

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE



THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 127. ÅRGANG • NR. 11 DESEMBER 2017



Hos oss møter du kundekonsulenter med:

LIC
SCADENTA

kunnskap
erfaring
god service...

...du er trygg
hos oss!

Kontakt oss i dag, vi hjelper deg gjerne:

Tlf: 67 80 58 80

www.licscadenta.no



960



970



1016

942 Siste nytt først

Leder

945 Ansvarstagen kan gi mening

Presidenten har ordet

947 Takk for det gamle – og de beste ønsker for det nye året!

Vitenskapelige artikler

948 Tonje K. Holmgren, Gunnar Rongen og Jostein Grytten: Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre?

954 Nils Jacobsen: Aldring, smak og lukt

Kasuistikk

960 Eivind Strøm og Knut N. Leknes: Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsettning?

967 Bivirkningsskjema

970 NTFs landsmøte 2017

Aktuelt

1016 Workshop om strålevern i tannhelseprofesjonsutdanningene

1018 Lønnspolitisk forum 2017: Regionreform og ny pensjonspolitikk

1020 NTF på høring om statsbudsjettet

Kommentar og debatt

1023 Kommentar til presidentens svar: Privat sektor, spesialistene og kommunereformen (Tor E. Torbjørnsen)

1024 Kort kommentar til Tor Torbjørnsens kommentar: «Privat sektor, spesialistene og kommunereformen» (Camilla Hansen Steinum)

1025 Vedtektsdyrkning (Harald Jøstensen)

1026 Svar til Harald Jøstensen: «Vedtektsdyrkning» (Camilla Hansen Steinum)

Arbeidsliv og praksisdrift

1029 Ny personvernforordning – hva betyr den for din tannlegevirksomhet?

1031 Spør advokaten: Innsending av refusjonskrav til HELFO

Snakk om etikk

1033 Varsling – det vanskelige temaet

Notabene

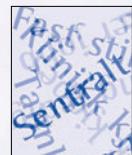
1038 Tilbakeblikk

1039 Kurs- og aktivitetskalender

1041 Personalia

1045 Kollegiale henvisninger

Rubrikk- annonser



1065

Ikke nok å redusere

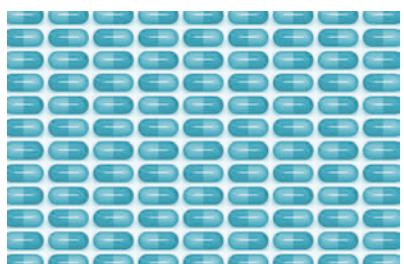


FOTO: VAV IMAGES

Resistens kan bli hos bakterier selv om de ikke utsettes for antibiotika, og resistensen blir flyttet mellom bakterier, selv om de ikke trenger resistensen der og da, skriver forskning.no.

Den tradisjonelle metoden i kampen mot antibiotikaresistens er å redusere bruken av antibiotika.

– Ideen er at bakterier som allerede er resistente vil dø ut når de ikke blir utsatt for antibiotika, sier Gunnar Skov Simonsen, forsker og leder for Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM).

Når bakterier bærer på resistensgene, følger det med noen ulemper for bakterien i tillegg.

– Det handler om at de resistente bakteriene vokser litt saktere enn andre, og konkurransen mellom bakteriene er så stor, at det er en ulempe hvis bakterien ikke vokser optimalt.

Når bakteriene blir utsatt for mindre antibiotika, vil ikke resistensen lenger være en fordel, og de resistente bakteriene vil dø ut.

– Men det fungerer ikke på denne måten, sier Simonsen.

– Resistensen går ned når vi slutter å bruke antibiotika, men den forsvinner ikke.

En av mekanismene som gjør dette mulig er beskrevet i en ny studie i *Nature Communications*.

Denne studien viser at resistensen kan bli værende i en gruppe med antibiotikaresistente E.coli-bakterier, selv om den ikke blir utsatt for antibiotika.

Bakterier har flere måter å utveksle gener på. Gener kan bli ført videre gjennom generasjoner, som for eksempel at bakterier som er resistente overlever, og produserer nye generasjoner med resistente bakterier.

Men bakterier kan også dele gener gjennom konjugasjon. Det går ut på at

bakteriene kan koble seg sammen og dele gener med andre bakterier.

Dette betyr at bakteriene kan overføre forskjellige egenskaper mellom hverandre. Resistens kan overføres ved hjelp av konjugasjon, men det har vært usikkert hvor fort dette skjer.

– Det blir litt som om bakteriene klarer å beholde våpenet i populasjonen til neste gang den trengs.

Den nye studien viser at resistens blir spredt mellom E.coli-bakterier så effektivt at det overlever i gruppa, selv om de ikke blir utsatt for antibiotika.

Forskerne mener dermed at det kan ikke ikke holder å redusere antibiotika-bruken, men at du i tillegg må bruke medisiner som hindrer gener i å spre seg mellom bakterier.

– Kanskje vi må blande oss borti bakterienes evner til å holde på egenskaper, men bakteriene vil nok finne en måte å tilpasse seg til dette på igjen senere, sier Gunnar Skov Simonsen.

Kilde: Lopatkin mfl: Persistence and reversal of plasmid-mediated antibiotic resistance. *Nature communications*, november 2017. DOI: 10.1038/s41467-017-01532-1.

Fluor til gravide hjelper ikke barna



En odontologisk relevant systematisk oversikt fra Cochrane Library ble publisert i oktober 2017 (1). Temaet var om fluorsupplment til gravide – via tabletter, sugetabletter, i væskeform eller som tyggegummi – ville ha effekt på barnas kariesforekomst.

Det ble funnet 173 publikasjoner innen temaet, men bare 5 av disse passerte inklusjonskriteriene, og kun én eneste artikkel var en randomisert og kontrollert studie (RCT), som er en studieutforming som gjør det mulig å belyse effekter av ulike behandlinger og tiltak. Den studien som var inkludert i oversikten viste at kariesindikatorer hos 3- og 5-åringar ikke var statistisk forskjellige mellom barn av mødre som

fikk fluortilskudd under svangerskapet, sammenlignet med en placebogruppe.

Dette viser (igjen) at vi mangler kliniske studier som har en utforming, for eksempel med kontrollgruppe, som kan belyse aktuelle orale intervensioner med rimelig sikkerhet.

Kilde: Takahashi R, Ota E, Hoshi K, Naito T, Toyoshima Y, Yuasa H, Mori R, Nango E. Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, Issue 10. Art. No.: CD011850. DOI: 10.1002/14651858.CD011850.pub2.

Mindre farlig enn antatt



FOTO: VAY MICRO

Snus gir ingen økt dødelighet, ifølge en studie publisert i den vitenskapelige journalen Lancet. – Nå må kommunikasjonen om risiko bli ærligere fra helsemyndighetene, sier forskningsleder Karl Erik Lund ved Folkehelseinstituttet til forskning.no.

Det internasjonale forskningssamarbeidet Global Burden of Disease har for første gang beregnet antall dødsfall som kan knyttes til bruk av snus.

Beregnet dødelighet av snus er null, konkluderer studien.

Forskerne har ikke klart å påvise at bruk av snus fører til økt risiko for noen av de sykdommene som inngår i deres beregningsgrunnlag.

De skriver at de ikke fant tilstrekkelig bevis for at relativ risiko ved bruk av snus var høyere enn ved ikke å bruke det, uansett helsevirkning.

Derimot finner de økt risiko for to typer kreft av skråtabakk med høyt giftinnhold.

Denne typen skråtabakk, som brukes i India, Pakistan og Nord-Afrika, gir økt risiko for kreft i leppe, munnhule og



spiserør. Tobakken har et langt høyere innhold av kreftfremkallende nitrosaminer enn snus, og tar 48 000 menneskeliv årlig.

Passiv røyking forårsaket 883 000 dødsfall i 2016, går det videre frem.

Og hele 6,3 millioner mennesker døde som følge av røyking. Artikkelen har også beregnet sykdomsbyrden ved annen risikoatferd, som bruk av alkohol og narkotika samt fysisk inaktivitet, feilernærings og overvekt.

Forskerne finner altså ikke at snus øker risikoen for bukspyttkjertelkreft, noe en svensk studie også konkluderte med tidligere i år.

Riktig nok gir nikotin en forbigående blodtrykksøkning.

– Men nikotin er veldig lite farlig for friske mennesker, fordi virkningen er forbigående, sier Lund.

For enkelte kan det imidlertid være fare forbudet med bruk av snus:

– Gravide bør unngå enhver form for tobakk, sier Lund, og:

– Hjertepasienter som allerede er sårbare for blodtrykksøkning, bør også unngå snus, understreker han.

Nylig vant staten ved Helsedepartementet en retssak mot snusgianten Swedish Match i Oslo tingrett. Dermed blir alle snusbokser snart gusjebrune. Hensikten er å redusere andelen unge som begynner med tobakk, ved å gjøre

det mindre attraktivt å begynne å snuse.

I dommen går det frem at retten allerede var av den oppfatning at Folkehelseinstituttets rapport om snus fra 2014, gir et ufullstendig og noe skjevt bilde av forskningen på området. I dommen heter det:

«Tar man utgangspunkt i den forskningen som foreligger knyttet til skandinavisk eller svensk snus, er det etter rettens syn mye som taler for at Folkehelseinstituttets rapport og oppsummeringen av konklusjonene i denne, slik disse er gjengitt i proposisjonen, gir et ufullstendig eller noe skjevt bilde av den foreliggende forskningen på området.»

«Rettens viser i denne forbindelse til at majoriteten av de studiene som er gjennomført knyttet til risiko for kreft som følge av snusbruk, viser at det ikke foreligger noen økt risiko for kreft knyttet til bruk av skandinavisk snus. Basert på bevisførselen i denne saken er det rettens syn at den foreliggende forskningen ikke gir grunnlag for en konklusjon om at det foreligger en sikker sammenheng mellom bruk av skandinavisk snus og enkelte krefttyper, men at bildet er mer sammensatt.»

På nett

Reservasjonsrett på Legelisten.no

Datatilsynet fattet 15. november et vedtak om at helsepersonell skal kunne kreve å reservere seg mot vurderinger på legelisten.no. Dette betyr også at Legelisten.no må slette personopplysninger om brukerne av nettsiden.

Datatilsynet mener at legelisten.no skaper en konflikt mellom personvern og ytringsfrihet, og at balansen mellom de to rettighetene ikke er god nok. En klar ulempe ved nettstedet er at vurderingene kommer fra anonyme personer, uten at man har mulighet til å bekrefte at dette er faktiske pasienter. På grunn av hensyn til pasientsikkerhet og taushetsplikt, kan heller ikke helsepersonell møte eller kommentere eventuell kritikk. Derfor kan det heller ikke sies å være pålitelig forbrukerinformasjon.

Datatilsynet har mottatt flere klager fra helsepersonell som mener kommentarfeltet brukes til trusler og press fra pasienter. Dette gjør det vanskelig for helsepersonell å foreta upopulære avgjørelser, som ikke å skrive ut smertestillende medisiner eller antibiotika.

Datatilsynets vedtak er endelig, men har tre ukers klagefrist. Det betyr at Legelisten.no kan klage på vedtaket. Personvernennemnda vil i så fall ta endelig stilling til saken.

Se www.datatilsynet.no for mer informasjon.

Har du lastet ned appen?

Tannlegetidende er utviklet for både Android og iOS og for lesing av Tidende på både nettbrett og telefon. Appen Tannlegetidende finner du i App Store og Google Play. Last ned og logg inn med medlemsnummer i NTF og med samme passord som på NTFs nettsted.

OSSTEM® startpakke

inkluderer

1 kirurgikit + 1 protetikkkit og
10 valgfrie fixturer med dekkskrue

kr 23.900,-

veil. 45.600,-

Konkurrentenes pris fra 80.000,-

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

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

www.osstem.no



Se det som ikke synes

Herde

1400mW/cm²
Doble bølgelengder
Effektiv polymerisasjon

Beskytte

Skånsom mot pulpa
700mW/cm²

Undersøke

UV-nært lys
Oppdag infisert dentin, plakk,
sprekker, mikrolekkasje m.m

D-Light® Pro fra GC

Herdelyslampe med
avansert LED-teknik



*Autoklaverbar *90 gram *2 batterier

, 'GC', '

GC Nordic AB
Box 70396
107 24 Stockholm, Sverige
Tel. +46 8 506 361 85
info@nordic.gceurope.com
<http://nordic.gceurope.com>



Foto og design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Aas

Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes

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

Redaksjonskomité:
Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson

ABONNEMENT

Abonnementspris for ikke-medlemmer
og andre abonnenter kr 1900,-

ANNONSER

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

E-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

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

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

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 900. 11 nummer per år
Parallelpublisering og trykk: 07 Media AS
Grafisk design: Mike Mills

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



PRESSENES
FAGLIGE UTVALG



OPPLAGSKONTROLLERT

LEDER



Ansvarstagen kan gi mening

Denne utgaven av Tidende har mye stoff fra NTFs landsmøte 2017, som fant sted i begynnelsen av november.

En av mange interessante seanser i tillegg til den store og viktige om antibiotikaresistens, handlet om hvordan fremtiden vil bli, for tannhelsepersonell – med utgangspunkt i befolkningens antatte behov.

Det mest tankevekkende, og også ytterliggående vil jeg si, innslaget, sto den danske professor emeritus Ole Fejerskov for. Han mener at tannlegen, slik vi tradisjonelt kjenner ham eller henne, ikke er nøkkelpersonen i fremtidens tannhelse-tjeneste. Organiseringen av hele den orale helsetjenesten må legges om og tenkes helt på nytt, mener Fejerskov. Og kanskje han har rett. Samtidig som han ikke trenger være den eneste som har rett. Det kan ofte være flere mulige måter å både se og gjøre ting på, som kan føre til et godt resultat. Ingen perspektiver er nødvendigvis hverken helt gale eller helt riktig. Og noen er likevel kanskje ganske mye riktigere enn andre.

Det er uansett forfriskende å lytte til en som tenker helt nytt, uten å se på hva som står i boken fra før.

Det som også var nytt på dette landsmøtet, tror jeg, var at det kom en pasient som holdt foredrag for tannhelsepersonell, fra sitt perspektiv. Are Rydland fra Troms snakket om sine opplevelser med å få diagnosen tungekreft og bli behandlet for dette, to ganger – og om hvordan livet hans arter seg etterpå.

Det er mye som endrer seg når sykdommen rammer, både på kort og lang sikt. Livet blir aldri det samme. Og det blir bra, sa Rydland. Han var nøyde med å understreke at det er hans ansvar at hans liv er godt å leve.

Det leder mine tanker til eksistensialismen og en av hovedtesene om at ingen har mening, før du gir det mening selv. Videre sier eksistensialismen at alt

har en ende, at vi alltid er alene og at ingenting er perfekt. Den siste tesen sier, som Rydland, at hvert individ alltid har et ansvar.

Eksistensialismens tanker om det absurde, som er et sentralt element, går altså i store trekk ut på at det ikke finnes noen mening i verden ut over den mening vi selv gir til det som skjer.

At verden er meningsløs betyr ikke bare at det ikke finnes konkret mening i verden i seg selv, men også at verden ikke er rettferdig. Videre er tanken at ingenting er hverken godt eller ondt.

Implisitt i dette synet ligger at det vi kaller vonde ting kan skje med det vi regner som gode folk, og egentlig at hva som helst kan skje med hvem som helst. Det gir mening for meg.

Dette står likevel i kontrast til den dagligdagse tilværelsen for folk flest, og deres, eller vår, omgang med tingene, hvor det meste har en mening, og hvor vi godt kan oppleve at vi eller andre får belønning for det som regnes som gode handlinger.

De fleste eksistensfilosofer vil likevel hevde at dette ikke er en nødvendighet, og i hvert fall ikke en egenskap ved verden i seg selv.

Dette vil igjen si at en eller annen tragedie på et hvilket som helst tidspunkt kan inntrefte og sende ethvert individ rett inn i et møte med det meningsløse. Det har vi kanskje erfart, noen hver. Både en og flere ganger. Da gjelder det å ha evnen til å gi det som skjer mening.

Med andre ord, vi får rett og slett ta det som kommer, som det kommer, folkens. Og ta ansvar og gi mening etter beste evne.

Også julen, som kommer nå.

La meg ønske alle Tidendes lesere en god jul. Fredelig, håper jeg. Og med evne til å gi mening til det som skjer.

Ellen Beate Dyvi



**ARTINORWAY
GRUPPEN**

Formidling og norsk produksjon av tann teknikk

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

Vi gratulerer våre 10 heldige vinnere av trekningen

**Vinnere av en reise for
en person til Kina:**

1. plass Tannlege Marianne Gätzschman
2. plass Tannlege Margaret Haugnes Rygg

Ønsker alle en
riktig god jul og
et godt nytt år

Vinnere av 3 stk. NP-kroner:

3. plass Tannlege Rune Kvaran
4. plass Tannlege Lise Kiil
5. plass Tannlege Børge Vaadal
6. plass Tannlege Jørn Aas
7. plass Tannlege Ingeborg Haabeth

Vinnere av forundringspakke:

8. plass Tannpleier Renate Bergo
9. plass Tannlege Odd Keilen
10. plass Tannlege Åge T. Karlset

ARTINORWAY
OSLO
Formidling av tann teknikk

ARTINORWAY
DENTAL LAB OSLO
Norsk produsert tann teknikk

ARTINORWAY
TRONDHEIM
Formidling av tann teknikk

ARTINORWAY
LAB TRONDHEIM
Norsk produsert tann teknikk

 **Finnmark Dental as**
Tanntekniker Geir Magne Haugen

ARTINORWAY GRUPPEN

Telefon: 22 87 19 80 // www.artinorway.no



Takk for det gamle – og de beste ønsker for det nye året!

Desember er snø, gaver, god mat, julefeiring, fridager og tid med familie og venner. Det er også tiden for oppsummering og evaluering av året som er gått, samtidig som man begynner å se fremover mot et nytt år med nye utfordringer og muligheter.

Når dette står på trykk, er 2017 snart tilbakelagt. Et innholdsrikt år er avsluttet med NTFs viktigste møte – nemlig representantskapsmøtet. Hvis dere har valgt å gi meg fornyet tillit som president, ser jeg frem til å lede foreningen i to nye år. Jeg er fortsatt motivert og engasjert – det må man være for å stå i et slikt verv.

Tilliten fra dere medlemmer er ikke noe jeg tar for gitt. Å lede en organisasjon som NTF, med velutdannede og høyt kompetente medlemmer, er både spennende og utfordrende. Det krever kontinuerlig tilstedevarsel og innsats. Heldigvis har jeg med meg meget engasjerte og dyktige tillitsvalgte og ansatte i sekretariatet. Takk til dere alle for stor innsats og godt samarbeid i denne hovedstyreperioden.

Medlemmene våre har ulike ønsker og forventninger. Hver og en av dere har deres eget ståsted og utfordringer, og de tillitsvalgtes oppgave er å jobbe kontinuerlig for å møte deres behov. Vi må ikke glemme at det er medlemmene som utgjør NTF! Vi som er tillitsvalgte, og de ansatte i sekretariatet arbeider etter mandat som vi får fra dere, medlemmene, gjennom representantskapet. Vi får selvfølgelig også innspill direkte og gjennom lokale tillitsvalgte på ulike arenaer, men politikken og styringsdokumentene vedtas av representantskapet.

NTF arbeider innenfor svært mange ulike områder. Etterutdanning, juridisk

og annen medlemsrådgivning, faglig og politisk påvirkning og kommunikasjon, alt krever stor kompetanse på ulike felt. Vi arbeider med smått og stort hele året gjennom. Etterutdanningsaktiviteten er stor, og vi arrangerer mange kurs og samlinger for tillitsvalgte og medlemmer. Vi har gjennomført aktiviteter på Verdens munnhelsedag og Arendalsuka og deltatt i et stort antall møter på ulike arenaer. Vi har forhandlet frem rammebetingelser, lønn og kontrakter både for de av medlemmene som er arbeidsgivere og de som er arbeidstakere. Vi har jobbet aktivt opp mot myndigheter og politikere og dessuten levert svært mange høringssvar i viktige saker. Vi har daglig mange henvendelser fra medlemmene, vi gir råd i store og små saker. Og ikke minst – Tidende utgis jevnlig, hele elleve ganger per år.

Vi har akkurat gjennomført et landsmøte på Lillestrøm med rekordoppslutning. Det var stort engasjement blant medlemmene, og spesielt er jeg svært glad for den store oppslutningen rundt åpningen og den fagpolitiske seansen om antibiotika. Det er flott å se at dere stiller opp også på de delene av landsmøteprogrammet som ikke er rent faglige. Det gjør inntrykk på politikerne, og det viser at vi som yrkesgruppe tar vårt ansvar som helsepersonell på alvor! Det skal dere alle være stolte av.

Selv om vi har ulike ønsker og behov, er jeg likevel overbevist om at vi er sterkest når vi står sammen. Jeg er stolt av å lede en forening med dedikerte og engasjerte tannleger og jeg har i den siste perioden opplevd hvor viktig dette fellesskapet er og hva vi kan få til sammen. Engasjementet vi ser blant

medlemmer og tillitsvalgte, gjør at jeg ser lyst på fremtiden.

Det er avgjørende at vi, også i tiden fremover, står samlet i én forening og forsøker å finne én felles vei inn i fremtiden. Det er store utfordringer som ligger foran oss, og for at NTF fortsatt skal være en sterk forening trenger vi engasjerte medlemmer og dyktige tillitsvalgte også fremover. Uten det vil ikke NTF kunne være den aktive og viktige foreningen den er i dag! Sammen er vi sterke!

Men det kan til tider være tøft å være tillitsvalgt. Det er mange som mener mye om arbeidet vi gjør, og det er bra. Det må og skal vi som tillitsvalgte tåle. Det er allikevel viktig å minne om at vi bør tenke over hvordan vi snakker til og om hverandre, og hvordan vi oppfører oss mot hverandre. NTF skal være en forening hvor det skal være trygt å engasjere seg som tillitsvalgt, og hvor vi behandler hverandre med respekt – også når vi er uenige i sak. Å være tillitsvalgt i NTF er frivillig, og man må tåle både kritikk og meningsutveksling. Men husk at dette arbeidet går på bekostning av fritid og familieliv, og vi må ikke la tonen utvikle seg slik at engasjerte medlemmer kvier seg for å bli tillitsvalgte eller si sin mening. Det har vi alle et ansvar for – la oss alle ta vare på hverandre i tiden fremover.

Jeg takker for et utfordrende og engasjerende år og ønsker dere alle en strålende juleferie med alt det innebefatter, for akkurat dere. God jul til hver og en av dere!

Camilla Hansen Stenum

Tonje K. Holmgren, Gunnar Rongen og Jostein Grytten

Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre?

Formålet med denne studien var å undersøke kapasitetsutnyttelsen i praksis blant private allmenntannleger. Datainnsamlingen ble gjort via et nettbasert spørreskjema. Den relevante populasjonen ble definert på grunnlag av Den norske tannlegeforeningens medlemsregister, bestående av 2214 privatpraktiserende allmenntannleger. Responsen var på 56 %. En bortfallsanalyse viste ingen store skjeheter i utvalget utfra kjønn, alder og bosted.

Nesten 40 % av tannlegene i, og 22 % av tannlegene utenfor, Oslo/Akershus har færre enn 1500 pasientbesøk i året. Antall arbeidstimer i praksis per år lå under 1000 timer for 20 % av tannlegene i Oslo/Akershus og for 13 % av tannlegene i resten av landet. En relativt høy andel av både kvinnelige og mannlige tannleger oppgav også å ha under 1500 pasientbesøk per år, henholdsvis 36 % og 20 %. Blant kvinnelige tannleger er det 17 % som oppgir færre enn 1000 arbeidstimer, mens 14 % av de mannlige tannlegene oppgir lignende arbeidsmengde. Opp mot halvparten av de private allmenntannlegene oppgir å ha lav ventetid for time, 4 dager eller mindre, for pasienter med ikke-akutte forhold. 40 % av tannlegene oppgir at arbeidsmengden i praksis er for lav, og kunne tenkt seg mer å gjøre. Vi konkluderer med at det er ledig behandlingskapasitet blant allmennpraktiserende tannleger. Våre funn gir derfor ikke grunnlag for å øke utdanningskapasiteten av allmenntannlegene utover dagens nivå.

Forfattere

Tonje K. Holmgren, cand.odont, vitenskapelig assistent. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Gunnar Rongen, dr.philos, forsker. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Jostein Grytten, professor, dr.philos. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Det har den siste tiden pågått en debatt knyttet til arbeidsmarkedet i tannhelsetjenesten, og i hvilken grad det er for mange eller for få tannleger (1–4). I en rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) beregnes det et behov for 1500 flere tannlegeårsverk innen 2035 i forhold til nivået i 2012 (5). Til grunn for dette ligger en forventet økning i etterspørselen – man antar en kraftig vekst i behovet for tannbehandling fremover.

Det finnes lite tilgjengelig informasjon og kunnskap om hvorvidt tannhelsemarkedet er i likevekt eller ikke, utfra dagens situasjon på arbeidsmarkedet. Å utdanne flere tannleger vil være en relevant politikk dersom det er rasjonering av tjenestene, for eksempel ved lange ventetider for behandling. Alternativt vil det være en lite relevant politikk dersom det er ledig kapasitet blant de private tannlegene; for eksempel ved at de opplever pasientmangel og at de derfor har for lite å gjøre. Hvorvidt tannhelsemarkedet i dag er i likevekt eller ikke, tas det ikke hensyn til i framskrivningsmodellen fra SSB.

Formålet med denne studien er å kartlegge kapasitetsutnyttelsen blant private allmenntannleger. Dette er den største gruppen tannleger i Norge. Om lag 75 % av tannlegeårsverkene utføres i privat sektor (4). De private tannlegene representerer således størsteparten av arbeidskraften innen tannhelsetjenesten. Vi undersøker følgende karakteristika ved tannlegene og deres praksis: arbeidsmengde regnet i antall pasientbesøk og årlig arbeidstid i praksis, ventetid for ikke-akutt behandling samt tannlegens egen vurdering av sin arbeidsmengde.

Hovedbudskap

- En høy andel av landets privatpraktiserende allmenntannleger oppgir et ønske om større arbeidsmengde.
- Det er generelt kort ventetid for time, selv for ikke-akutt behandling, i tannlegepraksisene.
- Det er ikke grunnlag for å øke utdanningskapasiteten av tannleger utover dagens nivå.

Materiale og metode

Populasjon

Studien ble utført som et samarbeid mellom Den norske tannlegeforening og Seksjon for samfunnsodontologi ved UiO. Det er blitt satt opp en databehandleravtale mellom partene hvor Den norske tannlegeforening står som eier av undersøkelsen. Datainnsamlingen ble gjort gjennom Netigate, et nettbasert spørreskjema. Alle besvarelser ble behandlet anonymt. De innsamlede dataene ble gjort tilgjengelig for analyse ved Seksjon for samfunnsodontologi. Datainnsamlingen ble gjort i perioden januar-desember 2016. Det ble sendt ut påminnelser i to omganger, først i perioden februar til april, så i perioden september til desember. Den norske tannlegeforening ga sin tilslutning til undersøkelsen og oppfordret sine medlemmer til å delta.

Den relevante populasjonen ble definert på grunnlag av Den norske tannlegeforeningens medlemsregister. Undersøkelsen ble sendt ut til privatpraktiserende allmenntannleger. Tannleger uten registrert epost-adresse og ansatte i vitenskapelige stillinger ved universitetene ble ekskludert fra populasjonen. Til sammen mottok 2 214 allmenntannleger i privat praksis det nettbaserte registreringsskjemaet. Den samlede responsen var på 56 %, da 1 237 besvarte undersøkelsen. Det ble utført en bortfallsanalyse innenfor følgende karakteristika: kjønn, alder og arbeidsregion. Resultatene viste ingen store skjevheter basert på disse kjennetegnene (tabell 1).

Variabler

Via det nettbaserte spørreskjemaet ble ulike karakteristika ved tannlegene kartlagt. Variabler brukt i denne rapporten er antall

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget og representativitet i forhold til befolkningen. Andeler i prosent

	Populasjon av aktuelle tannleger (n=2214)	Tannleger som deltok i undersøkelsen (n=1237)
Kjønn		
Kvinner	47	46
Menn	53	54
Alder		
Under 35 år	21	19
35–49 år	40	40
Over 50 år	39	41
Arbeidsregion		
Østlandet eks Oslo/Akershus	26	27
Oslo/Akershus	30	28
Sør/Vestlandet	30	32
Midt/Nord-Norge	14	13

pasientbesøk (antall undersøkelser og/eller behandlinger) og arbeidstimer (honorargivende og tid brukt til administrasjon) i løpet av en normaluke, antall arbeidsuker i 2015, ventetid for time i praksisen, tilfredshet med pasientmengde og eventuell ønsket endring i pasientmengde. Antall arbeidstimer i praksis per år fremkommer ved å multiplisere antall arbeidstimer i en normaluke med antall arbeidsuker i 2015.

Resultatene er blitt klassifisert innen to forskjellige geografiske områder: Innenfor regionen Oslo/Akershus, og utenfor, altså resten av landet. Oslo/Akershus analyseres for seg da dette er et område med tradisjonelt høy tannlegedekning. Vi analyserer også eventuelle forskjeller mellom kjønnene da det har vært en endring, med en sterk økning av kvinnelige tannleger, spesielt i de yngre aldersgruppene, de siste tiår (6).

Analyse

Data ble analysert ved hjelp av tabellanalyse i den statistiske programpakken SAS. Testing mellom gruppene ble gjort ved kjikvadrat test (kategorisk avhengige variabler) og ved t-test (kontinuerlig avhengige variabler).

Resultater

Antall pasientbesøk per tannlege

I Oslo/Akershus ligger gjennomsnittet i underkant av 1 700 pasientbesøk per tannlege per år, mens det i regionene utenfor ligger noe over 2 100 (tabell 2). Den geografiske forskjellen i pasientmengde er statistisk signifikant på konvensjonelt nivå (t-verdi=4,84; p<0,0001).

39 % og 22 % av tannlegene, henholdsvis i og utenfor Oslo/Akershus, hadde færre enn 1 500 pasientbesøk i løpet av året. Andelen tannleger innenfor regionen som opplever en årlig pasientbesøksmengde over 2 000 er rundt 30 %, mens samme pasientpågang oppgis hos 54 % av tannlegene utenfor Oslo/Akershus. Gitt grupperingen i tabell 2 er forskjellen statistisk signifikant (kjikvadrat=55,5, df=5; p<0,0001).

Kvinnelige tannleger har i gjennomsnitt 1761 pasienter mot mannlige tannlegers gjennomsnittlige 2219 pasienter per år (tabell 2). Kjønnsforskjellen er statistisk signifikant (t-verdi=5,2; p<0,0001).

36 % av kvinnelige tannleger har færre enn 1 500, og 38 % har flere enn 2 000 pasienter per år, mens tilsvarende tall for mannlige tannleger ligger på henholdsvis 20 % og 56 %. Gitt grupperingen i tabell 2 er kjønnsforskjellen statistisk signifikant (kjikvadrat=74, df=5; p<0,0001).

Antall arbeidstimer i praksis per år

Gjennomsnittlig årlige arbeidstimer i de to geografiske områdene, innenfor Oslo/Akershus og utenfor, er på henholdsvis 1374 og 1542 timer per år (tabell 3). Den geografiske forskjellen er statistisk signifikant (t-verdi=4,6; p<0,0001).

I Oslo/Akershus-regionen oppgir over 20 % av tannlegene å ha mindre enn 1000 arbeidstimer i praksis per år. 13 % av tannlegene i resten av landet opplever den samme arbeidsmengden.

Tabell 2. Prosentfordelingen av privatpraktiserende allmenntannleger ut fra antall pasientbesøk per år

Antall årlige pasientbesøk	Hele populasjonen	Oslo/Akershus	Resten av landet	Kvinner	Menn
<500	4	7	3	6	2
501–1000	7	12	6	9	6
1001–1500	15	21	13	20	12
1501–2000	25	28	24	28	24
2001–2500	25	20	28	24	27
>2500	22	12	26	14	29
Prosent	100	100	100	100	100
Antall tannleger	1180	331	849	528	652
Gjennomsnitt	2014	1674	2146	1761	2219

Tabell 3. Prosentfordeling av arbeidstimer per år for allmennpraktiserende tannleger fordelt på geografi og kjønn

Arbeidstimer per år	Hele populasjonen	Oslo/Akershus	Resten av landet	Kvinner	Menn
<500	5	9	4	6	5
501–1000	10	12	9	11	9
1001–1500	29	34	27	36	24
1501–2000	45	36	49	40	50
2001–2500	9	7	10	6	12
>2500	1	1	1	1	1
Sum prosent	100	100	100	100	100
Sum antall tannleger	1115	299	816	494	621
Gjennomsnitt årlige arbeidstimer	1497	1374	1542	1407	1568

Forskjellen er statistisk signifikant ($kji\text{-kvadrat}=31,3$, $df=5$; $p<0.0001$).

Den gjennomsnittlige arbeidstiden er også noe forskjellig mellom kvinner og menn – henholdsvis 1407 og 1568 timer per år (tabell 3). Denne forskjellen kjønnene imellom er statistisk signifikant ($t\text{-verdi}=5$; $p<0.0001$).

Blant kvinnelige tannleger er det 17 % som oppgir færre enn 1000 arbeidstimer, mens 14 % av de mannlige tannlegene oppgir lignende arbeidsmengde. Denne forskjellen er også statistisk signifikant ($kji\text{-kvadrat}=48$, $df=5$; $p<0.0001$).

Ventetid for ikke-akutt behandling

Gjennomsnittlig ventetid for ikke-akutt behandling i tannlegenes praksis er 6 dager for tannlegene innenfor Oslo/Akershus, og

8 dager for tannlegene utenfor (tabell 4). Forskjellen er statistisk signifikant ($t\text{-verdi}=3,29$; $p=0.001$).

Nesten halvparten av tannlegene i Oslo/Akershus oppgir å kunne tilby kort ventetid med time innen 4 dager, 24 % oppgir at pasienter med ikke-akutte forhold må vente i mer enn 8 dager. Nesten 40 % av tannlegene utenfor denne regionen opplyser at de kan tilby samme korte ventetid, mens hos 31 % av disse er ventetiden over 8 dager. Gitt grupperingen i tabell 4 er den geografiske forskjellen statistisk signifikant ($kji\text{-kvadrat}=14,1$, $df=4$; $p=0.007$).

Opplevd arbeidsmengde i praksis

Hele 35 % av de privatpraktiserende allmenntannlegene i Norge, utenfor Oslo/Akershus, opplever sin egen arbeidsmengde som for liten, der de kunne tenkt seg mer å gjøre (figur 1). Andelen er enda større, godt over 50 %, når det kommer til tannlegene i Oslo/Akershus. Figuren viser også at henholdsvis 62 og 45 % av tannlegene er fornøyde med egen pasientmengde. De geografiske forskjellene er statistisk signifikante ($kji\text{-kvadrat}=37,7$, $df=2$; $p<0.0001$). 3 % av tannlegene nasjonalt oppgir å ha for mye å gjøre i praksis.

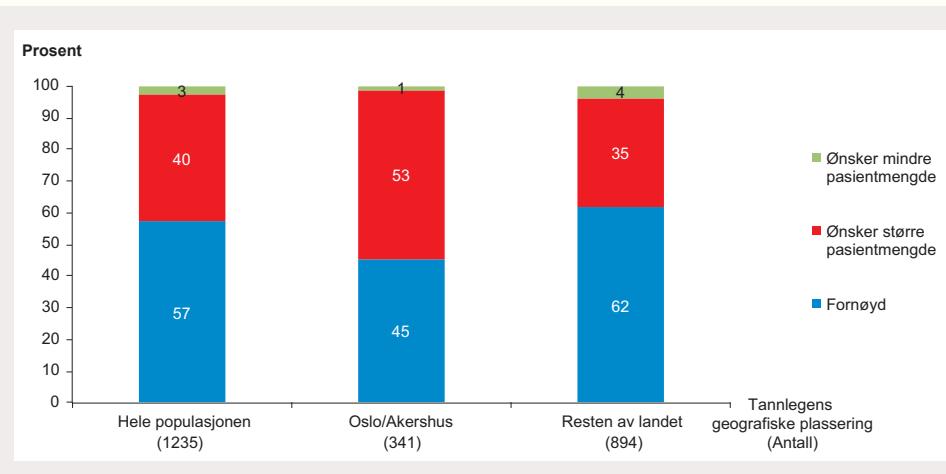
Blant de som ønsker mer å gjøre i praksis, ønsker tannlegene i Oslo/Akershus gjennomsnittlig en økning i årlig pasientmengde på 395 pasienter (tabell 5). For den tilsvarende gruppen tannleger utenfor regionen er tallet 369. Forskjellen er ikke statistisk signifikant på konvensjonelt nivå ($t\text{-verdi}=0,9$; $p=0,4$).

Diskusjon

Med forbehold om at et spørreskjema aldri kan avdekke det hele og fulle bildet, gir resultatene av undersøkelsen indikasjoner på en presset tid fremover for mange norske tannleger. Media og fagpressen har i en tid hatt oppslag om ledig kapasitet i den private tannhelsetjenesten (1–4) og dette underbygges av våre resultater. Over en fjerdedel av tannle-

gene i undersøkelsen har under 1500 pasientbesøk i året (tabell 2). Antar vi at et normalarbeidsår utgjør om lag 220 arbeidsdager, tilsvarer 1500 årlige pasientbesøk om lag 7 besøk per dag. Disse til dels lave tallene understøttes også av de privatpraktiserende allmenntannlegenes årlige arbeidstid i praksis. Helsedirektoratet definerer et tannlegeårsverk til 1620 timer per år (7). Nesten halvparten av norske tannleger ligger under dette (tabell 3).

Landsgjennomsnittet ligger like i underkant av 1500 årlige arbeidstimer, og noen ligger under 1000 timer. Man kan stille spørsmål ved om dette er selvvalgt deltidsarbeid, men figur 1 indikerer at dette ikke er tilfellet. Hele 40 % av tannlegene på landsbasis oppgir at de har for lite å gjøre i praksis, over halvparten av tannlegene i Oslo/Akershus og over en tredjedel av de resterende tannlegene spredt utover det ganske land. Tallene fra



Figur 1. Prosentfordeling av privatpraktiserende allmenntannleger ut fra deres vurdering av pasientmengde i praksis.

landets private allmenntannleger er viktige, ikke minst siden de kan være med på å danne et grunnlag for hvordan arbeidsmarkedspolitikken i tannhelsetjenesten bør utformes. En tilsvarende undersøkelse ble gjort i 2007, og antallet allmenntannleger som oppgav å ha for lite å gjøre i praksis er nå fordoblet i forhold til da (8). Økningen fra 19 % til 40 % på mindre enn ti år gir et bilde av utviklingen i arbeidsmarkedet.

Tabell 4. Prosentfordelingen av privatpraktiserende allmenntannleger ut fra antall dager ventetid for ikke-akutt behandling i deres praksis

Antall dager	Hele populasjonen	Oslo/Akershus	Resten av landet
2 dager eller færre	22	28	20
3–4	19	19	19
5–6	14	15	14
7–8	15	14	16
over 8 dager	29	24	31
Totalt	100	100	100
Gjennomsnitt	7	6	8

Tabell 5. Ønsket økning i årlig pasientmengde blant allmenntannleger som oppgir å ha for liten arbeidsmengde.

Arbeidsregion	Ønsket årlig økning i pasientmengde (n)
Oslo/Akershus	395 160
Resten av landet	369 282
Gjennomsnitt i utvalget	379 442

En situasjon som kan indikere arbeidsmuligheter for nye, unge tannleger er der hvor de etablerte tannlegene oppgir å ha for mye å gjøre. Her kan det tenkes at en ny medarbeider kan tas inn i praksisen for å ta seg av en større eller mindre del av pasientporteføljen. Dette gjelder dog nå bare 3 % av landets tannleger, mot 6 % i 2004 (8).

Vi har i denne artikkelen valgt å skille Oslo/Akershus fra resten av landet for å kunne undersøke kapasiteten også utenfor den regionen med absolutt høyest tannlegetetthet. Generelt ligger tallene

for årlige pasientbesøk og arbeidstimer her som forventet, noe over Oslo/Akershus. Men det er verdt å merke seg at over 60 % av tannlegene utenfor Oslo/Akershus tilbyr mindre enn en ukes ventetid for ikke-akutt behandling (tabell 4) og, som nevnt, om vi ser bort fra tannlegene i Oslo/Akershus er det fortsatt 35 % som oppgav en ønsket økning i arbeidsmengden i praksis (figur 1). I snitt ønsker tannlegene seg en økning i årlig arbeidsmengde på opp mot 400 nye pasienter, som kan tilsvare opp mot en hel arbeidsdag per arbeidsuke om vi bruker samme forutsetninger som tidligere på ukentlig og daglig arbeidsmengde. Vi har skilt mellom Oslo/Akershus og resten av landet. Resultatene ville neppe blitt særlig annerledes om vi i klassifiseringen hadde valgt de store byene med høy tannlegetetthet. Dette er fordi tannlegetettheten i de aller største byene ikke er vesentlig forskjellig fra Oslo og Akershus slått sammen.

Det å utdanne mange tannleger har i Norge tradisjonelt vært begrunnet utfra fordelingshensyn – det må utdannes mange tannleger for å få disse spredt utover landet (9–11). Men fremtidig fordelingspolitikk bør også sees i sammenheng med arbeidsmarkedspolitikk. For eksempel, resultatene fra Arbeidsmarkedsundersøkelsen gjort nå i 2016 bør inkluderes i kunnskapsgrunnlaget, samt tallene fra KOSTRA der ledige tannlegestillinger i det offentlige er sunket stabilt det siste tiåret, og nå aldri har vært på et lavere nivå (12). Bare i Nord-Norge, hvor bemanningsproblemet historisk sett har vært det største, er antall ledige stillinger så godt som halvert fra 2014 til 2015: 11 ledige stillinger i 2015 – mot 20 i 2014, og 50 i 2008. Nasjonale tall lå på totalt 35 ledige stillinger i 2015, en reduksjon på nesten 40 % fra de 93 vaksene i 2008. Forhold som ytterligere vil påvirke det fremtidige arbeidsmarkedet er (4): antall tannleger som kommer fra andre land som får autorisasjon i Norge, antall nordmenn som reiser til utlandet for å få tannbehandling der, tannhelsetjenester, ny teknologi, endringer i organiseringen av klinikker, kjøpekraftvekst i befolkningen, befolkningsøkning og befolkningens alderssammensetning.

Vi finner noen men allikevel relativt små forskjeller mellom menn og kvinner i våre analyser. Dette kan være resultat av en

vellykket likestillingspolitikk og relativt gode sosiale velferdsordninger. Blant annet gjennom gode svangerskaps- og permisjonsordninger blir muligheten til å forfølge en karriere likere kjønnene imellom.

Undersøkelsen og dens resultater bør være et godt utgangspunkt for det videre arbeid med å belyse tannlegenes fremtid, utfra kunnskap om, og utfra de som kjenner virkeligheten aller best, nemlig tannlegene selv. Deres oppfatning av egen situasjon, og slik de opplever sin egen arbeidshverdag utgjør et ikke uvesentlig grunnlag for de vurderinger som bør gjøres med hensyn til hvor mange tannleger vi trenger fremover.

Takk

Forfatterne ønsker å takke tannlegene som tok seg tid til å delta i denne undersøkelsen. Takk til Carl Christian Blich og Irene Skau for konstruktive og nyttige kommentarer.

English summary

Holmgren TK, Rongen G, Grytten J.

Private general dentists – Do they have enough to do?

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 948–52

The aim of this study was to investigate whether, and to what extent, there are too many or too few general dentists in the private dental health service. The data collection was carried out using a web based questionnaire. The study population was obtained from the membership register of the Norwegian Dental Association. The population then comprised 2 214 general dentists. An analysis of the non-responders showed that the sample was not skewed according to gender, age or place of residence.

Almost 40% of the dentists in Oslo/Akershus and 22% of dentists in the rest of the country had less than 1 500 patient consultations per year. The annual number of working hours was less than 1 000 for 20% of the dentists in Oslo/Akershus, and 13% for dentists in the rest of the country. 36% of female dentists and 20% of male dentists had less than 1500 consultations per year. Almost half of the private general dental practitioners could give an appointment for non-acute care within four days. Forty per cent indicated that they had spare capacity, and wanted a larger workload.

The study shows that there is spare capacity among private general dentists, not only in the region where dentist availability is the highest, but also in other regions of the country. Our findings do not support the policy of the authorities to increase the number of dentists trained.

Referanser

1. Blich CC. Er SSB på ville veier? Dagbladet, 16. september 2014.
2. Blich CC. Er produksjon av tannleger til lager en god idé SSB? Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 846.
3. Strøm K. Lederen har ordet. OTF-nytt. 2016; 1: 3.
4. Grytten J, Skau I, Dobloug A, Barkvoll P. Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1500 flere om 20 år? Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 384–8.
5. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Rapport 14/2012. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2012. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf (lest 16.02.2017).
6. Den norske tannlegeforening. Odontologi – studiet med høyest overvekt av kvinner. 2014. <https://www.tannlegeforeningen.no/profesjon-og-fag/Odotontologi-studie-med-hoyest-overvekt-av-kvinne.aspx> (lest 16.02.2017).
7. Kostnadsanalyse ved anbefaling om fissurforsegling av permanente molarer – Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge, 2016. <https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/tannhelsetjenester-barn-unge/Kostnadsanalyse%20fluorforsegling%20barn%20og%20unge.pdf> (lest 16.2.2017).
8. Grytten J, Skau I, Holst D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2006; 116: 212–6.
9. Universitetet i Tromsø. Utredning om tannlegebehov i Norge og tannlegeutdanning i Tromsø. Tromsø; 1999.
10. Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet. Behov for økning i utdanningskapasiteten for tannleger. Alternative forslag til økning av utdanningskapasiteten. Rapport fra arbeidsgruppe. Oslo; 2002.
11. Helsedepartementet. Tannhelsetjenesten. Geografisk fordeling, hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Rapport I 1086 B. Oslo: Helsedepartementet; 2003.
12. Statistisk sentralbyrå. Tannhelsetenesta, 2015. Tannhelsetenesta, nøkkeltall. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse/> (lest 07.11.2017).

