og annet friluftsliv er noe av det han setter mest pris på ved å bo på et slikt sted.

Samtidig legger han vekt på at Tynset har et godt sykehus, gode skoler, senest i høst åpnet en ny, stor videregående skole som han kan se fra sitt klinikkvindu. Snart får Tynset Helsearkivet for hele Norge. Det meste innen service, med butikker og håndverkere, finnes innen to kilometers omkrets. Lettvint. Tynset kan slik sett være et eksempel på hvordan ting ligger til rette på et lite sted med noen tusen innbyggere.

Byens pulserende liv kan han derimot ikke lokke med. Etter klokka fem

om ettermiddagen er det svært lite folkeliv å se i gatene.

– Hvordan har utviklingen i ditt fag som kjeveortoped vært de 35 årene du har drevet?

– Faget har hatt en fin utvikling på den tekniske siden. Festene på tennene, bånd og bruer er mye bedre nå enn de var da jeg begynte. Dette har forenklet hverdagen, både til oss kjeveortopeder og pasientene. Det er blitt lettere å få til de resultatene vi ønsker, slik at barn og ungdom får et godt og pent tannsett.

– Jeg har ikke hatt vanskeligheter med noen av mine pasienter opp gjennom årene. De aller fleste har vært motiverte for behandling, noe som er helt avgjørende for å få til et godt resultat.

Årtun har tatt imot til sammen 6527 pasienter, inkludert både de han har hjulpet som kjeveortoped og som vanlig tannlege. En epoke er over. Og den neste kan begynne.

– Jeg ønsker en ny kjeveortoped velkommen til Tynset, sier Helge Årtun.

### Mangler kjeveortopeder

– Det er kjempesynd at Nord-Østerdal og Kongsvinger ikke har kjeveortoped, sier fylkestannlege Claes T. Næsheim i Hedmark.

I andre deler av dette fylket er det derimot to kjeveortopeder både i Hamar og Elverum.

– Normen til sentrale myndigheter er at det skal være en kjeveortoped for 30.000 innbygger i gjennomsnitt. I Hedmark skal vi ut fra denne normen ha til sammen seks kjeveortopeder.

I Oppland er rekruttering av kjeveortopeder også vanskelig. Dette fylket har fem stillinger på henholdsvis Lillehammer, Gjøvik, Gran og i Valdres.

– Vi i fylkeskommunen betaler lønnen til en tannlege som videreutdanner seg for å bli kjeveortoped, sier fylkestannlege Bjørn Ellingsæter i Oppland fylkeskommune. Dette gjøres for å få en ny kjeveortoped på Gjøvik.

*Tekst og foto:  
Harald Vingelsgaard*

## En av tre tannleger sluttet

En av tre offentlige tannleger i Hedmark sluttet i fjor. – Dette er et stort problem, sier fylkestannlege Claes T. Næsheim.

**H**edmark er et langstrakt fylke med mange tannlegekontorer på små steder og i byene Kongsvinger, Elverum og Hamar.

– Det går nesten ikke en uke uten at jeg får beskjed om at en tannlege slutter, eller at jeg har intervju for å skaffe nye tannleger. Slikt tar mye tid. Vi har mye annet viktig arbeid som vi skulle gjort i stedet.

Til sammen 15 tannleger sluttet i Hedmark i fjor, og de er stort sett i alderen midt i 20 årene og opp til 35 år.

– Vi har sluttsamtaler med hver enkelt tannlege, understreker Næsheim.

De fleste vil hjem til sin familie og sine venner i Oslo-området. De savner også bymiljøet. Noen utenlandske tannleger reiser tilbake til sitt hjemland, for eksempel Sverige og Polen.

Noe av det mest problematiske for fylkestannlegen i Hedmark, er at tannlegene som slutter kun har vært i jobben ett år eller to. Det hender også at oppsigelsen kommer i prøvetiden.

Fylkestannlegen i Hedmark rekrutterer mange tannleger som er nyutdannet ved Det odontologisk fakultet i Oslo. De fleste er kvinner. Noen kvinner har utenlandsk bakgrunn, og disse har enda sterkere bånd til sine familier i hovedstaden, er inntrykket til Claes T. Næsheim etter sluttsamtalene.

### Lang avstand

Det største turn-over problemet akkurat nå er i fylkeshovedstaden Hamar og Ringsaker litt lengre nord. Mange av de som sluttet, pendlet fra Oslo-området, mer enn 11 mil en vei. Disse ønsket ikke å flytte da de fikk sin første tannlegejobb.



– Vi må vel finne på noe smart for å beholde våre tannleger i lengre tid, sier fylkestannlege Claes T. Næsheim i Hedmark. Foto: Tuva Kleven.

De nyutdannede begynner i en offentlig tannklinikk før mange fortsetter i en privat klinikk.

Ingen av de nyutdannede tannlegene har vært misfornøyd med det tannlegefaglige ved klinikkene i det offentlige i Hedmark.

### Samme trend

I Hedmark sluttet nøyaktig 34 prosent av tannlegene i fjor. Samme trend fortsetter i år.

– Eldre tannleger, som har vært i samme klinikk i flere tiår, mener høy turn-over verken er bra for de som arbeider i klinikken eller pasientene som ofte må forholde seg til ny tannlege, sier Næsheim. Han var selv tannlege i 30 år før han begynte i administrativt arbeid i fylkeskommunen.

– Hva skal der gjøre for å beholde deres nyansatte tannleger?

– Vi må vel finne på noe nytt, klokt. Kanskje skal vi gjøre en offensiv ovenfor elevene i våre videregående skoler. Der kan vi reklamere for tannlegeyrket til ungdom på stedene hvor vi ønsker at

de senere skal arbeide som tannleger. Kommer du for eksempel fra en liten by eller et lite sted i distriktet, er det lettere å trives på lignende steder.

Claes T. Næsheim minner også om at det går an å innføre turnusordning for tannleger, på samme måten som leger må arbeide i to år på et legekontor eller i et sykehus, før de får sin endelige autorisasjon.

– Kan dere gi tannlegene bedre lønn for å beholde dem lenger?

– Vi har gitt tannlegene bedre lønn allerede. En nyutdannet tannlege i Hedmark tjener nå minst 527.000 kroner. I tillegg kommer forskjellige økonomiske fordeler vi har innført. Alle tannleger får et etableringstilskudd på 50.000 kroner som en engangsutbetaling, minus skatt, med to års bindings-tid. Slutter vedkommende de to første årene, må tilskuddet tilbakebetales. Nyutdannede tannleger får også et juniortillegg som en del av lønnsforhandlingene. Beløpet har vært opptil 20.000 kroner.

### Tankebilde

– Det siste jeg gjør under hvert intervju med nyutdannede tannleger, er å gi dem et faglig, pedagogisk tankebilde: Om du blir i stillingen i kortere tid enn to år som helt fersk tannlege, får du ikke den beste læringen i faget. Det beste for alle nyutdannede tannleger er å se igjen sine egne diagnostiske vurderinger, sin egen behandling, og lære av det. Opplevelsen av å se pasientene igjen innen et år eller to, er gull verdt, enten man er i privat eller offentlig klinikk.

– La jeg fyllingene riktig? Burde jeg sett nøyere på røntgenbildet? Var det dypere karies?

Tannlegene som er inne til intervju gir inntrykk av at det høres fornuftig ut å se igjen sine egne pasienter. Men det hjelper ikke mye i praksis, når en av tre slutter hvert år.

### Kvalitet

Høy turnover ser ikke ut til å gi dårligere resultater i behandlingen av pasienter. Hedmark fylke er kåret til best

i Norge på tannhelse for ungdom to år på rad, basert på tall som er sendt inn fra alle fylkestannlegene i landet. Hedmark er blitt kjent for god tannhelse blant barn og ungdom.

– Vi tenker strategisk og forsøker hele tiden å finne kreative løsninger for å gjøre tannhelsen bedre, med et soleklart mål om at kun 50 prosent av 18-åringene skal ha null hull i år 2020. Og om ungdommene får enda bedre tannhelse, gir det mer tid til andre pasientgrupper, spesielt eldre mennesker.

### Store forskjeller

Tidene forandrer seg. Næsheim trekker linjen fra 2008 og fram til i dag.

– I 2008 fikk vi ikke fylt opp stillingene våre. Vi måtte lokke nyutdannede tannleger til våre stillinger, minnes han.

Interessen for stillinger har økt utrolig siden den gang.

– I høst var det foreløpig rekord med 38 søkere til en tannlegestilling i vår klinikk i Brumunddal nord for Hamar. Men to av tre søkere hadde utdanning

fra læresteder i Ungarn, Polen eller andre land. Disse søkerne får ikke fullverdig lisens i Norge, men de må arbeide under ledelse av autorisert tannlege i to år i Norge. Hedmark fylke tar sitt samfunnsansvar, men kan ikke gjøre det hele tiden, og ikke i Brumunddal denne gang.

Noen av søkerne til stillingen i Brumunddal blir ferdig utdannet i Norge i januar. Da Næsheim hadde gått nøye gjennom alle søknadene, var det kun noen få aktuelle tannleger igjen. Selv om antall søkere er svært høyt, blir det ikke lett å finne tannleger som med stor sannsynlighet kommer til å bli i sin stilling i mange år fremover.

– Jeg håper at den negative trenden med høy turn-over snur, og at tannlegene som ansettes i våre offentlige tannklinikker i Hedmark blir i jobben i lang tid, sier fylkestannlege Claes T. Næsheim.

*Tekst og foto:  
Harald Vingeslgaard*

Husk å melde adresseforandring!  
[www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)

# Bonus og ekstra fri til tannlegene

Finnmark hadde veldig høy turn-over tidligere.

– Men nå er tannlegene mer stabile, selv om noen slutter etter et par år, sier fylkestannlege Torill H. Lauritsen i Finnmark fylkeskommune.

**V**i opplever at mer fri med lønn og god bonus virker. Alle tannlegene i vårt fylke får 50 timer ekstra fri med lønn etter ett år, og 100 timer fri med lønn i løpet av tredje år. Tannlegene får også 11 prosent av netto innbetalt pasienthonorar på klinikken utbetalt som bonus, sier fylkestannhelsesjef Torill H. Lauritsen i Finnmark fylkeskommune.

## Oppland

– Fra høsten 2012 til høsten 2013 hadde vi rundt 15 prosent turn-over på våre til sammen 50 stillinger, sier fylkestannlege Bjørn Ellingsæter i Oppland fylkeskommune.

Dette fylket har mye mindre utskifting av tannleger enn Hedmark som mister en av tre, selv om disse nabofylkene er veldig like på mange måter.

## Inn til Bergen

– I den grad vi har turn-over, er det tannleger som arbeider i en klinikk

i distriktet og som ønsker å flytte hjem til Bergen eller området omkring byen, sier fylkestannlege Arne Åsan i Hordaland.

– Nesten alle tannlegene våre har sin utdanning fra Universitetet i Bergen, og har av den grunn «slått rot» i Bergen. De innser at de som nyutdannet må begynne ute i distriktet, før de får arbeid i byen.

Tannhelsetjenesten i Hordaland har om lag 140 tannleger, og av disse sluttet åtte tannleger i 2012, fordi de flyttet ut av fylket eller gikk over i privat praksis. Det var derimot 25 tannleger som byttet arbeidsplass internt i tannhelsetjenesten i Hordaland.

## 80 prosent kvinner

– I Rogaland har vi 80 prosent kvinnelige tannleger og 20 prosent mannlige. Når kvinnene skal ut i svangerskapspermisjon, kan vi ha problemer med å skaffe vikarer, avhengig av hvor sentralt klinikken ligger. Men vi har ikke høy turn-over i vårt fylke, sier assisterende fylkestannlege Eivind Hauge i Rogaland.

## Sør-Trøndelag

– Turn-over er ikke lenger noe problem hos oss i Sør-Trøndelag, sier fylkestannlege Inger T. Melø.

– Men vi har i det siste et par tilfeller av at tannlege, ansatt på en tannklinikk i distriktet, har søkt seg til Trondheim eller nærmere Trondheim. Hvorvidt det er en trend, er for tidlig å si.

– Hittil har vi klart å besette de fleste vikariatene. Men med den naturlige turn-over, hvor pensjonister blir erstattet av unge medarbeidere, kan det bli problemer med å få vikarer når antall foreldrepermisjoner øker, sier fylkestannlege Melø i Sør-Trøndelag.

## Østfold

Turn-over er heller ikke noe problem i Østfold.

– Ni tannleger har sluttet hittil i år. Fire av de ni gikk av med pensjon. Fem sluttet av forskjellige årsaker, sier personalkonsulent Kristin Strandlund hos direktøren for tannhelsen i Østfold fylkeskommune. I Østfold er det ikke større turn-over i år enn det var de to foregående årene.

*Harald Vingelsgaard*

## Sikker på at du får det beste?

Benytt vår kampanje og la oss overbevise deg om at vi leverer utsøkt tannteknikk til Norges laveste priser.



Les mer på [www.dentsolution.no](http://www.dentsolution.no) eller ring tlf. 23 68 68 68

# YouTooth

Da kollegaene aldri hadde tid nok til overs, tok tannlege Veronika Edvardsen grep og trakk sin egen visdomstann. Etterpå la hun videoen ut på internett.

**I**ettertid har jeg hørt om flere som har trukket sine egne tenner. En eldre tannlege her fra Mo i Rana har til og med utført en rotfylling på seg selv, humrer Edvardsen.

Hun var ferdig utdannet tannlege fra Universitetet i Bergen i juni 2012, og har siden jobbet i Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland, siden august i år ved Korgen tannklinikk i Hemnes kommune.

Om det finnes flere selvplagere der ute eller ikke, Edvardsen må være blant de aller første som dokumenterer prosessen ved hjelp av YouTube.

## En hit

Den redigerte versjonen på halvannet minutt med tittel «Norwegian viking dentist extract own tooth», er til nå sett mer enn 13 600 ganger. Originalfilmen på åtte minutter ligger også ute. Siden hun la ut videoen i juli, har også Helge-land Arbeiderblad og NRK Nordland skrevet om tannlegen som i filmen til-

synelatende ubekymret vrikker og vrir på tanna akkompagnert av heftig popmusikk.

Ideen om å trekke sin bakerste molar var imidlertid ikke en plutselig innskytelse. Det var to år tidligere, da Edvardsen jobbet som assistent hos kjevekirurg Ketil Moen i Bergen, at hun begynte å ymte frempå til kollegaer om at hun gjerne skulle ha trukket ei tann. Da ingen så ut til å kunne ta på seg oppgaven, foreslo Moen at hun skulle gjøre det selv.

– Mine kollegaer og jeg sa stadig at vi skulle få tatt tanna når en pasient ikke møtte til time, men det skjedde jo aldri at vi hadde en «ikke møtt» samtidig, forklarer Edvardsen, som dermed rakk å bli både uteksaminert og ansatt før hun fikk gjort noe med saken.

Så, en ettermiddag i juni i år ved Sandnessjøen tannklinikk, var det slutt på tålmodigheten. Edvardsen ba sekretæren om å komme inn på kontoret, ta med seg smarttelefonen og lukke døra etter seg.

– Jeg kunne ikke vente lenger. Jeg tenkte at nå tar vi den tanna, sier Edvardsen.

Tannhelsesekretæren, som tidligere hadde blitt innviet i planene, tok på seg oppgaven med å filme givenheten.

Det var fremdeles andre tannleger på jobb i nabokontorene, så hjelpen var nær skulle noe gå galt.

– Og så satte vi i gang.

## Var gira

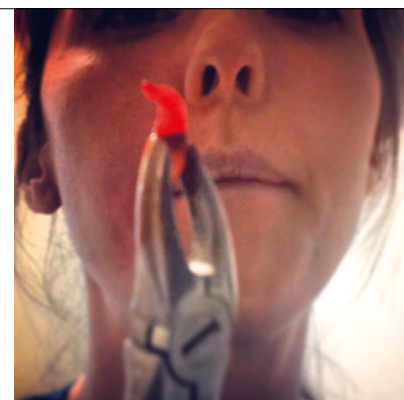
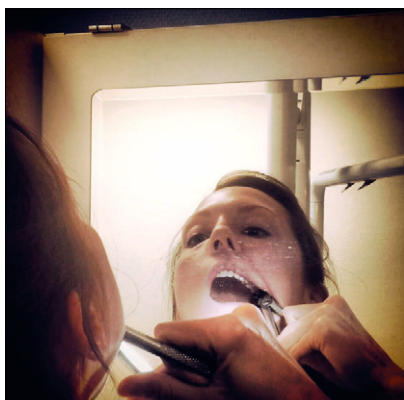
Det vanskeligste viste seg å være å sette bedøvelse på seg selv så langt bak i munnen. Edvardsen injiserte kun én gang, og brukte bare halvparten av sprøytens innhold. Likevel kjente hun ingenting under ekstraksjonen.

– Jeg hadde et ganske høyt adrenalinnivå og det bidro muligens til å heve smerteterskelen. Det var en merkelig følelse å sette tangen på tanna. Siden jeg var bedøvet, var det vanskelig å kjenne hvilken tann jeg la tanga rundt. Jeg måtte se etter flere ganger for å forsikre meg om at jeg var i ferd med å trekke riktig jeksell.

Det var en ganske liten visdomstann med en s-formet rot. Mot en kombinasjon av rå makt, list og lempe, måtte den etter hvert gi tapt for overmakten.

– Den kom ut til slutt, men jeg styra en god stund, innrømmer Edvardsen.

Hele prosessen fra bedøvelsen ble satt til tanna var ute tok 15 minutter. Tannhelsesekretæren ble lettere uvel, men klarte å gjennomføre filmingen. En annen tannlege og venninne av



Veronika Edvardsen trakk sin egen visdomstann mens tannhelsesekretærene filmet. Filmen ser du på YouTube.

Edwardsen ble også dårlig av å studere opptaket av odontologiens svar på gjør-det-selv, men ellers har det ikke manglet på lovord fra kolleger som synes stuntet var modig, om enn uvanlig.

#### Vannet gikk

Det er ikke første gang Veronika Edwardsen har utmerket seg med et pågangsmot litt over gjennomsnittet. Hun ble gravid under studietiden, og hadde termin mot slutten av fjerde semester.

– Den 15. juni 2010 skulle jeg ha eksamen i endodonti. Da jeg våknet om morgenen, gikk vannet. Jeg ringte til Kvinneklubben og spurte om det like-

vel var greit å gjennomføre dagen som planlagt, forteller hun.

Det var det. Edwardsen dro avgårde, og ble passet nøye på dagen igjennom av aldrende og bekymrede eksamensvakter.

– Det var litt av en opplevelse! Smertene begynte å bli ganske intense ved 15-tida, og sønnen min kom til verden kl. 22. Av fem eksamener det semesteret, rakk jeg fire, sier hun fornøyd.

#### More to come

Edwardsen er oppvokst i Leirfjord kommune på Helgeland. Hun er strålende fornøyd med å være hjemme i nord igjen etter flere år på Vestlandet. Dis-

triktlinikken i Korgen består av to tannleger, en tannpleier og to sekretærer. Edwardsen pendler ti mil om dagen mellom arbeidsplassen og boligen i Mosjøen, men klager ikke.

– Det er så flott her oppe, og vi er vant til lange avstander. Jeg har enda en tann på lur som jeg har planer om å trekke selv. Da ønsker jeg å vise frem fine Helgeland i samme slengen. Det blir spektakulært, så følg med på YouTube, ler Edwardsen.

*Tone Elise Eng Galåen*

Se innslaget på YouTube:  
[www.youtube.com/watch?v=ZWHUhZQfRss](http://www.youtube.com/watch?v=ZWHUhZQfRss)

## 4 mm i ett sveip

### Nyhet

2-års studie av  
J.W. van Dijken/U. Pallesen  
presentert på IADR  
i september 2013\* –  
se abstract på  
[www.dentsply.no](http://www.dentsply.no)

\* J.W. van Dijken, Umeå/U. Pallesen, Copenhagen.  
Presented at IADR, Sep 2013, Abstract 179473.

## SDR®

Smart Dentin Replacement

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

For better dentistry

**DENTSPLY**

DENTSPLY DeTrey | Ørneveien 17 | 2070 RÅHOLT | [www.dentsply.no](http://www.dentsply.no)  
Frank Hansen Tlf: 97608438 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Janiche Henden Tlf: 94838814





**Tellende timer**

**Annerledes**

**Nyskapende**

**Kostnadseffektivt**

**Tank**

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

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

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

**SMÅ GREP, STOR FORSKJELL**  
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet



I stedet for julekort sender vi i år  
en gave til SOS-barnebyer.

*Vi ønsker våre medlemmer, venner,  
samarbeidspartnere og forretningsforbindelser  
en riktig god jul og et fredelig nytt år.*

Med hilsen Den norske tannlegeforening

NTFs landsmøte 2013, 31. oktober – 2. november:

## Nye rekorder

NTFs landsmøte er et stort arrangement, som nesten ingen andre organisasjoner har maken til. I år var det ennå større enn i fjor.

2 933 deltakere ble registrert på årets landsmøte, og 4 321 besøkende på Nordental – sier de siste tallene. Fjorårstallene var henholdsvis 2 812 og 4 179.

Og alle ingrediensene var der, på Norges Varemesse på Lillestrøm; et stort fagprogram, en stor utstilling og et stort antall tannleger fra de fleste kull ved alle de tre lærestedene i Norge, og flere læresteder i utlandet.



NTFs president Camilla Hansen Steinum åpnet landsmøtet for en fullsatt sal, der ståplassene også ble tatt i bruk. Foto: NTB Scanpix.



NTFs dobbeltkompetansestipend er etablert som et bidrag til å øke rekrutteringen av kandidater til de odontologiske utdannings- og forskningsmiljøene. I år mottok Tanya Franzen stipendet. Foto: NTB Scanpix.



Den norske tannlegeforenings pris for odontologisk undervisning og forskning ble tildelt Torbjørn Østvik Pedersen fra Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultetet, Universitetet i Bergen. Foto: NTB Scanpix.



Tidendeprisen for beste oversiktsartikkel gikk til Ingvild Årøen Lein, Geir Støre, Heming Olsen-Bergem og Trond Inge Berge for artikkelen «Mjukvevskirurgi i allmennpraksis». Heming Olsen-Bergem mottok og takket for prisen. Foto: NTB Scanpix.



Fagnemndens leder, Inger-Johanne Nyland, presenterte fagprogrammet. Foto: NTB Scanpix.



De fremmøtte så ut til å glede seg over åpningen av NTFs landsmøte. Foto: NTB Scanpix.



NTF var selvsagt på NTFs landsmøte, med ny stand – der mange var innom og slo seg ned mellom slagene. Foto: NTB Scanpix.



Nordental trekker mange besøkende, i alle aldre. Foto: NTB Scanpix.



Prisen for Beste stand gikk til fellesstanden Dentatec, Carl Zeiss og Artident. Foto: Kristin Aksnes.



Studentforskerprisen gikk til Christine Owesen Eraker og Guro Hauge. Foto: Kristin Aksnes.

Presidentens tale ved åpningen av NTFs landsmøte 2013:

## Om kommunikasjon – og mye mer

Camilla Steinum innledet med å ønske alle velkommen til Den norske tannlegeforenings landsmøte 2013, før hun var innom de fleste av de temaer NTFs ledelse er opptatt av:

**L**andsmøtet er uten sammenlikning foreningens største og viktigste faste arrangement, og det er unikt i mange sammenhenger. Det er en viktig møteplass, både faglig og sosialt, og samler en meget stor del av våre medlemmer. Dette er vi stolte av – og med god grunn!

Faktisk er mer enn en tredjedel av NTFs yrkesaktive medlemmer påmeldt til årets møte, og ganske mange av dem er her i salen akkurat nå! Deriblant er et imponerende antall på nærmere 140, av dem vi, i NTF, kaller årskandidater, altså tannleger som har tatt eksamen og fått autorisasjon i løpet av inneværende år. Dette er vi selvsagt ekstra glade for. Det er derfor en stor glede for meg å kunne ønske dere alle velkommen til Den norske tannlegeforenings landsmøte her på Lillestrøm.

### Kommunikasjon

Kommunikasjon har stått høyt på dagsorden denne hovedstyreperioden. Vi har brukt mye tid på utadrettet arbeid, både mot politikere og media, og jeg håper at dere har sett at Den norske tannlegeforening har vært mer synlig i samfunnsdebatten. Vi skal fortsatt bruke tid på eksternt kommunikasjon, men i neste periode skal vi også forsøke å fokusere ekstra på å kommunisere med dere, medlemmene våre. Og det arbeidet starter vi med allerede nå, på dette landsmøtet.

### NTFs stand på landsmøtet

NTF har i år en stor stand ved inngangspartiet til messehallen. Der vil dere møte ansatte i sekretariatet, men også tillitsvalgte i hovedstyret, sentralt



*NTFs president Camilla Hansen Steinum var innom mange temaer i sin tale ved åpningen av landsmøtet.*

forhandlingsutvalg og sentralt næringsutvalg. I tillegg holder etikkhjørnet åpent. Der treffer dere, som tidligere, medlemmer av etisk råd. Hele fagnemnden, som står bak dette flotte arrangementet, er selvfølgelig også til stede.

Vi håper at dere alle sammen vil ta dere en tur innom vår nye stand, ta en kopp kaffe eller vann og en gulrot, og ta en prat om stort og smått med våre dyktige tillitsvalgte og ansatte. Vi er avhengige av en god dialog med dere medlemmer for å få vite hva dere mener kan gjøre NTF til en enda bedre medlemsforening som jobber stadig mer målrettet for tannlegenes interesser.

### Mer kommunikasjon, og ny regjering

Vi skal fortsette satsingen på kommunikasjonsarbeidet fremover, blant annet ved å forbedre nettsiden. Og nyhetsbrevene på e-post skal videreutvikles for å bidra til en mer regelmessig nyhetsformidling.

Jeg håper også at flere vil følge med på presidentskapets blogg – Tannblogg.no – som dere finner på NTFs nettsted. Vi har ambisjoner om å åpne denne bloggen for flere gjestebloggere, slik at innleggene kommer hyppigere.

Dessuten har vi planer om å lage et nytt diskusjonsforum på NTFs hjemmeside hvor alle kan komme med innspill og meninger. Mange av dere har også kommet dere på twitter, det er bra! Jeg håper dere syns at dette er en nyttig nyhetskanal, og at flere av dere vil benytte dere av denne muligheten fremover.

2013 har vært et innholdsrikt år. Norge har nettopp fått en ny såkalt blå-blå regjering utgått fra Høyre og Fremskrittspartiet, og med den en helt ny regjeringserklæring. Et forslag til statsbudsjett er lagt frem av den avgåtte rød-grønne regjeringen, og det skal nå bearbeides for Stortinget vedtar det endelige budsjettet senest 15. desember. NTF har jobbet systematisk med innspill til politikerne i hele perioden, og spesielt opp mot valget, for å få tann-

helse på dagsorden og for å få mest mulig gjennomslag for våre synspunkter.

Og vi skal være godt fornøyd med at vi gjenfinner noe av det som er viktigst for NTF i den nye regjeringsplattformen. Der fremgår det under punktet:

*«Tannhelse»:*

*«Barn og unge får tilbud om behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Det samme gjelder beboere i heldøgns pleie- og omsorgstilbud. Regjeringen vil videreføre dette, men vil også vurdere å utvide tilbudet til andre pasientgrupper som opplever store tannhelseproblemer.»*

*Regjeringen vil:*

*– Innføre bedre skjermingsordninger innen tannhelse for personer med lave inntekter og høye behandlingsutgifter.»*

Videreføring av tilbudet til den offentlige tannhelsetjenesten er gode nyheter for en sektor som leverer tjenester av høy kvalitet til svært fornøyde brukere, og det er helt i tråd med NTFs politikk.

Og alle som jobber i den offentlige tannhelsetjenesten har god grunn til å være fornøyde.

I en artikkel i Aftenposten i september i år slår nemlig Andreas Dobloug fast at det er høy kvalitet på offentlige tannleger og at barn og unge får god behandling uansett hvor i landet de bor. Undersøkelsen det vises til er utført av Dobloug, Grytten og Holst fra Seksjon for samfunnsodontologi på universitetet i Oslo, på en stor mengde data fra årene 1998–2011. I samme artikkel fremgår det også at det er stor sannsynlighet for at pasientene vil få den samme diagnosen uansett hvilken tannlege de besøker i Norge. Studien viser at kvaliteten på fyllinger lagt av tannleger i Norge, jevnt over er høy. Tannlegene er også svært godt samstemte når det gjelder om en tann trenger behandling eller ikke.

Dette skal vi være stolte av! Resultatene understreker det vi alltid har hevdet, nemlig at kvaliteten på tannlegeutdanningen i Norge er god og at norske tannleger leverer tannhelsetjenester av høy kvalitet. I tillegg er tannlegene svært opptatt av etter- og videreutdanning. Vi går mye på kurs. Den obligatoriske etterutdanningen som NTF står bak, gir hele tannlegebransjen et ekstra kvalitetsstempel. Utdanningen vår er å få alle med.

Det er ikke mulig å opprettholde sin faglige kompetanse uten regelmessig påfyll. Det har de aller fleste skjont. Beviset ser vi blant annet av den gode deltakelsen her på landsmøtet.

Den private delen av tannhelsetjenesten er ikke direkte omtalt i regjeringserklæringen. Jeg tolker det dithen at regjeringen ikke ser behov for å gjøre de store strukturelle endringene i en velfungerende privat sektor. De satser heller på, i tråd med NTFs politikk, å videreutvikle dagens tannhelsetilbud gjennom en gradvis utbygging av trykkesystemet for å hjelpe de aller svakestepasientene.

De erkjenner dermed at vi har en samlet tannhelsetjeneste som fungerer godt. NTFs budskap til politikerne i hele perioden har da også vært at Den norske tannhelsemodellen er unik og velfungerende, og tannhelsen i Norge er blant verdens beste. Men noen faller likevel utenfor. Istedenfor generelle stønadsordninger, som vil ha en høy kostnad uten nødvendigvis å føre til bedre tannhelse i befolkningen, har NTF arbeidet for: «Mer til dem som trenger det mest».

Vi håper at innføring av skjermingsordninger vil komme disse pasientene til gode. Utdanningen blir å finne dem som faller utenfor i dagens system, og gjøre systemet enda bedre.

Det store spørsmålet er om det følger friske midler med forslaget. Det foreløpige statsbudsjettet, som ble lagt frem

av den nylig avgåtte regjeringen, viser økt oppmerksomhet på kunnskapsinnhenting om voksenbefolkningen og midler til prosjekter som tar sikte på kvalitetsheving. Det viser også en satsing med 30 millioner på dem som er helt tannløse i underkjeven, og 10 millioner til de med størst behov ved at honorartakstene økes. Dette er positive signaler og et lite, men betydningsfullt, skritt fremover for noen av «dem som trenger det mest». Nå blir det spennende å se hva den nye regjeringen vil gjøre av eventuelle endringer. NTF har allerede vært i kontakt med de politiske partiene på høyresiden, og vi skal bidra fremover med konstruktive og faglig begrunnede innspill slik at vi kan finne de beste løsningene, og dermed få mest mulig tannhelse for pengene.

### **Kommunereform?**

En annen sak det er knyttet spenning til i neste stortingsperiode er den varslede kommunereformen. Regjeringen slår fast i regjeringserklæringen at den vil:

*– Gjennomføre en kommunereform, hvor det sørges for at nødvendige vedtak blir tatt i perioden.*

*– Innføre en prøveordning med overføring av statlige og fylkeskommunale oppgaver til kommunene.»*

Dette er en prosess som vi skal følge nøye med på. Fylkeskommunens fremtid og dermed den offentlige tannhelsetjenestens forankring, og med den, hele tannhelsetjenestens utforming er en essensiell sak for NTFs medlemmer. Nedleggning av fylkeskommunene er ikke nevnt eksplisitt i erklæringen, og det er uansett ikke noe som vil skje raskt, men begge regjeringspartiene har gått til valg på dette. NTF må derfor fortsette arbeidet med å synliggjøre hva som er godt ved den norske tannhelsemodellen, og arbeide for at dette tas vare på.

Samtidig må vi være bevisst på hvilke utfordringer som kan oppstå for

tannhelsetjenesten, og dermed for tannhelsetilbudet til hele den norske befolkningen ved et eventuelt endret forvaltningsnivå.

For som jeg sa tidligere: Den norske tannhelsemodellen har vært en suksess! De aller fleste nordmenn har svært god tannhelse takket være at norske tannleger, altså dere, har drevet med aktiv forebygging og behandling av munn- sykdommer i årevis. Den norske tannhelsemodellen gir nordmenn gode vaner tidlig i livet og senere gode insentiver for å ta vare på sin egen tannhelse. Å gå til tannlegen jevnlig er en god helseinvestering. De aller fleste har ingen problemer med å ta vare på sin egen tannhelse, ei heller å betale det det koster. Men, det er noen som faller utenfor, og disse må vi hjelpe.

### **Ny undersøkelse om tannhelsetjenesten**

Og vi har belegg for disse påstandene. En helt ny undersøkelse, finansiert av NTF og utført av Grytten, Skau og Holst ved seksjon for samfunnsodontologi ved universitetet i Oslo om etterspørsel, konsum og tilgjengelighet til tannhelsetjenester i befolkningen over 20 år, viser følgende:

Nesten ni av ti voksne har vært hos tannlegen i løpet av de siste 2 årene, nær 8 av 10 det siste året.

For et flertall i befolkningen er utgiftene til tannbehandling forholdsvis lave. 65 % betaler under 2 000 kroner i året og kun 5,5 prosent betaler over 10 000 årlig.

Videre viser undersøkelsen at tilgjengeligheten til tannhelsetjenester er god i hele landet.

Nesten samtlige oppga at de fikk utført den tannbehandlingen de fikk anbefalt og en høy andel svarte at de var fornøyde med sin egen tannhelse-tilstand.

For hovedtyngden av befolkningen er utgiftsnivået altså forholdsvis lavt.

Det er viktig å merke seg at dette trolig henger sammen med den høye andelen av befolkningen som går regelmessig til tannlege. Ved regelmessige besøk kan tannsykdom oppdages tidlig, og behandlingen utføres før skadeomfanget blir for omfattende. Dette understreker betydningen av den norske tannhelsemodellen, og viktigheten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Til tross for at vi leverer en god tjeneste som befolkningen er fornøyd med, kan vi ikke utelukke at fremtiden vil stille tannhelsetjenesten, både i offentlig og privat sektor, overfor stadig nye utfordringer. I regjeringserklæringen omtales dagens tannhelsemodell som noe man skal ta vare på. Vi i NTF skal like fullt følge våkent med for å overvåke enhver utvikling, både trusler og muligheter. Og vi skal hele tiden være aktive i å fremheve og påpeke det som gjør den norske tannhelsemodellen til et av landets mest vellykkede helse- tjenestetilbud.

### **Veien videre**

På høstens representantskapsmøte skal vi diskutere policydokumenter om henholdsvis fremtidens tannhelsetjeneste, samhandling inkludert elektronisk kommunikasjon, og folkehelse med tre forskjellige innfallsvinkler, nemlig ikke-smittsomme sykdommer, kosthold/sukker og tobakk. I disse diskusjonene må vi ha med oss alt det vi vet om tannhelsetjenesten og historien vår, men vi må også ta hensyn til verden rundt oss og være fremtidsrettede. Vi må ta de vanskelige debattene og vi må stake ut en vei videre. Bare slik vil NTF fortsatt kunne være en premissleverandør og en samarbeidspartner i det videre politiske arbeidet.

Dere som var på åpningen av NTFs landsmøte i fjor husker daværende helse- og omsorgsminister Støres fokus på folkehelse og helsefremmende og

forebyggende arbeid. Det står veldig lite om dette i den nye regjeringserklæringen, dessverre. Men NTF skal fortsette å kjempe for at tannlegene skal få – og ta – en aktiv rolle i dette arbeidet, som en naturlig del av den generelle helsetjenesten.

