

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 127. ÅRGANG • NR. 2 FEBRUAR 2017



NORDISK TEMA
Gerodontologi - 2

Nyhet!

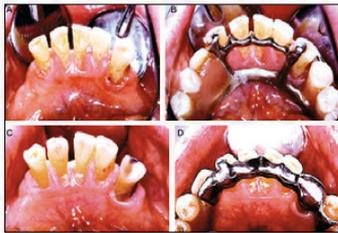
Vi tar nå imot alle digitale filer for tannteknisk produksjon

www.licscadenta.no

Tlf: 22 47 72 00



LIC
SCADENTA
TANNTeknikk



120



168



178



Boknytt
203



Rubrikk-
annonser
225

114 **Siste nytt først**

■ **Leder**

117 Hvem bestemmer fremtiden?

■ **Presidenten har ordet**

119 NTF og studentene

■ **Nordisk tema: Gerodontologi**

120 Einar Berg, Flemming Isidor og Bengt Öwall: Prosthodontics for the elderly patient

130 Pia Skott og Inger Wårdh: Mind the gap – utmaningen att inte förlora kontakten med den äldre hemmaboende tandvårdspatienten. Ett svenskt perspektiv

138 Gunhild Vesterhus Strand, Gro Stenerud og Børge Hede: Munnstell i sykehjem

146 Inger Wårdh, Eeva Widström, Dorte Jeppe-Jensen, Kirsten Solemdal och Lars Gahnberg: Gerodonti – ett nordiskt perspektiv på utbildning, organisation och finansiering

■ **Kasuistikk**

156 Peer Mork-Knutsen, Sandra Ahlgren og Bjørn Bamse Mork-Knutsen: En spyttstein av de sjeldne

161 **Bivirkningsskjema**

■ **Doktorgrad**

164 Sushma Bartaula-Brevik: Blodforsyning og vertsrespons ved rekonstruksjon av bein

■ **Aktuelt**

168 Vestlandsmøtet, Bergen, 13.–15. januar 2017: Fremtiden er usikker

174 Debatt om fremtiden

176 Pris for god undervisning

178 Internasjonalisering ved universitetene styrker demokratiene: Et privilegium å være viserektor

180 Samarbeid om dobbeltkompetanse

181 Norske odontologistudenter i utlandet: Kan fullføre i Oslo

■ **Kommentar og debatt**

183 Kjeveortopediske «kontroller» og takstsystem (Tor Torbjørnsen)

184 Uforståelig kritikk av universitetslektor Carl Christian Blich (Pål Barkvoll)

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

187 Fortrinnsrett til deltidsstilling - arbeidstakeren må ta hele den ledige stillingen

188 Spør advokaten: Konkurransesklausuler i samarbeidsavtale med assistenttannlege

■ **Snakk om etikk**

191 Delegering av arbeidsoppgaver til annet personell

■ **Notabene**

194 Tilbakeblikk

195 Kurs- og aktivitetskalender

196 Valg til NTF 2017

198 Personalialia

■ **Minneord**

199 Ivar Mjør

202 **Kunngjøringer**

205 **Kollegiale henvisninger**

Belønner gode undervisere



FOTO: YAY IMAGES.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Universitetet i Tromsø har sammen utviklet et forslag til meritteringsordning, skriver universitetsavisa.no (UA). Samtidig er Universitetet i Bergen først ute med å legge penger på bordet for å motivere gode undervisere, melder NRK den 11. januar.

Kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen (H) ønsker å innføre belønningsordning til de beste underviserne ved alle universiteter og høyskoler.

I januar kom kunnskapsministeren med en stortingsmelding om kvalitet i høyere utdanning. Tema er en meritteringsordning som alle høyere utdanningsinstitusjoner skal få på plass, skriver Adresseavisen.

NTNU og Universitetet i Tromsø er godt i gang med å utvikle en slik ordning, og de første dyktige undervisere kan i løpet av 2017 bli belønnet med statusen merittert underviser.

NTNU og Universitetet i Tromsø var lei av at det drøyet med å få en nasjonal ordning på plass. Derfor gikk de sammen om å utvikle et system for merittering av dyktige undervisere.

I korte trekk handler det foreslåtte meritteringssystemet om at den som får innvilget status som «merittert underviser» skal få økt lønn i form av tre lønns-

trinn. Samtidig skal instituttet der søkeren kommer fra, få et engangsbetrag på 30 000 kroner.

Meritterte undervisere og eventuelt andre bør kunne søke fakultetene om å få innvilget utdanningstermin. Dette skal gi rom for at de kan utføre større utrednings- og utviklingsoppgaver.

Ifølge Adresseavisen ønsker kunnskapsministeren at universitetene og høyskolene i løpet av to år skal ha en slik ordning på plass.

– Undervisning er kjernen for alle universitet og høyskoler. Sammenlignet med forskning er undervisning blitt nedprioritert og usynliggjort. Det har vært en todeling mellom forskning og undervisning, og forskning har gitt høyest status, sier kunnskapsministeren til Adresseavisen.

I kvalitetsmeldingen for høyere utdanning vil han øke statusen for universitetslærere og høyskolelærere. Virkemidler kan være høyere lønn, prosjektmidler, stipender og utdanningstermin. Han ser for seg at merittering også bør telle når man søker opprykk til professor. Det kan også være prosjektmidler, stipender, medlemskap i pedagogiske akademier og «fri» til å konsentrere seg om utdanning. I tillegg mener han det bør gi fortrinn når meritterte søker opprykk til for eksempel professor.

Ifølge Adresseavisen ønsker han et todelt karriereløp, der professorer og førsteamanuenser vektlegger forskning, mens de som prioriterer undervisning tituleres dosent.

Langt igjen

Antibiotikabruken har falt med over ti prosent siden 2012, men målet om en reduksjon på 30 prosent innen 2020 er fortsatt langt unna, melder NTB.

Fra 2012 til 2016 er antallet døgndoser per 1 000 innbygger redusert med 10,4 prosent, viser de siste tallene fra Apotekforeningens bransjestatistikk.

– Tallene viser at det dessverre er et stykke igjen før en når myndighetens mål om å redusere bruken med 30 prosent fra 2012 til 2020. I beste fall kan målet nås i 2023, hvis vi fremskriver

utviklingen det siste året, sier Per T. Lund i Apotekforeningen.

Fra 2015 til 2016 ble antallet døgndoser redusert med 3,6 prosent per 1 000 innbygger, men forbruket må ned med seks prosent hvert år om målet skal nås innen 2020.

– Å få ned antibiotikabruken er det viktigste tiltaket vi har for å kjempe mot utviklingen av antibiotikaresistente bakterier. Da er det ekstremt viktig at vi lykkes med å nå dette målet. Selv om bruken i Norge er moderat sammenlignet med mange andre land, er det bred faglig enighet om at bruken av antibiotika fortsatt er nødvendig høy, påpeker Lund.

Styrt nedbemanning



FOTO: YAY IMAGES.

Reduserte budsjetterammer og behov for omstilling gjør at Helsedirektoratet har besluttet å gjennomføre styrt nedbemanning.

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det at «Helsedirektoratet vil i 2017 stå overfor betydelige omstillingsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet er innforstått med at omstillingskravet også vil medføre behov for en betydelig reduksjon i antall ansatte i direktoratet.»

– Det vil ikke være mulig å møte budsjettutfordringene bare med effektiviseringstiltak og naturlig avgang. Vi må planlegge med en bemanningsreduksjon på cirka 60 årsverk i 2017. Dette kommer i tillegg til en reduksjon på cirka 50 årsverk som vi har oppnådd i 2016, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

– Prosessen skal gjennomføres i tråd med statens regelverk og i samarbeid med fagforeningene og vernetjenesten. Vi er også opptatt av å ivareta informa-



sjonsbehovet overfor alle berørte, sier helsedirektøren.

Målet med omstillingen er at Helse- direktoratet skal være enkelt, effektivt og samordnet. Det innebærer også nye måter å jobbe på.

– Samfunnsutviklingen krever at vi i enda større grad lytter til brukernes behov og forenkler tjenester, systemer og prosesser sier Guldvog.

Direktoratet skal samarbeide mer med hele helsetjenesten og bruke kompetansen i sektoren i større grad.

– Vi må møte nye kompetansebehov for å skape pasientens helsetjeneste, levere digitale brukergrensesnitt og forstå og utvikle helse-systemet for å møte nye områder som for eksempel person- tilpasset medisin og velferdsteknologi, sier Guldvog.

Flere unge snuser



FOTO: YAY MIERO.

Nedgangen i røyking fortsetter, både blant voksne og unge. Kun tre prosent av unge i alderen 16 – 24 år røyker daglig, mens flere unge snuser daglig, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

– Det har vært en jevn nedgang i ungdomsrøyking de siste 15 årene, og den fortsatte fra 2015 til 2016 hvor den gikk ned fra fire til tre prosent. For 15 år siden var det hele 29 prosent blant unge (16 – 24 år) som røykte hver dag. I befolkningen som helhet gikk andelen som røyker daglig ned fra 13 til 12 pro-

sent, mens snusing holdt seg stabilt på 10 prosent.

– Det er utrolig bra at så få unge røyker. Røyking er noe av det farligste du kan gjøre. Disse tallene tyder på at dagens unge i fremtiden slipper mange typiske røykerelaterte sykdommer som lungekreft, kols og hjerte- og karsykdommer, og betyr at vi får færre røykerelaterte dødsfall i fremtiden, sier avdelingsdirektør Jakob Linhave i Helsedirektoratet.

Han er imidlertid bekymret over at det har vært en økning i snusbruk blant unge fra 2015 til 2016. 19 prosent i alderen 16 – 24 år snuser nå hver dag, mot 17 prosent året før. Tidligere var det flest unge menn som snuste daglig, men kjønnsforskjellene er blitt mindre. Blant unge kvinner 16 – 24 er det nå 17 prosent som snuser daglig.

– Det kan føre til at flere gravide vil bruke snus i årene som kommer. Bruk av snus under graviditet kan føre til økt risiko for lavere fødselsvekt, prematur fødsel og i verste fall dødfødsel, sier Linhave.

Han påpeker at det er viktig med flere virkemidler og fortsatt fokus på ungdom fremover, slik at vi unngår at en ny generasjon blir avhengig av nikotin. Stortinget har vedtatt at det skal innføres standardiserte pakninger på røyk og snus i 2017.

– Standardiserte pakninger uten produsentenes logo og farger kan bidra til å forebygge at barn og unge begynner å røyke og snuse, påpeker Linhave.

Det er de siste ti årene blitt stadig færre som røyker i alle aldersgrupper, men det er et skille mellom de over og de under 44 år.

– Det er aldri for sent å slutte. Uansett hvor lenge, eller hvor mye du har røykt, vil du få en helsegevinst ved å slutte. Snakk med fastlegen, kontakt den lokale frisklivssentralen eller bruk

de forskjellige tilbudene på slutta.no, oppfordrer Linhave.

Alle kan klare å slutte å røyke, men mange har flere sluttetforsøk bak seg før de lykkes. Det kan være lurt å prøve flere måter å slutte for å finne noe som passer. Veiledning i kombinasjon med medikamentell behandling hjelper mange. Veiledningen er like effektiv enten den gis individuelt eller i gruppe.

På nett

E-resepten?



FOTO: YAY MIERO.

Direktoratet for e-helse melder på sine hjemmesider at e-resepten nå blir tilpasset rekvirentgrupper som også har forskrivningsrett, slik som tannleger. De sier videre at det er opp til den enkelte journalleverandør å tilrettelegge for bruk av e-resepten.

Vi har forespurt en av leverandørene av elektronisk pasientjournal, Opus, om når tannlegene kan vente e-resept som en ny funksjon i journalen.

De opplyser at første fase av pilotprosjekt og testing er ferdig, men at de venter på en forskriftsendring som gjelder personvern før en godkjenning kan komme på plass.

Forskriftsendringen er nå under behandling i Helsedirektoratet.

OSSTEM[®] startpakke

inkluderer

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

kr 23.900,-

veil. 45.600,-

Konkurrentenes pris fra 80.000,-

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

maxfac
DENTAL
Vi gjør implantat-Norge billigere!

www.osstem.no

Avansert Estetikk
er Essensen



Essentia™
fra GC

Åpner døren til det enkle

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

Kan det bli enklere?

Følg intuisjonen din !

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

'GC.'

Nysgjerrig?
Skann QR-koden
og les mer





Foto: Yay Images. Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Aas

Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen, Jostein Grytten, Anne Christine Johannessøn, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson, Nina J. Wang, Marit Øilo, Ulf Örtengren

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

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

E-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

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

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

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 800. 11 nummer per år

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

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



OPPLAGSKONTROLLERT



MILJØMERKET TRYKKERI
07 PRINTMEDIA - 2041 0319

LEDER



FOTO: KRISTIN WITBERG

Hvem bestemmer fremtiden?

For mange tannleger startet dette årets faglige og sosiale samvær med Vestlandsmøtet i Bergen. Ved åpningen kom professor i samfunnsodontologi Jostein Grytten og snakket om fremtidens tannhelsetjeneste, og særlig om hvor mange tannleger det kan være bruk for i fremtiden. Det samme foredraget ble holdt i Oslo tannlegeforening drøye to uker senere. Da ble det også debatt om dette temaet, som naturlig nok engasjerer mange. Det er selve næringsgrunnlaget for en relativt stor yrkesgruppe det er snakk om. Særlig unge yrkesutøvere, som skal jobbe lenge som tannlege, leve av det og kanskje forsørge andre, vil naturlig være opptatt av hvordan dette utvikler seg.

Tematikken i samfunnsodontologens foredrag, og i debatten, er at byråkrater og myndigheter mener noe annet enn tannlegene som kjenner hverdagen og virkeligheten på kroppen, og at politikere lar seg styre av byråkratiet mer enn å lytte til tannlegene. Beslutningene blir deretter. Hvordan få politikere til å forstå, er det store spørsmålet.

Uten å ville dra det for langt er det som skjer i tannlegenorge kanskje ikke så ulikt det som skjer storpolitisk, i verden. Folket blir ikke lyttet til og forstått av de som styrer og bestemmer. Helt til det koker over; og til makten kommer plutselig noe helt annet. Bare en refleksjon. Litt søkt, kanskje.

Samtidig er det viktig at det er samsvar mellom folkets opplevde behov og det som skjer politisk, og det som deretter settes i verk av tiltak fra forvaltningens side. Det er i den rekkefølgen ting skal skje.

Når det gjelder tannhelse og politiske beslutninger blir det ofte hevdet at tannhelsefeltet er så lite at helsepolitikere glemmer det, eller ikke interesserer seg for det. Tannhelsesakene forsvinner i mengden av andre helsepolitiske saker

som handler mer om liv og død, og som dermed får mer mediedekning og større oppmerksomhet i opinionen, og blir viktigere for politikere. Dermed får byråkraterne eller embetsverket i departementet uforholdsmessig stor innflytelse over tannhelsefeltet. Politikerne i departementet får ferdige løsninger på saker innenfor tannhelsefeltet fra embetsverket, som de bringer videre til Stortingspolitikere, som heller ikke har satt seg inn i tannhelsesakene. Og beslutninger fattes. Enkelt sagt er det blant annet dette NTF som tannlegenes yrkesorganisasjon blir bedt om å få en endring på, av medlemmene. Og NTFs ledelse sier at dette vil de gjøre alt de kan for å endre, samtidig som de ber alle sine medlemmer om å gjøre en innsats, hver og en, blant annet ved å komme med gode forslag og innspill til foreningen. Det høres ut som en god demokratisk innstilling.

Møtene, og mye av det som ble sagt, i Bergen og Oslo i januar er dekket i denne utgaven av Tidende. Kanskje noen av Tidendes lesere blir inspirert til å delta i videre meningsutveksling. Velkommen skal dere være. Alt som publiseres i Tidende kan kommenteres på www.tannlegetidende.no, og nye temaer kan tas opp under Kommentar og debatt i papirutgaven, der eksisterende debatter også kan føres videre.

I Tidendes debattspalter i denne utgaven fortsetter diskusjonene om kjeveortopedenes trygdefinansieringsordning og takstsystem og om spesialiteten i klinisk odontologi.

Først og fremst har vi også flere vitenskapelige artikler om gerodontologi i denne årgangens andre nordiske temahefte, som vi tror og håper vil komme norske klinikere til nytte.

Ellen Beate Dyvi

Markedets beste kundeavtale?

Samler du alle dine innkjøp av forbruksvarer og protetikkk på ett sted, sparer du store beløp!

Se mer på www.tannlab.no



FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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



FORMIDLING

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

TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier. TANNLAB Formidling er agent for Sunrise Dental Laboratory Ltd, Hong Kong, og har lang erfaring og spisskompetanse innen formidling av tanntekniske produkter. TANNLAB-gruppen er en del av Plandent – et unikt dentalt miljø som tilbyr tannlegen ett sted å henvende seg.



TANNLAB
fremstilling · rådgivning · formidling



NTF og studentene

Gjennom presidentvervet reiser jeg mye rundt, og da har jeg stor glede av å få møte mange av NTFs medlemmer og bli kjent med hyggelige kolleger.

Sist uke var jeg så heldig å treffe flere nye, unge kolleger da jeg fikk være med og holde kurs for de studentene i Bergen som skal uteksamineres til sommeren. Det er ekstra hyggelig å treffe studentene. De er en viktig del av NTFs medlemsmasse, og de representerer fremtiden. Arbeidslivskursene som NTF tilbyr avgangskullene er viktige. Her får studentene mye informasjon om NTF, men også om arbeidsmarkedet og om sentrale tannhelsepolitiske saker. Juristene våre kurser dem om kontrakter og lovverk som det er viktig å kjenne til når de skal ut og arbeide som tannleger.

Dette arbeidet er forankret i NTFs arbeidsprogram som sier at NTF aktivt skal rekruttere studenter og tilby studentkurs og informasjonsmøter ved alle de norske lærestedene årlig.

NTF har lenge tilbudt studentmedlemskap, og studentene er fritatt for medlemskontingent. Medlemskapet gir mange fordeler, som ulykkesforsikring, gunstige bank- og forsikringsavtaler, gratis deltakelse på NTFs landsmøter samt tilgang til øvrige medlemsfordeler og selvfølgelig abonnement på NTFs Tidende – for utenlandsstudenter dog begrenset til app og nettsted.

Veldig mange av studentene er medlemmer i foreningen vår, og det er vi selvfølgelig veldig godt fornøyd med. Som medlemmer forplikter de seg til å overholde NTFs vedtekter og etiske regler, på samme måte som andre medlemmer.