Adresse: Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: tonjekho@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Holmgren TK, Rongen G, Grytten J. Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 948–52

SUNSTAR



PAROEX®

Selgs på Boots Apotek!



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

• **Klorhexidin-skyll med GOD SMAK**

- Pasienten **fullfører behandlingen**

• **Optimal konsentrasjon**

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

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

* I en undersøkelse utført på 125 spesialkinikker.



SunstarGUM.no

Nils Jacobsen

Aldring, smak og lukt

Smak og lukt er sanser som reagerer på oppløste kjemiske stoffer fra mat og luft via hjernenervene. Fysiologiske aldringsprosesser innebærer cellulære og intercellulære endringer i de nevroner i sentralnervesystemet som mottar smak- og luktsignalene. Aldring medfører også en viss reduksjon i antall smaksłøker i munnhulen og antall luktreseptorer i nesehulen. Kliniske undersøkelser viser at svikt i smak og lukt forekommer i økende grad med stigende alder, særlig hyppig etter 80-årsalderen, og lukt hyppigere enn smak. Aldringsavhengig tap av smak og lukt er vanskelig å skille fra effekter av sykdommer og medikamentbruk, noe som er særlig karakteristisk for eldre på institusjon. Den tydeligste effekten på smakssansen rammer surt, salt og umami. Eldre er ofte ikke selv oppmerksom på dette og risikerer derfor tap av appetitt og feilernæring, særlig i retning av øket bruk av salt. Svikt i luktesansen bidrar til smakstap og kan også medføre personlige og sosiale implikasjoner i form av substandard hygiene og dårlig inneluft. I tillegg er de nevrodegenerative prosessene som fører til svekket luktesans, en del patologien ved utvikling av demens. Svikt i luktesansen kan derfor være et varsel om kognitiv svikt.

Velkjente aldringsfenomener er knyttet til syn, hørsel og balanse, mens smak og lukt er mindre påaktet. Disse sansene utgjør til sammen den kjemiske persepsjonen som sikrer hensiktmessig ernæring og gir signaler om risikable faktorer i nærmiljøet. Både smak og lukt har en viss relasjon til oral helse fordi det olfaktoriske systemet også får impulser via munnhulen. Erfaringer fra geriatrien tyder på at smak og lukt svekkes med alderen. Det følgende tar sikte på å gi en oversikt over dette området.

Forfatter

Nils Jacobsen, professor em. Nordisk institutt for odontologiske materialer, NIOM as

Smak- og luktesans

Den egentlige smakssansen omfatter basissmakene söt, sur, bitter, salt og umami. Den siste er knyttet til mononatrium-glutamat (MSG) som finnes naturlig i matvarer som spekemat, øster, grønnsaker og fiskeprodukter (figur 1). Renfremstillet finnes MSG som tilsetningsstoffet E 621. Unamismaken finnes også i ribonukelotidsalter som for eksempel inosin 5'-monofosfat (IMP, tilsetningststoffet E 631). Persepsjonen formidles fra smaksreseptorer via faciale, glossofaryngeale og vagus nervebaner (7., 9. og 10. hjernenerve). I tillegg kan informasjon fra smerteførende nerveender i munnen, nese og halsslimhinne bidra til smaksinntrykk via n. trigeminus (5. hjernenerve), fordi disse nerveendene kan reagere på stikkende lukt fra stoffer som klor, ammoniakk, chili etc. Ifølge leksikal kunnkap finnes opp til 10 000 smaksłøker på tungene, gane og ganebuer, og mere spredt i nesesvelgrommet og påstrupelokket, hver med 50–100 receptorceller. Hver smakscelle har et gustatorisk «hår» som stikker ut gjennom en smakspore og fanger opp molekyler opplost i saliva. Rezeptormolekylene for surt og salt er transmembrane ionekanaler som slipper henholdsvis Na⁺ eller H⁺ direkte inn i smakscellen. Rezeptormolekylene for umami, söt og bittert er koplet til såkalte G-proteiner i smakcellenes membran, som videreforsmidler kjemiske signaler. G-proteiner er guanin-nukleotidbindende proteiner med mange forskjellige intracellulære funksjoner. Når receptorene aktiveres av de aktuelle smakstoffene, frigjøres transmittersubstans som i sin tur aktiverer sensoriske nervefibrer til smakregioner i hjernestammen og videre via thalamus for å ende i det spesielle området i hjernenbarken som tolker smaksinntrykket (1).

Hovedbudskap

- Både smak- og luktesans svekkes med alderen.
- Tap av smak kan føre til manglende appetitt og feilernæring.
- Tap av lukt kan være et tidlig varsel om kognitiv svikt.



Figur 1. Umamismak (mononatriumglutamat, MSG) finnes blant annet i matvarer som spekeskinke, ansjos og tørkede tomater. Foto: Ketil Kvam.

Luktesansen er lokalisert til et begrenset areal øverst i nesehullen. Nerveceller sender dendritter både utover i slimlaget og innover mot hjernen. Dendrittene består av fine luktehår samlet i trådbunten, som forener seg i *nervus olfactorius* (1. hjerne-nerve). Trådbuntene samles i det primære luktesenteret i hjernevev, *bulbus olfactorius*, på undersiden av pannelappen. Dette luktesenteret fører impulsene videre til de luktoppfattende sentre i hjernebarken. Luktecellene stimuleres av flyktige stoffer som trenger inn i cellene i oppløst form. I cellene binder luktstoffene seg til reseptorer, som aktiverer G-proteiner, som i sin tur setter i gang nerveimpulser til hjernen lik mekanismene for umami, söt og bitter smak (2).

Generelle aldringsmekanismer

Aldring innebefatter en rekke fysiologiske forandringer på det cellulære plan og på vev og organer. Progressive dysfunksjoner omfatter både ekstracellulære og intracellulære mekanismer, som tilsammen fører til minsket fleksibilitet. Cellene mister evne til å forme seg etter omgivelsene. I tillegg opptrer mitokondriell og nukleær dysfunksjon. Andre aldersprosesser, som telomér attrisjon, kan også gå ut over cellestrukturen. Telomérer er endestructurer på kromosomer som beskytter mot uregelmessig rekombinasjon. De cellulære skadene antas å være forårsaket av oksidativt stress på proteiner, lipider og nukleinsyrer forårsaket av frie radikaler. Det samlede resultatet blir mangelfull muskuloskeletal, kardiovaskulær og nevrodegenerativ funksjon. De nevrodegenerative forandringerne består av ekstracellulær og intracellulær ansamling av uløselige, feilstrukturerte proteiner som sammen med inflamasjon forårsaket av visse makrofagtyper i hjernevev, fører til tap av nevroner. Det er de nevrodegenerative aldringsprosessene som kan ha negativ virkning på tolkning av nerveimpulser ved smak og lukt (3).

Aldringsforandringer ved smak og lukt

Fysiologiske aldringsprosesser i munnhulen omfatter en tynnere og mer tørr mukosa parallelt med at fibrøst bindevev til en viss

grad erstatter spyttkjertlenes acini og gir lavere spytsekresjon. Tettheten av enkelte typer smaksłøker synker samtidig som degenerative forandringer fører til at funksjonen av ionekanaler og reseptorer i smakcellenes membraner blir nedsett og fører til smakstap. Smakstapet kan være begrenset til bestemte områder, for eksempel til tunga (4).

Når det gjelder luktesansen, blir både antall fibre i *bulbus olfactorius* og antall luktreseptorer i neseslimhinnen redusert. Bulbustapet kan være en følge av en generell svekkelse av kognitive prosesser i sentralnervesystemet eller kan være knyttet til tap av sensoriske celler i den olfaktoriske delen av neseslimhinnen, for eksempel ved at den normale evnen til å fornye apoptotiske reseptorceller avtar (5).

Hvor hyppig er så smak- og luktforstyrrelser? Amerikanske undersøkelser har anslått selvrappertert smak- og luktforstyrrelse hos voksne til henholdsvis 5 %, og 10 %, begge økende med økende alder (6). Liknende undersøkelser foretatt som personlig intervju har vist en prevalens på 27 % og 32 % for personer over 80 år, formodentlig fordi de eldre ikke alltid legger merke til smak og luktproblemer selv (7).

Kliniske undersøkelser, smak

Eksperimentell klinisk testing av smaksevnen går ut på å fastslå deteksjonsterskelen, av og til også identifiseringsevnen. En enkel metode er å plassere filtrerpapir som er dyppet i forskjellige koncentrasjoner av basissmakene, på bestemte steder på tunga og andre steder i munnhulen (8). Ifølge en oversikt av Mojat og medarbeidere (9) har svært mange kliniske undersøkelser påvist øket terskelverdi med alderen, men det var uklart hvor stor andel av smakstapet som kunne settes i forbindelse med sykdommer og medisinering uavhengig av alder. Deres egne forsøk inkluderte friske deltakere som ble eksponert for flere intensitetsgrader av smakspær som sukrose og aspartam, sitronsyre og eddiksyre, NaCl og KCl, MSG og IMP. De fant høyere terskelverdier med alderen, men ikke i like stor grad for hver smak. Tydeligst var alderseffekten på NaCl, sitronsyre og IMP (umami), mens alderseffekten på sukrose og kaffein (bitter smak) var til stede i noe mindre grad (9). Tap av umami ble ansett å være av særlig betydning for eldre.

En senere metastudie av Methven og medarbeidere (10) bekreftet at deteksjonsterskelen jevnt over stiger og at identifiserings-evinen og smaksintensiteten synker med alderen for alle smaks-kategorier. Forskerne er enige om at smakstapet går særlig ut over salt, men det er ikke full samstemmighet når det gjelder sukrose (10). Kostholdsundersøkelser tyder imidlertid på at eldre med smakstap konsumerer en større andel både av salt og söt mat enn tidligere, det siste ikke nødvendigvis som følge av nedsett evne til søtsmak, men av at psykologiske og sosiale faktorer spiller inn (11).

Kliniske undersøkelser, lukt

Svikt i luktesansen gjelder både terskelverdien og identifiseringsevnen (5). Det er utviklet kliniske tester som kan fastslå tap av luktesans med større sikkerhet enn selvrapperterte data. Slike

metoder skiller mellom totalt tap av luktesans og tap av bestemte typer lukt. Metodene er forskjellige i forskjellige land, noe som gjør resultatene vanskelig å sammenlikne og den oppgitte prevalensen svært varierende. Alle undersøkelser tyder imidlertid på at luktesansen synker betydelig etter 70 år, særlig hos menn, og at mange undervurderer sin svekkede luktesans (12). Kliniske undersøkelser i USA tydet på at 25 % av en populasjon mellom 53 og 97 år hadde svikt i luktesansen. For gruppen over 80 år var tilsvarende prosent over 60 (13). Lukttapet viste assosiasjon til røyking og sykdommer av forskjellig slag, men mange deltakerne hadde ikke selv merket noe. Tilsvarende data fra en undersøkelse i Sverige på en populasjon fra 20 til 80 + år viste en gjennomsnittlig dysfunksjon på ca. 20 %, stigende med alderen (14). Flere menn enn kvinner var rammet, men, til disse forskernes undring, hadde røyking ikke noe å si. Andre forskere påpeker at svikt i luktesansen kan skyldes en rekke aldersrelaterte faktorer, noen er lokale forandringer i nesehule og det olfaktoriske epitelet, og andre er assosiert til nevrodegenerativ sykdom. Og siden smak og lukt virker sammen, bidrar svekket luktesans ikke bare til nedsatt velbefinnende og øket tendens til å neglisjere luftbåren risiko, men kan være en ernæringsmessig risikofaktor også (15).

Kan svekkende luktesans forutsi demens?

En britisk studie fra 1990 påviste at demente personer hadde svekket luktesans og evne til å smake glutaminsyre. Det kunne tyde på at svekket lukt og smak er et tidlig tegn på nevrodegenerative sykdommer som Alzheimer, Parkinsons og lignende (16). Ved en amerikansk undersøkelse mange år senere ble luktesansen hos eldre personer testet sammen med Mini Mental Status Evaluering (MMSE), en psykologisk test for kognitiv funksjon. Når testpersonene ble fulgt opp etter 5 år, tydet resultatene på en signifikant sammenheng mellom svekket luktesans ved første undersøkelse og kognitiv svekkelse etter 5 år, også etter at man hadde justert for andre påvirkningsfaktorer (17). En tysk litteraturgjennomgang fra 2013 bekreftet sammenhengen mellom svikt i luktesansen og oppreten av nevrodegenerative sykdommer (18). Sviktende luktesans kan dermed være et varsel om kognitiv svikt, noe som forklarer med at de patologiske prosesser som fører til demens, er lokalisert i sentralnervesystemet slik at de også får konsekvenser for luktesansen.

Disse hypotesene er fulgt opp i en svensk langtidsstudie der testpersoner ble forelagt 13 forskjellige luktstimuli, hver med fire beskrivende alternativer å velge mellom. Deltakernes evne til å bedømme sin egen luktesans som god eller dårlig ble notert sammen med resultat etter testing med Mini Mental State Examination (MMSE). Det viste seg at svekket luktesans etter tester og egen vurdering gav en pekepinn om senere demens (19). En annen studie på samme materiale viste at tilstedevarsel av epsilon 4 alléen av Apolipoprotein E-genet, som er en kjent risikofaktor ved utvikling av Alzheimers, var av betydning for om luktsvikt kunne vurderes som risikofaktor. Forskerne forklarte sine observasjoner med at svekket luktesans og svekket hukommelse begge gir informasjon om begynnende atrofi av nærliggende mediotemporale områder før demens kan verifiseres kli-

nisk (20). Sammenhengen mellom det olfaktoriske systemet og nevrodegenerative aldersmekanismer kom også frem ved at dødsraten for eldre mennesker på institusjon var langt høyere for personer som hadde mistet luktesansen enn for de som hadde beholdt den (21).

Sosiale følger av sviktende smak- og luktesans

På det psykologiske plan kan sviktende smak hos eldre bidra til tilbaketrekkning fra sosialt verdifulle samværer der et felles måltid er den samlende faktoren. Dermed blir en viktig kommunikasjonsfaktor redusert. Når det gjelder redusert luktesans, kan manglende registrering av egen kroppslukt, halitose eller eimen fra uvaskede klær, mugg og døde hudceller i inneluften være et sosialt handikap og en pådriver for aldringsprosessen (22). I den forbindelse er det verdt å merke seg at kroppslukten med økende alder inneholder den umettede aldehyden 2-nonenal, som dannes ved oksidativ degradering av visse fettsyrer og lukter som befører øl. Dette gir en tilstand av «gammelmannslukt», noe som den enslige ikke registrerer selv og som ofte er karakteristisk for eldre på institusjoner (23).

Sluttbemerkninger

Smak og lukt er viktige stimulanser for å opprettholde tilfredsstillende ernæring, hygiene og nærmiljø hos eldre. De siterte forskningsrapporter og oversikter er valgt ut etter skjønn som grunnlag for et forenklet bilde av et komplisert tema. En vanskelighet er at de kliniske undersøkelsene på dette området er uenartet i metodikk og omfang og resultatene ikke alltid entydige. En annen vanskelighet er å fastslå om det er den fysiologiske aldringsprosessen i seg selv eller sykdommer og medikamenter som fører til nedsatt kjemisk persepsjon. Begge deler er nok riktig. Testing av friske eldre viser at både lukt- og smaksans reduseres med alderen, men reduksjonen er tydeligere hos eldre på institusjon enn hos hjemmeværende. Det tolkes som en effekt av at sykdommer og medikamentbruk er mer uttalt under slike omstendigheter (24).

I sum kan det sies at svikt i smakssansen, eksempelvis for umami, kan bidra til at eldre ikke lenger setter pris på god mat og drikke og mister appetitten. Svikt i luktesansen bidrar i samme retning ettersom lukt og smak virker sammen. Følgene kan bli vekttap og dårlig allmenntilstand. Forskerne synes å være enige om at saltsmaken er særlig redusert hos eldre. Det kan gi øket risiko for feilernæring i form av overforbruk av salte matvarer. Forskerne er mindre enige når det gjelder tap av søtsmak. Kostundersøkelser tyder uansett på et visst overforbruk av sott hos eldre. Svikt i luktesansen kan ellers være et mer alvorlig aldringsfenomen enn nedsatt smak fordi det kan føre til svekket oppmerksomhet på luftbare trusler i nærmiljøet, fordi det kan ha negative sosiale implikasjoner og fordi det kan være et varsel om kognitiv svikt.

På denne bakgrunn er det gode grunner for helsepersonell og eldre selv å være oppmerksom på aldringsprosessene som gjør seg gjeldende med hensyn til smak og lukt. Slike utslag av aldring kan vanskelig forbygges, men tilstanden kan kompenseres

ved bevisst, smakfull ernæring og tilfredsstillende oral og generell hygiene.

English summary

Jacobsen N.

Taste and smell perception in aging

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 954–7

Taste and smell are senses reacting upon solutes from food and breathing air conveyed by the cranial nerves. Normal aging includes cellular and extracellular biochemical mechanisms detrimental to neurons in the central nervous system, including those processing taste and smell signals. Aging also means reduction of the number of taste buds in the oral cavity and of the number of odor receptors in the nasal mucosa. Physiological age related taste and smell dysfunction is difficult to distinguish from similar effects related to oral and general diseases and multidrug use, characteristic of institutionalized elderly.

In general, clinical trials show impaired taste and smell with increasing age, smell more so than taste. The most evident age impact on taste is on acid, salt and umami, whereas sweet and bitter taste seems to be less affected. Otherwise self-managing older people are often unaware of dysfunction of this kind, risking loss of appetite and weight loss or other malnutrition such as increased consumption of salt. Olfactory dysfunction also may have social implications such as undetected poor indoor air and substandard personal hygiene. In addition, the age related neurodegenerative process of olfactory dysfunction is part of the pathology of dementia. Loss of smell could therefore be a warning of cognitive malfunction in progress.

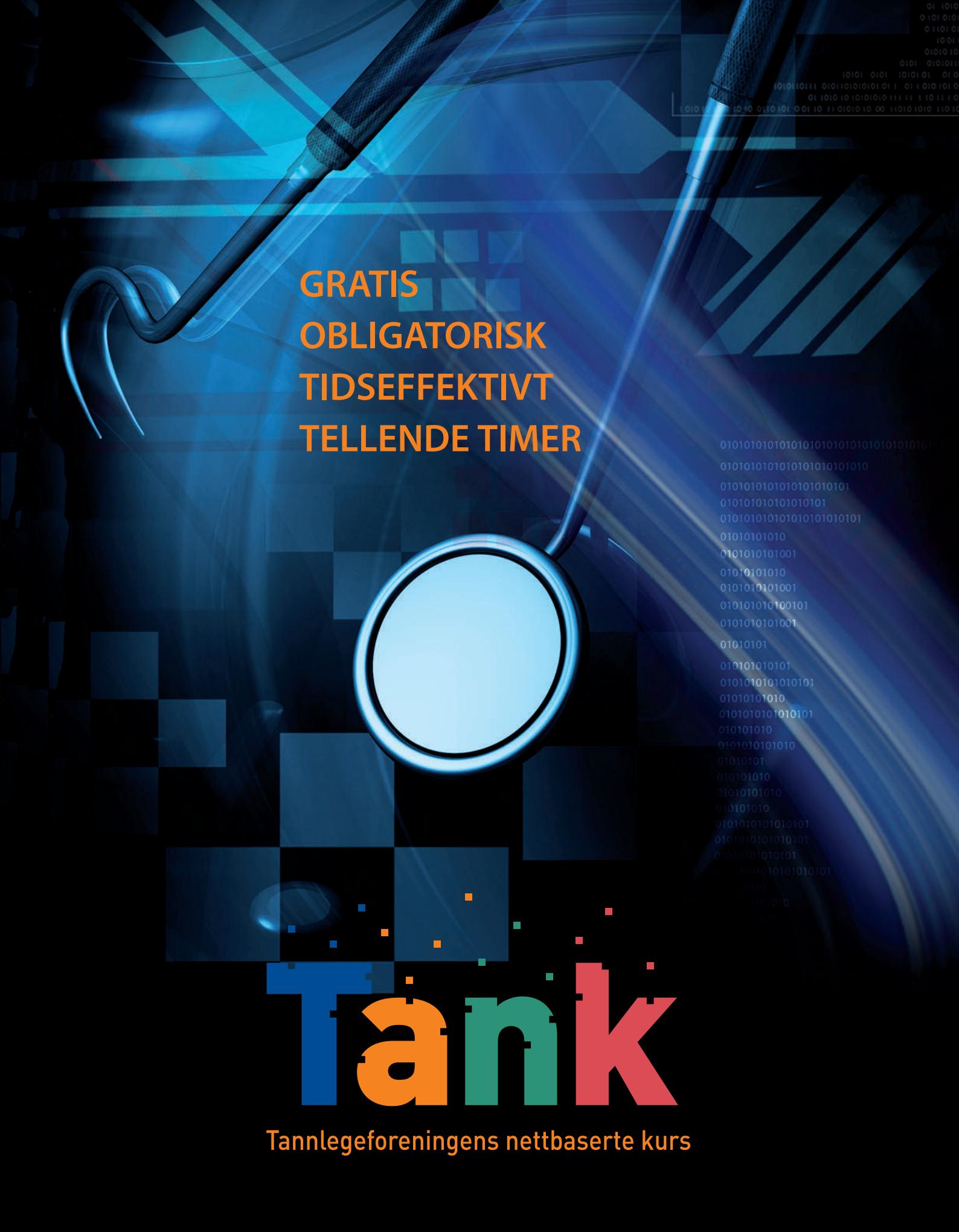
Referanser

1. Store medisinske leksikon 2016. <https://sml.snl.no/smakkssans>
2. Store medisinske leksikon 2016. <https://sml.snl.no/luktesans>
3. Phillip JM, Aifuwa I, Walston J, Wirtz D. The melancholy of aging. *Annu Rev Biomed Eng* 2015; 17: 113–41.
4. Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences. *Aging Clin Exp Res* 2012; 24: 570–9.
5. Boyce JM, Shone GR. Effects of ageing on smell and taste. *Postgrad Med J* 2006; 82: 239–41.
6. Bhattacharyya N, Kepnes LJ. Contemporary assessment of the prevalence of smell and taste problems in adults. *Laryngoscope* 2015; 125: 1102–6.
7. Rawal S, Hoffman HJ, Bainbridge KE, Huedo-Medina TB, Duffy VB. Prevalence and risk factors of self-reported smell and taste alterations: Results from the 2011–2012 US National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Chem Senses* 2016; 41: 69–76.
8. Sesano T, Satoh-Kuriwada S, Shoji N, Likubo M, Kawai M, Uneyama H, Uneyama H, Sakamoto M. Important role of umami taste sensitivity in oral and overall health. *Curr Pharm Des* 2014; 20: 2750–4.
9. Mojot J, Christ-Hazelhof E, Heidema J. Taste perception with age: generic or specific losses in threshold sensitivity to the five basic tastes? *Chem Senses* 2001; 26: 845–60.
10. Methven L, Allen VJ, Winthers CA, Gosney MA. Ageing and taste. *Proc Nutr Soc* 2012; 71: 556–65.
11. Sergi G, Bano G, Pizzato S, Veronese N, Manzato E. Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary Habits. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2016. <http://www.tandfonline.com/loi/bfsn20>
12. Filed T. Smell and taste dysfunction as early markers for neurodegenerative and neuropsychiatric diseases, *J Alzheimers Dis Parkinsonism* 2015, 5: 1 <http://dx.doi.org.4172/2161-0460.1000186>
13. Murphy C, Schubert CR, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA* 2002; 288: 2307–12.
14. Brämerson A, Johansson L, Ek L, Nordin S, Bende M. Prevalence of olfactory dysfunction: the Skövde population-based study. *Laryngoscope* 2004; 114: 733–7.
15. Doty RL, Kamath V. The influence of age on olfaction: a review. *Front Psychol* 2014; 5 : 20. Online Feb. 7.
Doi: 10.3389/fpsyg.2014 .00020
16. Schiffman SS, Clark CM, Warwick ZS. Gustatory and olfactory dysfunction in dementia: not specific to Alzheimer's disease. *Neurobiology of aging* 1990; 11: 597–600.
17. Schubert CR, Carmichael LL, Murphy C, Klein BE, Klein R, Cruickshanks KJ. Olfaction and 5-year incidence of cognitive impairment in an epidemiological study of older adults. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 1517–21.
18. Hüttnerbrink KB, Hummel T, Berg D, Gasser T, Hähner A. Olfactory dysfunction: common in later life and early warning of neurodegenerative disease. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 1–7.
19. Stanciu I, Larsson M, Nordin S, Adolfsson R, Nilsson LG, Olofsson JK. Olfactory impairment and subjective olfactory complaints independently predict conversion to dementia: a longitudinal population based study. *J Int Neuropsychol Soc* 2014; 20: 209–17.
20. Olofsson JK, Josefsson M, Ekström I, Wilson D, Nyberg L, Nordin S, Nordin Adolfsson A, Adolfsson R, Nilsson LG, Larsson M. Long-term episodic memory decline is associated with olfactory deficits only in carriers of ApoE- epsilon4. *Neuropsychologia* 2016; 85: 1–9.
21. Pinto JM, Wroblewski KE, Kern DW, Schumm LP, McKintock MK. Olfactory dysfunction predicts 5-year mortality in older adults. *PLoS One* 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182669/>
22. Priceonomics. The Science of smelling old. <https://priceonomics.com/the-science-of-smelling-older/>
23. Kimura K, Sekine Y, Furukawa S, Takashi M, Oikawa D. Measurement of 2-noenal and diacetyl emanating from human skin surface employing passive flux sampler-GCMS system. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2016; 1028: 181–5.
24. Sulmont-Rosse C, Maître I, Amand M, Symoneaux R, Van Wymelbeke V, Caumon E, Tavares J, Issanchou S. Evidence for different patterns of chemosensory alteration in the elderly population: Impact of age versus dependency. *Chem Senses* 2015; 40: 153–64.

Adresse: Nils Jacobsen, e-post: n.jacobsen@niom.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Jacobsen N. Aldring, smak og lukt. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 954–7



**GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER**

Tannk

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

HVER DRÅPE ER KONSTRUERT FOR Å BIDRA TIL Å REDUSERE KARIES RISIKOFAKTORER

Listerine® Professional Fluoride Plus tar hånd om risikofaktorene som er identifisert i Keyes-konseptet.¹

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 fl uortannkrem alene (i laboratoriestudie²).

Profesjonell munnpleie hjemme



1. Van Loveren, C. et al., European Journal of Nutrition 2012; 15-25 2. Surface micro hardness, DOF 4-2013 NO/LI/13-0110(1)

Eivind Strøm og Knut N. Leknes

Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsetting?

En kasustikk

Tapte tenner erstattes i stadig større grad av implantatretinerte protetiske erstatninger. Med flere implantatinnsettinger øker også sannsynligheten for komplikasjoner og feilslag. Peri-implantitt er en biologisk komplikasjon rundt et osseointegrt implantat. I litteraturen er det indikasjoner på at tap av osseointegrasjon er en mer kompleks prosess enn tidligere antatt, der fremmedlegemereaksjon, titanallergi, mikrobevegelse og okklusal overbelastning kan være viktige faktorer i tillegg til plakkindusert infeksjon. Fordi totalbildet av etiologiske faktorer er uklart, mangler klinikeren fortsatt optimale protokoller for behandlingen av peri-implantære komplikasjoner.

Formålet med denne kasustikkken er å presentere kunnskap om ikke-infeksiøse tilstander som kan medvirke til tap av osseointegrasjon etter en vellykket implantatinnsetting og diskutere ulike årsaksmekanismer. Et dokumentert implantatkasus illustrerer tap av osseointegrasjon etter 3 år i funksjon uten å vise kliniske symptomer på peri-implantær sykdom. Basert på kliniske og røntgenologiske funn synes okklusal overbelastning å være en viktig årsaksfaktor til at implantatet løsner.

Det blir stadig mer akseptert å erstatte tapte tenner med implantatretinerte konstruksjoner. Et økende antall implantatinnsettinger vil kunne føre til flere feilslag. Man skiller ofte mellom tidlig og sen mislykket behandling, hvor tidlige feilslag oppstår før protetisk rehabilitering og sene etter at implantatet har fått påsatt en toppkonstruksjon. De tidlige feilslagene relateres vanligvis til den kirurgiske delen av behandlingen. Det er spesielt viktig at temperaturen i benet ved utboring av implantatsetet ikke overstiger 47°C

Forfattere:

Eivind Strøm, spesialist i periodonti. Vøyenengtunet 5, 1339 Vøyenenga.

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

(1). Høy temperatur vil kunne føre til nekrose og dannelse av fibrøst vev mellom implantat og ben og resultere i manglende osseointegrasjon. Andre årsaker kan være manglende kirurgisk kompetanse, dårlig benkvalitet og derved usikker primær stabilitet, prematur belastning og postoperativ infeksjon (2).

Det er stor enighet om at peri-implantitt, som starter som en infeksiøs prosess i bløtvevet rundt et osseointegrt implantat og påfølgende tap av marginalt ben, vil kunne føre til sen mislykket implantatbehandling (3). Periopatogen plakk, for tett plasserte fiksurer, overkonstruksjoner uten mulighet for renhold, tidligere periodontitterfaring og røyking sammen med pasientens generelle helsetilstand og lege-middelbruk, har også betydning for utvikling av peri-implantær sykdom (3). Peri-implantitt er vanskelig å behandle og fortsatt er det ikke utarbeidet optimale protokoller som gir forutsigbart behandlingsresultat. Uenighet om definisjon og manglende behandlingsrespons har ført til at plakkteorien og hypotesen om at peri-implantitt utvikler seg etter samme mønster som periodontitt, er blitt utfordret.

Risikofaktorer for tap av osseointegrasjon

Fremmedlegemer satt inn i en organisme utløser alltid en fremmedlegemereaksjon som er en kronisk, ikke-spesifikk inflamasjonsrespons. De mest karakteristiske cellene i slike reaksjoner er makrofager. Gigantceller som ofte observeres ved fremmedlegemereaksjoner, oppstår ved at flere makrofager slår seg sammen for å danne et mer effektivt forsvar mot

Hovedbudskap

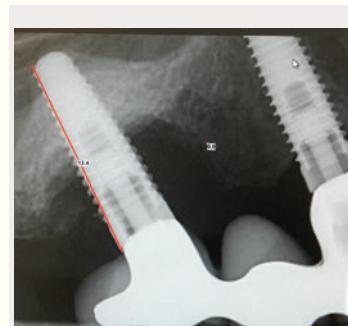
- Tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsetting kan ha multifaktoriell årsak.
- For å forbedre behandlingsprotokoller ved peri-implantære komplikasjoner, er det viktig å utvide våre kunnskaper om etiologiske faktorer.
- Uheldig utformede protetiske konstruksjoner med stort okklusalt areal, høye cusper og voluminøs kontur øker risiko for overbelastning og feilslag.

kroppsfremmede elementer. Fremmedlegemereaksjoner er i utgangspunktet ikke-infeksiøse, men dersom inflamasjonen får utvikle seg og bakterier kommer til, vil det kunne oppstå en sekundær infeksiøs tilstand. Slike infeksjoner er ofte resistente mot både antibiotika og vertsforsvar og tilheler ikke før implantatet er fjernet (4).

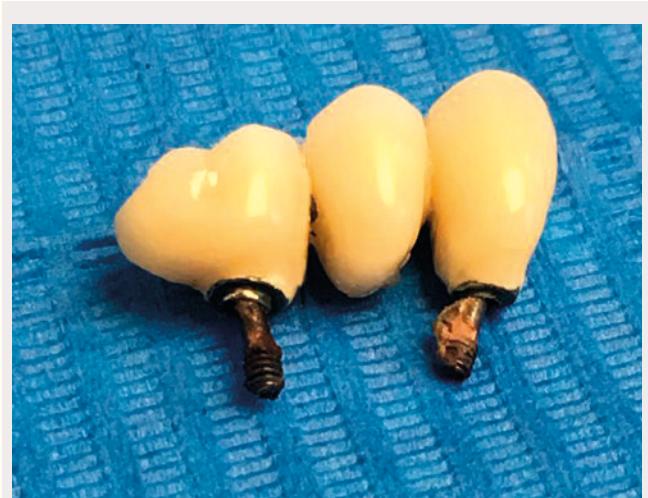
Aseptisk inflamasjon har lenge vært kjent som en komplikasjon til ortopediske ledderstatninger (5). Denne inflamasjonen forårsakes trolig av frigjorte titanpartikler fra implantatoverflaten som spres i det omkringliggende mikro-miljø hvor de fagocyteres av sirkulerende monocyter og makrofager. Makrofagene sekrerer så inflammatoriske cytokiner som stimulerer osteoclastdannelse og derved benresorpsjon. En nylig fremsatt hypotese hevder at instrumentering av implantatoverflater som en del av prosedyren for å forebygge og behandle peri-implantitt, fører til frisetting av titanpartikler som vil kunne forårsake og forverre peri-implantær sykdom (6).

Til tross for titans gode biokompatibilitet dukker det opp rapporter som tyder på at enkelte pasienter er sensitive for titan (7,8). Dersom et osseointegritt implantat løsner og ingen annen årsak til løsningen sannsynliggjøres, kan dette være et signal om å teste pasienten for titanallergi. Dette er særlig aktuelt for pasienter som i anamnesen opplyser om annen metallallergi.

Koplingen mellom implantat, distanse og overkonstruksjon har også vært diskutert som en mulig årsak til peri-implantær mucositt og peri-implantitt. Forklaringen er den ugunstige mikrospalten mellom fikstur og distanse/overkonstruksjon. En svensk doktoravhandling (9) rapporterer større marginalt bentap når overkonstruksjonen er skrudd direkte på fiksturtoppene enn når det påsettes en distanse som retensionselement for det protetiske arbeidet. Forfatteren spekulerer på om manglende distanse kan forårsake en bakteriell kolonisering av koplingspunktet mellom fikstur og overkonstruksjon. Koplingen ligger ofte i nært relasjon til den marginale benkanten og vil kunne gi opphav til både bløtvevsinflamasjon og benresorpsjon. Denne teorien støttes av en annen studie (10), som har vist at mikrobevegelse mellom fikstur, distanse og overkonstruksjon kan føre til en mikropumpe-effekt hvor saliva og bakterier pumpes inn og ut av spalten mellom komponentene og kontaminerer konstruksjonen innvendig, mucosa og den marginale benkanten. Spesielt uheldig er dette dersom overkonstruksjonen er montert direkte på implantattuppen og retensionsskruen er eneste retinrende element (figur 1 og 2). Retensionsskruen utsettes da for stor belastning og dermed øker risikoen for fraktur eller løsning. En slik flate-til-flate kopling



Figur 1: Implantater med «copy cat» toppkonstruksjon. Legg merke til koplingspunktet mellom fiksaturene og broen samt distal ekstenjon. Avansert peri-implantitt ved fiksatur regio 16.



Figur 2: Treledds bro fjernet fra pasient i figur 1. Legg merke til store mengder plakk på retensionsskruene samt flate til flate koplingspunkter som hviler på implantatkranse uten distanse.

utsetter også implantattuppen for store krefter ved tygging og gir økt risiko for fraktur av fiksturens koronale del. En mulig mikrobevegelse vil dessuten kunne føre til abrasjon av overflatene og frisetting av metallpartikler i omkringliggende vev med osteoclastaktivering og bennedbryting som resultat (6).

Det skal også nevnes at såkalte «copy-cat»-produkter, som er implantatkomponenter laget av en annen produsent enn selve fiksturen, vil ha større risiko for feilslag enn originale komponenter. Dette fordi de forskjellige produsentene ikke oppgir produktspesifikasjoner som gjør at kopiprodukter ikke passer helt og gir dermed økt mikrobevegelse og risiko for feilslag.

Overbelastning kan være en annen ikke-infeksiøs årsak til implantattapp. Dette er et tema det ikke har vært stort fokus på i Norden, men som lenge har hatt stor oppmerksomhet i USA (11,12,13,14). Det har vært utført en rekke dyreforsøk både i Europa og USA, men resultatene av disse undersøkelsene er motstridende da enkelte peker på en sammenheng mellom overbelastning og implantattapp, mens andre tyder på at stor belastning på et osseointegritt implantat kan styrke forbindelsen mellom bennev og titanoverflaten. Sikre holdepunkter for hva som skjer hos mennesker finnes ikke da etiske regler ikke tillater kopiering av dyrestudier på pasienter (12). Forskjell i tyggemønster, tyggetrykk og ikke minst forventet funksjonstid mellom dyr i en kort forsøksperiode og pasienter med behov for en varig, implantatbasert oral rehabilitering kompliserer overførbarheten. Uten systematisk dokumentasjon fra humane studier, kan kasusrapporter gi viktige bidrag til forståelsen av andre faktorer enn plakk som mulig årsak til tap av osseointegrasjon. Hensikten med det påfølgende kasus er å belyse at overbelastning kan være en mulig årsak til tap av implantat etter mer enn 3 år i funksjon og uten kliniske symptomer på infeksjon.

Kasuistikk

Dette kasus er en kvinne født 1956, ikke-røyker, uten kjente sykdommer/allergier eller bruk av legemidler. Pasienten fikk i 2007

utført en systematisk periodontal behandling og har etter dette vært under et kontinuerlig vedlikehold. Kvinnen har i hele perioden utført god plakk-kontroll og ikke vist symptomer på periodontal reinfeksjon. I juni 2012 oppsøkte pasienten tannlege med smerter i 4. kvadrant. Klinisk og røntgenologisk undersøkelse avdekket apikal periodontitt 47 med mobilitet grad 3. Tidlig i den periodontale behandlingen ble prognosene for 47 vurdert til å være usikker, og med den nye, akutte situasjonen ble prognosene ansett som håpløs og ekstraksjon anbefalt. Pasienten samtykket og ønsket å erstatte den tapte tannen med en implantatstøttet krone. Et broalternativ fra 44 til 48 ble presentert, men pasienten motsatte seg dette og ønsket implantatalternativet. Tre måneder etter ekstraksjon 47, ble det utført «cone beam computer tomografi» (CBCT) regio 46–48 der høyden over canalis mandibularis ble målt til 8,4 mm, bredden på kjevekammen i fasil-lingval retning til 11,0 mm og lukebredden mellom distale rot 46 og mesiale rot 48 til 11,5 mm. Det ble vurdert om det kunne være plass til to implantater i luken, en løsning som ville fordele tyggetrykket på en større implantatoverflate. Men for å kunne erstatte en molar med to implantater ville det være nødvendig med en lukebredde på minst 12,0 mm (15). For å sikre tilstrekkelig avstand til canal is mandibularis, ble det bestemt å sette inn en kort fikstur med stor diameter (4,8 x 6,0 mm). Det ble oppnådd god initial stabilitet, men under utboring virket benstrukturen noe løs så tilhelingstiden ble forlenget i forhold til standard retningslinjer fra implantatprodusent. Fem måneder etter fiksaturinstallasjon, ble det påsatt distanse og kronen sementert i infraokklusjon for å redusere okklusale krefter (figur 3) (13).

Den generelle periodontale situasjonen for tannsettet og de peri-implantære forhold ved 47 var stabile i 3 år med regelmessig periodontal støttebehandling. I september 2016 oppsøker pasienten kontoret med diffuse smerter regio 47. Klinisk undersøkelse viste normale mucosale forhold ved kronekant 47, ikke plakk, ingen sonderbare «lommer» dypere enn 3,0 mm og ingen blødning eller puss fra sulcusområdet (figur 4).

Bittet på 47 ble kontrollert ved hjelp av blåpapir uten anmerkning.



Figur 4: Friske kliniske forhold rundt implantat regio 47.

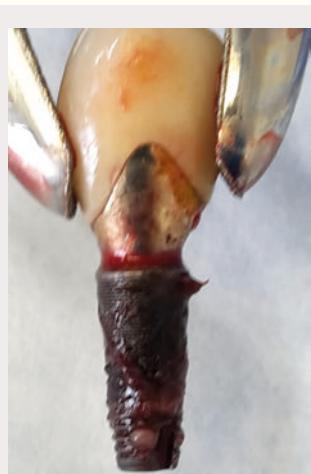
Røntgenbildet viste endringer i benmorphologien langs implantatet, spesielt mesialt (figur 5). Misstanke om tap av osseointegrasjon ble verifisert ved luksering av restaureringen; mobilitet ble påvist og eksplantering av implantatet var ikke til å unngå. Ved inspeksjon av det eksplanerte implantatet var det ikke mulig å se rester av granulasjonsvev på overflaten. Dette kan indikere at osseointegrasjonen gikk tapt på grunn av annen årsak enn peri-implantitt (figur 6 og 7) (14).



Figur 5: Røntgenbildet av implantat regio 47 viser endring i benmorphologi en langs implantatet, spesielt mesialt.



Figur 6: Det eksplanerte implantatet med bare blod på fiksturen. Dette kan indikere implantattap på grunn av annen årsak enn peri-implantitt.



Figur 7: Implantat tapt på grunn av peri-implantitt. Store mengder granulasjonsvev er festet til fiksturoverflaten.

Diskusjon

I dette kasuset var det ikke mulig å diagnostisere de vanlige symptomene på peri-implantitt som plakk, blødning ved sondering (BoP) eller lommedannelse med bentap. Pasienten var frisk, ikke-røyker og utførte god munhygiene, men opplyste at hun i stor grad hadde brukt høyre side ved tygging. Implantatet regio 47 ble plassert noe distalt i luken mellom 46 og 48. For å få kontakt med 46, ble kronen formet med uttalt utbygging mot det mesiale. Sett fra undersiden er kronen utvidet både i bucco-lingual og i mesial retning. Et stort okklusalt areal kan ved tygging gi ugunstig, lateral belastning på implantatet. En slik belastning sentrerer kraften i den marginale benkanten rundt implantatet og vil kunne føre til bentap langs den flaten eller det implantatet som er nærmest den ugunstige belastningsretningen. Det hadde vært mer gunstig om implantatet hadde stått i det mesio-distale

senteret av tannluken og med en mindre ekstensjon mesialt og distalt, samt at den bucco-linguale kroneformen var fremstilt mindre voluminøs. Det biomekaniske stresset på fiksturen ville da blitt mer aksialt rettet. Ifølge amerikanske forskere er overbelastning en kjent årsak til feilslag nettopp fordi laterale krefter tolereres dårligere enn vertikale (13).

Rent kraftmessig øker tyggetrykket posteriort i kjevene, men det trabekulære benets tetthet og kompresjonsstyrke er lavest i dette området (11). Molarer i over- og underkjeve har store røtter til å fordele tyggetrykket. Et enkelt, kort implantat, selv med stor diameter, har ikke det samme «rot-areal» til å ta opp og stå imot tyggekrefter. Dette kan gjøre implantatretinerte konstruksjoner mer utsatt for overbelastning, spesielt i kjevens posteriore områder. Mellom fikstur og ben mangler dessuten periodontale fibre med mekanoreseptorer, slik at signaler som skal varsle om overbelastning, uteblir (11,13,14).

For å ha en sikkerhetsavstand til canalis mandibularis på 2,0 mm, ble det i dette kasuset benyttet en kort fikstur (16). Det er diskutert om korte fiksturer ($\leq 8,0$ mm), har større risiko for å gå tapt enn lengre. Studier har vist at det er den coronale delen av implantatet som er mest utsatt for tyggekrefter og at svært lite okklusalt stress overføres til den apikale delen av implantatet. Fordelen med korte fiksturer er økt sannsynlighet for å unngå anatomiske strukturer som sinus maxillaris og canalis mandibularis og derved reduseres behovet for krevende benoppbygging, (16,17).

En nylig publisert svensk studie (18) viser imidlertid at implantater kortere enn 10,0 mm tapes oftere enn lengre implantater og det var forskjell i implantatoverlevelse mellom ulike implantatsystemer. Årsaken til dette kan være ulik overflatestruktur på fiksturene. Videre er forholdet mellom lengden på fiksturen og kronehøyden et tema som diskuteres. Mange mener at en kort fikstur med en høy krone vil kunne føre til en ugunstig belastning på implantatet. Da glemmer man at kronehøyden ikke er en kraftforsterker ved aksial belastning (11,19). Derimot er kronehøyden en kraftforsterker ved lateral-, vinklet- eller ekstensjonsbelastning. Det er derfor viktig at man i ikke-estetiske områder fremstiller kroner uten høye, bratte cusper, med mindre voluminøs kontur og et smalere okklusalt areal enn naturlige tenner (11,19). Mindre voluminøs kronekontur letter dessuten daglig renhold og fremmer derved peri-implantær stabilitet.