Vi har en unik mulighet ved at vi ser pasientene våre regelmessig, og vi vet at vi som yrkesgruppe kan spille en enda større rolle i folkehelsearbeidet, som en ressurs for resten av helsetjenesten. Jeg håper at høstens representantskap vedtar policydokumentet om folkehelse. Det vil være et signal om at tannlegene er klare til å bidra i dette viktige arbeidet fremover.

### **Samhandling**

Samhandling er fortsatt i tiden. Det er nødvendig at tannhelsetjenesten er en del av denne satsingen. Tannlegenes kommunikasjon med andre deler av helsevesenet kan være av avgjørende betydning for mange pasienter. Vi ser viktigheten av godt samarbeid og informasjonsflyt med helsesektoren for øvrig. Her har tannlegene og NTF gjort sin del av jobben, og dette landsmøtet markerer en milepæl i arbeidet med sikker elektronisk informasjonsutveksling mellom tannleger. Men en vesentlig brikke som mangler for å få kommunikasjon med resten av helsetjenesten, er retten til henvisning til legespesialist. Tannleger må nå få direkte henvisningsrett! Enkelte ganger kan det stå om pasienters liv og helse hvis ventetiden blir for lang.

Dere som var der, vil huske at under debatten på Trondheimskonferansen på årets Midt-Norgemøte gikk politikerne langt i å love at denne saken nå skulle ordne seg. NTF kommer til å presse sterkt på for å få den nye regjeringen til å holde sitt løfte.



## Tannlegeetik

Etikk er et tema jeg brenner ekstra for, og jeg lar derfor ikke sjansen gå fra meg, når jeg nå først har ordet, til å ta med litt om dette også her i dag. Tilgangen på tannleger i Norge er i dag bedre enn på mange, mange år. Det utdannes mange tannleger i utlandet, mange av dem er norske ungdommer som reiser ut for å studere. Det meldes om god søkning til stillinger i offentlig sektor, og enkelte privatpraktiserende medlemmer melder om mindre tilgang på pasienter. Våre jurister i sekretariatet har en følelse av at konfliktnivået stiger i bransjen. Økt konkurranse er ikke nødvendigvis bare negativt. Det kan føre til bedre spredning av kompetanse og dermed til bedre tannhelse i hele vårt langstrakte land. Men økt konkurranse kan også føre til at noen tar i bruk uheldige og uønskede virkemidler. Nå, mer enn noen gang, er det derfor viktig å følge de etiske reglene, både i forholdet til pasienter og til andre kolleger.

Vi skal gjøre vårt beste for at bransjen fortsatt skal opprettholde sitt gode omdømme, selv i tider med tøffere konkurranse.

## Etterutdanning: Første TANK-kurs lanseres

Nå er vi kommet til en del av åpningen som jeg har gledet meg veldig til. Som dere alle vet innførte NTF obligatorisk

etterutdanning fra januar 2012. Kravet er 150 timer i løpet av 5 år. Medlemmene våre er ivrige etter å delta på kurs og vi ser at dere stadig blir flinkere til å registrere kurstimer. Pr. 1. Juli i år er det kun 26 % som fortsatt står uten registrerte timer. Med innføringen av obligatorisk etterutdanning har NTF lagt ned mye arbeid i å utvikle kurstilbudet. TSE-kursene revideres, NTFs symposium har vært en stor suksess, og som tidligere er januar-kursene og landsmøtet solide arrangementer. For at alle medlemmene skal ha mulighet til å sikre seg nok timer, er vi også helt avhengige av at våre lokalforeninger og spesialistforeninger er med på laget og arrangerer kurs. Takk til alle som står på for at medlemmene våre skal være oppdaterte og blant verdens best utdannede tannleger.

I arbeidet med å iverksette den obligatoriske etterutdanningen ble det klart at vi også måtte utvikle nye kurskonsepter. Det ble tidlig slått fast at det både var et behov og et marked for nettbaserte kurs, og at mange medlemmer faktisk ønsket seg denne muligheten til etterutdanning uten å måtte reise og være borte fra både jobb og familie. Norge er et langstrakt land og e-læring vil for mange kunne være en kostnads-effektiv måte å tilegne seg ny kunnskap på. Jeg er i dag derfor veldig stolt over å kunne lansere Tannlegeforeningens nettbaserte kurs: TANK!

Vårt første nettbaserte kurs handler altså om «Smittevern». Kurset er tilgjengelig på nettstedet vårt fra og med i dag. Dette er et kurs som i sin helhet er laget av NTF, og der innholdet er gjennomgått og godkjent av Folkehelseinstituttet. Nye kurs vil bli lansert etter hvert. De neste temaene som står for tur, er strålevern og informasjonssikkerhet. Kom på informasjonsmøtet i morgen for mer informasjon om TANK, eller ta en tur innom NTFs stand og få en live-demonstrasjon.

## Takk

En stor takk går til alle tillitsvalgte i NTF, både i lokale og sentrale verv. Men spesielt til kollegene i hovedstyret for god støtte og utmerket samarbeid. Jeg vil også takke generalsekretæren og resten av sekretariatet, både for all innsats gjennom året generelt, men spesielt for å ha tilrettelagt for nok et landsmøte. Stor takk også til fagnemnden som nok en gang har satt sammen et flott fagprogram. En spesiell takk går også til våre gode medhjelpere i NPG – Norwegian Promotion Group. Uten dere hadde vi ikke kommet i havn. Jeg har all grunn til å tro at dette vil bli et vellykket arrangement – igjen!

Jeg erklærer herved NTFs landsmøte med dentalutstillingen Nordental for åpnet og ønsker dere alle noen flotte dager her på Lillestrøm!

# Professor Good Enough

Professor i sosialmedisin, Per Fugelli, kom til NTFs landsmøte for å snakke om å være bra nok, og om å ha det bra nok.

**I**nspirert av Hanne Sørvaag, som sang før det ble hans tur, innledet han med å minnes sist han sang selv. Det var på Værøy, i Lofoten, etter en bingo der en kunne vinne en kveite. Han ble oppfordret til å synge. Og i Lofoten har en ikke lyst til å si nei – og være feig. Det gikk som det gikk. Dagen etter møtte han en mann som sa: 'Jeg hørte deg i radioen. Du sang så naturlig.' – Det var snilt sagt, synes Fugelli.

**Mennesket er menneskets helsekilde**  
– Resepten står i Håvamål, fortsatte Fugelli: – Mennesket er menneskets helsekilde.

– Hvis det er sant, hvem er da nr. 1 for bestefar? Barnebarna, selvsagt.

Barnebarna til Per Fugelli liker å høre historier om forbrytelser bestefar gjorde som barn.

– Jeg var for snill som barn. Så jeg må finne på litt.

– Men jeg har en sann historie om da jeg stjal bananer fra en jernbanevogn i Stavanger. Før jul. Den gangen bananer var diamanter. Det var ganske dramatisk da vaktmannen kom, med lomelykten sin.

– Det kunne endt i Nord-Korea, bestefar!

– Ja, sier jeg og er glad for at barnebarnet er interessert i utenrikspolitik.

– Vet du hva politiet gjør der, bestefar?

– Nei!

– De ringer til foreldrene dine!

## Himmelsyken

– Er vi rammet av himmelsyken, spør Fugelli? Tåler vi null avvik fra Colgate-smilet?

– Helse er lik biologi ganger kultur ganger politikk – opphøyd i annen potens.

$H=(BxKxP)^2$

– Ja, vi er kropp, og tenner – celler. Men jeg er ikke bare kropp. Kall det sjel, ånd – eller psyke, hvis du vil være kjedelig. Det er dette jeg mener med faktor P.

Altså ikke politikk i tradisjonell forstand. Jeg mener i betydningen hvordan vi har det med hverandre, ikke partipolitikk altså.

– Faktor K er viktig i forhold til dette med himmelsyken. Kultur. Hva er trygt – hva er farlig? Hva er normalt og hva er unormalt? Hva er sykt – og hva er friskt? Dette er kulturrelative fenomener.

– Jeg fikk høre om en gruppe medisinstudentene som var på besøk i en barnehage. Det første de fikk vite der var at de ikke må spise sand! Det lovet medisinstudentene at de ikke ville gjøre. De måtte spise gulrot, fikk de vite.

– Hvorfor det, lurte de?

– Gulroten går opp i øyet og du kan se helt til Island!

En av jentene var veldig trist. Medisinstudentene spurte hvorfor hun var trist.

– Bestefaren min er død.

– Hva døde han av?

– Jeg tror han hadde spist sand.

Dette er kanskje morsomt. Og det minner oss på noe. Gitt helsens ligning



Per Fugelli snakket om å leve med det som er og ha det bra nok.

## Jammerdalen

– Hvem har gått på søndagsskole, spør Fugelli?

– Det har jeg, svarer han. –

– Min søndagsskolelærer snakket om Jammerdalen her på jorden, hvor vi lever. Den er ikke farlig. Vi kan kose oss her. Han mente å si at vi kan ikke skape himmel på jorden. Vi må ikke legge målene så langt bort at vi aldri når dem, forklarte Fugelli:

– Vi må godta oss selv og hverandre som ufullkomne skapninger.

– Vår tid er besatt av å gjøre det ideelle til det normale.

– Hver dag må livsstilen foredles.

– Filosofen Hannah Arendt (det ondes banalitet), ble rådet til å slutte å røyke. Det var ikke aktuelt for henne:

– Mennesket lever ikke for helsen alene, sa hun. Ferdig med det.

– Lever VI for helsen, fremfor å ha helse for å leve, spurte Fugelli?

Fugelli siterte Dagbladet:

– Orgasme gir kvinner bedre helse. Så lo han godt.

– Musikk gir også bedre helse. Ha ha!

– Og vi er sykkelig opptatt av å spise rett. Vi designer det korrekte måltid og beskytter oss mot de langt på vei innbilte farene.

Sex, kunst, mat og kjærlighet er oppskriften. Vi skal ha minst én og maks fem klemmer om dagen. Gud skal også være med. Bønn tre ganger om dagen er bra.

– Jeg var i New York i fjor. Jeg lå i hotellsengen og zappet gjennom 214 kanaler. Det er en sosialmedisinsk safari.

Jeg kom over en reklame for en latterklinikk i California. En ukes kur er dyrt. To uker er kjempedyrt.

– Latter er sunt. Når vi ler går diafragma opp og ned. Hvem bor under diafragma?

– Leveren! Leveren blir massert når vi ler. I reklamen for latterklinikken så vi leveren disse, på ultralyd. En god latter forlenger livet. Det kan hende.

– Jo da, vi skal ta vare på kropp og tenner. Men vi må ikke bli besatt. Da tar vi glansen fra livet.

– Sex, mat og kunst mister strøm og spenning hvis de gjøres til en helsekur.

– Vi tar på oss beskyttelsesdrakt og identifiserer bagatellmessige farer. Et annet dagbladoppslag sier at de gassfylte joggeskoene dine kan eksplodere. Uten forvarsel!

– Vi får også vite at vi har tidsinnstilte bomber i prostata, hjernen og øyet. Slik skapets grunnleggende mistillit til egen kropp.

– Det siste jeg har oppdaget under helseisme er at det vi er glad i kobles til fare:

– Pass av barnebarn øker faren for hjerteinfarkt, har jeg sett oppslag om. Kyssing kan være dødelig. Tenk om barnebarnet har nøtteallergi og bestemor spiste en nøtt i går – og kysser barnebarnet i dag!

– Og: Vi pøser ut giftige leker til jul.

– Hvis du likevel er så heldig å overleve julaften kommer neste fare en uke etter: Champagne skader tennene! Og lepestift gir brystkreft. Høye hæler gjør deg gal. Med andre ord: Unngå fest!

– Hva kommer alt dette av?

– Det er medienes dramaturgi. Og: vi er blitt så rike. Også på forventninger. Vi har råd til alt – og krav på alt. Ufullkommenhet blir et underslag eller rettferdighetsbrudd.

– Vi skal selvsagt være glade og stolte over alt vi får til innen medisin og odontologi. Og vi bør pålegge oss selv måtehold i måten vi markedsfører det på.

– There ain't no cure for love. Selv om jeg har hørt om en ny antiforelskelsespille. Se på erstatningsjus. Frykten

for anklager. Noen er besatt av rettigheter. Salsakurs kan redde ekteskapet det i reklamen – et ektepar fremmet erstatningskrav overfor danseskolen.

I USA er doborsten merket med at den ikke er egnet for kroppsvask. I tilfelle noen skulle prøve – etter at den har vært brukt der den er ment å brukes.

### Gud som klageinstans

– Jeg skal til Jerusalem, fortalte Fugelli.

– Der er det en mur hvor du kan klage til gud. Det er en god idé. Gud er en ukjent adressat her i landet. Jeg synes det er en god klageinstans. Gud har sagt, heter det i bibelen: – Her er gleder og sorger, og det må dere tåle. Og så ga han oss et beroligende middel:

– Det er en mening med alt.

### Professor Good Enough

– Jeg reiste i Afrika for å få et glimt av hvordan de forvalter døden, fortalte Per Fugelli. Det er mye å lære av heksedoktorene. En av dem jeg traff hadde tatt navnet Good Enough. Han diagnostiserte ved hjelp av hvite knokler og behandlet med urter og forfedrenes ånder. Han er en lege med grenser. Han sa, helt ærlig, at han ikke kunne helbrede alt. Han veiledet heller:

– Du må tilpasse deg et nytt liv, sa han, og ikke lengte etter det glansbildet du var.

– Dette er viktig kompetanse, avsluttet Per Fugelli:

– Å kunne leve med det som er.

*Ellen Beate Dyvi*

**For mer informasjon – se vår hjemmeside [www.dentalstoep-import.no](http://www.dentalstoep-import.no)**



**Dentalstøp Import as**  
**KVALITET TIL LAVPRIS**  
Vår ekspertise din trykthet



# Adhesiv odontologi

Det er ingen nyhet at adhesive teknikker er viktige i odontologi. Det var da heller ikke poenget til Roland Frankenberger fra Marburg i Tyskland, heller at adhesive teknikker kan erstatte mange indirekte prosedyrer.

## Operatøren betyr mest for restaureringskvaliteten

Materialegenskaper er viktige nok, men utgjør kanskje bare ti til femten prosent av variasjonen i kvalitet i klinisk sammenheng. Frankenberger framholdt at operatørens dyktighet og kunnskap er den avgjørt viktigste faktoren, og at også tannhelsesekretæren er viktig i denne sammenheng. Nye fyllinger er gjerne skinnende og perfekte, men hva med langtidsresultater? Hva med å fjerne gamle fyllinger uten å tape frisk tannsubstans?

De mest velprøvede bondingsystemene er de klassiske tretrinnsproduktene, de har vært 20 år på markedet. Frankenberger mente at de forenklede systemene ikke er godt dokumenterte, og tvilte også på om de egentlig er tidsbesparende. Forenklede bondingsystemer innebærer dårligere kantkvalitet mot emalje, noe som begrunner selektiv emaljeetsing, altså et ekstra trinn.

Stivningskontraksjon av materialene er et problem. Selv om det er utviklet lavkontraksjonsprodukter har de liten markedsandel, noe som viser at det ikke er tilstrekkelig å løse bare ett aspekt i et materiale, men at man må vurdere totalegenskapene i klinisk bruk.

## Operative prosedyrer

Kantskjæring i emalje er ikke viktig lenger, men Frankenberger brukte likevel cirka en halv millimeter for å få en estetisk overgang. Skal det brukes kofferdam? Tja. Et isolert felt er det viktigste, ikke kofferdam i seg selv, mente han. Lysharding er en meget kritisk



*Ingrid Engelsen benyttet anledningen til å drøfte noen spørsmål med Roland Frankenberger, som snakket om adhesive teknikker.*

faktor. Det er god sikkerhet i å herde 20 sekunder ekstra. De svært kraftige herdelampene utvikler svært mye varme, med ukjent effekt.

Med hensyn til estetikk er det grunnleggende å få en god form på restaureringen. Man bør holde seg til et materiale man kjenner de estetiske egenskapene til og unngå skarpe hjørner, kanter og overganger for å få et godt estetisk resultat.

Dype approksimale kasser er en utfordring. Frankenberger brukte ofte «box elevation» (en mindre mengde kompositt gingival) for indirekte restaureringer, også for å oppnå bedre fuktighetskontroll.

Frankenberger viste en rekke kasus, ikke alle glansbilder som han sa, men som representerte funksjonelle og langvarige restaureringer. Det bør forventes at fyllingene er tilfredsstillende minst ti år, mente han.

## Reparasjon og rotkanalstifter

Når blir fyllinger skiftet? Jo, når pasienten skifter tannlege, hevdet Frankenberger. Reparasjoner er en god filosofi som en minimalinvasiv teknikk. Hvor-

for skifte hele fyllingen når kanskje bare fem til ti prosent er defekt?

Siste stadium i restaureringskjeden er endodonti og stiftkonuser. Tidligere var det støpte konuser som gjaldt, så var det de rent adhesive som dominerte, mens nå er man på en mellomting. Rotfylte tenner har ikke sprøere tannsubstans enn friske, men de er biomekanisk svekket. Frankenberger er tilhenger av fiberforsterkede rotkanalstifter som sementeres adhesivt med dualherdende sement. Selvbindende materialer (som ikke krever separat bindingssystem) ble frarådet.

Rotstifter bidrar mindre til stabiliteten av kroner enn effekten som følger av at kronen har et godt grep omkring prepareringen, den såkalte tønnebandeffekten («ferrule-effekt»).

Frankenberger var tydelig på at direkte teknikker er ikke alltid å foretrekke. Noen ganger vil de kreve urimeelig mye tid. Men, som han sa:

– Jeg er en entusiast for direkte restaureringsteknikker!

*Tekst og foto:  
Nils Roar Gjerdet*

## Det enkle er ofte det beste?

Det var en fullsatt Sør-Norge-sal som møtte Torgils Læg Reid med sin grundige oversikt over bulk-fill kompositter som behandlingsalternativ ved direkte fyllingsterapi.

**L**æg Reid, som disputerte i 2011 på emnet posteriore komposittfyllinger ved UiB, beskrev et spennende og forenkende konsept for fyllingsterapi med et stort utvalg av produkter. Men foreleseren selv stiller spørsmål om hvilken kunnskap vi har om bruken av de aktuelle produktene?

Det er flere komposittmaterialer på markedet i dag som gir fyllingsterapi god prognose. Men bruk av konvensjonelle komposittmaterialer kan oppfattes som tidkrevende og har en teknikk sensitiv klinisk protokoll særlig knyttet til appliseringsteknikk, herdedybde og polymeriseringskrympning.

Produsentene har med introduksjonen av bulk-fill kompositt ambisjoner om å redusere denne teknikk sensitiviteten og forenkle arbeidsrutinene knyttet til fyllingsterapi. I stedet for lagteknikk med maksimum to mm tykke lag, kan disse materialene appliseres i fire-fem mm. Mange av materialene har en lav viskositet, og dermed potensial til å gi en god marginal adaptasjon til gulv og vegger i preparert kavitet. Justeringer i resin-teknologi og filler-sammensetning skal også gi lavere polymeriseringsstress. Produsentene

argumenterer med at dette igjen vil føre til mindre grad av postoperativ sensibilitet, mikrolekkasje og sekundær karies.

Læg Reid beskriver videre at de fleste produsentene i dag har sitt eget bulk-fill produkt med noe ulike egenskaper. Produktene kan grovt sett deles inn i to hovedgrupper. En gruppe som krever avsluttende toppfylling og en gruppe som kan legges i hele kaviteten uten toppfylling. Estetikken er for de fleste produktene begrenset, i og med at translusens og dertil hørende gråtone, er noe av hemmeligheten bak herdedybde på fire-fem mm. Unntaket er produkter med egne potente lysinitiatorer.

Det er publisert lovende laboratoriestudier som viser gode mekaniske egenskaper, men foreløpig finnes det få kliniske studier som kan dokumentere bruken av disse produktene over lang tid. Den største bekymringen har til nå vært graden av polymerisering i de dypere områdene av materialet. Det er en generell oppfatning at herdegraden er tilstrekkelig ned til fire mm, men rapportene er mer varierende i dypere lag. I denne sammenheng gjelder det å ha et bevisst forhold til egne rutiner knyttet til bruk av herdelampe og lysharding.



Torgils Læg Reid snakket om kompositter til en fullsatt sal på landsmøtet. Foto: Nils Roar Gjerdet.

Avstand mellom lyskilde og materiale, samt dyp herding, må som regel kompenseres med lengre lyshardingstid.

Avslutningsvis konkluderte Læg Reid med at bulk-fill er et spennende og forenkende konsept, med et stort utvalg av produkter som representerer ulike teknologier og bruksmåter. Teknologien kan være et godt supplement til de konvensjonelle komposittene, men en kan godt ha en sunn skepsis i forhold til polymeriseringsgrad og herdedybde. Hovedmålet bør ikke være å spare tid, men å begrense teknikk sensitiviteten.

Jørn Arne Fridrich-Aas

**For mer informasjon – se vår hjemmeside [www.dentalstoep.no](http://www.dentalstoep.no)**

Fullservice  
Laboratorium



**Dentalstøp Tannteknikk as**  
TANNTTEKNISK LABORATORIUM  
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice  
Laboratorium



# Sprekker i tennene

Dentinfraksjoner kan være vanskelige å finne ut av, det vet alle klinikere. Ulla Pallesen fra København og Niek Opdam fra Nijmegen behandlet dette temaet på årets landsmøte.

**E**n dentinfraksjon er en ufullstendig fraktur i dentin på en posterior tann som kan involvere pulpa eller ikke. Symptomene er smerte når det tygges på tannen, kanskje helst når pasienten slipper opp for tyggetrykket. Emaljeinfraksjoner er fysiologiske, og ikke interessante i denne sammenheng.

## Hyppighet og årsaker

Infraksjonssymptomer rammer kanskje ti prosent av pasientene, i følge Pallesen. Personer i 40–60-årsalderen er mest utsatt. Noen pasienter har to eller flere infraksjonstenner, og i så fall oftest på kontralaterale tenner. De tennene som er mest utsatt er molarene, og det er stor overhyppighet ved restaurerte tenner, altså de som er svekket.

Det er ikke klart hvorfor det oppstår infraksjoner. Utmattingsbrudd (tretthetsbrudd) kan være en mekanisme. Akutt overbelastning, for eksempel som følge av tygging på harde korn i mat eller påbiting på oral piercing kan være en årsaksfaktor. Kaviteter med skarpe hjørner disponerer for frakturer, likeledes gamle teknikker som parapulpale stifter og innbanking av gullinnlegg. Ytre traumer, for eksempel etter fall, bør registreres med tanke på eventuelle senfølger i tennene. Andre disponerende faktorer kan være få resttenner og en tannmorfologi som gir uheldig kraftfordeling. Det er ikke helt sikkert at tenner med amalgamfyllinger er spesielt utsatt for infraksjoner.

## Diagnostikk

Diagnostikk av dentinfraksjoner er utfordrende, både når det gjelder hvil-



Ulla Pallesen fra København og Niek Opdam fra Nijmegen snakket om dentinfraksjoner.

ken tann, og også om det er lokalisert til over- eller underkjeve. Pasientene selv har ofte problemer med å peke ut problemtannen, blant annet fordi de ubevisst kan legge om tyggemønsteret.

Ofte er tannen med størst fylling mest utsatt. Man kan bruke termiske belastning som en indikator (gjerne kulde). Hvis infraksjonen ikke er dyp eller kraftig, kan tannen være følsom for belastning kun i bestemte retninger. Dette kan man undersøke med en bitepinne, for eksempel FracFinder®, og sørge for å belaste kusen i ulike retninger. Man bør undersøke den mest mistenkelige tannen til slutt. Infraksjoner skal kunne ses i gjennomlys når fyllingen er fjernet.

Aktuelle differensialdiagnoser kan være eksempelvis neuralgiske smerter, ørebetennelser, suprakontakter, karies og pulpitt. Hvis en pasient med ellers friskt periodontium plutselig utvikler en lokalisert lomme er det tegn på en infraksjon ut i rothinnen.

## Behandling

Splinting – immobilisering av segmentene – er nøkkelen til å forhindre den smerteskapende væskebevegelsen i dentinet («Brännström-effekten»), sa Opdam. Prioritet nummer én er å holde

pulpa frisk. Smertene i forbindelse med dentin-infraksjoner kan ses på som reversibel pulpitt.

Man kunne tenke seg å fjerne et segment som utgjør en del av sprekken, men dette bør ikke være et behandlingsalternativ, mente Opdam, selv om noen pasienter rapporterer at smertene blir borte når en kusp frakturerer.

Det er flere måter å stabilisere tannstrukturen på. Man kunne tenke seg kjeveortopediske bånd eller midlertidige kroner, men den adhesive komposittrestaureringen er mest aktuelt. Kuspedekke er avgjort aktuelt. Opdam viste kasus der det var brukt en fiberforsterkning i kassen for å øke sammenbindingseffekten.

Kroner kan bedre prognosen og i mange tilfeller forhindre endodontisk forverring. Hos bruksisme-pasienter er det aktuelt å bruke gullrestaureringer. For pasienter som «ødelegger alt» var fullkroner i metall mest aktuelt. Opdam uttrykte at bruk av keramiske kroner i slike tilfeller var å be om vanskeligheter.

Opdam understreket at det var viktig at pasientene fikk realistisk informasjon om at behandlingen kan ta lang tid og at det kan bli aktuelt med endodontisk behandling.

Noen spørsmål fra publikum gjaldt valg av materiale. Opdam anbefalte en vanlig komposittrestaurering først, så eventuelt kuspedekke. Han var skeptisk til keramer. Et annet spørsmål gjaldt om fluorbruk kunne ha gjort tannsubstansen sprø, men Pallesen mente at det neppe var tilfelle siden infraksjoner er i dentin.

*Tekst og foto:  
Nils Roar Gjerdet*

# Nytt fra NIOM

Tradisjonen tro hadde også i år NIOM en sekvens på fagprogrammet på NTFs landsmøte. Gjennom fire foredrag fikk vi høre siste nytt om tannbleking, hva nano-begrepet egentlig er, om bulk-fill materiales egenskaper og om tanntekniske arbeider blir laget etter tannlegens spesifikasjoner.

## Tannbleking

For ett år siden ble tannblekemidler som tidligere var medisinsk utstyr, omklassifisert til kosmetikk i EU/EØS-området, sa seniorforsker Ellen Bruzell. Det innbar store endringer for omsetning og bruk av tannblekemidler som nå reguleres av Lov om kosmetikk og kroppspfleieprodukt m.m. Høyeste konsentrasjon i blekeprodukter som nå kan omsettes, er 6 prosent hydrogenperoksid, og salget skal gå gjennom tannlege. Pasienten må være over 18 år og må

undersøkes av tannlege før behandlingen tar til. Første behandling skal også foretas hos tannlegen, og deretter kan pasienten fortsette behandlingen hjemme. Til kontorbleking og internbleking kan heller ikke konsentrasjonen overstige 6 prosent hydrogenperoksid. Tannlegen kan imidlertid benytte kjemikalier som hydrogenperoksid, carbamidperoksid og natriumperborat til behandlingen, men ansvar om forsvarlighet og midlenes egnethet ligger da hos tannlegen. Bruk av lys i blekeprosessen frarådes. NIOM publiserte i 2009 en studie som viste at lys ikke hadde noen tilleggseffekt på blekeprosessen, et resultat som er underbygget i andre studier senere.

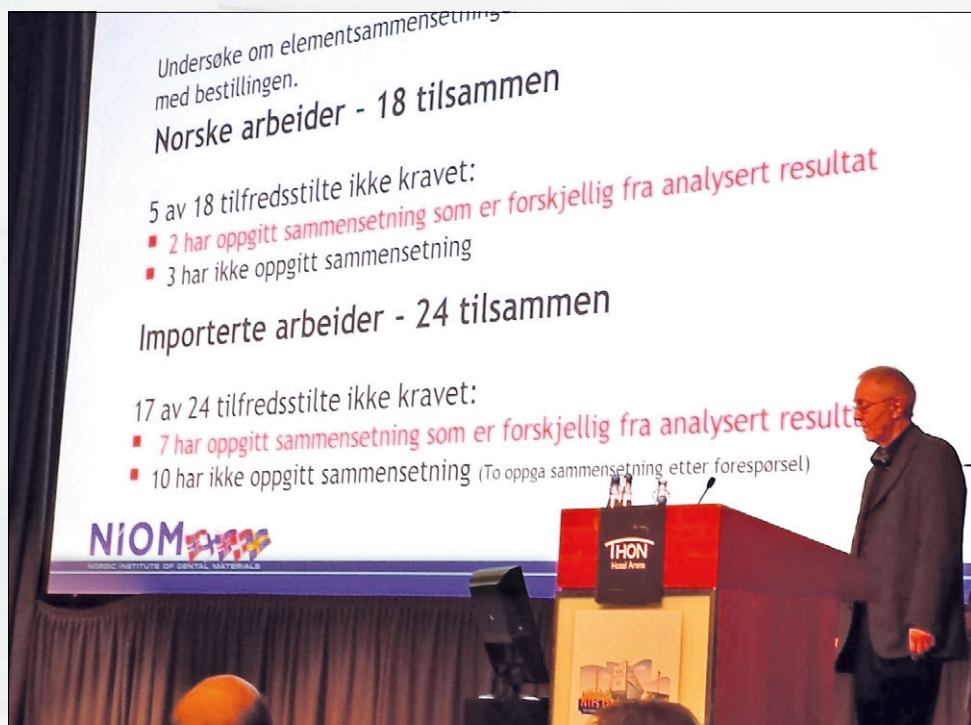
## Nano

Begrepet nano benyttes av mange produsenter i beskrivelse av fyllingsmaterialer, men det er knapt noe ekte nano-

produkt i tannpleien, sa professor og seniorforsker Nils Roar Gjerdet. Ofte vil nanopartiklene grupper seg sammen og danne aggregater, agglomerater eller «cluster». Det finnes i dag enkelte kompositter med fyllpartikler som utgjøres av slike «cluster». For en rotkalsement oppgis at den inneholder sølvpartikler i nanostørrelse, men det tyder på at det ikke var jevn fordeling av nanopartikler, men heller samling i slike aggregater. Selv om produsentenes markedsføring bruker nano-begrepet, gjenspeiles ikke dette i sikkerhetsdatabladene til produktene. Nanopartikler anses å være mer reaktive og biologisk aktive enn større partikler på grunn av nanopartikkels store overflateareal per masseenheter, og partiklene kan trenge inn i enkeltceller. Bruken av nanopartikler i kosmetiske produkter, og produksjon av produkter der det brukes nanopartikler er en kilde til bekymring.

## Bulk-fill-materialer

I markedsføringen av bulk-fill-materialer kan man få inntrykk av at hele fyllingen kan legges og herdes som et hele, og unngå sjiktteknikken som ved tradisjonell kompositt, sa laboratorieleder Hilde M. Kopperud. Imidlertid oppgis i bruksanvisningen gjerne en maksimal herdedybde på fire mm, og for fire av de seks produktene som er på markedet i Norge i dag, anbefales i tillegg et toppsjikt med tradisjonell kompositt. NIOM har undersøkt klinisk relevante parametere som bøyestyrke, polymerisasjonskontraksjon og herdedybde. Bøyestyrken er på samme nivå som konvensjonell kompositt, og kontraksjonen høyere enn konvensjonell kompositt (3–5 % mot cirka 2 %). Måling av herdedybde bekreftet produsentenes opplysninger om 4 mm med ett unntak, mens konvensjonell kompositt ligger på 2–3 mm. Fordelene med bruk av bulk-fill-materialer er større herdedyb-



Senioringeniør Morten Syverud ved NIOM er bekymret over resultatet av undersøkelsen.

de enn tradisjonell kompositt, flyter bedre i kaviteten (de fleste oppgis å ha flow-egenskaper) og kortere behandlingstid ved innlegging som følge av færre sjikt. Ulempene er at et lag er ofte ikke nok, de har lavere slitestyrke enn tradisjonell kompositt, og det kan være behov for et toppskikt med tradisjonell kompositt.

#### Tannteknikk

Tannlegen som bestiller et tannteknisk arbeid, skal beskrive utforming og velge de materialer som skal inngå. Får tannlegen og pasienten den legering som er bestilt var et spørsmål som Helseledelse ønsket at NIOM skulle

undersøke, sa senioringeniør Morten Syverud og direktør Jon E. Dahl. Undersøkelsen omfattet 42 single kroner fremstilt dels ved norske banktekniske laboratorier, dels ved laboratorier utenfor EU/EØS-området. Materialet som inngikk i arbeidene var edle legeringer, lav-edle legeringer og kobolt-krom legeringer. Av de 18 norskproduserte arbeidene var to fremstilt i feil legering og for tre var legeringens navn eller sammensetningen ikke oppgitt. For syv av de 24 arbeidene fremstilt av laboratorier utenfor EU/EØS, var feil legering benyttet og for ti arbeider var legeringens navn eller sammensetningen ikke oppgitt. Det mest graverende avviket

var bestilling av en edel legering (med 76 % gull) hvor det ble levert sølv-palladium legering. Tanntekniske arbeider skal tilfredsstille kravene i lovverket for medisinsk utstyr, og laboratoriet skal bekrefte at dette er tilfellet selv om arbeidet er utført utenfor EU/EØS-landene. Dette bekreftes gjennom en såkalt samsvarserklæring som skal følge arbeidet. Halvparten av de norskproduserte arbeidene manglet en slik erklæring, og 40 % av de importerte arbeidene var uten denne bekreftelsen. Her er det rom for forbedringer.

*Tekst og foto:  
Jon E. Dahl*

BAR

EN AVDELING I RAINBOW HOTEL A



### FlashMax P3 herder på 1 sek!

Spar tid og få bedre herderesultater - helt trygt!  
Vi og bl.a. Clinicians Report - anbefaler 1 sek. herding pr. 2 mm lag, og så 3 sek. på det avsluttende laget. Opptil 5.850 mW/cm<sup>2</sup> gir fullstendig trygg herding. Nå innbyttekampanje: Les mer på [www.tonnedental.no](http://www.tonnedental.no)

**Innbyttekampanje:**  
Før 8.990,-  
**7490,-**  
inkl. moms



### Nyhet! Praktisk lysmåler for alle LED-lamper!

Test din LED herdelampe om den leverer det den skal. Måler lamper helt opptil 6.000 mW/cm<sup>2</sup>! Les mer på [www.tonnedental.no](http://www.tonnedental.no)

**Før 1.490,-**  
**998,-**  
inkl. moms



**Tonne Dental** Telefon 66 89 20 50 - [www.tonnedental.no](http://www.tonnedental.no) - [salg@tonnedental.no](mailto:salg@tonnedental.no)



# Du ser det ikke før du tror det

Hvem ser barn? Tannhelseteamet har en viktig rolle i å følge utviklingen til barn og unge. Spesialist i pedodonti, Anne Rønneberg, holdt et glødende innlegg om Tannhelsetjenestens oppgaver ved mistanke om barnemishandling og omsorgssvikt.

**K**linikksjef ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Anne Rønneberg, mottok i 2012 Redd Barnas Eglantyne Jebb-pris, for sin innsats for å øke bevisstheten rundt tannhelsetjenestens unike mulighet til å oppdage og si fra om overgrep og omsorgssvikt. Barnekonvensjonen, vedtatt av FN, omtaler misbruk av barn i artikkel 19: «Alle barn har rett til at ingen skader eller misbruker dem.» Staten skal beskytte barn mot fysisk og psykisk mishandling. Sverige var første land ut i 1979 med å innføre forbud mot å slå barn. Norge fulgte etter i 1987 og det er i dag 34 land som har innført forbudet (ref: Childrens world map, [http://srsrg.violenceagainstchildren.org/page/children\\_world\\_map](http://srsrg.violenceagainstchildren.org/page/children_world_map)). Det registreres cirka 1 000 tilfeller av alvorlig fysisk mishandling av barn i året og det dør mellom fem og ti barn årlig i Norge som følge av mishandling. Hode-, nakke-, halsregionen er utsatt og to tredeler av alle registrerte skader lokaliseres til disse aktuelle områdene.