NTF har ikke tidligere hatt noen egen studentforening, slik flere av de andre

akademikerforeningene og dessuten Sveriges Tandläkarförbund har. Dette har vært diskutert gjennom lang tid, og i 2015 vedtok representantskapet at NTF skulle opprette en studentforening, NTF Student (NTF-S).

Opprettelsen av en egen studentforening er en naturlig konsekvens av de siste årenes økte fokus på studentarbeid. Det er dessuten i tråd med NTFs arbeidsprogram og strategiske plan. Formålet er å etablere nærmere kontakt mellom NTF og odontologistudentene, samt å øke medlemsopplutningen blant studentene. Studentforeningen skal også bidra til økt kontakt og dialog lærestedene i mellom, og på best mulig måte inkludere utenlandsstudentene. Hensikten er å øke studentenes mulighet for innflytelse, samt å øke NTFs innsikt i hva studentene, og dermed våre fremtidige medlemmer, er opptatt av.

Studentforeningen er etablert som et eget organ i NTF, på tilsvarende måte som lokalforeningene. NTF Student skal være en selvgående forening som med støtte fra sekretariatet skal formidle informasjon, ivareta studentmedlemmenes interesser, medvirke til gjennomføring og videreutvikling av arrangementer og aktiviteter, samt bidra til medlemsverving.

Leder av NTF Student møter på NTFs ledermøte og NTFs representantskap med tale-, forslags- og stemmerett. I tillegg har et medlem av NTF Student fra hvert av de norske odontologiske lærestedene adgang til representantskapsmøtet med tale- og forslagsrett, men uten stemmerett.

Odontologistudenter som melder seg inn i NTF, inngår heretter automatisk som medlem i NTF Student. Studentmedlemmer kan også velge å melde seg

inn i en lokalforening. Som medlem av lokalforeningen vil de imidlertid ikke være valgbare til lokalforeningens styre, og de vil ikke kunne avgi stemme i lokalforeningsanliggender.

Opprettelsen av studentforeningen, og de tilsvarende endringene i NTFs vedtekter trådte i kraft 1. januar 2016. Studentforeningens egne vedtekter har gjennom 2016 blitt utarbeidet i samarbeid med et interimsstyre, som møttes for første gang i Oslo 20. mai 2016. Interimsstyret har hatt den viktige oppgaven med å lede foreningen frem til valg av ordinært styre. De har jobbet med medlemsverving, aktiviteter og arrangementer på studiestedene, utvikling av logo og profilering og med Akademikernes studentsamarbeid. Tusen takk til alle som har bidratt – vi kunne ikke gjort dette uten studentene selv.

De første lokale årsmøtene i NTF Student ble avholdt høsten 2016 på de respektive lærestedene i Norge. Hvert lærested valgte to representanter til styret. Det ble også valgt én representant for de utenlandske lærestedene.

Blant de valgte styrerepresentantene ble det valgt leder, nestleder og kasserer på årsmøtet, som ble gjennomført under årets studentseminar på Geilo fredag 27. januar.

Jeg håper at opprettelsen av NTF Student vil øke samarbeidet med og involveringen av NTFs studentmedlemmer. Det er vi helt avhengig av for å kunne utvikle NTF til å møte fremtidens utfordringer. Jeg håper hele foreningen vil ta vel imot det nye tilskuddet til foreningen vår. Jeg ser frem mot godt og konstruktivt samarbeid!

Camilla Hanser Skerum

Einar Berg, Flemming Isidor og Bengt Öwall

Prosthodontics for the elderly patient

Age and health are important factors in any treatment. The main purpose of the article has been to discuss the need for replacing missing teeth in the frail elderly. Neither reliable definitions of acceptable oral function nor the need for tooth replacement exist. Nevertheless, the dentist must relate to these concepts. «The Shortened Dental Arch Concept» shows that acceptable oral function in the elderly can still be obtained, even in severely reduced dentitions.

Informed consent is only fulfilled when the elderly person is fully informed of all acceptable treatments. Optimal treatment can be impeded by a reduced ability to endure long-lasting, multiple appointments, motor diseases or financial limitations.

Some simplified prosthetic treatments with reduced longevity can be justified; others are contraindicated because of tissue harm. Prosthodontics may also sometimes be justified for the elderly even if oral diseases are imperfectly controlled. Deciding whether to repair or renew prostheses is difficult, and must be assessed individually.

Small fixed dental prostheses (bridges) are easy to produce, usually provide better oral function, may not cost more than partial removable dental prostheses, are preferred by the elderly and should never be excluded as an option. The need for replacing missing teeth in the elderly will persist, but should only be implemented after careful individual evaluations.

Authors

Einar Berg, professor emeritus, dr.odont., Seksjon for Oral Protetik, Institutt for Klinisk Odontologi, Det Medisinsk-Odontologiske Fakultet, Universitetet i Bergen

Flemming Isidor, professor, dr.odont. Sektion for Protetik, Institut for Odontologi, Health, Aarhus Universitet

Bengt Öwall, professor emeritus, odont.dr. Afdeling for Oral Rehabilitering, Odontologisk Institut, Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Københavns Universitet

Why is it difficult to decide if missing teeth should be replaced?

The main focus of this paper is to discuss the need for replacement of missing teeth in the elderly. The object of any dental treatment is to maintain or even improve oral function. When teeth are missing, prosthodontics restore oral functions such as masticating, speaking, appearance and oral comfort. What constitutes acceptable levels for these functions is rather poorly defined, and there are no well-founded criteria regarding the need to replace teeth. Also, oral function has lately been increasingly associated with oral health related quality of life (OHRQoL). The present task therefore poses a number of challenging questions. Some of these may seem simple and easily answered, but several uncertainties exist.

Because of the lack of a generally accepted definition among professionals as to what constitutes an oral handicap, the objective need for tooth replacement is unclear both on a population and individual level. For that reason, the subjective need may be over- or under-estimated, resulting in inadequate or inappropriate treatment solutions.

Headlines

- The decision to replace missing teeth in the elderly is complicated because no scientific standards exist as to what constitutes acceptable oral function.
- It may be considered less professional to over-treat than under-treat replacement of missing teeth; reduced dentitions without anterior gaps may provide satisfactory function.
- The elderly's need to replace missing teeth can only be revealed if they are adequately informed of all acceptable treatment options and relevant factors involved.
- Simplified treatments may be acceptable on specific indications.
- Small fixed dental prostheses should never be written off as an option; compared with partial removable dental prostheses they have superior functional qualities and need not necessarily cost more.



Fig. 1. The use of PRDPs is associated with increased plaque accumulation and caries risk as seen in this patient. Establishing and maintaining optimal oral hygiene through a systematic regimen of recalls and supportive therapy must be implemented.

Tradition, culture, mentors' opinions, education, legal aspects in claim investigations about what is «generally accepted treatment standards» etc. have influenced clinicians and care planners more than we care to admit.

What is the role and effect of public guidelines?

Traditional «thinking» about prosthodontics and decision making still pervades official guidelines and regulations. A standard requirement for prosthetic rehabilitation is to establish an adequate oral function including mastication, speech and aesthetics. The Norwegian Health Authority (1) has published some guidelines regarding the replacement of missing teeth in which it is stated: «individual evaluations must be made about acceptable masticatory function and what is necessary for the individual to be able to communicate and have social relationships without hindrances that relate to teeth. Furthermore, the term «aesthetic zone» relates to teeth that the *individual patient* (our highlighting) considers necessary to be able to have normal social interaction without problems relating to teeth».

Table 1. A comparison of treatment costs between a cobalt-chromium PRDP and two small FDPs. Laboratory costs calculated by a Swedish dental laboratory. The PRDP is constructed according to a «hygienic» regimen (21) with a metal palatal plate, two metal backings, two pontics and two gold wire clasps. The three-unit resin-bonded FDP includes one full metal-ceramic crown and one partial crown; the two-unit FDP includes one resin-bonded partial crown (Fig 2).

Partial removable dental prosthesis	Cost (SEK)	Fixed dental prosthesis	Cost (SEK)
Basic	4.720	Cost restoring ²² 23	3.165
2 metal backings	630		
2 composite pontics	920	Cost restoring 15 ¹⁴ 13	4.885
2 gold wire clasps incl. soldering	1.032		
Total cost	7.302	Total cost	8.050

A comparable Swedish text from a regional guideline about refundable treatments for those in need of what is termed necessary dental treatment states that «the assessment implies that conservative and prosthetic treatments *significantly increase the patient's ability to eat and speak and provide a substantially elevated quality of life and well-being* (our highlighting)» (2).

Even if the public frame regulations like the above are only general guidelines, they still significantly influence decisions in clinical dentistry and add stress to both dentist and patient, with very low reliability.

What do experts say?

A Norwegian professor in gerodontology states: «Given the same dental condition, different patients may receive anything from no to quite extensive treatment. In an ailing 80-year-old with a reduced dentition, temporary fillings, temporary rebasing or just oral care can be a good treatment» (3). A Swedish associate professor within the same field emphasizes in an interview that «When the public dental service treats elderly, many follow the same standards as for a «normal adult», but much can be different in the elderly». She also points out the unclear knowledge and diagnostics that exist about how many teeth that are needed for oral function and chewing (4).

How many teeth do the elderly need for a satisfactory oral function?

The introduction by Käyser (5) in the 1970-ies of «The Shortened Dental Arch Concept» (SDA), known by many clinicians as the premolar-occlusion, represented a paradigm shift in prosthodontics. It was emphasised that «treatment goals can be limited and still satisfy patients' demand by using a problem-solving approach». This was contrary to the traditional philosophy in which a theoretical complete ideal dentition was pursued. It took many years before SDA reached its present near universal acceptance. Despite this, the SDA concept is still not widely practised (6,7).

The SDA, considered to be relevant for patients aged 40–80, provides in general terms a suboptimal but acceptable functionality. Käyser also suggested the Extremely Shortened Dental Arch Concept (ESDA), for patients 70–100 years of age, which provides a minimal but still individually acceptable functional level. As a consequence of the SDA and ESDA treatment philosophies, it may currently be considered less professional to over-treat than under-treat when replacing missing teeth; especially in older patients who are often not cognisant of their real needs.

What is meant by «elderly» and what is our target group?

«Elderly» is an elusive concept. Most dentists would consider a healthy, fit and active person aged 80 or over as any other patient and provide the generally used treatment option for adults. What happens in the future if conditions suddenly change, as is not unusual in this age group? Space does not allow a full discussion of all possible aspects of replacement of missing teeth and necessary maintenance in the heterogeneous «elderly» group. Our main focus will therefore be on frail elderly who are usually treated by general practitioners, as opposed to institutionalised patients who may require more specialised care. We will present some questions that we hope could be usefully discussed among care givers and care planners. Although we may not be able to give complete answers, we hope that the questions themselves and the ensuing discussion will contribute as eye openers.

Conclusion

Understanding what constitutes necessary and reasonable treatment in a clinical situation is essential and requires a very high level of knowledge, empathy and patient centred respect. No simple and reliable test exists, even though aspects related to OHRQoL have been subject to increasing research during the last decade. The application of evidence based dentistry, a very popular guideline nowadays, seems to be of little or no use in such basic, but also complex diagnostics.

Clinical consideration

How can the elderly's real need to restore missing teeth be uncovered?

The following aspects are usually relevant and ought to be considered: Patients can hardly be expected to express their real need and how it may be satisfied without a full understanding of possible treatment options. These are determined by the dentist after a thorough clinical examination. In the subsequent dialogue between patient and dentist, these options, with relevant advantages, disadvantages, financial consequences, risks and prognoses need to be discussed and explained. However, the dialogue should be no more extensive or complicated than necessary for its purpose.

It must be taken into account that many elderly regard the dentist as an authority figure, whose concept of optimal prosthodontic treatment based on the dentist's superior knowledge and experience may be difficult to challenge. However, usually several treatments are possible, and it is important that the

dentist's preference is not presented so strongly that the patient's subjective need becomes obfuscated.

Relevant to this discussion is the clinical experience that the subjective needs of the elderly may be less demanding than those of younger patients, and deviate significantly from more «objective» optimal treatments suggested by the dentist. In contrast, a few patients may insist on restorations that are not in accordance with generally accepted standards. In the latter case, even if the patient is adamant, the advice is to refrain from treatment, because the dentist carries the responsibility for any treatment provided.

Only after deliberations like those mentioned above, is the patient able to give «informed consent» to the chosen treatment as specified by law and ethics. Informed consent by frail elderly persons may be complicated by declining mental ability. Tiredness or early dementia may cause communication problems that may be reduced with the assistance of a family member or an emphatic friend. If dentist and patient have had a long-standing professional contact the decision-making is greatly simplified.

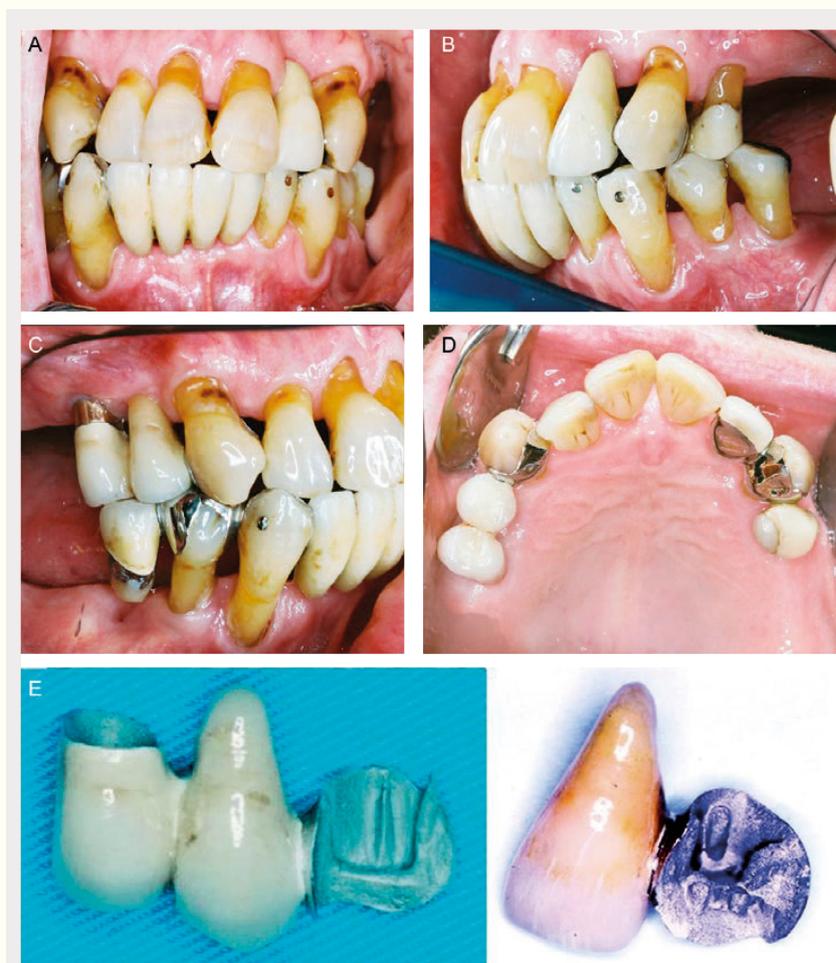


Fig. 2. Severe periodontitis treated for 30 years. Patient now 85 years old. Mandibular FDP 23 years old. FDP²² 23 18 years old. FDP 15¹⁴ 13 4 years old. Existing post and core with cervical gold collar of 15 retained and used for retention of the three-unit FDP. FDP in cobalt chromium and porcelain. Resin bonded. A: Frontal aspect. B: Lateral aspect, patient's left. C: Lateral aspect, patient's right D: Palatal aspect. E: Three-unit and two-unit FDPs

What may be obstacles to optimal treatment of elderly?

Of particular prosthodontic interest in this respect is the reduced ability by some elderly to endure long-lasting and multiple appointments – particularly associated with complex treatments. The lack of endurance may be related to general failing health and somatic diseases, but also to reduced mental stamina or other psychosocial circumstances. Even when this problem does not apply, conditions like shaking or rigidity or reduced muscular function in patients with motor symptoms or conditions that preclude prolonged periods of sitting still in a dental chair, may denote insurmountable obstacles for complex treatments.

Lack of funding may also prevent preferred treatment. Although all Nordic countries have some degree of public funding for dental treatment, the systems and traditions differ significantly (8,9). Thus, prosthodontic treatment is to a significant extent publicly reimbursed in Sweden. In Norway, with few exceptions, only two-implant retained overdentures are fully reimbursed. In Denmark and Finland, also with a few exceptions, no such treatment is reimbursed.

The elderly use dental services less than younger adults even though their treatment needs are more complex (10). Furthermore, the cost of prosthodontic treatment and the level of public funding may influence the use of oral health care services for elderly (11), the choice of prosthetic treatment (12) and OHRQoL (13).

When are simplified methods and materials justifiable in the elderly?

There are numerous types of simplified methods and materials that may be indicated for elderly in specific situations. Examples are composite crowns, (as opposed to conventional crowns), fibre reinforced fixed dental prostheses (FDPs) also called bridges (as opposed to conventional FDPs) or resin bonded metal (usually chro-

mium cobalt) FDPs. Their advantages are that they can be accomplished in shorter and fewer appointments compared with conventional methods. Composite crowns may perhaps not last as long as conventional crowns, but are still acceptable in suitable cases. Fibre reinforced FDPs are shown to have reasonable longevity as demonstrated in multicentre studies (14,15), and in suitable cases are certainly preferable to partial removable denture prostheses (PRDPs). Resin bonded metal FDPs with prepared mechanical retention have longevity comparable to conventional FDPs (16).

Simple acrylic PRDPs with wrought wire retentive clasps (as opposed to PRDPs with metal framework) are always contra-indicated, except as temporary restorations, because of convincing documentation that long-term use causes irreversible harm to oral tissues, reduced function and poorer prognosis of the dentition.

Patients with problems like those described above may be particularly suited for simplified methods and materials. Regrettably, unacceptable restorations like acrylic PRDPs are too often used indiscriminately in the elderly because they are inexpensive, expedient and may seem to satisfy short-term needs. Considering the dire consequences on oral tissues and loss of OHRQoL, in some cases such dentures may even be more expensive than alternative treatments. Furthermore, the use of ESDAs may sometimes be the best treatment for the target group if it satisfies the limited subjective need of the patient. Even if it does not, nothing is ever lost by employing ESDA. Thereby time is gained and an extension of the dental arch by whatever means can always be implemented later if indicated.

What about prosthodontic treatment when oral diseases cannot be completely controlled?