Det har til nå vært vanlig å eksplantere mobile implantater fordi man ikke kan forvente re-osseointegrasjon. En kasuspresentasjon (20) beskriver imidlertid to pasienter som fikk erstattet tapte tenner posteriort i overkjeven med implantater og single kroner. Kasus 1 hadde fått implantater regio 16 og 17 og kasus 2 regio 25 og 26. Etter relativt kort funksjonstid, 6 måneder for kasus 1 og 15 måneder for kasus 2, oppsøkte pasientene tannlege på grunn av diffuse smerter i henholdsvis regio 16 og 26. Klinisk undersøkelse avdekket normale mucosale forhold rundt implantatene, ingen BoP eller lommedannelse, men mobile implantater regio 16 og 26. Det ble bestemt å fjerne toppkonstruksjonene, men beholde fiksturene for om mulig å oppnå re-osseointegrasjon. I begge disse kasusene lykkes dette. Etter 8 måneder ble det

fremstilt nye toppkonstruksjoner, utformet som to-ledds broer, for å bedre fordelingen av den okklusale belastningen på fiksturen. Det forfatterne undret seg over var at det marginale bennivået i de to kasusene var upåvirket, men at osseointegrasjonen var gått tapt langs hele implantatet og derved mobilt implantat. Tap av osseointegrasjon ved overbelastning må ses på som en fraktur mellom ben og den osseointegraserte implantatoverflaten. Dersom den ødeleggende belastningen fjernes og det ikke finnes infeksjon i området, synes re-osseointegrasjon å være mulig. Forfatterne understreker viktigheten av rask intervension slik at mobiliteten ikke fører til inflammasjon i bløtvevet og derved baner vei for bakteriell infeksjon. Frakturteorien avviker fra andre studier (11,12,13,14,16,17) som hevder at den største belastningen på implantatet er i den cervikale delen av fiksturen og at bare minimal kraft overføres apikalt. Dersom det ved overbelastning kan oppstå en fraktur mellom ben og den osseointegraserte fiksturoverflaten i hele dens lengde og omkrets, kan dette forklare observert mobilitet. Erfaringer ved behandling av peri-implantitt viser at implantater står stabilt helt til alt ben er tapt og at eksplantering selv ved minimal benstøtte kan være utfordrende.

Disse nye funnene åpner muligheten for å bevare mobile implantater og oppnå re-osseointegrasjon. Forutsetningen er ikke-infeksiøse mucosale forhold, intakt marginalt ben og lang belastningsfrihet (20). Kunne fiksturen i det beskrevne kasus vært reddet dersom kronen hadde blitt fjernet og det etter tilhelling ble fremstilt en ny krone uten voluminøs kontur, ingen ekstensjon mot det mesiale og med en avflatet okklusal utforming? Dette spørsmålet lar seg selv sagt ikke besvare. En slik protetisk rehabilitering ville vært mindre gunstig estetisk, men kunne gitt en bedre biomekanisk funksjon. Med bedre dokumentasjon kan dette behandlingsalternativet bli aktuelt spesielt i posteriore områder med store okklusale krefter og varierende benkvalitet.

English summary

Strøm E, Leknes KN.

Does occlusal overload result in loss of osseointegration following successful dental implant placement?

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 960–4

Lost teeth are increasingly replaced by implant retained prosthetic restorations. An increasing number of implants installed may lead to more complications and mistakes. Peri-implantitis is a biological complication around an osseointegrated implant. In the literature there is growing documentations indicating that loss of osseointegration is a more complex process than previously assumed where foreign body reaction, titanium allergy, micromovements and occlusal overload might be important causative factors in addition to plaque induced infection. Because the total picture of etiological factors is unclear, optimal protocols for the treatment of peri-implant complications are not available.

The objective of this article is to present knowledge about non-infective conditions that may contribute to loss of osseointegration following successful implant placement and discuss potential causal mechanisms. A documented case illustrates loss of osseointegration after 3 years in function showing no clinical signs as bleeding or pus of peri-implant disease. Based on clinical and radiographic features occlusal overload seems to be an important causal factor.

Referanser

- 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.
- Sægrov AH, Klepp M, Bunes DF, Leknes KL. Tidleg mislukka implantatbehandling. Ein kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 828–32.
- Renvert S, Giovannoli J-L. Peri-implantitis. Paris, Quint Int, 2012.
- Ratner B D, Hoffman A S, Schoen F J, Lemons J. Biomaterials science. An Introduction to Materials in Medicine. 3. ed. Oxford, Academic press, Elsevier, 2013.
- Reveell PA. The combined role of wear particles, macrophages and lymphocytes in the loosening of total joint prostheses. *J. R. Soc. Interface.* 2008; 5: 1263–78.
- Eger M, Sterer N, Liron T, Kohavi D, Gabet Y: Scaling of titanium implants entrains inflammation-induced osteolysis. *Sci Rep.* 2017; 7: 1–11.
- Sicilia A, Cuesta S, Coma G, Arregui I, Guisasola C, Ruiz E, Maestro A. Titanium allergy in dental implant patients: a clinical study on 1500 consecutive patients. *Clin Oral Implants Res.* 2008; 19: 823–35.
- Campbell S, Crean StJ, Ahmed W. Titanium allergy: fact or fiction? *Fac Dent J.* 2014; 5: 18–25.
- Gothenberg C. On loading protocols and abutment use in implant dentistry. Clinical studies. Doctoral thesis, Sahlgrenska academy, University of Gothenburg, 2016.
- Zipprich H, Miatke S, Hmaidouch R, Lauer H-C. A new experimental design for bacterial microleakage investigation at the implant-abutment interface: an in vitro study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2016; 31: 37–44.
- Carl E Misch. *Dental Implant Prosthetics*, 2. ed, St Louis, Elsevier Mosby 2015.
- Duyck J, Vandamme K. Review. The effect of loading on peri-implant bone: a critical review of the literature. *J Oral Rehab.* 2014; 41: 783–94.
- Kim Y, Oh T-J, Misch CE, Wang H-L. Occlusal considerations in implant therapy: clinical guidelines with biomechanical rationale. *Clin Oral Implants Res.* 2005; 16: 26–35.
- Froum SJ. *Dental Implant Complications, Etiology, Prevention and Treatment*, 2. ed. New Jersey, Wiley Blackwell 2016.
- Balshi TJ, Hernandez RE, Pryszlak MC, Rangert B. A Comparative Study of One Implant Versus Two Replacing a Single Molar. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996; 11: 372–78.
- Tutak M, Smekta T, Schneider K, Golebiewska E, Sporniak-Tutak K. Short dental implants in reduced alveolar bone height: A review of the literature. *Med Sci Monit.* 2013; 19: 1037–42.
- Hasan I, Bouraue C, Mundt T, Heinemann F. Biomechanics and Load Resistance of Short Dental Implants: A Review of the Literature. *ISRN Dent.* Vol. 2013. Article ID: 424592.
- Derks J, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Larsson M, Berglundh T. Effectivness of Implant Therapy Analyzed in a Swedish Population: Early and Late Implant Loss. *J Dent Res.* 2015; 94(3 Suppl): 44S–51S.
- Weinberg LA. Reduction of Implant Loading with Therapeutic Biomechanics. *Implant Dent.* 1998; 7: 277–85.
- Mattheos N, Janda MS, Zampelis A, Chronopoulos V. Reversible, non-plaque-induced loss of osseointegration of successfully loaded dental implants. *Clin Oral Implants Res.* 2013; 24: 347–54.

Adresse: Eivind Strøm, e-post: eivstrom@hotmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Strøm E, Leknes KN. Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantattinnsettning? En kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 960–4

Arbeidslivets Klimauke



15. - 19. januar 2018 www.arbeidslivetsklimauke.no



Journalserver i skyen - Sikrere IT løsning

Med Private Cloud setter du bort IT-ansvaret til oss. Du får en sikrere, kostnadseffektiv, tilgjengelig og fleksibel IT-løsning tilbake – med bedre oppetid og øyeblikkelig tilgang til markedsledende teknologi.

Kvitt deg med lokal server og unngå kostnader som:

Investering i maskinvare og lisenser
Konfigurasjon/Oppsett
Backup/Online Backup
Strømutgifter
Fysisk serverdrift og vedlikehold
Oppgraderinger

Benytt deg av fordelene av å være i Sky:

Din private sky
Full drift og backup
Høyere sikkerhet over dine data
Raskere gjenopprettningstid ved feil
Fysisk sikring i henhold til norm og NHN
Fleksible og kostnadseffektive løsninger
Frigjør både tid og plass i dine lokaler!

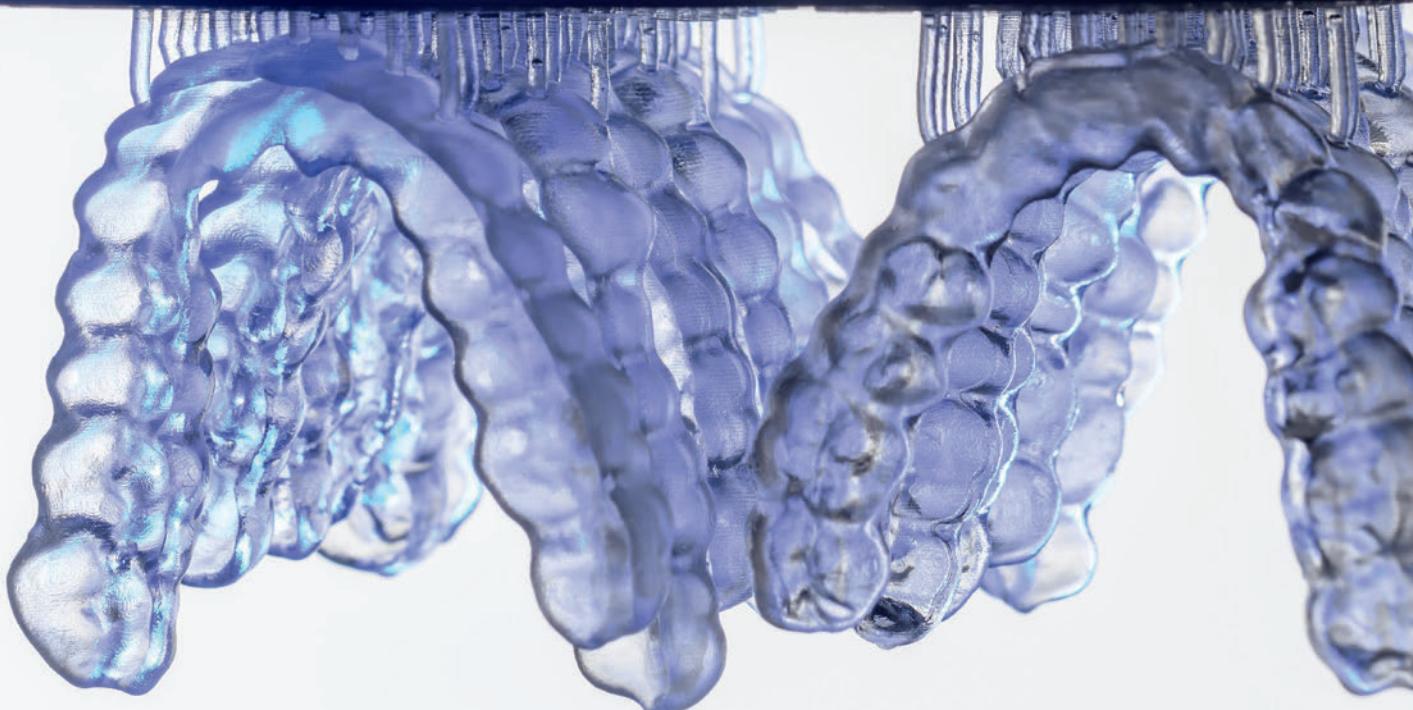


Stadig flere benytter seg av fordelene.
Nå har vi en unik kampanje for din bedrift!

2 måneders gratis drift

Kontakt oss her for å benytte deg av tilbudet:
ck@upheads.no | 400 82 194

UPHEADS[®]



IDEELL FOR TANNKLINIKKER ELLER MINDRE LABORATORIER

- DLP teknologi med en langtrekkende 385 nm UV-LED lyskilde gjør det mulig å trykke klare transparente objekter, slik som f.eks splinter
- Maksimert produksjonshastighet med stor grad prosesssikkerhet på grunn av SMP teknologi
- Patentert Flex-Vat – materialbesparende, ettersom mindre tilleggsmateriale er nødvendig
- Høyt vatt volum muliggjør produksjon over natten
- Bruker det mye brukte STL formatet
- Lysherdende trykkmateriale: V-Print ortho for orthodontiske base deler, splinter og maler, og V-Print model for hele spekteret av modeller

DLP-3D Printer SolFlex 170



BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege,
tannleier eller lege.

Skjemaet dekker spørsmålet fra konkrete reaksjoner til
uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir sett i
forbindelse med tannmaterialer.
Selv om det er vilt om graden og arten av reaksjoner,
er det likevel betydningsfull at skjemaet blir fyllt ut og
returnert.
Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har
reaksjon(er).

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene
gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Kjent overfomfintlighet/allergi:

Postnr.:
Tlf.:
E-post:
Utfyllingsdato:

Poststed:
Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte
reaksjonen(e)?
Umiddelet
Innen 24 timer
Innen 1 uke
1 måned
1 år

Klinikktype:
□ Tannlege
□ Offentlig
Spesialist i:
□ Lege
□ Sykehus
Spesialist i:

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

Reaksjonen opptrådte før første gang i
hvilket år:

- | | |
|---|---|
| <p>Pasientdata</p> <p>Kjønn: <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann
Alder: år</p> <p>Generelle sykdommer/diagnosør:</p> <p>Medikamentbruk:</p> <p>Rapportørens navn og adresse:</p> <p>Kjent overfomfintlighet/allergi:</p> <p>Postnr.:
Tlf.:
E-post:
Utfyllingsdato:</p> <p>Klinikktype:
□ Tannlege
□ Offentlig
Spesialist i:
□ Lege
□ Sykehus
Spesialist i:</p> | <p>Symptomer og funn</p> <p>Pasientens symptomer</p> <p><input type="checkbox"/> Ingen</p> <p>Introrat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Svie/brennende følelse <input type="checkbox"/> Smerte/ømhet <input type="checkbox"/> Smakstørstyrteier <input type="checkbox"/> Stiv/hummen <input type="checkbox"/> Tørhet <input type="checkbox"/> Øret spitt/slimmengde <p>Lepper/ansikt/kjever:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Svie/brennende følelse <input type="checkbox"/> Smerte/ømhet <input type="checkbox"/> Stiv/hummen <input type="checkbox"/> Hudreaksjoner <input type="checkbox"/> Kjeveleddsproblemer <p>Generelle reaksjoner knyttet til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Musklertedd <input type="checkbox"/> Mage/farm <input type="checkbox"/> Hjerteriskulasjon <input type="checkbox"/> Hud <input type="checkbox"/> Øyne/syn <input type="checkbox"/> Ørehørsel, nese, hals <p>Øvrige symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trethet <input type="checkbox"/> Svimmelhet <input type="checkbox"/> Hodepine <input type="checkbox"/> Hukommelsesførstyrrelser <input type="checkbox"/> Konsentrasjonsførstyrrelser <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Uto <input type="checkbox"/> Depresjon <p>Annet:</p> |
|---|---|

Rapportørens funn:

- Ingen
- Intraoralt:**
 - Hevelse/ødem
 - Hvitlige forandringer
 - Sårblennmer
 - Rubor
 - Atrofi
 - Impresjoner i tung/e/kinn
 - Amalgamataoveiner
 - Linea alba
- Annem:**

Øvrige funn:

- Hevelse/ødem
 - Sårblennmer
 - Erytem/tubor
 - Utsettelsesksem
 - Palpable vnyfeknuter
 - Kjeveleddsstyrtsfunksjon
 - Nedsett sensibilitet
- Annet:

Angi lokalisasjon:

- Hevelse/ødem
- Unikaria
- Sårblennmer
- Eksem/utslitt
- Erytem/tubor

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

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

Annet:

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

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

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

Bivirkningsregisterets notater

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

Ytkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall:

Ansvarlig: Bivirkningsgruppen
Arstadveien 19
5009 Bergen

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

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjeme kommentarer.
Annet:



Ver 6.2

Henvisninger

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

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

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall:

Ansvarlig:

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

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjeme kommentarer.
Annet:

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

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

Klinisk bevist for langvarig
beskyttelse mot ising**



Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

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

Camilla Hansen Steinums tale til åpningen av landsmøtet:

Resultater høstet applaus

NTFs president mottok applaus da hun omtalte resultatet av NTFs arbeid for å hindre flytting av Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunen.

Talen i sin helhet lød slik:

Kjære alle sammen!

Det er en stor glede for meg å kunne ønske velkommen til årets landsmøte. Landsmøtet er vårt største og viktigste faglige arrangement og vi er veldig glade for at vi også i år har klart å samle så mange av våre medlemmer. Det viser at vår yrkesgruppe er opptatt av å tilegne seg ny kunnskap – og det skal vi alle være stolte av!

Under Akademikernes 20-årsjubileum nylig skrøt statsminister Erna Solberg av akademikergruppen, fordi vi videre- og etterutdanner oss absolutt mest. Her har NTF gått foran med et godt eksempel. Vi er fortsatt inne i den første perioden med obligatorisk etterutdanning – og tallene er meget gode hittil.

Her har vi kommet langt på kort tid. Det viser at tannlegene som yrkesgruppe er svært opptatt av kunnskap og kompetanseheving. Oppdatert kunnskap er nøkkelen til høy kvalitet, og jeg er stolt av å lede en forening som setter seg høye mål for etterutdanning av sine medlemmer!

De siste årene har vært innholdsrike og utfordrende for hele tannhelsetjenesten.

Jeg er imponert over medlemmene og foreningen, og hvordan vi som fellesskap har valgt å ta tak i de utfordringene vi har møtt. Selv under betydelig press har vi stått samlet. Vi har vært konstruktive, og vi har tatt samfunnsansvar.



NTFs president, Camilla Hansen Steinum, holdt åpningstalen på årets landsmøte.
Foto: Andres Vargas.

Flytting av Den offentlige tannhelsetjenesten

En av de største sakene siden forrige landsmøte har vært arbeidet med regjeringens forslag om å flytte ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene.

Vårt tydelige budskap til politikerne var at det ville være uansvarlig å vedta en flytting av ansvaret for tannhelsetjenesten på det grunnlaget som Stortingset hadde fått seg foreslatt. Premisset for en slik flytting, nemlig store robuste kommuner, var ikke oppfylt og konsekvensene var ikke utredet.

Arbeidet med vårt høringsvar inkluderte hele foreningen, og hele NTFs organisasjon sto samlet bak den politikken som vårt høringsvar ble bygget på:

Nemlig at den norske tannhelsemodellen, med en sterkt offentlig sektor og en velfungerende privat tannhelsetjeneste med fri prisfastsetting, fri etableringsrett og fri konkurranser, har vært veldig vellykket. De to sektorene er avhengig

av hverandre, og endringer i den ene sektoren vil lett kunne få innvirkning på den andre.

Vi har vært veldig tydelige på at vi trenger store og robuste fagmiljøer i offentlig sektor. Vi var rett og slett bekymret for at tannhelsetilbudet til pasientene ville blitt svekket ved de foreslatt endringene. Et regionalt nivå, med robuste faglige enheter, vil etter NTFs mening være den klart beste forankringen for den offentlige tannhelsetjenesten nå som fylkeskommunene, slik vi kjener dem, ser ut til å forsvinne.

NTF mener også at en flytting av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten potensielt ville ha store og negative konsekvenser for privat sektor. I notatet fra departementet lå det flere konkrete forslag som i stor grad ville ha påvirket den private tannhelsetjenesten direkte.

Høringsnotatet åpnet blant annet for at også private tjenesteytere uten avtale med kommunen kunne reguleres



i loven om kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslaget åpnet for regulering av tannlegevirksomhet i privat sektor, uten noen form for reell begrunnelse eller utredning av behov og konsekvenser. Dette reagerte vi kraftig på.

En viktig og overordnet del av NTFs argumentasjon mot departementets forslag var at saken ikke var konsekvensutredet.

Det manglet faglig begrunnelse for svært mange av forslagene som ble fremsatt i høringsnotatet, og konsekvensene skulle først utredes etter at endringene var vedtatt.

Vi hadde forventet at slike dyptgrindende endringsforslag ville være basert på kunnskap, og at det i forkant hadde blitt gjort grundige utredninger for å sikre gode tannhelsetjenester for befolkningen også i fremtiden. Det var altså ikke tilfelle.

Det var en spennende tid frem mot avgjørelsen i Stortinget før sommeren. Vi gjennomførte et stort og intensivt påvirkningsarbeid i tiden før vedtaket. Vi hadde kontakt med svært mange stortingsrepresentanter, spesielt hadde vi tett kontakt med politikerne i helse- og omsorgskomiteen.

Og det var en gledens dag for oss da vedtaket til slutt ble fattet, 9. juni i år – da ble det endelig klart at Stortinget stoppet regjeringens forslag!

Dette var en stor seier for foreningen. Helt på tampen valgte stortingspolitikerne å lytte til våre klare faglige råd og stanse den planlagte overføringen. Her spilte NTF en svært viktig rolle!

Det er også på sin plass å gi honnør til både Venstre og Kristelig Folkeparti for å ha basert sine beslutninger på fagmiljøenes råd.

Hovedstyret hadde som mål å inkludere hele foreningen i arbeidet med denne saken – og det gjorde vi.

Lokal- og spesialistforeningene har bidratt i betydelig grad med viktig

informasjon, konstruktive og utfordrende diskusjoner og gode innspill. Et stort antall tillitsvalgte i offentlig og privat sektor har bidratt, og også enkeltmedlemmer har engasjert seg. Og i sekretariatet ble det lagt ned en virkelig ekstraordinær innsats!

Tusen takk alle sammen! Dette hadde aldri gått hvis ikke alle hadde stått på – i fellesskap. Jeg er stolt av at vi har stått samlet som en sterk forening! Jeg opplever at alle har evnet å se de store linjene og holde fokus på tannhelsetjenestens fremtid og på pasientens beste gjennom hele prosessen.

Så hva skjer nå videre?

Både Venstre og KrF har vedtatt i sine partiprogram for neste periode at regionene skal ha ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten.

Også opposisjonspartiene har gjennom hele prosessen vært tydelige i sin motstand mot flytting. Det gir et godt parlamentarisk grunnlag for våre standpunkter i den fremtidige utviklingen av saken.

Stortinget har bedt regjeringen legge til rette for en prøveordning. Denne skal evalueres før regjeringen kan komme tilbake med en egen sak som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på erfaringene fra prøveordningen.

Dette kan så gi grunnlag for beslutning om overføring – tidligst fra 2023. I statsbudsjettet for 2018 ser vi likevel at det ikke er satt av penger til denne prøveordningen, og det virker derfor som om saken rett og slett er satt på vent. Det er vi i så fall svært fornøyde med, men vi skal selv sagt følge dette tett videre.

Vi vil fortsette vårt arbeid med å overbevise beslutningstakerne om vårt primære standpunkt:

Store og robuste enheter er en forutsetning for en god og likeverdig tjeneste. Fortsatt regional organisering sikrer tannhelsetjenestens behov for

store nok enheter, som er den beste garantien for en tjeneste av høy faglig kvalitet, som leverer et godt og likeverdig tilbud til hele befolkningen.

Det foregår nå regionprosesser rundt om i hele landet. Dette vil få konsekvenser for foreningen vår. NTF består stort sett av fylkesvisse tannlegeforeninger, og det er et åpent spørsmål hvordan den pågående fylkessammenslåingen vil virke inn på vår organisering.

NTFs oppgaver og organisering

Arbeidet med NTFs struktur og organisasjon blir viktig i neste hovedstyreperiode. Dette vil kreve involvering av, og prosesser i, hele foreningen.

Hvordan skal NTF organiseres for best å ivareta et levende lokaldemokrati? Hvordan skal vi rekruttere og beholde dyktige tillitsvalgte? Hvilken struktur legger best til rette for å løse foreningens oppgaver i fremtiden? Alt dette og andre store spørsmål må diskuteres i kommende periode, slik at NTF fortsetter å være en fleksibel, rasjonell og demokratisk organisasjon som er i stand til å møte stadig nye utfordringer og endringer, både i samfunnet og i tannhelsetjenesten. Det blir et spennende arbeid!

Mitt overordnede mål er at NTF fortsatt skal være en forening som samler alle tannleger, uavhengig av alder og arbeidssituasjon. Hver for oss er vi sårbar. Sammen er vi sterke! Vi må derfor stadig forbedre oss for å være en enda mer attraktiv forening.

Mitt ønske for neste periode er at vi skal ruste oss for å gi et enda bedre og mer tilpasset medlemstilbud til alle NTFs ulike grupper.

Hva trenger en nyutdannet tannlege? Hvordan legger vi best til rette for dem som vil eie og drive egen praksis? Hva med de ansatte i offentlig sektor? Alle bør kunne oppleve at medlemstilbuddet er tilpasset nettopp dem. Det er utfordring vi tar på alvor!

Samfunnet endrer seg – og med det tannhelsetjenesten. Vi har allerede nevnt offentlig sektor, men endringene er like fremtredende i privat sektor.

NTF må rustes for fremtiden – samtidig som vi ikke vet helt hvordan denne fremtiden blir. For hva skjer egentlig i markedet når det nå er flere tannleger enn før? Hva vet vi om arbeidsinnvandring og norske studenter i utlandet? Hva vet vi om tannhelsen i befolkningen fremover? Vi blir flere eldre med flere tenner, og flere som overlever og lever videre med alvorlig sykdom. Betyr bedret tannhelse nødvendigvis mindre etterspørsel etter tannhelsetjenester? Hvordan vil tannlegerollen endre seg? Hva vil fremtidens tannleger jobbe med? Vil tannlegene fortsatt eie sine virksomheter, eller vil kjedene overta? Hvordan vil digitalisering og teknologiske fremskritt påvirke tannhelsetjenesten?

Alt dette er sentrale spørsmål som NTF skal arbeide med fremover. Og det skal vi gjøre blant annet sammen med NTF Student – vår relativt nyopprettede studentorganisasjon. Dere er fremtidens tannleger og viktige bidragsytere i det arbeidet vi har foran oss.

NTF er opptatt av at vi skal ha en god tannlegeutdanning i Norge. Vi er oppatt av at de tannlegene som ikke har sin utdanning fra Norge, skal ha en utdanning som er av lik kvalitet som den norske. Dessuten at det må stilles krav som sikrer at disse tannlegene har kunnskap om norske forhold, norsk språk og selvfolgelig norsk regelverk. Her har vi stadig dialog med myndigheten.

Det er helt avgjørende at vi som tannleger har kunnskap om norsk regelverk, og spesielt trygderegelverket. Det er svært viktig at de pasientene som har krav på stønad får det, og feil bruk og misbruk kan føre til at ordningen settes under press. Så vet vi at mange synes at regelverket er vanskelig å forholde seg til. Derfor arbeider vi hele tiden for en forbedring og forenkling av regelverket – og en målretting slik at de som har størst behov for stønad skal prioriteres.

Som forening må vi gjøre det vi kan – og det er å forsøke å sikre at de som er våre medlemmer har nødvendig kunnskap. Hovedstyret legger derfor frem for representantskapet et forslag om at nye medlemmer må gjennomføre alle de obligatoriske nettbaserte kur-

sene i løpet av de første tre månedene av medlemskapet. Da sikrer vi at alle våre medlemmer i hvert fall har et visst kunnspaksnivå innen etikk, trygderegler og norsk regelverk for øvrig.

Tannleger er helsearbeidere

Nok en gang skåret vår yrkesgruppe aller best i EPSI-undersøkelsen i 2016 som tester brukertilfredshet med tjenester. Det skal vi være stolte av. Men det krever noe av oss, både enkeltvis og som stand. Og det forplikter. Fortsatt skal vi holde fanen høyt og stå på at vi er helsearbeidere, først og fremst. Det er fint å tjene penger, til og med godt med penger. Men alltid, alltid må det viktigste være hva som tjener pasienten best, både når pasienten betaler selv og når det offentlige betaler regninga. For pasientene er ikke vanlige kunder, og vi ikke vanlige selgere. Det ville i et større perspektiv kunne være ødeleggende både for folkehelsen, helsevesenet og det gagner heller ikke pasientene.

Bruk av antibiotika er et eksempel. Selv om pasientene ønsker antibiotika kan det være vår jobb å si nei til det ønsket. Antibiotikaresistens er et økende samfunnssproblem som har potensial til å bli svært alvorlig. Vi som skriver ut antibiotika er også de som har størst mulighet til å begrense bruken. Det ansvaret må vi ta på alvor.

Vi bør heller ikke utsette pasientene for unødvendige undersøkelser eller behandlinger. Som tannleger er det vår oppgave å ivareta både det som er bra for pasientene og det som er bra for samfunnet.

Heldigvis ser det ut som om vi tar det ansvaret på alvor. Norske tannleger kompenserer ikke for mindre sykdomsforekomst og færre pasienter med å utføre mer behandling enn det pasientene trenger, ifølge Grytten med kolleger på universitetet i Oslo. Foreløpig i alle fall. Men vi ser, eller i alle fall hører om, at profesjonsetikken kan komme under press. Da må vi som er gitt tillit og rettigheter av helsemyndighetene, faktisk kunne stå imot og ikke risikere å ende opp som «odontologiske handelsmenn».

Prioriteringer i helsevesenet

Prioritering i helsevesenet er en høyaktuell sak, og tannhelsetjenesten er intet unntak. Regjeringen satte i april ned et utvalg som skal se på hvordan man best kan prioritere i den kommunale helse-

og omsorgstjenesten. Målet med utvalget er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

Utvalgets arbeid skal bidra til mer kunnskap og åpenhet om prioriteringens utfordringene, og de skal foreslå mulige prinsipper for prioritering.

NTF har allerede hatt møte med deler av utvalget. Foreningen må diskutere disse temaene fremover, slik at vi kan være en konstruktiv part i det videre arbeidet opp mot utvalget, og selvsagt i møter med politikere og pasienter.

SSBs rapport «*Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester*» fra 2017 viser at der som en tjeneste koster penger, øker de sosiale forskjellene i bruk.

Den viser også at det er sosial ulikhet i bruk av tannhelsetjenester. Syv prosent av de spurte oppgir at de har et udekket tannhelsebehov. De som tjener lite, har høyere sannsynlighet for ikke å ha vært hos tannlegen, og andelen som sliter med dårlig tannhelse, er også langt høyere blant de med lav inntekt.

En gjennomgang av systemer i ulike land tyder ifølge rapporten på at det alltid vil være grupper som det er vanskelig å nå, uavhengig av hvilket system man har og hvilke finansieringsordninger som finnes.

Prioriteringsdebatten viser med all tydelighet at det er begrensede midler, og politikerne må derfor prioritere godt.

Den norske tannhelsemodellen har vært vellykket, og den har ført til god tannhelse for det store flertallet av landets innbyggere.

NTFs politikk har vært og er derfor at dagens trygdeordning bør styrkes og utvides, slik at enda flere av de med stort behov kan få støtte til sin tannbehandling. Målrettete stønader bidrar til å redusere de sosiale ulikhettene i tannhelse, selv om midlene er begrensede.

NTFs politikk er ansvarlig og fornufigg. Vi vet at vi i dag leverer tannhelse-tjenester på en kostnadseffektiv måte. Det går lite midler til administrasjon og byråkrati, og trygdestønaden til tannbehandling går uavkortet til pasientene. Men, vi arbeider hele tiden for at systemet skal bli enda bedre.

Derfor er NTF svært kritiske til at det igjen kuttes i folketrygdstønaden til pasientene i statsbudsjettet som nylig ble lagt frem. Enkeltsatsinger på tannhelsefellet finansieres ved en omfordeling av midler fra trygdens stønadsord-

ning. Vi ser positivt på økte midler til kompetanseheving i tannhelsesektoren, men reagerer på at pengene i stor grad tas fra pasienter med store tannhelseutfordringer.

Det er positivt at takstene til folketrygdstønad for tannbehandling oppjusteres, men stønaden følger fortsatt ikke forventet pris- og kostnadsutvikling. Dermed blir støtten redusert nok en gang.

Det foreslås også kutt i enkelttakster, samt endringer i innslagspunkter som vil innebære kutt i stønaden til de pasientene som trenger det aller mest. Totalt tas det over 70 millioner kroner.

Dette er i strid med den tverrpolitiske enigheten om at det er nødvendig å styrke refusjonsordningene på tannhelsefeltet til sårbare pasientgrupper. Kun en liten del av de millionene som kuttes, overføres til styrking av andre prioriterte tiltak på tannhelseområdet.

Særlig bekymret er vi for de kuttene som rammer tannbehandling for personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig

nedsatt funksjonsevne – altså innslagspunkt 14. Dette har favnet pasienter med ulike psykiske og fysiske utfordringer, pasienter som faller utenfor alle andre støtteordninger. Dette punktet har blitt styrket i tidligere budsjett, nettopp for å gi et bedre tannhelsetilbud til denne sårbare pasientgruppen.

Regjeringen forklarer kuttet med at ordningen er mye benyttet. Det gir ikke mening! Økt bruk er et tydelig tegn på at behovet er stort, og ordningen bør derfor etter vår mening styrkes, ikke svekkes. NTF ser ikke at dette rimer med den store satsingen på psykisk helse vi ser på andre områder. Vi mener det vil være meget uheldig for pasientene om dette kuttet blir stående og har bedt om at det må reverseres.

Regjeringen foreslår også i statsbudsjettet en forprosjektering angående modeller for utprøving av en abonnementsavtale for voksne.

NTF er positive til og ønsker å bidra i dette arbeidet. Vi er glade for at regjeringen ønsker å knytte både offentlige og private tannklinikker til forsøket, og

for at en slik ordning særlig rettes mot personer i alderen 20–25 år.

Regjeringen foreslår igjen å øke bevilgningen til de regionale kompetansesentrene. Dette skjer samtidig som stønadsbeløpene til pasienter kuttes. Dette er en prioritering NTF har liten forståelse for.

Spesialisttjenester leveres i dag i all hovedsak av en velfungerende privat sektor. Det store flertallet av pasienter som våre spesialister behandler, er dessuten henvist fra privat sektor. På grunn av bedret tannhelse vil den offentlige tannhelsetjenesten antakeligvis ha synkende behov for spesialisttjenester.

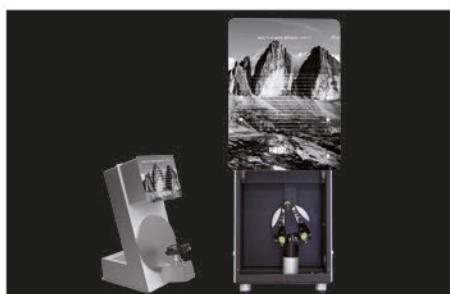
NTF mener derfor at oppbyggingen av en spesialisttannhelsetjeneste i og for offentlig sektor både er unødvendig og svært kostnadskrevende. Vi er bekymret for at man tilsynelatende har gått bort fra det som var målet med kompetansesentrene, nemlig et kompetanseløft for hele tannhelsetjenesten – både offentlig og privat.

Annonse

Zirkonzahn®



Som med Vespa, så betyr Zirkonzahn tradisjoner og en livsstil, som forener tannteknikere og tannleger fra hele verden.



Skanner S300 ARTI og skanner S900 ARTI

Zirkonzahn kjørte til Nordental på en rød Vespa!

I bagasjerommet: Nyheter innen dentalprodukter fra Syd-Tirol og kaffe fra Italia

Det var en stor glede å besøke standen til Zirkonzahn fra Syd-Tirol på handelsmessen Nordental på Lillestrøm. Standen var designet med den umiskjennelige svarte elegansen, lekkert pyntet med en skinnende rød Vespa og fylt av duften av italiensk espresso. Her ble de besøkende ønsket velkommen i en vennlig atmosfære, perfekt til å diskutere alle nyvinninger innen dentalsektoren. De besøkende kunne få innsikt i Zirkonzahns smarte arbeidsflyt, basert på tilnærmingen PlaneSystem®, og 3D-ansiktsskaneren Face Hunter. Nøyaktig registrering av pasientens informasjon og mulighet til å jobbe med en virtuell pasient som alltid er tilgjengelig, gjør det lettere å produsere nøyaktige og 100% individuelle restaureringer samtidig som man tar bedre vare på pasienten

og reduserer stress og angst. Ved standen var det også mulig å se en demonstrasjon med forming av Multistratum® Flexible, Zirkonzahns resin med naturlige nyanser i mange farger og opptil 10 års oral holdbarhet. En vinnende kombinasjon av kompakt og smart teknologi finner du i bedriftens nye skannere S900 ARTI og S300 ARTI. Særlig S300 ARTI er spesielt utformet for mobil bruk. På tross av at den bare veier 18 kg, kan skanneren teknisk sett konkurrere med større modeller. Den er utstyrt med to høyoppløste høyhastighetskameraer og kan registrere hele modellen i én enkelt skanneprosess.

Du kan se et bildegalleri med flere eksempler på bruk av Multistratum® Flexible på www.zirkonzahn.com.

Kompetansesentrene virksomhet synes nå kun å dreie seg om et kompetanseløft i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette er ikke i tråd med Stortings opprinnelige bestilling. NTF mener at kompetansesentrene er i ferd med å utvikle seg til noe helt annet enn det Stortinget opprinnelige ønsket.

NTFs informasjonsmøte, om antibiotikaresistent

Informasjonsmøtet fremstår i ny drakt i morgen. NTFs vedtekter sier at det skal arrangeres et informasjonsmøte på landsmøtet. Det står imidlertid ikke noe om hvordan dette skal organiseres.

Tanken var at informasjonsmøtet skulle være et sted for dialog. Men de siste årene har dette møtet tapt terreng i konkurranse med andre spennende kurs, og deltagelsen har vært synkende. Vi opplever også at det er vanskelig for mange å ta ordet i en slik situasjon, og informasjonsmøtet har ofte blitt en monolog, heller enn en dialog.

I år har vi derfor valgt å gjøre informasjonsmøtet om til en fellesseanse med et svært viktig fagpolitisk tema – nemlig antibiotika og resistens! Vi skal ha en spennende miks av fag, politikk, humor og klinikk!

Utdringene rundt antibiotikaresistens er et eksempel på en sak hvor vi må samarbeide på tvers av profesjoner og politisk ståsted – og dessuten på tvers av landsgrenser.

Verdens helseorganisasjon har sagt at antibiotikaresistens er den største, globale helsetrusselen. Dette er en

enorm samfunnsutfordring, der vi som fagfolk kan utgjøre en vesentlig forskjell.

Det er svært viktig at vi engasjerer oss i dette arbeidet. Som tannleger har vi meget gode forutsetninger for å bidra i folkehelsearbeidet, både i kraft av vår kompetanse og utdanning, men ikke minst fordi vi regelmessig er i kontakt med nesten hele befolkningen.

Vi gleder oss over stor påmelding til informasjonsmøtet i morgen og håper å se dere alle der.

Ting endrer seg

Som jeg har vist står vi midt i en spennende tid med store omveltinger.

Min ambisjon er at NTF skal være en viktig og aktiv forening, som fortsetter å arbeide for tannlegenes viktige plass i helse-Norge, og for å beholde det viktigste i den norske tannhelsemodellen, som er svært vellykket.

Men både foreningen og tannhelse-tjenesten må være forberedt på, og vise evne til, å endre seg når samfunnet rundt oss gjør det, dersom vi skal være tilstrekkelig relevante også i årene som kommer.

Gjennom hele landsmøte vil dere finne hovedstyremedlemmer og andre sentrale tillitsvalgte på NTFs torg, sammen med ansatte i sekretariatet. Kom innom torget og ta opp stort og smått med oss, eller bare ta en kopp kaffe hos baristaene våre. Vi ønsker oss, og er avhengig av, god dialog med medlemmene for hele tiden å kunne

utvikle foreningen og tilbudene våre i tråd med de behovene og ønskene dere har.

Følg oss på sosiale medier og bruk NTFs medlemsforum som er gjenåpnet etter noen tekniske oppdateringer. Forumet ble opprettet for at dere medlemmer skulle ha en sikker plattform å kommunisere på. Vi ser dessverre at det brukes svært lite, og forumets fremtid skal derfor evalueres på nytt på nyåret. Hvis dere fortsatt ønsker å ha et NTFs medlemsforum, så er det viktig at dere benytter det nå fremover.

Takk for innsatsen

En varm hilsen går til alle tillitsvalgte i NTF, både i lokale og sentrale verv. Dere legger ned en fantastisk innsats. Tusen takk! Takk også til mine gode kolleger i hovedstyret, og til generalsekretæren og resten av sekretariatet for godt samarbeid.

Og tusen takk til fagnemnden for et svært innholdsrikt og interessant fagprogram.

Nordental utgjør en vesentlig del av ethvert vellykket landsmøte og jeg håper at dere vil benytte dere av de mange mulighetene på den store og flotte utstillingen vår.

Jeg håper også at vi ses på landsmøtefesten på Rockefeller i kveld.

Vi har mye å se fram til de neste tre dagene! Jeg gleder meg til å tilbringe dem sammen med dere!

Med dette erklærer jeg NTFs landsmøte og Nordental 2017 for åpnet. Jeg ønsker dere alle noen fine dager!



Ikke gå glipp av nyttig informasjon!

FØLG NTF PÅ FACEBOOK!

www.facebook.com/dennorskettannlegeforening



I stedet for julekort sender vi i år
en gave til Flyktninghjelsen.

Vi ønsker alle våre medlemmer,
venner og samarbeidspartnere en
riktig god jul og et fredelig nytt år!

Med vennlig hilsen



Den norske
tannlegeforening

Mange deltagere

NTFs landsmøte 2017 gikk av stabelen på Lillestrøm utenfor Oslo i dagene 2.-4. november.

Landsmøtet var, som alltid, godt besøkt. Antall påmeldte til fagkonferansen var 2 510, hvorav 1 870 tannleger, og antallet messebesøkende, altså de som bare besøkte Nordental, var 1 379. Dette gir totalt 3 889 deltagere på arrangementet, i tillegg til cirka 1 000 personer som er utstillere og annen standbetjening.



Bente B. Herlofson (i midten) og Jørgen Helgevold mottok Tidendes pris for beste oversiktsskisse på vegne av forfatterne av «Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene. Del 1: Oversikt og retningslinjer» av Bente Brokstad Herlofson, Cecilia Larsson Wexell, Sven Erik Nørholt, Jørgen Helgevold, Morten Schiødt. I juryens begrunnelse heter det at artikkelen er omfattende og gir en oversikt over tilstandens årsaker, konsekvenser og behandling, både hva allmennpraktikere bør og kan gjøre, og hva som er spesialistbehandling. Den er rikt illustrert med gode kliniske fotografier og røntgenbilder. Til venstre ansvarlig redaktør i Tidende, Ellen Beate Dyvi. Foto: Andres Vargas



Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Maria Jahrmann Bjerke (H), presenterte regjeringens fem satsingspunkter for oral helse: 1) Leve hele livet – Kvalitetsreform for eldre. 2) Forskning og kunnskap: Regjeringens forsknings- og innovasjonsstrategi for oral helse er lagt frem. Det ønskes mer forskning og kunnskapsutvikling i kommunene, og mer tverrfaglig forskning. Universitetene blir ikke nevnt. 3) E-helse, inkludert e-resept. 4) Abonnementsordning. Erfaringer fra Sverige viser at en slik ordning kan være en fordel for unge med dårlig råd. 5) Flytting av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT): Lovendringer legger til rette for å flytte DOT til kommunene. Iverksetting av flyttingen er ikke vedtatt. Ordningen skal i første omgang prøves ut i 15 kommuner før den evalueres. HOD tar sikte på å forberede ordningen i 2018, og vil komme tilbake til Stortinget med en orientering. Foto: Andres Vargas.



NTFs hederstegn ble tildelt Kjell Størksen (t.h.) og Knut Tornes for deres innsats i å utvikle NTFs etterutdanning innen implantatprotetikk og gerodontologi. Størksen og Tornes har spilt en avgjørende rolle i utviklingen av både TSE-kurs og kvalifiseringskurset i implantatprotetikk. De har med dette bidratt til å øke kompetansen blant norske tannleger på landsbasis, sa Camilla Hansen Steinum (t.v.). Foto: Andres Vargas



NTFs pris for undervisning og forskning gikk til Anders Verket for hans innsats som foreleser og instruktør for tannpleiere, studenter på grunnutdanningen og kandidater i spesialistutdanningen. I begrunnelsen fremhevet juryen også kvalitet og originalitet i Verkets forskning, som er publisert i tidsskrifter med høy impact factor. Foto: Andres Vargas.



Cecilie Andvig bidro med "Humor i hverdagen" på landsmøteåpningen for tannpleiere og tannhelsesekretærer.



Lederen av NTFs fagnemnd, Berit Øra, presenterte fagprogrammet på NTFs landsmøte 2017.



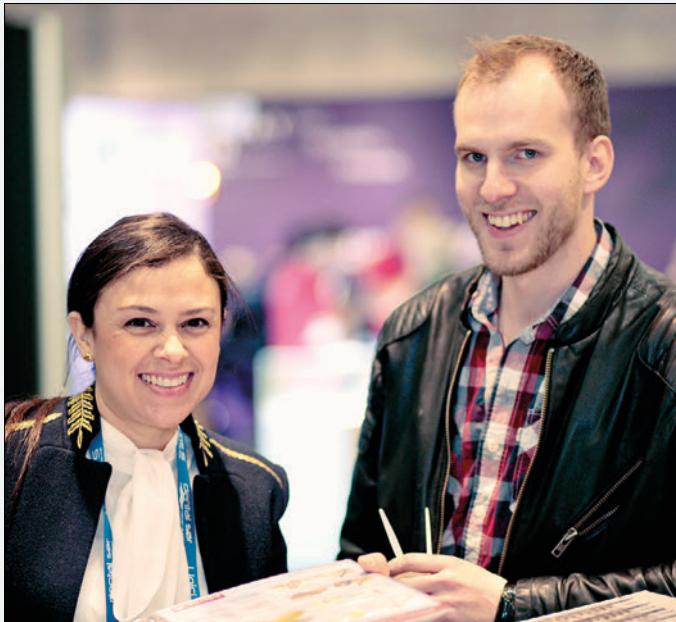
Aksel Kolstad sto for underholdningen ved åpningen av NTFs landsmøte.