Økt bevissthet om emnet har resultert i tiltak. I august 2013 samarbeidet fire departementer om å arrangere en nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn i alderen null til seks år. Tittelen for konferansen var «Du ser det ikke før du tror det». I tillegg arbeider

Helsedirektoratet nå med en ny veileder for hva som er gode tannhelsetjenester til barn og unge. Det er å håpe at veilederen publiseres i 2015. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide «Håndbok for helsepersonell ved mistanke om barnemishandling». Håndboken er nettbasert og ble publisert høsten 2013. Av internasjonale ressurser refereres det videre til nettsiden «Child protection and the dental team» (<http://www.cpd.org.uk>). Av konkrete tiltak er det i Norge i dag etablert ti barnehus fordelt rundt i landet. Statens barnehus er et tverrfaglig kompetansesenter for barn, ungdom og pårørende som har vært utsatt for, eller vitne til vold eller seksuelle overgrep.

Melder vi i fra, spør Rønneberg salen? I 2011 og 2012 rapporterte alle fylkene i landet. Antall meldinger sendt barnevernet på landsbasis var i 2011 – 503 saker, og i 2012 – 506 saker. Omtalte saker i media vil påvirke frekvens av meldinger lokalt. Hvordan skal begrepet alvorlig forstås? spør Rønneberg videre.

– Blir dere bekymret er det alvorlig – ikke dvel ved begrepet om det er alvorlig nok. Ved undersøkelser anbefaler Rønneberg å vurdere om opplysninger stemmer overens med hva vi faktisk ser i klinikken. Syke barn blir oftere mishandlet enn friske barn. Det er registrert hyppigere forekomst hos barn som er utsatt for langvarig sykdom og funksjonshemming. Vær oppmerksom på skader hos barn på unaturlige steder og bilateralt utover mer typiske steder



Melder du fra når du har mistanke om overgrep og omsorgssvikt? Spurte Anne Rønneberg.

å skade seg, som benet utspring, oppfordrer Rønneberg. Utover fysiske skader oppfordres det til å bemerke seg tilfeller med grav karies og å bruke tid til å finne eventuelle årsaksforhold ved hvert enkelt tilfelle. Grav karies er en av de vanligste årsaker til at småbarn får narkose. Grav karies kan medføre smerter, infeksjoner, tap av tyggfunksjon, underernæring, nedsatt høyde og vektutvikling, læringsproblemer, og kommunikasjonsproblemer.

Det å sende en bekymringsmelding vil ikke nødvendigvis si at foreldrene mister foreldreretten, avslutter Rønneberg.

Jørn Arne Fridrich-Aas  
Foto: Kristin Aksnes

## Identifisering – et mangesidig arbeid

Identifisering av døde personer etter ulykker er et mangfoldig og krevende arbeid. Per Angel, politioverbetjent fra Kripos og Sigrid Ingeborg Kvaal, førsteamanuensis ved UiO ga et innblikk i dette på NTFs landsmøte.

**I** Norge tar politiet seg av likfunn og er ansvarlig for identifisering. ID-gruppen ved Kripos består av en formann med to stedfortredere, tre kriminalteknikere i Tromsø, Bergen og Trondheim, fem patologer og fem rettsodontologer.

I Norge er det 80–150 enkeltsaker per år med likfunn som krever identifisering. Listen over oppdrag for ID-gruppen viser at det i gjennomsnitt hvert tredje år forekommer en katastrofe med ofre som berører Norge. Prinsippene for identifisering bygger på å registrere spor og funn på åstedet og på kroppen (post mortem – PM) som sammenholdes med savnetmeldinger, som opprettes hvis en person ikke er kommet til rette innen tre måneder. Da vil man innhente spesifikk informasjon om personen (ante mortem – PM), for eksempel tannjournal.

### Utenlandsoppdrag øker

Det er en tendens til flere oppdrag i utlandet. Et eksempel er identifisering av ofrene etter terrorangrepet på gassanlegget i In Amenas i Algerie januar 2013 der fem Statoil-ansatte ble drept. På stedet var det identifikasjonsekspert fra Japan,

Storbritannia, Filipinene, Malaysia og Norge. USA hadde allerede hentet ut sine ofre. I Algerie er det et annet rettsystem og kulturelle forhold enn det man er vant med. Arbeidsforholdene var først kummerlige, men etter hvert



Politioverbetjent Per Angel fra ID-gruppen i Kripos og Sigrid Ingeborg Kvaal, førsteamanuensis ved UiO, snakket om identifiseringsarbeid, spesielt på bakgrunn av erfaringer etter 22. juli 2011.

fikk gruppen faglig respekt og arbeids-situasjonen bedret seg mye og det utviklet seg et godt multinasjonalt samarbeid.

### Likundersøkelse er ikke identifisering

I pressen sies det gjerne at et offer er sendt til obduksjon for identifisering. Dette er feil terminologi. Likundersøkelsen er et ledd i identifikasjonsarbeidet, som innbefatter å sammenholde både AM-opplysninger og PM-data som fremkommer

ved åsteds- og likundersøkelse. Identifiseringen gjøres av en samlet ID-gruppe basert på ulike elementer, slik som DNA, fingeravtrykk, medisinske og odontologiske funn og kriminaltekniske data. DNA er nyttig, men de andre metodene er like viktige som tidligere. Hvert av medlemmene har vetorett når det gjelder å fastslå endelig identitet.

### 22. juli 2011

Denne skjebnedagen var Per Angels på vei hjem, sannsynligvis i samme bilkøen som gjerningsmannen på vei til

Utøya, da han hørte den tordenaktige lyden av bomben i regjeringskvartalet og han dro tilbake til Kriposkontorene. Som kjent ble oppmerksomheten snart flyttet til skytingen på Utøya.

ID-gruppen ble samlet dagen etter. Åstedsarbeidet, både i regjeringskvartalet og på Utøya, startet med å registrere ofrene, sikre spor og pakke de drepte. Spesielt på Utøya ble det tatt mengder av bilder også med tanke på pårørende.

Siviltforsvaret og brannvesenet gjorde en stor innsats ved å bringe de drepte fra øya. Etterhvert ble de drepte ført til området ved Rikshospitalet der alle egnede undersøkelseslokaler ble tatt i bruk. Det var etablert et pårørendesenter på Sundvollen som var en god kilde til AM-data og også blodprøver for DNA-analyse, men det var etisk krevende i det emosjonelle kaoset som rådet.

### Odontologisk identifisering

Gjennomsnittsalderen på ofrene fra Utøya var cirka 18 år. Det betyr at det var en stor andel kariesfrie, men Sigrid

Kvaal var likevel overrasket over at relativt mange hadde fyllinger, rotfyllinger, manglende tenner, og at ganske mange hadde retainere. Fra regjeringskvartalet var det noen med implantater. I alt ble det bedømt «sikker» identitet på odontologisk grunnlag hos 31 ofre, mens 17 ble klassifisert som «sannsynlig». Alle som ble klassifisert som «mulig» identitet var kariesfrie. Rettsodontologene har egne utstyrsett som brukes for undersøkelse. Det inneholder blant annet et håndholdt, digitalt røntgenapparat, som er svært nyttig. Det var ikke enkelt å skaffe gode AM-tannopplysninger fra tannklinikker: Det var ferie på mange klinikker. Analoge røntgenbilder som ble skannet var ofte av dårlig kvalitet, og det manglet kunnskap om å hente ut digitale røntgenbilder. I den kritiske rapporten om politiets innsats etter 22. juli fikk ID-gruppen bestått karakter. Det utdannes nå politifolk med spesialkompetanse på å hente inn AM-opplysninger.

*Tekst og foto:  
Nils Roar Gjerdet*



**Kirurgiklinikken**  
tann - kjeve - ansiktskirurgi

For ytterligere informasjon se  
[www.kirurgiklinikken.no](http://www.kirurgiklinikken.no)  
tlf 23 36 80 00, [post@kirurgiklinikken.nhn.no](mailto:post@kirurgiklinikken.nhn.no)

*God Jul  
og godt  
nytt år!*

Tannlege  
**Frode Øye**  
spesialist i oral kirurgi

Tannlege  
**Bent Gerner**  
spesialist i protetikk

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

Tannlege  
**Kjetil Misje**  
spesialist i oral kirurgi

Status om bleking:

## Mange bivirkninger – høy tilfredshet

**B**leking fyller ikke riktig mye av min tid i praksis, men vi tannleger må forholde oss til det. Det å kunne bleke tenner er et lite, men viktig behandlingstilbud til våre pasienter. Bleking kan være en skånsom og god behandling som kan erstatte mer invasive inngrep, sa Ulla Pallesen til en så å si fullsatt sal, lørdag ettermiddag på landsmøtet. Pallesen, som er overtannlege ved Tandlægeskolen i København, presenterte en ny studie, et samarbeid mellom NIOM, Københavns Universitet, Universitetet i Oslo og Gøteborgs Universitet.

Bakgrunnen for prosjektet var at det finnes få uavhengige studier som sammenligner effekt av forskjellige behandlinger. Bleking krever potente stoffer, og bivirkninger er kun undersøkt i liten grad.

Antall pasienter i studien var 171 og antall tannleger var 10. Evalueringen er gjort med det samme, etter én til to uker og etter seks til tolv måneder.

Det er mange spørsmål i forbindelse med bleking: Hva er best av hjemmebleking og klinikkbleking? Skal en bruke lampe, varme, ultralyd eller laser? Skal en bruke hydrogenperoksid, karbamidperoksid, natriumperborat eller andre midler? Hva er tillatt og hva er forbudt? Hvilke bivirkninger er de vanligste og de mindre vanlige? Hvor godt virker det og hvor lenge varer det? Og ikke minst: Hva kan blekes og hva kan ikke blekes? Pallesen gjennomgikk alle disse spørsmålene i løpet av seansen.

Rapportert antall bivirkninger under og like etter behandlingen var henholdsvis 73 prosent ved hjemmebleking og 107 prosent ved klinikkbleking (noen pasienter rapporterte flere bivirkninger, derfor prosent over 100). Henholdsvis 17 og sju prosent avbrøt behandlingen, og 2,4 prosent av de som hadde hjemmebleking og 7,4 prosent av de som hadde klinikkbleking rapporterte om vedvarende ubehag. Den vanligste bivirkningen var isinger i ten-

nene (henholdsvis 50 og 39 prosent). Henholdsvis 14 og 36 prosent rapporterte skader på tannkjøttet. Henholdsvis to og 14 prosent rapporterte om smerter i tenner og kjeve.

Når det gjelder tilfredshet med resultatet umiddelbart, var 95 prosent av begge grupper fornøyd med resultatet. Etter 9–10 måneder var prosenten enda noe høyere for begge grupper, hele 97 og 96 prosent.

Konklusjonen var med andre ord at bivirkningsfrekvensen er høy, men at pasientene er svært tilfredse.

Studien presenteres i sin helhet i artikkelen «Side effects of external tooth bleaching: A multi-centre practice-based prospective study» av forfatterne er Ellen M. Bruzell, Ulla Pallesen, Nina Rygh Thoresen, Catharina Wallman og Jon E. Dahl, som publiseres i *British Dental Journal*, 9, 2013. Det vil også komme mere om denne studien i *Tidende*.

*Kristin Aksnes*

Kl. 0000 på utgivelsesdato  
[www.tannlegetidende.no](http://www.tannlegetidende.no)

## Mer enn ord

Psykiater Anne Kristine Bergem har en kollega som har som mål å ikke gjøre den samme feilen mer enn syv ganger. Følger vi noen av hennes råd kan vi kanskje slippe unna med færre enn syv.

**D**et er snakk om kommunikasjon, selv om Bergem er litt lei av akkurat det ordet. Det er slitt, og det kan være blitt en floskel – og hun finner ikke noe bedre. Så da bruker vi det. Men ordet 'fokus' vil hun helst ikke at vi skal høre når hun snakker. Det gjør vi heller ikke.

Bergem viser oss et bilde av en bro. Det er et fint bilde når det handler om kommunikasjon. Vi vil fra noe til noe. Vi vil et bestemt sted. Og det nytter ikke å ikke tenke over hva vi sier.

– Når vi har sagt noe, lever det sitt eget liv, understreker Bergem. For meg går det ikke å si:

– Jeg bare sa..

Det finnes ikke noe 'jeg bare sa'.

Og hva vi kommuniserer over til en annen handler kanskje like mye om måten vi sier ting på, som hva vi sier. Tonefallet kan gjøre den store forskjellen.

– Likte du maten? Et klart og tydelig 'ja' kan vi forholde oss til. Et forsiktig tvilende jaaa... er verre.

### Hvorfor snakker du?

Bergem forteller om en sjef hun hadde en gang, som hadde så lett for å kjede seg. Han løste det med å snakke og snakke og snakke...

– Noen snakker fordi de ikke tåler stillhet. Hvis du er en stille tannlege kan du oppleve at det er pasienten som setter i gang og snakker og snakker..

Reflekter over dette. Hvorfor du snakker. Kanskje du kan snakke om det du gjør, og dermed gjøre det lettere å være pasient.

Dialog er fint. Og noen ganger er det ren gisseltaging. Alle skal bli hørt – selv



*Anne Kristine Bergem er psykiater og opptatt av god pasientkommunikasjon.*

om avgjørelsen allerede er tatt. Da er vi der. Liksominvolvering er et annet ord for det. Folk kan reagere negativt på det. Tenk på det og vær bevisst: Har jeg bestemt meg eller har de andre påvirkingsmuligheter?

Tenk også på hvem du er som avsender. Det er ikke det samme hvem det er som sier noe. Når du er fagperson er du

ekspert. Vær det bevisst. Det du sier som fagperson blir vektlagt på en helt annen måte enn når en som ikke er ekspert uttaler seg.

Og så er det budskapet. Utform det nøye. Vær varsom med humor i betydningen underforståthet og ironi. Det passer ikke alltid i forholdet mellom behandler og pasient. Vit hvem du

snakker til. Det er ikke stas å være pasient. Ofte er det snakk om en, gjerne brå, overgang fra å være en høyst oppegående, bidragende og ytende person til å være en som er prisgitt andre.

**Noen råd til behandleren:** Forbered deg på hvem du skal møte. Se i journalen og frisk opp hukommelsen.

Gjør unna kommunikasjonen mens pasienten er i best mulig shape. Ikke vent med å si det pasienten skal vite til etter at han eller hun ligger i stolen og er blitt bedøvet og har greier i munnen.

Kontekst er et viktig stikkord. Vi kan ofte tolke ting til noe annet enn det det er, basert på den erfaringen vi selv har med oss. Ofte er det snakk om noe helt annet. Perspektiv er derfor noe å tilstrebe. Forsøk å sette deg i den andres sted.

Søren Kierkegaard har sagt noe klokt om dette:

*Om hjelpekunsten*

*Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man*

*først passe på å finne ham der hvor han er*

*og begynne der.*

*Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.*

*For å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå*

*mer enn ham, men dog først og fremst forstå det han forstår.*

*Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke. Vil jeg likevel*

*gjøre min forståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig og stolt, så jeg i stedet for å gavne ham egentlig vil beundres*

*av ham.*

*Men all sann hjelpekunst begynner med en*

*ydmykelse. Hjelperen må først og fremst ydmyke seg under den han vil hjelpe, og derved forstå at det å hjelpe ikke er å herske, men å tjene.*

*Dersom du ikke kan begynne således med*

*et menneske at han kan finne en sann lindring i å tale med deg om sin lidelse, så*

*kan du heller ikke hjelpe ham. Han lukker seg for deg,*

*han lukker seg inne i sitt innerste – og prek du så for ham...*

### **Flere ting å tenke på i møte med pasienten**

Blikkontakt er kjempeviktig. Og ikke bare det: Pass også på å være hjemme. Ikke la pasienten møte et tomt blikk, en som ikke er til stede.

Hils i hånden. Og dere; ikke ta på hanskene før dere hilser på pasienten. Vi hilser ikke med albuen. Det er ikke greit. Husk det!

Bruk hele navnet, også etternavn, når du hilser. Det er mer personlig – etter hvert.

### **Rammer og relasjon**

En innledning om hva som skal skje innenfor hvilket tidsrom kan være en grei måte å begynne på mellom behandler og pasient. Lag rammer. Noen stikkord for den innledende runden:

**Tid.** Si gjerne noe om tid. Avgrens den. Vi har så og så mye tid, den skal vi bruke til..

**Innhold.** Si hva det skal handle om i dag.

**Forventningsavklaring.** Finn ut hva pasienten forventer og si hva du har tenkt.

**Tydlig.** Vær mest mulig tydelig og konkret.

**Forståelig.** Snakk så folk forstår. Fremmedord er ikke OK.

Til slutt:

**Synlige hender.** Dette gjelder under hele møtet. La pasienten se hva du holder på med. Og hvis det ikke er mulig så si hva du gjør. Regn med at pasienten lurur: Hvor er hun nå? Hva gjør hun?

Spesulasjoner oppstår. La pasienten slippe det. Fortell hva du driver med.

### **Hvorfor går det ikke bra?**

Noen ganger går det ikke bra, selv om vi kanskje har forberedt oss og synes vi har tenkt på alt.

Grunnen til det er enten: 1. Noe med pasienten. 2. Noe med meg. 3. Noe med oss.

Tenk over din egen rolle. Hvordan var jeg i dag? Er det noe som plager meg som gjør at jeg snakker eller gjør ting på en spesiell måte – som ikke fungerer så godt?

Det kan også være at du har en kran- glete og vanskelig pasient. Det fore- kommer – og de har også rett til helse- hjelp. De, som du, er som de er av en eller annen grunn.

Rådet er: Gjør ting på vanligst mulig måte. Stol på egen kompetanse og erfa- ring. Vær grundig. Og avslutt når du har gjort nok.

Det er det samme som gjelder for for- løpet her, som alltid ellers: Rammer, forventningsavklaring, reformulering, behandling – og avslutning.

Og forresten: Ikke henvis videre hvis du ikke tror det er noe i veien. Pasien- ten blir ikke friskere av en turné i spe- sialisthelsetjenesten.

Hva så med psykiatri? Det samme. Folk er folk. Vær vanlig, vær ordentlig. Hils pent, møt blikk, avklar forventnin- ger og tidsramme. Kort sagt: Det samme. Alltid det samme.

*Tekst og foto:  
Ellen Beate Dyvi*

# Fremtidens pasientrolle

**P**asientrollen er i endring og det vil påvirke pasientenes behov. Guro Birkeland er generalsekretær i Norsk Pasientforening. Hun kom til NTFs landsmøte på fredag for å snakke om fremtidens pasientrolle.

## Først litt om Norsk Pasientforening:

De hjelper pasienter som har problemer overfor helsevesenet. De hjelper alle, men det er de med størst problemer som virkelig trenger dem. De har kunnskap om alle sider av pasientenes situasjon, både ved kontoret og gjennom et nettverk av sakkyndige.

## Pasienters rettigheter i dag

I dag har pasientene rett til:

- vurdering
- individuell frist
- informasjon
- medvirkning
- innsyn i egen journal
- individuell plan
- fornyet vurdering
- fritt sykehusvalg
- å klage

## Pasienters problemer i dag

- Feilbehandling og manglende behandling
- Mangelfull informasjon
- Kommunikasjon/informasjon
- Vansker med å få kontakt med helsepersonell
- Uverdige behandling
- Klagesystemet
- Erstatning
- Journalinnsyn, endring av journal

## Pasienter ønsker

- Behandling av høy kvalitet nær der de bor
- Bedre tilgang til helsevesenet

## IKT et viktig instrument

- Bestille time
- Innsyn i journal, prøvesvar m.m.

- Vaksinasjonskort og annen dokumentasjon
- E-konsultasjon og rådgivning
- God tilgang til en kompetent helse-tjeneste
- Være aktivt medvirkende i behandlingen
- Kontinuitet i kontakten med helsevesenet
- Svar på spørsmål de får underveis i behandlingsforløpet
- Innsyn i egen journal og prøveresultater
- Melde sin erfaring

MEN: ikke alle er aktive IKT-brukere

## Pasientens ønsker at deres erfaring brukes

Det er en gavepakke for læring i helse-tjenesten fordi: Det gir mulighet for pasienten å melde tilbake om sin erfaring etter konsultasjon/behandling. Mye erfaring går tapt i dag fordi det oppleves vanskelig å nå fram. Viktig informasjon for å kunne organisere helsetjenesten etter pasientenes behov

## Fremtidens pasientrolle

- Fremtidens pasientrolle er en klarere pasientrolle
- Medvirkning og pasientmakt økes og blir mer reell
- Understøtter helheten i helsetjenesten
- Gode helhetlige pasientforløp
- Pasienten aktiv aktør i gjennomføringen av helsehjelpen
- Pasientens tilbakemelding brukes aktivt i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten

MEN det er helsetjenesten ansvarlig for tilbudet – ikke pasienten!

## Økende tilgang til helseinfo

- Elektronisk oppslagsverk med helse- og sykdomsinformasjon



Guro Birkeland er generalsekretær i Norsk Pasientforening og leder Kontoret for pasienthjelp.

- Mye informasjon på nett, men fortsatt vanskelig for pasienter å orientere seg i forhold til kvalitet
- Informasjon om kvalitet og pasienterfaringer

## Behandling nær pasienten ved hjelp av tekniske hjelpemidler (telemedisin med mer)

- Større andel av helsehjelpen skjer i primærhelsetjenesten
- Bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Høyere kvalitet på diagnostikk og behandling

MEN fortsatt viktig at helsepersonell og pasienten har personlige møter – det kan ikke erstattes av IKT

## Flere opplyste og «krevende» pasienter

- Setter seg grundig inn i sin sykdom og behandlingalternativer – også internasjonalt

- Sterkere krav til kvalitet i helsetjenesten
- Sterkere krav til effektivitet i helsetjenesten
- Krav til jevnbyrdighet mellom pasient og lege, eller tannlege

#### Utfordrer helsevesenet

- Trenger veiledning
- Trenger raushet

#### Økt andel eldre pasienter

- Ulik IKT-kompetanse
- Ulik forventning til pasient-lege(tannlege)-forholdet
- Multiple sykdommer
- Multifarmasi

#### Økt andel pasienter med minoritetsbakgrunn

- Kulturelle utfordringer
- Språklige utfordringer
- Kjennskap til andre behandlingstilbud

#### Økningen av de opplyste pasientene vil

- Øke presset på helsetjenesten
- Kunne medføre endring av indikasjon for behandling
- Kunne medføre endring av behandlingsmetode
- Krav om mer utenlandsbehandling

MEN vil også kunne medføre større forskjeller i helsetjenesten

#### Samhandling

- Mellom avdelinger,
- Mellom ulike nivåer
- Mellom lege og pasient

#### Samhandling lege – pasient

- God kontakt og kommunikasjon mellom lege og pasient er avgjørende for god behandling
- Pasientens sykehistorie gir 80 prosent av diagnosen
- Forståelig informasjon forebygger komplikasjoner
- Pårørende er viktige informanter

**Pasienter i fremtiden vil også trenge** Tålmodighet, interesse og dialog.



**Dental Sørs jubileums- og julegave til Haydom var å sende ned to nyrestaurerte Heka uniter!**

I tillegg holder vi klinikken med alt av forbruksvarer og utstyr og benytter herved anledningen til å oppfordre alle til å gi et bidrag.

Pengegaver fordeles uavkortet blant alle som har arbeidet frivillig og ulønnet som tannlege på Haydom dette året.

Tannlege for Haydom kontonr: 1204 54 49333.

*Vi ønsker alle en strålende jul!*

**Årets beste nyttårsforsett: Bli tannlege på Haydom!**

De to nyrestaurerte behandlingsrommene står og venter på akkurat deg, og kanskje en kollega, som har lyst på en annerledes opplevelse. Noe du ikke finner i charterkatalogene, det kan vi love deg! Les mer om Tannleger for Haydom på våre hjemmesider.

**dental sør**  
HELE VEIENI

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



# Mindfulness i hverdagen

Lisbeth Pettersen senket lyset, oppfordret til å ta av skoene – og slippe ut magen.

**D**ermed var vi i gang med et kurs på en times, som skulle gi oss erfaring i hvordan vi kan roe ned tanker og følelser og bli mer til stede i øyeblikket.

Vi lukker øynene. Vi skal finne ut hvor vi er – på en skala fra 1–10. 1 er rolig, 10 er det motsatte. Og når vi har tallet. Er det der vi vanligvis er?

## 70 000 tanker

Vi tenker 70 000 tanker hver dag. Mye av det er bullshit. Og det er mye av det som forstyrrer evnen til å være til stede – her og nå.

Det er ikke lett å stoppe tankekverna. Vi gjør et forsøk på å registrere tankene. Vi får ett minutt. Vi lukker øynene. Og det strømmer på:

For meg er det sånn: Hva skal jeg svare hun som sendte meg en SMS i sted? Hva skal jeg servere på bursdagen min? Hva gjør sønnen min nå? Hvordan finner jeg hun jeg skal spise lunsj med etterpå? Hvordan skal jeg skrive det jeg opplever nå? Og de andre tingene jeg skal skrive? Jeg lister opp alt jeg skal huske.

Og dette er bare de tankene jeg husker, fra det ene minuttet vi satt der.

Så får vi en ny øvelse. Vi får 40 sekunder der vi skal konsentrere oss om én ting. En ting vi liker. Lisbeth Pettersen sier hun vil konsentrere seg om apekatter. Hun nevner alle slags apekatter – og hvordan de ser ut. Både foran og bak. Vi får ikke lov til å tenke på apekatter! Jeg valgte å tenke på havet, og hvordan det er å bade i bølgene. Og det dukket jammen opp apekatter der og.

Så fikk vi to minutter med Buddhas meditasjon. Det handler om å følge pusten. Registrere pusten når den er på vei inn, og ut. Bare følge den. Inn og ut.



Lisbeth Pettersen lærte bort flere meditasjonsteknikker.

Hvordan kjennes det? Hvordan merker du pusten? Følg med. Bare pusten nå.

Så! Hva er nordmenn redd for?

Nummer en: Snakke i forsamlinger.

Nordmenn er redde for å drite seg ut – og dermed miste kjærlighet, som vi trenger.

Hva er amerikanere redde for? Å ikke bli sett. De snakker gjerne høyt, med store ord.

Uansett hvem vi er: Vi må ut av komfortsonen for å lære noe om oss selv på et menneskelig plan, sier Pettersen.

Og så vil hun plage oss. Vi skal gjøre noe veldig flaut. Den som vil kan gå, sier hun. Og det er det et par stykker som gjør – før de får vite hva som skal skje.

Det som skal skje er at vi skal bable. Vi skal bable, kjemp høyt, i to minutter. Det skal tømme sinnet vårt. Og så skal vi være stille i ett minutt.

Nå er det enda noen som går. Og de fleste blir sittende. Mange blir fnisete.

Bablingen blir ikke så høy. Hun ved siden av meg babler ikke i det hele tatt.

Da vil ikke jeg bable høyt. Jeg babler lavt.

Etterpå, etter babling og stillhet, var det en som sa at hun var sliten i hodet. Og en var tom.

– Tom! Tom er bra, sier Lisbeth Pettersen. Meningen er at denne meditasjonsmåten skal hjelpe oss med å tømme søppelkassen, for å unngå å måtte oppleve det hun gjorde en gang: Hun var på ferie i Italia, og det eneste hun tenkte på var en snekker i Oslo. En hun var irritert på.

Nå har vi lært to meditasjonsformer:

1. Pusten, følg pusten. Kroppen er på vårt parti. Den gjør så godt den kan. Bare følg med på hva den gjør.

2. Babling. Å tømme sinnet.

Den tredje formen vi lærer er humming. Den lindrer. Vi har så lett for å få ting som setter seg fast i brystet, vi kvinner, sier Pettersen. Vi har mye dårlig samvittighet, sier hun. Det er flest kvinner der, nemlig.

1. Humming. Vi holder hånden på brystet – og hummer på utpust. Dette er en god meditasjonsform ved sorg, og panikkangst – slik Pettersen hadde for 20 år siden.

2. Den fjerde teknikken vi lærer er dans og Rock' n Roll. Lisbeth Pettersen setter på The Rolling Stones' 'I saw her standing there' – og vi danser.

## Mindfulness

Mindfulness er resultatet av meditasjon, sier Lisbeth Pettersen etter dansen. Mindfulness er å være her og nå.

Hun har også skrevet en bok, forteller hun. Der kan vi lese om flere teknikker og mye om Lisbeth Pettersens liv. Blant annet om hvordan hun kom seg ut av sjalusien.

Meditasjon og mindfulness er pinlig enkelt, sier hun. Det siste vi skal gjøre er å lytte.

Vi skal lytte med. Vi skal høre på en sang og legge merke til teksten. Få med oss hva som blir sagt, så langt vi kan.

Lisbeth Pettersen setter på Erik Bye som synger Så lenge skuta kan gå, på norsk. Jeg lytter. Den er fin, og jeg foretrekker den i svensk originalversjon. Så den kommer her:

Så lenge skutan kan gå  
så lenge hjærtat kan slå  
så lenge solen den glittrar på bøljlorna blå  
om blott en dag eller två  
så håll tillgodo ändå  
för det finns många som aldrig en ljusglimt kan få!  
Och vem har sagt att just du kom till världen  
för att få lycka och solsken på färden?  
Att under stjärnornas glans

bli purrad uti en skans  
att få en kyss eller två i en yrande dans?

Ja, vem har sagt att just du skall ha hörsel och syn,  
höra bøljlornas brus och kunna sjunga!  
Och vem har sagt att just du skall ha bästa menyn  
och som fågeln på vågorna gunga.

Och vid motorernas gång  
och ifall vekten blir lång,  
så minns att snart klämtar klockan för dig: ding, ding, dong!  
Så lenge skutan kan gå,  
så lenge hjærtat kan slå,  
så lenge solen den glittrar på bøljlorna blå,  
så tag med glädje ditt jobb fast du lider,  
snart får du vila för eviga tider!

Men inte hindrar det alls  
att du är glad och ger hals,  
så kläm nu i men en verkligt sju-sjungande vals!

Det är en rasande tur att du lever, min vän  
och kan valsa omkring uti Havanna!  
Om pengarna tagit slut, gå till sjöss omigen  
med karibiens passadvind kring pannan.

Klara jobbet med glans,  
gå iland någonstans,  
ta en kyss eller två i en yrande dans!  
Så lenge skutan kan gå,  
så lenge hjærtat kan slå,  
så lenge solen den glittrar på bøljlorna blå.

*Ellen Beate Dyvi*

EN AVDELING I RAINBOW HOTEL AS



# Høy presisjon - lav pris

Forsendelse hver tirsdag og fredag.

[www.reholt.no](http://www.reholt.no)



# Kunsten å kommunisere det kompliserte

Jo Røislien jobbet med matteprogrammet Siffer som ble laget av TeddyTV for NRK. Der lærte han mye om å formidle matematikk på en måte som folk utenfor faget kunne forstå.

**P**å landsmøtet fortalte han om hvordan de gjorde det da de laget Siffer. Og først fortalte han om karriereveien sin, som profesjonell nerd. Om at han hadde sagt nei takk til ingeniørjobb, for å slippe å gå med hjelm og få flatt hår. Luesveis er uaktuelt for Røislien. Så han underviste heller i fysikk en stund, men det var så kjedelig å si det samme om og om igjen. Da ringte heldigvis en tidligere mentor og lurte på hvorfor han ikke hadde søkt doktorgradsstipend. Så da gjorde han det. Og så ble det veldig kjedelig med stein. Da flyttet han inn i huset til den døde bestemoren sin på Lillehammer – og så ble han forskningsveileder på Rikshospitalet. Men så var det det med at det var så mange pasienter der, syke folk altså. Det var ikke så trivelig i lengden.

Nå for tiden jobber han for Norsk luftambulans. Verdens beste forskningsinstitusjon innen akuttmedisin, hevder han. Og det passer bra for ham, for han har ikke peiling på akuttmedisin.

## 60 sekunder

Men så var det det med formidlingen. Han ble invitert med til å lage Siffer for NRK. På TV har du cirka 60 sekunder på deg til å si noe substansielt. Hvordan sier man noe substansielt på 60 sekunder?

Det første du må huske er forresten at alle andre synes at det du driver med er kjedelig. Tannlegeting er dritkjedelig! Ikke glem det.

Og når det kommer til matematikk er det sånn at de fleste velger matematikk bort fra livet sitt så snart de kan, det vil si når de er 17 år.



Jo Røislien fortalte om alle jobbene sine, og særlig om hvordan de laget TV-programmet Siffer.

– Når vi skulle lage matte-TV var det altså 17-åringer vi måtte sikte mot.

– Skulle jeg lage barnslige matteting på TV? Nei! Det gidder jeg ikke, asså. Tenkte han.

## Investere

Og så ble det gøy. Formidlingen og formen er like viktig som budskapet. Og regelen er at jo kulere det ser ut, jo dyrere er det.

Det går an å vise hvilket mønster som dannes når du kaster en kopp med ris på gulvet. Det går også an å ta med en kasse med badeender opp i stupetår-

net på Frognerbadet og kaste dem ned i det tomme bassenget, fra tier'n. Så det gjorde de. I januar.

For å vise hvor mange ulike kombinasjoner du kan lage av fire ganger fire – 256 altså, tok han med seg 16 plagg. Bukser, T-skjorter, skopar og skjurf, fire av hvert, og skiftet og skiftet og skiftet og skiftet – til alle variasjonene var vist.

Du må tørre å investere i å gjøre det lettere for mottakerne. Hvis ikke vi gidder det – hvorfor skal noen gidde å høre eller se på?

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

# Smart hjernemat

Det er ikke så lett å slutte med noe, sier Berit Nordstrand. Hun jobber med rusmisbrukere. Hun er overlege, spesialist i klinisk farmakologi – og kanskje mer enn noe annet opptatt av kosthold.

**I**kke tenk at du skal slutte med noe. Tenk heller at du skal begynne med noe, er hennes råd. Og det du skal begynne med er å spise mat som gjør kroppen og hjernen godt. En kalori er nemlig ikke en kalori. Det er stor forskjell på hvor kalorien kommer fra.

– Du blir glad til sinns av å spise riktig, sa forfatteren av boken *Mat til sinns*. Den hittil siste boken av Nordstrand, som hun hadde med seg mange av på NTFs landsmøte, i tillegg til den forrige boken *Mat med mer*, i håp om å få solgt både bøker og budskap.

Budskapet er at hvis du vil kan du spise mat som legger til rette for optimal konsentrasjon og hukommelse.

Som kroppens kommandosentral styrer hjernen kompliserte prosesser i alle kroppens organer. Hjernens dagsform påvirker både hvordan du føler deg og hvordan kroppen fungerer.

Hjernen består av 60 prosent fett og cellene trenger naturlig fett for å fornye seg og opprettholde best mulig funksjon gjennom livet. Lag hverdagsmat med tilstrekkelig sunt, naturlig fett og herlige byggeklosser fra ren mat og hjernen får det den trenger for å gjøre en best mulig jobb for deg.

Både essensielle fettsyrer, fosfolipider og aminosyrer trengs for å vedlikeholde hjernecellene, og vitaminer og mineraler forbrukes når hjernecellene lager både signalstoff og celledeler. Råvarer til hjernecellenes produksjon er både fett, karbohydrater og proteiner. En balansert tilførsel av byggeklosser til hjernecellene vil gi dem det beste grunnlaget for å gjøre en flott jobb.

Spis gjerne fet fisk to ganger i uken og mager fisk og sjømat minst én gang.

Spis gjerne fiskepålegg i tillegg. Tilskudd av omega-3 vil aldri kunne erstatte ren fisk, men det er en god løsning hvis du av ulike grunner ikke kan få i deg fisk. Da bør du ta tilskudd tilsvarende 2 g EPA/DHA.