Infected teeth or retained roots and other conditions that cause pain and acute infection, must always be resolved before prosthodontic treatment. However, elderly may also have an increased risk of root caries, periodontitis, stomatitis or implantitis that can be quite resistant to treatment. These conditions may be successfully treated in the short term and prophylactic measures implemented. Still, in this age group they often relapse, due to factors like hyposalivation, reduced host resistance and sometimes inability and reluctance of the elderly to carry out adequate oral hygiene regimen. The ideal is that oral tissues should be free from disease before restorative treatments are undertaken. If this is not achieved, a significant proportion of this group will not be able to enjoy the benefits of restorations, with corresponding loss of OHRQoL. Compromising this ideal should never be made lightly, but must be justified after careful consideration of each individual.

Examples of the dilemmas such problems pose in regard to prosthodontics are apical pathology

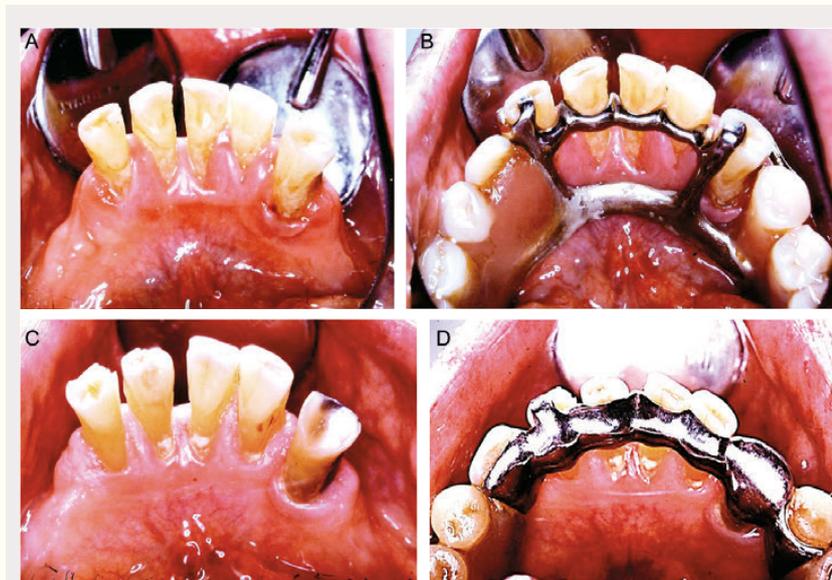


Fig. 3. A–D. A, B: Patient 66 years old. Has had maxillary CRDP and mandibular PRDP for many years. Present dentures one-year-old. Maxillary denture keeps falling down; mandibular PRDP hurts. Gingival trauma because the construction is too close to soft tissues. **C, D:** Patient 91 years old. Mandibular PRDP 15 years old. No gingival trauma, no relining/ rebasing during these years. Denture still stable and functional until patient died aged 96.

with few or no subjective symptoms, slowly developing periodontitis or treatment resistant stomatitis. A necessary condition for undertaking prosthodontics is then that possible harmful consequences are considered to take too long to be of major importance compared with the advantages gained.

In all such cases a professional maintenance regimen needs to be implemented. This must be individualized and controlled so that failure of the patient to attend is recognized. Then the patient should be routinely, and if necessary repeatedly, contacted. If unsuccessful, contact with family members may be attempted.

If the above measures are not implemented, the short-term benefits in the frail elderly may rapidly be offset by adverse effects. Whether or not to undertake prosthodontic treatments under these conditions pose difficult ethical and professional dilemmas for the dentist.

How can the need for repairs of fixed restorations be minimised?

In the reduced dentitions in SDA or ESDA the biting and chewing forces load fewer teeth than in dentitions with more teeth. The resulting heavy loading on remaining teeth and abutments necessitates adequate dimensioning of the metal constructions. Also, strong retention needs to be carefully considered. Night guards may counteract some of the problems.

The increased risk of root fracture of endodontically treated abutments with posts and cores is reduced by furnishing such teeth with solid ferrules embracing the root. Endodontic treatment through a crown is sometimes necessary, but this procedure reduces the strength of the dentin preparation with resulting high risk of loss of retention or fracture of tooth substance. Minimal entrance to pulpal chamber and root canal should be sought in order to reduce these risks. Preparation for and insertion of a post in such cases, which may be considered after root canal treatment, in fact further reduces the mechanical strength of the tooth.

Repair or renewal of existing prostheses?

Maintenance of existing restorations in the elderly may be equally and sometimes even more important for preserving oral function than constructing new ones. To this end, the need for regular, systematic recalls and implementing measures when needed cannot be stressed enough. This is particularly important in regard to PRDPs due to their potential for tissue harm.

When problems do occur, deciding whether to repair, adjust, renew or leave well alone is difficult. Adapting to new prostheses may be problematic for an elderly person, particularly if the intervention alters the denture's external shape. However, some interventions are less risky than others: repairing fractured retention clasp arms of a PRDP, fractured denture teeth, fractured acrylic base if the fragments can be accurately positioned or extending the denture when a natural tooth is lost, certainly fall within this category. Fractures of an acrylic denture base caused by material fatigue – typically in the midline of CRDPs, should not be repaired because such defects inevitably recur. Rather, a rebasing or a new denture is the treatment of choice.

Relines of PRDPs or complete removable dental prostheses (CRDPs) may extend the lifetime of the dentures. With PRDPs, relines should only be attempted if the general fit of the metal framework is acceptable and all metal components are functioning. Relining CRDPs serves no purpose unless aesthetics and occlusion are acceptable.

Unfortunately, patients must manage without removable dentures during laboratory assisted repairs, although the time needed to carry them out may be reduced by careful preplanning. If the alternative to repair is making a new denture, the patient has to decide whether this disadvantage is worth the cost and possible adaptation problems incurred in receiving a new one.

If an existing denture must be remade, it may be an advantage to make use of the duplicate denture technique in which internal and external surfaces of the existing denture are replicated (16), which is then used as a basis when constructing a new one. This method hopefully reduces the risk of rejection. Also the original denture is intact and can be reinserted if the patient cannot adapt to the new one.

Mechanical breakdowns of FDPs are rare. A possible exception is broken facings, which can mostly be polished or repaired with composites. The most common causes of failure of fixed constructions are root caries or periodontal breakdowns of the abutments. Consequently, prophylactic measures are of crucial importance for maintaining FDPs in function. If the abutments have fractured or the retention of the FDP is lost on one or more abutments, repairs are usually technically very complicated, impractical or impossible to perform. Then, a new appliance has to be fabricated or the existing one shortened.

Fixed or removable – a key question

As intimated earlier, in guidelines for public funding, including those that exist in Nordic countries, FDPs are still, implicitly or explicitly considered an exclusive, expensive and «unnecessary» treatment. The preferred alternative, no doubt mainly for economic reasons, is PRDPs. This preference is also shared by many colleagues and health care planners who claim that FDPs are more expensive, technically challenging and difficult to keep clean. (4, 18). However, compared with FDPs, PRDPs substantially add a risk of mechanical damage to gingival tissues, plaque retention and dental caries (Fig. 1) (19,20). It has also been reported that up to 40% of PRDPs are rejected by the patients soon after insertion, indicating a low patient acceptance and reduced OHRQoL of such constructions (21). Furthermore, it has recently been shown that patients prefer to have missing teeth restored by FDPs» (22).

If the SDA and ESDA concepts are followed, gaps in the anterior dentition are often small. These are more adequately closed with FDPs, which are mostly easy to produce, carry a minimal risk of harmful consequences and are better accepted than PRDPs. An implant supported crown may also suffice to close the gap. In suitable cases the use of a simple two-unit cantilever FDPs (one abutment/one pontic) can be justified (Fig. 2), even when used to extend the dental arch posteriorly, as documented in

prosthetic literature (19,20,23). A similar distal extension can also be accomplished with an implant supported crown. Such treatment may be especially valuable for the elderly who have retained natural teeth to a high age and who may experience great problems adapting to a PRDP with a resulting reduced OHRQoL.

Furthermore, keeping in mind the SDA and ESDA concepts, the laboratory cost and clinical time required in order to restore such a dentition by means of an FDP may sometimes be equal to or lower than a high quality PRDP counterpart (Table 1), which requires much time for construction, clinical adjustments and follow-up (Fig. 3) (24). This was demonstrated in a recent Irish study (25) where laboratory costs were 38 % higher for the PRDP than the FDP. Also, initial clinical visits, follow-up appointments and total clinical time were on average 48 % higher for the PRDP group. True, the FDP patients had an average of just 2.6 replaced in order to satisfy the SDA requirement whereas the PRDP replaced 6.3 teeth. However, the added teeth of the PRDPs were a consequence of the construction, had little therapeutic value and did not enhance the OHRQoL as demonstrated in a large multicentre study (26).

Based on the above, it can be argued that the current preference for PRDPs, has resulted in a longstanding overproduction of such appliances. The reduced risk for tissue injuries, less demanding long term maintenance, patients' preference and improved OHRQoL, strongly suggest a more liberal use of FDPs – particularly when restoring minor gaps in the anterior region. The type of crown for retaining a fixed restoration is in this context of lesser importance.

Implants for the elderly?

A complex or unsatisfactory prosthetic treatment may be changed to a simple and effective one by the use of implants. The construction will then be technically safer, have better oral function and may easily improve OHRQoL in an elderly patient. One cost-effective example for patients unsatisfied with their mandibular complete denture is the insertion of two implants with ball attachments retaining an overdenture (27). Age as such does not affect implant survival (28,29). However, there may be surgical, medical, psychological and financial aspects that limit the use of implants, particularly in frail patients.

Future perspectives

Even though the rate of edentulousness at present varies between the Nordic countries, epidemiologic data suggest that the proportion of edentulous elderly in the population will decrease in the coming years. A substantial number of elderly will still, for various reasons, have missing teeth, also in the anterior region, and be in need of tooth replacements. Furthermore, a large number of patients needing prosthetic treatment will be in the older age groups and many of these will have general diseases and use multiple medications. This may influence choice and implementation of prosthetic treatment and will require increased knowledge and understanding by clinicians. Research and teaching need to change rapidly to meet these requirements.

Norsk sammendrag

Berg E, Isidor F, Öwall B.

Protetikk for den eldre pasient

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 120–6

Hovedformålet med artikkelen er å diskutere behovet for å erstatte tapte tenner hos skrøpelige eldre. Beklageligvis finnes verken reliable definisjoner av tilfredsstillende oral funksjon for eldre eller behovet for tannerstatning. Likevel forventes at tannleger skal forholde seg til begrepene. «The Shortened Dental Arch Concept» viser imidlertid at akseptabel oral funksjon for eldre kan oppnås i betydelig reduserte tannsett.

Krav til informert samtykke kan kun oppfylles når den eldre er informert om alle akseptable behandlinger og relevante forhold. Optimal behandling av pasientgruppen vanskeliggjøres ved redusert evne til å tåle langvarig og frekvent behandling, motoriske sykdommer med spasmer eller skjjelving eller økonomiske begrensninger.

På begrunnede indikasjoner kan forenklede behandlingsmetoder, vanligvis kontraindikerte på grunn av skadevirkninger eller kort levetid, likevel benyttes på eldre. Tilsvarende kan det utføres protetikk også der optimal forbehandling av orale sykdomstilstander ikke lykkes. Små broer er enkle å utføre, kan ofte gi bedre oral funksjon, koster ikke nødvendigvis mer enn partialproteser, foretrekkes av eldre og bør derfor aldri utelukkes som behandlingsalternativ. Om det skal utføres reparasjon eller fornyelse av proteser, er ofte vanskelig å avgjøre.

Det vil også i fremtiden være behov for tannerstatninger blant eldre. Individuell vurdering er særlig viktig ved behandling av denne gruppen.

References

1. Helsedirektoratet. God klinisk praksis i tannhelsetjenesten. En veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Helsedirektoratet. 2011; IS-1589: 8.
2. Enheten for tandvårdsstyrning. Region Skåne Tandvårdsstöd Regelverk Tandvårdsreform. 1999/2013.2015: 9.
3. Strand GV. Tenner for hele livet. Nor Tannlegeforen Tid. 2011; 121: 104–9.
4. Suslick J. Interview med Inger Wårdh. Tandläkartidningen. 2015; 107: 52–3.
5. Käyser AF. Teeth, tooth loss and prosthetic appliances. In: Öwall B, Käyser AF, Carlsson GE. Prosthodontics. Principles and management strategies, eds. London: Mosby-Wolfe, 1996; 37–45.
6. Kanno T, Carlsson GE. A review of the shortened dental arch concept focusing on the work by the Käyser/Nijmegen group. J Oral Rehabil. 2006; 33: 850–62.
7. Korduner EK, Söderfeldt B, Collin-Bagewitz I et al. The shortened dental arch concept from the perspective of Swedish general dental practitioners: a qualitative study. Swed Dent J. 2016; 40: 1–11.
8. Palmqvist S, Söderfeldt B, Vigild M. Influence of dental care systems on dental status. A comparison between two countries with different systems but similar living standards. Community Dent Health. 2001; 18: 16–9.
9. Holt C. Brugen af og betaling for tandpleje i Danmark, Sverige og Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2013; 123: 12–8.
10. Widström E, Augustdottir H, Byrkjeflot LI et al. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. Tandlægebladet. 2015; 119: 702–11.

11. Raittio E, Kiiskinen U, Helminen S et al. Dental attendance among adult Finns after a major oral health care reform. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42: 591–602.
12. Pillai RS, Mathur VP, Jain V et al. Association between dental prosthesis need, nutritional status and quality of life of elderly subjects. *Qual Life Res.* 2015; 24: 2863–71.
13. Raittio E, Lahti S, Kiiskinen U et al. Inequality in oral health-related quality of life before and after a major subsidization reform. *Eur J Oral Sci.* 2015; 123: 267–75.
14. van Heumen CC, van Dijken JW, Tanner J et al. Five-year survival of 3-unit fiber-reinforced composite fixed partial dentures in the anterior area. *Dent Mater.* 2009; 25: 820–7.
15. van Heuman CC, Tanner J, van Dijken JW et al. Five-year survival of 3-unit fiber-reinforced composite fixed partial dentures in the posterior area. *Dent Mater.* 2010; 26: 954–60.
16. Mahl D, Marinello CP, Sendi P. Markov models in dentistry: application to resin-bonded bridges and review of the literature. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012; 12: 623–9.
17. Lindquist TJ, Ettinger RL. Patient management and decision making in the complete denture fabrication using a duplicate denture: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 1999; 82: 499–503.
18. Lantto A. Tema äldretandvård. *Method. Tandläkartidningen.* 2015; 107: 20–21.
19. Budtz-Jørgensen E, Isidor F. A 5-year longitudinal study of cantilevered fixed partial dentures compared with removable partial dentures in a geriatric population. *J Prosthet Dent.* 1990; 64: 42–7.
20. Jepson NJ, Moynihan PJ, Kelly PJ et al. Caries incidence following restoration of shortened lower dental arches in a randomized controlled trial. *Br Dent J.* 2001; 191: 140–4.
21. Riber E, Öwall B. Patienters anvendelse af fremstillede delproteser. *Tandlægebladet.* 1998; 102: 936–940.
22. Cronin M, Meaney S, Jepson NJ et al. A qualitative study of trends in patient preferences for the management of the partially dentate state. *Gerodontology.* 2009; 26: 137–42.
23. Jepson NJ, Allen PF. Short and sticky options in the treatment of the partially dentate patient. *Br Dent J.* 1999; 187: 646–52.
24. Öwall B, Budtz-Jørgensen E, Davenport J et al. Removable partial denture design: A need to focus on hygienic principles? *Int J Prosthodont.* 2002; 15: 371–8.
25. McKenna G, Allen PF, Woods N et al. Preliminary report of the cost-effectiveness of tooth replacement strategies for partially dentate elders. *Gerodontology.* 2013; 30: 207–13.
26. Wolfart S, Müller F, Gerß J et al. The randomized shortened dental arch study: oral health-related quality of life. *Clin Oral Investig.* 2014; 18: 525–33.
27. Gjengedal H, Berg E, Grønningsæter AG et al. The influence of relining or implant retaining existing mandibular dentures on health-related quality of life: a 2-year randomized study of dissatisfied edentulous patients. *Int J Prosthodont.* 2013; 26: 68–78.
28. Park JC, Baek WS, Choi SH et al. Long-term outcomes of dental implants placed in elderly patients: a retrospective clinical and radiographic analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2016. doi: 10.1111/clr.12780.
29. Heydecke G, Boudrias P, Awad MA et al. Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant prostheses: Patient satisfaction and choice of prosthesis. *Clinical Oral Implants Research.* 2003; 14: 125–30.

Corresponding author: Einar Berg, einar.berg@odont.uib.no.

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.

Berg E, Isidor F, Öwall B. Prosthodontics for the elderly patient. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 120–6.

SUNSTAR



PAROEX

Klorheksidin munnskyll med god smak!



BEDRE SMAK
- pasienten fullfører behandlingen

FRI FOR ALKOHOL
- svir mindre

0,12% CHX konsentrasjon + CPC gir
LIKE BRA EFFEKT som 0,20% CHX

MINDRE BIVIRKNINGER

INTENSIV KORTTIDSBRUK

0,12% CHX + CPC MUNNVANN

- Motvirker tannkjøttproblemer
- Reduserer bakterier og styrker tannkjøttet
- Reduserer plakkdannelse
- 9 av 10 mener at GUM® Paroex smaker bedre*

* Data on file

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

Nå endelig på



apotek

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**



GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

Pia Skott och Inger Wårdh

Mind the gap – utmaningen att inte förlora kontakten med den äldre hemmaboende tandvårdspatienten

Ett svenskt perspektiv

Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter, även om kontakten med hälso- och sjukvården kvarhålls. Troligen sker detta i samband med en tilltagande multisjuklighet då man blir alltmer beroende av hjälp i det dagliga livet. Det kan ha gått 4–5 år sedan den äldre besökte en tandklinik och den orala situationen är många gånger så dålig att det inte finns möjlighet till en regelrätt restaurering på en så pass skör individ som det nu handlar om. Man frågar sig hur detta kunde hända och varför ingen stoppade det i tid. Munhälsa och allmän hälsa, är nära relaterade till varandra hos den äldre individen och arbetet med att förebygga den tappade tandvårdskontakten involverar flera yrkeskategorier inom såväl tandvård som sjukvård och omsorg. En dålig munhälsa kan få många konsekvenser för den äldres liv och hälsa. Artikeln ger en inblick i olika omständigheter, både individuella och allmänna, som kan vara orsak till de äldres förlorade tandvårdskontakter och tar upp förslag till åtgärder. Författarna har ett svenskt perspektiv men stora delar av innehållet kan generellt tillämpas på en åldrande befolkning med många bevarade tänder.