Fra Nordental. Foto: Andres Vargas.



God stemning på NTFs torg. Foto: Andres Vargas.



Fra Nordental. Foto: Andres Vargas.



Fra Nordental. Foto: Andres Vargas.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2018.

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

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

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



Trafalgar er en trio med saksofon, kontrabass og trommer, som bidro med nydelig musikk gjennom hele landsmøtet. Foto: Andres Vargas.



Oral B mottok prisen for beste stand på Nordental 2017, mens Jacobsen dental og Dental Sør fikk hederlig omtale.

I juryens omtale av vinnerstanden heter det blant annet: Standens utforming og dekor reflekterer merkevaren og produktene på en fin og kreativ måte. Personalet fremstår som imøtekommende og faglig dyktige. Standen er godt synlig, innbydende og lett tilgjengelig. Prisen ble overrakt av NTFs generalsekretær Morten Rolstad (t.h.). Foto: Kristin Aksnes.

Desinformasjon, tillit og alternative fakta

Det handler om økt tilgang på informasjon og fakta, at alle kan publisere, og at faktasjekk er blitt alles ansvar. Hvordan påvirker dette både medienes og forskeres troverdigheit, og dermed folks tillit til disse?

Kjersti Løken Stavrum er tidligere Aftenposten-journalist og generalsekretær i Norsk Presseforbund og nå administrerende direktør i Stiftelsen Tinius. 2. november holdt hun hovedforedraget ved åpningen av NTFs landsmøte.

Det innledet hun med å sitere Charles Dickens: «Det var den beste av alle tider, men også den verste, det var visdommens tidsalder, men også dårskapens, det var både troens og vantroens, det var håpets vår og fortvilelsens vinter, folk hadde alt og intet liggende foran seg, de var på vei mot himmelen, men gikk også i stikk motsatt retning.» Sitatet er hentet fra «A tale of two cities» fra 1859. Sitatet er for øvrig riktig.

Temaet for foredraget, og tittelen, «Desinformasjon, tillit og alternative fakta» sier noe om hvor vi befinner oss. Tillit er en helt avgjørende faktor for den som vil være troverdig og bidra med informasjon, og folk flest har ikke den tilliten de en gang hadde, hverken til medier eller til fagfolk. Vi stoler mer på venner og naboer enn på autoriteter.

For all del, det kan være fornuftig å lytte til venner og kjente, men kanskje ikke alltid, og kanskje ikke hvis det er en troverdig kilde til nyheter eller for eksempel helseinformasjon en trenger.

Stavrum fortsatte med å vise et nyt sitat: «A lie gets halfway around the world before the truth has a chance to get its trousers on.» Signert Winston Churchill, og fulgte opp med å definere falske nyheter, basert på Wikipedia: «Fake news is a type of yellow journalism or propaganda that consist of



Kjersti Løken Stavrum holdt hovedforedraget ved åpningen av landsmøtet.
Foto: Andres Vargas.

deliberate misinformation or hoaxes spread via traditional print and broadcast news media or online social media. Fake news is written and published with the intent to **mislead** in order to damage an agency, entity, or person, and/or gain financially or politically, often with sensationalist, exaggerated, or patently false headlines that grab attention».

Stavrum understreket at propaganda og vås ikke er det samme som falske nyheter. Propaganda og vås er fortsatt propaganda og vås.

Stavrum viste videre til en artikkel på faktisk.no, som tilbakeviser en nylig publisert Aftenposten-sak om at nord-

menn har økende tro på konspirasjons-teorier:

«Økt mistillit til forskere og voksede tro på konspirasjonsteorier blant nordmenn, viser nye tall» (Aftenposten-tittel)

Konklusjonen til faktisk.no, lyder slik: «Basert på tall fra én undersøkelse gjennomført i 2017, fastslår Aftenposten at nordmenn har økt mistillit til forskere og voksede tro på konspirasjonsteorier. Det finnes det ikke dekning for å påstå. Aftenpostens sak tar kun for seg tall fra årets undersøkelse – disse sammenliknes ikke med andre tall. Liknende holdningsundersøkelser ble gjennomført i både 2015 og i 2016, men her går få av spørsmålene igjen.

Det er også stor forskjell mellom utvalgene i undersøkelsene. Hvorvidt de spurte tror på den offisielle 11. september-forklaringen og «chemtrails», er temaer som aldri er blitt tatt opp i de foregående undersøkelsene. Aftenpostens påstand er derfor helt feil.»

Garri Kasparov har påstått dette om falske nyheter: "The fake news industry isn't about selling you a hard product. It's not about communism, or fascism. It's selling you doubt."

– Hva vil fremtiden bringe?, spurte Stavrum, og viste til futurist og forfatter Amy Webb, som sier:

– Det vil bli mye lettere å manipulere og fabrikkere innhold.

– Hvis man i tillegg kombinerer dette med mulighetene for å manipulere bilder og video, blir problemet enda større.

– Allerede i dag kan vi lage tredimensionale bilder og video av stillbilder.

– Når dette kombineres med maskinskapte stemmer, blir juksæt svært avansert.

Vår tids dilemma er at det er lettere tilgang på informasjon og fakta enn noen gang. Og det er mer ytringsfrihet enn noen gang. Alle kan publisere. Samtidig, og delvis følgelig, er det vanskeligere å stole på informasjonen som publiseres i ulike kanaler. Alle har ansvar for å sjekke fakta – en oppgave som tidligere var delegert til redaktørstyrte medier. Mange sjekker ikke, og usanne budskap og feilinformasjon deles og spres. Oppgaven med å rette opp er tung og vanskelig.

– Det er svært viktig at fagfolk som vet hva de kan og snakker om deltar og står i de faglige debattene, og at de er til stede i de kanalene der debattene foregår, sa Stavrum, og fremhevet Tale Maria Krohn Engvik, kjent som Helse-

sista, og som fikk Kommunikasjonsforeningens Åpenhetspris i 2017, for sitt arbeid med å fremme åpenhet og inn-syn i livet til unge mennesker.

– Hvem er odontologiens helse-sista, spurte Stavrum? Hun oppfordret NTF til å opprette en kommunikasjonspris som kan belønne fagfolk som er gode til å formidle, og som forsvarer odontologifaget i samfunnsdebatten.

Husker du forresten Churchill-sitatet fra begynnelsen av denne saken? Det var bare tull, eller i hvert fall ikke riktig, fortalte Stavrum.

Sitatet er slik: "A lie can travel half way around the world while the truth is putting on its shoes." Og det var ikke Winston Churchill som sa det. Det var Mark Twain.

Ellen Beate Dyvi

SDR® flow+ Bulk Fill Flowable

SDR® blir nå SDR® flow+ og lanseres i tre nye farger

- Selvutjevnende konsistens
- 4 mm herdingsdybde
- Tilgjengelig i 4 farger
- Indikasjoner: Klasse I, II, III og V
- 5 års Nordisk klinisk data¹

¹ van Dijken JWV, Pallesen U, 2016: Posterior bulk-filled resin composite restorations: A 5-year randomized controlled clinical study; J Dent 2016 Aug;51:29-35.



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 Dentsply
Sirona

Antibiotikaresistens:

En kommende global katastrofe?

Paneldebattens leder, fastlege Jonas Kinge Bergland, definerte antibiotika som «en grei måte å få pasienten ut av kontoret på». Noen som kjenner seg igjen?

Etter å ha overvært en tre timers landsmøtesanse om antibiotikaresistens og antibiotikabruk blir det mer enn tydelig for denne referenten hvilken lunken holdning man har hatt til prosjekter om reduksjon i bruk av antibiotika. Man sitter igjen med følelsen av at antibiotikaresistens kan være naturens nådeløse reaksjon på overbefolkingen i verden.

Professor Bodil Lund, svensk oralkirurg med base i Bergen satte dette grundig på plass i dagens virkelighet når hun kalte antibiotikaresistens «den største trusselen i moderne medisin». Hør bare: 660 millioner mennesker har ikke rent drikkevann. En tredel av jordens befolkning mangler hygienisk toalett. En åttendedel av jordens befolkning tømmer tarmen utendørs. A

At dette medfører smitte er åpenbart. Hva da hvis antibiotika ikke lenger har virkning?

Resistensutvikling er observert for SAMTLIGE preparattyper. Begrepet «postantibiotisk tid» er for lengst eta-

blert. I Asia dør et barn hvert femte minutt. I India koster behandling av resistente bakterieinfeksjon mer enn en årslønn for en bonde. I OECD-land er kostnaden fra 10 000–40 000 US\$. Hvor mange har man råd til å behandle?

Hvis intet gjøres, hva skjer i 2050? I dag dør 700 000 årlig av antibiotikaresistente bakterieinfeksjoner. I 2050 vil det trolig være 10 millioner per år. Og det vil eskalere med økende befolkningstetthet. Er dette OK? Kan vi klare de enorme globale kostnadene dette vil medføre? Gonorré er neppe behandlingsbart om 10 år gitt dagens utvikling.

Men vi bor jo i Norden, og der er forholdene etter måten bra. Eller?

Vel, vi utveksler varer, tjenester og turisme med de fleste land, fra Island til fjerne Østen. Og tar med oss suvenirer, bakterier og smugler dyr. Vi er så vant til at antibiotika løser det meste, så vi tar med stein

fra Sahara og vannpiper fra Uzbekistan uten betenkning. Og er industriemballasje steril?

Verstingene blant bakterier heter Acinetobacter baumanii, Pseudomonas aeruginosa og Enterobacteriaceae. Disse er såkalt panresistente, hvilket betyr at ingenting biter på dem. Disse er i omløp i land vi drar på ferie til. Den høyeste antibiotikabruken i Europa er



Det dør allerede hundretusener av antibiotikaresistente bakterieinfeksjoner, sa Bodil Lund i sitt innledningsforedrag.

i Kypros og Spania. Klapp ikke måker i Spania!

Fra vår egen verden: Tannleger står for fem prosent av all antibiotikabruk i Norge. Det virker ikke som så mye, men tannlegers antibiotikaforskrivning økte faktisk med 50 prosent mellom 2012 og 2014. Visste vi at to tredeler av all produsert antibiotika brukes i dyrehusholdning? EU har gitt forbud i 2007, men det er økonomiske interesser som bremser.

Man kan skaffe seg antibiotika på nettet og kjøpe det reseptfritt i en rekke land, uten legekontroll. Hva har dette å bety?

Produseres det ikke nye typer antibiotika? Jo, men utviklingen kan ta lang tid, kanskje 10–20 år. Og det er



Norske dyr får minst antibiotika i Europa. I den andre ende av skalaen finner vi Kypros, Spania og Italia.



Politikerne Sveinung Stensland (H) og Kjersti Toppe (Sp) hadde mye på hjertet i paneldebatten.

risiko for ny resistensutvikling allerede i utprøvingsperioden. For tiden er 51 preparater under utvikling, bare åtte er innovative, de andre er modifiseringer av eksisterende preparater. Medisinsk industri har økonomiske motiver, og hvor fristende er det for den å utvikle

medikamenter som kanskje viser seg å ikke kunne brukes?

International Action Plan utfører internasjonalt arbeid for å påvirke alle disse prosessene.



Kjetil Reppen (t.v.) og Hans R. Preus underholdt med eksempler på feil og riktig antibiotika-behandling av periodontit.

Debatt

Så langt Bodil Lund. Nå ble hun supplert med et panel bestående av tre fagpresidenter og to stortingspolitikere som kunne utveksle synspunkter og strategier.

I løpet av diskusjonen kom følgende fram:

Stortingspolitikerne Kjersti Toppe og Sveinung Stensland var opptatt av at tannturisme kunne reduseres ved å styrke refusjonsordningene i Norge. Det er imidlertid en viss politisk uenighet om dette. Stensland mente også at vaksine er et must. At 10 prosent av norske foreldre nekter å vaksinere barna er helt uakseptabelt. Falske legemidler på nett er også et stort problem som krever europeisk samarbeid. Toppe hevdet at statlig finansiering av nye antibiotika som ikke premierer salg og omsetning kan være et mulig virkemiddel. Hun påpekte at fri flyt av varer og tjenester medfører smitterisiko som krever både nasjonal og internasjonal innsats.

Veterinærforeningens president Torill Moseng utslokte veterinærene som flinkest i klassen når det gjelder redusert bruk av antibiotika. Veterinærene i Mattilsynet kontrollerer at kjøtt ikke inneholder medisinrester. Vi må huske at smitte mellom dyr og mennesker er en viktig faktor, og dyreimport fra utlandet er en smittebombe. Det er særdeles viktig at vi ikke presses mot EUs løsninger, men jobber for at Europa skal følge våre bestrebelsler. Norske veterinærer har ikke lov til å tjene penger på salg av legemidler; i andre land gir slikt salg gode inntekter. God dyrevelferd koster, og forbrukerne bør betale det det koster.

Marit Hermansen, president i Legeforeningen, kunne fortelle at informasjonskampanjer har medført at pasienter ikke lenger etterspør antibiotika i samme grad som før, og at laksenæringen har faset ut antibiotikabruk. De

siste årene er bruk av antibiotika redusert med 15 prosent. Hun understreket også betydningen av vaksiner, og bekymret seg over legemiddelindustriens manglende vilje til å satse penger på legemidler som skal brukes minst mulig. Forebygging i sykehus krever mange dyre tiltak. Bodil Lund påpekte at forebygging er enormt mye billigere enn behandling, og at dette bør brukes i debatten.

NTFs president Camilla Hansen Steinum gjorde oppmerksom på at mange arbeidsoppgaver for tannleger medfører blødninger og derved teoretisk smitterisiko. Hun ønsket at det skal stilles krav til kurs om aktuelle norske anbefalinger for tannleger som er utdannet i utlandet. Hun etterlyste også tannlegers tilgang til eResept, og fikk medhold av Moseng, som ønsket det samme for veterinærene.

Av andre momenter ble det foreslått egne reseptkoder for antibiotika, påpekt at reduksjon av antibiotikabruk ikke er nok, man må også gå i dybden politisk, nasjonalt og internasjonalt. Det pågår internasjonalt arbeid, men det må være en demokratisk prosess. Det er ingen idé å fremstille et antibiotikum som blir misbrukt over hele verden etterpå.

Kasuistikker

Professorene Hans R Preus og Lasse Skoglund, henholdsvis i periodonti og i oral kirurgi og farmakologi under myndig ledelse av universitetslektor Kjetil Reppen, gjennomgikk en del kasus, og resultatene fra en spørreundersøkelse blant norske tannleger i forbindelse med bruk av antibiotika ved peri-



Hans R. Preus (t.v.) og Lasse Skoglund gjennomgikk også en spørreundersøkelse blant tannleger om antibiotikabruk.

odontittbehandling. Det utviklet seg til en underholdende seanse der følgende ble understreket:

- Corsodyl virker bare supragingivalt
- Antibiotika skal ikke gis mot vanlig kronisk periodontitt
- Antibiotika skal ikke gis hvis pasienten ikke holder helt rent
- Kombinasjonen Amoxycillin og Metronidazol skal bare gis ved aggressiv periodontitt
- Antibiotika skal kun brukes sammen med depurasjon eller kirurgi som er fullstendig og godt utført
- Bakterieprøver må tas før det initieres antibiotikaterapi
- Apocillin har ingen hensikt ved periodontale lidelser

Helsedirektoratets veileder for bruk av antibiotika ved marginal periodontitt ble gjennomgått og diskutert. Det samme ble forskjellige antibiotikas virkningsmåter.

Alvoret i den internasjonale resistenssituasjonen sto noe i kontrast til debattleder Berglands humoristiske innslag (han var god!), og alvoret lå i bakgrunnen under hele symposiet. Det er fristende å sitere hva kommunalmminster Jan Tore Sanner sa i en annen sammenheng: «Dette går ikke over».

Tekst: Aril Jul Nilsen
Foto: Kristin Aksnes

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Om benregenerasjon og kunstig benerstatningsmateriale:

Nytt og spennende

Professorene Ståle Petter Lyngstadaas og Jan Eirik Ellingsen kunne fortelle om nye muligheter for benerstatning. Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo har drevet forskning over emnet i flere år, og kunne legge fram en ny og lovende mulighet.

Oral rehabilitering er en kjent utfordring for mange tannleger, og rekonstruksjon av tapt benstruktur er ofte ønskelig og nødvendig underveis. Det ideelle målet er å reproduksere og gjenopprette en manglende vevsdel både i arkitektur og funksjon.

Bendefekter tilheler utenfra og inn, men bare til et visst nivå, kalt «kritisk mengde». Først rekryttes stamceller gjennom signaler fra nervesystemet. Stamcellene utvikler seg til mesenchymale stamceller og til hematopoetiske stamceller, som prolifererer og videreutvikles til en rekke forskjellige og nødvendige vevsceller, avhengig av hvilke signaler som når benvevet. Prosesen går over flere trinn. Først opptrer osteoklaster som resorberer og «klargjør» benoverflaten. Deretter følger en stabiliseringfas der osteoblasten bygger ben og osteocytter stabiliserer benvevet.

Ved store tap av alveolart ben må man tilstøttebehandling, det vil si tilføring av biologisk eller kunstig materiale. Før man begynner denne

typen behandling skal man vurdere en rekke alternativer, alene eller i kombinasjon: Kirurgi, medisinering, implantatløsninger, protetikk, kjeveortopedi, profylakse, vevsplastikk, fiksering – eller ingen behandling. Det ble i denne sammenhengen gitt en historisk oversikt over forskjellige benregenerasjons teknikker gjennom tidene.

Dagens biomaterialer kan deles i fire grupper: Autograft (ben fra egen kropp), allograft (ben fra annen person), xenograft (ben fra dyr) og alloplastisk (syntetisk) materiale. Det siste kan være polymerer, hydrogel (alginat m.m.), biokeramikk (benmineraler), metaller, syntetisk cellebindende peptider, plasmatiske plater m. fl. Av disse er autograft, hydrogeler, metaller og biokeramikk de antatt mest vevsnøytrale.

Flere ikke-biologiske materialer er ment å skulle være resorberbare, men fungerer best ved mindre defekter. Noen materialer omtales som semi-resorberbare over måneder og år, men effektene er uforutsigbare, og det anbefales å overfylle defekten noe.

Ikke-resorberbare materialer (for eksempel titanoksyd) blir i vevet i årevis, og i vellykkede tilfeller blir de innkapslet i benvevet som benarmering. Slike benimplantater må tilfredsstille en rekke krav til mikrostruktur, biokompatibilitet, mekanisk stabilitet, god koageldannelse og ubevegelighet i grofasen. Materialet skal være synlig på røntgen.

Fremstilling av «scaffold» av titanoksyd

Begrepet «scaffold» betegner en prefabrikert blokk av porøst titanoksyd som plasseres i alveol eller bendebeft og gradvis inkorporeres i vevet. Titanoksyd er et kompatibelt materiale i kontakt med ben med bioaktive overflateegenskaper. Det fremstilles i form av «polymer foam», en struktur som på mikroplanet ser ut som tynn stålull. For å oppnå stabilt nettverk og større styrke blir strukturen sintret, det vil si oppvarmet til 1 500 grader. Flere sintringstider er blitt forsøkt, og størst styrke oppnås etter cirka 20 timer. For ytterligere stabilisering foretas «coating» (indre overflatebehandling), og det har vist seg av flere gangers coating gjør kompresjonsstyrken betraktelig bedre. Siste prosedyre er «vakuumfiltrasjon». Etter dette oppnår man en styrke tilnærmet lik normalt benvev.

Når blokken er suturert på plass vil osteocytter gradvis vokse inn i stålullstrukturen hvis alt går bra.

En slik titanoksydblokk har 90 % porositet med porer i størrelse 440 nanometer, og sies å være overlegen Natix, BioOss og boneCeramic pr i dag.

Så langt bygger resultatene på dyreforsøk med gris og kanin. Scaffoldet er nå blitt CE-merket, noe som medfører at neste fase blir kliniske studier på mennesker.

Vi ser fram til fortsettelsen!

Aril Jul Nilsen

Osteoklastenes store appetitt

Mange møtte opp på foredraget til spesialist i endodonti, Unni Endal, for å lære mer om resorpsjoner.

Endal leverte en gnistrende forelesning der interaksjon med forelesningssalen var i høysetet. Vi følte oss som vettskremte odontoblaster alle sammen, med sympati for våre kjære tenner i kampen mot osteoklastene!

Det er viktig med tidlig diagnose ved rotresorpsjoner. Tannens hardvev resorberes av osteoklaster ved at disse frigjør hydrolyttiske enzymer under cellen. I tillegg har vi overflateaktive proteiner i ben som OPG og RANKL. RANKL/RANK/OPG-systemet regulerer benresorpsjon ved modellering og remodellering av ben. Relativ konsekvensjon av RANKL og OPG er determinanter for benmasse og benstyrke. Ved resorpsjon gjennom rotsement og predentin, vil osteoklastene få et gjennombrudd inn til dentin, hvor prosessen kan fortsette inn i tannen. Etiologiske faktorer er traumer, infeksjoner, kjeveortopedisk behandling, periodontal behandling, kirurgisk behandling, bleking og parafunksjoner.

Hvilke kjennetegn har vi for interne og eksterne resorpsjoner?

Ved *intern resorpsjon* er tannen symptomfri. Intern resorpsjon er sjeldent. En intern resorpsjon kan starte med et traume, hvor prosessen fortsetter med stimulanse fra mikrober i koronale del av rotkanal, som nekrotiserer. Apikale del av roten kan fortsatt være vital. Med nekrose i koronale del av tannen, vil pasientene ikke føle symptomer og ved sensibilitetstest vil det være negativt svar. Hvis røntgenbildet viser intern og apikal oppklaring er dermed nekrosen total og tannen har ingen vitalitet. Med tap av vitalitet stopper resorpsjonen opp grunnet man-



Unni Endals forelesning om osteoklaster og odontoblaster fengslet en fullsatt sal. Foto: Andres Vargas.

gel av næringstilførsel til osteoklastene. Intern resorpsjon er ofte feildiagnostisert som cervikal resorpsjon. På senere stadier av tilstanden ses klinisk en rødfarge i koronale del av tannen. Dette er granulasjonsvev som vokser inn i tannen. Ved intern resorpsjon med fistel, må man spore fistelgang med guttaperka. Med en fistel har tannen dårlig prognose. Uten perforasjon ut av tannen skal tannen behandles endodontisk med minimum to behandlingsseanser. Viktig med bruk av kalsiumhydroksid, ultralyd med butte spisser, hvor kanal og lesjon er best fylt med varm guttaperka og/eller MTA/RRM. Endal understreker viktigheten av ultralyd og nøye irrigasjon. Ved perforering fra tann inn i ben. Ikke ta til kirurgi, benet må bevares for å gi støtte rundt tannen for å unngå fraktur.

Ved *cervikal resorpsjon* ses en tydelig stripe langs med pulpa på røntgenbildet. Tannen er normalt symptomfri. Ekstern resorpsjon er mer vanlig enn intern resorpsjon. Ekstern resorpsjon er primært uavhengig av pulpa, derfor er

tannen vital ved sensibilitetstest. Ved denne tilstanden stopper osteoklastene opp i møte med nervekanalen og fortsetter resorpsjonen rundt kanalen. Først på et senere stadium får resorpsjonen et gjennombrudd inn til nerven, noe som resulterer i pulpitt. Ekstern resorpsjon ofte misdiagnostisert som intern resorpsjon. Et godt kjennetegn for ekstern resorpsjon er et cervikalt hull inn i tannen. Hullet kan være vanskelig å oppdage klinisk, men Endal hopper inn i hullet på scenen, og viser med det hvordan osteoklastene entrer tannen og spiser seg inn mot og rundt pulpa. Etiologi ved ekstern resorpsjon er traume, bleking, kjeveortopedi og kirurgi. Ekstern resorpsjon er klassifisert inn i fire klasser etter alvorlighetsgrad. Ved klasse 1 og 2, ses kliniske lakuner på roten, tannsubstans er erstattet med granulasjonsvev. Anbefalt behandling er å sikre god tilgang og innsyn, rense godt ut og erstatte tapt tannsubstans med kompositt. Tannen har i disse tilfellene god prognose. Ved klasse 3 og 4 ses fingerlike projeksjoner ned i roten



Unni Endal. Foto: Kristin Aksnes.

på røntgenbildet. Omrisset av pulpa eller den karakteristiske hvite streken på røntgenbildet brytes ned i klasse 4. Ved gjennombrudd til pulpa kommer symptomene. Ved klasse 3 og 4 dannes det hardvevstrabekler, som vokser inn i granulasjonsvevet. Ved behandling av klasse 3 og 4 må alle benresorpsjoncelene fjernes, hvis ikke vil resorpsjonen fortsette. Endal anbefaler å unngå kronerterapi i disse tilfellene, her må det bygges med kompositt. Avslutningsvis viste Endal et kasus med multiple cervikale rotresorpsjoner.

Jørn A. Aas

MADE BY
ZIRKONZAHN



TT Michael Bergler, Philadelphia, USA

THERAPON TRANSPA

Høytransparent resin til produksjon av kirurgiske mal, bittsplinter, ortodontiske splinter og okklusale splinter ved bruksisme.

Til langtidsbruk!

Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tirol – T +39 0474 066 680

info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com

Aktualitetsforedrag

Aktualitetsforedrag er presentasjoner av studier foretatt av PhD-kandidater som ledd i doktorgradsarbeid. I år fikk vi presentasjoner fra våre tre læresteder, to fra hvert universitet.

Tørr munn og tørre øyne

Ida Fostad fra Universitetet i Oslo (UiO) åpnet sin presentasjon med noen definisjoner. Begrepet xerostomi skal oppfattes som en subjektiv opplevelse, mens hyposalivasjon er en målbar størrelse som brukes når hvilesaliva er nedsett med 50 prosent. Årsaker til denne tilstanden kan være medisinering, Sjögrens syndrom, stråling, atrofi med mer. Komplikasjonene er kjente: Sårhet, soppinfeksjoner, tørste og sveglingsproblemer.

I studien ble slimhinneeffekt undersøkt *in vivo* med konfokalmikroskop i cirka to millimeters dybde. Man kan påvise forandringer på cellenivå fordelt over munntørrhet har en høyere effektivitetsverdi som kan måles.

Tørre øyne har mange av de samme årsakene: medisin bruk, alder, Sjögrens syndrom m.fl. Følgen blir en utilfredsstillende mengde av tårevæske enten på grunn av lav produksjon eller fordampning.

Studien omfattet to grupper, en med xerostomi og en uten. Man fastslo at kombinasjonen av munntørrhet og tørre øyne bør utredes med tanke på medisiner og diabetes.

Har digitalt fremstilte restaureringer like god tilpasning som støpte restaureringer?

Bjørn Einar Dahl, UiO, fokuserte på sementspaltens tykkelse ved sementerte protetiske restaureringer. En tynn og jevn sementspalte er positivt for overlevelsesiden, og 120 mikrometer er gullstandard.

Det er fire metoder som kan brukes ved slike målinger: Direkte målinger med mikroskop, cross sectioning (man ødelegger kronen), impression replica (silikonavtrykk tilbake på modell), og triple scan-metode som er brukt i denne undersøkelsen (skanning). Metoden har tidligere vært brukt av Anders Falk (9 målepunkter) og Holst et al (2011).

Først ble single kroner undersøkt. Forskjellige kronematerialer og forskjellige produksjonsmetoder ble sammenliknet. Intern tilpassing ble evaluert i buccopalatinal og mesiodistal retning ved hjelp av triple scan-metoden, med 30 målepunkter i førstnevnte retning og 28 målepunkter i sistnevnte. Resultatet var at Cobolt/Crom kom best ut i de mesiodistale målingene, mens de buccopalatinale målingene var mer varierende. Gjennomsnittlig var Cobolt/Crom best i begge retninger. Det er grunn til å anta at støpeteknikk gir smalere spalte enn helkroner fremstilt med cad/cam-teknikk.

Treleddsbroer ble deretter undersøkt for hver pilar. Sementspaltene varierte fra 50 til 300 mikrometer. Her var det ikke signifikante forskjeller mellom støp og cad/cam. Det statistiske materialet var imidlertid lite.

Tromsø-undersøkelsen

Hege Nermo, Universitetet i Tromsø (UiT), presenterte en studie der målet var å angi forekomst av tannbehandlingsangst i befolkningen i ulike aldre, og samtidig se på hvilke faktorer som kan påvirke angst.

Det ble presisert at det er forskjell på skrek og fobi (angst), og at det brukes mye sedering av barn uten at dette er støttet i undersøkelser.

For å finne ut hvilke faktorer som påvirker barn og ungdom i Tromsø gjorde man bruk av en omfattende helseundersøkelse der tannhelsedata ble trukket ut. Uttalelsene ble delt i to grupper av praktiske hensyn: 1) Fakto-

ranalyse 2) Sosial motivasjon. Unngåelse av tannbehandling ble besvart med Ja eller Nei. Smerte ble registrert på en skala fra 1–10. Angst ble målt med Hopkins skala. Følgende funn ble gjort:

- 12 % har høy tannbehandlingsangst
- Kvinner skårer generelt høyere enn menn

- 19 % oppgir psykiske helseproblemer, flere kvinner enn menn
- DMFS ligger på gjennomsnittet av befolkningen ellers
- 7,5 % rapporterte ikke møtt på grunn av frykt
- 18 % hadde ingen fyllinger

Faktorer som påvirker tannbehandlingsangst hos unge kan oppsummers slik:

- Kjønn – jenter har høyere odds
- Smerte – signifikant høyere
- Unngåelse – signifikant høyere
- Egen motivasjon – noe forhøyet
- Sosial motivasjon – signifikant lavere
- Kontrollforståelse – signifikant høy
- Psykisk helse – ingen sammenheng

Konklusjon: Angst er til hinder for tannbehandling uavhengig av tannstatus. Smerte og unngåelse er viktige assosiert faktorer. Tannbehandlingsangst bør ha en høyere prioritet i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Kjeveortopedisk headgear og overkjevens hjørnetenners erupsjon og posisjon

Prosjektet til Sigurd Hadler-Olsen, UiT, handlet om ektopisk erupsjon av overkjevehjørnetanner, og om bruk av headgear påvirker hjørnetennenes stilling. Betydningen av plassforholdene i kjeven ble også undersøkt.

Headgear er blitt mindre populært de senere årene, men brukes fortsatt i Europeiske land. Tilstrebet effekt er å hemme maxillas vekst og distalføre overkjeven. Spørsmålet er om behandlingen påvirker erupsjonen av overkje-

vens hjørnetenner og om det er forskjell på resultater med headgear og fast apparatur.

Studien omfattet 51 personer med headgear og 47 personer med fast apparatur. Gjennomsnittsalder var 7,7 år, med noe overvekt av jenter. I gjennomsnitt brukte de headgear i 2 år. Det ble tatt OPG og modeller før og etter studiestart. Påliteligheten ble ansett som meget bra.

Funn: Tannbuelengden økte med 3 millimeter i headgear-gruppen. Denne gruppen fikk også mer vertikal erupsjon og større maxillær ekspansjon. Endringene var størst i gruppen med plassoverskudd.

Kosthold versus sykdomsstatus og periodontal helse ved leddgikt

Kathrine Beyer, Universitetet i Bergen (UiB), slo fast at periodontitt forverret leddgikt, og at røyking og genetiske forhold er etiologimomenter, noe forskning har vist. Aktuell behandling er livsstilsendringer, røykekutt, periobehandling og medikamenter. Men mange legemidler har signifikante bivirkninger. Marine omega-3-fettsyrer kan nedregulere inflamasjon og hemme veksten av periodontittpatogene bakterier.

Essensielle fettsyrer kan vi ikke danne selv. Flerumettede omega-3 og omega-6-fettsyrer er viktige for immunforsvaret, men høyt inntak av omega-6 relaterer seg til økt evidens av hjerte/kar-sykdommer.

I studien fikk 78 pasienter rheumatologisk undersøkelse med blodprøver og kostholdregistrering. Ratio menn/kvin-

ner var 1/3, gjennomsnittsalder var 57 år. 15 prosent var røykere, 48 prosent tidligere røykere, 37 prosent hadde aldri røykt. 64 prosent hadde mild/moderat periodontitt.

Funn: Høyere grad av periodontitt hos leddgiktpasienter.

58 prosent spiste to-tre måltider med sjømat hver uke, 35 prosent ett-to måltider med fet fisk hver uke, 42 prosent brukte omega-3 som kapsler eller som tran. Eldre spiser mer fisk enn yngre.

Konklusjon: Spis mer fisk!

Helsedirektoratets anbefaling er: Tre prosent av matinntaket bør være essensielle fettsyrer, hvorav en prosent omega-3-syrer. Man bør spise to-tre fiskemåltider hver uke og ta tran daglig.

Plastbaserte fyllingsmaterialer med deres eksponering for Bisfenol A (BPA) og effekter på fødselsutfall

Trine-Lise Lundekvam Berge, UiB, presenterte to kliniske studier og beskrev en tredje studie der hensikten var å undersøke eksponeringen av Bisfenol A hos pasienter med tannfyllinger som inneholder metaakrylat. Bisfenol A er mistenkt for å kunne gi et spekter av helseplager. EFSA (EUs matorgan) oppga i 2005 en grenseverdi på 50 mikrogram per dag, men reduserte denne i 2015 til fire mikrogram per dag.

Mulige kilder for Bisfenol A er matemballasje, CD, gulvbelegg, medisinsk utstyr, epoxy-maling, indre lag i hermetikkbokser, kosmetikk, kassalapper - og polymerbaserte tannfyllingsmateriale.

Bakgrunn for prosjektet: Det legges flere fyllinger med innhold av Bisfenol A.

Mål: Vil eksponering over tid kunne assosieres med økt koncentrasjon av Bisfenol A i saliva?

Man undersøkte to grupper, en gruppe med kompositfyllinger og en gruppe uten kompositfyllinger. Pasientene møtte fastende og avgå salivaprøver. Begge gruppene hadde svært lave BPA-nivåer i saliva. Forskjellen mellom gruppene var liten, og til dels under deteksjonsgrensen. Konklusjonen var at eksisterende fyllinger i liten grad bidrar til BPA-eksponering. Det anmerkes at prøvetidspunkt på dagen kan ha betydning for konsentrasjonen.

I studie to utføres det en undersøkelse der pasienten får to nye kompositfyllinger lagt av samme tannlege. Pasientene faste i 10 timer på forhånd. Prøver tas rett før og rett etter at fyllingene er lagt. Det tas også urinprøver. På grunn av begrenset tilgang på pasienter har studien tatt tid, og er ikke avsluttet.

Studie tre har som mål å se om mors behandling med kompositfyllinger lagt under svangerskapet utgjør en risiko for barnet. Den nasjonale MoBaundersøkelsen omfatter 108 000 svangerskap over hele landet der barna følges fra fosterstadiet til voksen alder. Bivirkningsgruppen har utført flere spørsmål om tannbehandling i et spørreskjema som følger undersøkelsen.

Aril Jul Nilsen

Biologiske løsninger i kompliserte kjeveortopediske kasus

Foredragstittelen til spesialist i kjeveortopedi Axel Bergman var «Gir tverrfaglig behandling bedre estetikk, bedre funksjon og flere fornøyde pasienter?»

Bergman ga i dette foredraget innblikk i en klinisk fremtidsrettet hverdag for en kjeveortoped i møte med voksne pasienter. I dette foredraget møtte vi pasientgrupper som skal igjennom større protetiske rehabiliteringer, pasienter utsatt for traumer, utviklingsforsyrelser og pasienter med alvorlig periodontitt. Hvilken rolle har kjeveortopeden i et tverrfaglig samarbeid?

Krav og forventninger til estetikk vokser i befolkningen. Hvilke løsninger skal man velge for å erstatte agenesi eller tapte tenner: Tannretinerte løsninger, implantatretinerte løsninger, kjeveortopedi alene, eller kombinasjoner?

Bergmann understreker viktigheten av tverrfaglig samarbeid mellom de ulike spesialistfeltene i kliniske kompliserte kasus, der kjeveortopedene kan bidra med biologiske løsninger i form av blant annet å normalisere bittforhold, skape ben for implantatseter og regulere tenner i posisjon for tapte tenner.

Bergman utfordret også en allmenn oppfatning av lang kjeveortopedisk behandlingstid og oppfordret med det



Spesialist i kjeveortopedi, Axel Bergman, snakket om biologiske løsninger i kompliserte kasus. Foto: Kristin Aksnes.

å inkludere kjeveortopedene for oppdelt kunnskap og nye behandlingsprinsipper for å oppnå god estetikk og

funksjon og med det fornøyde pasienter.

Jørn A. Aas

Intraoral skanning

Doktorand Michael Braian fra fakultetet i Malmø stilte i dette foredraget følgende spørsmål om bruk av intraoral skanner som hjelpemiddel i klinikken: Er det noe å ha? forelesningen tok Braian for seg digital

1 arbeidsflyt ved protetiske kasus. Argumentene for å benytte digitale hjelpebidrifter i klinikken er i dag mange. Braian nevner også feilkilder ved tradisjonelle avtrykksteknikker. Ved enkle protetiske kasus som kroneterapi gir skanning informasjon til å produsere 3D-modell direkte samt informasjon av farge. Fargeinformasjonen fra skanneren kan gi usikkerhet ved fargeuttag direkte i vita skalaen. Det anbefales derfor alltid å kontrollere tennene klinisk, men tanntekniker mottar mye informasjon om fargespill og sjatteringer for fremstilling av kroner og broer. Et eksempel på en vanlig digital arbeidsflyt etter skanning er CAD, CAM (fresing), monolittisk enhet (emax, zirkoniumdioksid) og eventuell farging. Flere og flere anvender i dag modellfri produksjon. Dette er kun aktuelt ved monolittiske løsninger. Fordeler med modellfri produksjon er at det er økonomisk gunstig og at en unngår flere produksjonssteg. Dog må man investere i software og en er avhengig av at andre produserer enkelte trinn. Ved behov for påbrenning av porselen kan ikke modellfri produksjon benyttes. Et annet hensyn ved modellfri produksjon er at preparasjonsgrensen må være veldig tydelig ved skanning.

Braian gikk videre til glasskeramiske kasus der digital arbeidsflyt etter skanning er CAD og videre produksjon deles mellom videre utfresning eller 3D-printing og press av glasskeramer. Ved bruk av utfresning kan det kun produseres en fasett/krone av gangen, der 3D-printing kan gi produksjon av flere enheter samtidig. Fortsatt stilles det store krav



Michael Braian. Foto: Andres Vargas.

til nøyaktig skanning av preparasjonsgrenser, noe som er tidkrevende. Braian fastslår at teknikken ikke er raskere, men billigere og gir et bedre sluttpunkt for pasienten.

Ved kompliserte protetiske kasus som rekonstruksjon av en hel overkjeve, må en ta hensyn til dagens begrensninger ved digital skanning. Ved skanning av hele kjever med store konstruksjoner som krysser midtlinjen, vil posteriore del av modell gi unøyaktighet. Denne unøyaktigheten overføres dermed til konstruksjonen. For å løse denne problemstillingen klinisk, går man via 3D-printing av et provisorium basert på designet konstruksjon. Ved denne fremgangsmåten blir pasienten selv brukt som modell. Ved innprøving av passform er det forventet at provisoriumet frakterer. Dette tilpasses på pasienten og det er da mulighet for å justere spylerom og okklusal høyde før provisoriumet skannes og sendes digitalt tilbake til tanntekniker og fremstilling av endelig konstruksjon.

Braian avslutter forelesningen med ulike implantatkasus. Med intraoral

skanning (bløtvev) og CBCT (ben og tann) kombineres to verdener som komplimenterer hverandre. Skanning av implantat scanbodies følger tidligere nevnt digital arbeidsflyt. Viktig med riktig passform mellom komponenter for å unngå spenninger i konstruksjonene. Dette gjelder spesielt ved to eller flere implantater. Utfordringer med skanning av scanbodies er den sylinderiske formen som tillater kollaps av tidligere utformet gingiva. I disse tilfellene blir konstruksjonen for kort. Utfordringene med skanning av implantater og hele kjever er lik som ved tannretinerte konstruksjoner. Klinisk bruker en samme fremgangsmåte via provisorium og pasienten som modell. Eneste forskjell er at det blir benyttet titanbaser som sementeres til provisoriumet, før det skrues på plass i munnen. Etter tilpasninger skannes provisoriumet og sendes digitalt til tekniker. Endelig konstruksjon kan fremstilles.

Jørn A. Aas

FluUro

Tema for sesjonen var uro rundt bruk av fluor. Tannhelsepersonell vil i klinikks og dagligliv møte påstander om at fluor – egentlig fluorid, er skadelig.

Internett er den lettest tilgjengelige informasjonskanalen for de flest og ved søk etter informasjon vil man få flere millioner treff på sider som argumenterer for at fluor er giftig og gir skader på tennene. Dette til tross for at det ved søk i vitenskapelig litteratur ikke finnes holdbar dokumentasjon for påstander om skadelige virkninger i de doser som anbefales i kariesforebyggende arbeid.

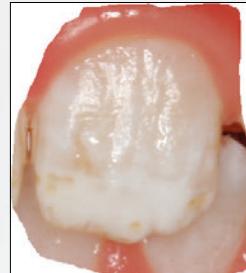
I foredraget redegjorde professor Jon E. Dahl, NIOM, for fluoriders kinetikk og toksisitet. Ved nedsveling av fluoridioner opptas ca. 90 % av tilført dose. Mellom 30 og 50 % av tilført fluorid avleires i benvev og tenner under dannelse, mest hos barn og unge. Tilført fluorid som ikke tas opp i hardvev, skiller ut via nyre (40–60 %) og fæces (ca. 10 %). Akutt toksisitet kan inntre ved inntak av mer enn 5 mg fluorid per kg kroppsvekt, som tilsvarer så store

mengder at aksidensiell forgiftning kan utelukkes. Skjellettfluorose er sett i land hvor det er høyt nivå av fluorid i drikkevannet, som Kina og India, og er ikke relevant for Norge. Studier fra områder med vannfluoridering gir ikke holdepunkter på at daglig tilførsel av fluorider representerer noen helsefare.

Videre tok professor Nina J. Wang opp fare for skade på tennene. Dental fluorose utvikles hvis litt for mye fluor svelges over lengre tid i perioden tenner er under dannelse. Mengden fluor per kg kroppsvekt er avgjørende for om dental fluorose utvikles. Det er viktig å følge norske retningslinjer som sier at tannbørsting med fluor to ganger daglig med fluortannkrem anbefales til, og er tilstrekkelig for, de aller fleste barn. Mengden fluortannkrem må begrenses

for små barn. Bruk en knapt synlig mengde fra frembrudd av første tann, økende til en mengde tilsvarende barnets lillefinger negl ved ettårsalder, og ved treårsalder en ertestor mengde. For større barn og voksne gir ikke fluor skade på tennene.

Sesjonen ble avsluttet av seniorforsker Aida Mulic, som fortalte om riktig bruk av fluorider.



Dental fluorose.



Dental fluorose.

Effekten av lokal fluorbehandling er avhengig av koncentrasjonen av fluor-preparatet, applikasjonstiden, frekvensen av behandlingen, pH til fluorpreparatet, samt metallfluorider (tinn og titan) i kombinasjon med NaF.

Fluorid kan implementeres pasienter enten ved egenaktivitet eller ved profesjonell behandling. Når det gjelder egenaktivitet har for de aller fleste barn, unge og voksne bruk av fluortannkrem to ganger daglig den viktigste kariesforebyggende effekten. Men for risikopasienter som f.eks. munn-tørre og pasienter med høy kariesaktivitet bør vi ha mer å tilby. Fluortannkrem med høy koncentrasjon fluorid (Duraphat tannkrem®, 5 000 ppm) har en godt dokumentert effekt. Disse pasientene anbefales også daglig bruk av 0,2 % NaF-munnsyrl og fluortabletter.

Når det gjelder den profesjonelle behandlingen som vi tilbyr på klinikken gir fluorlakkpensling (5 % NaF/2 % NaF) minst to ganger om året en kariesreduksjon på mellom 42–46 %. Selv om den vitenskapelige dokumentasjonen for bruk av fluoridgel er begrenset, anbefales denne behandlingen kortvarig som strakstiltak hos pasienter med alvorlig karies inntil situasjonen er under kontroll.

I samtal om fluor må argumenter mot bruk av fluor tas alvorlig. Pasienters bekymringer må identifiseres og tannhelsepersonell må gi saklig informasjon. I slike situasjoner må pasienters rett til å velge bort fluor respekteres og andre kariesforebyggende metoder vektlegges.

Nina J. Wang,
Jon E. Dahl,
Aida Mulic

Kirurgitime for tannhelsesekretærer og tannleger

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Frode Øye, demonstrerte i disse foredragene gjennomføringen av en rekke kirurgiske inngrep ved hjelp av omtale og film fra en spesialistklinik.

Samarbeidet mellom tannlege og tannhelsesekretær understrekkes for å gjennomføre gode prosedyrer og for å ivareta ulike typer pasienter.

Gjennomgang av lyskilder, oppdekking, preoperative smertestillende og premedisinering med Valium(Diazepam), Rohypnol/Flunipam (Flunitrazepam) og Halicon (Triazolam) innleder foredraget. Øye tar tannhelseteamet gjennom kirurgiske teknikker og valg av utstyr i utredning og behandling av kasus med fibrom, papillom, lichenoide forandringer, tungbiopsi, leukoplaki, pyogent granulom, mucocele og sialolitt. Referert klinik har eget system for innsending av biopsier og behandling av prøvesvar for kvalitetssikring.