Vil du få i deg mer god fet fisk? Prøv or eksempel varmrøkt makrell, studentlaks eller spinatsuppe med laks, eller kanskje råmarinert fisk eller sushi?

I tillegg til fett må hjernen ha tilstrekkelig vitamin B9 (folinsyre), og vitamin B12 (kobalamin) i celledelingen. Også vitamin B6 (pyridoksin) er påkrevet om du skal lage signalstoffer, slik at hjernecellene kan kommunisere med hverandre. Vitamin B9 får du i nøtter og frø, egg, grove kornprodukter, bønner, linser, grønne bladgrønnsaker (spinat/salat), brokkoli, rosenkål og asparges.

Folinsyre ødelegges lett ved koking, så spis også rå grønnsaker! Vitamin B6 kan du få fra kjøtt, fisk, grønne bladgrønnsaker, paprika, potetskall og solsikkefrø. Vitamin B12 får du i meieriprodukter, kjøtt, egg og soya.

## Ti tips til smart hjernemat

1. **Essensielle fettsyrer** fra fet fisk, planter, nøtter og frø trengs for et effektivt vedlikehold hjerneceller.

Både ALA (omega-3 fra planter) og EPA/DHA fra fet fisk er *rett fett* – det er ikke *ett fett*. Det er flott om vi kan sikre oss sunne fettsyrer fra både fra planter og fisk. Bytt ut planteoljer med extra virgin olivenolje, valnøttolje, linfrøolje, sesamolje, hvetekimolje og kokosolje. Spis fet fisk, litt melkefett, avokado, nøtter og frø.

2. **Fosfolipider** finnes i naturlig fett og rikelig i egg, innmat, fet fisk, hvetekim, rå usaltede nøtter og frø og soya.

3. **Essensielle aminosyrer** får du enklest fra fullverdige proteinkilder som kjøtt, fisk, egg og meieriprodukt, men også ved å kombinere



Berit Nordstrand ga kostholdstips som er bra for konsentrasjon og hukommelse.

ulike proteinkilder fra nøtter, frø og belgfrukt.

4. **Fiberrike karbohydrater** fra frukt, grønnsaker og bær. Server grønnsaker og rømmedip som kveldskos. Mange hjernestimulerende antioksidanter i grønnsaker. Bruk gjerne helfet, økologisk rømme som ikke drypper bortover duken når barna koser seg med grønnsaks-snacks.

5. **Vitamin- og mineralrik mat** med flere B-vitaminer og D-vitaminer fra kjøtt, fisk og sjømat, egg, meieriprodukt, grønne grønnsaker, nøtter, frø, fullkorn, bønner, linser og mørk sjokolade. **Mineralrik mat** med jern, jod, magnesium og sink for viktige prosesser i hjernen. Jern fra rødt kjøtt, leverpostei, linser, bønner, spinat og sesamfrø. Jod fra mager fisk, meieriprodukt, egg og jordbær. Sink fra grønne bladgrønnsaker, fisk og sjømat, asparges, bønner og cashewnøtter. Magnesium fra gresskar- og sesamfrø, quinoa, spinat, sorte bønner, cashewnøtter og

mørk sjokolade. Gjerne økologiske råvarer fra en næringsrik jord.

6. **Levende plantestoff** fra alle regnbuens farger av frukt, bær og grønnsaker. Lag smoothie med frukt og bær, og tilsett gjerne noen spiseskjeer linfrøolje. Antioksidanter og fyto kjemikalier har hjernestimulerende egenskaper. Flere viktige vitaminer og mineraler, synes å stimulere hukommelse og konsentrasjon.

7. **Fiberrike karbohydrater**  
Essensielle aminosyrer fra fullverdige proteinkilder som kjøtt, fisk, egg og meieriprodukter. Lag gjerne kveldskos av yoghurt og skjørost, friske bær og hakkede nøtter lag på lag i serveringsglass. Kombiner plan-

teproteinkluder fra belgfrukt og frø så de blir fullverdige tilsammen, f.eks. i hummus (kikerter og sesamfrø).

8. **B- og D-vitaminrik mat** som tilfører hjernecellene vitaminarbeidere i form av både B6-9-12 og vitamin D. Bruk råvarer som rent kjøtt, fisk, egg, grønne grønnsaker, bønner og linser, fet fisk og vitamin-D-beriket melk.

9. **En håndfull rå, usaltede nøtter og frø.** Bland rå, usaltede nøtter av ulike typer i en skål. En håndfull nøtter og frø forsyner kroppen med næringsstoffer som B-vitaminer, jern, magnesium, kalsium, E-vitaminer, selen, kalium, sink og sunt fett.

Disse stoffene styrker hjernens funksjon og energiproduksjon. Valnøtter er spesielt bra for hjernen, med sitt innhold av omega-3. I kinesisk medisin er valnøtter kjent for å forlenge levetiden. Gresskarfrø har også omega-3.

10. **Mørk sjokolade 86 % kan du nyte hver dag.** Spis gjerne 20-30 gram. Mørk sjokolade inneholder viktige antioksidanter som epicatechin, flavonoider og procyanidin, samt mineraler som magnesium. Mørk sjokolade synes å bedre kognitiv funksjon, dvs. evne til konsentrasjon og innlæring.

Ellen Beate Dyvi

Husk å melde adresseforandring!  
[www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)

NTFs informasjonsmøte 2013:

## Mye viktig på dagsorden da «makta» møtte medlemmene

Landsmøtets informasjonsmøte hovedstyrets arena for å orientere medlemmene ansikt til ansikt om aktuelle tema. Der har også medlemmene mulighet til å stille foreningens tillitsvalgte konkrete spørsmål – og sågar til veggs. Selv om akkurat det ikke skjedde denne gangen, virket de rundt 200 møtedeltakerne å være fornøyd med de velforberedte innleggene som ble presentert.

### Tannlegene i helsepolitikken

*Kommunikasjon, omdømme og Den store historien*

– Kommunikasjon har stått i sentrum for NTFs arbeid de siste to årene. Målrettet innsats overfor media, byråkratiet og politiske miljøer har vært viktige elementer. Dessuten etableringen av vår egen «store historie». Har det gitt noen synlige resultater, undret NTFs president Camilla Hansen Steinum som var førstemann ut.

– Både den strategiske planen, arbeidsprogrammet og omdømmeundersøkelsen viser at medlemmene vil at NTF skal ha stor oppmerksomhet på dette arbeidet, sa Steinum. Målsettingen for kommunikasjonsvirksomheten er dels økt tilfredshet blant medlemmene, dels at NTF skal ta en tydeligere rolle i samfunnsdebatten og dels at vi

skal få økt gjennomslag for prioriterte saker.

Som et redskap i dette arbeidet har NTF konkretisert sin egen «store historie» hvor budskapet er at:

– Den norske tannhelsetjenesten er en suksess.

– Tannlegene vektlegger høy kvalitet og etterutdanning innenfor faget sitt.

– Tannlegene er opptatt av etikk og har godt omdømme i befolkningen.

– NTF prioriterer målrettede tiltak for «svake» grupper og mer støtte til «dem som trenger det mest» fremfor

Generelle ordninger.

– Tannlegene er viktige samarbeidspartnere for den øvrige helsetjenesten i arbeidet for bedre folkehelse.

Presidenten mente at omtalen av tannhelse i Solberg-regjeringens tiltredelseserklæring er en erkjennelse av at vi har en samlet tannhelsetjeneste som fungerer godt.

– Dette harmonerer bra med de innspillene NTF ga til de politiske partiene før valget. Nå skal vi fortsette å bidra med konstruktive og faglig begrunnede innspill for å få mest mulig tannhelse for pengene, fastslo Steinum.

### Tannlegenes plass i en samlet helsetjeneste

Den raske økningen av ikke-smittsomme sykdommer representerer noen av de største helse- og utviklingsutfordringene i det 21. århundre. Disse sykdommene – først og fremst hjerte- og



NTFs president Camilla Hansen Steinum snakket om tannlegene i helsepolitikken. Foto: Kristin Aksnes.

### Om tannhelse i Sundvoldplattformen:

Barn og unge får tilbud om behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Det samme gjelder beboere i heldøgns pleie- og omsorgstilbud. Regjeringen vil videreføre dette, men vil også vurdere å utvide tilbudet til andre pasientgrupper som opplever store tannhelseproblemer.

### Regjeringen vil

innføre bedre skjermingsordninger innen tannhelse for personer med lave inntekter og høye behandlingstgifter.

karsykdommer, kreft, kroniske lunge- sykdommer og diabetes – representerer 60 prosent av dødeligheten i verden. Harry-Sam Selikowitz, nestleder i FDI's vitenskapskomité og rådgiver for NTF, påpekte at vi står overfor en global krise. I de fleste land, også i Norge, er menn, kvinner i alle aldre og til og med barn i risikogrupperne.

Ifølge WHO er tannsykdommer også ikke-smittsomme sykdommer, og de deler risikofaktorer med de øvrige sykdommene. De viktigste risikofaktorene er bruk av tobakk, usunt kosthold, for lite fysisk aktivitet og skadelig bruk av alkohol.

– Ved å kontrollere et lite antall risikofaktorer kan vi forebygge flere syk-

dommer, inkludert tannsykdommer, fastslo Selikowitz.

– Dermed kan vi bedre den generelle helsen til mindre kostnader enn ved sykdomsspesifikke metoder.

Også internasjonalt er man opptatt av hvordan tannlegerollen kan utvikles slik at fremtidens tannleger blir enda viktigere bidragsyttere i folkehelsearbeidet. Tannleger har et ansvar, en mulighet og en utfordring til både å diagnostisere, forebygge og kontrollere ikke-smittsomme sykdommer. Nye diagnosemetoder som kan benyttes i tannlegepraksis er under utvikling.

– På grunn av stor tannlegetetthet, høy frekvens av tannlegebesøk, god utdanning og samhandlingsreformen har tannleger i Norge gode forutsetninger for å bidra til å begrense problemene som de ikke-smittsomme sykdommene representerer. Tannlegene er en ubenyttet ressurs, og det må etableres tettere samarbeide med den øvrige helsetjenesten, konkluderte Selikowitz.

### Den norske tannhelsemodellen: Hvorfor er den god?

– Vår historie er for en stor del en forbyggende og offentlig historie, ført frem av engasjerte tannleger, offentlige som private, hevdet leder av NTFs sentrale forhandlingsutvalg Jan Theien.

– Den offentlige tannhelsetjenesten er godt utbygd og kan vise til gode resultater både på kvalitet, kvantitet, økonomi og tilgjengelighet. Ny forskning bekrefter at det er høy kvalitet på offentlige tannleger, og at man får en trygg og lik behandling uansett hvor i landet man bor. Norske tannleger har stor tillit i befolkningen, og det må vi ta vare på.

Ledelse og fagansvar hører sammen og bør innehas av en og samme person. Tannleger bør derfor ledes av tannleger, hevdet Theien. Men det ligger en stor utfordring i å stimulere til at flere tannleger vil bli ledere i den offentlige tann-

helsetjenesten, og samtidig sørge for at de får en lederutdanning som sikrer formel lederkompetanse. NTF mangler en slik utdanning i dag, men dette vil bli prioritert fremover. Behovet for ledere med fagkompetanse vil være like stort i privat som i offentlig sektor.

– Hvor mange tannleger trenger vi, hva slags tjenester skal vi tilby, hvordan skal den geografiske spredningen være og hvordan skal økonomien fordeles, spurte Theien.

– Og hvem er det egentlig som «trenger det mest»? Vi har i lengre tid savnet en større og helhetlig tannhelsereform. I mellomtiden blir vi avspist med småpenger til tannhelse, avsluttet Theien.

Leder av NTFs sentrale næringsutvalg Gunnar Amundsen hevdet at all suksess er tuftet på kontinuitet. Fordeelingen av oppgaver mellom lovpålagte tjenester i offentlig regi og behandling av betalende pasienter i privat regi er etablert over tid. Gjensidig forståelse for hverandres oppgaver og organisering har gitt et stabilt og forutsigbart system. Endringer har funnet sted innenfor de etablerte rammer, og helhetstanken har vært retningsgivende. Vi har etablert en merkevare, som bekreftes ved at 85 prosent av den norske befolkning er fornøyd med tjenesten.

– Den norske tannhelsemodellen må fortsatt være dynamisk, og nye endringer må til for å videreføre modellens kvalitet, fastslo Amundsen. Bedre stønadsordninger for pasientene medfører at tannlegene blir utsatt for kraftigere søkelys fra myndighetene. God kunnskap om regelverket og

praktiseringen av dette er en forutsetning for at vi fortsatt skal ivareta vår merkevare. Samtidig kan økt konkurranse som følge av et økende antall nyutdannete tannleger i markedet medføre at vår høye etiske standard blir utfordret.

### Regler om stønad til tannbehandling

– Det er tannlegen som skal vurdere om en pasient har krav på støtte, og det er tannlegen som har ansvaret. Vi skal sørge for at behandlingen er nødvendig og forsvarlig, dokumentere at vilkårene for refusjon er oppfylt og at krav i forskrift og rundskriv er ivaretatt. Samtidig må vi være edruelig og passe på at pasientene ikke får mer i økonomisk støtte enn det de har krav på. Overforbruk og underforbruk av trygdemidler er like galt, sa NTFs president Camilla Hansen Steinum i sitt andre innlegg for dagen.

– Som akademikere forventes det at vi setter oss skikkelig inn i det som presenteres i «Det gule heftet», påpekte Steinum. Regelverket inneholder formalkrav som er ufravikelige, for eksem-

Noncommunicable Diseases 4 Modifiable Shared Risk Factors 5 Diseases				
	Tobacco Use	Unhealthy diet	Physical Inactivity	Harmful Use of Alcohol
Cardio-vascular				
Diabetes				
Cancer				
Chronic Respiratory				
Oral Diseases				

Felles risikofaktorer.

pel at det skal foreligge legeerklæring i enkelte tilfeller. Dessuten en del tydelige og entydige faglige krav, som et års observasjon ved hyposalivasjon (uten spyttprøve) og kompositt som førstevalg ved attrisjon. Og videre enkelte krav som betinger faglig vurdering og skjønn, eksempelvis årsakssammenheng.

Helfo fokuserer på dokumentasjon, også av hvilke vurderinger som er gjort, men overprøver i utgangspunktet ikke tannlegens faglige vurderinger. NTFs fokus er på påvirkning for å få forbedringer samt på opplæring og kurs.

– Målet er en tannlegestand med god kunnskap om regelverket, slik at pasientene får den støtten de har krav på. Hverken mer eller mindre, konkluderte presidenten.

### eHelse

– Endelig begynner tannlegene å dra nytte av IT-satsingen, sa NTFs visepresident Jørn André Jørgensen. Nå kommer muligheten til å sende pasientopplysninger direkte fra journal til journal mellom tannleger. Flere leverandører leverer også stadig flere løsninger, og de blir stadig bedre.

Et stort flertall av tannlegene er i dag på nett. Det finnes ingen eksakte tall, men de beste anslagene tyder på at 75 prosent av tannlegene vil kunne ta de nye løsningene i bruk. Det åpner for at tannlegene som helhet kan jobbe mer effektivt ved å utnytte nye løsninger.

– eHelse har betydelig oppmerksomhet i helsesektoren generelt. Målsetningen er at økt bruk av bedre IT-løsninger og mer standardisert registrering og kommunikasjon skal øke både effektivitet og kvalitet. I for stor grad overses dessverre tannhelsesektoren, eller vi må tilpasse oss løsninger som ikke egentlig er laget for oss, fortalte visepresidenten.

For virkelig å utnytte mulighetene som IT gir, må data som legges inn, være strukturert og standardisert slik at de kan brukes flere ganger. Til det trengs omforente kodeverk og gode verktøy som gjør at klinikerne kan jobbe videre uten store tilpasninger, og at kvalitetssikring og rapportering kan gjøres på grunnlag av dette. Det er ini-

tiativer både nasjonalt og internasjonalt for å etablere slike kodeverk, avsluttet Jørgensen

### Stikkskadedirektivet

Visepresidenten orienterte deretter om at EUs stikkskadedirektiv nå er innført i norsk lovgivning. Hensikten er å bidra til en sikrere hverdag for helsepersonell ved at uhell forebygges. Det råder imidlertid stor usikkerhet om dette faktisk er en forbedring for tannhelse-sektoren. Det tydeligste pålegget er at det nå er forbudt å sette hetten tilbake på kanylen – såkalt «recapping».

NTF mener at alle medlemmer skal følge det nye lovverket så snart det er riktig å gjøre det. Det innebærer at tannlegene skal starte prosessen med å tilpasse seg de nye reglene, men ikke overse at slike endringer kan tas i et fornuftig tempo hvor man ikke reduserer personellens sikkerhet, slutter å benytte gode verktøy eller innfører unødvendig dyre løsninger.

### Etterutdanning på nett – rett og slett

Utviklingen fram til dagens etterutdanningssystem i NTF har gått gjennom mange faser og tatt tid. I årenes løp er det utarbeidet en rekke rapporter, og NTF har hele tiden utviklet tilbudet i takt med medlemmenes ønsker og de anbefalinger som er gitt. I et historisk perspektiv kan man derfor slå fast at temaet har vært grundig behandlet og at vedtaket fra 2011 om obligatorisk etterutdanning er vel fundert.

26 prosent av medlemmene står i dag oppført uten noen registrerte timer. Dette er i og for seg et høyt tall, men trekker man fra de yngste kullene, som ikke har så stort behov for etterutdanning ennå, samt de eldste kullene,



Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

som kanskje ikke er i praksis lenger, blir tallet vesentlig lavere.

– Statistikken viser en del underrapportering av etterutdanningstimer, sett i forhold til reell aktivitet hos den enkelte. Selve timeregistreringen må derfor i størst mulig grad automatiseres og knyttes til selve kursregistreringen, sa NTFs hovedstyremedlem Bernt Vidar Vagle.

Kvinner er flinkere til å rapportere. Kun 18 prosent står med null timer, mens tilsvarende tall for menn er 33 prosent. De som er dårligst med registreringen av etterutdanningstimer, er de årskullene som er utdannet mellom 1971 og 1980.

– Det nye kurstilbudet Tank (Tannlegeforeningens nettbaserte kurs) er dokumenterbar etterutdanning på en enkel måte. Her skal tannlegene få et solid og tilpasset tilbud som skal gjøre det enklere å oppfylle både myndighetenes krav om at vi skal være faglig oppdatert og NTFs obligatoriske etterutdanningskrav. Tank-kursene er tilgjengelige for alle uansett hvor de bor i landet. De er fleksible og medfører ikke praksisfravær eller reiseutgifter, påpekte Vagle.

Det blir lagt merke til at NTF har innført obligatorisk etterutdanning for sine medlemmer. Det synliggjør NTF som en forening som satser tungt på kvalitet og fagutvikling. Dette har vi grunn til å være stolte av. Mange er imidlertid opptatt av hvilke konsekvenser som venter dem som ikke følger opp. Det er ikke nok bare å innføre et obligatorisk system dersom det ikke følges opp med sanksjoner, hevdes det.

Vedtaket fra representantskapet i 2011 innebærer at dette spørsmålet skal utredes videre i løpet av den første femårsperioden, som startet fra 2012. Foreløpig vil NTF heller satse på gulrot enn på pisk.

– Men spørsmålet diskuteres regelmessig, og før status gjøres opp i 2017 må noe mer konkret på plass her, slo Vagle fast.

Morten Rolstad  
Kommunikasjonssjef i NTF



NYHET

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

Nye Listerine® Professional Fluoride Plus tar hånd om risikofaktorene som er identifisert i Keyes-konseptet.<sup>1</sup>

Alkoholfrie Listerine® Professional Fluoride Plus bidrar til å redusere risikoen for karies fordi det:

- Inneholder ekstra fluor (0,1 %) som styrker tennene
- Reduserer plakk
- Kontrollerer den bakterielle syreproduksjonen

Listerine® Professional Fluoride Plus gir 100 % økt beskyttelse for tennene sammenlignet med fluortannkrem alene (i laboratoriestudie<sup>2</sup>).

## Profesjonell munnpleie hjemme



Nordental 2013:

## Åpen og innbydende

Også i år hadde dentalbransjen laget en oversiktlig og flott utstilling i tilknytning til vårt landsmøte på Lillestrøm. En utstilling på mer enn 3 000 kvadratmeter.

**N**ordental har mange og viktige funksjoner for hele tannhelse-teamet. Vi får se nyheter, men får også en bred presentasjon av velkjente produkter. Og her er det muligheter til å gjøre gode kjøp og gjøre gode avtaler.

I tillegg fungerer Nordental som møtested og mingleområde for landsmøtedeltagerne.

Utstillerne byr på vått og tørt av mange slag, og det er tydelig at dentalbransjen ønsker å gjøre messebesøket så hyggelig og behagelig som mulig for alle i tannhelseteamet.

Hvis man skal si noe om trender, er det i alle fall tydelig at maskinell endo-behandling er i skuddet. Systemene er mange, og det er tydelig at produsentene ønsker å tilby systemer som er enkle å håndtere og likevel gi optimale resultater. Her har det skjedd mye de siste årene, og utvikling av nye produkter skjer åpenbart hele tiden.

### Nordental rundt

En vandring rundt i Nordental bød ellers på litt av hvert.

Årets Nordental var skrudd sammen over samme lest som tidligere år. Likevel fremsto årets utstilling som mer åpen og innbydende.

I tillegg var det mange utstillere som bød på en god munnfull til den småsultne og ikke minst noe godt å drikke. (Før landsmøtet og Nordental henstilte NTF alle utstillere om å vente med alkoholserving til ettermiddagen og etter at landsmøtets fagprogram var over for dagen. Det så ikke ut som alle utstillere ønsket å etterkomme denne henstillingen. (Red.anm.))

Takk til dentalbransjen for nok en flott Nordental.

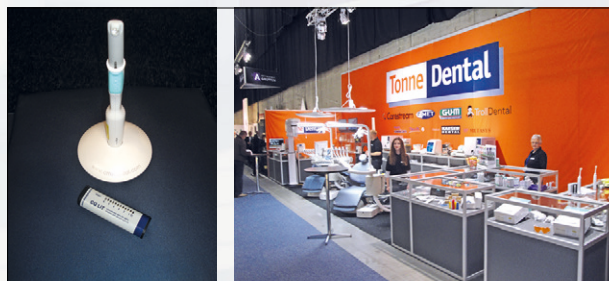
Kjetil Reppen



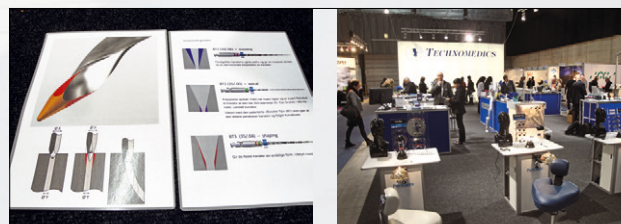
PRO-DENT importerer tannteknikk i samarbeid med flere laboratorier i Europa, og daglig sender disse samarbeids-laboratoriene cirka 1 200 arbeider til Kina.



LIC viste frem en ny og forbedret Carisolv i tillegg til Perio+. Carisolv er vel kjent for de fleste. Perio+ er en gel som appliseres i tannkjøttlommen før depurasjon. De aktive ingrediensene skal hemme videre bakterievekst og gi bedre tilheling etter depurasjon.



Tonne Dental viste frem en spennende nyhet – en lysmåler for LED-lys i herdelamper. Vi har vel lett for å tro at herdelampen vår er som den skal, men det er nok ikke dumt med en liten kontroll fra tid til annen. En liten og hendig lysmåler.



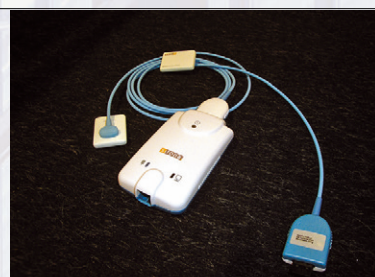
Tecnomedics viste frem BT-Race, et maskinelt endo-system. BT-Race baserer seg på tre instrumenter per behandling. Systemet virker gjennomtenkt og er trolig et godt valg.



DentalSpar hadde som vanlig en fargerik og fin stand. Vareutvalget er stort og prisene er absolutt konkurransedyktige!



Jacobsen Dental viste frem røntgen-sensorer fra Sirona. De heter XIOS og er svært beskjedne i størrelse. Kvaliteten synes udiskutabel og de tekniske data er fremragende. Jacobsen Dental viste også en lekker liten skanner for fosforplater – VistaScan Mini View. Den har berøringsskjerm for intraorale formater og trenger altså ikke å være koblet til annen skjerm for at bilder skal kunne vises.



Termomedics viste frem endo-systemet WaVeOne. Det er et system som kun krever EN fil per behandling. Enklere blir det ikke.



XO-uniter er meget lekre og brukervennlige. I kjent stil var XO-standen en liten perle på Nordental. Her var det regelmessige demonstrasjoner av unitene 4.2 og 4.6 i XO's egen lille paviljong. En engasjert utstiller med flotte produkter.



Norsk Ortoform ønsket å presentere sin eCEMENT. Den er en komposittsement som er tenkt til sementering av litium disilikatrestaureringer som f.eks e.max. Den finnes som lysherdende og dualherdende. Den hevdes å ha eksepsjonelle fysiske egenskaper. Sementen kan også anvendes mer universelt.



Dental Sør hadde som vanlig en stor og romslig stand hvor de blant annet viste frem sine solide og driftsikre Heka-uniter. Dental Sør representerer også KaVo og derfra hadde de hentet DIAGNOcam. Dette er «røntgen-diagnostikk» uten røntgen. En diodelaser sender lys med bølglengde 780nm gjennom tannen og et kamera fanger opp informasjonen og viser den for eksempel på skjermen over uniten. Svært høy kvalitet på bildene som vises. Dette er et spennende diagnoseverktøy som burde være interessant for mange.



Dentatec Dental hadde en stand med mange interessante produkter. På endo-siden viste de frem Resiproc. Dette er et system som baserer seg på bruk av bare en fil. Mange har tatt dette systemet i bruk og erfaringene er gode. En blandemaskin for blant annet alginat, Hurrimix, ble også presentert. Den sørger for blørefri alginat i riktig konsistens. Rett og slett kvalitetssikring av avtrykksmassene vi bruker.



DNB var som vanlig representert på Norden-tal. NTF har en samarbeidsavtale med DNB og banken tilbyr et bredt spekter av bank- og forsikringstjenester til gunstige priser.



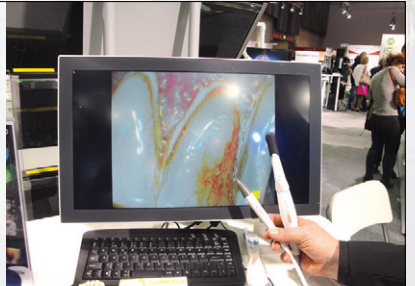
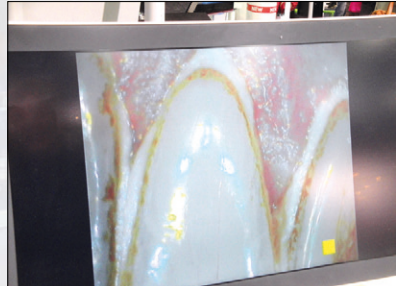
Praxis er leverandør av klinikkutrustning i alle farger og stoffkvaliteter. Produktutvalget er stort, så her skulle det være mulig for alle å finne noe som passer.



3M hadde som vanlig en oversiktlig og fin stand med engasjerte og hyggelige medarbeidere. De viste den nye Pentamix Lite som er lite plasskrevende og enda mer brukervennlig. Pentamix Lite er snart tilgjengelig på markedet. 3M viste også sin Imprint 4 – et A-silikon med svært kort herdetid på grunn av aktiv selvoppvarming. Dette er et produkt som nok vil slå an.



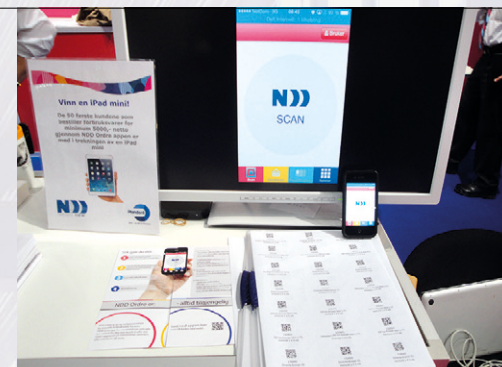
Oral B hadde en innbydende stand med kjent design. Produktserien er stor med syv oscillerende el-børste-typer og åtte forskjellige børstehoder å velge mellom. Her finnes børstehoder tilpasset en rekke forskjellige behov og indikasjoner.



Unident hadde flere interessante produkter å by på. Et sugemunnstykke som både holder tungen og kinnene unna operasjonsfeltet og suger så effektivt at resten av munnen holdes tørr. Samtidig har den kraftig LED-lys ved arbeidsfeltet, og da snakker vi flomlys! Dette var et meget interessant produkt – kanskje særlig hvis man ikke jobber four-handed. Systemet er fra Isolate Systems i USA og er absolutt vel verd å prøve. Demonstrasjonen var i alle fall svært overbevisende. I tillegg viste Unident frem Soprocure. Et kamera med LED-lys «leser» tannen og gingiva og avdekker karies, infraksjoner, gingivitt, plakk og så videre. Svært overbevisende som diagnostisk verktøy.



Helfo var som alltid på plass. Behovet for å få svar på hvor grensene går og hva som støttes og ikke støttes er alltid stort. Men det var svar å få.



NDD hadde etter min oppfatning Nordentals beste stand – stor, oversiktlig og veldig godt bemannet. NDD er ledende på mange måter og byr på det meste av utsyr og forbruksartikler. I år lanserte de en ny app for å forenkle innkjøp til klinikkene. Dette er en app for smarttelefoner som vil gjøre det enklere å finne varenavn, varenummer eller skanne en QR-kode og selvsagt bestillevarer. Eget varelager vil også kunne bli langt med oversiktlig. Appen kan lastes ned gratis.

Plus Regnskap leverer et komplett tilbud av tjenester til tannleger og det har de gjort i over 20 år. Her finner tannleger det de trenger av bistand på områder vi i utgangspunktet har for dårlig kompetanse – regnskap og bedriftsøkonomi.



Bare Velvære lager lekkert tøy til tannklinikken. Stort utvalg av farger og modeller med mange fine detaljer.



JACOMEDIC leverer et produkt «alle» tannklinikker egentlig burde ha – et kontrollverktøy for effektiviteten og kvaliteten på våre autoklaver. Med utskiftbare strips i en enkel liten beholder vil man alltid ha kontroll på en svært viktig funksjon på klinikken. Løp og kjøp.



Durr står for kvalitet og driftssikkerhet enten det dreier seg om kompressorer eller sugemotorer. Deres produktvalg er meget stort, og på Nordental ble det vist et par eksempler på hva de lager. En fin og oversiktlig stand.



Actavis kommer stadig med nye Flux-produkter. Ryddige og gode produkter. Det er flott å se at Flux Klorhexidin har opplysning på flasken om at produktet i utgangspunktet bare skal brukes i 10 til 14 dager.



Dentrade driver med import av tannteknikk og var som alltid til stede med sin karakteristiske stand. Firmaet har lang erfaring og har mange fornøyde kunder.



Solidox har kastet seg på syreskade-problematikken hos unge og lansert Solidox Mot Syre. Solidox hadde en flott og oversiktig stand med hjelpsomme og hyggelige medarbeidere.



Oslo Dental viste frem uniter i år også. Her handler det om uniter og lite annet. Dermed er oppmerksomheten stor om de produktene man ønsker å presentere og informasjonen man får er god. En fin og ryddig stand.



Dandent er et mindre svensk firma som driver med klinikkinnredning. Men det stopper ikke der. Etersom recapping av anestesiprøyter er blitt ulovlig, har flere produkter dukket opp for å løse problemet. Dandent har funnet en flott løsning på dette og presenterte denne på messen. Med denne løsningen kan vi bruke de metall-sprøytene vi har, og vi og slipper å gå over til lette og skranglete plastvarianter. Dandents løsning er vel verd en kikk!



Opus Dental er stadig i forbedringsmodus. Dette velkjente og brukervennlige datasystemet blir stadig bedre og lang rekke nyheter har nå kommet, og flere er under utprøving. Det vil gå for langt å nevne alle, men E-timebok der pasientene kan legge seg inn i timeboken selv, kjøres nå i pilot og vil nok snart være tilgjengelig. Opus ønsket også å vise frem Lipit – en handsfree, leppekontrollert løsning for effektiv og hygienisk journalskriving og annen betjening av PCen – til bruk under klinisk arbeid.



Ekulf har et fantastisk assortiment av hygieneprodukter og på standen viste man frem et utvalg. Katalogen: Profylakse 2013 gir full oversikt over mulighetene.



Tannhelsesekretærenes forbund hadde stand på Nordental. Denne yrkesgruppen er nøkkelpersonell på enhver veldrevet tannklinikk. Fokus på utdanning og rekruttering av tannhelsesekretærer bør i høyeste grad være av interesse for tannlegene og derfor er det flott at Tannhelsesekretærene er tilstede på Nordental.



# VI TAR IMOT DINE DIGITALE AVTRYKK

*God jul og godt nytt år!*

hilsen alle oss i Artinorway Gruppen

**NYHET!**

SUNSTAR



**SOFT-PICKS™**

Endelig finnes GUM® Soft-Picks i 3 størrelser:

**REGULAR • LARGE • X-LARGE!**



Regular

Large

X-Large



**FINNES PÅ DITT DEPOT!**

Sunstar | Tel 909 84154 | [info.se@se.sunstar.com](mailto:info.se@se.sunstar.com)



GUM® Soft-Picks 2013 NO





## Vi må henge sammen eller bli hengt hver for oss

**J**a, – så har Eltilsynets representant, Infratek, på nytt vært på døren. Det ble heldigvis bare 10 «feilkoder» denne gang, etter at en annen representant i 2010 krevde utbedring av seks andre forhold på sin befarings. Vi hyret den gang inn elektriker, fikk «godkjent», men har altså nå, 3 år senere, 10 nye mangler knyttet til vårt (uendrede) elektriske anlegg. Jeg er i utgangspunktet en positiv fyr, så jeg takket for den løsningsorienterte tilnærmingen og lovet å hyre inn ny elektriker (...).

Denne gang var imidlertid formålet med tilsynet et annet. Infratek ville, på vegne av det samme Eltilsynet, også ha innsyn i vårt kvalitetssystem knyttet til det elektromedisinske utstyret. En gang i tiden var jeg leder for OTFs kvalitetsutvalg. Jeg gikk i egen virksomhet da i bresjen for at NTFs Kvalitetshåndbok skulle brukes aktivt. Den ble utviklet da jeg selv satt i PTE-styret, et viktig styre i Tannlegeforeningen som fremforhandlet frivillige takster i privat sektor (forstår at også jeg begynner å bli gammel). Selvsagt har myndighetene endret mange krav siden da, og like selvsagt burde foreningen ha fulgt opp kvalitetssikringsarbeidet fra den gang. Har den det?

Jeg oppnådde bare seks «avvik» til selskapets internkontrollsystem knyttet til Eltilsynsloven. I tillegg til skjøteledninger handlet tilsynet om bruk og vedlikehold av det elektromedisinske utstyret. Halvparten av avvikene gjaldt det elektromedisinske utstyret. System for opplæring av de som skulle benytte utstyret, registrering av utstyret og «virksomheten må foreta en risikovurdering og planer / tiltak må utarbeides og dokumenteres. Dette gjelder spesielt for områder / utstyr brukt ved større / mer omfattende inngrep som operasjon o.l.»