Det hävdas ofta att den största andelen patienter både inom sjukvården och tandvården, utgörs av äldre patienter. Barn- och ungdomar omhändertas vanligen av offentlig tandvård medan vuxentandvården till största delen drivs av privata aktörer. I högre ålder (över 75 år) ses åter en tendens till återgång mot mer offentligt driven vård (Fig. 1). Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter, även om kontakten med hälso- och sjukvården kvarhålls. Statistiken över tandvårdsbesök i olika åldrar visar att besöksfre-

Författare

Pia Skott, tandläkare, ph.d., Folk tandvården Stockholm AB och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige

Inger Wårdh, associate professor in Gerodontology, ph.d., Institutionen för odontologi och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige

kvensen avtar bland de allra äldsta, framförallt besök som avser undersökande åtgärder och mest uttalat bland kvinnorna (Fig. 2). Troligen sker detta i samband med en tilltagande multisjuklighet då man blir alltmer beroende av hjälp i det dagliga livet och främst besöker tandvården vid akuta problem. Enligt uppgifter från Västra Götaland saknade 42 % regelbunden tandvårdskontakt vid den första kontakten med kommunen för bistånd och vid flytt till äldreboende saknade 58 % regelbunden tandvårdskontakt (1).

I data från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting ses att många fler individer på vård- och omsorgsboende än i eget boende erbjuds kostnadsfri munhälsobedömning (Fig.3). Detta trots att allt fler bor i eget boende med omfattande stöd från hemtjänst och hemsjukvård. En djupare analys krävs för att undersöka omfattningen av antalet i eget boende som är berättigade till detta tandvårdsstöd. Siffrorna kan dock spegla antalet förlorade tandvårdskontakter hos sköra äldre som bor kvar hemma. Resultatet av det befarade mörkertalet återspeglas i det som många inom tandvården upplever, när en nyinflyttad patient från ett äldreboende kommer till tandvården för undersökning. Den orala situationen är då många gånger så dålig att det inte finns möjlighet till en regelrätt restaurering på en så pass skör individ som det nu handlar om. Man frågar sig hur detta kunde hända och varför ingen stoppade det i tid. Orsaken är oftast en förlorad tandvårdskontakt.

Huvudbudskap

- Många äldre förlorar sina tandvårdskontakter vid tilltagande sjuklighet och omsorgsberoende. Orsakerna till detta kan sökas inom:
 - skört åldrande
 - bristande tandvårdstillgänglighet
 - svag patientekonomi
- tandvård, sjukvård och omsorg måste tillsammans verka för att bevara de äldres tandvårdskontakter

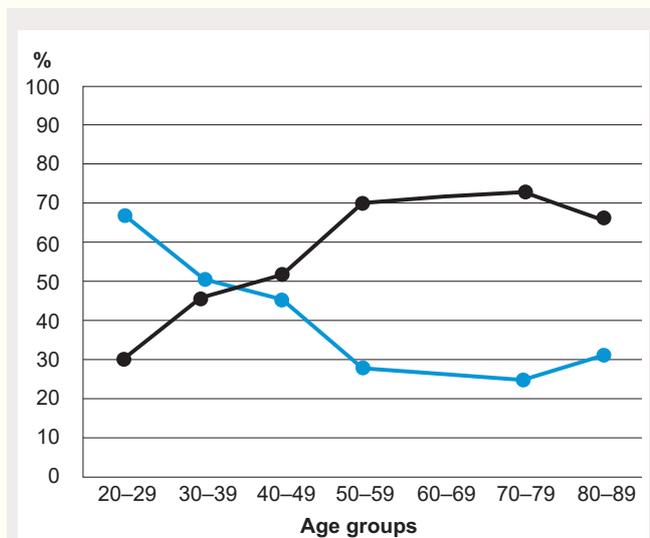


Fig. 1. Andel patienter som besöker privat tandvård (grå fyrkanter) respektive landstingsdriven Folk tandvård (svarta rutor). Källa: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen.

Orsaker till förlorade tandvårdskontakter

Nedan beskrivs olika orsaker till att många äldre personer förlorar eller inte etablerar sina tandvårdskontakter. Flera orsaker kan samverka och ytterligare öka risken för att förlora tandvårdskontakten och kunskap omkring dessa möjliggör ett anpassat omhändertagande inom tandvården för att minska risken.

Skört åldrande

Det sköra åldrandet beskriver biologiskt åldrande som är nära sin funktionella sviktgräns. Under utvecklingen av skört åldrande ökar beroendet av andra för att upprätthålla livsfunktionerna. Ofta är detta ett resultat av flera samtidiga hälsoproblem, omfattande läkemedelsanvändning och flera olika vårdgivare som saknar kanaler för kommunikation.

Begreppet sköra äldre hjälper oss att definiera och hitta de patienter som är i riskzonen för att tappa sin tandvårdskontakt till följd av hög sjukvårdskonsumtion och ökad skröplighet. I en reviewartikel av Törres et al. diskuteras att studier inte har påvisat att dålig munhälsa ökar risken för att utveckla skörhet men däremot en association mellan skörhet och dålig oral hälsa (2). Det är vanligt att det sköra åldrandet kännetecknas av förlorad regelbunden tandvårdskontakt som istället övergår till akuta tandvårdsbesök vid behov. Det är också vanligt att den närstående som vårdar en multisjuk livskamrat i hemmet förlorar sin tandvårdskontakt och övergår till akuta tandvårdsbesök vid behov som en följd av den ansträngda sociala situationen.

Tillgänglighet

För äldre och sköra individer kan tandvårdsbesöket vara förknippat med utmaningar i form av transport till tandvårdskliniken, anpassning av kliniken till särskilda behov, lätt tillgänglig toalett, stress och oro inför själva behandlingen och för hur man ska ta sig tillbaka till bostaden. Sammantaget kan det innebära ett

allt för stort hinder för att genomföra besöket. Om inget akut tandvårdsbehov föreligger är det då enklare att avboka besöket och avvakta. Det är till stor del tandvårdens uppgift att skapa tillgänglighet för patienterna. I Sverige arbetar flera landsting med specialutbildade tandvårdsteam som är placerade i allmäntandvården för att tillgodose den regionala spridningen och tillgängligheten. Ett ökande intresse för mobil tandvård som kan utföras i hemmet ses också särskilt i glesbygd och storstadsområden, båda med transportproblem.

Tillgängligheten till tandvård påverkas också av äldre tandläkarkollegors pensionering, det är inte ovanligt att en mångårig tandläkar-patient relation avbryts till följd av att tandläkaren går i pension och ofullständig successionsordning orsakar en förlorad tandvårdskontakt.

En bibehållen tandvårdskontakt genom skört åldrande kräver också en sammanhållen vårdkedja genom omsorg, hälso-sjukvård och tandvård. Det är därför av största vikt att vård- och omsorgspersonal lyfter munhälsan och dess betydelse i den dagliga omvårdnaden och i samband med besök inom sjukvården. Detta speciellt som dessa yrkesgrupper oftare träffar den äldre än tandvården, vid tilltagande sjuklighet och omsorgsberoende.

Patientekonomi

I Sverige hålls tandvården ekonomiskt separerad från den skattefinansierade hälso-sjukvården och merparten av tandvårdskostnaderna finansieras av patienten själv. Det statliga tandvårdsstödet omfattar ett högkostnadsskydd som är uppbyggt som ett successivt ökande finansiellt stöd vid höga tandvårdskostnader inom en 12-månaders period (3). Inom ramen för det landstingsfinansierade tandvårdsstödet är ersättningen kopplad till omvårdnadsbehov (Nödvändig tandvård), utvalda diagnoser/be-

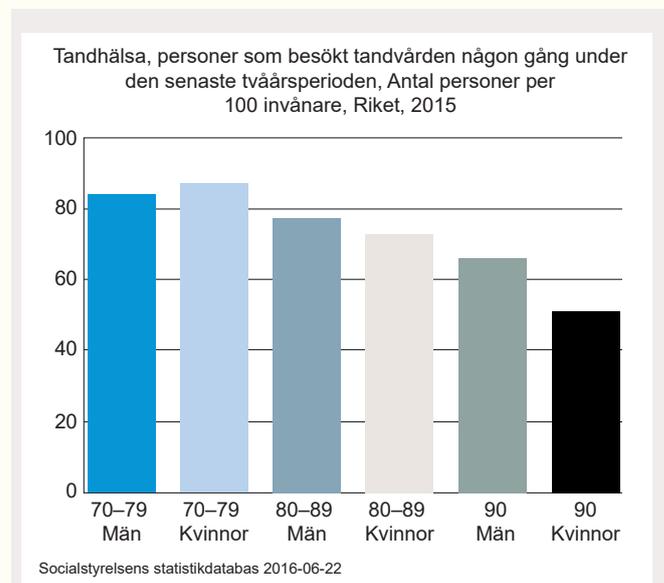


Fig. 2. Antal personer per 100 personer som besökt tandvården den senaste tvåårsperioden (2014 och 2015) i respektive ålderskategori. Data uppdelat på kvinnor och män. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

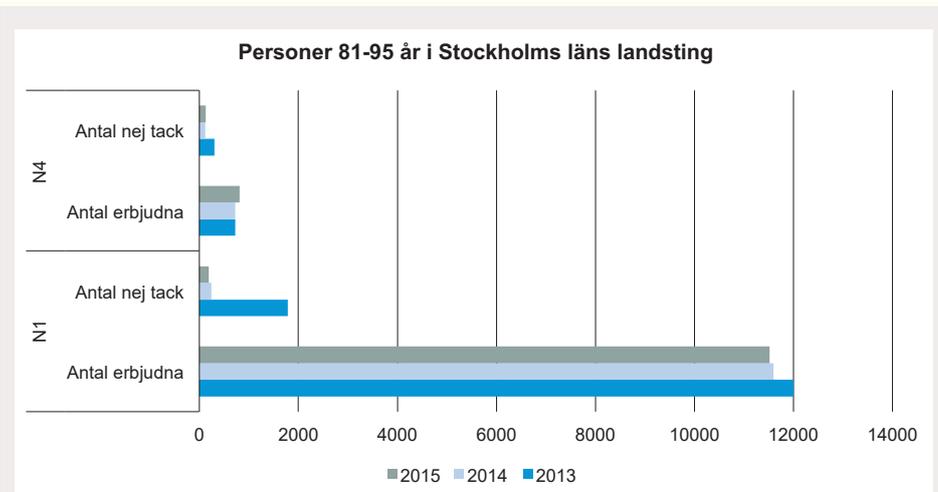


Fig. 3. Skillnaden mellan antalet munhälsobedömningar utförda i vård- och omsorgsboende (N1) och eget boende (N4). Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting.

handlingar (Led i sjukdomsbehandling) eller funktionshinder som resultat av grundsjukdom (F-kort).

Dagens pensionärer har varierade ekonomiska förutsättningar där kvinnor som helt eller delvis avstått från förvärsarbete och med en sparsam folkpension som enda inkomstkälla, har strama ekonomiska ramar. Ibland ses också en ökad sparsamhet och återhållsamhet hos den äldre generationen som visar sig i en ovilja att investera i tandvård och nya glasögon trots att det föreligger ett uppenbart behov. Kännetecknet om det landstingsfinansierade respektive det statliga tandvårdsstödet är ofta låg och en omfattande pedagogisk insats vore värdefull för att säkerställa att alla äldre individer får ta del av det tandvårdsstöd de är berättigade till (4).

Konsekvenser av förlorade tandvårdskontakter

En regelbunden och bibehållen tandvårdskontakt är förknippad med en bevarad oral hälsa. Siffror från västra Sverige visar att det föreligger förhöjd kariesrisk i yngre åldrar och i den äldsta åldersgruppen (Fig. 4). En svensk studie bland omvårdnadsberoende äldre visade att förlorad tandvårdskontakt både var en riskfaktor för karies och förknippad med sämre munhygien (5). Bara att besöka en tandvårdsmottagning ger sekundäreffekter i form av förhöjd motivation att sköta sin munhälsa.

Munhälsa och allmän hälsa, även dödlighet, är nära relaterade till varandra hos den äldre individen (6). Därför kan bevarade tandvårdskontakter också ge indirekta allmänna hälsovinster. Förr var detta inte så uppenbart, då många äldre hade förlorat sina tänder. Då syftade tandvårdsbesöken mest till att extrahera värkande och lösa tänder eller att göra en ny avtagbar protes alternativt justera en befintlig sådan. Detta kunde ge förbättrad tuggfunktion och bättre självförtroende men var oftast enstaka händelser. Idag har vi en helt annan situation med många tänder och restaurationer med ett stort behov av underhåll (7). Där kan förlorade tandvårdskontakter leda till en situation med gravt kariesade tänder, parodontala infektioner och käkbensengagemang. Beroende på hur bettet ser ut och hur eventuella tan-

dersättningar är konstruerade, kan förlust av en eller två tänder medföra förlust av en hel kvadrant. Detta kan i sin tur leda till kraftigt försämrad tuggfunktion och vilja att umgås med andra människor, eller uttryckt i andra ord; en lägre livskvalitet (8).

Oral ohälsa kan också vara att inte känna sig fräsch i munnen eller ha dålig andedräkt (9). Det senare kan i sin tur också medföra förlorade sociala kontakter och att vårdpersonal tvekar att hjälpa till med munvård (10), med andra ord ännu sämre munhygien. Utebliven eller försämrad munhygien leder också till större risk för sår och slemhinne-

infektioner och en försämrad smakupplevelse (11). Det orala förfallet fortskrider men risken för allmänpåverkan ökar också, då dentalt plaque ofta härbärgerar luftvägspatogener som kan orsaka lunginflammation eller aspirationspneumoni (12). Denna sjukdom, uppstår oftast som en följd av dålig munhygien, accentuerad av muntorrhet, och dysfagi. Förutom ett stort personligt lidande, innebär aspirationspneumoni en stor belastning på den geriatriska vården och därmed också stora kostnader.

Risken för muntorrhet är en stor anledning att bevara sina tandvårdskontakter. Muntorrhet kan komma hastigt när en särskild medicin sätts in men oftast kommer det smygande i samband med blodtrycksmedicin. Speciellt kvinnor har visat sig rapportera en kraftigt ökande muntorrhet efter 50 årsåldern (13).

Många av dem som blir hastigt tandlösa sent i livet, har begränsade möjligheter till oral rehabilitering. En avtagbar protes är svår att vänja sig till och om det inte finns förutsättningar till

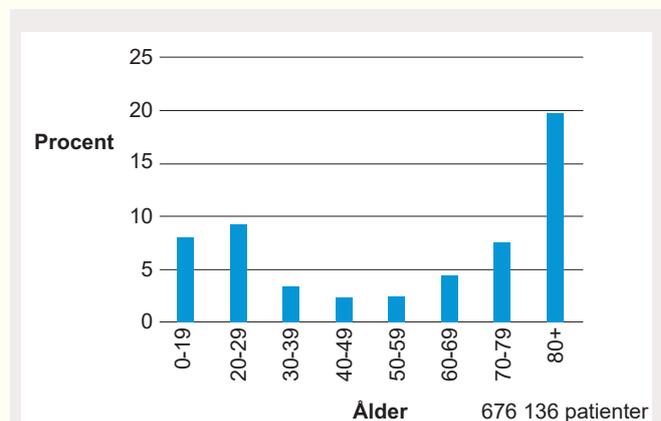


Fig. 4. Andel patienter som bedömts ha hög kariesrisk i olika åldersgrupper. Bedömningen gjord med hjälp av beslutsstödet «R2» (15) i samband med odontologisk rutinundersökning 2013/14. Data från Folk tandvården i Västra Götaland. Källa: Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården, Västra Götalandsregionen.

en fast konstruktion, kanske tandlöshet måste accepteras (14). Detta får konsekvenser för den allmänna hälsan. Kostvalet begränsas, så småningom påverkas även nutritionstillståndet och därmed immunförsvaret och kroppens förmåga att reparera olika skador. I värsta fall omöjliggörs ett boende i det ursprungliga hemmet och en flytt till äldreboende väntar. På äldreboendet upptäcks idag många raserade bitt. Det kan ha gått 4–5 år sedan den äldre besökte en tandklinik. Man kanske inte upplevt något behov, man vänjer sig vid situationen, det är krångligt att komma iväg och tandklinikens slutar påminna och kalla när den äldre ständigt tackar nej till föreslagna tider. Ibland har tandläkaren åldrats tillsammans med sina patienter och när det är dags för pension blir det inte av för de äldsta patienterna att kontakta en ny tandläkare eller tandhygienist. Livet får andra prioriteringar.

slutar påminna och kalla när den äldre ständigt tackar nej till föreslagna tider. Ibland har tandläkaren åldrats tillsammans med sina patienter och när det är dags för pension blir det inte av för de äldsta patienterna att kontakta en ny tandläkare eller tandhygienist. Livet får andra prioriteringar.

Vad kan vi göra?

Arbetet med att förebygga den tappade tandvårdskontakten under det sköra åldrandet involverar flera yrkeskategorier inom såväl tandvård som sjukvård och omsorg. Eftersom det biologiska åldrandet inte följer det kronologiska, är riskbedömning med avseende på den äldre individens munhälsa central. Riskbedömningen behöver omfatta tidigare utförd tandvård, komplicerande medicinska faktorer, kända riskfaktorer (såsom muntorrhet) samt en analys av den äldres förmåga att själv ombesörja den dagliga munvården. Det förebyggande arbetet behöver involvera populationsinriktade åtgärder med hänsyn taget till den specifika risken.

Munhälsan bör lyftas i samband med övrig hälsoinformation via kanaler som media, pensionärsföreningar, närståendeorganisationer, omvårdnadspersonal, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), gode män och andra med stöd- och hjälpfunktion för den sköra äldre personen. Då får det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet förutsättningar att nå ut på flera plan:

- *Individuellt*, genom fluortillägg, munhygienstöd och kostinformation
- *Ekonomiskt*, genom att säkerställa tandvårdsstödet
- *Strukturellt*, genom att säkerställa en sammanhållen munvårdskedja mellan individ, omsorg och tandvård

Tandvårdsstödet

Myndigheten för vårdanalys i Sverige utförde under 2014–2015 ett omfattande analysarbete omkring utfallet för de olika delarna av tandvårdsstödet (4). I rapporten visar myndigheten att tandvårdsstödet inte når ut till de äldre i tillräckligt stor utsträckning.