Videre demonstreres kliniske og røntgenologiske vurderinger og behandlingsvalg i forbindelse med rotspissamputasjon, fjerning av torus



Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Frode Øye. Foto: Kristin Aksnes.

mandibularis, cemento-ossos fibrom og bløtvevs graft.

Siste del av foredraget var viet visdomstrenner i underkjeve og overkjeve. Med film viste Øye ulike teknikker for fjerning av ben og spalting av tenner.

Forelesningen er basert på et utvalg av kasus som henvises til spesialist. Øye oppfordrer tannlegene til å utvikle kunnskap og teknikk til selv å kunne utføre enkle kirurgiske inngrep.

Jørn A. Aas



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktsskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

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

**Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**



Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

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

Tannhelsesekretæren og legemidlene

Professor Lasse A. Skoglund holdt en meget informativ og tankevekkende forelesning om tannhelsesekretærerens rolle ved pasientkommunikasjon og administrasjon av lege midler (LM) i tannklinikken.

Med dette temaet deler Skoglund tannhelsesekretærerens rolle og forelesningen inn i sentrale hovedpunkter.

Legemiddelanamnese. Grundig opp tak av legemiddelanamnese vil forberede tannpleier og tannlege til god vurdering og behandling av den aktuelle pasienten. Hva skal med i legemiddelanamnesen? Reseptbelakte LM, reseptfrie LM, naturlegemidler, kosttilskudd, slankemidler og illegale midler (cannabis, amfetamin, osv.). Det er behov for å føre inn i journal hvilket type LM (salgsnavn), dose og varighet av lege middelbruken. Ved omfattende medisinering be om en oversikt over faste medisiner fra legen. Denne listen omfatter blant annet informasjon om hvorfor pasienten tar de ulike medisinenne. Medisinlisten skannes inn i journal.

Anskaffelse av legemidler i klinikks følger forskrift om rekvirering og utlevering av LM fra apotek. § 2–2 Tannlegers rett til rekvirering av de LM som er nødvendige for utøvelse av tannlege virksomheten. Tilsvarende § 2–8 for rekvirering av LM for tannpleiere og utøvelse av tannpleievirksomheten.

Legemiddelhåndtering i tannklinikks må følge forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og personell som yter helsehjelp. Ansvaret for enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvrert til det er utdelt eller eventuelt kassert styres av virksomhetsleder på klinikken. Legemiddelhåndteringen i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover (HMS).



Professor i farmakologi, Lasse A. Skoglund. Foto: Kristin Aksnes.

Hvis tannhelsesekretæren skal ha mulighet til å gi ut legemidler til pasientene, må tannlegen gi undervisning for hvert enkelt legemiddel og under visningen må dokumenteres. Denne dokumentasjonen må være tilgjengelig ved kontroll.

Hva innebærer legemiddelhåndtering? Informasjon til pasient om dosering, når skal pasienten ta LM, med eller uten mat osv. Skoglund bemerker også Forskrift om meldeplikt for helsepersonell ved mistanke om bivirkninger av kosmetikk og kroppspleie produkter, der han nevner Corsodyl som eksempel.

Legemiddelregnskap innebærer et narkotikaregnskap og kontroll med LM i reseptgruppene A og B. Råd for praktisk gjennomføring er å føre log i et Excel-ark med informasjon om type LM, innkjøpsdato, mengde og utløps dato. Skoglund formaner om at dette må settes i system, da det er forventet strengere kontroll på dette i fremtiden.

Oppbevaring av LM. LM skal oppbevares forsvarlig og utilgjengelig (låst). Skoglund påpeker at kvaliteten på låsen ikke er av betydning, da uansett type

lås er det å regne som en ulovlig handling og bryte opp et låst medisinskap. Videre anbefaler Skoglund å oppbevare LM tematisk. Han nevner også misforståelsen av at lokalane stesi må oppbevares i kjøleskap. Dette er ikke tilfelle, lokalane stesi kan oppbevares ved 18–22 °C.

Avhending og kassasjon av gamle legemidler. Hva ødelegger LM? Lys, luft, fuktighet og varme. Når skal LM kasseres? Utgått dato, ansamling av krystaller rundt kork, salver med misfarging, salver med endret tekstur, tabletter som sprekker, med avskalling eller skifter farge. Et godt råd i kliniken er å kjøpe små flasker og kvanta. Disse er ofte litt dyrere, men da har man ferske legemidler og sannsynligheten er større for at man bruker opp innkjøpte LM. Avslutningsvis ber Skoglund tannhelseteamet om å tenke på ansvaret ved å levere LM til apoteket i returposer og spare grunnvannet. Husk ved levering å fjerne etiketter med sensitive opplysninger.

Jørn A. Aas

Situasjonen i Tannhelse-Norge:

Hvordan blir fremtiden?

Mange faktorer vil påvirke behov for og etterspørsel etter tannhelsetjenester i fremtiden. Meningene er delte når det gjelder både behov og dermed etterspørsel, og ikke minst – hvilken kompetanse tannhelsearbeidere bør ha.

Det var invitert til korte innlegg fra ulike eksperthold og synsvinkler, før det skulle være en paneldebatt. Innleggene ble lange, og debatten uteble – fordi det ikke ble tid til den.

Tannlegen er ikke fremtiden

Professor emeritus Ole Fejerskov fra universitetet i Århus mener at diskusjonen om hva som er befolkningens behov versus hva tannlegene og andre tannhelseprofesjoner trenger, er en vanskelig balanseøvelse. Etter hans syn er enhver befolknings behov at innbyggerne har og opprettholder et miljø i munnhulen som er fritt for smerte og ubehag og et funksjonelt tannsett gjennom hele livet. Han mener videre at den tradisjonelle tannlegen ikke er nøkkelpersonen i fremtidens tannhelsetjeneste. Han mener videre at det heller ikke er slik at løsningen er å endre pensum i tannlegeutdanningen, og han mener at det vil forsterke dagens dilemma å skape flere spesialiteter innen odontologien.

Fejerskov mener at strukturen og organiseringen av oral helsetjeneste, inkludert hvilken type personell som utfører den, må tenkes helt på nytt, og at målet er å integrere orale helsetjenester inn i den generelle helsetjenesten.

Hvis vi fortsetter å utdanne tradisjonelle tannleger vil hver enkelt tanndege få svært mangefull klinisk erfaring, bortsett fra de som skal dekke det kompliserte behandlingsbehovet til den voksende gruppen eldre over 70 år.

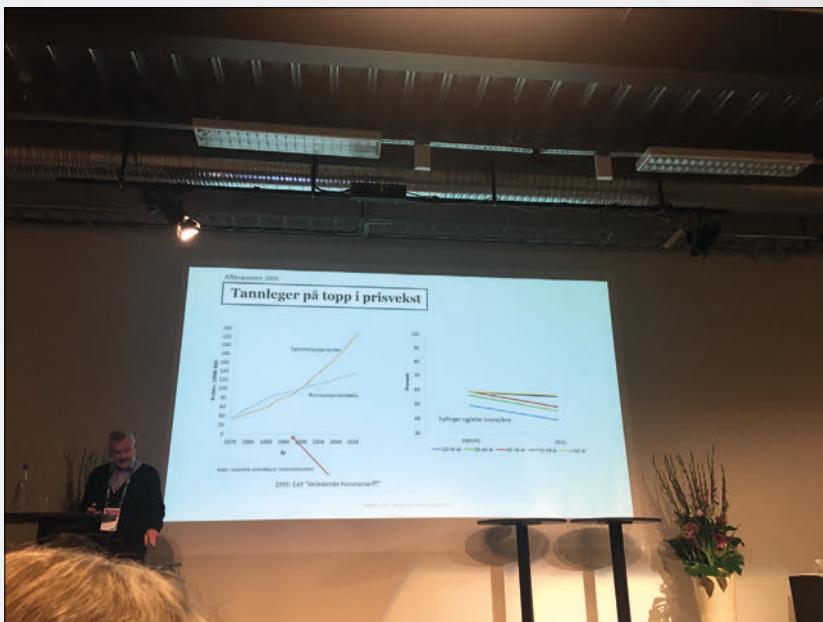


Professor emeritus Ole Fejerskov snakket om den vanskelige balansen mellom befolkningens behov og tannlegenes behov.

Denne gruppen, som ofte har flere systemiske sykdommer, trenger behandling av personale med ulik og sammensett medisinsk kompetanse, hevdet Fejerskov.

Hvis vi ønsker å tilfredsstille befolkningenes behov innen tannhelse, det vil si alle lands befolkninger, er langt færre

odontologiske spesialiteter løsningen, sa Fejerskov. Han mener det er behov for to spesialiseringer, en innen oral rehabilitering og en innen oral medisin og kirurgi, og at spesialistutdanningene bør være basert på en medisinsk grunnutdanning. De to spesialistkategoriene



Universitetslektor Carl Christian Blich viste at prisene på tannlegebehandling har skutt i været siden 1995.

bør primært arbeide ved lokale og regionale helsecentre og ved sykehus.

Videre bør en satse på en yrkesgruppe som han kalte orale helsearbeidere, som har maksimum to års utdanning, og som kan ivareta sykdomskontroll av alle aldersgrupper i befolkningen. Disse igjen, ifølge Fejerskovs modell, koordineres av et begrenset antall helsekoordinatorer med akademisk utdanning.

Spesialistene trengs, mer enn før

Fra et helt annet perspektiv argumenterte spesialist i periodonti, Kristin Kolltveit, for at det er behov for flere spesialister i periodonti. Hun sa at ti prosent av befolkningen i Norge vil ha behov for avansert behandling og oppfølging fra ung alder, at 40 prosent til ha behov for behandling av periospesialist på et eller annet tidspunkt, at et økende antall implantatpasienter vil ha behov for støttebehandling og at en økning i sykdommer og multimedisining stiller større krav til behandler.

Tannlegene har for lite å gjøre

Universitetslektor Carl Christian Blich viste til en arbeidsmarkedsundersøkelse

fra 2016, utført som et samarbeid mellom NTF og Universitetet i Oslo. Den viser blant annet at 34 prosent av periodontistene ønsker seg flere pasienter, mens det samme gjelder for 46 prosent av protetikerne og 22 prosent av endodontistene. 40 prosent av tannlegene som har svart oppgir at de har for lite å gjøre. Samtidig oppgir tre prosent at de har for mye å gjøre.

Blich viste videre at det er stor variasjon i behandlingsprofilen til tannlegene i Norge. Det meste av arbeidstiden går med til undersøkelser og fyllingstapi. Når det gjelder krone, endo, kirurgi og perio er det relativt få tannlegene som gjør mye, og mange som gjør lite. Godt over halvparten av Oslo- og Akershus-tannlegene har én eller ingen endo-, kirurgi-, eller periospesient(er) i ukken. En tredel av tannlegene har en eller ingen kronepasienter i ukken og det lages få broer.

I Stortingsmelding nr. 11, 2015–16, Nasjonal helse og sykehusplan (2016–2019), heter det at det er god og økende dokumentasjon for at det er en sammenheng mellom pasientvolum og kvalitet.

Samtidig er det holdepunkter for at over 50 prosent av private allmenn-tannleger gjør færre enn fem broer per år. 41 prosent av allmenntannlegene gjør mindre enn én bro per måned. Over 50 prosent av allmenntannlegene med implantatkurs fra Bergen setter inn færre enn fem implantatkrøner i året på Helfo sin regning (takst 308). Nesten 40 prosent av allmenntannlegene ønsker seg flere pasienter, i snitt nesten 400 per år – og andelen er høyest i Oslo og Akershus, der over 50 prosent ønsker seg flere pasienter. Rundt 30 prosent av spesialistene ønsker seg flere pasienter. Allmenntannlegen er bærebjelken i tannhelsetjenesten, og det er god tilgjengelighet på allmenntannleger. Bare mellom to og fire prosent av pasientene i allmennpraksis blir henvist til spesialist på årsbasis.

Spissformulert sa Blich at tannlegene har for lite tannlegearbeid å gjøre, og at de i den ene enden gjør tannpleierarbeid og i den andre enden spesialistarbeid, mens de stadig ønsker seg flere pasienter å utføre arbeidet på.

Samtidig stiger prisene. Etter at honorartaffen ble opphevet i 1995 har tannlegeprisene som inntil da fulgte konsumprisindeksen, steget til det dobbelte av indeksen, viser Statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå (SSB).

Tar det på alvor

Flere innledere, fra inn- og utland, deriblant Universitetet i Oslo og Statistisk sentralbyrå bidro med innledninger. Debatten uteble, som nevnt, fordi tiden gikk.

NTFs president, Camilla Hansen Steinum fikk imidlertid en sluttreplikk der hun sa at hun tar problemstillingene som ble presentert på alvor. Samtidig som hun mente at virkeligheten kanskje ligger et sted midt imellom de forannevnte fremstillingene. Steinum sa videre at hun vil følge med, og snakke med alle relevante parter, for at NTF skal få et mest mulig riktig bilde av situasjonen.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

Nytt fra Helsedirektoratet og Helfo

Tannhelse i seg selv er en viktig rammetjeneste for mennesker, i det store og hele litt for ofte oversett, fordi vi må stikke fingeren i jorda og si at vi er en relativt liten tjeneste. Men vi bidrar inn i den store helheten. På den andre siden kan jo også sykdom påvirke den orale helsen, så rent faglig sett burde tannhelsen være en del av det som foregår i helsevesenet for øvrig, innledet Jørn Andre Jørgensen, relativt ny seksjonssjef for Seksjon for tannhelsetjenester i Helsedirektoratet.

– Tannhelseseksjonen i Helsedirektoratet er nedbemannet med rundt 30 prosent, det vil si at det er igjen 3,8 årsverk totalt. Så det er klart at vi har en betydelig utfordring med å sette ut i livet alle gode intensjoner og planer. Det får vi være helt ærlige på, sa Jørgensen, som sammen med Per Lüdemann, seniorrådgiver i Avdeling for legemiddel- og tannhelserrefusjon i Helsedirektoratet ga salen en situasjonsrapport fra direktoratet.

– Trygdeutbetalingene til tannhelse var på 2,4 milliarder kroner i fjor. Det er mange penger i kongeriket Norge, og Finansdepartementet følger veldig godt med, sa Lüdemann – Og dette er på et område som egentlig ikke skal ha trygdefinansiering. Tannhelse er det nest største trygdeområdet, dobbelt så stort som fysioterapeutene, det er bare fastlegene som er større. Dette er grunnen til at Finansdepartementet følger trygdeutbetalingene til tannleger med stor interesse, fortsatte han.

Helse- og omsorgsdepartementets budsjett ble oppgitt til å være ca. 190 milliarder, av dette går 158 milliarder til helse og omsorg. Her går det en god del til sykehusene og spesialisthelsetjenesten, 141 milliarder, og det som går til tannhelsetjenesten av dette budsjetter er 287 – millioner.

Det er dødelighetsstatistikken som får mest oppmerksomhet, sa Jørgensen.



Jørn Andre Jørgensen, ny seksjonssjef for Seksjon for tannhelsetjenester i Helsedirektoratet, var en av dem som presenterte nytt fra Helsedirektoratet og Helfo. Foto: Andres Vargas.

Tannsykdom er sjeldent representert i denne statistikken. Men hvis en ser på sykdomsdannelsen, bakenforliggende årsaker og felles risikofaktorer er bildet et annet. På verdensbasis er ubehandlet karies den vanligste sykdommen, hvis du bruker én beregningsmetode riktig nok. Ubehandlet karies i det permanente tannsettet har en global forekomst på 35 prosent. Periodontitt er den 6. vanligste sykdommen globalt og kreft i munnhulen er den 8. vanligste, med fem års overlevelse. Ser vi på felles risikofaktorer, har periodontitt, karies og erosjoner en god del kryssvirkninger med de store sykommene som kreft, hjerte-, kar- og lungesykdommer.

– Dette setter det litt i perspektiv. Med disse 287 millionene skal vi driftet TOO-ordning, fem kompetansesentre, utredningsarbeid, kodeverk – og enda mer. Men når jeg sitter i et allmøte med 200 leger, er det ikke alt jeg får gjennomslag for, sa Jørgensen.

Hva vet vi om tannhelsen?

– Kommunalt pasient- og brukerregister settes i drift i inneværende år og skal bli et relativt komplett register. I tillegg til det som utbetales i trygden, skal vi få et bilde av hva som egentlig blir behandlet, og hvordan helsetilstanden i befolkningen faktisk er. Det er det vi nå er på jakt etter, sa Lüdemann

Det finnes tre pasientregister i Norge:

– Norsk pasientregister (NPR), som registerer det som skjer i spesialisthelsetjenesten og sykehushandlingen.

– Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), et brukerregister for primærhelsetjenesten eller tilsvarende.

– KUR, som står for kontroll, utbetalinger og (helse-)refusjoner, og er det systemet som registrerer kravene som tannlegene leverer til Helfo. Den store mangelen ved dette registeret, er ifølge Jørgensen og Lüdemann, at det kun registrerer hva som gjøres av behandlinger, men ingen diagnoser. Det står

heller ikke noe om pasientene er ferdigbehandlet eller ikke.

– Hvordan skal vi klare å gjøre de gode reformene når vi ikke har et fullstendig bilde av situasjonen? Hvordan kan vi forbedre datakvaliteten slik at vi får et godt kunnskapsgrunnlag? spurte Jørgensen, som blant annet arbeider med å få innført et godt kodeverk. Det er en tverrpolitisk enighet på Stortinget om at dette er viktig, og her bevilges det penger til å sette dette ut i livet.

– For hva vet vi egentlig om tannhelsetilstanden hos den voksne befolkningen i kongeriket? Ikke mye. Og da gjør vi det gammeldagse at hvis vi ikke kan telle det som er viktig, må vi telle riktig – det som kan telles, og det er jo penger, sa Lüdemann. Statistisk sentralbyrå mener at man kan beregne at det brukes ca. 17 milliarder totalt på tannhelse. Circa en tredel av dette blir finansiert av det offentlige. Dette er på samme nivå som resten av landene i Skandinavia, sa Lüdemann.

– Hva vet vi? Vi vet en del om karies hos barn og ungdom, men for eksempel kjeveortopedi vet vi lite om. Vi vet at en tredel av alle norske ungdommer får kjeveortopedisk behandling, men ellers vet vi for lite. De to tredelene som ikke får det, hvordan ser de ut? Og prioriterte grupper? Vi har noen utvalgsundersøkelser på enkelte pasientgrupper, men hvordan de ser ut i det store og det hele i kongeriket, vet vi alt for lite om og det blir mye gjettning, sa Lüdemann.

– Danskene har best tannhelse for voksne, ut fra hva undersøkelsene viser. Danmark er det eneste landet i Skandinavia som har en fullstendig oversikt over tannhelsen til utvalgte årsgrupper. De har det beste systemet i hele Norden. Svenskene har ikke et spesielt godt system, og ikke vi heller, fortsatte Lüdemann.

I Danmark registreres hver fylling som legges gjennom sykesikringen. De privatpraktiserende har også rapporteringsplikt. Danskene vet at antall fyllinger lagt fra 1988 til 2015 er redusert

med en tredel, så her har det skjedd noe. Danskene betaler også minst i Skandinavia i brukerbetalning. Det som er ulempen i Norge, Sverige og Finland, er at det er mye selvrapporering og forskjellige undersøkelser det er vanskelig å sammenligne. Vi tror, håper, føler og synes, og vet bare det vi kan telle, og det er utgiftene, fortalte Lüdemann.

Utenlandsbehandling

– Da utenlandsbehandlingen kom, så man for seg at det kom til å bli en masseutvandring fra norsk behandling til utlandet. Det er ikke noe vi i trygden har registrert, fortalte Lüdemann. Utgiftene ligger relativt stabilt på 20 millioner fordelt på ca. 1 000 saker, og det er Ungarn og Polen som er de to store landene.

E-resepten

– Det ser omsider ut til at vanskelighetene rundt e-resepten er i ferd med å løse seg. Nå må vi tro at dette snart kommer, sa Jørgensen. Det kommer ikke til å koste tannlegene noe, svarte han på spørsmål fra salen.

Praksisnær forskning

Myndighetene vil bygge opp praksisnær forskning i tjenesten. I privat praksis forskes det svært lite, hvis noe. Offentlig sektor forsker også lite, sammenlignet med andre helsetjenester.

– Dette er et problem, og det gir ikke tjenesten den legitimiteten den skulle ha hatt. Universitetet gjør et fremragende arbeid innenfor forskning, men vi trenger også å dra i gang resten av tannhelsetjenesten, for å vite hva vi driver med. Vi trenger forskningsnettverk også i privat praksis. Og vi trenger å vite noe om den voksne befolkningen over 20 år for å kunne si noe som helst, sa Jørgensen.

Nytt fra Helfo

Ingvild Sande Lillebø og Ingelin Fagervold, begge seniorrådgivere fra Helfo-veileding i Ørsta, delte innsikt og er-

faring om Helfos etterlevelsprosjekt. De retter informasjonen til tannlegene inn etter hva folk spør om, og godt over 4 000 telefoner fra tannleger er mottatt hittil i år.

– Vi ønsker at alle skal gjøre det riktig første gang, og oppnå rett ytelse til rett tid. Pasientens rettigheter skal også oppfylles. Over tid er det kommet mange tilbakemeldinger fra tannleger som blant annet sier at det er et komplisert og uklart regelverk, sa Lillebø.

– Det er en stor utfordring å få alle til å gå i takt. Noen tannleger frykter Helfo, og dette går ut over pasienten. Dette hadde vi med oss i planleggingen av etterlevelsprosjektet, sa Lillebø.

Hva skal til for at tannlegene skal gjøre det korrekt? De sendte ut en spørreundersøkelse, noe som ga dem et godt utgangspunkt. Resultatet sa dem at de fleste ønsker å gjøre rett, men mange trenger støtte til å gjøre det riktig. De registrerte både underforbruk, hvor pasientene ikke får rettighetene sine, og overforbruk, hvor pasienten ikke oppfyller kriteriene.

Oppdraget var å gjøre det enkelt, og trygge de som ønsker å gjøre det rett. De brukte både Tidende, alle kanaler hos seg selv og hos Tannlegeforeningen. Resultatet var gledelig.

– Vi hadde en nedgang i utbetalingerne der det ble brukt for mye, og en oppgang i takstene som ble brukt for lite. Vi ser også en del uklarheter i regelverket, som vi skal ta tak i, sa Fagervold, som roste både Tannlegeforeningen og Helsedirektoratet for en god dialog.

– Vi fikk tilbakemelding på at 80 prosent var tilfreds eller svært tilfreds med våre nye veiledere. 86 prosent leste dessuten merknadene i utbetalingsvedtakene, noe som overrasket oss. Men det betyr at vi også kan bruke utbetalingsvedtakene som informasjonskanal.

– Bruk oss og spør oss, vi ønsker å gjøre alt vi kan for at dere skal gjøre det rett, avsluttet Fagervold og Lillebø.

Kristin Aksnes

Eldre som ikke koopererer – etiske aspekter

Eldre pasienter som ikke samarbeider ved nødvendig tannbehandling og forebyggende tiltak representerer en utfordring i hverdagen til tannleger og tannpleiere.

Verdens helseorganisasjons definerer de som er 65 pluss som eldre og de som er 75 pluss som de eldste eldre. Katrine Gahre Fjeld minnet samtidig om at det er forskjell på kronologisk og biologisk alder. Fjeld snakket først og fremst om de som har høy biologisk alder og vanskelig for å tilpasse seg en behandlingssituasjon. Ikke-koopererende defineres som ikke-samarbeidende, noe som kan komme til uttrykk både fysisk og kognitivt.

– En viktig innsikt er at vi kan aldri få mer enn en tilnærmet forståelse av en annens oppfatning av sin egen helsestatus. Vi må hele tiden spørre oss hva pasienten ville valgt hvis han eller hun var kognitiv frisk, sa Fjeld, og fortalte:

– Etiske refleksjoner kan bidra til å bryte vaner. Et viktig og relevant spørsmål er: Må det være sånn?

Det er mange lovpålagte ting, som må overholdes. Og det er ofte mange involverte parter. Vi kan lære nye metoder og vi kan kontakte andre når vi er i tvil.

Spesielle forhold ved oral helse og eldre pasienter

Bruk av tannhelsetjenester endres gjennom livet og oral helse og livskvalitet påvirker hverandre.

Fjeld understreket at ved funksjons svikt kreves det spesiell kompetanse. Forebyggende tiltak er også spesielt viktige for denne pasientgruppen.

Etiske prinsipper og lovregulering

Etikk som fag har røtter tilbake til antikken. Helseprofesjoner har egne etiske

regler med elementer fra forskjellige teoretiske tilnærmingar.

«Etikk er viktig for hvordan man bruker kunnskapen sin til det beste for pasienten.» Nordtvedt 2016

Det er fire prinsipper i medisinsk etikk:

- Velgjørenhet til pasientens beste
- Ikke skade, minimalisere smerte og ubehag
- Rettferdighet, plikt til å behandle alle likt
- Autonomi, pasienten har rett til å nekte behandling, men ikke kreve

Bruk av tvang er komplisert.

Behandler har plikt til å iverksette tilitsskapende tiltak, men ikke plikt til å søke bistand i etiske dilemmaa.

Generelt ønsker man å unngå bruk av tvang. Pasienter og pårørende har tillit til at tvangBruk av tvang er komplisert. til at tvangBruk av tvang er komplisert. er til pasientens beste.

Det kan ligge mye godt relasjonsarbeid i «lirke og lure»-metoder, der kommunikasjon gjennom forhandlinger og forklaringer er viktig.

Tvang vil alltid være et onde, men kanskje av og til det minste av flere onder?

Konsekvenser ved unnlatelse av tannbehandling og oral hygiene: Orale infeksjoner. Spredning av orale bakterier. Ernæringsproblemer. Sosial interaksjon kan påvirkes. Begrenset valg av tannbehandling.

Beslutningskompetanse og samtykke:

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse.

Beslutningskompetanse vurderes utfra pasientens evne til å velge, forstå, anerkjenne og resonner.

Pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon til å få innsikt i sin helsetilstand. Informasjonen skal tilpasses individuelt. Forutsetter at pasienten ønsker å velge selv.

Behandler har plikt til å forsikre seg om at det er konsistent informert samtykke. Beslutningskompetansen hos pasienten kan variere fra dag til dag og også i løpet av et døgn.

Kravene til å forsikre at pasienten samtykker øker med alvorlighetsgrad.

Ulike typer samtykke: Uttrykkelig samtykke. Stilltende samtykke. Presumert samtykke. Forhåndsvaggitt samtykke. Stedfortredende samtykke.

Pårørende har rett til å bli hørt.

Bruk av beroligende medisiner og bitekloss ved manglende kooperasjon og tvang må vurderes på etisk grunnlag.

Den etiske refleksjonsmodellen SME

Hvordan anvende gjeldende retningslinjer og etiske vurderinger i kliniske problemstillinger:

- Hva er de etiske problemene?
- Hva er fakta i saken?
- Hvem er berørte parter og hva er deres syn?
- Hvilke lover og retningslinjer aktualliseres?
- Hvilke handlingsalternativer finnes?

Urørlighetssonen

Alle har et intuitivt behov for å fastsette en beskyttende grense mellom seg selv og omgivelsene. Urørlighetssonen er ikke permanent

Det er ikke et spørsmål OM tannbehandling eller munnstell skal utføres, men HVORDAN.

Helsepersonell har forutsetninger for å etablere tillitsfulle relasjoner og tilnærme seg urørlighetssonen. Det krever teoretisk og praktisk kunnskap i kommunikasjon- og atferdsfag

Multidiplinær tilnærming

Ved redusert konsekvensinnsikt i egen helse er det helsepersonellets plikt å gjøre det beste for pasienten. Det handler om verdighet i det hverdagslige.

Det er ofte en kompleks problemstilling med mange involverte parter. Det er behov for refleksjon og diskusjon i tverrfaglige miljøer. Pasientens beste er et felles ansvar.

Vurdering av livskvalitet er den viktigste vurderingen behandler gjør.

Ellen Beate Dyvi

Mer informasjon kan søkes her:

- Helseforetakenes etikkutvalg KEK
 - Kommunehelsetjenestens etikkutvalg KEKK
- Senter for medisinsk etikk SME,
www.med.uio.no/helsam/om/organisasjon/avdelinger/sme/

HMS gjort enkelt

Tudu gjør HMS-arbeidet enkelt og oversiktlig

Vi har levert internkontroll til
nær 200 tannlegekontorer!



400 02 533

info@tudu.no

www.tudu.no



Har det på tunga

Det er ikke så ofte at pasientene kommer og forteller selv. Are Rydland fra Troms tok turen til NTFs landsmøte for å fortelle om sine erfaringer med å ha tungekreft.

Han blir glad når fagfolk er interessert i det han strever med. Han har plager døgnet rundt og han har et godt liv, forteller Rydland, som fikk tungekreft for første gang i 2000, som 54-åring. Neste gang han fikk diagnosen var i 2007, som 61-åring. Behandlingen var den samme begge gangene. Operasjon, etterfulgt av stråling.

Rydland har jobbet som lærer og rådgiver ved Sjøvegan skole i indre Troms fra 1974 til 2008. I 2008 ble han uføretrygd. Det ble vanskelig å være språklærer når eget språk og uttrykkslevne ble så påvirket som det ble. Rydland måtte lære å snakke på nytt.

Før han ble syk hadde han aldri hørt om tungekreft. Han har aldri røkt, og han har nytt alkohol i moderate mengder, forteller han.

Til å begynne med bagatelliserte han symptomene. Og så ble det eksplosivt. Han tok den lange veien over dørstokken, til fastlegen.

Kreften var et faktum, og Rydland lurte på hvordan dette skulle gå. Han fikk beskjed om at han måtte ha trua, ellers kunne han glemme hele greia. Etter operasjonen fulgte strålebehandling, eller monsterbakken. Behandlingen som slår deg ut. Vekttap var en av følgene for Rydland.

God munnhelse er viktig for sosial kontakt. Sentrale funksjoner. Utseende, mimikk, smil, snakking, tygging, smak, svelging og kyssing. Skader blir fort merkbare og stigmatiserende.

Først blir det verre, så blir det bedre. Og det blir aldri som før.

– Det er min jobb å passe på at jeg har et godt liv, sier Are Rydland.



Are Rydland er blitt behandlet for tungekreft i to omganger, og opplever mange senskader. Livet er vel verdt å leve, mener han.

Livet må normaliseres. Og vi har ansvar for vårt eget liv. Måten du tenker på er avgjørende. Og en sykdom som tungekreft er et prosjekt for hele familien.

Rydlands fikk flere slike familieprosjekter samtidig. Gang på gang. Parallelt med at Are Rydland fikk tungekreft i 2000 fikk kona underlivskreft, og da han fikk tungekreft igjen i 2007, fikk kona leukemi.

– Rehabilitering er eget ansvar. Jeg er kreftfri, og jeg har senskader hele døgnet. Psykososiale utfordringer følger med. Spørsmål om identitet og selvrespekt, og et ønske om å bli oppfattet som et helt menneske.

– Svekket taleevne er den største endringen. Utydelighet og lyder gjør at jeg er redd for å bli oppfattet som en annen enn jeg er. Som språklærer er dette invalidiserende. Jeg måtte definere en ny plattform. Og det gjør godt når barnebarnet sier at:

– Vi forstår godt hva han sier. Det gjør vi som hører ham på NTFs landsmøte også.

Rydland har fått god hjelp av logo-ped. Det er gitt informasjon og motivasjon, og Rydland har lært pusteteknikker og avspenningsøvelser. Det handler om å snakke rolig, og å dele opp ord i stavelsjer, og om å forsterke lette lyder. Videre dreier det seg om å sette ord inn i riktig sammenheng, og om å forklare misforståelser og ubehagelige situasjoner. Rydland har lært at det er viktig å gi omgivelsene rask informasjon. Og han får mest positive tilbakemeldinger.

– Det er godt å møte forståelse. Og jeg har møtt telefonselgere som spør om jeg er dum. Eller full. Noen babler tilbake til meg. Da sier jeg fra til sjefen deres.

Det har vært en omstilling til en hverdag uten jobb. Rydland ble driftssjef, hjemme. Som følge fikk han anledning til å trenre i arbeidstiden.

Mat og måltider er slitsomme greier. Tygge, svelge, sette i halsen. Drøtvygging og sjenerende lyder.

– Jeg må alltid sjekke konsistens og krydder. Matvanene er endret. Jeg bruker lang tid på å spise, og blir amper.

Jeg må alltid be om mer saus. Grøt og pudding er fine greier, og fiskesuppe. Ikke baguette, polse, pizza, burger, pommes frites. Setter det seg i halsen får jeg hjertestans.

Insisterer på livsutfoldelse

I 2001 dro Rydland til Amerika. Hvorfor ikke? Han kunne da umulig være den eneste på Manhattan som gikk på morfin. Det handler om å skyve sykdommen i bakgrunnen, og kraften i å ha noe å se frem til. Gleden over å nå målet.

– Jeg er i live!

Treningen i arbeidstiden har ført til deltagelse i Midnight Sun maraton, Oslo maraton, Reistadløpet, Birkebein-

nerrennet, Marcialonga, Vasaloppet – og mye mer.

Kulturopplevelser berører. Rydland gråter lett.

Han har medlemskap og verv i Munn- og halskrefforeningen. Det er en del av rehabiliteringen å møte folk med samme erfaring. Bearbeide egne opplevelser og dele informasjon og kunnskap. Solidaritet er stikkordet. Foreningen er 50 år, og landets eldste i sitt slag.

Likepersonmøter er meningsfulle i sykdomssituasjoner. Å møte en med samme erfaring. Rydland har samarbeid med øre-nese-hals om en likepersontjeneste.

Mestringsstrategier og perspektiver

- Det er lov å ha vondt.
- Måten du tenker på er avgjørende.

– Du har ansvar selv.

- Det er alltid noe å bygge videre på.
- Kom deg på riktig buss.
- Veksle mellom nærmiljø og fjernmiljø. Perspektiv er vesentlig.
- Ros og belønning er viktig.
- Åpenhet er alfa og omega, søk fellesskap.
- Sett pris på heiagjengen.

Forson deg med det mørke som ligger bak fjerne åser. Vi vet ikke hva som kommer til å skje.

Og til sist siterete Rydland, Erik Bye:
«Mangt skal vi møte, og mangt skal vi mestre. Dagen i dag, den kan bli vår beste dag.»

Tekst: Ellen Beate Dyvi
Foto: Andres Vargas

Bli med på Arbeidslivets klimauke!

Akademikerne har gått sammen med LO, YS Unio, NHO, Virke og KS om et felles prosjekt: Arbeidslivets klimauke. Prosjektet har oppstart 15. januar 2018.

Les mer på www.arbeidslivetsklimauke.no



KOMPLETT
KOMPETANSE-
SENTER

Vurderer du intraoral skanner?

Proteket var Norges første Trios sertifiserte laboratorium. Vi har vært med fra starten, og den erfaringen og kunnskapen vi har opparbeidet oss kan man ikke sette en prislapp på!

Vi fokuserer ikke på pris, men prosessen og oppfølgingen når man har bestemt seg for å bli digitale.

STEG 1 – NÅR DU VURDERER INTRAORAL SKANNER:

- Innføring i de intraorale skannere som finnes i markedet – hva passer til deg og din klinikks?
- Utlassering og opplæring på 3Shape Trios.
- Kurs godkjent med 3 timer i NTFs etterutdanning.

STEG 2 – NÅR DU HAR BESTEMT DEG FOR Å INVESTERE I EN INTRAORAL SKANNER:

- Konkurransedyktig rabatt-tilbud.
- Et bredt spekter av tanntekniske produkter bundet opp i en eventuell nedbetettingsplan.
- Proteket har et egenutviklet 3 stegs opplæringsprogram, som sikrer at alle operatører av skanneren blir trygg i bruken.
- Vårt samarbeid med Straumann gir deg automatisk tilgang til; 1st level support ved 3shapes dedikerte Straumann team samt egen 1st level support i Göteborg.

STEG 3 – NÅR SKANNEREN ER UTPLASSERT, OG LEASET VIA PROTEKET:

- Samarbeid med et komplett kompetansesenter, fagmennesker representert i alle avdelinger.
- Ulike alternativer for produksjons-sted, og produksjonsfremstilling
- Egen kontaktperson, som har erfaring med utlassering av skanner. Vi vet hvor viktig det er med tett oppfølging i starten; det være seg preparasjonsgrenser etc.
- Mulighet for å få tilsendt statistikker over tilsendte filer.

Konseptet for deg som er opptatt av VEILEDNING LØSNING og GARANTI



ORIS Dental har valgt å lease intraoral 3Shape Trios3 skanner gjennom Proteket. For oss i ORIS var det viktig med en leverandør som innehar kompetanse både på intraoral skanning og tannteknikk.

“ Eirik Aasland Salvesen



Oralkirurgisk klinikk har i en årrekke samarbeidet med Proteket. Intraoral scanning åpner for nye muligheter ved behandlingsplanlegging og framstilling av protetiske løsninger ved implantatbehandling. Dette krever samarbeide med et laboratorium som har både kompetanse og interesse for digital utvikling.

“ Dagfinn Nilsen



Vissste du at Proteket tilbyr leasing av 3Shape sin Trios 3 intraorale skanner?

Ta kontakt med oss for et uforpliktende tilbud:

Samir Madrane

samir@proteket.no tel 48 36 04 48

Morten Thorstensen

morten@proteket.no tel 90 09 18 67

Rebekka Langli

rebekka@proteket.no tel 41 41 55 90

Nordental 2017:

Nok en god utstilling

Minst like viktig på NTFs landsmøte som et godt og variert fagprogram, er den store dentalutstillingen. Nordental 2017 føyer seg pent inn i rekken av oversiktlige og gode dentalbransjeutstillinger på Lillestrøm.

1 år hadde utstillingen større areal enn tidligere, og det var positivt at NTFs store torg med tilhørende kaféareal lå sentralt i messeområdet.

Nordental 2017 var en innholdsrik og oversiktig dentalutstilling med gode muligheter for informasjon om nyheter og gode kjøp. Og for dem som hadde lyst på en munnfull eller noe godt å drikke underveis, var utstillerne absolutt på tilbudssiden.

Det er også viktig å nevne at utstillerne som vanlig, stilte med god kompetanse på stand.

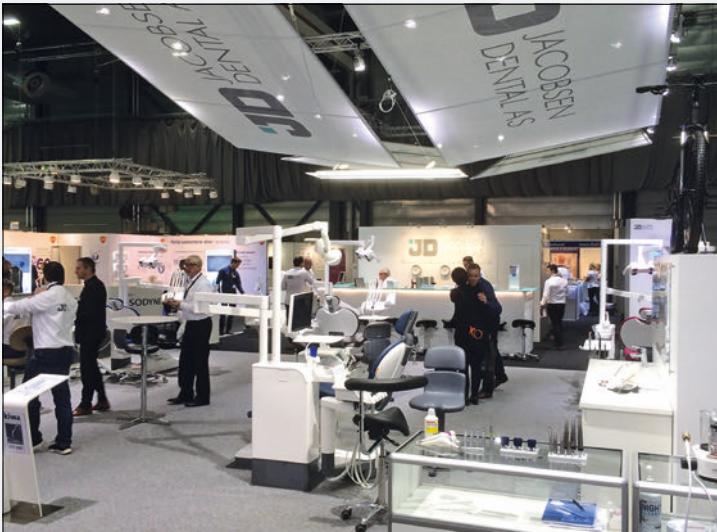
Hvis man skal lete etter trender på Nordental 2017, er det digitalisering som først må nevnes, men også mange forbedringer av kjente produkter. Og selvsagt dukket det opp noen interessante nyheter.



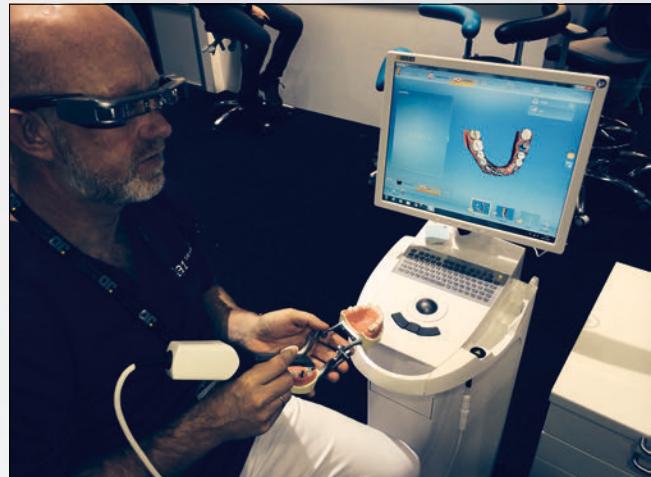
DentalSpar hadde som vanlig en flott stand med mye av interesse. Med Vizilite Pro kan munnhulen screenes med fluoriserende lys for å finne maligne lesjoner på et tidlig stadi- um. Et fantastisk hjelpemiddel.



DentalSpar viste også frem Aadva IOS fra GC, en flott mobil intraoral scanner.



Jacobsen Dental hadde mye interessant å vise frem.



Det mest spennende hos Jacobsen Dental var deres eyeCADconnect. Dette er en brille som gjør at man ikke behøver å se på skjermen når man skanner. Skjermen ligger nemlig OGSÅ i brillene, slik at man både kan se hva man gjør, og, ved å flytte blikket en millimeter, ser skjermen i selve brillen. Må oppleves – dette er virkelig spennende.



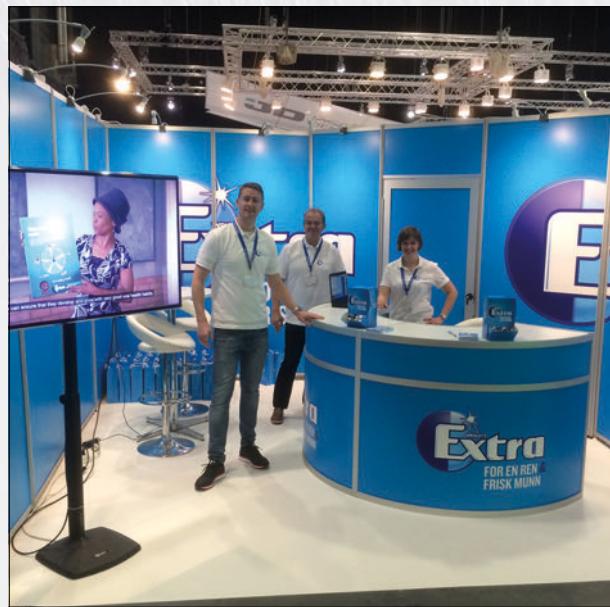
Sensodyne var på plass med sin nye Rapid Relief – et enda mer effektivt produkt for dem som plages av ising i tennene.



VOCO viste frem sitt silikonbaserte presisjonsavtrykksmateriale V-posil. Dette er et produkt som bør være av interesse.



Technomedics viste som vanlig frem sitt flotte assortement av håndinstrumenter. Det er vanskelig å finne tynne kyretter som er bedre enn dette.



Extra tyggegummi hadde en øynefallende blå stand. Under påstanden: Hvert tygg gjør en forskjell! gir Extra ett øre per solgte tyggegummi til SOS Barnebyer. Det betyr at 32 000 barn i SOS Barnebyer hvert år får egen tannbørste.



Norsk Tannvern hadde en meget godt besøkt stand med mye nyttig informasjonsmateriell.



Tannhelsesekretærernes Forbund var som vanlig til stede på Nordental. De representerer en viktig gruppe medarbeidere i tannhelseteamet og står på for både kompetanseutvikling, rekruttering og lønnsutvikling.



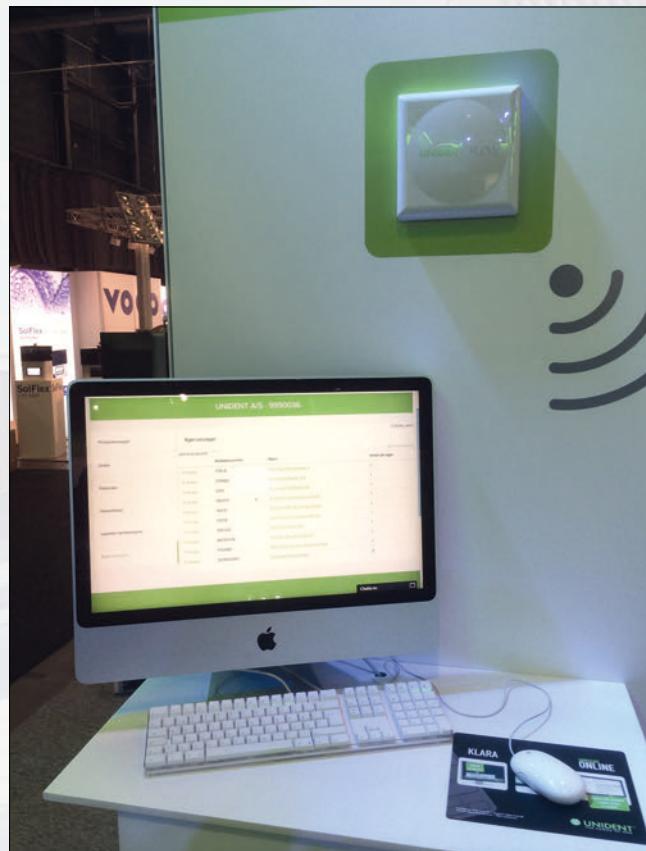
Dental-Art viste frem flotte skap- og skufeseksjoner til klinikken. Usedvanlig god finish og et helt enormt utvalg. Virkelig noe å ta i betraktning ved kjøp av innredning.



Unident lyste som vanlig opp i utstillingslandskapet.