Jeg har i løpet av mine 30 år som tannlege ikke hørt noen historie om

skader på pasient eller operatør som følge av det elektromedisinske utstyret. Følgelig forstår jeg at systemene som etterspørres, i odontologisammenheng, må kunne gjøres ganske enkle. Mynighetene krever imidlertid at systemene inneholder rutiner (beskrevet med tidsintervall) med godkjenning fra «autorisert» personell. Det vil si av autorisert elektriker på det elektriske anlegget, og av leverandør av det elektromedisinske utstyret.

Hvem er de siste? I Norge er det snakk om et fåtall leverandører. Ved henvendelse til én av dem med spørsmål om hvor ofte utstyret må ha service / kontroll var svaret at leverandøren av uniter anbefaler årlige servicer, men at dette ikke er et krav. Eltilsynet derimot stiller strengere krav til kontroll av utstyret. Ja vel? Da ringer vi tilbake til Infratek, Eltilsynets utsendte. Representanten der viser da til «Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr». I kapittel III. BRUK OG VEDLIKEHOLD § 11 heter det: «Det elektromedisinske utstyret som anskaffes til bruk, skal være i samsvar med de bestemmelser som gjelder for det aktuelle utstyret og være egnet til formålet». I § 15 VEDLIKEHOLD står følgende beskrevet: «Elektromedisinsk utstyr skal vedlikeholdes på en planlagt og systematisk måte slik at det til enhver tid er sikkert og kan brukes uten fare for skade på mennesker, dyr og materielle verdier».

Dette begynner sikkert å bli kjedelig. Jeg forstår det, men jeg er én av de utpekte til å måtte ta stilling til påleggene. Jeg stritter ikke imot – jeg bare ønsker å tilpasse innsatsen til min primær oppgave; å behandle mennesker med tannplager.

Dersom Tannlegeforeningen med sin styrkede advokatkompetanse har oppdatert HMS-systemet til glede for medlemmene, vil sikkert mange kolleger,

som i disse dager oppsøkes av Infratek, gjerne ha litt informasjon om dette.

Leverandørene. Jeg navngir ikke leverandøren som tilla Eltilsynet strengere krav enn produsentene. Men; jeg innrømmer at jeg ikke gjennomfører årlige servicer som anbefalt. Ikke fordi 10 000,- per unit er et uoverkommelig beløp, men fordi jeg altfor ofte opplever problemer i etterkant. Med fem uniter blir det mye problemer. Et annet eksempel: Få år tilbake anskaffet vi en sterilisator. Den ble anbefalt pga. stor kapasitet og et hurtigprogram. Kort tid etter anskaffelse oppstår problemer, og forklaringen på våre problemer var at vi 1) ikke kunne fylle inn så mange brett som vi var blitt forespeilet og 2) hurtigprogrammet kunne ikke anvendes. Kjøpet burde vært hevet, men slik er ikke dentalbransjen.

I ettertid kjøpte vi så en maskin til håndtering av turbiner og vinkelstykker. Den er nå cirka tre år gammel. I september hadde vi service. Regning kr 9 000,-. Tre uker etterpå fikk vi feilmelding. Tekniker kom, tekniker fant intet og forsvant. Regning kr 3 000,-. På nytt leser vi feilmelding og leverandør tar med seg maskinen. Telefon fra leverandør: De har brukt lang tid på – kanskje – å ha funnet feilen; feil på elektronikken og en bøyd slange inne i maskinen (hvem skulle ha funnet på å bøye den mon tro? Rett etter servicen...). Vi er imidlertid heldige for de belaster oss bare for tre timer. Ny regning kr 9 000,-. På en tre år gammel maskin som skal pleie våre turbiner og vinkelstykker har vi altså i høst betalt cirka 21 000 kroner. Og vi skal oppleve frelse og lykke. Og være takknemlige!

Sannheten er at tiden er overmoden for å håndtere en leverandørgruppe mer kritisk. Tittelen på dette innlegget er hentet fra salige Jan P. Syse. Som tannlege har jeg to valg: Å redusere egen inntekt eller å skyve økte honorarer over på pasientene. Dentalbransjen

---

– som underleverandør til helsetjenester – viser intet magemål. Min inntekt gjenspeiler min innsats som helsearbeider. Den speiler også innsatsen som arbeidsgiver for seks ansatte og som ansvarlig for gjennomføring av myndighetspålagte lover og regler. Mye mer også forresten – mange av dere lesere kan sikkert supplere meg.

Hadde mine pasienter vært like misfornøyd med meg som jeg for tiden er med dentalleverandørene, så hadde de funnet seg en ny tannlege. Jeg har et

fåttalls utstyrsleverandører å velge blant, og de lever i praksis uten konkurranse. Det gjør ikke saken bedre at Etilsynets representant, Infratek, tror at min virksomhet blir bedre av å ha en underskrift fra de samme.

Konklusjon: La oss samle kreftene, NTF, Praksiseierforeningen, kreative men stadig samfunnsengasjerte kolleger. Infratek/Etilsynet skal få et gjenomtenkt svar fra meg. De gjør bare jobben sin. Med utilstrekkelige føringer fra myndighetene. De er formelle. Det

er deres mandat. Deres krav treffer bare delvis tannhelsevirksomhetene. Jeg skal sørge for at mitt svar synliggjør fornuftige rammer for vårt fagområde. Jeg legger meg ikke flat. Jeg er imidlertid sikker på at mange kolleger som har fått samme oppgave er i villrede. Som dere skjønner er dere ikke alene.

Skal vi bli hengt hver for oss – eller tar noen ballen?

*Carl Christian Blich*

Kl. 0000 på utgivelsesdato  
[www.tannlegetidende.no](http://www.tannlegetidende.no)

## Svar til Carl Christian Blich

**E**t hvilket som helst tilsyn på en bedriftseiers internkontrollrutiner vil nødvendigvis føles ubehagelig. Likevel er dette en del av de spilleregler som gjelder i norsk næringsvirksomhet. Dette er ikke eksplisitt for norske tannleger. At avvik oppleves som unødvendige og detaljstyrende er nok dessverre en del av en bedriftseiers hverdag. Tilsynsmyndighetenes mandat er tydelig, og vi som forening vil naturlig nok ikke være i en posisjon som gir oss muligheten til å etablere særordninger for norske tannleger.

SNU er arvtageren til det tidligere PTE, og vi har så smått begynt å se på NTFs kvalitetshåndbok og behovet for å revidere denne slik at den kanskje er mer oppdatert og brukervennlig. Likevel vil en håndbok for internkontrollsystemer kun være en mal for hver enkelt bedriftseiers internkontrollsystemer. Det er bedriftseierens oppgave å tilpasse malen til sin egen virksomhet. Forventning om at NTF skal produsere en håndbok som passer alle vil være en umulighet. Vår oppgave blir å trekke de store rammene – skape referansebanker slik at våre medlemmer får tilgang på lovpålagt regelverk og krav på en enkel og effektiv måte.

Vi har per skrivende stund blitt invitert til Arbeidstilsynet sentralt for å delta i en gruppe som skal forsøke å utvikle en brosjyre som retter søkelys mot de punkter Arbeidstilsynet vil legge vekt på ved et tilsyn. Håpet er at vår deltagelse her vil gi Arbeidstilsynet en bedre forståelse for hvordan våre foretak er organisert og hvordan vår hverdag fortøner seg. I tillegg ønsker og håper vi at et slikt initiativ vil kalibrere Arbeidstilsynets tilsyn på en slik måte at de blir like over hele landet. Målet er at en slik brosjyre skal kunne representere et supplement og forenkling i vårt fremtidige HMS-arbeid.

Liknende initiativ vil være naturlig å gjøre overfor andre tilsynsmyndigheter, som for eksempel Eltilsynet.

Vi er pålagt obligatorisk medlemskap i godkjent bedriftshelsetjeneste og din bedriftshelsetjenesteleverandør skal være en viktig aktør i ditt kvalitetssikringsarbeid.

En mulighet i denne sammenheng er at NTF kanskje kan påta seg å forhandle frem en kollektiv avtale med leverandør av bedriftshelsetjenester.

Når det gjelder din frustrasjon over dine leverandører, er den helt klart objektiv men likevel sikkert berettiget.

Leverandørene opererer i et konkurranseutsatt marked, selv om det etter ditt syn ikke fungerer. Det er likevel vår oppgave som forbrukere å stille krav til leverandørene.

At våre leverandører tilfredsstiller myndighetenes krav til autorisasjon er derimot en forutsetning, og et opplagt krav.

Å etablere en henvendelse til leverandørens interesseorgan, hvis et slikt organ eksisterer, vil vi kunne gjøre. Målet med et slikt initiativ må da være å skape tydelige anbefalinger for leverandørens elektromedisinske utstyr som samsvarer med tilsynsmyndighetenes krav, samtidig som vi klarer å visualisere og øke forståelsen av vår kliniske arbeidssituasjon.

De reelle kostnadene derimot, uansett SNU-bestrebelse, vil være konkurranseutsatt, og det er tannlegene som forbrukere som må skape et press på sine leverandører slik at konkurransen i markedet virkelig kan fungere.

*Gunnar Amundsen  
Leder i Sentralt næringsutvalg i NTF (SNU)*

Studentmedlemskap er gratis. Meld deg inn på  
[www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no) – for studenter

## Hvordan forholde seg til trygdelovgivningen

**F**ram til 2008 ble trygdestønad og trygdebidrag på tannhelseområdet regulert etter Folketrygdloven § 5–6 og § 5–22. Bidrag etter § 5–22 skulle forhåndsgodkjennes, mens stønad etter § 5–6 ble kalt pliktmessige ytelser eller betinget pliktmessige ytelser som ikke skulle være gjenstand for overprøving fra myndigheter. I praksis ble dette likevel litt annerledes på grunn av mange gråsonekasus som måtte behandles skjønnsmessig. Det fantes en stab av rådgivende tannleger som vurderte søknader etter § 5–22 og ellers tok avgjørelser i tvilstilfelle. Opplevelsen av dette systemet var nok noe blandet for tannlegene, som kunne erfare distriktmessige forskjeller i saksbehandling.

Revolusjonen kom i januar 2008 da bidrag etter § 5–22 ble fjernet fra lovverket på tannhelseområdet og de 14 innslagspunktene ble innført under § 5–6. En helt ny tankegang ble etablert. Nå var det tannlegenes faglige vurdering som skulle legges til grunn for krav om trygdestønad. Forhåndssøknader var ikke lenger nødvendige og heller ikke mulige å fremme. For mange tannleger var dette en lettelse; det forenklet saksbehandlingen, forkortet saksbehandlingstiden og utbetalingen skjedde raskere. Mange så verdien i å etablere direkteoppgjørsavtale med nyopprettede HELFO, og med elektronisk overføring kom utbetalingene på konto i løpet av et døgn eller to.

Tannlegenes mønsteravtale er på samme form som for annet helsepersonell som jobber med direkte oppgjør fra HELFO. Avtalen ble i sin tid drøftet i møter mellom NTF, Helsedirektoratet og HELFO, og det ble gitt skriftlige innspill. Diskusjonen rundt avtalen gikk i hovedsak på innsendingsmetoder og grenser for disse, kontrollmuligheter og sanksjoner.

Haken ved å ansvarliggjøre tannlegene i forhold til regelverket var at det

forpliktet dem til å sette seg inn i regelverket på en annen måte enn tidligere for å være sikre på at de sendte inn relevante oppgjørskrav. Dette skapte en del engstelse i begynnelsen; mange var redde for å misforstå reglene og sende inn urettmessige krav med ubehageligheter til følge. Fra myndighetenes side ble det derfor i innkjøringsperioden presentert en «korreksjonsstige» der misforståelser skulle korrigeres og veiledes, og først når det ble avdekket systemfeil over lengre tid skulle sanksjoner tre i kraft. Krav om tilbakebetaling og anmeldelse var inntil videre uaktuelt, det var forbeholdt de tilfellene hvor feilene var åpenbart bevisste eller tannlegen ikke hadde rettet seg etter pålegg/veiledning. Det ble opprettet et elektronisk kontrollsystem, KUHR, som sorterer ut krav blant annet med logisk svikt i takstbruk/innslagspunkt før de går til utbetaling. Systemet ga også mulighet for å se om enkelte tannleger i stor grad lå utenfor «normalen», og muliggjorde dermed risikobaserte tilsyn med veiledning.

I årene etter 2008 er regelverket blitt spisset og oppdatert etter politiske og faglige innspill, blant annet fra NTF, slik at tekst og logikk i større grad kunne koordineres og samsvare med de kliniske situasjonene som oppstår i praksis. Tannlegene er blitt godt kjent med systemet, og feilprosenten er gått ned fra år til år. Samtidig forventer myndighetene at tannlegene i løpet av drøyt fem års bruk av systemet har hatt god nok tid til å lese seg opp og forholde seg til et regelverk som har fått en stabil form, og velviljen for systemfeil er ikke lenger like stor. Det har oppstått noen saker der HELFO har krevd tilbakebetaling av uberettiget utbetalte krav.

Systemet er i utgangspunktet basert på prinsippet om frihet under ansvar, og systemet åpner for tolkninger

i enkelte tilfeller. For at tannlegene skal være sikre på at de kravene de sender inn er adekvate må de ta jobben med å sette seg inn i regelverket. De som ikke gjør dette har en høyere risiko for å leve med systemfeil som berører mange pasienter, og det er systemfeilene eller de bevisste svindelforsøkene HELFO primært reagerer på. Det aller viktigste er at kravene er godt dokumentert og at vurderingene som ligger til grunn er journalført. Når dette er gjort i henhold til forskriften er man på mye sikrere grunn enn hvis det mangler.

Regelverket består i praksis av – Formalkrav som er ufravikelige for eksempel at det skal foreligge legeerklæring i enkelte tilfeller. – Tydelige og entydige faglige krav, for eksempel ett års observasjon ved hyposalivasjon (uten spyttprøve) og kompositt som førstevalg ved attrisjon. – Krav som betinger faglig vurdering og skjønn, eksempelvis årsakssammenheng.

Det siste punktet åpner for vurderinger gjort av tannlegen. Her er det svært viktig med god og utfyllende journalføring. HELFO vil være tilbakeholdne med å overprøve tannlegens faglige vurderinger, og har man ført sine vurderinger med begrunnelser i journalen skal det mye til at man får tilbakebetalingskrav. Ved ulik tolkning av regelverket vil man få beskjed om dette slik at man kan gjøre justeringer i tilsvarende senere situasjoner. Så langt har vi sett svært få tilbakebetalingskrav hvor det ikke er gjort åpenbare feil etter de to første strekpunktene over.

NTF får også spørsmål om de rådgivende tannlegenes funksjon. De rådgivende tannlegene gir råd og veiledning, men de kan ikke forhåndsgodkjenne søknader. Det er behandlende tannlege som står ansvarlig etter regelverket. En uttalelse fra rådgivende tannlege burde likevel veie tungt dersom rådgivende



tannlege har hatt tilgang til konkrete pasientopplysninger og veiledet ut fra det. Men det er ikke ønskelig å komme tilbake til en situasjon der de rådgi- vende tannlegene har en stor rolle i «godkjenning» av trygdesaker, dette må begrense seg til avklaringer i helt spesielle tilfeller.

NTF mener at lovverket i 2013 er så konkret at det i daglig drift skal være kurant å forholde seg til det. Det største problemet i forhold til regelverket er ofte å kunne skaffe nødvendig dokumentasjon fra andre instanser. Dermed er det ikke sagt at det ikke er rom for forbedringer, og NTF sender årlig inn

prioriterte ønsker i samarbeid med spesialistforeningene og etter innspill fra medlemmene. Innspill fra medlemmene er viktige; de hjelper alle tannleger til å videreutvikle et godt forståelig system der det er vanskelig å gjøre feil. Vi oppfordrer derfor medlemmene til å kommentere momenter som bør endres. Målet er en tannlegestand med god kunnskap om regelverket, slik at pasientene får den støtten de har krav på.

Det er ikke vanskelig å finne områder hvor regelverket åpner for til dels betydelig vurderinger og skjønn. Det vil alltid være en avveining om regelverket

skal være konkret eller gi åpning for skjønn. NTF mener det er den behandlende tannlegen som er best rustet til å vurdere pasienten, med et godt faglig skjønn, innenfor regelverkets formelle rammer og godt dokumentert i journalen. Det er heller ikke vanskelig å finne takster som virker behandlingsstyrende eller urimelige, men arbeider vi mot stadige forbedringer vil det tjene pasientene slik vi gjerne ønsker det. Det er det regelverket er til for.

*Camilla Hansen Steinum  
President i NTF*

Husk å melde adresseforandring!  
[www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)

# Pensjonist og i jobb

Flere av våre seniorer fortsetter i arbeid etter oppnådd pensjonsalder. Mange velger å ta ut pensjon og samtidig fortsette i en deltidsstilling. Mange har valgt å fortsette å arbeide fordi de har ønsket å dekke et udekket behov for tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten, andre fordi det gir dem bedre livskvalitet og andre igjen fordi det gir dem bedre økonomi.

**P**ensjonsordningen i offentlig sektor har frem til nå gjort det mulig å ta ut full pensjon samtidig som man arbeider uten at pensjonen reduseres.

Alderspensionister som er medlem av Akademikerne i kommunesektoren kan imidlertid ikke jobbe på pensjonistvilkår fra 1. januar 2014

Fra 1. januar 2014 vil man måtte tåle en avkortning i pensjonen fra en offentlig pensjonsordning dersom man fortsetter å arbeide i det offentlige. Arbeid i privat sektor vil ikke gi avkortning.

Reglene har alltid vært slik at man ville få en avkortning i pensjonen dersom man var medlem i pensjonsordningen og samtidig mottok lønn fra den offentlige tannhelsetjenesten, men det var slik at man måtte arbeide mer enn 14 timer i uken for å bli innmeldt i ordningen. Begrenset man altså arbeidet til 167 timer i kvartalet ble man ikke innmeldt i pensjonsordningen og fikk dermed ingen avkortning.

Den nedre grensen på 14 timer for medlemskap i pensjonsordningen i KS' tariffområde ble den 21. juni i år erklært ugyldig av Arbeidsretten.

14-timersgrensen har Fagforbundet og LO sett på som meget urimelig for mange av sine medlemmer. Deres påstand har vært at bestemmelsen

i Hovedtariffavtalen i kommunal sektor er diskriminerende og dermed ugyldig. For dem er dommen av 21. juni 2013 en viktig prinsipiell seier og sikrer pensjonsrettigheter for mer enn 30 000 deltidsansatte, stort sett lavtlønnede kvinner, i kommunal sektor. Det å være med i pensjonsordningen ses på som et vesentlig gode.

Partene i kommunesektoren kom til en midlertidig løsning ut 2013 som gikk ut på å forlenge dagens ordning ut året, men fra 1.1.2014 er det slutt.

Dommen gjelder kun tariffavtalen i kommunal sektor og arbeidstakere som er omfattet av den. Arbeidstakere i kommuner, fylkeskommuner og kommunale bedrifter skal derfor nå meldes inn uansett hvor lite de jobber. Dette sikrer medlemskap i pensjonsordningen for de som hittil har falt utenfor pensjonsordningen. Frem til tariffpartene kommer frem til hvilke innmeldingsregler som skal gjelde i fremtiden, berører dommen ikke ansatte hos andre arbeidsgivere, for eksempel i helseforretakene.

En konsekvens av dommen er at alderspensjonister innen kommunal sektor nå skal meldes inn uten noen nedre grense. Tannlegeforeningen er oppmerksom på at både arbeidsgiverne og mange av våre medlemmer har innrettet seg etter muligheten for å jobbe inntil 167 timer i kvartalet uten at alderspensjonen blir redusert. Fra 1. januar 2014 er dette altså ikke lenger en mulighet uten avkortning av pensjonen.

23. september i år ble partene i kommunal sektor, Kommunenes Sentralforbund KS, LO Kommune, Unio, YS-kommune enige om et nytt punkt i Hovedtariffavtalen for kommunal sektor.

Pensjonistlønnen det er inngått avtale om er 175 kroner per time. Det syntes Akademikerne og Tannlegeforeningen er for dårlig og har ikke signert protokoll med KS.

Akademikerne – kommune er også part, men har valgt og ikke å skrive under protokollen. Det har flere grunner. For det første mener Akademikerne det er uheldig at en gruppe eldre arbeidstakere, med samme formelle kompetanse, lik utdanning og med lengre erfaring, kan avlønnes vesentlig dårligere enn sine yngre kolleger. Alder bør ikke være retningsgivende ved lønnsfastsettelse. Akademikere som oppnår pensjonsalder, men som av arbeidsgiver fortsatt er ønsket, og dermed anses som fullt kompetente arbeidstakere bør gis den samme lønnen som andre yngre arbeidstakere.

At de tilfeldigvis har valgt å ta ut pensjon bør ikke ha betydning for lønnen. For det andre vil denne gruppen kunne underby yngre arbeidstakere som ikke har anledning til å ta ut pensjon, dette vil være uheldig. Og for det tredje; Akademikerne er redde for at det vil påvirke vår lønnsutvikling negativt, og også svekke vår forhandlingsstyrke lokalt i de lokale lønnsoppgjørene.

Akademikerne kommune har ikke undertegnet protokollen. Alderspensionister som er medlem av organisasjoner i Akademikerne kommune er således ikke omfattet av den nye bestemmelsen.

Den nye bestemmelsen omhandler anledningen til å arbeide etter at man har tatt ut pensjon fra pensjonsordningen. Partene er enige om et nytt punkt 12.5 i HTA, kapittel 1, med virkning fra 1. oktober 2013.

Alderspensionister kan altså engasjeres på såkalte pensjonistvilkår. Ordningen gjelder ikke AFP-pensionister og foreløpig ikke medlemmer i Akademikerforeningene. Timelønnen er kr 175,- per faktisk arbeidet time. Utover dette betales lørdags- og søndagstillegg, helge- og høytidstillegg og kvelds- og nattillegg slik det fremgår i kapittel 1, § 5 i Hovedtariffavtalen. Personer som er engasjert etter denne bestemmelsen beholder sin pensjon uforandret og skal ikke meldes inn i pensjonsordningen.

Alderspensionister som er medlemmer i LO, Unio og YS og som er engasjert etter ny bestemmelse meldes ikke inn i pensjonsordningen, og løpende alderspensjon blir ikke redusert.

Arbeidsretten har ikke tatt stilling til om det kan aksepteres en annen grense for å være omfattet av ordningen. Det vil være opp til partene å vurdere om dette er aktuelt, og eventuelt på hvilken måte.

Nå som partene, KS på den ene siden og hovedsammenslutningene på den annen, er blitt enige om pensjonistlønn er det meget sannsynlig at ordningen vil bli tatt inn i Hovedtariffavtalen ved

vårens hovedoppgjør. Da åpnes muligheten for alle ansatte, uavhengig av hvor man er organisert. Virkningsdatoen vil bli 1. mai 2014.

Tannleger som ønsker å fortsette å arbeide etter at de er blitt alderspensjonister må finne seg i at alderspensjonen reduseres, men fra 1.5.2014 vil reglene om pensjonistlønn også gjelde for Akademikernes medlemmer og dermed også for tannlegene.

*John Frammer  
forhandlingssjef i NTF*

## Medlemsrådgivning

Medlemsrådgiverne yter juridisk bistand knyttet til medlemmenes yrkesutøvelse, næringsdrift og arbeidsforhold. Telefontid mandag-fredag kl 0900 - 1100.

### *Forhandlingssjef John Frammer*

Juridisk medlemsrådgivning generelt, arbeidsvilkår i offentlig sektor, lønns- og pensjonsforhold i offentlig sektor, tariffspørsmål, forhandlinger, kontakt med arbeidsgiverorganisasjoner/ offentlige arbeidsgivere og opplæring av tillitsvalgte i offentlig sektor. Tlf: 22 54 74 00, e-post: john.frammer@tannlegeforeningen.no

*Seniorkonsulent Lin Muus Bendiksen*  
Medlemsrådgivning generelt, lønns- og arbeidsforhold for hjelpepersonell, mønsteravtalen for tannhelsesekretærer, internkontroll, HMS og kvalitetsutvikling. Tlf: 22 54 74 00, e-post: lin.bendiksen@tannlegeforeningen.no

*Advokat Dag Kielland Nilsen*  
Juridisk medlemsrådgivning generelt, kontrakter, skatte- og avgiftsspørsmål, saker for klagenemndene, ansvarsfor sikring i Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Tlf: 22 54 74 00, e-post: dag.nilsen@tannlegeforeningen.no

*Advokat Elisabeth Scarpello*  
Juridisk medlemsrådgivning generelt, kontrakter, etiske spørsmål og konkurranserettslige spørsmål. Tlf: 22 54 74 00 e-post: elisabeth.scarpello@tannlegeforeningen.no

*Advokat Tone Galaasen*  
Juridisk medlemsrådgivning generelt, kontrakter, NTFs fond for rettshjelp-ordningen for tannleger. Tlf: 22 54 74 00 e-post: tone.galaasen@tannlegeforeningen.no

# Spør advokaten

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

## Tannlegedannet i Polen

Jeg er en nyutdannet tannlege som har studert i Polen. Jeg har mottatt lisens fra Statens autorisasjonskontor (SAK), men jeg har ikke fått så mye informasjon om vilkår, innhold og organisering i lisensperioden. Hvordan finner jeg ut mer om dette?

*Svar:* Helsepersonelloven § 49 fastslår at helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter § 48, kan gis lisens etter søknad. Lisens kan bare gis til helsepersonell som er skikket ut fra lisensens art og omfang. Lisens kan også gis til helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52. Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.

Tannlegestudiet i Polen er regulert av EUs Yrkeskvalifikasjonsdirektiv, og anses

derved jevngradig med den norske utdanningen. For å oppfylle kravene i direktivet må man imidlertid etter fem års studier gjennomføre ett år klinisk veiledet praksis og deretter avlegge statseksamen, for å ha rett til autorisasjon som tannlege i Polen.

Siden norske studenter oftest flytter tilbake til Norge uten at den foreskrevne «turnustjeneste» er gjennomført i Polen, så er ikke vilkårene for norsk autorisasjon uten videre oppfylt.

I en slik situasjon gis det en tidsbegrenset norsk lisens i inntil to år, som gjøres gjeldende «for arbeid som tannlege under veiledning av tannlege med autorisasjon». Dette fremgår av din lisens. Lisens er en begrenset autorisasjon. I praksis aksepteres det at veiledningen gjennomføres av flere veiledere.

Det fremgår av oversendelsesbrevet fra SAK at du i lisensperioden må gjennomføre ett år klinisk veiledet praksis som tannlege, før du kan søke om norsk autorisasjon som tannlege. SAK legger til grunn at praksisperioden vil bli forlenget dersom du arbeider i mindre enn 100 prosent stilling, og at praksis i mindre enn 50 prosent stilling ikke vil bli godtatt. SAK legger videre til grunn at veileder ikke må

være inhabil, f.eks. nær slekt, og at vurderingen av habilitet skjer i henhold til forvaltningsloven § 6.

Departementet har hjemmel for å gi nærmere forskrifter om betingelsene for å få lisens og de vilkår som kan knyttes til den. Slik forskrift foreligger ikke for tannleger utdannet i Polen.

Det foreligger for øvrig ingen lov- eller forskriftsbestemte krav til innhold og organisering av veiledet praksis.

SAK utarbeidet våren 2013 «Generelle retningslinjer for veiledet praksis» for tannleger med lisens. Disse er imidlertid foreløpig ikke publisert eller offentliggjort. Det anbefales derfor at du tar kontakt med SAK og ber om å få avklart forhold knyttet til din veilede praksis dersom du er i tvil.

Formålet er at tannlegen i løpet av 1ett år med relevant praksis skal oppnå tilsvarende kunnskaper og ferdigheter som en nyutdannet tannlege i Norge. Det må i søknad om autorisasjon dokumenteres tilstrekkelig yrkeserfaring, og den eller de som har vært veileder må bekrefte at tannlegen er kvalifisert til å arbeide selvstendig som tannlege.

Studentmedlemskap er gratis. Meld deg inn på  
[www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no) - for studenter



## 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](https://facebook.com/smaagrep)

 **Helsedirektoratet**

## Varsling

Hva gjør vi når vi mener at en kollegas arbeid ikke er godt nok?

**K**anskje ser vi at nødvendig behandling blir oversett, eller at pasienten blir overbehandlet? Kanskje klager pasienten på at en annen tannlege var unødig hardhendt eller ga manglende informasjon? Kanskje ble ikke pasienten orientert om økonomiske rettigheter, og refusjonsmuligheter i forhold til for eksempel HELFO? Kanskje registrerer vi at tannbehandling har skjedd uten at helsedata er ajourført, og at pasientens helse dermed er satt i fare?

Hvordan vi tannleger skal forholde oss til slike problemstillinger oppleves for mange som vanskelig, og det finnes sjelden bare ett rett svar.

Helsepersonelloven § 17 og NTFs etiske regler §§10, 11 og 12 kan hjelpe oss på vei i dette «minefeltet».

I denne artikkelen har vi også hentet utdrag fra en publikasjon fra Helsetilsynet (30.09.12) av Olav Molven og Gorm Are Gammeltvedt om «Helsepersonellens varslingsplikt» etter Helsepersonellovens § 17.

### Kan vi la være å si noe?

Helsepersonelloven § 17 åpner slik: » Helsepersonell har plikt til av eget tiltak å varsle Fylkesmannen/Statens helse-tilsyn om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet».

Kanskje kan man tenke at dårlig kvalitet på konserverende og protetisk arbeide ikke direkte setter pasienten i fare..

Helsetilsynet viser i artikkelen fra Molven og Gammeltvedt til et tilfelle hvor en tannlege overtok flere pasienter, og der behandlingen ikke var god nok. Tannlegen «brettet opp ermene» og ryddet opp i tannstatus, men varslet ikke:

«Konsekvensene for pasientsikkerheten når tilsynsmyndigheten ikke varsles, kan være store. Fra praksis før varslingbestemmelsen ble gitt, har vi et eksempel der flere tannleger over mange år mottok en rekke pasienter som tydeligvis hadde vært grovt feilbehandlet av en for dem kjent kollega, uten at det ble meldt tilsynsmyndigheten. Tannlegen mistet til slutt autoriseringen etter pasientklage. Varsling kunne sannsynligvis ved siden av å spare pasientene for store unødige utgifter, også ha hindret at mange av dem ble påført betydelige lidelser.»

«Når det spesielt gjelder å varsle om helsepersonell, inntretr ikke varslingsplikten fordi personell ved en enkelt anledning har handlet uaktsomt. Én hendelse sier lite om at sikkerheten fremover kan være truet. Men dersom helsepersonell over tid handler faglig kritikkverdig og uforsvarlig og ved det viser at de utsetter pasienter for en stadig risiko, inntretr varslingsplikten.»

«Helsepersonell kan ikke la være å informere i den tro at andre faktisk gjør det, eller fordi de mener at for eksempel deres overordnede, er nærmere til å gjøre det.»

«Det er ikke satt noen krav til hvordan helsepersonellet skal varsle. Det kan skje skriftlig eller muntlig, og det kan gjøres i eget navn eller anonymt. Men uansett ligger det i plikten at det må skje på en måte som gjør at tilsynsmyndigheten kan forholde seg til informasjonen.»

### Hvem skal vi si noe til?

NTFs etiske regler § 12 sier: «Dersom en tannlege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta dette direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom. Tannlegen kan velge å ta saken direkte opp enten med lokalforeningen, administrativt overordnet eller aktuell helsemyndighet.»

Det er en kjensgjerning at ikke alt arbeid en tannlege gjør er like godt – vi har alle opplevd egne arbeidere som av en eller annen grunn ikke ble så bra som vi ønsket. Vi vet at kommunikasjon endrer innhold når den går over flere ledd. Vi kan derfor heller ikke stole på at pasientens gjengivelse av det som har skjedd hos en kollega er den hele og fulle sannhet.

Direkte kommunikasjon med den tannlegen som er ansvarlig for det vi lurer på er derfor viktig for å ha mest mulig korrekt informasjon, og for å hindre at «fjæra blir til fem høns». Om man ikke ønsker å stå for denne samtalen selv, kan lokalforeningen eller leder være behjelpelig. Det er likevel viktig å huske på at man som selvstendig helsepersonell ikke er fritatt varslingsplikten i Helsepersonelloven selv om det er gjort på denne måten. Anser man at det er «fare for pasienters sikkerhet», skal tilsynsmyndigheten varsles.

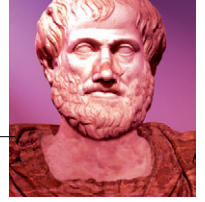
### Hva sier vi til pasienten?

NTFs etiske regler § 10 sier ».. Kommentarer vedrørende en kollegas arbeid bør ikke meddeles en pasient på en slik måte at det unødig virker som kritikk. Hensynet til pasientens helse skal alltid være overordnet. ...»

Hva sier vi til andre tannleger og til publikum og presse?

NTFs etiske regler § 11 sier «Faglig uenighet bør holdes på et saklig plan, og så langt som mulig behandles kolleger imellom. Faglig uenighet må ikke bringes frem for offentligheten på en måte som kan være egnet til å skade kolleger og/eller standens anseelse.»

I motsetning til andre yrker som for eksempel bilselgere og noen grupper håndverkere, nyter tannlegestanden godt av å ha stor tillit i befolkningen. Vi merker det hver dag at pasientene føler seg trygge på oss som fagpersoner, og har en positiv holdning til oss. Denne tilliten må vi beholde.



Det er alltid fornuftig å tenke seg om før man kommer med utspill i det offentlige rom om eventuell overbehandling, eller overprising på generelt grunnlag.

#### Referanser

Referanse : <http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2012/>

[helsepersonells\\_varslingsplikt\\_molven\\_grammel.pdf](#)

*Ellen Holmemo  
og Olav Kvitnes  
NTFs råd for tannlegeetikk*

**FDI 2014, New Delhi, India**  
Greater Noida  
**Annual World Dental Congress**  
**11 - 14 September 2014**

A billion smiles welcome the world of dentistry

**fdi**   
Annual World Dental Congress 2014 NCR New Delhi

[www.fdi2014.org.in](http://www.fdi2014.org.in)  
[www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org)

## Studentforskerprisen til tidligere bergensstudenter



Studentforskerprisen gikk til to tidligere bergensstudenter.  
Foto: Ane Hamborg.

Landsmøtets årlige posterpresentasjon fra årskandidater samlet syv deltagende postere. Studentforskerprisen 2013, og et prisbeløp på 10 000 kroner, gikk til Christine Owesen Eraker og Guro Hauge for posteren «Apikal ekstrusjon ved bruk av roterende og resiproke maskinelle systemer og håndinstrumentering».

Juryen la vekt på at posteren har god design, er oversiktlig, at den er presis i sin fremstilling og logisk i sitt oppsett.

Juryen besto av Tiril Willumsen, Kristin Klock, Jan Bergdahl og Aril Jul Nilsen

Se posteren på side 802.

Bidrag og tips til  
Notabenesidene sendes til  
[tidende@tannlegeforeningen.no](mailto:tidende@tannlegeforeningen.no)

## TILBAKEBLIKK

### 1913

#### Kontingent

Kontingenten til N.T.F. betales ikke saa prompte av alle kolleger som ønskelig kunde være. Mange av dem som faar første hefte av «Tidende» pr. post, lar det ligge de otte dage paa posthuset uten at indløse det. Saa returneres det og maa senere sendes paany. Mange Kristiania-kolleger lar budet gaa baade to og tre gange uten at betale. Det er sikkert ikke, fordi de har vanskelig for at avse de 10 kroner, det er blot tankeløshet. Men naar de blir gjort opmerksom paa, at denne retursending skaffer vor ulønnede kasserer forøket arbeide og vor kasse utgifter til porto og bud, som ellers kunde være spart – saa er vi ikke i tvil om, at kassereren snart faar mindre at klage over.

*December 1913, 2det hefte*

### 1963

#### Utlevering av natriumfluorid til tannleger

Helsedirektoratet er blitt gjort kjent med at det råder en del usikkerhet når det gjelder utleveringsreglene for natriumfluorid til tannleger.