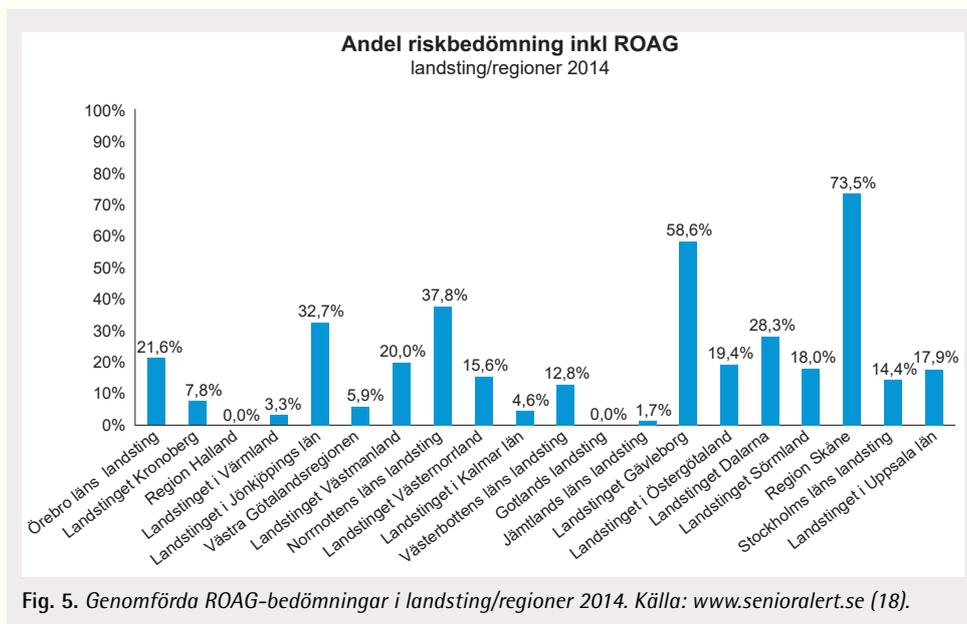


Fig. 5. Genomförda ROAG-bedömningar i landsting/regioner 2014. Källa: www.senioralert.se (18).

Stödet når ut sämre till de äldre som bor kvar hemma jämfört med de som bor i vård- och omsorgsboende (Fig.3). Analysen visar vidare på stora variationer på genomslaget av tandvårdsstödet i olika landsting, vilket ökar risken för en ojämlig tandvård. Ett omfattande utbildningsbehov föreligger för att säkerställa tandvårdsstödet olika delar främst när det gäller de kommunalt anställda biståndshandläggarna och läkare inom primärvården och geriatriska avdelningar.

Tillgänglighet

För den äldre sköra patienten är det viktigt att skapa en tandvård som är tillgänglig och rimlig att genomföra. Den utförda tandvården ska också vara advekat, patientsäker och genomförbar för tandvårdspersonalen ur ett arbetsmiljöperspektiv. Flera landsting i Sverige har tagit initiativ till bildandet av äldretandvårdscentra med uppdrag att samverka med vården, informera länsinvånarna om äldres munhälsa och även säkerställa god tandvård. Det finns idag sju aktiva centra (Göteborg, Stockholm, Uppsala, Örebro, Härmösand, Karlstad, Norrköping). Ett centrum, Akademiskt Centrum för Äldretandvård (ACT), har även en akademisk anknytning för att säkerställa det vetenskapliga arbetet omkring de omfattande kunskapsluckorna inom äldretandvård. Dessa har poängterats vid en genomlysning av Socialstyrelsen. Flera centra arbetar med särskilt utbildade resursteam eller äldretandvårdsteam som ansvarar för det kliniska omhändertagandet av äldre patienter i länet. Teamen säkerställer spridningen av kunskap omkring äldres munhälsa och lämpliga behandlingsmetoder. Ett virtuellt nätverk för kunskapsspridning och terapiplanering har också skapats genom användandet av verktyget Gerioweb (16).

I samband med minskad rörlighet och ökad kognitiv svikt kan ett ordinärt tandvårdsbesök bli svårt att genomföra. I Sverige finns idag ett stort antal tandvårdsaktörer som erbjuder mobil tandvård för att möjliggöra tandvård i hemmet för den sköra äldre patienten. Den mobila tandvården skapar möjlighet för dem

som annars inte skulle kunna få en bedömning, ett profylaktiskt omhändertagande och viss bastandvård utförd. Tillgången till mobil tandvård ökar möjligheterna för isolerade sköra äldre som har svårt att lämna sitt hem för att upprätthålla god munhälsa och därigenom få en högre livskvalitet (17).

Attityder och kunskap hos vård- och tandvårdspersonal

Munvården är en ofta förbisedd omsorgsinsats vilket kan dölja oral ohälsa. I ett samverkansarbete med vård- och omsorgspersonal från hemtjänst och geriatriska slutenvårdskliniker konstaterades flera orsaker till att munhälsan så ofta glömdes bort eller negligerades. Den största enskilda faktorn var att munnen inte ansågs höra till vård- och omsorgsinsatser utan till tandvårdsprofessionen. Därutöver angavs orsaker som brist på rutiner och struktur för munvårdsåtgärder, tidsbrist, kunskapsbrister och att man inte visste vem man skulle vända sig till med eventuella tandvårdsfrågor. Det svenska kvalitetsregistret Senior Alert innehåller en modul för munhälsa (Revised Oral Assessment Guide – ROAG) (18). Införandet av kvalitetsåkringsinstrumentet har genomförts med olika intensitet i landet men utgör en arena för samverkan omkring munhälsa för tandvården och sjukvården. Sedan starten har ROAG införts i 264 kommuner och 18 landsting/regioner (Fig. 5).

I en studie från 2012 visar Wårdh och medarbetare att vård- och omsorgspersonal ofta visar förståelse för munhälsans betydelse men behöver omfattande och systematisk utbildning för att klara uppgiften (19). I en nyligen publicerad studie från Finland visas att vårdpersonal behöver ytterligare stöd och utbildning för att öka självförtroendet omkring den egna kapaciteten att utföra munvård till omsorgsberoende äldre personer (20). Arbetet med att öka insikten hos vård- och omsorgspersonal om munhälsans betydelse skapar i sin tur också en efterfrågan på tandvård för sköra äldre och multisjuka personer.

Det är ett omfattande arbete som har inletts för att säkerställa tandvårdskontakterna, förbättra munhälsan och därmed livskvaliteten för våra sköra äldre. Flera initiativ rapporteras från olika delar av Norden och munhälsoperspektivet lyfts i flera sammanhang där vård- och omsorg arbetar med sina vårdprocesser. Det är viktigt att tandvårdsprofessionerna är följsamma och kan svara för uppdaterad och tillgänglig kunskap omkring äldres munhälsa.

Frisktvården

Folktandvårdsorganisationerna i alla Sveriges landsting/regioner fattade beslut om att införa en ny betalningsmodell år 2009, Frisktvården (21). Syftet var att skapa en stabilitet i munhälsoarbetet för att långsiktigt arbeta mot en förbättrad munhälsa för landets vuxna medborgare samtidigt som betalningsmodellen skapar bättre förutsättningar för patienten att överblicka sina tandvårdskostnader. Frisktvården bygger på en riskbedömning av individens munhälsa som kopplas till en fastställd premie. Premien betalas varje månad under en avtalsperiod på tre år. Under perioden ingår den tandvård och det profylaktiska omhändertagande som individen har behov av. För att erbjudas att

teckna ett frisktvårdsavtal måste patienten vara över 19 år och färdigbehandlad med avseende på aktuellt tandvårdsbehov.

Fram tills nu har Frisktvården främst varit en produkt som attraherat unga vuxna men allt fler röster höjs för att se över möjligheten att skapa Frisktvårdspremier som korrelerar till den äldre sköra befolkningen. Fokus skulle då ligga på profylaktiskt omhändertagande för att säkerställa munhälsan även i perioder av sviktande hälsa. Detta kan skapa nya incitament för både tandvård och patient att hålla kontakten och inplanerade stödbehandlingsintervaller.

Inom den privata tandvården erbjuds också ett alternativt betalningssystem med ett tandvårdskonto (22) där patienten själv sparar pengar för framtida tandvårdsbehov. Inom ramen för tandvårdskontot kan man också utnyttja en kredit på 7000 kr eller låna pengar efter särskilt ansökningsförfarande. Tandvårdskontot kan utnyttjas hos alla 900 tandvårdsaktörer som är anslutna till Praktikertjänst

Kommunalt anställd tandhygienist

I ett projekt som drivs i västra Sverige utvärderas funktionen av en kommunalt anställd tandhygienist som arbetar nära övrig verksamhet inom kommunal omsorg. Tandhygienisten genomför även munvårdsutbildningar och kvalitetssäkrar munvården inom den kommunala omsorgen. Projektets målsättning är att skapa ett koncept för samverkan mellan tandvård och kommun. När tandhygienisten får en kommunal placering utgör rollen en fast punkt för munvårdsfrågor både när det gäller praktiskt omhändertagande och riskbedömningar men även för frågor omkring tandvårdsstöd och specialutbildade tandvårdsaktörer (Muntlig rapportering juni 2016, L Gahnberg, Centrum för Äldretandvård, Västra Götaland).

Munhälsa i samband med kommunal dagverksamhet

Ett dilemma med att skapa tillgänglig tandvård är den immobilitet som många äldre upplever i samband med att de utvecklar skört åldrande. När allt fler bor hemma längre in i åldersprocessen får hemtjänsten allt mer avancerade uppgifter. De uppfattar ofta att de varken har tid eller kunskap att assistera vid daglig munvård eller göra en bedömning enligt ROAG för att fastställa ett munvårdsbehov. I ett magisterarbete som drivs av ACT har därför dagvårdsverksamhet prövats som en arena för assisterad munvård och mobil tandhygienistvård.

De preliminära resultaten av studien visar att dagvårdsverksamheten uppvisar större personalstabilitet och mer tid för att utföra assisterad munvård i samband med lunchmåltiden. Fler individer erbjuds också och accepterar den kostnadsfria munhälsobedömningen inom ramen för «Nödvändig tandvård».

Pensionärsföreningar, patientföreningar

Samarbete med pensionärsföreningar och specifika patientföreningar ökar engagemanget för munhälsans betydelse. Kunskapsbristen är stor inom dessa grupper framförallt när det gäller de ekonomiska tandvårdsstöden i Sverige. Betydelsen av en god munhälsa behöver också lyftas för de äldre som helt eller delvis

vårdar sin maka/make och därmed har svårigheter att prioritera sin egen hälsa/tandhälsa med en ökad risk för förlorad tandvårdskontakt som resultat. Information om var det finns specialinriktade tandvårdskliniker och vilka tandvårdsstöd som kan vara aktuella, behöver vara lättillgänglig och pedagogiskt utformad.

Grundutbildning inom alla professioner

Kunskapsluckorna inom ämnesområdet äldre tandvård är omfattande och adresseras särskilt i SBU-genomlysningen av sjuk- och tandvård (23). Bristen på utbildning omkring munhälsans betydelse under grundutbildningen för de medicinska professionerna skapar också en generell kunskapsbrist som ökar gapet mellan tandvård och hälso- sjukvård. Detta beskrivs mer ingående i artikeln om utbildning och organisation.

Ämnet Gerodonti behöver inkluderas i grundutbildningarna för alla tandvårdsyrken för att möta den ökade komplexiteten i den åldrande befolkningens munhälsofrågor.

Reflektion

Denna artikel har ett svenskt perspektiv men det har varit svårt att hitta jämförbara data för hela Sverige, varför uppgifterna inte ska ses som någon kartläggning utan mer som exempel på en situation som behöver uppmärksammas. Utmaningen att inte förlora kontakten med sin äldre tandvårdspatient blir alltmer aktuell i många länder, i takt med att allt fler behåller sina tänder långt upp i åldrarna. Studier har visat att tandlöshet är relaterat till att inte regelbundet besöka tandvården (24).

Den förlorade tandvårdskontakten innebär i förlängningen sämre munhälsa och en ökad risk för förlust av tänder. I samband med att munhälsobedömning utförs i hemmet konstateras ofta att flera tänder saknas och en ökad förekomst av karies och parodontit. Om tandvårdskontakten kan bibehållas i den sköra fasen av åldrandet ökar möjligheten till ett långsiktigt perspektiv på munhälsan genom säkerställd tuggfunktion, infektionsfrihet och rimlig estetik vilket också väsentligen bidrar till livskvaliteten under perioden. Jämförande vetenskapliga studier behövs för att ge möjlighet till djupare analys av konsekvensen av den förlorade tandvårdskontakten.

En väl etablerad vana brukar inte så snabbt gå förlorad. Det gäller också tandvårdsvanor och allteftersom regelbunden tandvård blir allt vanligare, kanske de äldre själva mer börjar efterfråga tandvårdsbesök. Då måste politiker och beslutsfattare sörja för att tandvård görs tillgänglig även när de äldre blivit sjuka och omsorgsberoende. Vi antar då också att kunskapen om äldres tand- och munhälsa har ökat både bland tandvårdsprofessionen och andra aktörer runt de äldre. Kunskapsluckorna kan överbryggas, den ömsesidiga respekten och förståelsen för de olika vårdinriktningarna kan upprätthållas och arenor för gemensamma terapidiskussioner och samverkan omkring de sköra äldres livssituation, skapas.

Likaväl finns förhoppningen om att attityderna till munvårdsarbetet har förbättrats. Men det finns en fara att andelen äldre blivit så stor samtidigt som personaltillgången inom både tand-

vård och övrig vård, blivit så pass begränsad, att resurserna inte räcker till. Det har också kommit in ett transkulturellt perspektiv i tandvården (25). Andelen äldre individer med ursprung från länder som inte har tillgång till eller vana av regelbunden tandvård, ökar. De behöver ännu mer motivation och uppmuntran för att etablera och upprätthålla sina tandvårdskontakter, speciellt som deras orala status oftast är sämre än hos de infödda äldre. Det är viktigt att alla äldre får gå in i den senare delen av livet med ett gott oralt status och att deras tandvårdsbehov i möjligaste mån begränsas, vilket säkerställs genom att upprätthålla regelbundna tandvårdskontakter.

Konklusion

Den orala framgångssagan med ett allt större antal äldre som bevarar sina tänder långt upp i ålderdomen, alternativt har kostat på sig avancerade fasta tandersättningar, har skapat en ny situation. Att förlora tandvårdskontakten vid ökande sjuklighet och omsorgsberoende, kan få ödesdigra konsekvenser både för den äldres orala och allmänna hälsa. Alla som är involverade i de äldres livssituation, måste uppmärksamma denna risk. «Mind the gap» !

English summary

Skott P, Wärth I.

Mind the gap – the challenge not to lose patient contact for elderly in community dwelling houses. A Swedish perspective

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 130–6

Many elderly people lose their dental contacts even if contacts regarding health care are still present. Probably this process is connected to a proceeding health deterioration and increasing functional limitation. It could be 4–5 years since an elderly patient visited a dental clinic and the oral situation is sometimes so bad that there are no possibilities for a proper rehabilitation, especially in such a frail patient. You may ask yourself how this could happen and why nobody stopped it in time. Oral and general health are closely related to each other for an elderly person, so to keep contacts active, both health and dental care need to be involved. A bad oral health can have consequences for the elderly person's total life and health situation. This paper gives a view of different circumstances, both individual and general, that may cause the loss of dental contacts and give possible suggestions to actions. The authors have a Swedish perspective but great parts of the content can generally be applied to any ageing population with many preserved natural teeth.

Referenser

1. Hansson TL, Gahnberg L, Hägglin C et al. Skör och äldre – vad händer med tänder? FoU i Väst/Gr 2013: 4.
2. Tôrres LH, Tellez M, Hilgert JB et al. Frailty, frailty components, and oral health: A Systematic Review. J Amer Geriatrics Soc. 2015; 63: 255562.

3. TLVFS: Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsför-
månsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008: 1) om stat-
ligt tandvårdsstöd; TLV; 2015: 1.
4. Vårdanalys. Tandlösa tandvårdsstöd – en analys av hur tand-
vårdsstödet fungerar för den äldre befolkningen. Rapport 2015: 3.
5. Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmén A et al. Oral status,
oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly
dependent on moderate or substantial supportive care for daily
living. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 221–9.
6. Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V et al. Number of teeth--a pre-
dictor of mortality in the elderly? A population study in three Nordic
localities. *Acta Odontol Scand.* 2007; 65: 335–40.
7. Norderyd O, Koch G, Papias A et al. Oral health of individuals
aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013)
II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J.* 2015;
39: 69–86.
8. Strömberg E, Holmén A, Hagman-Gustafsson ML et al. Oral health
related quality of life in homebound elderly dependent on moderate
and substantial supportive care for daily living. *Acta Odontol Scand.*
2013; 71: 771–7.
9. Ekbäck G, Aström AN, Klock K et al. Variation in subjective oral
health indicators of 65-year-olds in Norway and Sweden. *Acta
Odontol Scand.* 2009; 67: 222–32.
10. Dyck D, Bertone M, Knutson K et al. Improving oral care practice
in long-term care. *Can Nurse.* 2012; 108: 20–4.
11. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T et al. The impact of oral
health on taste ability in acutely hospitalized elderly. *PLoS One* 2012;
7: e36557 doi: 10.1371/journal.pone.0036557.
12. Awano S, Ansai T, Takata Y et al. Oral health and mortality risk
from pneumonia in the elderly. *J Dent Res.* 2008; 87: 334–9.
13. Johansson AK, Johansson A, Unell L et al. Self-reported dry
mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Ge-
rodonol.* 2012; 29: 107–15.
14. Brondani M. The voice of the elderly in accepting alternative
perspectives on oral health. *Commun Dent Health.* 2010; 27: 139–44.
15. Andrén Andås C. A new payment model in Swedish dental care.
Doctoral the Institute of Odontology, University of Gothenburg,
Sahlgrenska Academy, 2015.
16. Malmstedt M. Gerioweb ger råd om äldretandvård. *Tandläkartid-
ningen*, 2012. (Set 2016 august). Tilgængelig fra: [http://www.tand-
lakartidningen.se/arkivet/artikler/gerioweb-ger-rad-om-al-
dretandvard/](http://www.tand-
lakartidningen.se/arkivet/artikler/gerioweb-ger-rad-om-al-
dretandvard/)
17. Sjogren P, Forsell M, Johansson O. Mobile Dental Care. *Br Dent
J.* 2010; 208: 549–50.
18. SENIOR ALERT. Stockholms län. (Set 2016 august). Tilgængelig
fra: http://plus.rjl.se/info_files/infosida40605/Stockholms_lan.pdf
19. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge
about oral health care among nursing home personnel – an area in
need of improvement. *Gerodontol.* 2012; 29: 787–92.
20. Pihlajamäki T, Syrjälä AM, Laitala ML et al. Oral health care-re-
lated beliefs among Finnish geriatric home care nurses. *Int J Dent
Hyg.* 2016; DOI: 10.1111/idh.12227. [Epub ahead of print]
21. Folktandvården Sverige. Frisktandvård. (Set 2016 august). Til-
gængelig fra: <http://www.folktandvarden.se/frisktandvard/>
22. Praktikertjänst. Tandvårdskonto. (Set 2016 august). Tilgængelig fra:
<http://www.praktikertjanst.se/Patienter/Tandvard/Tandvardskonto/>
23. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Veten-
skapliga kunskapsluckor – otillräckligt utvärderade metoder och insat-
ser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. (Set 2016 august). Til-
gængelig fra: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/>
24. Li KY, Wong MC, Lam KF et al. Age, period, and cohort analysis
of regular dental care behavior and edentulism: a marginal approach.
BMC Oral Health. 2011; 11: 9.
25. Murphy J, Scully C. Oral healthcare implications of mass migra-
tion. *Dent Update.* 2015; 42: 965–8, 970–1.