Durr var som alltid på plass med sine kvalitetskompressorer, men de visste også frem Lunos Myflow – en åpenbar konkurrent til AirFlow som de fleste vel kjenner. Lunos Myflow har forbedret og forenklet et velkjent konsept bruksmessig og med mer behagelig smak på pulveret, har vi her et produkt som mange vil like.



Durrs elegante og superrasjonelle varebestillingssystem er vel verdt en titt. Det heter UnidentFLOW, er heldigitalisert og krever minimalt av tid på klinikken.

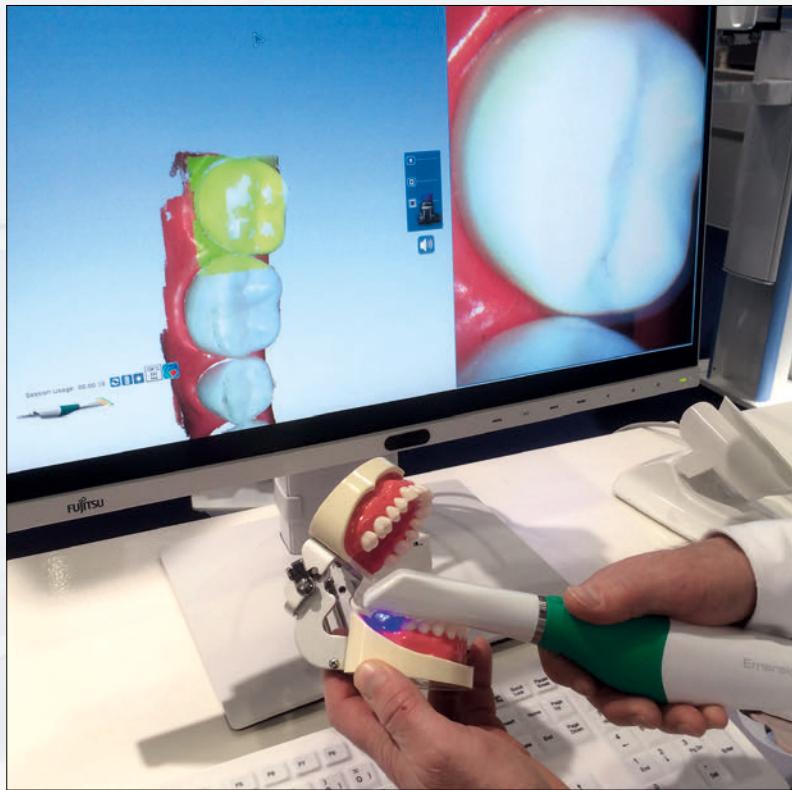
Dette bør kunne anbefales.



3Ms røde stand er alltid verdt et besøk. Her ønsket man å vise frem 3M Filtek One Bulk Fill komposit. Å kunne legge fyllinger i sjikt på hele fem mm er av og til veldig interessant, og 3Ms Bulk Fill har vist seg som et meget godt produkt i dette segmentet.



Plandent hadde den største og mest omfattende standen på Nordental.



Her fantes kompetanse på det meste og de viste frem blant annet AirFlow og demonstrerte villig sin skanner. Det er alltid interessant å besøke Plandents stand, som nesten er en hel utstilling alene.



OPUSdental er foran på mange områder. Norsk Tannhelseforsikring er nå integrert i OPUS og ikke minst er OPUS nå med i det globale språket i helsevesenet – SNOMED CT. Dette er et verdensomspennende system med perspektiver på blant annet innhenting av data, og som er i spennende utvikling.



Lic Dental presenterte Nordentals flotteste bukett av sesseler. En god sessel gjør hverdagen bedre og mindre belastende for tannlegen, og Lic hadde utvalget.



Klinikktøy blir alltid presentert på Nordental, og årets utstilling var intet unntak. Både Sverre Monsen (Hejco) og Health workers presenterte et flott utvalg både i modeller og farger.





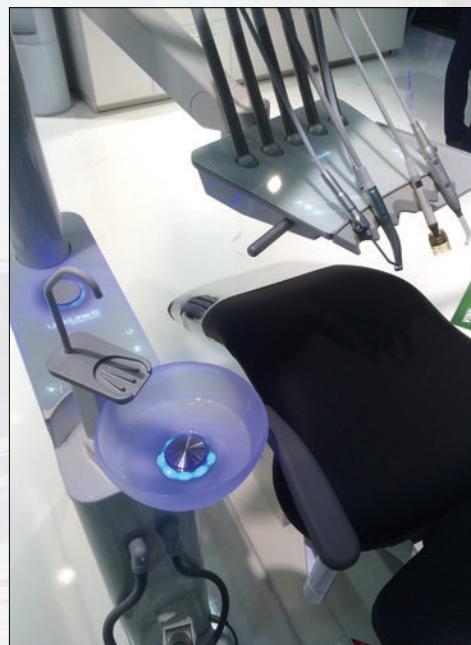
Dental Direct har et enormt utvalg av engangsprodukter til svært konkurransedyktige priser.



Dental Directs viktigste produkt er engangshansker, og nytt av året er Prestige Nitrile Care. Denne hansen består av kolloidale mikroenheter av HAVRE som har unike egenskaper med hensyn til å forhindre kløe og irritasjon. Hansken er svært komfortabel å bruke, og kjennes veldig god på hånden. Denne bør prøves!



Dental Sør hadde en lekker stand og kunne vise frem uniter med nyheter fra danske Heka. Hva med blå belysning i fontene, og der glasset skal stå?





Norsk Orthoform presenterte noen unike, amerikanske ekstraksjonstenger der fraktur av tann skulle være bortimot umulig og ekstraksjonen svært atraumatisk.



Oral B hadde en lekker stand og presenterte nyheter på el-børstefronten.



Rent funksjonelt er tangen en blanding av hebel og tang. Demonstrasjonen var overbevisende. Kanskje verdt å prøve?



Colgate var også til stede på Nordental, og de viste frem sine produkter.



Dentatec dental hadde et nytt seksjonsmatrisesystem å vise frem. Gode kontaktpunkter er ikke alltid like enkelt å få til, men dette systemet fremsto både som enkelt å håndtere og flott med hensyn til gode kontakter. Produktet kommer fra Polydental i Sveits, og de leverer en rekke alternativer – myClip var faktisk meget håndterbar.



Ingen Nordental uten Straumann. Implantater hadde ingen stor plass på utstillingen, men de viktige leverandørene var på plass.



Dandent leverer innredninger til klinikken, og her snakker vi om lekker design og mange fine småkomponenter. Dandent er vel verdt å vurdere ved kjøp av innredning.



Laser har sine tilhengere og svært mange brukere over hele verden, og Scanex viste frem sin Light-Walker. Det er et apparat for både blåtev og hardtev, og skal vi tro entusiastene er laser helt uunnværlig i klinikken..



Hearsafe er individuelt tilpasset hørselsvern. Det tilpasses støysituasjonen man er i, og gir mulighet til å høre tale når de er i bruk. Tannleger utsettes for høyfrekvent støy i sin hverdag, og Hearsafe burde nok brukes av de fleste for ikke å skade hørselen gjennom et langt liv ved turbinen).



Skotrekk er et nyttig og viktig hjelpemiddel for å holde klinikkgulvet rent, særlig i den sålete delen av året. Ikke alle klarer å bøye seg ned å trekke slikt over skoene, og derfor kan man av Skomaskiner leie eller kjøpe maskiner som gjør jobben.



Tonne Dental er den orange fargeklatten på Nordental. De viste frem uniter og ikke minst OPG-apparater. Men aller helst ville de vise frem sin superturbin fra BienAir på hele 30 watt. Dette er et lett toppinstrument med lavt støy nivå og topp lysnivå. Bedre blir det ikke!



NPE hadde en liten informasjonsstand. NPE er en flott ordning som alle burde delta i!! Flott for pasientene og fint for tannlegene.

Årets Nordental virket mer innbydende, oversiktiglig og romslig enn de foregående – det var god plass overalt og utstillingen fungerte som den skulle, som den viktigste sosiale arenaen under landsmøtet. Ros til dentalbransjen!

Tekst og foto:
Kjetil Reppen



Alfa Dental viste fram iCare, et automatisk system for rensing, desinfeksjon og smøring av turbiner og vinkelstykker. Dette er et kvalitetsprodukt som på en første-klasses måte ivaretar de krav man MÅ sette til hygiene når det gjelder roterende utstyr.

OsseoSpeed® Profile implants – optimalisert benbevaring og økt bløtvevsvolume

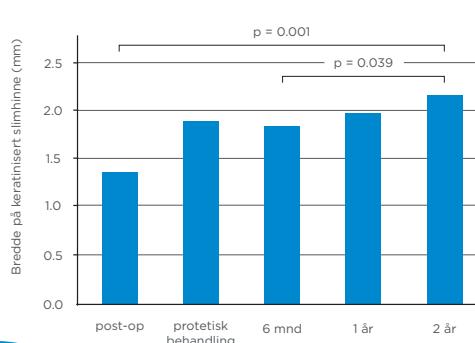
NYLIG PUBLISERTE RESULTATER MED PRODUKTER FRA DENTSPLY SIRONA IMPLANTS



OsseoSpeed
Profile implantater
– Utformet for
kasus med skrå
kjevekam

24 Sentre
184 Pasienter
238 Implantater

>99 %
Total
overlevelsesrate



Gjenvinning av keratinisert slimhinne

hos pasienter med suboptimale
bløtvevsforhold
(bredde ≤ 2 mm ved
postoperativ kontroll)

Gjennomsnittlig
reduksjon av bennivå
KUN
0.3

Prospektiv
2-års studie

OsseoSpeed Profile
implantater følger
anatomien ved
en skrå kjevekam
og optimaliserer
benbevaring.

En studie utført ved flere
sentre, som undersøker
overlevelsesrate
på implantat og
bevaring av hard-
og bløtvevsnivåer
ved installering av
OsseoSpeed Profile i
tilhelt ben i posteriore
mandibel.



Schiegnitz E, Noelken R, Moergel M, Berres M, Wagner W. Survival and tissue maintenance of an implant with a sloped configurated shoulder in the posterior mandible-a prospective multicenter study. Clin Oral Implants Res 2016;E-pub May 13, doi:10.1111/cir.12869.



www.dentsplysirona.com

Continuing to challenge with sound science

 **Dentsply
Sirona**
Implants

Workshop om strålevern i tannhelseprofesjonsutdanningene

Statens strålevern og Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo inviterte alle utdanningsinstitusjonene for tannleger, kjeve- og ansiktsradiologer, tannpleiere og tannhelsesekretærer, samt tilhørende profesjonsforeninger til en workshop om læringsutbytter i strålevern.

Workshopen fant sted 22. september. Hensikten var å følge opp resultatene i Statens stråleverns rapport om strålevern i utdanningene for helsepersonell [1]. I rapporten ble tannhelseutdanningsenes strålevernundervisning ansett til å være tilfredsstillende, men det ble anbefalt å implementere læringsutbytter fra EUs anbefalinger [2] og å harmonisere læringsutbyttene mellom utdanningsinstitusjonene. På et oppfølgingsmøte om rapporten hos Statens strålevern uttrykte flere av utdanningsinstitusjonene et ønske om å starte opp dette arbeidet sammen i en workshop.

EUs retningslinjer for strålevern i utdanning og praktisk opplæring ble utgitt i en rapport i 2014, utarbeidet av European Society of Radiology. I rapportens tabell 5.1 er det skissert læringsutbytter for tannleger. I tillegg er tabell 3.1 som omhandler læringsutbytter for henvisere relevant. For spesialistutdanningen i kjeve- og ansiktsradiologi gjelder tabell 4.1.1 som er utviklet for medisinsk radiologi.

Det er vanlig å bruke ordet «læringsmål» når innholdet i utdanningene skal defineres. Ved å bruke ordet «læringsutbytter» (learning outcomes i internasjonal litteratur) [3] i stedet, settes det fokus på hva studentene faktisk kan, og er i stand til å gjøre som et resultat av læringsprosessen.

På workshopen deltok 21 personer fra til sammen tre universiteter, en høgskole, fire videregående skoler, Statens



Glade deltakere på workshop. Foto: Margit Selsjord, Det odontologiske fakultet, UiO.

strålevern, Tannhelsesekretærernes Forbund, Norsk Tannpleierforening, Den norske tannlegeforening og Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi. I første halvdel presenterte utdanningsinstitusjonene sine gjeldende læreplaner og læringsutbytter som omhandlet

strålevern. Andre halvdel av workshoppen ble brukt til å profesjonsvis arbeide i grupper med å gå gjennom egne læringsutbytter og se på mulighet for å tilpasse dem til EUs anbefalinger, samt å harmonisere læringsutbyttene



Representanter fra Tannlegeforeningen er også opptatt av spesialistutdanning i kjeve- og ansiktsradiologi. Foto: Hege Markussen, Det odontologiske fakultet, UiO.



Fra arbeidet i gruppen. Foto: Margit Selsjord, Det odontologiske fakultet, UiO.

mellan de forskjellige utdanningsinstitusjonene.

Tannlegeprofesjonen var representert ved lærere fra alle de tre universitetene som utdanner tannleger i tillegg til Vibeke Lochner og Øyvind Asmyhr fra Den norske tannlegeforeningen. I tillegg var spesialistutdanningen

i kjeve- og ansiktsradiologi representert ved lærere fra de to universitetene som tilbyr denne spesialistutdanningen og Caroline Hol fra Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi. Tannlegeutdanningene og spesialistutdanningene i kjeve- og ansiktsradiologi hadde allerede i all hovedsak implementert EUs

læringsutbytter i sine utdannelser. På sikt ønsker likevel institusjonene å harmonisere formuleringer som sammenfatter læringsutbyttene. Stemningen på møtet var god og deltakerne ga positive tilbakemeldinger. Det tas sikte på å arrangere et oppfølgingsmøte av workshoppen om cirka to år.

Linda Z. Arvidsson, Caroline Hol, Gerald Torgersen, Kristine Wikan

Referanser

1. Silkose, R. and E. Friberg, Strålevern i utdanningene for helsepersonell. Kartlegging av strålevernundervisningen for utvalgte helseprofesjoner som er involvert i arbeid med medisinsk strålebruk, in StrålevernRapport 2014: 5, 2014, Statens strålevern
2. European Union, RP 175 Guidelines on Radiation Protection Education and Training Of Medical Professionals in the European Union, in RADIATION PROTECTION NO 175, 2014, European Union.
3. The Teaching + Learning Lab MIT. Intended Learning Outcomes. How We Can Help You, 2017 [25.09.2017]; Available from: <http://tl.mit.edu/help/intended-learning-outcomes>.

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Lønnspolitisk forum 2017:

Arbeid med NTFs nye pensjonspolitikk

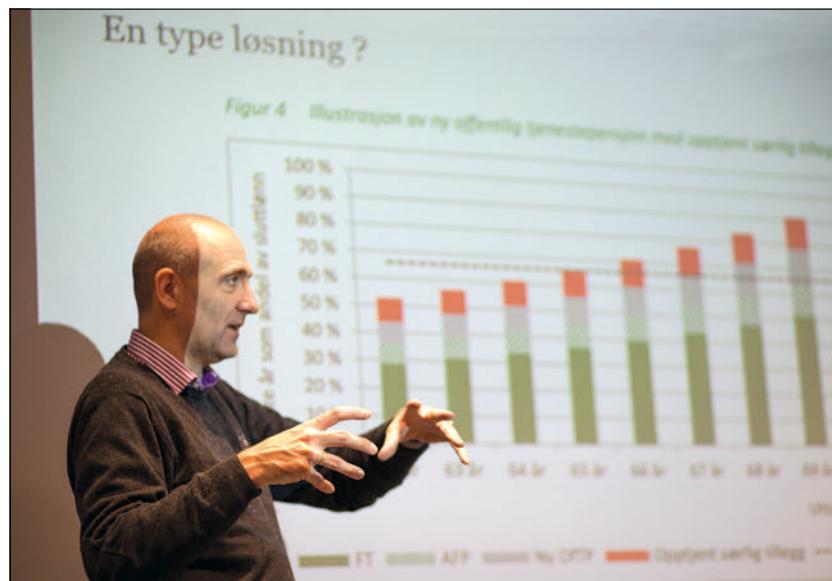
Hovedoppgaven på årets forum var å utforme Tannlegeforeningens nye pensjonspolitikk for offentlig sektor, men siste nytt om regionreformen og overføring av tannhelsetjenesten fikk også oppmerksomhet.

NTFs lønnspolitiske forum ble arrangert på Gardermoen den 26. og 27. oktober 2017. De 32 deltakerne bestod av ledere av utvalget av tillitsvalgte (UTV-ledere) fra offentlig sektor, styret i Sentralt forhandlingsutvalg, NTFs president, Camilla Hansen Steinum og ansatte i Tannlegeforeningens sekretariat.

Leder av Sentralt forhandlingsutvalg (SF), Farshad Alamdari, åpnet møtet og presenterte forumets to hovedtemaer: En ny pensjonspolitikk for Tannlegeforeningen og ikke mindre interessant: Hva skjer med vedtaket om overføring av Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene, og hvordan er erfaringene med sammenslåing av fylkeskommuner så langt?

Lokale lønnsforhandlinger

Gjennomgangen av forhandlingene i de forskjellige fylkeskommunene ble



Leder i Akademikerne stat, Anders Kvam, innledet arbeidet med en ny pensjonspolitikk i NTF med en gjennomgang av Akademikernes ståsted.

kommentert og gjennomgått for best mulig å kunne takle både det formelle og det forhandlingstekniske ved lønnsforhandlingene.

Nytt kurs for tillitsvalgte

Rådgiver for e-læring i NTF, Øyvind Huseby, orienterte om NTFs nettbaserte

kurs for nye tillitsvalgte. Kurset er bygget opp med hovedvekt på tillitsvalgtrollen og har mye nyttig informasjon om NTFs organisasjon og aktiviteter. Kurset er gratis for medlemmer.

Regionreformen og medvirkning

Advokat i NTF, Dag Kielland Nilsen, tok opp prosessen rundt regionreformen og mulige konsekvenser. Det oppstår mange arbeidsrettslige spørsmål ved sammenslåing av fylkeskommuner til regioner. Her vil det komme informasjonsmateriell fra NTF til bruk for alle tillitsvalgte.

Erfaringer fra Trøndelag

Flere fylker er i ferd med å slå seg sammen, og Trøndelagsfylkene er kommet lengst. Tor Olav Sølberg, UTV-leder fra Sør-Trøndelag, fortalte fra prosessen.

Før vedtaket om sammenslåing ble det gjort en grundig innbyggerundersøkelse, som så ble diskutert på et felles



Deltakerne på Lønnspolitisk forum arbeidet i grupper begge dagene for å utarbeide en best mulig pensjonspolitikk for NTF.



Forhandlingssjef i NTF, John Frammer, var en av innlederne til gruppearbeidet om pensjon.

fylkesting. Det er forskjell på styresettet i Nord- og Sør-Trøndelag, og sørtrøndersk styreform ble valgt, det vil si en modell med formannskapsstyre.

Tillitsvalgte har vært involvert tidlig, og de har hatt informasjonsmøter og drøftingsmøter. Fra 2016 har de hatt

forhandlingsmøter om lønn og ansettelsesvilkår.

– Prosessen har gått smertefritt, vi har gjort dette frivillig, sa Sølberg. De kommer ikke til bare å ha ett senter. De skal bygge opp Steinkjer som nytt senter, de har dessuten Trondheim fra før,



Styret i Sentralt forhandlingsutvalg ble gjenvalgt. Fra venstre: Ragnhild H. Løken, medlem, Farshad Alamdari, leder og Hege Myklebust Vartdal, nestleder.

og mange møter legges til Stjørdal fordi det ligger midt mellom de to andre sentrene.

Fylkestannlegens kontorer lagt til Steinkjer, og tannhelse sorterer under assisterende rådmann. Det er også behov for en assisterende fylkestannlege, siden regionen er blitt dobbelt så stor.

Det er bestemt at det skal være en tannlege i alle ledende stillinger, der det er mulig.

De lokale fagforeningene har måttet slå seg sammen og velge nye hovedtiltaktsvalgte. De har laget gode ordninger for de tillitsvalgte, som får den tiden de trenger i denne prosessen. Både lønnninger og ordningene for kompetanseutvikling, bonusavtaler og særavtaler i nord og sør har vært forskjellige. Ordningene skal harmoniseres, og det er vanskelig å få til gode løsninger for alle, særlig når det ikke alltid blir tilført midler til harmonisering. Her må mye også løses i de årlige forhandlingene.

Akademikernes pensjonspolitikk

– Pensjonssystemet må bli godt nok, sa leder i Akademikerne stat, Anders Kvam, og innledet gruppearbeidet om en ny pensjonspolitikk for NTF i offentlig sektor med en gjennomgang av Akademikernes pensjonspolitikk. Den offentlige tjenestepensjonen er under omlegging og pensjonssystemet må gi incentiver til å stå lengre i arbeid, sa Kvam.

Det er foreløpig ikke gjort noe med ny offentlig tjenestepensjon eller særaldersgrensen. Vi trenger også nye samordningsregler for dem som er født i 1954 og senere. Her er det fremdeles uklart hva de får som går av med pensjon om noen få år, men det er en høring ute med frist 20. desember, som viser at arbeidet er i gang.

Akademikernes ståsted er at innstakket for pensjonssparing, nå på 7,1 G i folketrygden, må fjernes eller

heves, og det må gis pensjonsopptjening for studier og høyere utdanning.

– Det må også være en reell mulighet for fleksibel og selvvalgt uttak av alderspensjon fra 62 år. Retten til AFP må gjøres tilgjengelig for alle arbeidstakere, fordi dagens AFP-ordning gir uforutsigbare utslag og reduserer mobiliteten mellom sektorene. Dessuten må arbeidslivets øvre aldersgrense oppheves, sa Kvam.

Pensjonssystemet må sikre borgernes grunnleggende pensjonsrettigheter. Akademikerne mener at alderspen-

sjon skal være en livsvarig ytelse. Pensjonsordningene må være innrettet slik at man unngår innelåsing mellom bransjer i privat sektor og mellom offentlig og privat sektor.

NTFs pensjonspolitikk

NTFs pensjonspolitikk skal revideres, og forhandlingssjef i NTF John Frammer og Farshad Alamdari innledet gruppearbeidet for utforming av NTFs pensjonspolitikk, som deltakerne arbeidet med. Lønnspolitisk forums forslag til pensjonspolitikk ble lagt fram,

og skal så behandles i NTFs hovedstyre senere.

Valg

Farshad Alamdari, Hege Myklebust Vartdal og Ragnhild H. Løken ble gjenvalgt som henholdsvis leder, nestleder og medlem av Sentralt forhandlingsutvalg. Øystein G. Ellingsen ble gjenvalgt som varamedlem og Christiane Howlid Dale kom inn som nytt vara-medlem etter forslag fra Rogaland.

NTF på høring om statsbudsjettet

Torsdag 26. oktober var Tannlegeforeningen på høring med Stortingets Helse- og omsorgskomite om forslaget til statsbudsjettet 2018. Camilla Hansen Steinum, president i NTF og Morten Rolstad, generalsekretær, kom direkte fra høringen til Lønnspolitisk forum, og deltakerne fikk en fersk orientering.

Presidenten trakk spesielt frem to viktige punkter: – innslagspunkt 14 i trygdeordningen og den økte støtten til kompetancesentrene.

Mindre til trygdestønad

Det var en gledelig tverrpolitisk enighet i partiprogrammene om å styrke stønadsordningene til tannhelse for sårbare pasientgrupper.

«Derfor er det ekstra skuffende at disse stønadsordningene igjen er kuttet i dette budsjettet, slik det er blitt gjort

systematisk siden 2014», heter det i høringssvaret. Totalt er stønadene kuttet med i overkant av 300 millioner kroner i denne perioden. Presidenten la spesielt vekt på kuttet i stønad til tannbehandling for personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsatt funksjonsevne, punkt 14 i trygdeordningen. Dette er det eneste punktet som kan knyttes til pasientens psykiske helse. «Regjeringen har gjentatt at psykisk helse er et satsingsområde, men det følges ikke opp når det gjelder tannhelsen til disse pasientene. Et kutt i nettopp dette stønads punktet er hverken sosialt eller lønnsomt», heter det videre i høringssvaret.

Mer til kompetancesentrene

Det andre punktet presidenten trakk frem, og som også førte til oppfølgingsspørsmål fra komiteen, er at det igjen flyttes millionbeløp fra pasientstønader til de regionale kompetanse-

sentrene. NTF påpekte at målet med opprettningen av kompetancesentrene var at det skulle bidra til et løft til hele tannhelsetjenesten – både offentlig og privat. Det har dessverre ikke skjedd. Dessuten representerer sentrene en ytterligere oppbygging av spesialistkompetanse i sentrale strøk, i stedet for å bidra til spredning av spesialistkompetanse, som var målet. NTF var også tydelige i tilbakemeldingen om at utdanning av spesialister bør skje ved fakultetene, ikke ved kompetancesentrene, sa Steinum.

Ny prøveordning?

I forslaget til statsbudsjettet ser det for øvrig ut som om det åpner for en helt ny prøveordning: nemlig en abonnementssordning for voksne pasienter, en form for fastprisordning som ligner på den de har i Sverige.

Tekst og foto: Kristin Aksnes



HAR DU INNSIKT OG KONTROLL OVER EGEN PENSJON?

Sykeavbruddskassen tilbyr pensjonsrådgivning som et medlemsgode. Du får tilgang til en av markedets ledende aktører på pensjonsrådgivning til en redusert pris. Pensjonsrådgivningen vil gi deg innsikt om egen pensjonssituasjon. Som selvstendig næringsdrivende, er det viktig å tenke på en pensjonsplan for egen virksomhet og eventuelt ansatte.

Vi har inngått avtale om individuell pensjonsrådgivning med Gabler AS. Du finner mer informasjon på vår hjemmeside sykeavbruddskassen.no

HVA GJØR SYKDOMSAVBRUDD MED DIN TANNLEGEVIRKSOMHET?

Som medlem i Den norske tannlegeforening, kan du gjennom Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse kjøpe forsikringsdekning av driftsutgifter ved sykdom. Sykeavbruddskassen eies av medlemmene, med formål å sikre din inntekt ved sykeavbrudd. Beregn ditt forsikringsbehov på vår hjemmeside sykeavbruddskassen.no



Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder
Tannlegeforening
Astrid Treldal,
tlf. 37 03 80 77

Lars-Olof Bergmann
e-post: tanber@online.no

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 55 31 26 66

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Lise Opsahl,
tlf. 32 84 81 32

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

Haugaland
Tannlegeforening
Christine Stene Holstad
tlf. 52 85 38 64

Jon Magne Quale,
tlf. 990 09 186

Hedmark
Tannlegeforening
Børge Vaadal
tlf. 991 21 311

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

Nordland
Tannlegeforening
Sigmund Kristiansen,
tlf. 75 52 23 69

Connie Vian Helbostad,
e-post: helbovian@online.no

Olav Kvittnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

Oppland
Tannlegeforening
Ole Johan Hjortdal,
tlf. 61 25 81 67

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

Oslo
Tannlegeforening
Lise Kiil,
tlf. 22 60 05 34

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening
Knut Mauland,
tlf. 908 708 99/
51 48 51 51 (jobb).

Kirsten M. Øvestad Høiland,
tlf. 51 53 64 21

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

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

Sogn og Fjordane
Tannlegeforening
Synnøve Leikanger,
tlf. 57 74 87 02

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 997 48 895

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

Morten Nergård,
tlf. 950 54 633

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
tlf. 952 10 291

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

Troms
Tannlegeforening
Elsa Sundsvold,
tlf. 77 68 74 28

Ninni Haug
tlf. 97 09 11 67

Vest-Agder
Tannlegeforening
Alfred Gimle Ro,
tlf. 38 05 10 81

Vestfold
Tannlegeforening
Eva Nielsen,
tlf. 91 87 82 81

Svein Tveter,
tlf. 90 82 57 89

Østfold
Tannlegeforening
Marit Johnsrud Tonholm,
tlf. 952 75 422

Tore-Cato Karlsen,
tlf. 45 22 20 44

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



Kommentar til presidentens svar:

Privat sektor, spesialistene og kommunereformen

Takk til presidenten for et fyldig og informativt svar! Hun misforstår imidlertid når hun tror jeg ville foretrukket overføring til kommunene. Det skriver jeg ikke. Jeg påpeker kun at en fylkeskommunal forankring *også medfører risiko for privat sektor.*

Presidenten skriver ganske riktig at «de fleste pasienter henvises til spesialist fra privat allmennpraksis». Men det gjelder ikke for kjeveortopedi der «alle» henvises fra Den offentlige tannhelse-tjenesten (DOT).

Da Akershus trakk seg fra Tannhelse-tjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) var begrunnelsen at det kunne bli vanskelig å få nok pasienter i konkurransen med private spesialister, *bortsett fra for kjeveortopedi der de selv kunne styre henvisingen av «sine egne» pasienter.*

I dag kan de ikke gjøre det uten å bryte konkurranseregler. Men overføres trygdemidlene til DOT og/eller De regionale kompetansentrene (ROKene) som oppretter spesialiststillinger, kan alle pasienter henvises dit.

Beholdes trygdefinansiering er det ikke avgjørende slik presidenten skri-

ver, at «retten til vederlagsfri behandling i DOT» ble foreslått fjernet, det vil si at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennom forskrift kunne bestemme at fritt klientell skulle betale egenandeler. Det er mindre interessant for oss private enn forslaget om å *fjerne* offentlige spesialisters mellomlegg. Da omgår man konkurransereglene og DOT kan henvise direkte til egne spesialister.

Det bør ikke overraske noen at byråkratene i HOD i ly av kommunereformen prøvde å få økt offentlig styring med private spesialister og allmennpraktikere. Det er gamle ideologiske kjeppester de forsøkte å snike under den politiske radaren. De lyktes ikke, men det ble synliggjort at ønsket om regulering av privat sektor, særlig spesialistene, lever i beste velgående. I statsbudsjettet for 2018 fremmes nye forslag som vil gi DOT og ROKene økt kontroll over spesialistene og spesialistutdanningen.

NTF vant slaget, men krigen fortsetter. Derfor er det viktig at NTF ikke senker guarden, men gjennom en løpende

diskusjon utvikler og fremmer forslag som kan hindre offentlig overtakelse og sikre varig gode rammevilkår for private allmennpraktikere og spesialister.

For eksempel bør NTF arbeide for at spesialistbehandling finansieres ved trygderefusjoner også i DOT/ROK, og ikke ved rammetilskudd, og at de får ta mellomlegg. Da vil private spesialister få konkurrere, og pengene vil gå til pasientbehandling, ikke byråkrati.

Det er best med en samlet forening når det blåser, og denne gang var det mulig. Neste gang kan interessemotsettingene mellom offentlig og privat sektor, eller mellom spesialister og allmennpraktikere, være større. Da må NTF evne å prioritere privat sektor der det store flertall av medlemmene befinner seg hvis det blir problemstillingen, og spesialistene når de helt sikert vil trenge støtte på sine områder. Det har ikke alltid vært tilfelle.

Tor Torbjørnsen
Kjeveortoped

Tenner for alle – hele livet

Norsk Tannvern vil ha forsterket fokus på sosial ulikhet i tannhelse og inviterer til samarbeid



www.tannvern.no



Kort kommentar til Tor Torbjørnsens kommentar:

«Privat sektor, spesialistene og kommunereformen»

Jeg takker for kommentarer og utdyping.

Jeg er helt enig Torbjørnsens kommentar om at «slaget er vunnet, men krigen fortsetter». Jeg kan forsikre om at NTF arbeider med alle de problemstillingene Torbjørnsen tar opp i sitt innlegg.

Så er jeg helt overbevist om at vi står sterkest sammen. Om NTF skal ha noen påvirkningskraft, så må vi klare å overvinne eventuelle interessekonflikter.

Etter at spesialistforeningene fikk en mer formell plass i NTF (ved at alle spesialistforeningene nå har en egen representant på NTFs representantskap med tale-, forslags- og stemmerett), har spesialistforeningene fått en viktigere posisjon i NTF. Jeg opplever at vi har et meget godt samarbeid, noe vi også har med våre lokalforeninger og NTF Student. Det er et godt grunnlag for å møte eventuelle vanskelige situasjoner i fremtiden.

«If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.»

Camilla Hansen Steinum
President i NTF
Camilla.Hansen.Steignum@tannlegeforeningen.no



NTF MEDLEMSAPP!

Alt om ditt medlemskap tilgjengelig på en app!
Tilgjengelig for iOS og android på App Store og Google play

- Digitalt medlemskort
- Din kontakt- og medlemsinfo
- Din kursprofil
- NTFs kurspåmelding
- Medlemsforum
- Oversikt over medlemsfordeler

Vedtektsdyrkning

Representantskapet skal, for nok en gang, revidere vedtekten. Presidenten sier i innledningen til representantskapssakene at dette er en revisjon og det er naturlig å fortsette dette revisjonsarbeidet også i neste periode. Akk ja.

Jeg kjenner ingen forening som elsker å dyrke sine vedtekter som NTF. Hvor mange timer representantskapene oppgjennom årene har brukt for å diskutere de modale hjelpeverb – hvorvidt man skal, må eller bør gjøre noe – er usikkert. Det som er sikkert er at forsamlingen hvert møte bruker en uforholdsmessig del av sin tid på vedtekten.

Ikke et ondt ord om vedtekter. De trengs. Men samtidig skriver presidenten at «Representantskapsmøtet er NTFs viktigste politiske verksted». Da spørs det om man ikke burde bruke tiden til foreningens fremste tillitsvalgte litt bedre enn å findebattere formuleringer i vedtekten. Et politisk verksted burde ha viktigere ting å gjøre.

Enhver forening må ha vedtekter. Også NTF selvfølgelig. Men kanskje kan man, i den kommende revisjon, se litt på hele oppbyggingen av vårt vedtektsystem. Det er ikke sikkert at enhver detalj i foreningens kjøreregler behøver å debatteres og vedtas med 2/3 eller 3/4 flertall i representantskapet.

Kanskje burde vi skrelle vedtekten ned til overordnede, prinsipielle lover for foreningens virksomhet. Og så la det man med et fint ord kaller implementeringen, skje ved hjelp av forskrifter, reglementer, instrukser osv. som behandles, vedtas og eventuelt senere også endres av hovedstyret.

NTF er omsider kommet så langt at man har innført toårige representantskapsperioder. Da er det viktig at foreningens høyeste og mest representative forum bruker tiden best mulig. La det være en viktig premiss i det kommende revisjonsarbeidet!

Harald Jøstensen

Buenos Aires
Argentina
5-8 September 2018

fdi BUENOS AIRES 2018
World Dental Congress

A PASSION FOR MANY, A COMMITMENT FOR ALL



Svar til Harald Jøstensen:

«Vedtektsdyrkning»

Takk for innspill i anledning arbeidet med vedtekten våre. Jeg deler Jøstensens syn på at det er en fare for at man dyrker vedtekter og endringer i disse, og at tiden som medgår, kan gå på bekostning av andre viktige diskusjoner. Samtidig er det viktig å ha relevante og oppdaterte vedtekter som gjør at foreningen kan utøve sin virksomhet på en god måte. De fremlagte vedtektsendringene er i så måte et forsøk på en opprydding i dagens vedtekter og en fjerning av overflødige bestemmelser.

I neste periode ser vi for oss en større innholdsmessig revisjon. I dette arbeidet vil vi ta med oss Jøstensens gode innspill om at vedtekten bør være overordnede og prinsipielle og danne et godt grunnlag for foreningens arbeid. Ved slike større endringer må selvsagt organisasjonsleddene involveres.

Hovedstyret har lagt opp til gode diskusjoner rundt viktige spørsmål på representantskapet. Spesielt gjelder dette når vi kommer til arbeidsprogram og policydokumenter. Vi gleder oss til god meningsutveksling og debatt.

Så får vi håpe at fremtidige vedtektsendringer vil legge til rette for at kommende representantskap i enda større utstrekning kan benytte tiden til viktige politiske diskusjoner. Det er i alle fall min ambisjon.

*Camilla Hansen Steinum
President i NTF
camilla.hansen.steignum@
tannlegeforeningen.no*

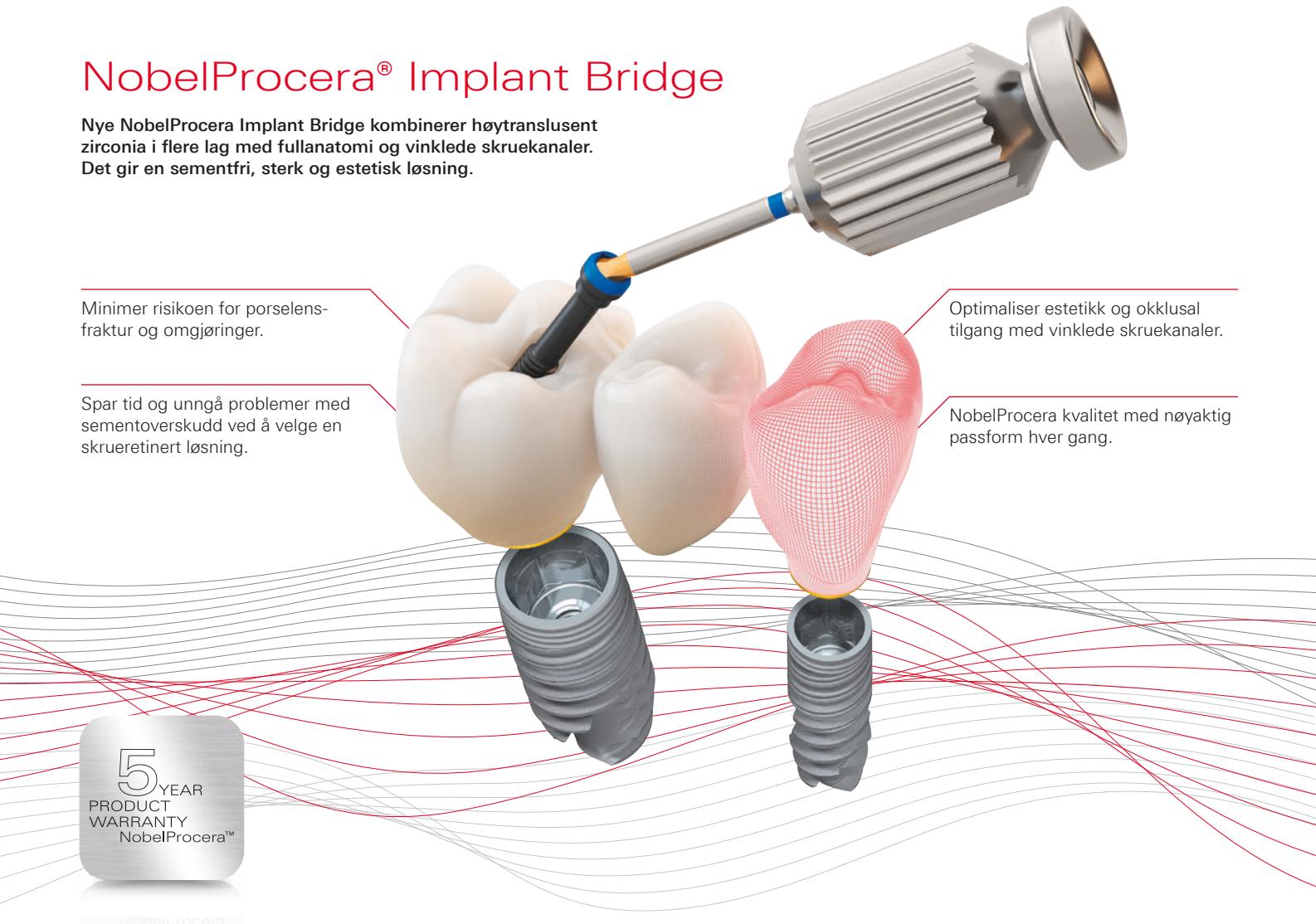
Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Originalen nå enda bedre



NobelProcera® Implant Bridge

Nye NobelProcera Implant Bridge kombinerer høytranslusent zirconia i flere lag med fullanatom og vinklede skruekanaler. Det gir en sementfri, sterkt og estetisk løsning.



Les mer på: nobelbiocare.com/fcz

GMT 52732 © Nobel Biocare Norge AS 2017. All rights reserved. Nobel Biocare, the Nobel Biocare logotype and all other trademarks are, if nothing else is stated or is evident from the context in a certain case, trademarks of Nobel Biocare. Please refer to nobelbiocare.com/trademarks for more information. Product images are not necessarily to scale.





**Vi sees på
Vestlandsmøtet,
Klækkenmøtet og
Midt-Norgemøtet i
2018**

Saga/Regnskap

Tove Berglind
tove@sagaservices.no / 404 08 658

Saga/Consult

UAVHENGIG RÅDGIVNING

Svend Holum
post@sagaconsult.no / 32 17 92 93

Saga/BHT

Marit Hollerud
mh@sagabht.no / 400 02 207



HMS gjort enkelt!
info@tudu.no / 400 02 533

Snakk med oss om

Salg av praksis / Avtaler / Drift
Personal / Selskapsform / Regnskap
Lønnsomhet / Skatt / HMS-oppfølging
Bedriftshelsetjeneste



*God jul
og godt nyttår!*



Ny personvernforordning – hva betyr den for din tannlegevirksomhet?

I den senere tid har det vært et økt oppmerksomhet rundt hvordan bedrifter skal forberede seg på ny lovgivning innen personvernområdet.

Personvernforordningen GDPR (General Data Protection Regulation) trer i kraft 25. mai 2018, og Justis- og beredskapsdepartementet sendte den 6. juli 2017 forslag til ny personopplysningslov ut på høring, med høringsfrist 16. oktober. Lovforslaget omhandler gjennomføringen av EUs personvernforordning. Det tas sikte på at ny personopplysningslov skal tre i kraft samtidig med forordningen.

Bakgrunn

Samfunnet har i de senere år vært i en radikal digital endring. Med økt bruk av digitale medier registreres og brukes personopplysninger nå nærmest overalt. Den digitale utviklingen har gått fort og det eksisterende lovverket er ikke tilpasset dagens hverdag. Med dette som bakgrunn har EU gått inn for å styrke privatpersoners rettigheter og samtidig skjerpe bedriftenes forpliktelser. Forordningen innebærer de største endringene i personvernlovgivningen i EU på 23 år. Gjennomføringen medfører at det må foretas betydelige endringer i hvordan bedrifter behandler personopplysninger.

Forordningen innebærer en full harmonisering av personvernregelverket i EU/EØS. I utgangspunktet vil det ikke være adgang til å fravike reglene og heller ikke til å supplere reglene i forordningen. Forordningen åpner imidlertid for at det i enkelte tilfeller kan gis nasjonale regler. Praksis fra EU på forordningens område vil ha stor betydning for hvordan forordningen skal tolkes og forstås også i Norge.

Norske myndigheter har foreslått å innføre GDPR ved inkorporasjon,

hvilket innebærer at forordningen vil gjelde som norsk rett slik som den er. Der hvor forordningen gir anledning for nasjonale tilpasninger har departementet foreslått en videreføring av gjeldende regler.

Endringer fra dagens situasjon

Forordningen medfører omfattende endringer i forhold til dagens regelverk. Det vil imidlertid bli for omfattende å gå inn på hver enkelt endring som vil komme som følge av forordningen. Det er derfor valgt å gå nærmere inn på de endringer som anses som mest relevante og sentrale.

Personvernrådgiver

Forordningens regler vedrørende personvernrådgiver innebærer en betydelig utvidelse i forhold til gjeldende norsk rett. Alle offentlige myndigheter samt enkelte private behandlingsansvarlige blir pålagt å opprette personvernrådgiver. Hvem som må opprette personvernrådgiver følger av forordningens artikkel 37. Når det gjelder privat sektor er det bedrifter som har som hovedvirksomhet å regelmessig og systematisk monitorere personer, og som behandler sensitive personopplysninger, eller opplysninger om straffbare forhold i stor skala som er pliktige til å opprette personvernrådgiver.

I ovennevnte ligger det at det blant annet ikke er klarlagt hva som ligger i begrepet «stor skala». Dette medfører en usikkerhet for når en bedrift må opprette personvernrådgiver. Datatilsynet har søkt å presisere hva som skal forstås med «stor skala» og nevner for eksempel at fastleger og advokater som kun behandler opplysninger for et begrenset antall pasienter eller klienter er eksempel på aktører som ikke behandler personopplysninger i «stor skala».

Da det på nåværende tidspunkt er usikkert hva som helt konkret skal for-

stås med «stor skala», er det ikke mulig å si hvilken betydning dette får for den enkelte tannlegevirksomhet. Datatilsynet vil forhåpentligvis bli mer konkrete innen regelverket trer i kraft.

Med mindre det er helt opplagt at bedriften ikke er pålagt å ha personvernrådgiver, råder Datatilsynet alle bedrifter til å dokumentere de vurderinger som er foretatt dersom bedriften velger å ikke opprette personvernrådgiver.

Varsling

Etter gjeldende regelverk stilles det krav til at eventuelle avvik eller sikkerhetsbrudd skal håndteres internt i virksomheten. Datatilsynet skal varsles dersom det har vært «uautorisert utlevering av personopplysninger som krever konfidensialitet».

Ved ikrafttredelsen av GDPR skjerpes kravene til når avvik skal rapporteres til Datatilsynet. Som den store hovedregel skal alle avvik som skyldes brudd på datasikkerhet meldes inn til Datatilsynet. Unntak gjelder dersom det er usannsynlig at avviket medfører en risiko for enkelpersoners rettigheter eller personvern. Etter de nye reglene vil den behandlingsansvarlige bli ansvarlig for å varsle Datatilsynet «uten ugrunnet opphold» og senest 72 timer etter å ha blitt kjent med et sikkerhetsbrudd. Det stilles også krav til at databehandlere umiddelbart skal varsle behandlingsansvarlige dersom de oppdager avvik.