Når natriumfluorid brukes til fremstilling av oppløsning for børsting av tenner, må dette betegnes som utvortes bruk. Natriumfluorid kan derfor forskrives av tannleger til kontorbruk, jfr. forskrifter av 27. september 1957 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, § 10, punkt 4 f. Etter § 5, punkt 9 i de samme forskrifter kan medikamenter til bruk i reseptstederens praksis utleveres uten at de foreligger i den form eller styrke de skal brukes. Natriumfluorid kan derfor leveres ut til tannleger i form av substans.

På samme måte kan utlevering finne sted til skoletannklinikker o. l. når tannlegen selv rekvirerer natriumfluorid, tilbereder natriumfluoridoppløsningen og står ansvarlig for oppbevaringen og bruken av denne. *Karl Evang (helsedirektør).*

*Desember 1963, hefte 10*

### 2003

#### Tenner for livet

Etter snart 20 år med lov om tannhelsetjenesten som prioriterer forebygging foran kurativ behandling, og fire år etter at Statens helsetilsyn utga veilederen «Tenner for livet», ønsker Sosial- og helsedirektoratet å ta forebygging virkelig på alvor.

Et landsomfattende prosjekt for å implementere veilederen ble innledet med en samling 1.–2. september i Skien for fylkestannleger, overtannleger og ledende tannpleiere i Helseregion Sør. Slike samlinger skal avholdes i alle helseregioner i løpet av høsten, og ideen bak dette er å forankre det helsefremmende og forebyggende arbeidet i ledelsen.

*November 2003, nr. 15*



## KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

### NORGE

9.–11. jan '14	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, <a href="mailto:tlberge@online.no">tlberge@online.no</a>
7.–8. febr '14	Farris bad, Larvik	NOFOBI. Vinterseminar 2014. Tilrettelagt landsdekkende tilbud for odontofobiofre. Henv. Pål Ellingsen, e-post: <a href="mailto:paalelli@online.no">paalelli@online.no</a>
10.–11. mars '14	Oslo	NTFs symposium 2014 – Endodonti. Rica Holmenkollen Park Hotell. Henv. NTF v/Sissel Dahl, <a href="mailto:ann.kristin.solem@tannlegeforeningen.no">ann.kristin.solem@tannlegeforeningen.no</a>
20.–21. mars '14	Clarion H&C, Trondheim	Midt-Norgemøtet 2014. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: <a href="mailto:kaiage@online.no">kaiage@online.no</a>
23.–24. mai '14	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. <a href="http://www.loenmoetet.no">www.loenmoetet.no</a> . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: <a href="mailto:kjell.thue@eninvest.net">kjell.thue@eninvest.net</a>
16.–18. okt. '14	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>
8.–10. jan. '15	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, <a href="mailto:tlberge@online.no">tlberge@online.no</a>
15.–17. okt. '15	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>
7.–9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, <a href="mailto:tlberge@online.no">tlberge@online.no</a>
12.–15. okt. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>

### UTLANDET

20.–22. febr '14	Chicago, USA	149th Chicago Dental Society Midwinter Meeting. Henv. <a href="http://www.eds.org">www.eds.org</a>
7.–8. mars '14	København, Danmark	Copenhagen Eruption/Impaction symposium. <a href="http://www.dental-traumaguide.org/registration.aspx">www.dental-traumaguide.org/registration.aspx</a>
2.–4. april '14	København	Årskurs. Se <a href="http://www.tandlaegeforeningen.dk">www.tandlaegeforeningen.dk</a>
3.–5. april '14	København	Årskursus 2014. Bella Center. Henv. <a href="mailto:efterutdannelse@tdl.dk">efterutdannelse@tdl.dk</a>
11.–14. sept. '14	New Dehli, India	FDI. Se <a href="http://www.fdiworldental.org">www.fdiworldental.org</a> . Henv. NTF, tlf. 22 54 74 00.
9.–12. okt. '14	San Antonio, Texas, USA	ADA Annual Session 2014. Se <a href="http://www.ada.org">www.ada.org</a>
28. nov. '14	New York	GNYDM. Creater New York Dental Meetiting. <a href="http://www.gnydm.com">www.gnydm.com</a>
27. nov. '15	New York	GNYDM. Creater New York Dental Meetiting. <a href="http://www.gnydm.com">www.gnydm.com</a>

Med forbehold om endringer. Sjekk alltid aktuelle datoer direkte med kursarrangøren. Vi er avhengige av dine innspill til kurs- og aktivitetskalenderen. De kan sendes til [tidende@tannlegeforeningen.no](mailto:tidende@tannlegeforeningen.no)

## Årsindeks for 2013

Innholdsfortegnelsen eller årsindeks for Tidende vil fra 2013 ikke lenger følge med årets siste utgave i papirversjon. Årsindeks vil være å finne på Tidendes nettsted, [www.tannlegetidende.no](http://www.tannlegetidende.no) under Innhold.

## Veileder falt ut

Omtalen av doktorgraden til Martin S. Walter på s. 728 i Tidende nr. 10 i år er en av veilederne falt ut. Veilederne var professor Janne Reeseland, professor Ståle Petter Lyngstadaas og førsteamanuensis Håvard J. Haugen, Avdeling for biomaterialer, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo.

## Fotokreditering

Saken 'Like sterke som originalen' i Tidende nr. 10 i år er det Håkon Størmer ved Universitetet i Oslo som har tatt bildene, ikke forfatteren.



## Pasientproduksjon

Av tannlege Karl-Ulrich Bruhn i Vestfold er Tidende blitt gjort oppmerksom på denne relevante utgaven av Per Egil Heggens språkspalte i Aftenposten, fra 12. september i år:

«En tannlege i Vestfold har i fritiden forsøkt å bore litt dypere i det norske språkets mysterier. Fordi han har et annet morsmål enn vårt, er det enkelte ting som fortoner seg spesielt mystiske. Han bidrar med utdrag fra en statistisk protokoll fra vårt minste fylke, og der står det: «NN viste produksjonstallene for perioden. Vi (altså tannhelsetjenesten) produserte ca. 600 pasienter færre enn» osv. Vår venn mener, med kledelig maskulin bluferdighet og tilbakeholdenhet, at det ikke er helsepersonellens

oppgave å produsere pasienter, men å behandle dem. Men han hører til stadighet politikere, rådmenn og helsearbeidere snakke om at tannleger og tannhelsetjenesten «produserer» pasienter når de mener at disse sakkyndige og faglærte behandler mennesker som behøver tilsyn med tennene.

Som en beslektet problemstilling nevner han: Han er ikke sikker på at det er god norsk å si at kvinner produserer barn eller at høns produserer egg. Sant nok hender det at fagfolk som eier og driver et hønseri, blir betegnet som eggprodusenter. Men det er et stykke derfra til tannlegeyrket. En nærliggende, men hypotetisk og langt fra tiltalende tanke, er det at en person som

«produserer» pasienter, driver skadeverk på sakesløse mennesker for å drive både antallet behandlingstrengende og egne inntekter i været, noe som opplagt ville være i konflikt med alle skrevne og uskrevne etiske regler.

Et slags språklig slektskap er det muligens også mellom denne formen for «pasientproduksjon» og bruken av det forskrekkelige ordet biomasse i betydningen pasientgrunnlag, målt i antall innbyggere. Norsk ordbok (Kunnskapsforlaget) spidder den definisjonen ved å forklare biomasse slik: «Plantemasse produsert ved fotosyntese, vurdert som energipotensial.» Dermed skulle akkurat den språklige verkentannen være ute. Værsgo skyll!»

## Tidendeprisen 2013

**T**idendes pris for beste oversiktsartikkel ble delt ut under åpningen av NTFs landsmøte 31. oktober. Prisen for beste oversiktsartikkel gikk til Ingvild Årøen Lein, Geir Støre, Heming Olsen-Bergem og Trond Inge Berge for artikkelen «Mjukvevskirurgi i allmennpraksis». Artikkelen som stod i Tidende nr. 9, 2012, er en omarbeidet masteroppgave fra Universitetet i Tromsø, og førsteforfatter er en ung tannlege.

Tidendes siste leserundersøkelse gjennomført i mars i år viser at fagstoffet fortsatt er det som leses mest av innholdet i bladet. Undersøkelsen viser også at det er få som leser fagstoffet andre steder enn i Tidende.

I tillegg til kurs er altså Tidende en kilde til norske tannlegers etterutdanning.

Dermed har Tidende et særlig ansvar for å gi leserne godt og kvalitetssikret fagstoff. I denne sammenhengen er oversiktsartikler som ser helheten – svært nyttige bidrag. Her får leserne gjerne en bred oversikt over et emne sammen med henvisninger til andre adekvate studier.

Gode oversiktsartikler er krevende å skrive. Som en mulig oppmuntring og inspirasjon har Tidende opprettet en pris på 30 000 kroner for beste oversiktsartikkel. Prisen deles ut hvert annet år, og i år skjedde det for sjette gang.

En jury som har bestått av medlemmene i Tidendes redaksjonskomite: Jon E. Dahl, Anders Godberg og Malin V. Jonsson har sett på artiklene som har vært publisert i Tidende i perioden fra og med nr. 7, 2011 til og med nr. 5, 2013.

Ved bedømmelsen har det vært lagt vekt på innholdets relevans for Tidendes lesere, artiklenes systematikk og kildehåndtering, fremstillingsform, lesbarhet og illustrasjoner.

I den gjeldende toårsperioden har det vært publisert en rekke gode oversiktsartikler, slik at valget ble vanskelig.

Etter en grundig gjennomgang stod juryen igjen med tre artikler fra ulike fagfelt. Det endelige valget når én skulle vinne ble altså en artikkel innen fagfeltet oral kirurgi.

Komiteen har gitt følgende begrunnelse for sitt valg:

Denne oversiktsartikkelen har et klart mål: å gjøre den allmennpraktiserende tannlegen enda tryggere i å utføre enklere kirurgiske prosedyrer og behandlinger, som ikke er rutine. Det forhold at allmenntannlegen utfører mer enkel kirurgi, vil være gunstig for fordelingen av pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Det vil også spare pasientene for ventetid og en mulig lang reisevei, og kanskje bidra til å redusere forsinkelse ved eventuell cancerdiagnostikk.

Artikkelen er velskrevet og omtaler relevante situasjoner fra allmennpraksis for alle pasientgrupper. De enkelte prosedyrer er omtalt trinnvis og med gode illustrasjoner.



Tannlegestudent Marte Kjerseim fikk tredjeplass i fotokonkurransen med temaet «Studiehverdag og studentaktivitet» ved Medisinsk-odontologisk fakultet i Bergen i juni i år. Bildet har tittelen «Behov for nærleik»



«Skolen med det rare i». Bildet fikk hederlig omtale i fotokonkurransen for studenter ved Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen i juni i år. Fotograf: Marte Kjerseheim.

## God jul – og tusen takk

**T**idendes redaksjon takker alle som har skrevet og på annen måte bidratt med stoff til Tidende gjennom året som er gått – fagstoff, aktualitet, kommentarer og debatt, bokanmeldelser, sommersaker, foreningsstoff og faste spalter; ingen nevnt – ingen glemt.

En særskilt takk går til dere som aldri synes; fagfellene som vurderer vitenskapelige artikler og kasuistikker – for det viktige arbeidet dere utfører når dere kvalitetssikrer fagstoffet i Tidende.

Tidende ønsker med dette alle bidragsytere en god jul og et fint og godt nytt år.

*Redaksjonen*

## Personalia

### Fødselsdager

#### 90 år

Arne Solbu, Bekkestua, 6. januar

#### 85 år

Per Bærum, Oslo, 2. januar

Grete Birmann-Svensen, Oslo, 8. januar

Idunn Eng Løwø, Oslo, 10. januar

#### 80 år

Liv Myhre, Kristiansand, 27. desember

Leidulf Hafsmo, Snillfjord, 6. januar

Arne Martin Aamaas, Larvik, 6. januar

#### 75 år

Odd Bjare Tjelflaat, Stavanger, 13. januar

Aud Arneberg, Oslo, 23. januar

#### 70 år

Maren Elise Bors, Oslo, 25. desember

Kerstin I. Røynealand, Porsgrunn, 16. januar

Svein Jacobsen, Oslo, 19. januar

Kjersti A. Titterud, Drammen, 21. januar

januar

#### 60 år

Jon Berg, Gjøvik, 31. desember

Hallgeir Aardalen, Aurland, 3. januar

Stein Klyve, Moss, 14. januar

Arild Tobiassen, Lyngdal, 15. januar

Ann-Mari Tranby Clausen, Hønefoss, 17. januar

januar

Anne Sørliie Krogenæs, Oslo, 18. januar

Barbro Margareta Sandlund-Hämén,

Tromsø, 19. januar

Erik Østre, Kopervik, 21. januar

Erik Hagen, Oslo, 22. januar

#### 50 år

Svein Hakon Sveinsson, Lier, 24. desember

Britt Kalve Aarstad, Larvik, 28. desember

Anne Kvisle Abildsnes, Levanger, 6. januar

Bernt Vidar Vagle, Sandnes, 8. januar

Dag Harbo, Oslo, 13. januar

Elisabeth Golden, Oslo, 14. januar

Marianne Lundin, Sandefjord, 15. januar

januar

Annemette Lund Jeppesen, Stavanger, 17. januar

Jan Erik Kjærstad, Tromsø, 20. januar

Marianne Jentoft Stuge, Oslo, 22. januar

januar

#### 40 år

Ulla Alethe Rognsaa Kildal, Oslo, 29. desember

Pejman Khanifam, Oslo, 2. januar

Nils John Somby, Tromsø, 8. januar

Irene Våge, Hauglandshella, 8. januar

Arild Kvalheim, Bergen, 9. januar

Jetulla Zabeli, Flekkefjord, 9. januar

Trine Aasen Garmann, Ulset, 15. januar

Ingvild Viken, Molde, 18. januar

Aase Steinsbu, Ålesund, 20. januar

Stine S. K. Brobakken, Porsgrunn, 23. januar

januar

Pernille Bjørnstad Solheim, Hyggen, 24. januar

januar

Merete Berg, Vestre Jakobselv, 26. januar

januar

#### 30 år

Kirsti Kristoffersen, Hamar, 24. desember

Jonas Skyrud, Sagstua, 29. desember

Elisabeth Sletten, Oslo, 29. desember

Malene Øen, Stord, 30. desember

Per Emil Estrup, Kristiansand, 31. desember

Mindaugas Brukas, Åfjord, 4. januar

Zaher Safa, Harstad, 4. januar

Bich Van Thi Pham, Rasta, 8. januar

Sverre B Johannessen Brun, Randaberg, 11. januar

Rima Juskaite, Fagernes, 12. januar

Caroline Therese Lemtun, Oslo, 14. januar

januar

Marit Stokke, Son, 17. januar

Anders Øren, Oslo, 26. januar

### Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personalia-spalten, gir skriftlig melding *minst åtte uker* i forveien på e-post:

tidende@tannlegeforeningen.no,

faks 22 55 11 09 eller per post til

Tidende, postboks 2073 Vika, 0125

Oslo

### Dødsfall

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

Studentmedlemskap er gratis. Meld deg inn på  
[www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no) - for studenter



”Jeg er **overbevist**  
av GrandioSO’s  
**likhet med naturlige**  
**tenner!”**

Dr. H. Gräber

Benytt deg  
av de gjeldende  
tilbud!\*

## NÆRMEST TIL TANNEN

I summen av dens fysiske egenskaper, er Grandio®SO fyllingsmaterialet som i et verdensperspektiv er den som er mest lik tannen.\*\* Hva dette betyr for deg: varige fyllinger du kan stole på – og fremfor alt – fornøyde pasienter.

- Møter de høyeste krav, kan brukes universalt i anteriore og posteriore områder
- Naturlig opasitet for resultater lik tannen ved bruk av kun en farge
- Intelligent fargesystem med nye farger som betyr noe: GA3.25 og GA5
- Myk konsistens, høy lys-stabilitet, enkel høyglanspolering

\* Du finner alle gjeldende tilbud på [www.voco.com](http://www.voco.com)

\*\*Vår vitenskaplige produktinformasjon kan bestilles.

# GrandioSO





Dentalutstilling • Kurs • Midt-norsk festkveld

# MIDT-NORGEMØTET

20.–21. mars 2014

Clarion Hotel & Congress Trondheim



## FAGPROGRAM torsdag 20. mars–fredag 21. mars:



Annika Torbjørner og Bo Fransson  
**Bæra eller brista – protetik**  
For tannleger

Oralkirurg Heming Olsen-Bergem  
**Kirurgens høyre hånd**  
For tannhelsesekretærer



Håkan Enochsson  
**Gingivale slimhinnelidelser**  
For tannpleiere

Oralkirurg Heming Olsen-Bergem  
**Det var da som...** For tannleger



Jørgen Skavlan  
**Frisk nok for livet**

Per Anders Nordengen  
**I fyr og flamme**  
– uten å bli utbrent

For hele tannhelseteamet



## FESTAFTEEN torsdag 20. mars:

Clarion Hotel & Congress Trondheim

Aperitif og 3-retters middag – kun kr 695,-



STEFAN & KIM



**Stefan & Kim** reiser verden rundt med sin elegante miks av grandios musikk og galskap. Den svenske showduoen spiller på et bredt register av strenger, stemmer, tangenter og kroppsspråk.

## PÅMELDING SKJER ELEKTRONISK

Programblad kommer i Tidende i januar 2014 og påmelding starter 16. januar.

På NTFs hjemmeside vil det komme en link til Midt-Norgemøtet 2014.

Spørsmål vedrørende fagprogrammet rettes til:

Kai Åge Årseth: kaiage@online.no

Festafteften torsdag på Clarion Hotel & Congress Trondheim:

Kuvertpris kr 695,-. Drikke bestilles individuelt.

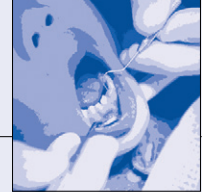
Påmeldingsfrist 01.03.2014



Velkommen til vårens vakreste eventyr i Trondheim!



Følg oss på facebook  
<https://www.facebook.com/MidtNorgemotet>



## ■ SPESIALISTER

### ■ ENDODONTI

#### AKERSHUS

**Bekkestua Tannmedisin AS**  
**Dr.odont. Gilberto Debelian**  
**Tannlege Randi Dahl Espeland**  
**Tannlege Anne-Grethe G. Tronstad**  
**Tannlege Trude Udnæs**  
**Tannlege Stig Heistein**  
 Gamle Ringeriksvei 37  
 1357 Bekkestua  
 Tlf. 67 83 22 10  
 Faks 67 83 22 15  
 post@bekkestuatannmedisin.no

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

**Tannlegene Jan Boiesen og Sølve Larsen**  
**Tannlege Hilde M. Aanmoen**  
 Brogata 10c  
 2000 Lillestrøm  
 Tlf. 63 81 28 03  
 Faks 63 81 13 35  
 E-post: boiesen@online.no

**Tannlege Erik Winsnes Lange**  
 Asker Tannhelse a/s  
 Smuget 1B, 4.etg.  
 Tlf. 66 78 65 00  
 post@askertannhelse.no

**Tannlege Nabeel K. Mekhlif**  
 Skedsmogt. 7  
 2000 Lillestrøm  
 Tlf. 63 80 33 66

**Tannlege Arash Sanjabi**  
 Tannhelsesenteret Skårer AS  
 Skårersletta 10  
 1473 Lørenskog  
 Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70  
 Faks 67 91 72 01

**Tannlege Johan Ulstad**  
 Brynsveien 104  
 1352 Kolsås  
 Tlf. 67 13 69 93  
 Faks 67 13 22 11

**Tannlege Berit Aanerød**  
 Vestbytorget  
 Møllev. 4  
 1540 Vestby  
 Tlf./faks 64 95 16 40

#### BUSKERUD

**Bragernes Endospesialist As**  
 Tannlege Elham Al-Toma  
 Bragernes torg 4, 3017 Drammen  
 Tlf. /Faks 32899860/32899861  
 Tar i mot funksjonshemmede

**Tannlege Unni Endal**  
 Smerteutreding  
 Endodontisk kirurgi  
 Resorbsjoner  
 Drammen Tannlegesenter  
 Besøks adresse: Øvre Torggate 10–3017  
 Drammen  
 Post adresse: Postboks 316, Bragernes –  
 3001 Drammen  
 Telefon: 32 83 60 00  
 Telefax: 32 83 55 90  
 post@drammen-tannlegesenter.no  
 www.drammen-tannlegesenter.no

**Tannlege, Dr.odont Isabelle Portenier**  
 Drammen Tannlegesenter AS  
 Øvre Torggate 10, Postboks 316  
 3001 DRAMMEN  
 Tlf. 32 83 60 00  
 Faks 32 83 55 90  
 post@drammen-tannlegesenter.no  
 www.drammen-tannlegesenter.no

**Spes.endo. Arash Sanjabi**  
 også behandling i narkose/sedasjon  
**Bergstien tannlegesenter as**  
 Bergstien 64  
 3016 Drammen  
 kollega-telefon VIP: 3282 0300  
 (3283 8000)  
 Faks 3283 8820  
 tannlegen@tannlegen.nhn.no  
 www.tannlegen.com

#### HEDMARK

**Tannlege Nabeel K. Mekhlif**  
 Torggt. 83 2317 Hamar  
 Tlf. 62 52 65 22

#### HORDALAND

**Tannlege Hege Hekland**  
 Tannlege Hekland AS  
 Starvhusgt 2A  
 5014 Bergen  
 Tlf. 55 31 73 61

#### MØRE OG ROMSDAL

**Tannlege Marianne Kleivmyr**  
 President Christies gate 19  
 6509 Kristiansund N.  
 Tlf. 71 67 27 47  
 Faks 71 67 27 77

#### OPPLAND

**Tannlege Veslemøy Linde**  
 Ola Dahls gt. 14  
 2670 OTTA.  
 Tlf. 61 23 11 36  
 Faks 61 23 11 88.  
 post@tannlegen.org

#### OSLO

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

#### Endodontisenteret Homansbyen Tannlegesenter AS

Oscarsgate 20  
 0352 Oslo  
 Tlf. 23 32 66 60  
 Faks 23 32 66 61  
 www.htls.no  
 post@htls.nhn.no  
**Tannlege Nina Wiencke Gerner**  
**Tannlege Arash Sanjabi**  
**Tannlege Trude Bøe**  
**Tannlege Hilde M. Aanmoen**  
 Mulighet for sedasjonsbehandling ved  
 anestesilege

#### Festningen tannklinikk AS Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold, Knut Årving og Cecilie Herbjørnsen

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

#### Galleri Oslo Klinikken Tannlegene Arne Loven og Dr. odont Pia Titterud Sunde

Schweigaardsgate 6, 0185 Oslo  
 Tlf. 22 36 76 30  
 Faks 22 36 76 01  
 E-post: loven.as@online.no  
 post@galleriosloklippen.no

**SpesDent**

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo

**Thomas Myrhaug**

Tlf. 22 95 51 00  
Faks 22 95 51 10  
www.spesdent.no  
post@spesdent.nhn.no

**Stovner Tannlegesenter DA****Tannlege Thomas H. Myrhaug**

Stovner Senter 7  
0985 Oslo  
Tlf. 22 78 96 00  
Faks 22 78 96 01

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13****Tannlege Marius Bunes**

Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Fax 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

**Tannlege Elham Al-Toma**

Tannestetisk Senter AS  
Bygdøy Allé 5  
0257 Oslo  
Tel/faks 22 44 15 35 / 22 44 30 50

**Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby**

Akersgt. 16  
0158 Oslo  
Tlf. 23 10 53 50  
Faks 22 33 02 87

**Tannlege Ingela Pedersen**

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

**Tannlege Lene Thestrup Rikvold**

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

**Tannlege Arash Sanjabi**

Dentalia – Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB, 0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
E-post: post@dentalia.no  
www.dentalia.no

**Tannlege Homan Zandi****Tannlege Andre Roushan****Tannlege Trude Bøe**

Spesialister i endodonti  
Parkveien 60  
0254 Oslo  
Telefon: 22 44 18 11  
Faks: 22 44 18 12  
www.homan.no  
homan@zandi.no

**ROGALAND****Tannlege Gro C. Knudsen**

TSMG – Tannlegesenteret Madlagården  
Spesialistene  
Pb. 633 Madla  
4090 Hafsrfsjord  
Tlf. 51 59 70 00  
www.tsmg.no  
E-post: gro@tsmg.no

**Tannlege Ole Henrik Nag**

Løkkeveien 51  
4008 Stavanger  
Tlf. 51 53 73 13  
Faks 51 53 73 10  
E-mail: ole.nag@lyse.net

**Tannlege Elisabeth Samuelsen**

Rogaland Spesialisttannklinikk  
Tastagaten 30–32  
4007 Stavanger  
Tlf. 51 53 72 50 Faks 51 53 72 51  
elisabeth.samuelsen@throg.no

**TELEMARK****Tannlege Anders Otterstad**

Storgaten 118b  
3900 Porsgrunn  
Tlf. 35 55 03 74  
Faks 35 55 51 05  
anders@tannlege-otterstad.no

**Tannlege Robert Austheim**

Tannklinikken Skien  
Telemarksvn. 170, 3734 Skien  
Tlf. 35 58 39 20

**TROMS****Tannlege Anne Kjæreng**

Strandskillet 5  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 28 01 00  
Faks 77 28 01 11  
anne.k@tannlegespesialistene.no

**VEST-AGDER****Tannlege Cesar Ariastam**

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

**Tannlege Karl Martin Loga**

Farsund Tannlegesenter  
Barbrosgt. 13, 4550 Farsund  
Tlf. 38 39 06 80  
Faks 38 39 45 04

**VESTFOLD****Tannlege Ruth Kristin Gran**

Farmand Endo AS  
Farmandstredet, 3110 Tønsberg  
Tlf. 33 37 82 82  
Faks 33 37 82 81

**ØSTFOLD****Tannlege Harald Prestegaard**

Kirkegt. 63, Boks 53  
1701 Sarpsborg  
Tlf. 69 16 00 00  
E-post: hara-pr@online.no

**Tannlege Bente Wiig**

Heyden Tannhelsesenter  
Dronningensg. 19, 1530 Moss  
Tlf. 69 24 19 50  
Faks 69 24 19 51

**■ KJEVE- OG  
ANSIKTSRADIOLOGI****OSLO****Tannlegesenteret i Bergrådveien 13****Tannlege Stein Johannessen**

Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no

**SpesDent**

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

**ØSTFOLD****Tannlege Bjørn Mork-Knutzen****Tannlegene på Wiels plass**

Wiels Plass 2  
1771 Halden  
Tlf. 69 21 10 60  
Faks 69 21 10 61  
E-post: bamse@tannlegene.no

**■ KJEVEORTOPEDI****AKERSHUS****Asker Tannregulering**

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

Dag Kjellands Tannklinikk AS  
Tannlege Dag Kjelland  
Storgt. 12  
Jessheim Storsenter  
2050 Jessheim  
Tlf. 63 98 39 10  
Faks 63 98 39 20  
E-post: post@dagkjelland.no  
www.dagkjelland.no

Tannlege Thomas A. Grøgaard  
Skollerudveien 11  
1353 Bærums Verk  
Tlf. 67 56 11 11  
Faks 67 56 22 88  
E-post: tannregulering@grogaard.no

Tannlegene Hassan Zarbakhsh  
Movahhed og Siv Myrlund  
Sandvika Reguleringsklinikk  
Rådmann Halmrasts vei 4  
1337 Sandvika  
Tlf. 67 54 02 25  
Faks 67 54 02 45  
www.sandvikatann.no  
post@sandvikatann.no

Tannlege Marianne J. Stuge Tannlege  
Per M. Kjelland  
(også skjult tannregulering for voksne)  
Tannhelsesenteret Skårer AS  
Skårersletta 10  
1473 Lørenskog  
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70  
Faks 67 91 72 01

## MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk  
Tannlege, Dr.odont Nils Jørgen Selliseth  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
E-post: nils.jorgen@apollonia.no  
www.apollonia.no

Kjeveortopeden.no, Ørsta  
Tor E. Torbjørnsen  
Marit R. Gjethammer  
Strandgt 5a, 6150 Ørsta  
Tlf. 70 04 80 90  
post@kjeveortopeden.nhn.no  
kjeveortopeden.no

## OSLO

Bjerke Tannmedisin as  
Tannlege Lise Nyøygard  
Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
E-post: post@tannmedisin.no

Kjeveortopedene på Trosterud  
Ingunn Berteig og Anne Fjeld  
Dr. Dedichens vei 82  
0675 Oslo  
Tlf. 22 81 30 30  
post@berteigogfjeld.nhn.no  
www.berteigogfjeld.no

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13  
Tannlege, dr.odont. Kari Birkeland  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

Tullinløkka Tannlegesenter  
Tannlege, spes. Kjeveortopedi Kristin  
Aanderud-Larsen  
Kristian Augustsgt. 19, 0164 Oslo  
Tlf. 22 20 21 34  
Faks 22 20 21 01  
post@tullinlokka-tannlegesenter.no  
www.tullinlokka-tannlegesenter.no

Tannlege Svein Høimyr  
Akersgata 36  
0180 Oslo  
Tlf. 22 42 74 42  
Faks 22 42 74 02

Tannlege Bjørn Høyer-Andreassen  
Colosseumklinikken avd. Majorstua  
Sørkedalsvn. 10 c  
0360 Oslo  
Tlf. 23 36 67 40  
hoyer@colosseum.no

Tannlege Kim Christian Johansen  
Rommen Tannhelse  
Nedre Rommen 5 C, 0988 Oslo  
Tlf. 22 21 02 93/22 21 29 19  
Faks 22 21 00 24

Tannlege Tom Kjellstrøm  
Parkveien 60, 0254 Oslo  
Tlf. 22 55 15 97  
Faks 22 55 70 98

Kjeveortoped Magnhild Lerstøl  
Sørkedalsveien 90 B, 0787 OSLO  
Tlf. 22 52 24 00  
magnhild@reguleringstannlegen.no

Tannlegene Hassan Zarbakhsh  
Movahhed og Siv Myrlund  
Oslo Tannregulering  
Linderud Senter  
Erich Mogensøns vei 38  
Postboks 14, Linderud  
0517 Oslo  
Tlf. 22 88 36 00  
Mobil 48 04 51 17  
www.oslo-tannregulering.no  
post@oslo-tannregulering.no

Tannlege Margaretha C. Rolsdorff  
Tannbuen  
Hegdehaugsveien 24  
0352 Oslo  
Tlf. 22 46 00 52  
Faks 22 46 00 53  
E-post: kontakt@tannbuen.no  
www.tannbuen.no

## ROGALAND

Sandnes Tannregulering  
Eidsaa & Tunge  
Spesialist i Kjeveortopedi  
Langgt. 41, PB 430, 4303 Sandnes  
Tlf. : 51 60 91 00- Fax : 51 60 91 01  
E-Post : tannlege@eidsaa.nhn.no  
Åpningstider: 08.00 – 16.00 man- fre  
Egnet for funksjonshemmede. 2 egt med  
heis.

## VESTFOLD

Sandefjord Tannregulering  
Kjeveortoped Geir Bjørnum Kristiansen  
Aagaards Plass 5  
3211 SANDEFJORD  
Tlf. 33 46 34 40  
post@sandefjordtannregulering.no  
www.sandefjordtannregulering.no

## ■ ORAL KIRURGI OG ORAL MEDISIN/KJEVEKIRURGI

## AKERSHUS

Bærum private praksis  
Spesialistpraksis i oral kirurgi og  
oral medisin  
Kjevekirurgi  
Implantatbehandling  
Snorkbehandling  
Øre-nese- halsbehandling  
Tannlege Fredrik Lindberg DDS  
Lege Robby Roarsen MD  
Sandvika storsenter, helsetorget. 5etg  
nye delen.  
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika  
Tel: 40 10 53 00  
www.barumprivatepraksis.no

Løkketangen Tannlegesenter  
Oral kirurgi og implantologi  
Dosent Gøran Widmark  
Løkketangen 12 a  
1337 Sandvika  
Tlf. 67 52 16 00  
Fax: 67 52 16 05  
e-post: post@wangestad.no  
www.lokketangen-tannlegesenter.no

**Kjevekirurg Bjørn Hansen**  
Lysaker Torg 5  
1366 LYSAKER  
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01  
post@fornebu-tannlegesenter.no  
www.fornebu-tannlegesenter.no  
Åpningstider:  
Mandag – onsdag 08: 00 – 20: 00  
Torsdag og fredag 08: 00 – 16: 00

**Tannlege Kjetil Misje**  
**Spesialist i oral kirurgi og oral medisin**  
Kirurgisk spesialistpraksis  
Implantatkirurgi  
Oralmedisinsk utredning  
Skedsmogaten 7, 2000 Lillestrøm  
Telefon 63 80 33 66  
Faks 63 81 63 81

#### 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

**Bergstien tannlegesenter as**  
**Spes.oral kirurgi og oral medisin**  
**Erik Bie**  
Oral kirurgi og implantatkirurgi, oral  
medisinsk utredning  
Også behandling i narkose/sedasjon  
Bergstien 64, 3016 Drammen  
kollega-telefon VIP: 3282 0300  
(3283 8000)  
Faks 3283 8820  
www.tannlegen.com  
tannlegen@tannlegen.nhn.no

**Tannlege Göran Ahlborg**  
Oralkirurg  
Implantologi  
Drammen Tannlegesenter  
Øvre Torggate 10, Postboks 316  
3001 Drammen  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
post@drammen-tannlegesenter.no

**Tannlegene Brennhovd**  
Oral kirurg Seong Hwan Jeon  
Postboks 1164  
3503 Hønefoss  
Tlf. 32 12 18 20  
anders@tannlegene-brennhovd.no

**Tannlege Bjarte Grung**  
Oralkirurg Implantatbehandling  
Drammen Oralkirurgi  
Torgeir Vraas pl. 6  
3044 Drammen  
Tlf. 32 27 67 50  
Faks 32 27 67 59  
bjarte.grung@drammenoral-kirurgi.no  
www.drammenok.no

**Tannlege Heming Olsen-Bergem**  
Oralkirurg  
Implantatkirurgi  
Tannlegene Sydow&Mo a/s  
Torgeir Vraa's plass 4, 3044 Drammen  
Tlf. 32 83 10 54  
Faks 32 83 09 49  
post@tannlegesydow-mo.no

#### HEDMARK

**SpesTorg**  
Tannlege Petar Ninkov  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Torggata 83, 2317 Hamar  
Tlf. 62 53 46 06  
E-post: kir@spetorg.nhn.no

#### HORDALAND

**Tannlege Ottar Christensen**  
Oralkirurg  
Bergen Tannhelsesenter/Ok klinikken  
Tar imot henviste pasienter  
Kanalveien 64, 5068 Bergen  
Tlf. 55 55 06 00

#### MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk**  
Tannlege Paula Frid  
Tannlege Dr. Odont, spesialist i oral  
kirurgi Lado Lako Loro  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70 Telefaks 70 10 46 71  
E-post: firmapost@apollonia.no

**Tannlege, MSc. Fredrik Ahlgren**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
MSc Implantologi  
Brosundet Tannklinikk  
Pb 606 Sentrum, 6001 Ålesund  
Besøksadresse Notenesgata 3  
Telefon 70 10 70 80  
Faks 70 10 70 81  
www.brotann.no  
E-post post@oralkirurg.no

**Brosundet Tannklinikk AS**  
Postboks 606 Sentrum  
6001 Ålesund  
Besøksadresse: Notenesgata 3  
Telefon: 70 10 70 80  
Faks: 7010 70 81  
www.brotann.no  
E-post: post@oralkirurg.no

#### NORDLAND

**Tanntorget Svolvær**  
Spes. oralkirurgi og oral med. Cecilie  
Gjerde  
Torget 1, 8300 Svolvær  
Tlf. 760 66790  
Faks 760 66791  
e-mail; tanntorget@yahoo.no

**Tannlege Roar Karstensen**  
Oralkirurg  
Implantatbehandling  
Storgt. 1b, 8006 Bodø  
Tlf. 75 50 65 10  
E-post: rokarste@online.no

#### OPPLAND

**Kjevekirurg Jan Mangersnes**  
**Mjøstannlegene Gjøvik AS**  
Trondhjemsveien 8  
2821 Gjøvik  
Tlf. 61 13 08 10  
Faks 61 13 08 26  
Mobil 91 39 76 09  
jan.mangersnes@kjeve-kirurg.no

#### OSLO

**Bygdøy Allé Tannestetiske Senter AS**  
Implantatkirurgi, kjevekirurgi, bentrans-  
plantasjoner  
Narkose hvis ønskelig.  
Dr. Hans Erik Høgevoid, dr.med., spes.  
kjevekirurgi, generell kirurgi.  
Telefon 22 44 15 35  
E-post: henvising@tannleger.com  
www.tannleger.com

**Dentalia – Nydalen Tannlegesenter**  
Spesialistklinikk – Implantatbehandling  
**Spesialist i oral kirurgi og oral medisin**  
**Dr. odont. Carl-Johan Ivanoff**  
**Anestesilege Stefan Hauptig**  
Narkose/sedasjon/lystgass Pb. 4 Nydalen  
PiB, 0410 Oslo Tlf. 23 00 79 00  
E-post: post@dentalia.no  
www.dentalia.no

**Festningen tannklinikk AS**  
Oral kirurgi og Implantatkirurgi  
**Spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael**  
**Marques da Silva**  
Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 91 02 90  
Faks 22 41 31 73  
www.festningen-tannklinikk.no  
e-post: firmapost@raadhusmann.no

**Galleri Oslo Klinikken**  
**Tnl. Dr. odont Andreas Karatsaidis**  
Oral kirurgi & oral medisin  
Implantatkirurgi  
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo  
Tlf. 22 36 76 50  
Faks 22 36 76 01  
post@galleriosloklinikken.no  
www.galleriosloklinikken.no  
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i  
kjeller.