Korrespondance: Inger Wårdh, E.mail: inger.wardh@ki.se

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Skott P, Wårdh I. Mind the gap – utmaningen att inte förlora kontakten med den äldre hemmaboende tandvårdspatienten. Ett svenskt perspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 130–6*

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

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

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

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

– innholdets relevans for Tidendes lesere
– disposisjon, fremstillingsform og les-
barhet
– illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

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

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

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

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

Profesjonell munnpleie hjemme



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

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

Gunhild Vesterhus Strand, Gro Stenerud og Børge Hede

Munnstell i sykehjem

Sykdom fører ofte til at den eldre pasienten ikke klarer å ivareta sin personlige hygiene. For å unngå problemer fra tenner og munnhule behøver denne gruppen mye omsorg og støtte. Men det er åpenbart en utfordring, både for tannhelsepersonell og pleiepersonale, å gi optimal behandling av tenner og slimhinner til syke eldre. I denne artikkelen gis det en oversikt over antatte fysiske og psykiske barrierer som er til hinder for et velfungerende pleietilbud. Det presiseres at eldre må ha et individuelt tilpasset profylakseopplegg som forsterkes ettersom sykdommen progredierer. Når livet går mot slutten, vil palliativt munnstell representere god pleie og omsorg.

Tradisjonell behandling av eldre i institusjon innebærer belastninger på menneskelige og økonomiske ressurser i betydelig større grad enn om forebyggende tiltak iverksettes. Konsekvensene av manglende vedlikehold er velkjente: tap av tenner, dårligere oral og generell helse, sosial stigmatisering, ernæringsproblem, smerter etc. Hindre for optimalisert munn- og tannstell finnes på flere plan og skyldes oftest mangel på interaksjon mellom de forskjellige nivåene som er involvert i levering av tannhelsetjenester. Svært mange i Norden dør på sykehjem, og palliativt munnstell innebærer en bedre mulighet for en verdig avslutning av livet.

Å få godt munnstell (munnhigiene), og dermed ha god munnhelse, betyr mye for allmenntilstanden, ernæringstilstanden, kommunikasjon, utseende, selvfølelse, velbefinnende og livskvalitet. Dette burde i seg selv være en god nok

motivasjon for å ivareta de Eldres orale helse. I sykehjem har de fleste en demenssykdom som reduserer mulighetene for restorativ behandling. Derfor vil forebyggende behandling være spesielt viktig for demente. Fremfor alt bør man unngå at disse kommer for sent til behandling slik at de ikke tvinges til å debutere som helprotesebærere – en situasjon de ofte ikke vil mestre på grunn av kognitiv svikt og redusert adaptasjonsevne.

Vi har i dag gode kunnskaper om de to viktigste odontologiske sykdommer: karies og periodontitt. Vi vet årsakene til dem og hvordan de skal forebygges. De offentlige tannhelsetjenestene i Norden har nedlagt en stor innsats i den enkeltes tannhelse, de har selv investert betydelig tid og penger i langvarig vedlikehold – da har vi en moralsk forpliktelse til å følge opp dette når pasienten selv ikke lenger evner å ivareta sin tannhelse.

Sykdommer som lungebetennelse, aterosklerose, endokarditt og sepsis kan skyldes infeksjoner i munnhulen (1). Det er både samfunnsøkonomisk og individuelt helsemessig viktig å lykkes med det forebyggende arbeidet slik at behandlingsbehovet ikke øker. Dette for å unngå sykehusinnleggelse, økt pleiebehov, økt behov for tannhelsetjenester og individuell helsebelastning. Det er et faktum at eldre har helseplager relatert til aldersdegenerasjon som ofte ikke kan avhjelpest. Men tannhelseplager kan relativt lett forhindres og bør ikke utgjøre en tilleggsbelastning i en livsfase med mange utfordringer.

Flere eldre har egne tenner (2) – ofte i kombinasjon med løse proteser – og dette tilsier behov for restorative tiltak. Selv om behandler mener pasientens livskvalitet og livslengde er en begrensende faktor, må ikke alder i seg selv redusere individets rett til behandling. Men i blant vil en måtte ty til ukon-

Forfattere

Gunhild Vesterhus Strand, professor, dr.odont., Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Norge

Gro Stenerud, overtannpleier, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Norge

Børge Hede, overtandlæge, adjungeret lektor, ph.d. Voksantandplejen, Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og Odontologisk Institut, Københavns Universitet, Danmark

Hovedbudskap

- Forebygging er bedre enn behandling.
- Samhandling gjør bedre
- Eldes med verdighet

vensjonelle behandlingsprinsipper fordi en finner disse optimale ut fra pasientens tilstand og situasjon.

Det finnes flere undersøkelser der man har forsøkt å kartlegge tannhelseforhold og behandlingsbehov blant eldre i institusjon. Disse viser at eldregruppen ikke alltid får den tannpleie de burde hatt. Vi vet at forebyggende tiltak kan forhindre forfall av tannhelse, men vi har ennå ikke sikker kunnskap om hvilke tiltak som er den beste helsemessige og kostnadmessige tilnærming for at eldre på pleiehjemmet skal kunne opprettholde en god tannhelse.

Faktorer av betydning for beboernes munnstell

Dersom pleiepersonalet ikke tar ansvar for pasientens munnhelse, vil dette bli forsømt. Undersøkelser har pekt på faktorer som kan danne hindringer for munn- og tannstell (3). De vanligste er mangel på tid, mangel på kunnskap og evner, fravær av adekvat utstyr, manglende samarbeid fra kognitivt svekkede pasienter og manglende rutiner. På bakgrunn av blant annet kvalitative intervjuer med pleiepersonale, ble det i en belgisk avhandling beskrevet faktorer som påvirker munnstell av syke, eldre (4). Funnene, som er vist i Fig. 1, omhandler fire kategorier: 1) Pleiepersonalets og tannpleiens organisering, 2) Holdninger, kunnskap og bevissthet hos pleiepersonalet, 3) Forhold vedrørende beboerne og 4) Forhold vedrørende gjennomføring av munnstellet. Her finnes både positive og negative feedbackmekanismer som påvirker det endelige resultat. For eksempel vil manglende profesjonell oppfølging påvirke pleiernes holdninger til munnstell og dermed resultere i dårligere oral helse. Manglende oral helse gjør situasjonen verre, og det blir vanskeligere å gjenopprette den opprinnelige munnhelsen – og slik kommer man inn i en «ond sirkel».

Undersøkelser (5–7) viser at nærmere 80 % av alle eldre institusjonsboende har en demenslidelse. Dette kan gi problemer på grunn av dårlig orienteringsevne (tid og sted), mangelfull korttidshukommelse og emosjonell ustabilitet. De kognitive problemene medfører etiske og juridiske dilemma med hensyn til selvbestemmelse og informert samtykke (8) – og influerer på hvilke behandlingsmål som er realistiske, og hvordan behandlingen skal kunne gjennomføres (9).

Studier viser at ca. 80 % av alle beboere på institusjon har behov for hjelp til den daglige munnhygiene (10–11). Dessverre er det en allmenn erfaring at den orale hygienens mange steder ikke er akseptabel. I en svensk undersøkelse (10) fikk kun 7,7 % av beboerne den nødvendige hjelp. En norsk undersøkelse (12) hadde den noe polemiske overskriften «Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?»

Man konkluderte med at det var behov for bedre utdanning av pleiepersonalet samt endrede organisatoriske strategier for å skaffe den nødvendige tid til munnpleie. Noe mer bastant konkluderte en dansk intervensjonsstudie fra 2009 (13) at «Lack of compliance by staff rather than the residents seemed to be the main problem».

Det er lite hensiktsmessig å fordele skyld blant samarbeidspartnere – man bør heller se etter forbedringspotensiale og konstruktive løsninger. Her må tannhelsepersonalet bidra i større grad. I en dansk undersøkelse (13) der man fokuserte på implementeringsaspektet av et munnpleieprogram i sykehjem, registrerte man at manglende feed-back fra tannhelsepersonalet til pleiepersonalet var en vesentlig barriere for et godt resultat. Flere studier påpeker at manglende kunnskap og ikke minst manglende ferdigheter hos pleiepersonalet utgjør en vesentlig barriere. I en review-artikkel fra 2014 (14) konkluderes det med at «Scientific evidence for the potential association between oral healthcare education of care nurses and improvement in their oral hygiene care skills could not be found». Tradisjonell undervisning synes derfor ikke å være tilstrekkelig til å løse problemet. En dansk undersøkelse viser at en oppnår bedre resultater dersom tannhelsepersonalet fysisk er til stede i pleien og deltar i opplæring og

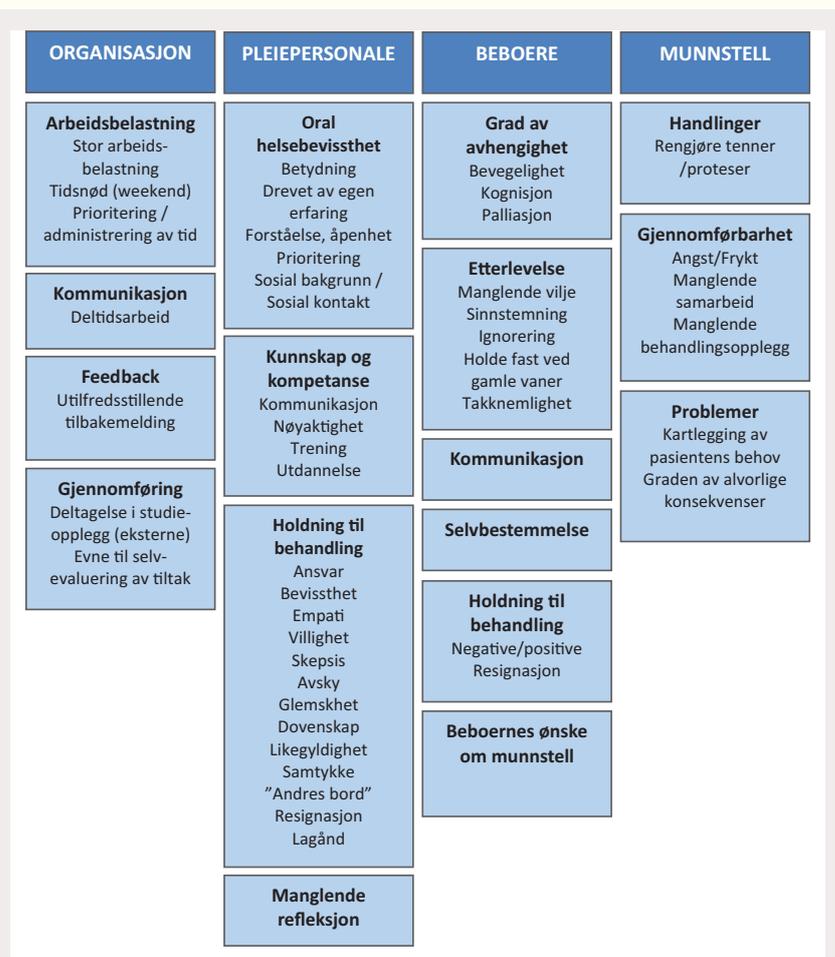


Fig. 1. Faktorer som påvirker eldres orale helse i institusjon. Oversatt av forfatterne etter vennlig tillatelse av Luc de Visschere (4).

trening i manuelle ferdigheter med tilpasset utstyr (11). Elektriske tannbørster vil i mange tilfelle være hensiktsmessig.

Man vet at enkelte pleiere vegrer seg for å utføre munnstell blant annet på grunn av en følelse av «å invadere beboerens intimsoner» (15). Munnstell til beboere med mangelfulle samarbeidsevner kan møte motstand i deler av pleiens verdigrunnlag. Den fremtredende sykepleieteoretikeren Dorothea Orem (16) understreker således at et av pleiens hovedmål er å styrke pasientenes egenomsorg – og at det egentlig er et ønske blant alle å ta vare på seg selv. Dette kan hos ikke-selvhjulpne føre til neglisjering av basale pleiebehov fordi egenomsorg og respekt for selvbestemmelsen vektes tyngre enn de sunnhetsfaglige mål som tannhelsestjenesten ønsker å tilgodese. I dette kan en se potensielle for en klassisk konflikt mellom omsorgspersonalet og tannhelsestjenesten på grunn av forskjellig perspektiv på den enkelte beboer.

Andre undersøkelser (17) har vist at det er viktig med en ledelsesmessig forankring i institusjonen – munnstell kan ellers bli lavt prioritert. Uklar ansvarsfordeling i avdelingene, manglende rutiner og manglende informasjonsutveksling mellom de forskjellige involverte personalgrupper (12) er hyppig forekommende. Og kanskje er dette den største barrieren – nemlig kommunikasjonsaspektet ved at en gruppe mennesker (pleiepersonalet) skal kommunisere med en gruppe mennesker (tannhelsestjenesten) som skal kommunisere med – og om – en gruppe mennesker (beboerne i institusjon).

Munnstell for svært syke og døende

Svært mange i Norden vil ende sine dager på sykehjem. Pasienter som kjennetegnes av å være helt sengeliggende og totalt hjelpe-trengende, må få spesielt munnstell. Hensikten med dette munnstellet er å fjerne belegg, hindre uttørring av slimhinner, lindre tørste, forebygge infeksjoner og motvirke tørre, sprukne lepper og munnviker (18). Forekomsten av somatiske symptomer hos pasienter som ble innlagt ved Seksjon for lindrende behandling i Trondheim, ble registrert i løpet av en ettårsperiode og viste at munntørthet (56 %) og tørste (49 %) var blant de hyppigst forekommende problemene (19).

Årsaken til besværighetene er hovedsakelig munntørthet eller redusert salivasjon. Dette skyldes for en stor del medikamenter som hyppig anvendes i den palliative medisinen, for eksempel opioider, glukokortikoider og antidepressiva (spesielt de med antikolinerg og/eller sympatomimetisk virkning). Mat kleber seg til tørt mukosa og tørre tannoverflater, og den orale rengjøringen blir vanskeligere. Tale vanskeliggjøres fordi tungens klebrighet til mukosa gjør det vanskelig å uttale ord. Pasienten makter muligens ikke å fremføre noen siste ord til hilsen, trøst eller takk fordi tungen klistrer seg fast til munnslimhinnen.

Pasienter som ikke kan munnskylles, må tupferbehandles. Rengjøring utføres med tupfer (gaze krølle) festet til enden av en låsbar pinsett slik at pinsettpissen er dekket. Den låsbare pinsetten holdes med et pennegrep. En-gangs munnpensler kan også benyttes, men er ofte lite effektive på grunn av det myke skaftet. Noen av disse har en skumgummiddel som har en ru og raspende

overflate, og som er for tykk til å nå opp i overgangsfolden. Man starter rengjøringen bakerst og arbeider med penslende drag fremover, slik at slim og eventuelle matrester vaskes frem og ut av munnen. Tupfer må skiftes ofte. Man arbeider til slimhinnene ser rene og glatte ut. Hvilken løsning man velger å fukte tupferen med, er situasjonsavhengig, men det er viktig at tupferen krystes for å fjerne overflødig væske. Anbefalte rensedmidler er: lunkent vann, fysiologisk saltvann (NaCl 0,9 %), hydrogenperoksid (H₂O₂, 3 % i løsning) eller klorheksidinløsning. Bivirkningene ved sistnevnte kan imidlertid være plagsomme (18).

Etter rensing smøres munnhulen. Smøringen bidrar til å beskytte slimhinnene mot uttørring og mekanisk skade, den letter tale- og svelgefunksjonen ved å motvirke friksjon mellom slimhinner og tunge/tenner, samt lindrer tørste. Bruk av glycerol i ulike former er utbredt (maks anbefalte konsentrasjon 30 %). Enkelte foretrekker oljer, blant annet rapsolje eller jordnøttolje, mens andre blander matolje med vann. Spyttstatningsmidler basert på mucin eller karboksymetylcellulose er effektive fordi de etterligner spyttets smørende virkning. Fuktende gel kan være et alternativ (20).

For døende pasienter i terminal fase vil munnstellet, slik det er skissert ovenfor være mindre aktuelt – og hovedvekt legges på fukting. Hyppig fukting av pasientens lepper, munn og svelg hevdes å ha en god lindrende effekt. En kan benytte en sprøyte uten spiss eller en pipette med væske som forsiktig dryppes inn i pasientens munn, eller man kan la en fuktet tupfer gli over tunge og innsiden av kinnene. Sugerefleksjonen, som er vår første refleks etter fødselen, synes også å være vår siste. Derfor kan en gjerne la pasienten suge på en fuktig kompress, sugerør eller en tåteflaske. Væsken kan for eksempel bestå av vann, fruktsaft eller te. Det hevdes at salvie- eller kamille te virker desinfiserende, smaker godt og understøtter spyttproduksjon. Å suge på biter av appelsin eller ananas kan være et alternativ – eller en kan fremstille små isbiter med frukt, te eller saft som pasienten kan suge på. Mange trenger hyppig fuktighetstilførsel – kanskje flere ganger hver time.

Diskusjon

Det kan ikke lenger aksepteres at munnstellet blir «glemt» i en travel hverdag, og at det er opp til den enkelte pleier å avgjøre om og hvordan munnstellet skal utføres. Muntlige overleveringer, som flere steder benyttes, blir for tilfeldig. Det bør utarbeides tilgjengelige, kunnskapsbaserte, kliniske fagprosedyrer for pleiepersonalet. Disse skal fungere som kunnskapskilde, arbeidsmanual, basis for utdanning, verktøy for trening i eget fag – og kan også fungere som informasjon til pasientene. Gode prosedyrer vil sørge for bedre og jevnere omsorgskvalitet for pasientene – fordi kvaliteten på pleien vil være mindre avhengig av den erfaring omsorgsarbeideren har fra før. Prosedyrer for hvordan munnstell skal utføres, bør foreligge skriftlig på hver eneste avdeling i alle sykehjem – og avvik fra disse prosedyrene skal dokumenteres av pleiepersonalet.

Det finnes flere systematiserte opplegg for munn- og tannstell i institusjon. Et system baserer seg på såkalte munnstellkort (Fig.