Retten til å bli glemt

Ved forordningen får den registrerte en tydeligere rett til å kreve sletting av egne personopplysninger. Retten til å kreve sletting kalles retten til å bli glemt og er regulert i forordningens artikkel 17.

Den registrerte kan etter forordningen blant annet kreve at opplysningene om ham eller henne slettes når opplys-

ningene ikke lenger er nødvendige for å oppnå formålet med behandlingen, samtykket til behandlingen er trukket tilbake og det ikke finnes et annet rettslig grunnlag for behandlingen, den registrerte har fremsatt en berettiget innsigelse og hvor personopplysninger er blitt behandlet på en måte som ikke er lovlig. Retten til å bli glemt, «slepplikten», gjelder imidlertid ikke dersom opplysningene er nødvendig for at den behandlingsansvarlige skal kunne oppfylle en rettslig forpliktelse, den er nødvendig for allmenhetens interesse knyttet til folkehelse og videre når den er nødvendig for arkivformål i allmennhetens interesse.

Dataportabilitet

Dataportabilitet er en ny rettighet som går ut på at den registrerte vil kunne kreve å få sine personopplysninger overført fra en virksomhet til en annen. Selve formålet med dataportabilitet er å gi den registrerte kontroll over sine egne opplysninger. Retten til dataportabilitet gjelder imidlertid kun egne opplysninger som den registrerte selv har gitt til den behandlingsansvarlige. Dataportabilitet er regulert i GDPR artikkel 20.

Dataportabilitet kan skje ved at den registrerte får utlevert personopplysninger i et strukturert, alminnelig anvendt og maskinlesbart format slik at disse kan overføres til en annen behandlingsansvarlig. I den grad det er teknisk mulig har den registrerte rett til å få personopplysningene overført direkte fra en behandlingsansvarlig til en annen.

Bransjenorm

Forordningen oppfordrer til at virksomheter innen samme sektor går sammen og utarbeider bransjenormer. Dette vil si at det utvikles retningslinjer

for hvordan en sektor eller bransje skal sikre at den behandler personopplysninger på en riktig og god måte. Slike bransjenormer skal etter de nye reglene godkjennes av Datatilsynet.

Innen helsesektoren har vi «Norm for informasjonssikkerhet helse og omsorgstjenesten» (Normen) som er et omforent sett av krav til informasjons-sikkerhet basert på dagens lovverk. Normen er utarbeidet av representanter for helse-, omsorgs- og sosialsektoren, herunder Tannlegeforeningen. Hensikten med normen er at den skal bidra til å etablere mekanismer hvor de forskjellige virksomhetene kan ha gjensidig til-lit til at behandling av helse- og personopplysninger gjennomføres for-svarlig. GDPR vil føre til innholdsend-ringer samt endringer i «organiseringen» av Normen. Det er nå ikke klart hva disse endringene vil gå ut på.

Overtredelsesgebyr

Etter gjeldende rett kan Datatilsynet ilette et overtredelsesgebyr for over-tredelser av personopplysningsloven eller forskriften med et beløp på inntil ti ganger folketrygdens grunnbeløp, dvs. inntil NOK 936 340 (1 G = NOK 93 634 pr 1.5.2017). Ved utmålingen av overtredelsesgebyret skal det legges vekt på overtredelsens alvor, graden av skyld, om overtredelsen kunne vært forebygget, om det foreligger gjenta-gelse etc.

I henhold til GDPR artikkel 83 skal de nasjonale tilsynsmyndigheter sikre at overtredelsesgebyr i den enkelte sak er virkningsfulle, står i forhold til over-tredelsen samt at det virker avskreckende. GDPR åpner for at Datatilsynet kan ilette et overtredelsesgebyr på opptil 20 millioner euro eller hvis det er gjel-der foretak, 4 % av den globale årsom-setningen i forutgående regnskapsår

hvis denne er høyere. Dette medfører at maksimumsbeløpet på overtredelsesge-byret økes betraktelig. Overtredelsesge-byret vil være å anse som straff etter EMK, og vil dermed omfattes av de rettssikkerhetsgarantiene konvensjo-nen fastsetter.

Oppsummert

Inkorporeringen og ikrafttredelsen av GDPR medfører at privatpersoners ret-tigheter styrkes betraktelig, og bedriffters forpliktelser skjerpes tilsvarende. Det er på nåværende tidspunkt uklart hvordan enkelte deler av forordningen skal tolkes og forstås, hvilket medfører en usikkerhet sett i forhold til hvordan den enkelte bedrift skal forholde seg.

Det er imidlertid viktig å sikre seg at bedriften per i dag følger gjeldende regelverk og allerede nå innehar gode rutiner for håndtering av personopplys-ninger. Om dette er på plass er en kom-met et godt stykke på vei. Hvordan de endelige reglene blir er imidlertid ikke mulig å si helt sikkert før ny person-opplysningslov er vedtatt og Datatilsy-net mest sannsynlig kommer med sine fortolkninger av tvilstilfeller.

NTFs sekretariat følger med på prosessen med tanke på betydningen for våre medlemmer, og vi vil komme med mer informasjon når dette foreligger. Ved eventuelle spørsmål kan sekretariatet kontaktes. Ellers anbefaler vi at det følges med på Datatilsynet sine sider www.datatilsynet.no. På Datatilsynet sine sider ligger også en foreløpig norsk oversettelse av forordningen, se: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/forordningen/uoffisiell-norsk-oversettelse-av-per-sonvernforordningen.pdf>.

Ann-Britt Rognes
Advokat i NTF

§§§Spør advokaten

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

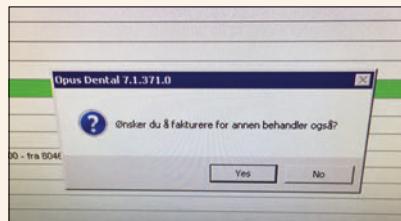
Innsending av refusjonskrav til HELFO

Jeg skal inngå avtale om kjøp av tannhelsetjenester med en annen tannlege etter oppdragstakermodellen. Oppdragstaker har egen avtale med HELFO om direkte oppgjør. Vi er imidlertid usikre på hva som gjelder ved innsending av refusjonskrav til HELFO og bruk av buypass.

Må oppdragstaker sende inn egne refusjonskrav med egen buypass, eller kan begge bruke min buypass ved innsending av krav? Oppdragstaker kommer fra en stilling i den offentlige tannhelsetjenesten, og forteller at klinikksjefen sender inn refusjonskrav for alle tannlegene på klinikken med sin buypass. Kan vi gjøre det på samme måte?

Svar: Alle tannleger i privat sektor må benytte egen buypass ved innsending av egne refusjonskrav til HELFO og ha egen avtale om direkteoppgjør, med mindre HELFO uttrykkelig har akseptert en annen løsning.

NTF er nylig blitt gjort oppmerksom på at HELFO mener det er en «feilutbetaling» etter folketrygdloven § 22–15a



Slik ser skjermbildet ut hos Opus.

når refusjonskrav sendes inn med annen behandlers buypass, eller på vegne av annen behandler, selv om pasienten har fått rettmessig refusjon, takstbruken er riktig og hverken trygden eller andre er påført et økonomisk tap.

HELFO mener at slike formelle feil ved innsending av refusjonskrav alene kan gi grunnlag for tilbakebetaling, og at kravene heller ikke kan sendes inn på nytt med behandlers buypass hvis 6 måneders fristen er utløpt. NTF mener dette er feil rettsanvendelse, og har tatt dette opp med HELFO på generelt grunnlag.

NTF har videre gjort HELFO oppmerksom på at det sannsynligvis er et stort informasjonsbehov hos tannleger i privat sektor om regler og rutiner for elektronisk innsending av refusjonskrav til HELFO i ulike situasjoner.

NTF mener at både hovedregler og unntak bør avklares og presiseres uttrykkelig i rundskrivet («Det gule hef-

tet») og Mønsteravtalen om direkteoppgjør, for å sikre forutsigbarhet og likebehandling. Det vises i den forbindelse til at HELFO, i enkelte situasjoner (bl.a. tannleger med lisens, tannlege under spesialisering som kjeveortoped og spesialist fra EU som har søkt om spesialistgodkjenning i Norge), har akseptert at en tannlege sender inn krav på vegne av en annen behandler i privat sektor. Det er i tillegg, i beste fall, egnet til å skape forvirring at HELFO praktiserer dette ulikt i offentlig og privat sektor.

NTF har også fremholdt at det er et behov for at myndighetene sørger for nødvendig avklaring med EPJ leverandørene. Det bør lages tekniske løsninger som forhindrer at tannleger sender inn oppgjør på feil måte uten å være klar over det.

NTF anbefaler at alle tannleger som har spørsmål knyttet til innsending av refusjonskrav kontakter HELFO veiledering for helseaktører, på servicetelefonen 815 70 070, eller e-mail: post@helfo.no.

Medlemmer som har spørsmål knyttet til denne problemstillingen kan ta kontakt med NTFs advokater på telefon 22 54 74 00 eller jus@tannlegeforeningen.no.

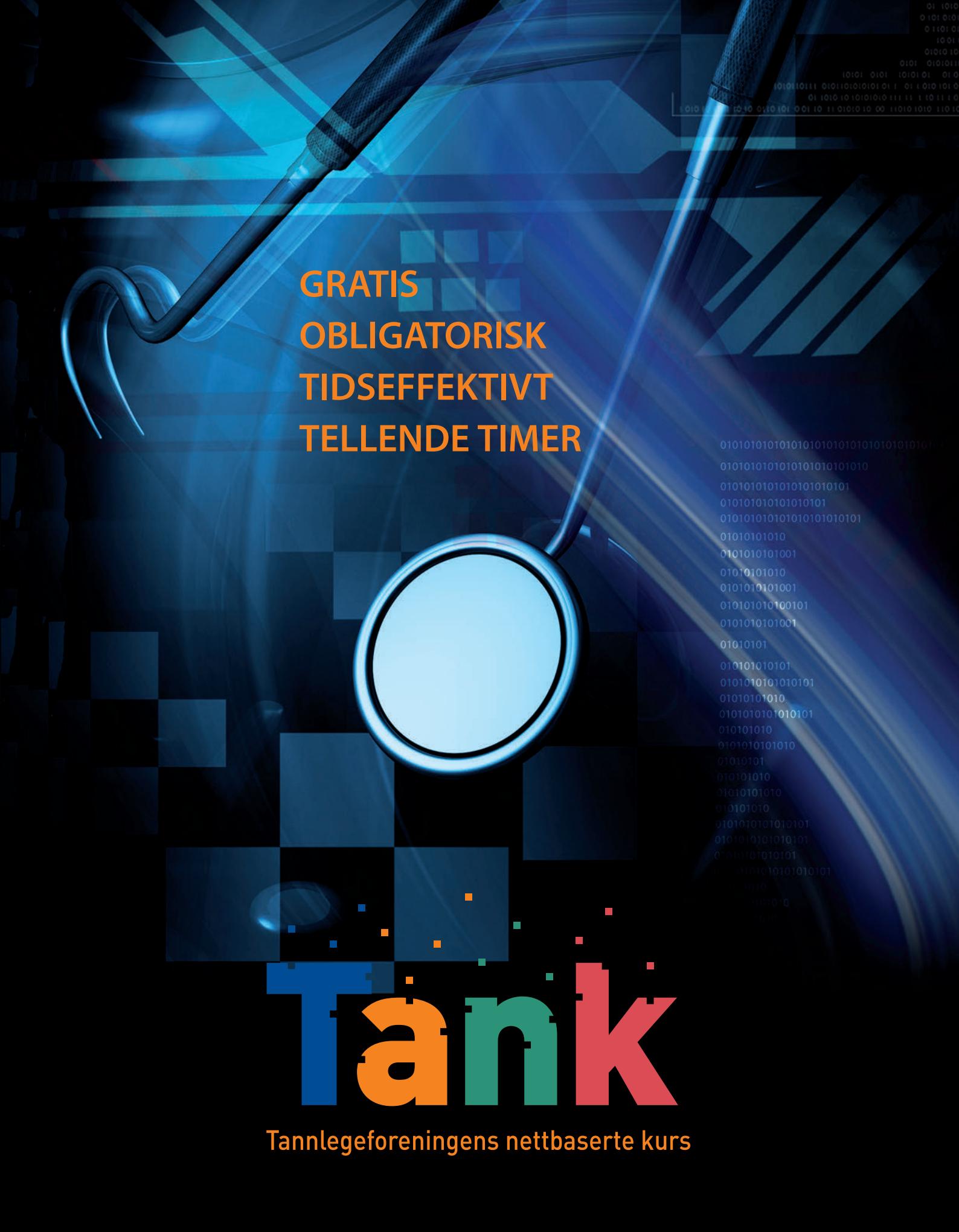
Se for øvrig Spør advokaten i Tidende 2016 nr. 4 om oppdragstakermodellen og betaling av oppdragstakers HELFO-krav til praksiseiers konto.

Tenner for alle – hele livet

Norsk Tannvern vil ha forsterket fokus på sosial ulikhet i tannhelse og inviterer til samarbeid

Norsk Tannvern®
www.tannvern.no

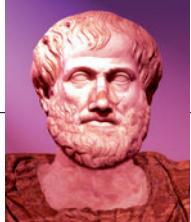




**GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER**

Tannk

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



Varsling – det vanskelige temaet

Noe av det vanskeligste for enhver yrkesutøver er å oppleve at en kollega utøver faget på en så bekymringsfull måte at spørsmålet «skal jeg varsle?» dukker opp. Det kan gjelde journalføring, behandlingsløsninger, utført behandling, kommunikasjonsmønster og andre ting.

Mange av oss har nok opplevd en eller annen slik situasjon. En grubler og grubler, kanskje tar en saken opp med kolleger, forhåpentlig uten å nevne navn. Men i vår «lille andedam» skal det ofte ikke mye til før personen det gjelder er identifisert og faren for ryktespredning oppstår, og dét gjør neppe situasjonen bedre for noen parter.

Hvordan kan en slik situasjon best håndteres?

Hvor langt strekkes strikken før nok er nok og varsling blir tema?

Er det klima for å ta opp slike problemer, særlig dersom den som er årsak til bekymringen er i samme praksis?

Varsling er tema både i Lov om helsepersonell og i NTFs etiske regler, i tillegg til bestemmelser i Lov om arbeidsmiljø som gjelder arbeidslivet generelt.

Innenfor vår profesjon er det oftest varsling i forbindelse med det som kanskje omtales som «malpraksis» som er utfordringen. Bestemmelser i helsepersonelloven og etiske regler er klinende klare:

Helsepersonelloven § 17: «Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter eller brukere» sier: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.»

NTFs etiske regler, § 12, om varsling sier: «Dersom en tannlege oppdager tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega eller medarbeider, bør han/hun først ta det direkte opp med vedkommende. Formen bør være varsom.

Tannlegen kan velge å ta saken direkte opp enten med lokalforeningen, administrativ overordnet eller aktuell helsemyndighet.«

Våre etiske regler anbefaler at vi først kontakter den kollegaen bekymringen gjelder. Som vi har skrevet i tidligere innlegg i Snakk om etikk (Tidende nr. 1, 2017), bør en forberede seg nøyne før en slik vanskelig samtale. Trår en varsomt, uten å kamuflere problemstillingen, kan en slik samtale være det som skal til for å få en kollega inn på rett spor igjen, såfremt det ikke er for grunnleggende alvorlige problemer som ligger til grunn. Kvier en seg for å ta den vanskelige samtalen på egenhånd, har alle lokalforeningene dyktige kollegahjelgere som kan kontaktes. Andre alternativ er å kontakte lokalforeningens styre, administrativ leder, eller ta direkte kontakt med tilsynsmyndighetene i fylket. Grunnlaget for bekymringen eller varslingen vil kunne være avgjørende for hvem som bør kontaktes først. Kanskje finnes det argumenter for ikke kontakte kollegaen, men heller gå direkte til for eksempel Helsestilsynet. Uansett – det vil være en styrke å kunne diskutere bekymringen enten med kollegahjelper, administrativ leder eller lokalforeningsleder, før en går videre med varsling.

Det vi må ha in mente, er at vi etter helsepersonelloven har en uomtvistelig plikt til å varsle om forhold som kan medføre fare for pasienter. Ifølge forarbeidene til loven, skal terskelen for varsling være lav og varsler skal innrømmes rom for å vurdere feil. Det er tilsynsmyndighetenes plikt å undersøke forholdene nærmere. De etiske reglene begrenser ikke plikten til å varsle helsemyndighetene der det er nødvendig.

I vår profesjon er begrepet «varsling» i det alt vesentlige forbundet med tilfeller der kollega kan komme til å «med-

føre fare for pasient eller bruker». Men varsling kan også være aktuelt for forhold internt på arbeidsplassen.

Siden kliniklene etter hvert endrer struktur og solopraksis blir sjeldnere, blir også organisering av fysisk arbeidsmiljø, og ikke minst det psykiske arbeidsmiljøet endret.

Det er kjent fra mediene at varsle i flere saker har endt opp som «ofre» på grunn av sin varsling. Som resultat av slike hendelser, ble bestemmelser om varsling i Arbeidsmiljøloven mer fremhevet sommeren 2017 ved å legge disse til i et nytt kapittel, 2A «Varsling». Verdt å merke seg der, er at i tillegg til rett til å varsle, vern mot gjengjeldelse og plikt til å utarbeide rutiner for varsling internt i bedrift, kom det inn bestemmelser om taushetsplikt ved varsling til offentlig myndighet:

Arbeidsmiljøloven § 2 A-4: «Tausheitsplikt ved varsling til offentlig myndighet

Når tilsynsmyndigheter eller andre offentlige myndigheter mottar varsel om kritikkverdige forhold, plikter enhver som utfører arbeid eller tjeneste for mottakerorganet å hindre at andre får kjennskap til arbeidstakers navn eller andre identifiserende opplysninger om arbeidstaker.

Tausheitsplikten gjelder også overfor sakens parter og deres representanter. Forvaltningsloven §§ 13 til 13e gjelder ellers tilsvarende

Arbeidsmiljøloven gir arbeidstaker rett til å varsle, helsepersonelloven pålegger helsepersonell å varsle. Arbeidsmiljøloven gjelder forhold innenfor virksomheten arbeidstaker tilhører, mens helsepersonelloven både gjelder forhold innenfor og utenfor eget arbeidssted. Varslingsplikten etter helsepersonelloven gjelder bare overfor tilsynsmyndighetene, mens varsling etter arbeidsmiljøloven ikke angir en spesiell adressat. Helsepersonelloven gjelder forhold som kan være fare for

pasientsikkerhet, mens arbeidsmiljøloven omfatter kritikkverdige forhold generelt. Inkludert i den blir da også pasientsikkerheten og forhold som ikke berører det direkte arbeidsmiljøet. Et eksempel som er gitt i forarbeidene er «forhold som er i strid med lov eller etiske normer, for eksempel ... fare for pasienters liv og helse». Det betyr at plikten til å varsle etter helsepersonelloven §17, også er en rett etter arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljølovens bestemmelser omfatter også kritikkverdige forhold som ikke nødvendigvis går på pasienters sikkerhet, men som er brudd på lov eller etiske prinsipper, for eksempel konfidensialitet, respekt eller verdighet i forhold til pasienter.

Hva så med vern av varsleren, slik det er bestemt i arbeidsmiljøloven § 2A-4?

Helsepersonell kan varsle anonymt. Tilsynsmyndigheten skal uansett følge opp en slik bekymring. Det er likevel

praktisk for tilsynsmyndigheten å kjenne identiteten på varsler for bedre å kunne hente inn flere opplysninger. Men om det er nødvendig å avdekke varslerens identitet overfor den saken gjelder, er ulikt i henholdsvis arbeidsmiljøloven og helsepersonelloven. Arbeidstilsynet skal holde anmelders navn hemmelig, mens det ved varsling etter helsepersonelloven, er forvaltningsloven som gjelder. Det er uttalt fra flere hold at «full anonymitet også «bør gjelde» varsling til Helsetilsynet», blant annet ved Stortingsbehandlingen av endringene i arbeidsmiljøloven. Det må forstås som at det skal svært mye til for å røpe varslerens identitet. Statens helsetilsyn har uttalt: «Der tilsynsmyndighetene kjenner informantens identitet, skal ønsket om å være anonym i utgangspunktet respekteres.»

Hva en velger dersom en står overfor utfordringen det er å varsle om alvorlig bekymring, enten det gjelder pasient-

forhold eller interne forhold ved klinikken, så er det å ikke agere, den dårligste løsningen for pasientene, for kollegaen, arbeidsplassen og for en selv. Unnlater en å følge varslingsplikten har Helsetilsynet et «ris bak speilet»: «Helsepersonell som bryter helsepersonelloven § 17 ved ikke å varsle der det skulle vært gjort, kan få påpekt pliktbruddet av Fylkesmannen, jf helsepersonelloven § 55. I alvorligere tilfeller kan de bli tildekket administrative reaksjoner fra Statens helsetilsyn». (jfr nettadresse ned-enfor)

Nyttig lesing: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2012/helsepersonells_varslingsplikt_molven_grammel.pdf

Kirsten Halonen og
Vemund Øiestad
NTFs råd for tannlegeetikk



Ikke gå glipp av nyttig informasjon!

FØLG NTF PÅ FACEBOOK!

www.facebook.com/dennorskettannlegeforening





gsk

ENDELIK RØYKFRI MED **Nicotinell®**



Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.
nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tyggegummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tyggegummi og sugetablett er også hjelpemidler mot nikotinabstinen i røykfrie perioder. Brukes ikke ved graviditet eller amming. Ved alvorlig hjerte- og karsykdom skal Nicotinell® produkter kun brukes i samråd med lege. Nicotinell® produkter inneholder nikotin, og det kan være en viss tilvenningsfare. Les pakningsvedlegget før bruk. Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Norway AS Klaus Torgårdsvi 3, 0372 Oslo. www.nicotinell.no

CHNOR/CHNICOT/0028/16

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2018

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '17	8. desember '17	11. januar
2	11. januar	16. januar	15. februar
3	8. februar	13. februar	15. mars
4	1. mars	6. mars	12. april
5	5. april	10. april	16. mai
6	4. mai	22. mai	21 juni
7	7. juni	14. juni	16. august
8	9. august	14. august	13. september
9	3. september	18. september	18 oktober
10	11. oktober	16. oktober	15 november
11	8. november	13. november	13 desember

NYHET!

NTF MEDLEMSAPP

Alt om ditt medlemskap
tilgjengelig på en app!

- Digitalt medlemeskort
- Din kontakt- og medlemsinfo
- Din kursprofil
- NTFs kurspåmelding
- Medlemsforum
- Oversikt over medlemsfordeler



Tilgjengelig for iOS og android
på App Store og Google play

Studentforskerprisen for beste posterpresentasjon

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



Elise Bjørheim, Hanne Krutnes, Siri Pettersen og Vilde A. Sagen fikk studentforskerprisen (beste posterpresentasjon) for «Detection and quantification of four periodontal pathogens using digital droplet-PCR». Deres veileder har vært Mohammed Al-Haroni. Her står de sammen med alle de nominerte. Foto: Kristin Aksnes.

TILBAKEBLIKK

1917

Hissigere før?

Diskusjonene om hvordan vedtektene om avstemmingsprosedyrene skulle tolkes var lange på representantskapsmøte og generalforsamling:

«Hirsch: Da er vi herefter avskaaret fra at bli kvit det vi vil av denne lov... Skal ikke dette med generalsekretærstillingen kunne optas heller da?»

Dehli: Hirsch savner evne til at sondre mellom positivt og negativt. Når det er lovforslag det gjelder, kan man ikke tilføie saa meget man vil. Det er ikke lovlig....

Holmboe Henriksen: Det er noget underlig dette. Skal det virkelig være tilfælde at vi ved en lovbehandling som denne må være kommet med et større eller mindre forslagstillæg for at kunne faa det fremmet? ... Saavidt jeg vet, er ikke disse lovforslag fra lovkomiteen kommet medlemmerne ihænde inden 1. juni, og de har altsaa i forbindelse med dette ikke hat anledning til at fremkomme med motforslag. ...

Formanden: Efter min opfatning er det selvfølgelig ikke ulovlig....

Imm. Ottesen: Jeg sitter her og synes det er usmakelig. Denne generalforsamlingen er allerede dødsdømt. Forsamlingen er mest trætte mennesker, som helst ønsker at gaa hjem. Vi sitter og voterer ulovlig. Det er mig saa umakelig, at jeg har lyst til at gaa. Det er ikke morsomt.»

Fra generalforsamling og representantskap i 1916, referert i Tidende 1917

1967

Stor begivenhet for Norsk Tannvern

En nyskapning i norsk tannhelsearbeid er etablert ved utgangen av 1967, idet Tannvernets informasjonskontor er opprettet i Oslo.

Norsk Tannvern har i flere år arbeidet med å løse spørsmålet om et informasjonskontor, ledet av en kontorsjef. Denne informasjonssjef skal på grunnlag av et større driftsbudsjet kunne administrere og planlegge et godt motivert opplysningsarbeid for god tannhelse i alle lag av folket. Informasjonsorganet har fått navnet Tannvernet, og kan vel

betraktes som Norsk Tannvern siamesiske tvilling.

Tannvernets driftsmidler skaffes hovedsakelig tilveie ved støtte fra produsent/importørgruppen, som yder tilskudd fordelt efter det enkelte medlems markedsandeler av tannpleiemidler.

Tidende nr. 10, desember 1967

2007

Året som gikk

Av viktige begivenheter ved våre odontologiske læresteder må nevnes at Det odontologiske og Det medisinske fakultet i Bergen i 2007 besluttet å slå seg sammen til Det medisinsk-odontologiske fakultetet med virkning fra 1. januar 2008. Det kom imidlertid ingen penger til det planlagte og svært nødvendige nybygget. I Tromsø derimot, innviet de sitt TANN-bygg i august.

Fra lederen i Tidende nr. 15, desember 2007



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

11.–13. jan '18	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Siv Kvinnsland, e-post: siv.kvinnsland@uib.no
15.–17. jan '18	Oslo	NTFs januarkurs. Oslo kongressenter. Se www.tannlegeforeningen.no
2.–3. febr '18	Thon Hotel, Kristiansund	Operakurs med spesialist i oral protetikk, Martin Janda, og operaforestillingen Kiss me Kate. Arr. Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening. Påmeldingsfrist: 15. januar. For mer informasjon og påmelding: nrtannlege@gmail.com
5.–6. mars '18	Oslo	Holmenkollsymposiet. Se www.tannlegeforeningen.no
19.–20. april '18	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
25.–26. mai '18	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
4.–6. okt. '18	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
28.–29.mars '19	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
24.–25.mars '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
31. Okt. 2. nov' 19	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no

UTLANDET

22–24. febr. '18	Chicago, USA	153rd Midwinter Meeting. Se: www.cds.org/meetings-events
9.–13. mai '18	Italia	NTFs utenlandskurs.
20.–23. juni '18	Amsterdam, Holland	EuroPerio 9. Mer informasjon: www.efp.org/europorio/
5.–8. sept '18	Buenos Aires, Argentina	FDI World Dental Congress. Se www.fdiworlddental.org
23.–28. nov '18	New York City, USA	Greater New York Dental Meeting. Se www.gnydm.com/about/future-meetings/

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

Trenger økt oppmerksomhet



En undersøkelse foretatt av FDI blant 150 medlemsland viser at bare 40 prosent av landene registrerte peridontal sykdom. Undersøkelsen var gjort mellom juni og oktober 2017. Nasjonale helsemyndigheter fikk spørsmål om hvilket forebyggende arbeid som ble gjort og hvor god oversikt de hadde over peridontal sykdom.

Svarene kom fra Afrika (18 av 29 medlemmer), Stillehavssregionen og Midt-Østen (19 av 37), Europa (11 av 63), Latin-Amerika (9 av 16) og Nord-Amerika (4 av 5 medlemmer).

81 prosent av landene i undersøkelsen hadde en grunnopplæring i peridontal sykdomsbehandling, mens bare 42 prosent hadde en videre- eller spesialstutdanning.

Alt i alt viste undersøkelsen at de nasjonale tannlegeforeningene opplevde liten oppmerksomhet rundt peridontal helse, både hos helsearbeidere og befolkningen generelt. Dette til tross for informasjonskampanjer om temaet. Det betyr at det fremdeles er et stort behov for opplysning om og opplæring i temaet i store deler av verden.



TANNTENKNIK LABORATORIUM

-FULLSERVICE-

Vår ekspertise din trygghet

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



Vi mottar digitale avtrykk fra alle kjente system



BruxZir®
Anterior SHADED
Monolittisk Zirconia



PHOTO: MAXIMAGES

Tusen takk!

Tidendes redaksjon takker alle som har bidratt med stoff til Tidende gjennom året som er gått - fagstoff, aktuelt, debatt, bokanmeldelser, sommersaker, foreningsstoff og faste spalter. Ingen nevnt, og ingen glemt. En særskilt takk går til fagfellene som vurderer vitenskapelige artikler og kasuspresentasjoner - for det viktige arbeidet dere utfører når dere kvalitetssikrer fagstoffet for Tidendes lesere.
Vi ønsker alle våre verdifulle bidragsytere en god jul og et fint og godt nytt år.

Redaksjonen

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

KLINISK BRUK AV HYPNOSE VED ANGST, DEPRESJON, STRESS OG SMERTER

Læring og bruk av metoden.
Oslo 25-26 Januar 2018, påmeldingsfrist 22 Des.
Godkjent for spesialitetene
Kursansvarlig Dr Gunnar Rosén Mb 90039441
Gunnar@hypnoseforeningen.no
For program info og påmelding se
www.hypnoseforeningen.no



Dødsfall

Lasse Cramer, f. 07.07.1962, tannlegeeksamen 1986, d. 05.11.2017
 Eva Margrete Stermer, f. 16.06.1938, tannlegeeksamen 1960, d. 04.11.2017
 Aadne Standal, f. 28.07.1938, tannlegeeksamen 1958, d. 12.10.2017
 Jan Myhrer, f. 17.03.1923, tannlegeeksamen 1983, d. 09.07.2016
 Torgeir Røynstrand, f. 22.07.1931, tannlegeeksamen 1956, d. 06.06.2017
 Odd Ingar Kåss, f. 02.05.1920, tannlegeeksamen 1946, d. 13. juni 2017.

Fødselsdager

85 år

Jarle Bragelien, Lillehammer, 11. januar

80 år

Finn Ola Skulstad, Oslo, 17. januar

75 år

Bjørn Ole Westby, Sandefjord, 18. januar

70 år

Knut Haga, Skarnes, 25. desember
 Arne H. Hvaring, Porsgrunn, 26. desember
 Kenneth Bjørken, Harstad, 27. desember
 Tom Wilhelm Rødseth, Oslo, 31. desember
 Bengt Berger, Duken, 4. januar
 Karsten Sjøli, Minnesund, 7. januar
 Aud Sonja Holmstrand, Mo i Rana, 10. januar
 Knut jr. Kolderup Rosenvinge, Oslo, 15. januar

60 år

Mark Lowey, Stavanger, 24. desember
 Nina Ullsfoss, Oslo, 26. desember
 Eli S Ter Kuile, Oslo, 14. januar
 Toril Elise Storeng, Arendal, 14. januar
 Thomas Ørtendahl, Stavanger, 15. januar

50 år

Gølin Cecilie Øvretvedt, Frekhaug, 24. desember
 Marte Sagli, Sandnes, 30. desember
 Kari S. Bergstrøm Lauritsen, Ølen, 3. januar
 Grete Sophie Forberg, Gjøvik, 4. januar
 Nina Rødland, Oslo, 4. januar
 Anne Mari Espesvalen, Drammen, 5. januar
 Kristian Andresen, Nittedal, 6. januar
 Aud E. Gaard, Haugesund, 11. januar
 Anfinn Valland, Egersund, 14. januar
 Kjetil Børre Ødegaard, Ålesund, 15. januar

40 år

Katrine Hovland, Moss, 5. januar
 Jannicke Mjelde, Breistein, 5. januar
 May Hilde Risholm Hansen, Bryne, 7. januar
 Kristine Marie Utne, Kristiansand, 9. januar
 Semira Wiik Aram, Oslo, 15. januar
 Tor Einar Kjørkleiv, Sandnes, 17. januar
 Nanna Ose, Oslo, 17. januar
 Kristina Garfjell Kantola, Tromsø, 20. januar
 Zoran Jakovljevic, Åmot, 21. januar

30 år

Varun Kada Rajendiran, Bønes, 29. desember
 Karina Vatsvåg, Sola, 2. januar
 Live Lid Breiland, Høydalsmo, 4. januar
 Ingunn Birkeland, Sandnes, 11. januar
 Anette Aasgaard, Bergen, 12. januar
 Amanda Hembre Ulsund, Oslo, 13. januar
 Mads Øglænd Loose, Oslo, 15. januar
 Elhoussain Chaoui, Båtsfjord, 18. januar
 Ul-Juhan Partapuoli, Kirkenes, 18. januar
 Caroline Toftgaard Skjennum, Fyllingsdalen, 18. januar

Dødsfall

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

Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personaliaspalten, gir skriftlig melding *minst åtte uker* i forveien på e-post: tidende@tannlegeforeningen.no, faks 22 55 11 09 eller per post til Tidende, postboks 2073 Vika, 0125 Oslo
 Reservasjonen blir registrert i medlemsregisteret, og navnet vil ikke komme med i fødselsdagslistene i fremtiden. Du kan når som helst gi beskjed om at reservasjonen skal oppheves igjen.



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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet



God jul

Tidendes redaksjon ønsker alle leserne av tidsskriftet en god og fredelig jul.



Dette er ikke fem høns

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig



■ SPESIALISTER

■ ENDODONTI

AKERSHUS

Bekkestua Tannmedisin AS

Tannlege Randi Dahl Espeland
Tannlege Anne-Grethe G. Tronstad
Tannlege Trude Udnæs
Tannlege Stig Heistein
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Tannlege Kjersti AsbjørnSEN

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

Tannlegene Jan Boiesen og Sølve Larsen, Tannlege Hilde M. Aanmoen

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

Tannlege Erik Giving

Spesialist i Endodonti
Skjetten senter
2013 Skjetten
Tlf. 64831010
post@givingendo.no
www.givingendo.no

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Skedsmogt. 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 33 66

Tannlege Johan Ulstad

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

Tannlege Berit Aanerød

Vestbytorget Møllevei. 4
1540 Vestby
Tlf./faks 64 95 16 40
Jobber også her:
Torget 1
3256 Larvik
Tlf. 33 18 44 24

AUST-AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman
Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37025533
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As
Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32899860
Faks 32899861
Tar i mot funksjonshemmede

Tannlege Unni Endal

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

HEDMARK

Tannlege Nabeel K. Mekhlif
Torggt. 83
2317 Hamar
Tlf. 62 52 65 22

HORDALAND

Tannlege Hege Hekland AS
Tannlege Hege Hekland
Tannlege Ole Iden
Tannlege Atle Brynjulfsen
www.tannlegehekland.no
Starvhusgaten 2A
5014 Bergen
Tlf. 55 31 65 17

MØRE OG ROMSDAL

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

Tannlege Marianne Kleivmyr

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

NORDLAND

Tannlege Johan Andreas Furebotten
Spesialist i Endodonti
Også implantatprotetikk
Dronningen Tannklinikk As
Dronningensgt 30
8006 Bodø
Tlf: 75506440
post@dronningentannklinikk.no
www.dronningentannklinikk.no

OPPLAND

Tannlege Veslemøy Linde
Mjøstannlegene
Trondheimsvei. 8
2821 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 25

OSLO

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

Dentales Tannklinikk Aker Brygge
Grundingen 6, 6. etg.
Tilgjengelige for bevegelseshemmede.
Tlf. 22 83 82 00
www.dentales.no
Epost: akerbrygge@dentales.no
Tannlege, spesialist i Endodonti Sissel Storli

Festningen tannklinikk AS
Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold, Knut Årvang og Cecilie Herbjørnsen
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhustann.no

Galleri Oslo Klinikken
Tannlegene Arne Loven og Dr. odont Pia Titterud Sunde
Schweigaardsgate 6, 4 etg.
0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 30
E-post: post@galleriosloklinikken.no
www.galleriosloklinikken.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller. Heis opp til klinikk.

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

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

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

Stovner Tannlegesenter DA
Tannlege Thomas H. Myrhaug
Stovner Senter 7
0985 Oslo
Tlf. 22 78 96 00
Faks 22 78 96 01

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

Tannlege Elham Al-Toma
Tannestetisk Senter AS
Bygdøy Allé 5
0257 Oslo
Tel: 22 44 15 35
Faks: 22 44 30 50

Tannlege Unni Endal
Endodontisk behandling med spesielt fokus på:
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
Resorbsjoner
Colosseumklinikken Majorstuen
Sørkedalsveien 10
0369 Oslo
Telefon: 23 36 67 00
majorstuen@colosseum.no

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

ROGALAND

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

Tannlege Elisabeth Samuelsen
Rogaland Spesialisttannklinikk
Tk Vest avd. Rogaland
Torgveien 21 b, 3. etg.
4016 Stavanger
Tlf. 51 92 70 00
elisabeth.samuelsen@throg.no

SØR-TRØNDELAG

Tanhelse Melhus AS
Spes. endodonti Eivind Skaar
Melhusvegen 451, 7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tanhelsemelhus.nhn.no
www.tanhelsemelhus.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
Skien tannklinikk, Endodontisk avdeling
Telemarksavn. 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 20

TROMS

Tannlege Anne Kjæreng
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

VEST-AGDER

Tannlege Cesar Ariastam
Nordmo Tannlegesenter
Industrigata 4
PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Fax 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no

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

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

VESTFOLD

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

ØSTFOLD

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

■ KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
CBCT ved raiolog Gro Wilhelmsen
Hustvedt
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

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

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

ROGALAND

Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt
TK Vest, avd Rogaland
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf. 51927000
gro.wilhelmsen.hustvedt@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

ØSTFOLD

Tannlege Bjørn Mork-Knutsen
Dyrendal tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13c
1778 Halden
Tlf. 69 21 10 60
Faks 69 21 10 61
bamse@tannlegene.no

■ KJEVEORTOPEDI

AKERSHUS

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

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

DENTA Tannklinikk og Tannregulering
Kristin Aanderud-Larsen
Gartnerveien 1
1394 Nesbru
Tlf. 22 20 21 34
post@tannreguleringas.nhn.no
www.tannreguleringas.no

SpesDent Romerike
Tannlege Marianne Jentoft Stuge
(også skjult tannregulering for voksne)
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
kontakt@spesdentromerike.no

AUST-AGDER

Tannlege Axel Bergman
Spesialist i Kjeveortopedi
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37025533
spesialistene@tyholmen-tannlege-senter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

MØRE OG ROMSDAL

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

OSLO

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

Grefsen Tannlegepraksis AS
Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Kjeveortoped1

Nationaltheatret stasjon
Tannlegene Ingunn Berteig og Espen Dahl, spesialister i kjeveortopedi
Ruseløkkveien 6, 0251 Oslo
Tel. 22 83 87 00
post@kjeveortoped1.nhn.no

Kjeveortopedene på Trosterud Anne Fjeld

Dr. Dedichens vei 82
0675 Oslo
Tlf. 22 81 30 30
anne@fjeld.nhn.no
www.tannlegefjeld.no

Tannlege Håkon Haslerud Høimyr

Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Hjemmeside: sveinhoimyr.no

Tannlege Svein Høimyr

Akersgata 36, 0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02

Tannlege Kim Christian Johansen

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5 C, 0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
kim@tannogkjeveklinikken.no
Tlf. 22 21 42 22

Kjeveortoped Magnhild Lerstøl

Sørkedalsveien 90 B
0787 OSLO
Tlf. 22 52 24 00
magnhild@reguleringsstannlegen.no

Tannlegene Hassan Zarbakhsh

Movahhed og Siv Myrlund
Oslo Tannregulering Avdeling
Linderud, Linderud Senter
Erich Mogensøns vei 38, 0517 Oslo
Postboks 14 Linderud
Tlf. 22 88 36 00
Mobil 48 04 51 17

Oslo Tannregulering Avdeling

Mortensrud
Senter Syd Mortensrud
Lofsrudveien 6
1281 Oslo
Tlf. 22 62 91 20
Mobil 48 04 51 17

www.oslo-tannregulering.no
post@oslo-tannregulering.no

VESTFOLD

Sandefjord Tannregulering

Kjeveortoped Geir Bjørnum Kristiansen
Aagaards Plass 5
3211 SANDEFJORD
Tlf. 33 46 34 40
post@sandefjordtannregulering.no
www.sandefjordtannregulering.no

Tannlege Kristin Aanderud-Larsen

c/o Tannklinikken Skeie AS
Aagaardsplass 1
3211 Sandefjord
Tlf. 33 46 61 71
post@tannreguleringas.nhn.no
kr-aan@online.no
www.tannreguleringas.no

■ ORAL KIRURGI OG ORAL MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AKERSHUS

Asker Tannlegesenter

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

Dentales Tannklinikk Lysaker

Lysaker Torg 5
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no
Oralkirurg Karl Iver Hanvold

Løkketangen Tannlegesenter

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

SpesDent Romerike

Tannlege og spesialist i oral kirurgi og oral medisin Hanne Ingstad
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63810600
kontakt@spesdentromerike.no

Vitalia Tannklinikkk

Oralkirurg Leonardo Carone
oralkirurgi og implantatbehandling
Sandvika Storsenter,
Helsetorget, 5.etg.,
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika.
Tlf. 67559900.
post@vitalia-tannklinkkk.no
www.vitalia-tannklinikk.no

AUST-AGDER

Arendal Tannlegesenter

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

BUSKERUD

Tannlegene Brennhovd

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

Dr. Odont Shelley K. Godtfredsen

FDS Royal College of Surgeons (London)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Drammen Tannlegesenter
Øvre Torggate 10, Postboks 316
3001 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.no
www.drammen-tannlegesenter.no

Tannlege Bjarte Grung

Oralkirurg Implantatbehandling
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas pl. 6
3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50/Faks 32 27 67 59
bjarte.grung@drammenoral-kirurgi.no
www.drammenok.no

Tannlege Wit Kolodziej

spesialist i oralkirurgi og oralmedisin
Implantatkirurgi, behandling i sedasjon
Vit Tannklinikkk AS v/Globus Tannhelse
Torgeir Vraas Plass 2
3044 Drammen

tel. 32200040/fax: 32200047
e-post: wit.kolodziej@gmail.com
www.vit-tannklinikkas.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

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

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
Tannlege Paula Frid, spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Tannlege Dr. Odont, spesialist i oral kirurgi Lado Lako Loro
PB 605, 6001 Ålesund
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no

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

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

NORDLAND

Tanntorget Svolvær
Spes. oralkirurgi og oral med. Cecilie Gjerde
Torget 1, 8300 Svolvær
Tlf. 76 06 67 90/Faks 76 06 67 91
tanntorget@yahoo.no

Tannlege Roar Karstensen
Oralkirurg
Implantatbehandling
Storgt. 1b, 8006 Bodø
Tlf. 75 50 65 10
rokarste@online.no
www.tannlegemoen.no

Kjevekirurg Christoff Ziegler, dr med c/o
tannlege Rune Normann
Sjøgt 21 , 8006 Bodø.
Tlf 75 52 00 11
Mail: t-runorm@online.no

OPPLAND

Tannlege Erik Bie
Lillehammer Tannhelse
Nymosvingen 2
2609 Lillehammer
Tlf. 61 26 03 63

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

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS
Tannlege dr. odont. Else K.B. Hals
Spesialist i oralkirurgi og oral medisin
Professor dr. odont. cand. med. Hans Reidar Haanæs
Spesialist i oralkirurgi og oral medisin
Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Bygdøy Allé Tannestetiske Senter AS
Implantatkirurgi, kjevekirurgi, ben-transplantasjoner
Narkose hvis ønskelig.
Dr. Hans Erik Høgevold, dr.med., spes. kjevekirurgi, generell kirurgi.
Telefon 22 44 15 35
henvisning@tannleger.com
www.tannleger.com

Byperten Tannlegesenter
Tannlege Wit Kolodziej
Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin.
Implantatkirurgi og behandling i sedasjon.

Torveien 12, 4. etg.
1383 Asker
Stasjonskvartalene, inngang C.
Tlf. 66 77 11 99
asker@tannlegesenter.no
www.praxisklinikkene.no
Svært nær buss, tog og P-anlegg. Heis opp til klinikk.

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

Galleri Oslo Klinikken
Tnl. Dr. odont Andreas Karatsaidis
Oral kirurgi Et oral medisin
Implantatkirurgi
Dr. Fredrik Lindberg
Oral kirurgi og oral medisin
Schweigaards gate 6, 4 etg.
0185 Oslo
Tlf. 22 36 76 50
post@galleriosloklinikken.no
www.galleriosloklinikken.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller. Heis opp til klinikk.

Grefsen Tannlegepraksis AS
Tannlege og Dr.odont. Andreas Karatsaidis
Lege og Tannlege Steven Anandan
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
e-post: post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Homansbyen Tannlegesenter AS
Oscarsgt. 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60/23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no
Tannlege Zina Kristiansen
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin.
Oral kirurgi. Implantatkirurgi.
Oralmedisinsk utredning.