**Tannlege Bård Alvsaker**  
Oralkirurg, Implantologi  
Industrigt. 4  
Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
E-post: post@tannlegenordmo.no  
www.tannlegenordmo.no  
www.implantattenner.no

**Tannlege Katja Franke**  
Oralkirurgi  
Implantologi  
Leirvollen 1A  
4513 Mandal  
Tlf. 38 26 06 10  
Faks 38 26 06 11  
E-post: dr.katjafranke@online.no

## VESTFOLD

**Tønsberg Oralkirurgisk Klinikk AS**  
Spesialistpraksis i oral kirurgi & oral medisin  
Implantatbehandling  
Tannlege MSc Eivind Andersen  
Tannlege Dr Odont Rafael M da Silva  
Tannlege Dr Odont Gudmundur Björnsson  
Tannlege Dag Tvedt  
Farmandstredet 3110 Tønsberg  
Tlf. 33 37 82 82  
Faks 33 37 82 81  
tonsbergoralkirurgi@gmail.com

**Tannlege og lege Bjørn J. Hansen**  
Kjevekirurg  
Implantologi  
Storgaten 33  
3110 Tønsberg  
Tlf. 33 31 22 36  
Faks 33 31 61 39  
E-post: bjhan3@online.no

## ØSTFOLD

**Tannlege, dr.odont. Anders Heyden**  
Oralkirurg  
Implantologi  
Heyden Tannhelsesenter  
Dronningensgt 19  
1530 Moss  
Tlf. 69 24 19 50  
Faks 69 24 19 51

## ■ ORAL PROTETIKK

### AKERSHUS

**Tannlege Knut Erik Eide**  
Implantatprotetikk  
Skedsmogaten 7  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 80 55 77  
E-mail: post@ticb.no  
www.ticb.no

**Tannlege, dr.odont. Jørn A. Fridrich-Aas**  
Implantatprotetikk  
Skedsmogaten 7  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 80 55 77  
E-mail: post@ticb.no  
www.ticb.no

**Tannlege Helge Lysne**  
Implantatprotetikk  
Sentrumsveien 4, 1400 Ski  
Tlf. 64 87 41 20  
Faks 64 87 19 50  
E-post: hlysne@online.no

**Tannlege Anders Rye**  
Asker Tannhelse a/s  
Smuget 1B, 4. etg.  
Tlf. 66 78 65 00  
post@askertannhelse.no

**Tannlege Tor Skjetne**  
Implantatprotetikk  
Mathias Skyttersvei 47  
1482 Nittedal  
Tlf. 67 06 90 99  
Faks 67 06 90 98

## BUSKERUD

**Tannlege Ph.D. Carl Hjortsjö**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene Sydow & Mo a/s  
Torgeir Vraa's plass 4  
3044 Drammen  
Tlf. 32 83 10 54  
Faks: 32 83 09 49  
post@tannlegesydow-mo.no

**Tannlege Arild Mo**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene Sydow & Mo a/s  
Torgeir Vraa's plass 4  
3044 Drammen  
Tlf. 32 83 10 54  
Faks: 32 83 09 49  
post@tannlegesydow-mo.no

## HEDMARK

**Tannlege Geir Oddvar Eide**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene i kvartal 48  
Torggt. 44, 2317 Hamar  
Tlf. 62 52 30 73  
Faks 62 52 24 49

**Tannlege Eva Jonsson**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene i Hippegården  
Storgt 111, Pb 110  
2390 Moelv  
Tlf. 62367301

**Tannlege Hazem Tamim**  
Spesialist i oral protetikk  
TAMIM Tannklinikk  
Lille Strandgate 3, 2317 Hamar  
Tlf. 62 52 67 06  
e-post: tamimklinikk@gmail.com  
www.tamimtannklinikk.no

## HORDALAND

**Tannlege Sverre Eldrup**  
Implantatprotetikk  
Broegemannhuset tannhelsesenter  
Strandgt. 5, 5013 Bergen  
Tlf. 55 90 02 30  
Faks 55 90 02 32

**Tannlege Harald Gjengedal**  
Implantatprotetikk  
OK Klinikken  
Halfdan Kjerulfs gate 4  
5017 Bergen  
Tlf. 55 55 06 00  
Faks: 55 55 06 01  
E-mail: harald.gjengedal@iko.uib.no

**Tannlege Helge Hekland**  
Tannlege Hekland AS  
Starvhusgt 2A, 5014 Bergen  
Tlf. 55 31 65 17

**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**  
Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk og -kirurgi  
Juvikflaten  
5300 Kleppstø  
Tlf. 900 77 333 / 56 14 20 14  
kyrreteigen@gmail.com

## MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk Tannlege, Dr. odont. Ingvar Ericsson**  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
e-post: 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  
E-post: geir@brotann.no



## OSLO

**Bjerke Tannmedisin AS**  
**Tannlege, dr.odont. Hans Jacob Rønold**  
Implantatprotetikk  
E-post: [hjr@tannmedisin.no](mailto:hjr@tannmedisin.no)

**Tannlege Roy Samuelsson**  
Implantatprotetikk  
E-post: [rs@tanmedisin.no](mailto:rs@tanmedisin.no)

Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
[www.tannmedisin.no](http://www.tannmedisin.no)

**SpesDent**  
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Oral kirurgi  
**Tannlege Henrik Skjerven**  
Implantatbehandling  
**Tannlege Knut Øverberg**  
Implantatbehandling  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 22 95 51 10  
[www.spesdent.no](http://www.spesdent.no)  
post@spesdent.nhn.no

**Tannlegesenteret i Bergrådveien 13**  
**Tannlege Sven A. Støvne**  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: [post@tannlegesenteret.no](mailto:post@tannlegesenteret.no)  
[www.tannlegesenteret.no](http://www.tannlegesenteret.no)

**Tannlegene Stene Johansen AS**  
**Tannlege Geir W. Stene-Johansen**  
Implantatprotetikk  
Parkveien 60  
0254 Oslo  
Tlf. 22 44 29 00  
Faks 22 55 40 22  
E-post: [info@stene-johansen.no](mailto:info@stene-johansen.no)  
[www.stene-johansen.no](http://www.stene-johansen.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  
E-post: [jane@odont.uio.no](mailto:jane@odont.uio.no)

**Tannlege Bent Thv Gerner**  
Homansbyen Tannlegesenter AS  
Oscarsgate 20, 0352 Oslo  
Tlf. 23 32 66 60  
Faks 23 32 66 61  
[www.htls.no](http://www.htls.no)  
post@htls.nhn.no

**Tannlege Knut-Erik Jacobsen**  
Implantatprotetikk  
Ekebergveien 237, 1166 Oslo  
Tlf. 22 28 80 01  
Faks 22 28 33 34

**Tannlege Anne Kalvik**  
Implantatprotetikk  
Ekebergveien 228c, 1162 Oslo  
Tlf. 22 28 25 58  
Faks 22 28 25 59  
E-post: [akalvik@odont.uio.no](mailto:akalvik@odont.uio.no)

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

**Professor, dr.odont. Sonni Mette Wåler**  
Implantatprotetikk  
Odontologisk fakultet  
Geitemyrsveien 71, 0455 Oslo  
Tlf. 22 85 20 89  
E-post: [smw@odont.uio.no](mailto:smw@odont.uio.no)

## ROGALAND

**TSMG – Tannlegesenteret**  
**Madlagården**  
Spesialistene  
**Jan Hunsbeth, spes. Protetikk**  
[jan@tsmg.no](mailto:jan@tsmg.no)  
**Said Ghasemi, spes. protetikk**  
[said@tsmg.no](mailto:said@tsmg.no)  
Pb. 633 Madla  
4090 Hafrsfjord  
Tlf. 51 59 70 00  
Faks 51 59 70 13  
[www.tsmg.no](http://www.tsmg.no)

**Tannlege Erland Eggum**  
Implantatprotetikk/spes oral protetikk  
Sola tannlegesenter  
Solakrossen 14  
4050 Sola  
Tlf. 51 21 68 00  
[post@solatann.nhn.no](mailto:post@solatann.nhn.no)  
[www.solatann.no](http://www.solatann.no)

**Tannlege Hamid Hosseini AS**  
Spesialist i oral protetikk  
Sølvberggt. 16  
4006 Stavanger  
Tlf. 51 89 60 88  
E-post: [seyed@hotmail.com](mailto:seyed@hotmail.com)

**Tannlege Hannu Larsen**  
Tannlegene Løkkeveien 51  
4008 Stavanger  
Tlf. 51 53 13 00  
Faks 51 53 13 01  
[hannula@broadpark.no](mailto:hannula@broadpark.no)  
Åpningstider man, tors 0800–1600,  
tirsd., onsd. 0800–1800, fre 0800–1500  
Tilrettelagt for funksjonshemmede

## SØR-TRØNDELAG

**Tannlege Eva Børstad**  
Implantatprotetikk  
Tannlegene på Solsiden  
Trenerys gate 8 – Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
Faks 73 80 78 81  
E-post: [eva@tannlegenepaasolsiden.no](mailto:eva@tannlegenepaasolsiden.no)

**Tannlege Bodil Norgaard**  
Implantatprotetikk  
Nordre Tannhelse  
Nordre gt. 12  
7011 Trondheim  
Tlf. 73 84 13 20  
Faks: 73 84 13 29  
E-post: [bodil@nordretannhelse.no](mailto:bodil@nordretannhelse.no)

## TROMS

**Tannlege Hans Are Ovanger**  
Implantatprotetikk  
Strandskillet 5  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 28 01 00  
Faks 77 28 01 11  
E-post: [hans.are@tannlegespesialistene.no](mailto:hans.are@tannlegespesialistene.no)

## VEST-AGDER

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

**Tannlege Jon Nordmo**  
Implantatprotetikk  
Industrigata 4  
Postboks 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
E-post: [post@tannlegenordmo.no](mailto:post@tannlegenordmo.no)  
[www.tannlegenordmo.no](http://www.tannlegenordmo.no)  
[www.implantattanner.no](http://www.implantattanner.no)

## VESTFOLD

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

## ØSTFOLD

### Tannlege Rune Hamborg

Implantologi  
Søndre Mysens vei 2e  
1850 Mysen  
Tlf. 69 89 16 21

### Tannlege Kai B. Hannestad AS

Implantatprotetik  
Fredrikstad private tannhelsesenter  
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad  
c/o Heyden tannhelsesenter  
Dronningensgate 19, 1530 Moss  
Tlf: 69 36 88 00  
www.ftann.no

### Tannlege, spesialist i protetik Sigurd Schneider

Kransen 16, 1531 Moss  
Tlf. 69 25 19 82  
Varnaveien 35, 1523 Moss  
Tlf. 69 26 49 00

### Tannlege Rune Sollin

Implantatprotetik  
Gudesgt 1  
1530 Moss  
Tlf. 69 25 11 45  
Faks: 69 25 11 50

## ■ PERIODONTI

### AKERSHUS

#### Tannlege Ph.D. Morten Enersen

Kirkevn. 230, 1383 Asker  
Tlf. 66 90 01 26  
Mobil: 481 105 46  
E-post: moenerse@online.no  
www.tannlege-enersen.no

#### Tannlege Marie Fjærtøft Heir

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

#### Tannlege Berit Bae Lier

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

#### Tannlege Tove Roscher

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

#### Tannlege Trond Telje

Tannhelsesenteret Skårer AS  
Skårersletta 10, 1473 Lørenskog  
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70  
Faks 67 91 72 01  
E-post post@tannhelsesenter.no

## BUSKERUD

### DRAMMEN IMPLANTATSENTER AS

Periodontist, Bengt Lewin, MNFT  
Implantatkirurgi, Mucogingival kirurgi  
Tordenskioldsgate 22  
3044 Drammen  
Tlf. 32833872  
www.drammenimplantatsenter.no  
mail@hvitesmil.no

### Spesialistklinikken Union Brygge

Grønland 38b, 3045 Drammen  
Tlf: 974 74 300  
spesialistklinikken-ub@-nhn.no  
www.spesialistklinikken-ub.no  
**Dr odont Thorarinn Sigurdsson,**  
spesialist i periodonti  
**Tannlege Jon Flinth Vatne,** spesialist i  
periodonti  
Periodontitt behandling  
Implantat behandling  
Mukogingival kirurgi  
Preprotetsik gingival kirurgi

### Tannlege Bjørn Elling Gulsvik

Implantatbehandling  
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss  
Tlf. 32 12 10 07  
Faks 32 12 07 72  
E-post: gulsvik@odont.uio.no

### Professor, dr.philos.

#### Bjørn Frode Hansen

Nedre Storgate 11  
3015 Drammen  
Tlf. 32 83 60 62

## HEDMARK

### Tannlege Klaus Ånerud

Implantatbehandling  
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger  
Tlf. 62 81 46 78  
Faks 62 81 42 20  
E-post: klaus.anerud@gmail.com

## HORDALAND

### Tannlege John Tore Mellingen

Spes. periodonti  
Implantatbehandling  
Tannhelseteam Mellingen AS  
Valkendorfgate 5, 5012 Bergen  
Tlf. 04855  
www.tannhelseteam.no  
post@tannhelseteam.no

## MØRE OG ROMSDAL

### Apollonia Tannklinik

**Tannlege Anders Skodje**  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
e-post: anders@apollonia.no

## OPPLAND

### Tannlege Knut Sæther

Implantatbehandling  
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 17 31  
Faks 61 25 43 19  
E-post: knut.sather@iventelo.net

### Tannlege Martin Wohlfeil

Systematisk periodontal behandling  
Regenerativ kirurgi  
Estetisk mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 17 31  
Faks 61 25 43 19

## OSLO

### Bjerke Tannmedisin AS

#### Tannlege Caspar Wohlfahrt

Implantatkirurgi  
Trondheimsveien 275  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
cw@tannmedisin.no  
www.tannmedisin.no

### Majorstuen tannlegesenter Spes.perio.

#### tannlege Oscar Villa

All peridontittbehandling, implantatki-  
rurgi  
Kirkeveien 64A  
0364 Oslo  
Tlf. 22 46 67 54  
Faks 22 60 48 22  
post@mts.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  
E-post: henvisning@spes-periodonti.no

### Tannklinikken AS

#### Janet M. Østrem

Storgata 17  
0184 Oslo  
Tlf. 22 41 80 80  
Faks 22 41 80 81  
E-post: storgata@tannklinikken.no  
www.tannklinikken.no

### Tannlegesenteret i Bergrådveien 13

#### Tannlege Anne Lise Helsing

0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

**Tannlege Nina Bjergene**  
Akersgata 16 0158 Oslo  
Telefon 23 10 53 50  
Faks 22 33 02 87

**Tannlege, dr.odont. Inger Johanne Blix**  
Bogstadveien 51, 0366 Oslo  
Tlf. 22 46 42 89  
Faks 22 56 68 30  
E-post: [ijblix@broadpark.no](mailto:ijblix@broadpark.no)

**Spesialist periodonti Ulla-Karin Engstrøm**  
Eckersbergsgate 30-32  
0260 Oslo  
Tlf. 22 44 71 69  
E-post: [ukengs@getmail.no](mailto:ukengs@getmail.no)

**Tannlege Mette Gilhus Hillestad**  
Slemdal tannlegesenter  
Stasjonsveien 4  
Postboks 31 Slemdal  
0710 Oslo  
Tlf. 22 14 18 00  
Faks 22 13 87 33  
[www.slemdal-tann.no](http://www.slemdal-tann.no)

**Tannlege Ph.D Annika Sahlin Platt**  
Systematisk periodontal behandling  
Mucogingival kirurgi – Implantatkirurgi  
Dentalia – Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB, 0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
[post@dentalia.no](mailto:post@dentalia.no)  
[www.dentalia.no](http://www.dentalia.no)

**Tannlege Trond Telje**  
Von Øtkensv. 1, 1169 Oslo  
Tlf. 22 61 32 01  
Faks 22 61 32 01  
E-post: [post@tannlegetelje.no](mailto:post@tannlegetelje.no)  
[www.tannlegetelje.no](http://www.tannlegetelje.no)

**Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge**  
Grünerløkka tannhelsesenter  
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo  
Tlf. 22 35 77 92  
Faks 22 35 49 18,  
Mobil: + 47 984 777 62

**Tannlege Jon Flinth Vatne**  
Vestgrensa 4  
0851 Oslo  
Tlf: 22463671  
Periodontittbehandling, implantatki-  
rurgi.  
E-post: [post@tennerihagen](mailto:post@tennerihagen)

## ROGALAND

**Tannlegene Hetland AS**  
**Tannlege Trond Ole Hetland**  
**Tannlege Pedro Franca**  
Hinnasvingene 50, Postboks 6097  
4088 Stavanger  
Tlf. 51 88 15 80  
Faks 51 58 83 27  
[www.tannlegenehetland.no](http://www.tannlegenehetland.no)

**Tannlege Fahri Demirbas**  
Holbergsgt 22  
4306 Sandnes  
Tlf. 51 31 82 00  
Faks. 51 31 82 01

**Tannlege Øystein Fardal**  
Johan Feyersg. 12  
4370 Egersund, 51 49 15 55  
Strandgt. 38  
4400 Flekkefjord, 38 32 25 51  
[fardal@odont.uio.no](mailto:fardal@odont.uio.no)

**Tannlege Rigmor S. Flatebø**  
Apollonia tannlegesenter  
Handelens Hus 2. etg., Kongsgaten 10  
Postboks 397, 4002 Stavanger  
Tlf. 51 85 60 30  
E-post: [rigmor.flatebo@gmail.com](mailto:rigmor.flatebo@gmail.com)

**Tannlege Otto Førland**  
Implantatbehandling  
Apotekergården  
Kirkegt. 169, 5525 Haugesund  
Tlf. 52 71 39 24  
Faks 52 71 29 50

**Tannlege Morten Klepp**  
Implantatkirurgi  
Tannlegesenteret Solakrossen 14  
4050 Sola  
Tlf. 51 21 68 17  
Faks 51 65 05 50  
[klepp@tannlegesenteret-solakrossen.no](mailto:klepp@tannlegesenteret-solakrossen.no)  
[www.tannlegesenteret-solakrossen.no](http://www.tannlegesenteret-solakrossen.no)

**Tannlege Eirik Aasland Salvesen**  
Spes. periodonti  
Implantatbehandling  
TSMG – Tannlegesenteret Madlagården  
Spesialistene  
Pb. 633 Madla, 4090 Hafsrfsjord  
Tlf. 51 59 70 00  
[www.tsmg.no](http://www.tsmg.no)  
E-post: [eirik@tsmg.no](mailto:eirik@tsmg.no)

## SØR-TRØNDELAG

**Bakke Tannlegekontor AS**  
**Spes.Perio.Dr. Odont Helge Ehnevid**  
Nedre Bakklundet 58 c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
[post@bakketannlegekontor.no](mailto:post@bakketannlegekontor.no)

**Tannlege Roya Torabi-Gaarden**  
Tannlege, spes.periodonti  
Tannlegene på solsiden  
Trenerys gate 8, Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
Faks 73 80 78 81  
e-post: [roya@tannsol.no](mailto:roya@tannsol.no)

## TELEMARK

**Prof., Dr. odont. Hans R. Preus**  
Holtanklinikken  
Folkestadveien 12, 3800 Bø  
Tlf. 35 06 10 50  
Faks 35 06 10 58  
[holtanklinikken@hotmail.no](mailto:holtanklinikken@hotmail.no)

## VEST-AGDER

**Tannlege John Øydnå**  
Implantatkirurgi  
Vestre Strandgt. 42, Haanesgården  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 06 66  
Faks 38 12 06 70  
E-post [karies@online.no](mailto:karies@online.no)  
[www.oeydna.no](http://www.oeydna.no)  
Rullestolbrukervennlig kontor

## VESTFOLD

**Perio Klinikken**  
**Tannlege Nico H. Toosinejad**  
Systematisk periodontal behandling  
Mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
Møllersgt. 3 , 3210 Sandefjord  
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13  
Faks 33 46 22 34  
E-post [periodont@doctor.com](mailto:periodont@doctor.com)

**Sandefjord Tannhelse as**  
**Periodontist Arnt Helge Dybvik**  
Periodontittbehandling.  
Mucogingival kirurgi.  
Implantatbehandling.  
Aagaards plass 1  
3211 SANDEFJORD  
Tlf. 33 44 60 30  
E-post: [post@sandefjordtannhelse.no](mailto:post@sandefjordtannhelse.no)

## ØSTFOLD

**Tannlege, dr.odont. Kari Monefeldt**  
Nygaardsgate 49/51  
1607 Fredrikstad  
Tlf. 69 31 24 24  
Faks 69 31 12 03

**Tannlege Lars Walle**  
Periodontittbehandling  
Implantatkirurgi  
Gudes gate 1  
1530 Moss  
Tlf. 69 20 54 00  
Faks: 69 20 54 01  
E-post: [lawa@tanngaarden.nhn.no](mailto:lawa@tanngaarden.nhn.no)



## MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk**  
**Tannlege Fredrik Skodje**  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Faks 70 10 46 71  
E-post: fredrik@apollonia.no

**Dento2 AS**  
**Tannlege Truls Osnes**  
Implantatprotetik  
Kongens gate 13  
6002 Ålesund  
Tlf. 70 11 44 99  
E-post: truls@dento2.no

**SKANSEN TANNLEGEKONTOR A/S**  
**Tannlege dr.odont. Torbjørn Jarle Breivik**  
Implantatprotetik  
Skaregt. 3  
6002 Ålesund  
Tlf. 70 12 12 21  
E-post: t-jbre@online.no  
<http://folk.uio.no/tbreivik>

**Tannlege Per-John Halvorsen**  
Pb 197  
6501 Kristiansund N  
Tlf. 71 67 12 29  
Faks 71 67 89 28  
E-post: pjhalv@online.no

**Tannlege Åge Thingvold Karlsen**  
Nedre Enggate 14  
PB.197  
6501 Kristiansund  
Tlf. 71679098  
e-post: post@tkarlsen.nhn.no

**Tannlege Turid Tranvåg**  
Sjøsida tannklinikk  
Sjøgata 13, 6067 Ulsteinvik  
Tlf. 70 01 08 53  
Faks 70 01 01 39  
E-post: tranvaag@sjosidatannklinikk.no  
[www.sjosidatannklinikk.no](http://www.sjosidatannklinikk.no)

## NORDLAND

**Tannlege Espen Slotterøy a/s**  
Jonas Lies gt 11  
8657 Mosjøen  
Tlf./Faks 75 17 18 94  
E-post: eslotter@online.no

**Tanntorget Svolvær AS**  
**Tannlege Gunhild Johansen**  
**Tannlege Espen Mortensen**  
- i samarbeid med spes.oralkirurgi og oral med. Cecilie Gjerde  
Torget 1  
8300 Svolvær  
Tlf. 760 66790  
Faks 760 66791  
E-post: tanntorget@yahoo.no

**Johan Andreas Furebotten**  
Dronningen Tannklinikk  
Dronningensgate 30  
8006 Bodø  
Tlf. 75 50 64 40  
Faks 75 50 64 41  
E-post post@dronningentannklinikk.no  
Web: www.dronningentannklinikk.no

**Tannlege Per Hamre**  
Tannboden AS  
Sandnessjøen  
Tlf. 75 04 36 00  
Mosjøen  
Tlf. 75 17 28 88

**Tannlege Rune Hilde AS**  
Implantatforankret protetik  
Søndrefrydenlund alle 6  
8400 Sortland  
Tlf. 76 12 64 02  
Faks: 76 12 64 03  
E-post: tannlege@runehilde.no

**Tannlege Gunhild Johansen**  
Tanntorget Svolvær AS  
Torget 1, 8300 Svolvær  
Tlf. 76 06 67 90

**Tannlege Irene Nygård AS**  
Strandgt.36  
8656 Mosjøen  
Tlf. 75175550  
E-post: post@irenenygd.nhn.no

**Tannlege Thomas Sefranek**  
Implantatprotetik  
Markedsgt. 10, Postboks 24  
8455 Stokmarknes  
Tlf. 76 15 12 52  
Faks 76 15 10 66  
E-post: thomas.sefrank@tnett.no  
[www.implantatkinikk.info](http://www.implantatkinikk.info)

## NORD-TRØNDELAG

**TANNLEGE ALSTAD AS**  
v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad  
v/Tannlege Per Johan Alstad  
Jernbanegt. 15  
7600 Levanger  
tlf. 74 08 23 35  
mea@tannlege-alstad.no  
pja@tannlege-alstad.no  
[www.tannimplantater.no](http://www.tannimplantater.no)

**Tannlege Niklas Angelus**  
Abel Margrethe Meyersgt. 8  
7800 Namsos  
Tlf. 74 27 22 69  
E-post nik.angelus@gmx.net  
Åpningstider mandag-fredag 8.30-16.00  
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

## OPPLAND

**Tannlege Ole Johan Hjortdal as**  
Kirkegt.12, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 06 92  
E-post: ojohjort@online.no.

**Tannlege Johan Nordblom**  
Implantatprotetik  
Kronen Tannklinikk  
Besøksadresse Lilletorg, tidl. Hotell Kronen, 4.etg.  
Storgaten 89  
2615 Lillehammer  
Tlf 61 25 27 63  
tannlege@nordblom.no  
Åpent kl 8-15 hver dag.  
Tilrettelagt for funksjonshemmede

**Tannlege Gunnar Steinsvoll AS**  
Johan Nygårdsgt. 11B  
2670 Otta  
Tlf. 61 23 00 26  
post@gsteinsvollas.nhn.no  
Implantatprotetik, sedasjon, lystgass.  
Tilgjengelighet for funksjonshemmede.

**Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll**  
Spesialist i periodonti  
Implantatkirurgi og Implantatprotetik  
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss  
Tlf. 61 19 14 81  
sebstein@online.no

## OSLO

**Galleri Oslo Klinikken**  
**Tannlege Kåre Jan Attramadal**  
samarbeider med Tannlege Dr. Odont Andreas Karatsaidis  
Schweigaards gate 6, 0185 Oslo  
Tlf. 22 36 76 50  
Fax 22 36 76 01  
post@gallerioslokliviken.no  
[www.gallerioslokliviken.no](http://www.gallerioslokliviken.no)  
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller.

**Homansbyen Tannlegesenter AS**  
Oscarsgate 20  
0352 Oslo  
[www.htls.no](http://www.htls.no)  
post@htls.nhn.no  
Tannlege Bent Thv Gerner  
Implantatprotetik  
Tlf. 23 32 66 60  
Fax 23 32 66 61

**OSLO IMPLANTATSENTER AS**  
Tannlege/Spesialkompetanse i implantatprotetik Bjørn Hanvold  
Tannlege Et lege/Spesialistkandidat i oral kirurgi Karl Iver Hanvold  
Universitetsgata 12, 0164 Oslo  
Tlf. 22 20 50 50  
Faks 22 20 50 51  
E-post: post@osloimplantatsenter.no  
[www.osloimplantatsenter.no](http://www.osloimplantatsenter.no)

Tannlegesenteret i Bergrådveien 13  
Tannlege Per-Trygve Krossholm,  
Tannlege Jan Engh,  
Tannlege Anders Brennhovd  
Tannlege Sven Støvne og  
Tannlege Lars Lystad  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

**Tannlege Jan Fritsch**  
Valkyrien Tannklinikk  
Jacob Aallsgate 18 B  
0368 Oslo  
Tlf. 22 17 17 66  
e-post: tannlegenefritsch@hotmail.com  
Åpningstider: mand.-fred.: 7.00-16.00

**Tannlege Anders Ølund Gerner**  
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 Carl-Henrik Gullaksen**  
Dentalia – Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB, 0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
E-post: post@dentalia.no  
www.dentalia.no

**Tannlege Siv Kristin Helgheim**  
Rommen Tannhelse  
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo  
Tlf. 22210293  
e-post: siv@rommentannhelse.no  
website: www.rommentannhelse.no  
åpningstid for klinikken: man.-fre.  
08.00-16.00  
Tilrettelagt for funksjonshemmede

**Tannlege Eli Lerheim**  
Bogstadveien 43  
0366 Oslo  
Tlf. 22 46 64 79  
E-post: eli@lerheim.com  
www.tannlegeelilerheim.com

**Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth Aurstad Riksen**  
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO  
Tlf. 22 44 86 13  
tannrik@online.no  
www.tannlege-ar.no  
Åpningstider: Man-fre 8-16

**Tannlege Anja Skagmo Sandaker Tannklinikk AS**  
Implantat protetikk  
Avd. Torshov:  
Vogts gate 57, 0477 Oslo  
Tlf. 22 71 27 91

Avd. Sandaker:  
Frederik Glads gate 8a  
0482 Oslo  
Tlf. 22 15 28 97  
post@sandakertannklinikk.no  
www.sandakertannklinikk.no  
Åpningstider:  
Mandag-Fredag 8.00-16.00.