2) (21). Kortene illustrerer prosedyrer og hjelpemidler ved hjelp av enkle bilder og beskrivende tekst. Det relevante kortet (gjerne med utfyllende kommentarer) henges diskret opp på badet til den enkelte beboer. Bildebasert materiale tar også hensyn til personale med språklige utfordringer. Kortene skal ha en forpliktende, kalibrerende og veiledende funksjon, men gir i seg selv ingen helsegevinst dersom prosedyrene ikke følges. Det må være en kontrollfunksjon innebygd i systemet – med tydelig ansvarliggjøring. Juridiske forhold kan fort bli aktualisert når det gjelder pasientrettigheter, fagansvar for helsemedarbeidere og tilsvarende for institusjonene.

En typisk situasjon i mange sykehjem er at pleierne ikke klarer å utføre munnstellet på alle pasienter før leggetid (22). Dette må positivt dokumenteres med en signert avkryssing i pasientjournalen slik at etterfølgende vaktskift får denne informasjonen og kan foreta nødvendig munnstell umiddelbart. Manglende informasjonsoverføring er trolig årsaken til langvarig avbrudd i ønsket praksis. Et avkryssingsskjema med signerte avkryssninger kan i uttalte tilfelle være et hjelpemiddel for å etablere ønskede rutiner (Fig. 3). En utbredt oppfatning er at den pleieren som får flest mulig til sengs på kortest mulig tid, er den dyktigste. Slike måltall for effektivitet er uheldig for en kvalitativ god pleie.

I mange sykehjem er tannhelsepersonalet kun innom for tilsyn/screening en gang pr år. Tilstedeværelse av tannhelsepersonale på sykehjem signaliserer viktigheten av munnstellet. Tilstedeværelse og kontinuitet vil kunne bidra til optimalisering av munnstellet – især for marginaliserte pasienter. Det er ønskelig med et tannhelsepersonell som er mer aktivt til stede i institusjonene, og som tør sette krav til personalets innsats i munnstellet – og som i tillegg etterspør en mer aktiv innsats der mangler påvises. Dårlig protesehygiene er for eksempel en klar indikator på dårlige rutiner – fordi rengjøring av disse ikke krever særlig innsats. I enkelte sykehjem tilbyr frivillighetshjelpere salgsvare fra trillevogn. Tannhelsepersonalet bør se til at disse har et sukkerfritt sortiment.

Dersom en finner at munnstellet i institusjonen ikke er tilfredsstillende, kan man kartlegge beboernes orale hygienivå ved hjelp av Belegg og Slimhinne Indeks (BSI) (23). Indeksen beskriver hygienivået ved å angi mengde bakteriebelegg på tenner og/eller proteser samt grad av inflammasjon på gingiva/slimhinne. Laveste score er 2 og høyeste er 8. Score 2–4 indikerer en bra/akseptabel status, score 5–6 en ikke akseptabel status, mens score 7–8 indikerer en dårlig status. Det enkelte sykehjem kan på denne måten få en gjennomsnittsscore – akseptabelt eller ikke. En slik kvantifiserbar indikator på hygienivå kan tallfeste et generelt inntrykk av forholdene. Dette kan benyttes til rapportering til tilsynsmyndigheter og/eller til dokumentasjon av forbedring. Man kan for eksempel regelmessig oppgi nivået for det enkelte sykehjemmet ved en rapport som vist i Fig. 4.

Den eldre pasienten skal i hovedsak behandles som en hvilken som helst voksen pasient. Hvis det objektive behandlingsbehov effektueres fullt ut, risikerer en at det overbehandles. På den annen side løper man en risiko for å underbehandle hvis alene det subjektive behandlingsbehov tilgodeses. Ideelle odontologiske krav må veies mot hensynet til pasientens livskvalitet (9): Har behand-



Fig. 2. Eksempel på bildebasert veiledning til pleiepersonalet (21).

TANNSTELL Fløy 1.2 År: 2015/2016 Navn: _____

Uke 21	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen	Sissel		Sissel	Ina	Gerd	Sein	Sein
Kveld	Jennifer	Gerd	Gerd	FAT.			
Uke 22	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen	Ina	Jennifer	Gerd	Jennifer	Ina	Sein	FAT. Sein
Kveld	Sissel						
Uke 23	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen	Sissel		Ina		FAT.		FAT.
Kveld	Gerd	Sissel		FAT.		Sein	
Uke 24	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen							
Kveld							
Uke 25	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Morgen							
Kveld							

Fig. 3. Kvitteringsskjema for utført munnstell.

lingen verdi for pasienten? Hva tenker pasienten om dette problemet? Hvordan mestres det? Tåler pasienten behandlingen fysisk og/eller mentalt? Ko-opererer vedkommende? Kan pasienten møte til flere behandlingsseanser – hva med transport og eventuelt følge? Kan det ferdige resultat på noen måte vedlikeholdes? Kan den valgte løsning lett omarbeides, eventuelt utvides ved ugunstig utvikling? I den tilpassete behandling prioriteres hensynet til pasientens helse først og fremst. Dette innebærer at alvorlige infeksjoner og/eller smerte elimineres. Deretter skal en forsøke å bevare en tilfredsstillende funksjon eller om mulig reetablere slik funksjon. Til sist skal estetiske behov ivaretas. Å unnlate å behandle kan også være et bevisst valg. Og i noen tilfelle har en ikke annet å tilby enn palliativ, lindrende behandling. Det er utviklet alternative konsepter for estimering av behandlingsbehovet hos svekkede eldre, blant annet det «realistiske behandlingsbehov» (24) og «treatment intention index» (25), som begge drar inn en utilitaristisk (nytteetisk) tilgang til bestemmelse av behandlingsbehovet. Men disse har primært funnet en epidemiologisk anvendelse og er vanskelige å operasjonalisere i klinikken.

Med et økende antall gamle og en generell bedring av tannhelsen vil gerodontologi bli et stadig viktigere felt for tannhelsepersonalet. Fremtidens eldre er vant til god tannhelse, og de selv og deres pårørende vil sette tilsvarende høye krav selv om de havner på sykehjem. Forskning innen dette feltet er vanskelig – blant annet på grunn av den livsfase pasientene befinner seg i –

men forskningbasert dokumentasjon som grunnlag for tilpassete tiltak er påkrevet. Derfor trenger man på nordisk basis et akademisk og ressursmessig løft innen fagfeltet.

English summary

Strand GV, Stenerud G, Hede B.

Oral hygiene and dental treatment for institutionalized old people

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 138–43

Implementation of prophylactic measures significantly reduces the strain on human and economic resources. The consequences

of lacking oral maintenance are well known: loss of teeth, deteriorating oral and general health, social stigmatization, nutritional problems, pain etc. Obstacles to optimal oral and dental care exist on several levels and are usually caused by inadequate interaction between different providers of dental care. In Nordic countries most people die in nursing homes and palliative oral care entails a better possibility for a dignified end to their lives.

Referanser

1. Rautemaa R, Lauhio A, Cullinan MP et al. Oral infections and systemic disease – an emerging problem in medicine. *Clin Microbiol Infect.* 2007; 13: 1041–7.

2. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008; 66: 368–73.

3. Bots-Vant Spijker PC, Vanobbergen JNO, Schols JMGA et al. Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentist: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42: 113–21.

4. De Visschere L, de Baat C, de Meyer L et al. The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: A qualitative study. *Gerodontology.* 2015; 32: 115–22.

5. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2010; 22: 1025–39.

6. Lithgow S, Jackson GA, Browne D. Estimating the prevalence of dementia: cognitive screening in Glasgow nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012; 27: 785–91.

7. Stewart R, Hotopf M, Dewey M et al. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing.* 2014; 43: 562–7.

8. Strand GV, Hede B. Behandling under tvang? In: *Aktuel Nordisk Odontologi.* 2012. København: Munksgård, 2012.

9. Størksen K. Når standardløsningene ikke finnes – Om behandlingsvalg hos syke eldre. *Tandlægebladet.* 2001; 105: 136–45.

10. Forsell M, Sjögren P, Johansson O. Need of assistance with daily oral hygiene measures among nursing home resident el-

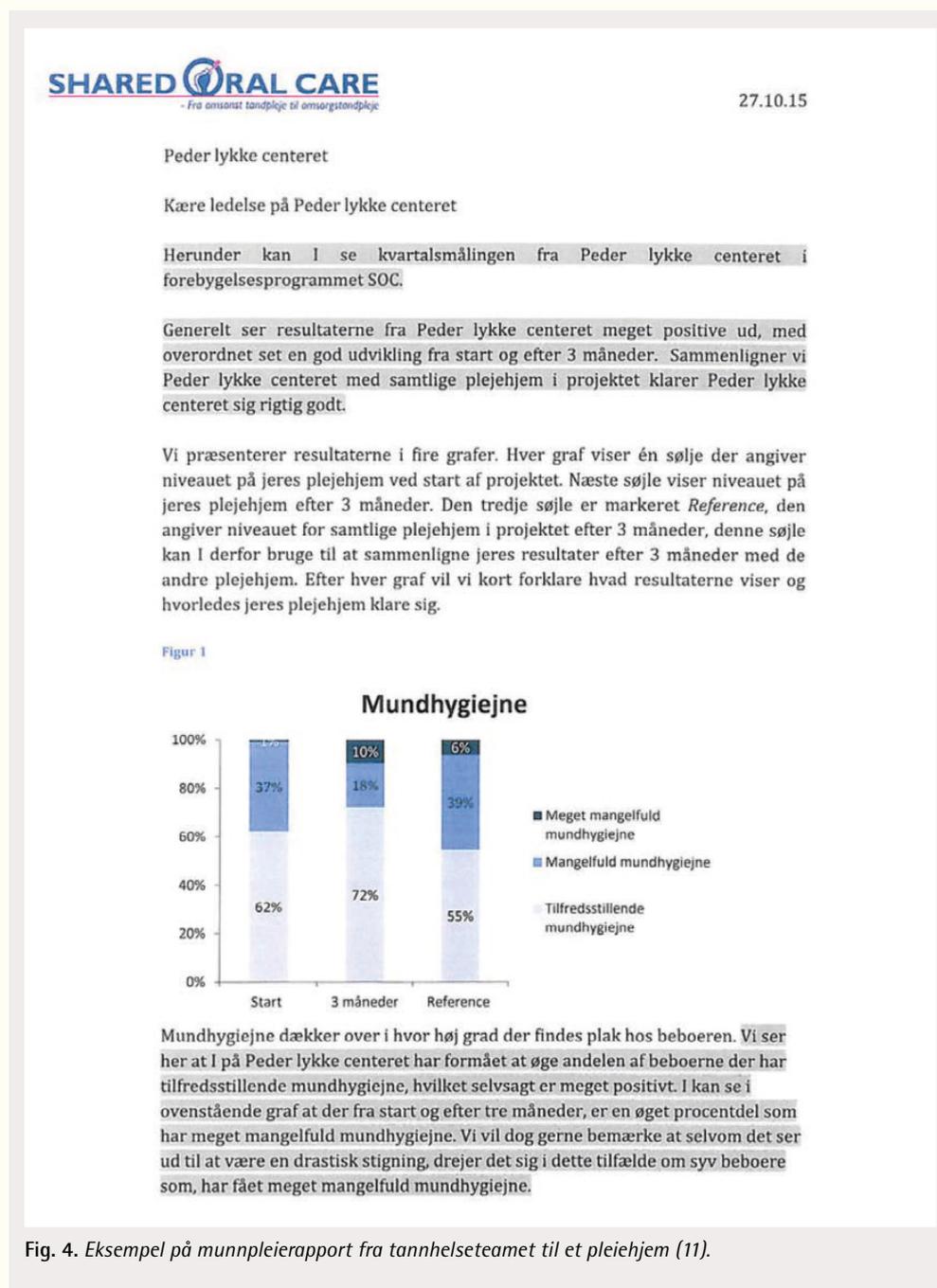


Fig. 4. Eksempel på munnpleierapport fra tannhelseteamet til et pleiehjem (11).

derly versus the actual assistance received from the staff. *Open Dent J.* 2009; 3: 241–4.

11. Hede B, Poulsen JE, Christophersen R et al. Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. *Tandlægebladet.* 2014; 118; 980–6.

12. Willumsen T, Karlsen L, Naess R et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology.* 2012; 29: e748–55.

13. Beck AM, Damkjaer K, Tetens I. Lack of compliance of staff in an intervention study with focus on nutrition, exercise and oral care among old (65+ yrs) Danish nursing home residents. *Aging Clin Exp Res.* 2009; 21: 143–9.

14. de Lugt-Lustig KH, Vanobbergen JN, van der Putten GJ et al. Effect of oral healthcare education in knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42: 88–96.

15. Eadie DR, Schou L. An exploratory study of barriers to promoting oral hygiene through carers of elderly people. *Community Dent Health.* 1992; 9: 343–8.

16. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.

17. De Visschere L, van der Putten GJ, de Baat C et al. Possible enabling and disabling factors when implementing an oral hygiene protocol in nursing homes. *Arch Public Health.* 2006; 64: 231–49.

18. Marthinussen MC, Strand GV. Palliativt munnstell. In: *Aktuel Nordisk Odontologi 2013.* København: Munksgård, 2013.

19. Palliasjon KS. *Nordisk lærebok.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.

20. Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS et al. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology.* 2015; doi: 10.1111/ger.12198

21. Institutt for klinisk odontologi. (Set 2016 februar). Tilgjengelig fra: <http://www.uib.no/odontologi/65766/seksjon-gerodontologi>.

22. Wårdh I, Hallberg LR, Berggren U et al. Oral health care – A low priority in nursing. In-depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 137–42.

23. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist.* 1999; 19: 154–7.

24. Vigild M. Benefit related assessment of treatment need among institutionalised elderly people. *Gerodontology.* 1993; 10: 10–5.

25. Isaksson R, Söderfeldt B, Nederfors T. Oral treatment need and oral treatment intention in a population enrolled in long-term care in nursing homes and home care. *Acta Odontol Scand.* 2003; 61: 11–8.

Adresse: Gunhild Vesterhus Strand, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post: Gunhild.Strand@uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Strand GV, Stenerud G, Hede B. Munnstell i sykehjem. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 138–43



Unik teknologi, unik følelse

- Utmerket adaptasjon og formbarhet
- Poleres raskt til fantastisk glans
- Enkelt fargesystem: 5 farger dekker hele VITA-skalaen

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 Dentsply
Sirona



VISSTE DU AT DU IKKE TRENGER Å BRUKE SALT FOR Å FÅ MER SMÅK PÅ MATEN?

Mange av oss salter maten for å tilføre smak. Litt salt kan fort bli til mye salt. Bytter du ut saltet med friske krydderurter eller tørket krydder, gir du maten både spennende og god smak. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**



INTRODUCING XO FLEX

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

Contact one of our distributors **Dental Service** (55 22 19 00), **Jacobsen Dental A/S** (22 79 20 71), **Unident AS** (33 03 57 70) or visit xo-care.com and learn more about all the advantages of your new XO FLEX unit.

EXTRAORDINARY DENTISTRY



Inger Wårdh, Eeva Widström, Dorte Jeppe-Jensen, Kirsten Solemdal och Lars Gahnberg

Gerodonti – ett nordiskt perspektiv på utbildning, organisation och finansiering

Gerodonti är ett ungt ämne som utvecklats i takt med att antalet betandade äldre i höga åldrar ökat och därmed behovet av ett speciellt omhändertagande av de äldres orala hälsa. Ämnesområdet har ännu inte funnit sina bestämda former avseende utbildning, organisation eller finansiering och variationen mellan olika länder är stor. Även inom länderna varierar utbildningen mellan olika lärosäten och organisationen inom olika områden, så också i viss mån finansieringen. Artikeln ger samhällsodontologiska aspekter på ämnesområdet som fått en ökande betydelse då målgruppen utgör en allt större del av befolkningen och den odontologiska patientstocken. Gruppen äldre är heterogen och omfattar allt från friska vuxna till omvårdnadsberoende och sjukhemsboende. Det innebär stora utmaningar både avseende teoretiska kunskaper och färdigheter i den kliniska situationen samt att säkerställa väl fungerande vårdkedjor och ekonomiska stödsystem för att möjliggöra en god oral hälsa livet ut.

Gerodonti är ett ungt ämne som utvecklats i takt med att antalet betandade äldre i höga åldrar ökat och därmed behovet av ett speciellt omhändertagande av de äldres orala hälsa. Begreppet fanns egentligen inte förut utan äldres

Författare

Inger Wårdh, associate professor, ph.d., Institutionen för odontologi och Akademiskt centrum för äldretandvård, Karolinska institutet, Sverige

Eeva Widström, professor, övertandläkare, ph.d., National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland och Institute of Clinical Dentistry, Faculty of Health Sciences, UIT, The Arctic University of Norway

Dorte Jeppe-Jensen, tandlæge, særlig odontologisk rådgiver, Tandlægeforeningen, Politisk support og kommunikation, København, Danmark

Kirsten Solemdal, ph.d., Institute of Clinical Dentistry, Faculty of Health Sciences, UIT, The Arctic University of Norway

Lars Gahnberg, professor, ph.d., Institutionen för Odontologi Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och Hälsoodontologiska enheten, Folk tandvården Västra Götalandsregionen, Sverige

oral hälsa ombesörjdes med att framställa och sköta avtagbara plattproteser samt utföra munvård på tandlösa personer i livets slutskede. I Sverige och Norge integrerades ämnet i den protetiska undervisningen i avtagbar protetik för tandläkarstudenter. Munvård undervisades på sjuksköterske- och undersköterskeutbildningar men gällde då i huvudsak palliativ vård och intensivvård.

Någon särskild organisation för de äldres tandvård ansågs inte heller behövas då man utgick från att de flesta äldre var tandlösa. Av samma skäl, fanns det heller inget större intresse av att föra statistik över tandhälsa och utförd tandvård för personer över 65 år. Detta är idag ett bekymmer, då vi önskar ett bättre underlag för de äldres tandhälsoutveckling, speciellt som antalet kvarvarande tänder i högre åldrar t o m visat sig vara en prediktor för överlevnad (1). Det finns dock lokala studier som pekar på en stor positiv förändring i tandhälsan, både generellt och bland de äldre (2).

Danmark och Finland har landsomfattande kliniska epidemiologiska studier om vuxenbefolkningens tandhälsa (3–5) och i Sverige har ett kvalitetsregister (SKaPa = svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, www.skapareg.se) med registerbaserad information om tandvårdsutnyttjande hos över 5 miljoner invånare byggts upp. Därifrån vet man att de äldre är en mycket heterogen grupp där tandvårdsbehovet och – beteendet varierar stort beroende på sociala och demografiska bakgrundsvariabler. De äldres tandhälsa påverkas också av fysiologiska åldersförändringar, allmän hälsa och funktionsförmåga. Gränsen mellan friskt och sjukt är ibland flytande. Äldretandvård omfattar således en stor och heterogen patientgrupp där de stora utmaningarna ligger hos sjuka äldre

Huvudbudskap

- Gerodonti är ett ungt ämnesområde. Ämnesområdet har ännu inte har funnit sina bestämda former avseende: utbildning, organisation och finansiering
- Det är stor variation mellan och inom olika länder

med ett växande behov av tand- och munvård men en minskande vårdefterfrågan.