KIRURGIKLINIKKEN

Alt innen oral- og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk.
Frode Øye, spes. oral kirurg.
Helge Risheim, spes. oral og maxillo-facial kirurgi.
Fredrik Platou Lindal, lege og tannlege.
Eva Gustumhaugen, spes.protetikk.
Bent Gerner, spes. protetikk.
Tannlege Hauk Øyri, spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Oralkirurgisk klinik AS

Spesialistklinik – Implantatbehandling
Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn Nilsen
Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad, Spes. oral kirurgi Erik Bie
Sørkedalsvn 10 A
0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
Faks: 23 19 61 91
post@oralkirurgisk.no
www.oralkirurgisk.no

SpesDent

Spesialistklinikken
i Hegdehaugsveien 31, 0352 Oslo
Oral kirurgiimplantatbehandling
Tannleger MNTF
Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Stuge
Petter O. Lind
Marianne Tingberg
Eivind Andersen
Tlf. 22 95 51 03
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.nhn.no

Tannlege Ghola Soltani

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

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinik

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

Roshi Frafjord

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oris Dental
Avd. Madla, Hinna
Madlamarkveien 2A
4041 Hafrsfjord
Tlf. 51 59 97 00
roshi@oris-stavanger.no
www.oris-madla.no

Tannlege Murwan Idris

spesialist i oral kirugi
TK Vest, avd Rogaland
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf.nr. 51927000
murwan.idris@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

Tannlege Paul Åsmund Vågen

spesialist i oral kirugi
TK Vest, avd Rogaland
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf.nr. 51927000
Paul.asmund.vagen@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

SØR-TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Oral kirurgi og implantologi
Oral Kirurg Murwan Idris
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks. 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor

SANDEN TANNHELSE

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

Tannlegene i Munkegaten 9, Oral kirurg Lars Zetterqvist

7013 Trondheim
Telefon 73 80 67 60

Tannlege Fredrik Ahlgren

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

Spesialist i maxillofacial kirurgi

Bjørn K Brevik
Implantatkirurgi
Colosseum Solsiden
Trenerys gt 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf 73807880
bkbrevik@medident.no

Oralkirurg Tamás Hasulyó

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

TELEMARK

Skien Oralkirurgiske Klinik AS
Tnl, Spesialist i oralkirurgi og oral medisin, Anne Aasen

Tnl, Dr.odont, Spes oralkirurgi og oral medisin, Ketil Moen
Oralkirurgi og implantatkirurgi
Postboks 3114, 3707 Skien
Besøksadresse: Telemarksveien 12,
3 etg, 3724 Skien
Tlf. 35 54 43 70
mail: post@sokas.no

Oralkirurg Michael Thomas Unger og

Eva Sawicki-Vladimirov
Oral kirurgi og Implantologi
Skien Tannklinik/Oaralkirurgisk avdeling
Tearmarksveien 170
3734 Skien
Tlf. 35583975
Faks 35583921

TROMS

ABA tannlegene AS

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

Byparten Tannklinikk
Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

VEST-AGDER

Tannlege Bård Alvsaker

Oralkirurg, Implantologi
Industrigt. 4
Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattener.no

Tannlege Katja Franke

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

Kjevekirurg Dr Christoph Ziegler

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

VESTFOLD

Tønsberg Oralkirurgisk Klinikk AS
Spesialistpraksis i oral kirurgi & oral medisin
Implantatbehandling
Tannlege MSc Eivind Andersen
Tannlege Dr Odont Gudmundur Bjørnsson
Tannlege Dag Tvedt
Tannlege Tormod Krüger
Tannlege Marianne Tingberg
Tannlege Sara Bergstrand
Farmandstredet
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82 Faks 33 37 82 81
tonsbergoralkirugi@gmail.com

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen
Kjevekirurg
Implantologi
Storgaten 33
3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
bjhan3@online.no

ØSTFOLD

Tannlege, dr.odont. Anders Heyden
Spes. oral kirurgi og oral medisin
Tannlege, dr. odont. Lasse Skoglund
Spes. oral kirurgi og oral medisin
Tannlege Gaute Lyngstad
Spes. oral kirurgi og oral medisin
Oral kirurgi
Implantologi
Oral medisin
Heyden Tannhelsesenter
Dronningens gate 19, 1530 Moss
Tlf: 69 24 19 50
post@heyden.nhn.no

Tannlege, spes. oral kirugi Ph.D.
Rafael Marques da Silva
Varna Tannlegesenter
W. Rosenvingesvei 8
Postboks 553
1522 Moss
Tlf: 69 26 49 00
Faks: 69 26 49 01

■ ORAL PROTETIKK

AKERSHUS

Tannlege Knut Erik Eide
Implantatprotetikk
Skedsmogaten 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege Helge Lysne
Implantatprotetikk
Sentrumsveien 4,
1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50
hlysne@online.no

Tannlege Tor Skjetne
Implantatprotetikk
Mathias Skyttersvei 47
1482 Nittedal
Tlf. 67 06 90 99
Faks 67 06 90 98

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas
Spesialist i oral protetikk/implantat-
protetikk
Tannlegene i Concordiabygget
Skedsmogaten 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

AUST-AGDER

Tannlege Marianne B. Vangsnæs
Spesialist i oralprotetikk/ implantat-
protetikk
Tannhelsetjenestens
Kompetansesenter Sør
Sørlandet sykehus Arendal
Postboks 783 Stoa
4809 Arendal
Tlf.37075300
Marianne.Vangsnæs@tksor.no
www.tksor.no

BUSKERUD

Tannlege Ph.D. Carl Hjortsjö
Implantatprotetikk
Tannlegene Sydow&Mo a/s
Torgeir Vraa's plass 4, 3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
Faks: 32 83 09 49
post@tannlegesydow-mo.no

Tannlege Arild Mo
Implantatprotetikk
Tannlegene Sydow & Mo a/s
Torgeir Vraa's plass 4
3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
Faks: 32 83 09 49
post@tannlegesydow-mo.no

HEDMARK

TAMIM Tannklinikk
Spes. i oral protetikk Hazem Tamim
Basarne 2. etg.
Lille Strandgate 3
2317 Hamar
Tlf. 62 52 67 06
tamimklinikk@gmail.com
www.tamimtannklinikk.no

Tannlege Eva Gunler
Implantatprotetikk
Tannlegene i Hippegården
Storgt 111, Pb 110, 2390 Moelv
Tlf. 62367301

Tannlege Geir Oddvar Eide
Implantatprotetikk
Tannlegene i kvartal 48
Torggt. 44, 2317 Hamar
Tlf. 62 52 30 73
Faks 62 52 24 49

HORDALAND

Tannlege Sverre Eldrup
Implantatprotetikk
Broegelmannhuset tannhelsesenter
Strandgt. 5, 5013 Bergen
Tlf. 55 90 02 30
Faks 55 90 02 32

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

Tannlege Christine Jonsgar
Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast- og avtagbar protetikk, implantatprotetikk, rehabilitering, snorkeskinner og estetisk behandling
Kanalveien 64, 3 etg., 5068 Bergen
Tlf: 55550600
christine.jonsgar@ok.uib.no
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

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

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

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk Tannlege, Dr. odont. Ingvar Ericsson
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Geir Kristiansen
Implantatprotetikk
Notenesgata 3
Postboks 606
6001 Ålesund
Tlf. 70 10 70 80 – Faks 70 10 70 81
geir@brotann.no

NORDLAND

Tannlege Are A. Moen AS
Spesialist i oral protetikk
Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
tannlege@tannlegemoen.no
www.tannlegemoen.no

OPPLAND

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

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS

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

Festningen tannklinikk AS
Tannlege Rune Hamborg,
spes.protetikk. Implantatprotetikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 91 02 90
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhustann.no

Homansbyen Tannlegesenter As
Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no
Tannlege Bent Thv Gerner
implantatprotetikk
Tannlege Bjørn Einar Dahl

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

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

Professor, dr.odont. Jan Eirik Ellingsen
Implantatprotetikk
Klingenberggaten 5, Pb. 1887 Vika
0124 Oslo
Tlf. 22 83 70 75
Faks 22 83 74 41
janee@odont.uio.no

Tannlege Bjørn Einar Dahl
Spesialist i oral protetikk
Homansbyen Tannlegesenter
Oscars gate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
www.htls.no
post@htls.nhn.no
be@tannlegedahl.no

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

Tannlege Knut-Erik Jacobsen
Implantatprotetikk
Kongsveien 94, 1177 Oslo
Tlf 22286699/ 22288001
Fax 22283334

Tannlege Anne Kalvik
Implantatprotetikk
Aktiv Tannklinikk AS
Storgata 17
0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
epost@tannlegekalvik.no
post@aktivtann.no
www.aktivtann.no

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

Professor, dr.odont. Sonni Mette Wåler
Implantatprotetikk
Odontologisk fakultet
Geitemyrsveien 71, 0455 Oslo
Tlf. 22 85 20 89
smw@odont.uio.no

ROGALAND

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

Tannlege Marika Hæreid
TK Vest, avd Rogaland
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf. 51927000
marika.haereid@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

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

Tannlege Inken Reichhelm
TK Vest, avd Rogaland
Torgveien 21B, 3 etg
4016 Stavanger
Tlf. 51927000
inken.reichhelm@throg.no
www.tannhelserogaland.no/tkvest/

SØR-TRØNDELAG

Tannlege Eva Børstad
Spesialist i oral protetikk / implantatprotetikk
Colosseum Solsiden
Trenerys gt. 8 - Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf 73807880
eva@tannlegenepaasolsiden.no

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

TROMS

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

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

VEST-AGDER

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

Tannlege Jon Nordmo
Implantatprotetikk
Industriegata 4
Postboks 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattenner.no

VESTFOLD

Tønsberg Spesialistsenter
Spesialistklinikken i Fayesgate 7,
3110 Tønsberg
Oral Protetikk
Implantatbehandling
Sadia Khan
Sigurd Schneider
Pål-Espen Johansen
Telefon: 40 69 11 00
post@spesialistsenter.com

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

ØSTFOLD

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

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

Tannlege, spesialist i protetikk Sigurd Schneider

Varna Tannlegesenter
Rosenvingesvei 8
Postboks 553
1522 Moss
Tlf: 69 26 49 00
Faks: 69 26 49 01

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

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

■ PERIODONTI

AKERSHUS

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

Tannlege Ph.D. Morten Enersen
Kirkevn. 230, 1383 Asker
Tlf. 66 90 01 26
Mobil: 481 105 46
moenerse@online.no
www.tannlege-enersen.no

Tannlege Marie Fjærtuft 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

HEDMARK

Tannlege Lisa Gjøvik Andresen
Postadresse: Torggata 83, 2317 Hamar
tlf.: 65534608
Besøksadresse: SpesTorg inng. fra Kirkebakken

Tannlege Klaus Ånerud
Implantatbehandling
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger
Tlf. 62 81 46 78
Faks 62 81 42 20
klaus.anerud@gmail.com

HORDALAND

Tannlege John Tore Mellingen
Spes. periodonti
Implantatkirurgi/implantatprotetikk
Tannhelseteam Mellingen AS
Valkendorfsgate 5, 5012 Bergen
Tlf. 04855
www.tannhelseteam.no
post@tannhelseteam.no

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk, Tannlege Anders Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
anders@apollonia.no

OPPLAND

Tannlege Knut Sæther
Systematisk periodental behandling
Implantatbehandling
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 17 31
satherknut@gmail.com

Tannlege Martin Wohlfeil
Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Klinikk77 AS
Kirkegata 77
2609 Lillehammer
Tlf. 61 24 00 04
post@k77.no
Tilgang for handicappede. Nær parke-ring, buss og tog.

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS
Janet M. Østrem
Periodontittbehandling
Mukogingival kirurgi
Implantatbehandling
Storgata 17
0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
Faks 22 41 80 81
post@aktivtann.no
www.aktivtann.no

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt
Implantatkirurgi
Tannlege Anders Verket, spesialist i periodonti
Trondheimsveien
275 0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
cw@tannmedisin.no
www.tannmedisin.no

Grefsen tannlegepraksis AS
Dr.odont. Mawaan Khadra
Tannlege Rita M. Cruz
Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Homansbyen Tannlegesenter
Oscarsgate 20, 0352 Oslo
Tlf. 23 32 66 60
Faks 23 32 66 61
www.htls.no
post@htls.nhn.no
Tannlege Jan M. Akre

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

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

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

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

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

Spesialist periodonti Ulla-Karin Engstrøm
Eckersbergsgate 30–32
0260 Oslo
Tlf. 22 44 71 69
ukengs@gmail.no

Tannlege Mette Gilhus Hillestad
Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
Faks 22 13 87 33
www.slemdal-tann.no

Prof. Odont. Dr. Jan Håkansson
Spesialist i perio.
Alt innen perio og implantater
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5c, 0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
siv@tannogkjeveklinikken.no
Tlf 22 21 42 22

Tannlege Kristian Kjellsen
Periodontitt behandling
Implantat behandling
Tlf: +4724101270
post@christiania-tannlegesenter.no
www.christiania-tannlegesenter.no
Grønland 4, 0188 Oslo.
Tilbyr behandling i narkose

Tannlege Trond Telje
Von Øtkensv. 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
Faks 22 61 32 01
post@tannlegetelje.no
www.tannlegetelje.no

Tannlege Sandra Bellagamba
Tunbridge
Grünerløkka tannhelsesenter
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo
Tlf. 22 35 77 92
Faks 22 35 49 18
Mobil: + 47 984 777 62

Tannlege Jon Flinth Vatne
Vestgrensa 4
0851 Oslo
Tlf: 22463671
Periodontittbehandling, implantat-
kirurgi.
post@tennerihagen

ROGALAND

Tannlegene Hetland AS, Tannlege Trond Ole Hetland, Tannlege Pedro Franca
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Tannlege Fahri Demirbas
Holbergs gt 22
4306 Sandnes
Tlf. 51 31 82 00
Faks. 51 31 82 01

Tannlege Øystein Fardal
Johan Feyersg. 12
4370 Egersund,
51 49 15 55
fardal@odont.uio.no

Tannlege PhD Rigmor S. Flatebo
Apollonia tannlegesenter Handelens Hus, Klubbgaten 2b
Postboks 397, 4002 Stavanger
Tlf. 51 85 60 30
rigmor.flatebo@gmail.com

Tannlege Otto Førland
Implantatbehandling
Apotekergården Kirkegt. 169, 5525
Haugesund
Tlf. 52 71 39 24
Faks 52 71 29 50

SØR-TRØNDELAG

Tannhelse Melhus AS
Odd Bjørn J Lutnæs
Melhusvegen 451
7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
www.tannhelsemelhus.no

Tannklinikken Dine Tenner
Kongensgate 11, 7013 Trondheim
Tlf: 73991999
www.tannlegetrondheim.net
resepsjon@tannklikken.net
Tannlege Odd Bjørn Lutnæs, spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantat behandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi

Bakke Tannlegekontor AS, Spes.Perio.Dr. Odont Helge Ehnevåg
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakkettannlegekontor.no

Tannlege Roya Torabi-Gaarden
spesialist i periodonti
Trenerys gate 8, Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tel 73807880
Faks 73807881
roya@tannsol.no

TELEMARK

Holtanklinikken, Prof. Dr. odont. Hans R. Preus
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Folkestadvegen 12, Postboks 153
3833 Bø i Telemark
Tlf. 35 06 10 50
Faks. 35 06 10 58
Holtanklinikken@hotmail.no

VEST-AGDER

Tannlege John Øydna
Implantatkirurgi
Vestre Strandgt. 42
Haanesgården
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 06 66
Faks 38 12 06 70
john@vestretannlegesenter.no
www.oeydna.no
Rullestolbrukervennlig kontor

VESTFOLD

Perio Klinikken AS
Tannlege Nico H. Toosinejad
Systematisk periodontal behandling
Mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Kilgata 9 3217 Sandefjord
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
info@periottannklinikken.nhn.no

ØSTFOLD

Tannlege Lars Walle
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Gudes gate 1
1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00
Faks: 69 20 54 01
lawa@tanngarden.nhn.no

■ SPESIALKOMPETANSE

■ IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatproteisk behandling med trygdestønad.

AKERSHUS

Dentales Tannklinik Lysaker
Lysaker Torg 5
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no
Tannlegene Arild Aarnseth og
Frank Wang Lauritzen
Samarbeider med spesialist i Oral
kirurgi og oral medisin Karl Iver
Hanvold.

Hagatannlegene
v/ Tannlegene MNTF John M. Sandjord
og Morten Endreson
Hagansenteret, Hellinga 8,
1481 Hagan
Tlf: 67 06 97 70
e-post: info@hagantannlegene.no
www.hagantannlegene.no
for mer informasjon

Løkketangen Tannlegesenter
Tannlege Anders Wangestad
Samarbeider med dosent, spesialist
i oralkirurgi Gørán Widmark
Løkketangen 12a
1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
E-post: post@wangestad.no
E-post: www.lokketangen-tannlege-
senter.no
Narkose/sedasjon/lystgass
Parkering i kjeller

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl
Son Torg, Stortg. 25
1555 SON
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

Tannlege Petter Giving
Tannlegene Giving A/S
Skjetten senteret
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10

Tannlege Sven Grov
Jessheim Tannlegesenter
Stallvegen 4
2050 Jessheim
Tlf. 63 94 76 00
Faks 63 94 76 10
E-post: svengrov@online.no

AUST-AGDER

Tannlege Cathrine Foldvik
Nygårdsgt 15
4792 Lillesand
Tlf. 37 27 23 22

BUSKERUD

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Bjørn Even Gulsvik
Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Jan Bommen
Nymoen tannlegekontor
Nymoens Torg 9
3611 Kongsberg
Tlf 32734800
kontakt@tannlegenebommen.no

Tannlegene Brennhovd
Tannlege Anders Brennhovd
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf: 32 12 18 20
www.tannlegene-brennhovd.no
post@tannlegene-brennhovd.no

Tannlege Trond Anderssen
Drammen Tannlegesenter AS
Øvre Torggate 10, Postboks 316
3001 DRAMMEN
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.as
www.drammen-tannlegesenter.no

Tannlege Bent Dramdal
Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkerbakkentannle-
gene@gmail.com

Tannlege Terje Døviken
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirugi.no
www.drammenok.no

FINNMARK

Kolpus Tannklinik Hammerfest As

Tannlege Lise Kolpus-Pettersen
Implantatprotetikk
Lystgass/sedasjon ved tannbehandling
Kirkegata 12
9600 Hammerfest
Tlf: 784 11193
post@kolpustannklinik.nhn.no
www.kolpustannklinik.no

HEDMARK

Hartz Dental AS

Tannlege Tore Hartz
Tannlege Einar Hartz
Storgata 7B, 2408 Elverum
Tlf. 62 43 21 00
Faks 62 41 18 30
info@hartzdental.no
www.hartzdental.no

HORDALAND

Tannlege Kristian Lind

Åsane Tannlegesenter
Åsane Senter 42
5116 Ulset
Tlf. 55 53 18 33
Mail: lind@asatann.com
Web: asatann.no
Åpningstider: 08.00-15.30.
Gratis parkering og tilgjengelig for rullestolbrukere

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinik

Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Faks 70 10 46 71
fredrik@apollonia.no

Bryggen Tannhelsesenter

Tannlege Anja Michaelis
Sjøgata 34
6390 Vestnes
Tel. 71 18 08 44
anja.michaelis@bryggentannhelse-senter.nhn.no
Åpningstider: man.-fre. 8.00-16.00

SKANSEN TANNLEGEKONTOR A/S

Tannlege dr.odont. Torbjørn Jarle Breivik
Implantatprotetikk
Skaregt. 3, 6002 Ålesund
Tlf. 70 12 12 21
t-jbre@online.no
<http://folk.uio.no/tbreivik/>

Tannlege Per-John Halvorsen

Pb 197
6501 Kristiansund N
Tlf. 71 67 12 29
Faks 71 67 89 28
pjhalv@online.no

NORDLAND

Tannlege Espen Slotterøy a/s

Jonas Lies gt 11
8657 Mosjøen
Tlf. 75 17 18 94
e-post: tannlege@slotteroy.nhn.no

Tanntorget Svolvær AS

Tannlege Gunhild Johansen
Tannlege Espen Mortensen
i samarbeid med spes.oralkirurgi og
oral med. Cecilie Gjerde
Torget 1, 8300 Svolvær
Tlf. 760 66790
Faks 760 66791
tanntorget@yahoo.no

Tannlege Per Hamre

Tannboden AS
Brønnøysund tlf 924 79 700
Mo i Rana 404 60 800
Mosjøen 751 72 888
Sandnessjøen 750 43 600
perhamre@hotmail.com
www.tannboden.no

Tannlege Rune Hilde AS

Implantatforankret protetikk
Søndrefrydenlund alle 6
8400 Sortland
Tlf. 76 12 64 02
Faks: 76 12 64 03
tannlege@runehilde.no

Tannlege Gunhild Johansen

Tanntorget Svolvær AS
Torget 1, 8300 Svolvær
Tlf. 76 06 67 90

Tannlege Rune Normann

i samarbeid med
kjøvekirurg Christoff Ziegler, dr med
Sjøgt 21 8006 Bodø
Tlf. 75 52 00 11
Mail: t-runorm@online.no

Tannlege Irene Nygård AS

Strandgt.36
8656 Mosjøen
Tlf. 75175550
post@irenenygard.nhn.no

NORD-TRØNDELAG

TANNLEGE ALSTAD AS

v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad
v/Tannlege Per Johan Alstad
v/Tannlege Eyvind Tronset
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Niklas Angelus

Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69
nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag-fredag 8.30-
16.00
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

Tannlege Lars Rudel

Skolegata 14
7713 Steinkjer
Tlf. 74 16 14 17
lars.rudel@marsmail.de
Åpningstider 08:15-15:30 (17:30)
Tilgjengelighet for funksjonshemmede

Tannlege Espen Vekseth-Hahn

Kongeng gt 43
7713 Steinkjer
Tlf. 74 13 56 90
evekseth@yahoo.no
Åpningstider 0800-1530

OPPLAND

Lillehammer Tannhelse

avd Lillehammer
Nymosvingen 2
2609 Lillehammer
Tlf: 612 60 363
admin@lillehammertannhelse.no

Tannlege Ingvild Sæthre Gulling

Lillehammer Tannhelse
Nymosvingen 2
2609 Lillehammer
Tlf. 61 26 03 63

Tannlege Ole Johan Hjortdal as

Kirkegt.12, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 06 92
ojohjort@online.no.

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS
Johan Nygårdsgt. 11B
2670 Otta
Tlf. 61 23 00 26
post@gsteinsvollas.nhn.no
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelighet for funksjonshemmede.

Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll
Spesialist i periodonti
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss
Tlf. 61 19 14 81
sebstein@online.no

OSLO

Dentales Tannklinikk Aker Brygge
Grundingen 6, 6. etg.
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 22 83 82 00
www.dentales.no
Epost: akerbrygge@dentales.no
Tannlege Stian Solli Kanestrøm
Samarbeider med spesialist i Oral kirurgi og oral medisin Karl Iver Hanvold.

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

Grefsen Tannlegepraksis AS
Tannlege Kristin W. Haugstoga
Samarbeider med Tannlege og Dr.odont. Andreas Karatsaidis
Kjelsåsveien 7
0488 OSLO
Tlf. 22 15 30 00
Faks 22 15 29 00
e-post: post@tannlegepraksis.no
www.tannlegepraksis.no

Tannlege Amer Maqbool Ahmad
Spesialkompetanse i implantatprotetikk
Din Tannklinikk
Dronningens gate 40, 0154 Oslo
Tlf. 22 42 42 49,
post@dintannklinikk.no
www.dintannklinikk.no
Åpningstider: Mandag – fredag
08: 00–20: 00
Tilrettelagt for funksjonshemmede.
Kort vei til tog, T-bane, buss og trikk.

Tannlege Dag Fjellanger
Hoff Tannklinikk DA
Harbitzalleen 2a
0275 Oslo
Tlf 22 06 49 90
E-post: hofftannlegen@online.no
Webside: www.hofftann.no
Åpningstider : Man-Fre 08.00-16.00

Tannlege Siv Kristin Helgheim
Tannlege Parwana Naimy
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@tannogkjeveklinikken.no
www.tannogkjeveklinikken.no
Tlf: 22 21 42 22

Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth Aurstad Riksen
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf. 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man-fre 8–16

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Tannlege Ole Berntsen
Tannlege Linh Bui
Luramyrveien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
Faks: 51 96 99 98
post@forustann.no
www.forustann.no

Tannlegene Hetland AS
Tannlege Trond Ole Hetland
Tannlege Pedro Franca
Implantatbehandling
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Tanlegesenteret Løkkeveien
Implantatprotetikk
Tannlege Fredrik Kjellevold
Løkkeveien 56, 4008 Stavanger
Tlf.: 51537540
tannlegekjellevold@gmail.com
Web.-adr.: http://www tsl56.no
Åpningstider: man.-fre., kl. 08.00–15.30.

Waage Tannlegesenter
Tannlege Fredrik Waage
Kjøpmannsbrotet 5, 4352 Klepp
Tlf 51421694
Mail: post@waagets.no
Web: www.waagets.no
Åpningstider: 0800–1530

Tannlege Leif Berven
Pb 430, 4379 Egersund
Tlf. 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

Tannlege Sigmund Rønneberg
Langgata 50, 4306 Sandnes
Telefon 479 98 877

Tannlege Bernt Vidar Vagle
Storgaten 43
4307 Sandnes
Tlf. 51 68 14 00
Faks 51 68 14 09
bvagle@hotmail.com

Tannlege Helge Øyri
Implantatprotetikk Langgt. 41–43
Pb. 454, 4304 Sandnes
Tlf. 51 66 17 30
helg-rao@online.no
Sertifisert i implantatbehandling i 2013 av EAO

SØR-TRØNDALAG

Bakke Tannlegekontor AS
Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Kjell Ulsund
Kai Sandvik
Nedre Baklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor

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 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
web: www.tannhelsemelhus.no

Tannlegene i Munkegaten 9
Tannlege Rolf Isaksen
7013 Trondheim
Telefon 73 80 67 60

Tannlege Parvaneh Monemy

7260 Sistranda
Tlf. 72 44 98 80
pmonemy@c2i.net
Åpningstider: Man-Fred fra 8.15
tom.15.15
Klinikken er tilpasset til funksjons-
hemmede

Tannlege Kjell Øyasæter

Skograndveien 34
7200 Kyrksæterøra
Telefon 72 45 26 50
E-mail: tanngard@hemne.as

TELEMARK**Holtanklinikken**

Tannlege Halvor Holtan
Tannlege Inge Holtan Saga
Prof. Hans R. Preus utfører implantat-
kirurgi med trygdestønad.
Folkestadvegen 12, Postboks 153
3833 Bø i Telemark
Tlf. 35 06 10 50
Faks. 35 06 10 58
Holtanklinikken@hotmail.no

Skien Tannklinik

Tannlege Tore Lervik lic.odont., MDSc
Telemarksvegen 170, 3734 SKIEN
Tlf. 35 58 39 20
Faks 35 58 39 21

Tannlege Øystein Grønvold

Korvetten Tannklinik AS
Torskebergveien 7, 3950 Brevik
Tlf. 35 57 02 32
Faks. 35 55 33 35
oystein@korvettentannklinikken.no

Tannlege Per Otterstad

Tannlege Spesialist i oral kirurgi og
oral medisin Erik Bie Kirurgisk implan-
tatbehandling med stønad fra HELFO
Storgaten 118
3921 Porsgrunn
Tlf. 35 93 03 60
Faks 35 93 03 61
potterst@online.no
Direkteoppkjørsavtale 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 Tannklinik

Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Tannlege Bjørnar Rørstrand
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinik.no
www.byportentannklinik.no
Tlf. 77 67 31 00

Tannlege Tore Berset

Torvet Tannlegesenter AS
Torvet 1b, Postboks 44
9481 Harstad
Tlf. 77 01 94 90
Faks 77 01 94 91
post@torvet-tannlegesenter.no

VEST-AGDTER

TANNPALÆT
Tannlege Mikal Heyeraas
Spesialkompetanse implantatprotetikk
Vestre strandgate 32
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 29 50
Faks 38 12 29 51
fellespost@tannpaleet.no

Torvgården Tannhelsesenter AS

Tannlege Steinar Osmundsen sr
Agnefestveien
4580 Lyngdal
Tlf. 38 34 44 80
Faks 38 34 44 20
post@torvtann.no
Åpningstider: Man-fre 08.00–16.00
Lørdag etter avtale
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege 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

VESTFOLD

Perio Tannklinikken AS
Tannlege, periodontist Nico H. Toosi-
nejad
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
info@periottannklinikken.nhn.no

Tønsberg tannhelse

Tannlege MNTF Gisle Proesch
Grev Wedelsgt. 10
3111 Tønsberg
Tlf. 33 37 98 03
Faks 33 37 98 19
gisle.proesch@gmail.com
www.tannhelse.no

ØSTFOLD

Privattannlegene AS
Tannlege Karlsen
Tannlege Jaavall
Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
Faks 69 31 32 15
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

Tannlegene i Vektergaarden

Tannlege Øystein J Andresen
Samarbeider med Periospesialist Jesper
Zakrisson for implantat installasjon
Voldgata 10/11
1632 Gamle Fredrikstad
Tlf. 69 32 03 77
post@tannlegeneivektergaarden.no
www.tannlegeneivektergaarden.no

LYSTGASS**MØRE OG ROMSDAL**

Apollonia Tannklinik
Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre
Tannboden AS
Sandnessjøen
Tlf. 75 04 36 00
perhamre@hotmail.com
www.tannboden.no

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

SØR-TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Kjell Ulsund
Nedre Baklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor

TROMS

ABA Tannlegene

Tannlege Einar Brage Thorsteinsson
Helsehuset
Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00
post@abatann.no
www.abatannlegene.no

VEST-AGDER

Tannlege Egil Lind

Tannlege Egil Lind A/S
Gåseholmen Brygge
Postboks 275
4554 Farsund
Tlf. 38 39 35 56
Solbygg Tannlegesenter A/S
Agder Alle 4, 4631 Kristiansand
Tlf. 38 70 38 38

■ NARKOSE/SEDASJON

AKERSHUS

Dentales Tannklinikk Lysaker

Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Lysaker Torg 5
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no
Tannlege Arild Aarnseth, spesialkompetanse i bruk av Sedasjon og Lystgass.
Samarbeider med anestesiooverlege Stefan Hauptig.

Løkketangen Tannlegesenter

Tannlege Anders Wangestad
Samarbeider med dosent, spesialist i oralkirurgi Gørán Widmark
Løkketangen 12a
1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
post@wangestad.no
www.lokketangen-tannlegesenter.no
Narkose/sedasjon/lytgass Parkering i kjeller

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
Ved anestesilege Knut Rusten
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

OPPLAND

Lillehammer Tannhelse
avd Lillehammer
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer
Tlf: 612 60 363
admin@lillehammertannhelse.no

SØR-TRØNDELAG

SANDEN TANNHELSE AS,
Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt
Tannlege MNTF Bjørn Thunold
Tannlege og spesialist i oral kirurgi Thomas Klimowicz
Kongens gate 60, 7012 Trondheim
Åpningstider alle dager 0800–1530.
Kveldstid mulig etter avtale.
Telefon/faks: 73527173/ 73527172
post@sandentannhelse.no
Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

Tannhelse Melhus AS

Vi tilbyr narkose og IV sedasjon.
Tannlegene
Bjørn Gunnar Benjaminsen, MNTF
Knut Roger Eidshaug, MNTF
Kai Åge Årseth, MNTF
Spes. periodontitt Odd Bjørn Lutnæs
Spes. endodonti Eivind Skaar
Melhusvegen 451
7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
www.tannhelsemelhus.no

TROMS

ABA tannlegene

ved overlege anestesi Jan Yuri Kazanski
(www.abatannlegene.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset, Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

VEST-AGDER

Nordmo tannlegesenter

Ved anestesioverlege Tom H. Hansen
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattenner.no

VESTFOLD

Tannlegene Rossen Nikolov, Simen Lauritzsen og Petter Lauritzsen
Samarbeider med anestesioverlege Lars Lauritzsen , V.S.S.
Narkose, Sedasjon og Lystgass.
Refusjonsrett ved implantatbehandling.
Nansetgt 13-15 3256 Larvik
Tlf: 33 18 49 13
Rosenklinikk1315@outlook.com

ØSTFOLD

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

■ ANDRE KOLLEGIALE HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner. Under denne overskriften kan man annonse at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.

For mer informasjon, henv. Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30, eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

OSLO

Avdeling for patologi, Rikshospitalet
Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi
Spesialkompetanse i oralpatologi
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36
solheim@odont.uio.no
Tannlege, ph.d. Tine Søland
Telefon: 22 84 03 76
tinehe@odont.uio.no

SpesDent

Spesialistklinikken
i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Spes. i oral kirugi og oral medisin
Petter O. Lind,
Spes. i oral kirugi og oral medisin
Ulf Stuge
Spes. i oral kirugi og oral medisin
Marianne Tingberg
Spes. i oral kirugi og oral medisin
Eivind Andersen
Spes. oral protetikk Knut Øverberg
Spes. oral protetikk Henrik Skjerven
Spes. endodonti Gilberto Debelian
Spes. endodonti Andre Roushan
Radiolog Stein Johannessen
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2018.

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

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

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

NORTANN
- alltid vakre tenn
NORSMILE
- agent for Hong Kong Dental Technology



Vi tror på samarbeid med tannleger som vil ha dialog med tannteknikeren.

Send gjerne pasienten din til fargeuttak i våre representative lokaler rett ved Jernbanetorget i Oslo, Skippergata 33 (inngang vis-a-vis P-hus Clarion Hotel Royal Christiania).

Tlf: 22 29 27 14 - Tlf: 23 38 80 08
www.nortann.no - www.norsmile.no



Fauske Tannteknikk AS
Best Dental Import
Best Dental Trading
Postboks 184, 8201 Fauske

Egenproduserte og importerte tanntekniske arbeider

Vi er forhandler for:

CURADEN Munnhygiene Klorhexidin	CAVEX Kompositt Algimat	DENTAL RATIO Implantater	BEST-Lens Lupebriller
--	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Org. nr.: 984 357 702
Tlf.: 75 64 65 66
Fax: 75 64 64 22
e-mail: bestdental@bestdental.no

Besok vår hjemmeside: www.fausketannteknikk.no, www.bestdental.no

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2018

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '17	8. desember '17	11. januar
2	11. januar	16. januar	15. februar
3	8. februar	13. februar	15. mars
4	1. mars	6. mars	12. april
5	5. april	10. april	16. mai
6	4. mai	22. mai	21 juni
7	7. juni	14. juni	16. august
8	9. august	14. august	13. september
9	3. september	18. september	18 oktober
10	11. oktober	16. oktober	15 november
11	8. november	13. november	13 desember



VISSTE DU AT LITT
GRØNNSAKER, FRUKT ELLER
BÆR TIL HVERT MÅLTID FORT
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
vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet

■ STILLING LEDIG

SANDNESSJØEN

Tannlege søkes til privat praksis i Sandnessjøen, 100 % stilling.

Vi er 2 tannhelsesekretærer, 1 tannpleier og 2 tannleger. Klinikken har 4 behandlingsrom, OPG, egen lab, Opus data, NHN tilknytning. Starttidspunkt og lønnsvilkår etter avtale

Søknad til:

post@tannlegekynsveen.no

Tannlege Modum, Buskerud

Ledig stilling som assistenttannlege 2 dager i uken på Modum, ca 30 min fra Drammen. Mulighet for utvidelse. For info / søknad: Modumtannlege@gmail.com

Endodontist

søkes til flott praksis på Tjura i Solør. 3 behandlingsrom, OPG, mikroskop mm. Skriftlig søknad sendes til: Lars-Henri Myrer, Tjuraveien 272, 2260 Kirkenær

Tannlege i Oslo Sentrum

Da en av våre tannleger går ut i pensjon etter 40 år ved praksisen søker vi nå en ny erfaren tannlege. Stort pasientgrunnlag. Tiltredelse des/jan. CV og søknad sendes til stilling@karljoantannklinikk.no

Mo i Rana

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

Spania

Vi er en norsk tannlegeklinik i Spania (Albir/Alicante), som søker en erfaren tannlege til å jobbe 25-30 timer i uken. Vi kan tilby gode arbeidsforhold og vi kan være behjelpeelige med å ordne med de papirer som trengs for å arbeide i Spania. Hvis dette kan være interessant for deg vennligst send mail til: dentalbir@gmail.com. De norske tannlegene i Albir.

Oslo S

Tannlegevakt og tannlegesenter i Oslo S søker tannlege i heltid/deltid stilling som kan jobbe selvstendig. Tiltredelse fra 1. januar 2018 eller etter avtale.

Søknad sendes på mail.

tannlegers@gmail.com eller kontakt

Singh sms 41238950

Tannlege søkes til fellesskap sentralt i Oslo

Jeg har flere behandlingsrom og ønsker å dele praksisen med en tannlege med egne pasienter.

Tannlege som ønsker å starte egen praksis er også velkommen.

Hvis du er interessert, ta kontakt på mail: manj@online.no.

Sunnmøre

Assistenttannlege søkes til fulltidsstilling ved moderne tannklinik for fire tannleger i Fosnavåg.

Vi har OPG, mikroskop, og godt pasientgrunnlag. CV og søknad sendes til gunnar@heroytann.no. For mer info ta kontakt på tlf. 97129551.

Spesialist

i Endo, Perio og Kirurgi søker til moderne, velutstyrt klinikk på Sandaker i Oslo. Deltidsstilling. Gode betingelser. Eget behandlingsrom for spesialister med OPG, digitalt utsyr og mikroskop. Ta kontakt på mail: sandakertannlegevakt@gmail.com



Jobb i eit av Noregs sterkeste fagmiljø!

Universitetet i Bergen har ledig stilling som

PROFESSOR/FØRSTEAMANUENSIS I ODONTOLOGI (PEDODONTI)

Institutt for klinisk odontologi | Søknadsfrist: 14.01.2018

Finn din stilling på uib.no



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



Spesialist i kjeveortopedi

**Vår spesialist i kjeveortopedi ved
klinikken i Sogndal ønsker avløsning**

Tannhelsesenteret Lørenskog AS åpnet i mars 2013 en avdeling i Sogndal. Klinikken tilbyr spesialistbehandling i kjeveortopedi, oral kirurgi, periodonti, endodonti og dental søvnmedisin. Den kjeveortopediske aktiviteten har vokst jevnt og omsetningen er god. Teamet består også av en erfaren tannhelsesekretær og en tannpleier som er trenet til å jobbe på pasient.

Vi søker etter spesialist i kjeveortopedi som ønsker å flytte til Sogndal, kanskje for en periode?

Vi kan også vurdere en løsning der to kjeveortopeder ambulerer til klinikken. For interesserte søker betaler vi reise og opphold for et besøk i Sogndal.

Er du interessert? Ring i dag eller send en mail til tannlege Per Opsahl
E-post: per.opsahl@nsn.no / Mobil tlf.: 975 19 433

www.tannhelsesenter.no

Sogndal ligger ved vakre Sognefjorden
Sogndal har ca 6000 innbyggere og 2000 studenter. Stedet ligger sentralt på Vestlandet, og klinikken utgjør det eneste spesialisttilbuddet i regionen. Klinikken er lokalisert midt i sentrum, ved siden av en stor offentlig tannklinik. Sogndal har flyplass, og flytid til Gardermoen er ca 45 min. Nærmeste storby er Bergen med direkte forbindelse med båt og buss. Jotunheimen nasjonalpark ligger ca en times kjøretur unna. I Sogndal finner du fantastisk natur og nærlhet til breer og fjell. Området byr på flotte muligheter for downhill- og stisykling. Sogndal har et alpinanlegg og er i tillegg et av Skandinavias beste steder for frikjøring på ski. Regionen er også godt tilrettelagt for vanlige turer til fots og på ski.



Nordlandssykehuset HF har følgende stilling ledig:

Hode- og bevegelsesklinikken, avdeling for øre, nese, hals og øye - Nordlandssykehuset

Oralkirurg - med ønske om faglig og personlig utviklig?

Ønsker du å jobbe i et bredt sammensatt fagmiljø - med utredning, behandling og oppfølging av pasienter?

Vi søker en ny, dyktig lege-/tannlege med spesialisering innen oral og maxillofacial kirurgi, i 100 % stilling. Ved ønske om lavere stillingsprosent (kombinasjon med annet arbeidssted) kan dette diskuteres.

Bodø er en spennende by med mange muligheter innen kultur, utdanning og næringsliv, og rundt oss har vi unik natur og utallige muligheter for fridtsaktiviteter. Ta gjerne kontakt for en uforpliktende prat. Vi ønsker deg velkommen som søker til et trivelig arbeidsmiljø med høyt faglig nivå.

Søknadsfrist: 20. desember 2017

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema: www.nlsh.no



ledige stillinger i

tannhelsetenesta

Les om våre ledige stillinger og finn søknadsskjema her:
mrfylke.no/jobb/tannhelse

Kontaktperson: ingrid.walstad.larsen@mrfylke.no, tlf. 71 28 01 72



Møre og Romsdal
fylkeskommune



Østfold fylkeskommune

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres
fortløpende på www.ostfoldfk.no

Fra stillingene legges ut er det fire
ukers søknadsfrist. Det er mulig
å abonnere på nye stillinger via
nettsiden.

Kontaktperson: Kristin Strandlund,
telefon 69 11 73 33/
95 44 71 72

■ STILLING SØKES

Akershus / Buskerud

Engasjert, ansvarsfull og omgjengelig
tannlege med erfaring fra privatpraksis
søker fast eller vikariat stilling, gjerne
med mulighet for overtagelse i Akershus
eller Buskerud området. Utdannelse fra
Norge. Ta kontakt på mail for mer info.:
jobbmail86@gmail.com

Endodontist søker stilling

Vil du ha samarbeid med erfaren endo-
dontist på din egen klinik?

Kompliserte endodontiske kasus, apikal
kirurgi og endodonti under narkose.
osloendo@outlook.com

Tannlegepar søker jobb/kjøp av praksis

Tannlegepar med erfaring fra privatprak-
sis søker jobb med ev. mulighet for over-
takelse/kjøp av praksis i Oslo og omegn.

Kontakt tannlegeuiog@gmail.com for
ytterligere informasjon.

Spesialist i Oralkirurgi

kvalitetsbevisst og arbeidsom med norsk
autorisasjon /tysk utdanning, 20 års erfa-
ring, søker stilling 1-3 dager/uke i privat
praksis i Norge, ingen geografisk tilknyt-
ning, fleksible arbeidstider.

Spesialkompetanse i ØNH og erfaring
med narkosebehandling. Også interessert
i evt. deltid. Ta kontakt for mer informa-
sjon: BBTziethen@gmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

Ønsker å kjøpe

tannlegepraksis i Skien eller Porsgrunn
eller kjøpe meg inn og bli medeier i klini-
ken. tannlege.porsgrunn@gmail.com

Praksis til salg

Sentralt beliggende i Frogner, Sørørum
Kommune, 1 min. fra togstj. Veldrevet
lønnsom praksis med god pasient tilgang,
1 behandlingsrom, muligheter for utvi-
delse.

For mer informasjon kontakt 90239281
ellers pralayar@hotmail.com

■ DIVERSE

I-Tero skanner

(intra oral scanner) fra 2011 selges kr 40 000. Må ha nytt batteri til kostnad kr 10 000.

Ring 67521600 eller 940 10 555 Mette.

Lystgassapparat

ca 10 år gammelt type Quantiflex MDM,
MDS Matrix selges.

Gi bud. Henv. Mette Løkketangen
Tannlegesenter 67521600, 940 10 555.

UNITER TIL SELGS

FIMET F1 UNIT SELGS

Kjøpt hos Tonne Dental desember 2010. Uniten har vært brukt som en ekstra-unit, og har blitt svært lite brukt, 1–2 ganger pr. uke. Ser helt ny ut.

Service utført av Tonne Dental 11.10.17. Ingen feil eller mangler. Dokumentasjon foreligger.

Følger ikke med røntgen-apparat, men søyle for rtg. medfølger.

3-veis sprøyte, herdelampe, micromotor og turbin på brygge.

Må hentes.

Ny-pris: 185.000,-

Selges: 40.000,-

PLANMECA COMPACT UNIT SELGS

Velholdt, 10 år gammel unit selges. Alle daglige vedlikeholds-rutiner, samt service gjennomført. Røntgen medfølger. 3-veis sprøyte, herdelampe, micromotor og turbin på brygge. Full service utført av Plandent 06.10.17. Dokumentasjon foreliger.

Må hentes, er behjelpeelig med demontering.

Ny-pris: ca. 280.000,-

Selges: 40.000,-

Mail: fetsundtannklinikk@gmail.com, Tlf.: 92060147

Lystgassapparat

ca 10 år gammelt type Quantiflex MDM,
MDS Matrix selges.

Gi bud. Henv. Mette Løkketangen
Tannlegesenter 67521600, 940 10 555.

REGNSKAP-SKATT-LØNN
Medlem av NARF

OSLO REGNSKAPS KONTOR AS ✓

Tannlege regnskap

Fast pris Kr 25.000 pr. år

+ mva

Prisen inkluderer:

- Regnskap
- Skattemelding
- Lønn

Priser beregnet for enkelt person foretak med en ansatt for AS koster det kr 3000 ekstra.

www.orkas.no

Tlf. 959 12 424

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

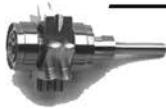
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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

NB!(Ikke vinkelstykker)

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

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



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no



NB! Husk navn og adresse!



Vi kaller dette en spade

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig

THE ORIGINAL. THE MASTER.

HELT NYUTVIKLET AIRFLOW® OG PIEZON® FRA EMS!

AIRFLOW PROPHYLAXIS MASTER

Perfeksjonert design, teknikk og hygiene. Utformet for intensiv profesjonell bruk, unik ergonomi, høy presisjon, enkelt vedlikehold og i overenstemmelse med høyeste hygienestandard.



Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic for ytterligere informasjon:

W&H Nordic, t: 40053691, e: office@whnordic.no, www.wh.com



EMS 
MAKE ME SMILE.