## ROGALAND

**Forus Tann- & Kjeveklinikk**  
Tannlege Ole Berntsen  
Luramyrvæien 12,4313 SANDNES  
Pb: 1001, 4391 SANDNES  
Tlf: 51 96 99 99  
Faks: 51 96 99 98  
E-post: post@forustann.no  
www.forustann.no

**Tannlege Leif Berven**  
Pb 430  
4379 Egersund  
Tlf. 51 49 11 30  
Faks 51 49 33 82  
E-post: leif\_berven@hotmail.com

**Tannlege Jan Hunsbeth**  
Implantatprotetikk  
Tannlegesenteret Madlagården  
Pb. 633 Madla  
4090 Hafrsfjord  
Tlf. 51 59 70 00  
Faks 51 59 70 13  
E-post: jan@tannhelsesente-  
ret.nowwww.tannhelsesenteret.no

**Tannlege Arne Skumsnes**  
Vågsgaten 41, 4 etg  
4306 Sandnes  
Post: Pb. 361, 4303 Sandnes  
Faks 51 67 43 75  
arne.skumsnes@tannlegesenteret.com

**Tannlege Bernt Vidar Vagle**  
Storgaten 43  
4307 Sandnes  
Tlf. 51 68 14 00  
Faks 51 68 14 09  
E-post: bvvagle@hotmail.com

**Tannlege Kirsten Øvestad**  
Arm.Hansensvei 11  
4011 Stavanger  
Telefon 51 52 96 18  
Faks 51 53 45 70  
E-post: kirsten@ovestad.com

**Tannlege Helge Øyri**  
Implantatprotetikk Langgt. 41-43  
Pb. 454  
4304 Sandnes  
Tlf. 51 66 17 30  
e-post: helg-rao@online.no

## SØR-TRØNDELAG

**Bakke Tannlegekontor AS**  
Spesialkompetanse Implantatprotetikk  
Kjell Ulsund  
Kai Sandvik  
Nedre Bakklandet 58c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
post@backetannlegekontor

**SANDEN TANNHELSE**  
Tannlege Bjørn Thunold  
Implantatprotetikk og lystgass  
Kongens gate 60  
7012 Trondheim  
Tlf. 73 52 71 73  
Faks 73 50 41 97  
post@sandentannhelse.no  
http://www.sandentannhelse.no

**Tannhelse Melhus AS**  
Bjørn Gunnar Benjaminsen  
Kai Åge Årseth  
Melhusvegen 451  
7224 MELHUS  
Tlf. 72 87 11 70  
E-post: post@tannhelsemelhus.nhn.no  
web: www.tannhelsemelhus.no

**Tannlegene i Munkegaten 9**  
Tannlege Rolf Isaksen  
7013 Trondheim  
Telefon 73 80 67 60

**Tannlege Parvaneh Monemy**  
7260 Sistranda  
Tlf. 72 44 98 80  
pmonemy@c2i.net  
Åpningstider: Man-Fred fra 8.15  
tom.15.15  
Klinikken er tilpasset til funksjonshem-  
mede

**Tannlege Kjell Øyasæter**  
Skograndveien 34  
7200 Kyrksæterøra  
Telefon 72 45 26 50  
E-mail: tanngard@hemne.as

## TELEMARK

**Tannklinikken Skien**  
Tannlege Ståle Bentsen  
Tannlege Tore Lervik lic.odont., MDSc  
Telemarksvegen 170, 3734 SKIEN  
Tlf. 35 58 39 20  
Faks 35 58 39 21

**Tannlege Øystein Grønvald**  
Korvetten Tannklinikk AS  
Torskebergveien 7  
3950 Brevik  
Tlf. 35 57 02 32  
Faks. 35 55 33 35  
oystein@korvettentannklinikk.no

**Tannlege Per Hauge**  
Handelstoget tannlegesenter  
Telemarksgata 12  
3724 Skien  
Tlf. 35 51 96 02  
Faks 35 51 96 01  
E-post: per@handelstorget-tann.no

**Tannlege Halvor Holtan**  
Holtanklinikken  
Folkestadveien 12  
3800 Bø  
Tlf. 35 06 10 50  
Faks 35 06 10 58  
E-post: holtanklinikken@hotmail.no

**Tannlege Per Otterstad**  
Tannlege Spesialist i oral kirurgi og oral  
medisin Erik Bie  
Kirurgisk implantatbehandling med stø-  
nad fra HELFO  
Storgaten 118  
3921 Porsgrunn  
Tlf. 35 93 03 60  
Faks 35 93 03 61  
E-post: 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  
E-post: post@torvet-tannlegesenter.no

**Tannlege Carl Fredrik Haseid**  
Grønnegata tannlegesenter  
Grønnegata 32, Postboks 1142  
9261 Tromsø  
Tlf. 77 75 30 30  
carlfredrik@grønnegata.no

**Tannlege MNTF Ninni Haug**  
Storgt. 9, 9405 Harstad  
Tlf. 77 00 20 50  
Faks 77 00 20 59  
E-post: ninnih@online.no

## VEST-AGDER

**TANNPALÈET**  
**Tannlege Mikal Heyeraas**  
Spesialkompetanse implantatprotetikk  
Vestre strandgate 32  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 29 50  
Faks 38 12 29 51  
E-post: fellespost@tannpaleet.no

**Tannlege Ragnar Borning**  
Vestre Tannlegesenter  
Vestre Strandgate 42  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 06 66  
Faks 38 12 07 60

**Tannlege Egil Lind**  
Tannlege Egil Lind A/S  
Gåseholmen Brygge  
Postboks 275, 4554 Farsund  
Tlf. 38 39 35 56  
Solbygg Tannlegesenter A/S  
Agder Allé 4  
4631 Kristiansand Tlf. 38 70 38 38

**Tannlege Bård Løvdal**  
Markensgate 36  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 12 00 90  
lovdal@markentannlegesenter.no

**Tannlege Torstein Ribe**  
Søgne Tanngaard  
Rådhusveien 37, 4640 Søgne  
Tlf. 38 05 06 68  
Faks 38 05 05 77  
E-post: t-rib@online.no

**Tannlege Alfred Gimle Ro**  
Søgne Helsehus,  
Rådhusveien 5, 4640 Søgne.  
Tlf. 38 05 10 81  
Faks 38 05 10 80

**Tannlege Siri Sanne**  
Torjusheigata 6 B  
4514 Mandal  
Tlf. 38 26 15 37  
Faks 38 26 15 37

## VESTFOLD

**Perio Klinikken**  
Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad  
Møllersgt. 3, 3210 Sandefjord  
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13  
Faks 33 46 22 34  
E-post periodont@doctor.com

**Sandefjord Tannhelse as**  
Tannlege, spesialist i periodonti Arnt  
Helge Dybvik  
Totalbehandling, kirurgi og protetikk.  
Aagaards plass 1, 3211 SANDEFJORD  
Tlf: 33 44 60 30  
epost: post@sandefjordtannhelse.no

**Tønsberg tannhelse**  
Tannlege MNTF Gisle Prøsch  
Grev Wedelsgt. 10  
3111 Tønsberg  
Tlf. 33 37 98 03  
Faks 33 37 98 19  
E-post: gisle.proesch@gmail.com  
www.tannhelse.no

**Øvregate Tannhelse AS**  
Tannlege MNTF Esben Sjøblom og  
Tannlege MNTF Ole Johan Føske Johnsen  
Øvre Langgt. 50  
3110 Tønsberg  
Tlf. 33 31 34 27  
Faks 33 33 01 97  
E-post: post@ovregate.no  
www.ovregate.no

**Tannlege Reidar C. Øyen**  
Avtale med direkte refusjon  
Thor Dahls gt. 1-5  
3210 Sandefjord  
Tlf. 33 46 35 65  
Faks 33 46 86 39

## 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.

**Rygge Tannlegesenter**  
Tannlege Ragnvald Schille  
Samarbeider med spesialist i oralkirurgi  
dosent dr.odont Göran Widmark og -spe-  
sialist i oral protetikk Bertil Hager  
Ryggeveien 353 B  
1580 Rygge  
Tlf. 69 23 63 00  
Faks. 69 23 63 10  
E-post: post@rygge-tannlegesenter.no  
www.rygge-tannlegesenter.no

**Tannlege Alf-Chr. Kloster-Jensen**  
Nygårds gt. 32, 1607 Fredrikstad  
Tlf. 69 31 26 28  
E-mail ac.kloster@broadpark.no

**Tannlege Pål H Sørensen**  
Tennerifokus  
Stortorvet 5/7, 1607 Fredrikstad  
Tlf: 69 31 79 49  
paal@taif.no  
www.tennerifokus.no  
Man-fredag 08.00-16.00

## ■ LYSTGASS

### MØRE OG ROMSDAL

#### Apollonia Tannklinikk

Tannlege Fredrik Skodje  
PB 605  
6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70 Telefaks 70 10 46 71  
E-post: firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

### NORDLAND

#### Tannlege Per Hamre

Tannboden AS  
Sandnessjøen  
Tlf. 75 04 36 00

### NORD-TRØNDELAG

#### TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Per Johan Alstad  
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger  
Tlf. 74 08 23 35  
pja@tannlege-alstad.no  
www.tannimplantater.no

### OSLO

Tannlege & lege/Spesialistkandidat  
i oral kirurgi Karl Iver Hanvold  
Dentalia Nydalen Tannlegesenter  
Pb. 4 Nydalen PiB  
0410 Oslo  
Tlf. 23 00 79 00  
E-post: post@dentalia.no  
www.dentalia.no

### TROMS

#### Tannlege MNTF Ninni Haug

Storgt. 9, 9405 Harstad  
Tlf. 77 00 20 50  
Faks 77 00 20 59  
E-post: ninnih@online.no

### VEST-AGDER

#### Tannlege Egil Lind

Tannlege Egil Lind A/S  
Gåseholmen Brygge  
Postboks 275  
4554 Farsund  
Tlf. 38 39 35 56  
Solbygg Tannlegesenter A/S  
Agder Alle 4  
4631 Kristiansand  
Tlf. 38 70 38 38

## ■ NARKOSE/SEDASJON

### AKERSHUS

Løkketangen Tannlegesenter  
Tannlege Anders Wangestad  
Samarbeider med dosent, spesialist i oral-  
kirurgi 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 Arild Aarnseth

Samarbeider med anestesilege Thor  
Haukeland  
Lysaker Torg 5  
1366 LYSAKER  
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01  
post@fornebu-tannlegesenter.no  
www.fornebu-tannlegesenter.no  
Åpningstider:  
Mandag – onsdag 08: 00–20: 00  
Torsdag og fredag 08: 00–16: 00

### BUSKERUD

Bergstien tannlegesenter as  
Tar imot henvisninger for narkose/  
sedasjon ved endodonti, oral kirurgi,  
implantatkirurgi, odontofobi  
Bergstien 64  
3016 Drammen  
kollega-telefon VIP: 3282 0300  
(3283 8000)  
Faks 3283 8820  
tannlegen@tannlegen.nhn.no  
www.tannlegen.com/

### MØRE OG ROMSDAL

#### Apollonia Tannklinikk

Ved anestesilege Marius Conradi  
PB 605  
6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70 Telefaks 70 10 46 71  
E-post: firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

### OSLO

Tannlegesenteret I Bergrådveien 13  
Anestesioverlege Tormod Røysland  
Tannlegesenteret  
Bergrådveien 13  
0873 Oslo  
Tlf. 23 26 51 00  
Faks 22 23 02 88  
E-post: post@tannlegesenteret.no  
www.tannlegesenteret.no

### SØR-TRØNDELAG

#### SANDEN TANNHELSE AS,

Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt  
Tannlege MNTF Bjørn Thunold  
Tannlege og spesialist i oral kirurgi Tho-  
mas Klimowicz  
Kongens gate 60  
7012 Trondheim  
Åpningstider alle dager 0800–1530.  
Kveldstid mulig etter avtale.  
Telefon/faks: 73527173/ 73527172  
E-post: post@sandentannhelse.no  
Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

### TROMS

#### ABA tannlegene

ved overlege anestesi Jan Yuri Kazanski  
(www.abatannlegene.no)  
(post@abatann.no)  
Helsehuset, Sjøgt. 31/33  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

### VEST-AGDER

#### Nordmo tannlegesenter

Ved anestesioverlege Tom H. Hansen  
Industrigata 4  
PB 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
E-post: post@tannlegenordmo.no  
www.tannlegenordmo.no  
www.implantattanner.no

## ■ ANDRE KOLLEGIALE HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannle-  
ger som annonserer under «andre kolle-  
giale henvisninger» har nødvendige for-  
melle kvalifikasjoner.

Under denne overskriften kan man  
annonserer at man tar i mot henvisninger  
innenfor oral implantologi, narkose,  
odontofobi osv.

For mer informasjon, henv. Eirik Andre-  
assen, tlf. 22 54 74 30,  
e-post: eirik.andressen@tannlegefore-  
ningen.no



## AKERSHUS

### Fornebu Tannlegesenter

Tannlege Ingrid Fjærvik  
Lysaker Torg 5  
1366 LYSAKER  
Tlf. 67 12 90 00, faks 67 11 87 01  
post@fornebu-tannlegesenter.no  
www.fornebu-tannlegesenter.no

#### Åpningstider:

Mandag – onsdag 08: 00–20: 00  
Torsdag og fredag 08: 00–16: 00  
Tannlege Ingrid Fjærvik samarbeider med anestesiteam og utfører behandlinger på pasienter i i narkose og ved lystgass.

## BUSKERUD


### Bergstien tannlegesenter AS

Tannlege Thor Fredrik Hoff samarbeider med narkoseteam og endospesialist eller oral kirurg i samme setting. Samarbeid med spes. oral protetikk  
Lang erfaring med pasienter med odontofobi  
Bergstien 64, 3016 Drammen  
Kollega-telefon VIP: 3282 0300 (3283 8000)  
Faks 3283 8820  
tannlegen@tannlegen.nhn.no  
www.tannlegen.com

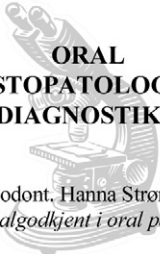
## OSLO

### TannAtelieret DA

Tannlege Bjørn Hogstad (MNTF)  
Tannlege/Lege Steven Anandan  
Øvre Slottsgt 18–20  
0157 Oslo  
Telefon 22 42 04 16  
www.tannatelieret.no  
resepsjon@tannatelieret.no  
Mottar kollegiale henvisninger for utredning og behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg til avdeling for interdisiplinær utredning/behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg



**Laboratorium  
for Patologi AS**



**ORAL  
HISTOPATOLOGISK  
DIAGNOSTIKK**

Professor dr.odont. Hanna Strømme Koppang  
*spesialgodkjent i oral patologi*

Professor dr. odont. Tore Solheim  
*spesialgodkjent i oral patologi*

*Peder Claussøns gate 5  
Postboks 6727, St.Olavs plass  
0130 Oslo*

Tel.: 22 99 65 00                      lfp@lfp.no  
Fax: 22 99 65 01                      www.lfp.no

## Spesialistklinikken i Storgata

Tar imot henvisning  
Kort ventetid!

**Tannlege Janet Østrem**  
spesialist i periodonti

**Tannlege Marika Hæreid**  
spesialist i protetikk

**Tannlege Trude Handal**  
spesialistkandidat i  
endodonti

Storgata 17  
0184 Oslo  
Tel 22 41 80 80  
Web: tannklinikken.no

## TANNLEGESENTERET - BERGRÅDVEIEN 13

### Allmennpraksis og behandling på spesialistnivå

Vi er et godt innarbeidet team med en grunnstamme av erfarne og stabile tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

De fleste odontologiske spesialiteter er representert ved klinikken på tilnærmet daglig basis.

Vi har fast tilknyttet anestesilege og anestesisykepleiere og kan ukentlig tilby behandlinger i narkose og intravenøs sedasjon.

Vi utfører alle former for bittrehabiliteringer, inkludert hele eller deler av implantat- og regenerasjonsbehandlinger.

(Biomet 3i, Nobel, Astra og Straumann).

Vi samarbeider gjerne med kolleger som ønsker å engasjere seg i slike behandlinger.

På implantatpasienter vil våre tannleger og tannteknikere kunne bistå i valg av protetiske komponenter og utforming av overkonstruksjon.

Om ønskelig kan vi organisere hospitantbesøk.

Våre spesialister og spesialutdannede tannleger tar i mot henvisninger innen alle fagdisipliner.  
Pasienter med akutte behandlingsbehov vil i de fleste tilfeller kunne få tilbud om behandling samme dag.

BERGRÅDVEIEN 13  
0873 OSLO

TELEFON  
23 26 51 00

TELEFAX  
22 23 02 88

E-POST  
post@tannlegesenteret.no

ORG.NR  
965075542

# Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

## Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



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

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

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

## OPERASJONS AVDELING

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

## Implantater:

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

## Bentransplantasjon:

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

## Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

## Andre inngrep:

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

## ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

## PERIODONTI AVDELING

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

## NARKOSE AVDELING

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

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



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

## TANNTÉKNIKK



**NORTANN**  
- alltid vakre tenner

**NORSMILE**  
- agent for V-Best Dental Technology Ltd, Hong Kong



NorTann AS lager alt av estetisk, fast og avtagbar tannteknikk i Norge. NorSmile AS leverer konkurranse-dyktig tannteknikk fra Hong Kong.

Kontakt oss for tannteknikk kompetanse. Vi gir deg gjerne navn på referanser.

Tlf: 22 29 27 14 - Tlf: 23 38 80 08  
[www.nortann.no](http://www.nortann.no) - [www.norsmile.no](http://www.norsmile.no)



**LUST PÅ PENE TENNER**

Vi er kjent for høy kvalitet og bra service, prøv oss!

**Fauske Tannteknikk AS**  
Best Dental Import  
Best Dental Trading  
Postboks 184, 8201 Fauske


Org. nr.: 984 357 702  
Tlf.: 75 64 65 66  
Fax: 75 64 64 22  
e-mail: [bestdental@bestdental.no](mailto:bestdental@bestdental.no)

**Egenproduserte og importerte tanntekniske arbeider**

Vi er forhandler for:

<b>CURADEN</b> Munnhygiene Klorhexidin	<b>CAVEX</b> Kompositt Alginat	<b>DENTAL RATIO</b> Implantater	<b>BEST-Lens</b> Lupebriller
--	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Besøk vår hjemmeside: [www.fausketannteknikk.no](http://www.fausketannteknikk.no), [www.bestdental.no](http://www.bestdental.no)



## VISSTE DU AT DU IKKE TRENGER Å BRUKE SALT FOR Å FÅ MER SMÅK PÅ MATEN?

Mange av oss salter maten for å tilføre smak. Litt salt kan fort bli til mye salt. Bytter du ut saltet med friske krydderurter eller tørket krydder, gir du maten både spennende og god smak. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

**SMÅ GREP, STOR FORSKJELL**

[facebook.com/smaagrep](https://facebook.com/smaagrep)

 **Helsedirektoratet**

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

# TIDENDE

## Frister og utgivelsesplan 2014

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



## ■ STILLING LEDIG

### HAMAR

På grunn av alderspensjonering søker Stadion tannklinikk pliktoppfyllende, nøyaktig og selvstendig tannlege til stor og moderne klinikk midt i Hamar sentrum. Praksisen består idag av 2 tannleger, 2 tannpleiere og 3 sekretærer, som disponerer 5 moderne behandlingsrom. Du må ha spesielt god erfaring fra protetik og bittfunksjon. Meget stort pasientgrunnlag. Send søknad og CV til [post@stadion-tannklinikk.nhn.no](mailto:post@stadion-tannklinikk.nhn.no)

**Assistenttannlege Lillehammer**  
Ledig vikariat grunnet svangerskapspermisjon fra medio april 2014.

Søknad pr mail [ojohjort@online.no](mailto:ojohjort@online.no)

### OSLO

Kvalitetsbevisst og arbeidsvillig tannlege søkes til privat tannlegepraksis Oslo øst. 60 % stilling/3 dager pr uke vil være ledig fra desember 2013. Gode muligheter for å øke til 100 % i løpet av første året.

Se informasjon om klinikken på [www.tveitatannhelse.no](http://www.tveitatannhelse.no)  
Send e-post til [tveitatannhelse@broadpark.no](mailto:tveitatannhelse@broadpark.no)

**Strandskillet Tannklinikk as** i Tromsø søker etter assistenttannlege i 100 % stilling. Vi skal flytte inn i nye moderne lokaler på Tomasjord i Tromsø senest 010314. Vi er ute etter en nøyaktig, selvstendig tannlege som ønsker å være med å utvikle en nystartet klinikk. Fleksibel arbeidstid med mulighet for å jobbe

ettermiddager og helger. Ta gjerne kontakt med Tannlege Leif Øvrum etter kl.1800 på tlf. 95898662

Søknad med CV sendes til [administrasjon@strandskillettannklinikk.no](mailto:administrasjon@strandskillettannklinikk.no)

### Assistenttannlege søkes

Til Tannstellet på Lena i Oppland.

Klinikken er stor og trivelig med romslige behandlingsrom som har nytt utstyr fra 2008; Anthos uniter, opus, OPG og digitalrøntgen.

I dag er vi tre tannleger, en tannpleier og tre sekretærer.

Vi vektlegger et godt arbeidsmiljø og god behandling av våre pasienter. Det er mulighet for full eller deltidsstilling med tiltredelse på nyåret.

Ta kontakt på tlf 40858754 (evt. dagtid: 61165460) eller send e-post til: [ljjgestrum@tannstellet.no](mailto:ljjgestrum@tannstellet.no)



## Kliniksjeff på Haugar tannklinikk i Tønsberg

Haugar tannklinikk ligger i Tønsberg sentrum og er delt i to avdelinger med 9 behandlingsrom i hver etasje. Aktuelle avdeling har 6 tannleger og 2 tannpleiere samt et odontofobiteam som har psykolog i 20 % stilling. Totalt 16 ansatte.

Vi søker etter en tannlege som har evnen til å motivere og lede andre og samtidig har fokus på mål og budsjettstyring. Personlige egenskaper og egnethet vil bli tillagt stor vekt. Vi ønsker en tydelig leder som er utviklingsorientert og kan vise til gode resultater fra tidligere jobber, gjerne som leder, samtidig som vi vektlegger:

- Gode faglige kunnskaper om behandlingsprinsipper og forebygging
- Evne til å ivareta et helhetlig perspektiv
- Gode samarbeidsevner
- Gode skriftlige og muntlige kommunikasjonssevner

I tillegg til spennende arbeidsoppgaver og dyktige medarbeidere kan vi tilby:

- Gode muligheter til å utvikle egen kompetanse. Kursfond. Lederopplæring
- Stabiliseringstilskudd etter 2, 5 og 8 år
- Gode pensjons og forsikringsordninger
- Lønn etter avtale

### Søknadsfrist 1. januar

#### Andre stillinger i Vestfold:

Se [www.vfk.no](http://www.vfk.no): Fast stilling i Larvik og vikariat i Tønsberg.

**Kontaktpersoner:** Overtannlege Trine Orten Groven, tlf. 98645613, eller fylkestannlege Jostein W. Eikeland tlf. 47040360



Vi søker enda en ass.tannlege i 40-50% stilling til moderne og travel tannlegepraksis i Åmot i Modum kommune.

Klinikken har 5 behandlingsrom, 3 tannleger og 1 tannpleier. Klinikken er velutstyrt med Planmeca-uniter, Opus, digital røntgen, OPG, mikroskop, Helsenett.

Vi driver allsidig allmennpraksis med bl.a. implantat- og lystgassbehandling.

Rikelig med pasienter.



Høres dette interessant ut kan du ta kontakt på

tlf. 32 78 45 79  
eller e-post  
zoranj@tannlegegarden.nhn.no  
www.tannlege-åmot.no



Østfold fylkeskommune

## Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på [www.ostfoldfk.no](http://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

HelseDirektoratets hovedoppgave er å utvikle og effektivisere det forebyggende og helsefremmende arbeidet og tjenestetilbudet på helseområdet. Vi holder til i Oslo og Trondheim og har ca. 850 ansatte. Direktoratet er en tobakksfri arbeidsplass.

## Tannlege/lege, arbeidsgruppeleder med kunnskap om TMD

Kunngjøring nr. 139/2013

HelseDirektoratet har ledig 40-60 % engasjement som arbeidsgruppeleder (rådgiver/seniorrådgiver, kode 1434/1364), med tjenestegjøring i Avdeling allmennhelsetjenester. Det er ønskelig med snarlig tiltredelse og varighet for engasjementet er til og med 31.07.15. Den som tilsettes må være innstilt på tverrfaglig samarbeid innad i divisjonen og mellom divisjonene i direktoratet.

### Arbeidsområde:

Stillingen innebærer ledelse av arbeidsgruppen som utarbeider nasjonal veileder for behandling av personer med temporomandibulær dysfunksjon (TMD). Arbeidsgruppen, på til sammen 10 medlemmer, er bredt sammensatt med representanter fra flere forskjellige helsepersonellgrupper. Veilederprosjektet ble igangsatt i april 2013 og er del av en større satsning for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen.

### Nødvendige kvalifikasjoner:

Det søkes etter en tannlege/lege med klinisk erfaring og interesse for TMD, har kjennskap til vitenskapelig metode og evne til helhetlig tenkning. Videre bør søkeren ha meget god skriftlig og muntlig framstillingsevne, kunne jobbe effektiv og strukturert, samt være fleksibel og selvstendig. Arbeidet krever gode samarbeidsevner både med interne og eksterne aktører. Personlig egnethet vil bli vektlagt.

### Ønskelige kvalifikasjoner:

Det er ønskelig med erfaring fra utredningsarbeid og offentlig forvaltning.

### Vi tilbyr:

- Spennende arbeidsmiljø med høy faglig kompetanse
- En arbeidsplass som er en inkluderende arbeidsliv(IA)-bedrift.
- Moderne lokaler i Oslo sentrum
- Inntil to timer trening pr. uke i arbeidstiden i velutstyrt treningsrom i HelseDirektoratets egne lokaler

Lønn: lønnstrinn 70-80 (kr 601 600 – 764 500)

Den statlige arbeidsstyrken skal i størst mulig grad gjenspeile mangfoldet i befolkningen, og målet er å oppnå en balansert alders- og kjønns-sammensetning. Dessuten ønsker staten å rekruttere flere personer med innvandrerbakgrunn og legge til rette for personer med redusert funksjonsevne. HelseDirektoratet deltar i en forsøksordning med moderat kvotering av personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Vi oppfordrer derfor spesielt personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som har ovennevnte kvalifikasjoner, til å søke stillingen.

I samsvar med offentlighetsloven § 25 gjøres det oppmerksom på at opplysninger om søkeren kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om ikke å bli ført opp på søkerlisten.

Nærmere opplysninger fås ved å kontakte Avdelingsdirektør Jon-Torgeir Lunke på telefon 468 11 904 eller stedfortreder Seniorrådgiver Aleidis Løken på telefon 918 82 921.

**Søknadsfrist: 22.12.2013**

HelseDirektoratet benytter elektronisk søknadsbehandling. Vi ber derfor våre søkere om å registrere sin søknad på [www.helseDirektoratet.no](http://www.helseDirektoratet.no). Merk søknaden med kunngjøringsnummer.

## TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD FKF

**LEDIGE STILLINGER**

Alle våre ledige stillinger i Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF annonseres på [www.bfk.no](http://www.bfk.no)  
(Om fylkeskommunen / Ledige stillinger)

[www.bfk.no](http://www.bfk.no)

Skaper resultater gjennom samhandling

UNIVERSITETET I BERGEN (UiB) er eit internasjonalt anerkjent forskingsuniversitet med over 14 000 studentar og vel 3500 tilsette ved seks fakultet og Universitetsmuseet. Universitetet er lokalisert midt i hjertet av Bergen. Det viktigaste bidraget universitetet gjev til samfunnet er framifrå grunnforskning og utdanning med ei stor fagleg breidd.



UNIVERSITETET I BERGEN

**Spesialtannlege (50 %) i endodonti**

Institutt for klinisk odontologi - Søknadsfrist: 04.01.2014

Fullstendig utlysningstekst på:

[www.uib.no/stilling](http://www.uib.no/stilling)

Jobbnorge.no

**Tannteam søker tannlege**

Tannteam er et kontorfellesskap med oralkirurg, protetiker, periodontist, tannpleier og allmenn-tannleger. Vi holder til på Nesttun i Bergen, med bybanestopp like utenfor kontordøren. Grunnet økende arbeidsmengde for praksiseier søkes tannlege i 40% stilling. Søkere kan ta kontakt på e-post til [kjetilreisegg@gmail.com](mailto:kjetilreisegg@gmail.com).

**Tannteam**

Vilje gir vekst

**Tannhelse Rogaland**

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på [www.tannhelserogaland.no](http://www.tannhelserogaland.no)  
Kontaktperson: Helene Haver  
tlf. 51 51 69 07 eller [helene.haver@throg.no](mailto:helene.haver@throg.no)



Vi søker

**TANN-  
LEGE**

Apollonia Tannklinikk® er en av Norges største tannklinikker med 50 ansatte, 26.000 pasienter under behandling og med åpningstid 365 dager i året. Tannklinikken har moderne lokaler midt i hjertet av ungdomsbyen Ålesund. Her byr vi på et bredt faglig spekter innen tannhelse. Mulighetene er gode for tverrfaglig samarbeid med spesialister innen kjeveortopedi, periodonti, oral protetik, oral kirurgi og oral medisin. Vi tilbyr dessuten tannbehandling under lystgass og narkose, samt at vi samarbeider med psykolog for behandling av odontofobi. Til sammen har vi 16 behandlingsrom og ni tannleger, i tillegg til tannpleiere, tannhelsesekretærer, sterilavdeling, resepsjon, kantine og administrasjon. Tannklinikken benytter Opus og Romexis. Pasienttilgangen er økende og vi har derfor behov for en tannlege til i teamet vårt.

**Er du faglig engasjert, nøyaktig, arbeidsvillig og serviceinnstilt – kan du være den vi leter etter.**

Ålesund og Sunnmøre er kjent for vakker natur med mektige tinder, dype fjorder, flotte fossefall og vakker kystnatur. Ålesund er regionens knutepunkt med gode flyforbindelser til Europa.

Søknad med CV sendes [lene@apollonia.no](mailto:lene@apollonia.no) innen 1. februar. For mer informasjon ring 70 10 46 70.**apollonia TANNKLINIKK®**

– alle fortjener et smil

UNIVERSITETET I BERGEN (UiB) er eit internasjonalt anerkjent forskingsuniversitet med over 14 000 studentar og vel 3500 tilsette ved seks fakultet og Universitetsmuseet. Universitetet er lokalisert midt i hjartet av Bergen. Det viktigaste bidraget universitetet gjev til samfunnet er framifrå grunnforskning og utdanning med ei stor fagleg breidd.



UNIVERSITETET I BERGEN

## Overtannlege

Det er ledig ei 100 % fast stilling som overtannlege ved Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet.

Stillinga kan delast i to 50 % stillingar.

### Utfyllande opplysningar om stillinga kan ein få ved å vende seg til:

Seksjonsleiar Professor Trond Inge Berge, tlf. 55 58 65 92, e-post: trond.berge@iko.uib.no

Instituttleiar Anne N. Åstrøm, tlf. 55 58 64 83, e-post: anne.aastrom@iko.uib.no

**Søknadsfrist: 11.01.2014**

Fullstendig utlysingstekst på:

[www.uib.no/stilling](http://www.uib.no/stilling)

Jobbnorge.no

**Erfaren tannlege/spesialist med etablert pasientportefølje ønskes velkommen til en samtale om en karriere hos Fjærvik Klinikken.**

Klinikken er i sunn vekst og vi søker etter kompetanse og rett instilling til faglig utvikling. Du kan være med å prege klinikkens fremtid ved å være en del av ledergruppen.

*“En klinikk for alle, med det målet at ingen trenger å frykte tannbehandling.”*

Fjærvik Klinikken er et tannlegesenter der alle er velkomne. Vi utfører vi det meste innen tannbehandling.

Vi har lang erfaring og oppdaterer oss faglig med kurs og etterutdanning nettopp for å sikre deg den beste kvalitet. Vi vil hjelpe de som er engstelige for å gå til tannlegen og tilbyr tannbehandling med sedasjon, lystgass eller narkose.

Ta kontakt med Ingrid Fjærvik for en uforpliktende samtale. Vi ser løsninger der andre ser begrensninger.

Fjærvik Klinikken AS | Tlf: 21 63 16 00 | [post@fjaervikklinikken.no](mailto:post@fjaervikklinikken.no)





## FORUS TANN-& KJEVEKLINIKK

Forus Tann- & Kjeveklinikk søker engasjert tannlege med erfaring, 100 % stilling, til moderne og travel praksis.

Klinikken drives som allmennpraksis og spesialistpraksis med oralkirurgi / implantatologi.

Det søkes en kollega som kan ta seg av deler av den allmenne tannbehandling og gjerne har spesielt interesse for protetikkk.

For mer info kontakt administrativ leder: Marian Ånestad, tlf: 51 96 99 91, [marian@forustann.no](mailto:marian@forustann.no)

## ■ STILLING SØKES

### Deltidsstilling søkes

Tannlege og stipendiat ved UIO søker 20 prosent assistentstilling ved tannklinikk i Oslo eller omegn. Fire års erfaring fra privatpraksis, utdannet i Oslo. Henvendelse til [afrettem@gmail.com](mailto:afrettem@gmail.com)

### Tannlege

med tilleggsutdanning i tannteknikk og noen års arbeidserfaring, ønsker å jobbe i en mindre privat praksis i Bergen og omegn, kanskje med mulighet for senere overtagelse.

B.mrk 1-11/13

### En 60-årig flexibel tanlökare

med 35-års erfaring, utexaminerad från Göteborg 1978, arbetat i Melbourne och Helsingfors söker arbete i Norge. Jag har arbetat med barn och vuxna mest privat men också offentligt. Alla erbjudanden emottages. Svar helst via email: [carisma.dent@kolumbus.fi](mailto:carisma.dent@kolumbus.fi) eller mobile: +3585067337.

## ■ KJØP – SALG – LEIE

### Planer om å selge praksis

i 2014? Tannlegepar ønsker å overta et kontor med tre behandlingsrom i 2014 på strekning Kristiansand – Oslo.

Kontakt:  
[tannlegekontor2014@gmail.com](mailto:tannlegekontor2014@gmail.com)

### Hardanger

Tannlege praksis i Hardanger, beliggende i Øystese, selges grunnet pensjonering.

God omsetning, to kontor, digital rtg, praksisen ligger i et helsesenter med flere leger og fysioterapeuter.

Kontoret har flott beliggenhet ved Hardangerfjorden, en time fra Bergen.

Kort vei til skianlegg og turområder.  
Tlf. 92652020 eller 56555930

### Narvik

Tannlegepraksis i Narvik selges pga pensjonering i nær framtid.

Godt pasientgrunnlag, 2 uniter (Planmeca), RVG, Opus journalsystem. 2 tannleger jobber i praksisen.

Kontakt gjerne på mail:  
[terje.korneliussen@gmail.com](mailto:terje.korneliussen@gmail.com) eller tlf 99279239

## Praksis eller pasientportefølje ønskes kjøpt i Oslo sentrum/vest

Går du med tanker om å selge/flytte/eller har du startet planleggingen av en pensjonstilværelse, så ønsker vi å være med å vurdere dine fremtidsplaner.

Har du sterke relasjoner til dine klienter og er opptatt av at deres fremtidige behandling skal ivaretas med kvalitet og respekt, deler vi samme filosofi.

*“En klinikk for alle, med det målet at ingen trenger å frykte tannbehandling.”*

Fjærvik Klinikken er et tannlegesenter der alle er velkomne. Vi utfører vi det meste innen tannbehandling. Vi har lang erfaring og oppdaterer oss faglig med kurs og etterutdannelse nettopp for å sikre deg den beste kvalitet. Vi vil hjelpe de som er engstelige for å gå til tannlegen og tilbyr tannbehandling med sedasjon, lystgass eller narkose.

Ta kontakt med Ingrid Fjærvik for en uforpliktende samtale. Vi ser løsninger der andre ser begrensninger.

Fjærvik Klinikken AS | Tlf: 21 63 16 00 | [post@fjaervikklinikken.no](mailto:post@fjaervikklinikken.no)

### TIL SALGS

Grunnet flytting selges meget rime-  
lig:

2 Sirona uniter C4 fra 1996, inkl. 4  
turbiner, 2 vinkelstykker, 1 endo v.st.  
2 Sirona dig. rtg med sensor fra 1996  
2 Inform innredning med vask  
1 Durr kompressor Tornado 130  
1 Durr sugemotor fra 1997  
Kontakt tlf 22429699/95289529 el.  
post@tannlegeneiakergaten.no  
1 Planmeca Compact unit 4 år gml.  
1 EC Proline 2002 unit 17 år  
1 OPG med ceph, EC Proline 2002 17  
år  
1 Planmeca Prostyle intraoralt  
rtg.app. 17 år-lite brukt  
1 Durr XR 24 med lyskasse  
1 Vista Scan , 5 år  
1 Durr kompressor og 1 Durr suge-  
motor  
1 Biostar maskin, ny  
Alt i daglig bruk  
Kontakt gomla@online.no el. tlf.  
22427825 / 90758061

### 6 STK W&H TURBINER

Synea TA-97 c led med W&H kopling  
selges.

Turbinene er nyoverhald av W&H  
og er lite brukt. De er ca 3 år gamle.  
Selges for 3500 pr stk eller alle 6  
for 18000.

Tannhelse Melhus AS  
V/ Kai Åge Årseth  
Melhusveien 451  
7224 Melhus  
tlf 72871170.  
post@tannhelsemelhus.nhn.no

### Stoler til salgs

(Tannlegestolenes svar på Rolls Royce.)

To brukte Cancan-stoler, modell 2100-  
E til salgs.

Henv. Gunnar Barstad, tlf. 32 07 17 35.

### Å svare på B.mrk.- annonser

Svar på annonser merket B.mrk. kan  
sendes redaksjonen enten per e-post  
eller i posten. For e-post skrives B.mrk.  
og nummeret i tittelfeltet, mens selve  
svaret enten skrives som tekst i  
e-posten, eller sendes som vedlegg.  
E-posten sendes til  
tidende@tannlegeforeningen.no.  
Redaksjonen videresender e-posten til  
annonsøren uten å åpne eventuelle  
vedlegg.

Ved svar per post legges svarbrevet  
i egen konvolutt, merket B.mrk. og  
nummeret, og sendes i en annen kon-  
volutt til NTFs Tidende, Postboks 3063  
Elisenberg, 0207 Oslo. Svarkonvolutten  
omadresseres av redaksjonen og sendes  
uåpnet til annonsøren.

### TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

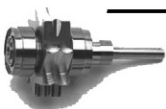
**Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.**

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

NB!(Ikke vinkelstykker)

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

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



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

**Strandbygdveien 54, 2408 Elverum**

**Tlf 62 43 10 00**

[tannkjel@online.no](mailto:tannkjel@online.no)

NB! Husk navn og adresse!



# FÅ MEST IGJEN FOR DITT DENTAL- / GULLSKRAP

VI KJØPER ELLER RAFFINERER



For **større** mengder.  
Bestill en raffineringsboks!

- Dentalskrap / -fling
- Gamle smykker
- Barrer, granulat, mynter, m.m.
- Skrapsølv / Sølvtoy

OPPGJØR ETTER EGET ØNSKE



NOOR Smykker under treet?  
Vi sender dagen det bestilles!  
Reduserte priser  
til raffineringskunder.

Nytt dentalgull

Utbetaling til konto



NORSK EDELMETALL AS  
Boks 184 1401 SKI

64 91 44 00  
info@norskedelmetall.no

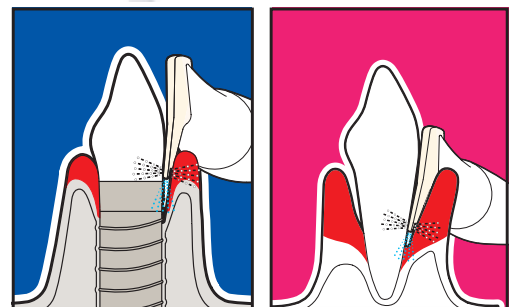
# AIR-FLOW® MASTER PIEZON



## AIR-FLOW® MASTER PIEZON Bordmodell med 3 funksjoner

- > Ultralyd scaling, iPIEZON® med NO PAIN teknologien. Håndstykke med LED lys.
- > AIR-FLOW® for effektiv fjerning av belegg og missfarginger supragingivalt.
- > PERIO-FLOW® fjerner biofilmen i lommer og rundt implantater.
- > KURS! Se [wh.com](http://wh.com) (nyheter/kurs)

## SUBGINGIVAL WITHOUT LIMITS



Kontakt oss eller din dentalleverandør ved spørsmål eller bestilling.  
W&H Nordic AB, t: 32853380, e: [office@whnordic.no](mailto:office@whnordic.no), [wh.com](http://wh.com)

**EMS**<sup>+</sup>