Artikeln målsättning är att ge perspektiv från Norge, Finland, Sverige och Danmark avseende:

- hur utbildning i gerodonti bedrivs
- om och i så fall hur tandvård för äldre är organiserad
- vilka eventuella ekonomiska stödsystem som finns för äldres tandvård

Utbildning – se Tabell 1

Tandläkarutbildningarna

I Norge finns tandläkarutbildning vid universiteten i Oslo, Bergen och Tromsø. I Oslo består undervisningen i gerodonti av klinisk träning med patientbehandling på universitetskliniken med stöd av föreläsningar, seminarier, problembaserad undervisning (PBL) och demonstrationer. På sista terminen sker både skriftlig och muntlig slutexamination. I Bergen har man dessutom en separat sektion för Gerodontologi med anställd professor och egen gerodontologisk klinik som drivs i samarbete med den offentliga tandvårdsorganisationen. I Tromsø får studenterna fem föreläsningar på sjätte termin, åtta föreläsningar på åttonde termin och under termin nio och tio ges ytterligare fyra föreläsningar. Under hela sjunde terminen har studenterna verksamhetsförlagd utbildning och får då förutom en videoföreläsning tillsammans med sin handledare besöka ett sjukhem. I början av termin åtta, presenterar alla ett geriatriskt patientfall och examination sker på sista terminen.

I Finland ger alla fyra tandläkarhögskolorna undervisning i gerodonti. I Uleåborg (Oulu) och Kuopio sker undervisningen i samband med parodontologi och i Helsingfors och Åbo med protetik. I Kuopio ges en enpoängskurs (poäng = högskolepoäng, ETCS) under det tredje året och en tvåpoängskurs under det femte året som då också inkluderar besök på äldreboenden med undersökning av de boende.

I Sverige kan man utbildas till tandläkare på fyra universitet/

högskolor. Vid Karolinska institutet är gerodonti en separat kurs om 4,5 poäng under det femte året. Ämnet är huvudsakligen teoretiskt men ett obligatoriskt kliniskt pass ingår, med möjlighet att undersöka och/eller behandla omvårdnadsberoende, geriatriska patienter under handledning. Kursen examineras via uppgifter under obligatoriska seminarier och det kliniska passet samt med en hemtentamen. På övriga tandläkarprogram är ämnet integrerat i övrig undervisning rörande vuxentandvård. I Göteborg ges två dagars teoretisk utbildning i gerodonti på termin nio inom ett block som behandlar patienter med särskilda behov.

I Danmark bedrivs tandläkarutbildning vid Köpenhamns universitet och vid Århus universitet. I Århus ges en 5-poängskurs i gerontologi på termin 7. Kursen består av föreläsningar och examinationen är skriftlig med en extern censor. I Köpenhamn är den teoretiska undervisningen i gerontologi integrerad i ämnesområdena cariologi, parodontologi och samhällsodontologi vilket gör att antalet poäng inte kan anges. Gerontologi ingår i examinationen av respektive ämnesområde. Både i Århus och i Köpenhamn är den kliniska undervisningen integrerad i övrig patientbehandling där äldre utgör en väsentlig andel av patienterna.

Tabell 1. Översiktlig sammanställning av innehållet i de nordiska tandläkar- och tandhygienistutbildningarna

Tandläkarutbildningen	Norge	Finland	Danmark	Sverige
Klinisk undervisning på universitetsklinik	Oslo Bergen		Köpenhamn Aarhus	
Auskultation/klinisk träning vid extern klinik	Tromsø	Kuopio		KI, Stockholm
Teoretisk undervisning som eget ämne	Oslo Bergen Tromsø		Aarhus	KI, Stockholm
Teoretisk undervisning integrerat i annat ämne		Uleåborg Kuopio Helsingfors Åbo	Köpenhamn	Umeå Göteborg Malmö
Separat examination	Oslo Bergen Tromsø		Aarhus	KI, Stockholm
Tandhygienistutbildningen				
Klinisk undervisning på universitetsklinik	Bergen Tromsø	Helsingfors		
Auskultation/klinisk träning vid extern klinik			Köpenhamn Aarhus	KI, Stockholm Göteborg
Teoretisk undervisning som eget ämne	Bergen Tromsø	Helsingfors	Köpenhamn Aarhus	KI, Stockholm Göteborg Kristianstad
Teoretisk undervisning integrerat i annat ämne				Malmö Umeå
Separat examination	Bergen Tromsø		Köpenhamn Aarhus	KI, Stockholm Göteborg

Tandhygienistutbildningarna

Den norska tandhygienistutbildningen är tre år. I Bergen undervisas gerodontologi under hela tredje studieåret som en egen klinisk och teoretisk kurs med avslutande examen. I Tromsø ges studenterna under andra året en 10 poängs kurs som innefattar äldretandvård med föreläsningar, seminarier, klinisk patientbehandling och auskultationer. Kursen avslutas med en skriftlig tentamen.

Den finska motsvarigheten till tandhygienist kallas munhygienist och utbildningen är 3,5 år. Som exempel kan nämnas att i Helsingfors läser studenterna 8 poäng gerodonti, uppdelat på fem veckors teori och tre veckors praktik.

Den svenska tandhygienistutbildningen är tvåårig med möjlighet till ett tredje påbyggnadsår och en kandidatexamen men troligen blir tandhygienistutbildningen snart treårig. I Göteborg ges en kurs på fem poäng för grupper med särskilda behov med inriktning mot omsorgsberoende äldre under påbyggnadsåret, samt klinisk praktik på tre poäng. I Malmö ges en kurs på 15 poäng för patienter från utsatta grupper under påbyggnadsåret. I Umeå ges under andra året en kurs om 2,5 poäng och under påbyggnadsåret 15 poäng för vuxna med särskilda behov – uppsökande verksamhet. Vid högskolan i Kristianstad får studenterna under andra året en kurs med fokus på åldrandet om 7,5 poäng. Den följs sedan upp under påbyggnadsåret med en kurs för patienter med särskilda behov om 15 poäng. Vid Karolinska institutet är gerodonti ett moment om 3 poäng under påbyggnadsåret, uppbyggt på liknande sätt som för tandläkarstudenterna.

Den danska tandhygienistutbildningen kallas formellt en Professionsbachelor i tandvård och är en 3-årig utbildning. Utbildningsprogrammet är gemensamt i Århus och i Köpenhamn. På termin 5 ges en 15 poängskurs med temat «Tandvård för individer med särskilda behov». I denna kurs är omsorgs- och äldretandvård särskilda fokusområden. Kursen är tvärprofessionell med både teoretisk och praktisk undervisning samt avslutas med prov. Förutom denna kurs ges undervisning i gerontologi i relevanta ämnesområden. Praktik kan förekomma inom omsorgstandvård och vid vårdhem.

Postgraduate utbildning

Norska tandläkare måste genomgå minst 150 timmars efterutbildning fördelat under fem år, med rekommendationen 30 timmar per år. Godkända kurser väljs fritt av enskild tandläkare. Våren 2016 innehöll den efterutbildning som Tannlegeforeningen arrangerar en modul med gerodontologi och oral medicin. I Finland finns också postgraduate utbildning i ämnet.

Gerodonti är ingen specialitet i Sverige men en diplomkurs ingår i specialistutbildningen i protetik som i mån av plats också är tillgänglig för andra intresserade tandläkare. Sverige har dock under många år haft sjukhustandläkare som även behandlat geriatriska patienter. De senaste åren har flera landsting velat utveckla denna kategori av specialkunniga allmäntandläkare och bekostat specialistutbildning i orofacial medicin, där gerodonti ingår. Utbildningen leder oftast till tjänster som är likvärdiga

med övriga offentligt finansierade specialisttjänster. Socialstyrelsen utreder nu om detta ska bli en formell specialitet (6). För tandhygienister finns sedan två år tillbaka en uppdragsutbildning i äldretandvård vid Karolinska institutet som är likvärdig med den kurs som ges under påbyggnadsåret. Målgruppen är tandhygienister som har en äldre, kortare utbildning och de som valt att inte gå påbyggnadsåret.

Flera kursarrangörer ordnar också kurser i ämnet och den odontologiska riksstämman som varje år hålls av Svenska Tandläkarsällskapet, har inslag med äldretandvård.

Många tandläkare och tandhygienister väljer också att vidareutbilda sig i form av en magister- eller masterexamen. Här finns möjlighet att välja en gerodontisk inriktning på uppsatsarbetet. De senaste åren har också allt fler doktorsavhandlingar inom ämnet lagts fram, vilket gäller de flesta nordiska länderna.

I Danmark har det hittills inte varit något speciellt fokus på gerontologi i efterutbildningskurser för tandläkare. Tandläkarföreningen har dock fattat beslut om att temat för föreningens 2-dagars symposium 2018 skall vara «Den äldre patienten».

Sedan 2014 har tandhygienister haft möjlighet att söka en diplomutbildning som innehåller en valfri del inom ämnesområdet «Omsorgstandvård». Denna del i utbildningen utgör 5 ECTS och avslutas med examen. Dessutom genomfördes 2016 en temadag med inriktning på äldretandvård. Bägge dessa utbildningar har anordnats i Århus.

Utbildning för icke odontologiska yrkesgrupper

I Norge ges frivillig undervisning i oral hälsa på nästan alla utbildningar till undersköterska. En vetenskaplig rapport poängterar dock att både kvalitet och kvantitet är otillräcklig för att möta det växande munvårdsbehovet. Evidensbaserade guidelines efterfrågas (7).

Oral hälsa är inget stort ämne på svenska grundutbildningar till vårdrelaterade yrken. Oftast ges endast frivilliga föreläsningar utan examination och praktik. Några tandhygienistprogram har gemensamma undervisningsinslag med sjuksköterskestudenter. En ökad efterfrågan kan dock märkas, där fokus ligger på den äldre patienten. Våren 2016 organiserades en uppdragsutbildning i oral hälsa för sjuksköterskor av Karlstads universitet på 7,5 poäng.

Det svenska tandvårdsstödet för omvårdnadsberoende personer innehåller också undervisning till vårdpersonalen. Den ingår i ett upphandlat koncept och brukar bestå av en timmas teori och praktisk undervisning i samband med hembesök för munhälsobedömning.

De sista åren ges dock allt mer undervisning knutet till kvalitetssäkringssystemet Senior Alert, där munbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG) ingår (8). Senior Alert är avsett att användas av vårdpersonal i alla vårdsammanhang för personer 65 år eller äldre (9).

Under de senaste åren har man i Danmark haft ett ökande fokus på betydelsen av en god munhälsa. I omvårdnadsutbildningarnas grundbok finns ett kapitel om munvård som utarbetats av en tandläkare (10). I utbildningsförordningen från 2015 anges

att det i utbildningsvärderingen ingår en bedömning om elevens förmåga att tillämpa hygieniska principer, inklusive munvård, för att förebygga smittspridning. Arbetsmarknadsutbildningen (AMU) erbjuder en efterutbildningskurs, «Förebyggande vuxentandvård i omvårdnadsarbetet» för omvårdnadspersonal. På sju högskolor som utbildar sjuksköterskor ingår enligt utbildningsledarna munvård som en obligatorisk del inom ämnesområdet grundläggande sjukvård. Munvård är också inkluderad i sjuksköterskeutbildningens kliniska del, speciellt vad gäller äldre och sjuka patienter.

Organisation

I Norge finns 19 Fylken som driver den offentliga tandvården och har ansvar för tandvård till äldre i sitt respektive område. Ansvaret är reglerat i «Lov om tannhelsetjensten» från 1984 (11). Berättigade till kostnadsfri tandvård inom den offentliga tandvården är de äldre som är boende på institution eller har hemsjukvård och där behovet av institutionsboende eller hemsjukvård har en varaktighet av minst 3 månader. Tandvården ges i allmänhet av den offentliga tandvården men möjlighet finns för Fylkeskommunen att teckna avtal med privatpraktiserande tandläkare. Det finns inte några begränsningar av den vård som får ges men den skall anpassas till individens medicinska status och behov samt den äldres önskemål.

Institutioner och hemsjukvård är kommunernas ansvar och det är kommunen som skall informera de äldre om rättigheten att få fri tandvård. Fylkeskommunerna har olika former av avtal med kommunerna och regelbundna avstämningsmöten med kommunerna hålls. De övriga äldre hänvisas till privat tandläkare i likhet med den övriga befolkningen och de flesta betalar sin tandvård helt och hållet själv.

I Finland finns det 317 kommuner som driver den offentliga tandvården vid hälsocentralerna. De äldre får liksom övriga vuxna söka tandvård hos den offentliga tandvården eller alternativt hos privatpraktiserande tandläkare. Bastandvård (ej protetik) hos privattandläkare subventioneras av folkpensionsanstaltens sjukförsäkring. Det finns även s k kliniska tandtekniker som erbjuder behandling med hel plattprotes. Det finns en vårdgaranti som innebär att den offentliga tandvården måste erbjuda akut omhändertagande inom högst tre dagar och undersökning/ behandling inom sex månader. Remissmöjlighet finns till specialister vid sjukhus eller inom privat vård. I praktiken har hälsocentralerna uppsikt över äldreboenden och hemsjukvårdspatienternas munvård, även om enbart barn får särskilt prioriteras i tandvården.

I Sverige finns 21 stycken landsting/regioner. Landstingen har ett lagstadgat ansvar (12) att erbjuda s k uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till äldre som har ett omfattande behov av vård och omsorg. Den uppsökande verksamheten innebär att en tandhygienist genomför en munhälsobedömning i den äldres boende och ger vårdpersonal utbildning om munvård. Den nödvändiga tandvården innebär tandvård som bedöms nödvändig för ett funktionellt och estetiskt fungerande bett utan smärta och infektion. Vid behov av omfattande behandlingar görs en pröv-

ning av bedömningstandläkare som är anställda av landstinget/regionen. Den uppsökande verksamheten upphandlas genom anbudsförfarande. Både offentliga och privata vårdgivare kan lämna anbud. För den nödvändiga tandvården är den äldre fri att välja privat eller offentlig vårdgivare.

Merparten av äldre danska invånare får sin tandvård inom privat tandvård. Om de äldre har fysiska eller psykiska funktionshinder kan kortare revisionsintervall och förstärkt förebyggande vård vara aktuellt i enlighet med nationella kliniska riktlinjer (13).

Äldre med nedsatt hälsa eller omfattande fysiskt eller psykiskt funktionshinder som inte kan behandlas inom allmäntandvård hänvisas till omsorgstandvården i hemkommunen (14). Sedan 1994 är Danmarks 98 kommuner skyldiga att erbjuda omsorgstandvård inklusive förebyggande tandvård. Berättigade till omsorgstandvård är bl.a. personer som bor på vårdhem och personer som bor i eget boende eller på äldreboende och vars förmåga till egenvård är så nedsatt att de kan jämföras med dem som bor på vårdhem. Kommunen kan erbjuda omsorgstandvård med hjälp av offentligt anställda eller privata tandläkare. Omsorgstandvården bedrivs ofta i patientens hem med mobil utrustning.

Finansiering

De norska fylkeskommunerna finansieras av staten för en rad åtaganden förutom tandvård. Den statliga ersättningen till kommunerna är inte «öronmärkt» utan respektive Fylkeskommun kan göra olika prioriteringar av de tjänster som Fylkeskommunen erbjuder. Om den äldre (som tillhör de prioriterade grupperna för kostnadsfri vård) avböjer Fylkeskommunens erbjudande och väljer att gå till en annan vårdgivare måste man själv betala hela kostnaden för tandvård. Helfo (national sjukförsäkring) ersätter privata tandvårdskostnader i specialfall då patienten lider av noggrant definierade sjukdomstillstånd eller vissa tand- och munsjukdomar.

Den finska offentliga tandvården finansieras via kommunal skatt, statliga subventioner och patientavgifter. Detta innebär att priserna inom offentlig tandvård är lägre än inom privat tandvård. För privattandläkare och kliniska tandtekniker gäller fri prissättning men den nationella sjukförsäkringen ger ca 15% stöd av kostnaden för bastandvård. Enbart krigsveteraner från andra världskriget har fått och får stöd även för protetisk behandling, men de är få idag, och övriga äldre är inte berättigade till detta stöd.

I Sverige gäller fri prissättning för vuxentandvård samtidigt som det finns ett statligt tandvårdsstöd. Det statliga stödet regleras genom ett detaljerat och komplicerat regelsystem som omfattar både ett s.k. allmänt tandvårdsbidrag (150–300 kr per år) för att stimulera till regelbunden tandvårdskontakt och ett högkostnadsskydd för subventionering av dem som har stort tandvårdsbehov (50% då kostnader överstiger 3000 kr och 85% då kostnaderna överstiger 7 500 kr). Det finns även möjlighet för vårdgivaren att erbjuda ett tandvårdsabonnemang d.v.s. tandvård till en fast årlig avgift som fastställs efter en odontologisk riskbe-

dömning. För närvarande är det framför allt offentlig tandvård som erbjuder tandvårdsabonnemang. Äldre som uppfyller kraven för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård samt de subventioner som år 2013 bildade «det tredje steget i tandvårdsreformen» betalar i enlighet med hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Resterande kostnad för tandvården finansieras via landstingsskatt. Även individer med sjukdomar som har negativa effekter på munhälsan kan få rätt till tandvård i enlighet med hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Sammanlagt är det beräknat att ca 6% av befolkningen omfattas av dessa förmåner.

För äldre i Danmark är de ekonomiska villkoren för undersökning och behandling desamma som gäller för övriga vuxna och regleras i tandläkaröverenskommelsen (15).

Folkpensionärer kan ansöka i hemkommunen om hälsotillägg eller utökat hälsotillägg för subvention av egenavgiften för tandvård. Tillägget täcker maximalt 85% av tandvårdskostnaden. Villkoret för att få tillägget är att hushållsinkomsten inte överstiger ca 80 000 dkr. Folkpensionärer med speciellt svår ekonomisk situation kan ansöka om ytterligare ett personligt ekonomiskt stöd. Individer som behandlas inom kommunens omsorgstandvård betalar en egenavgift som 2016 var fastlagd till maximalt 490 dkr.

Reflektion

Andelen äldre ökar i de nordiska länderna och även om de flesta äldre är relativt friska och självständiga och kan behandlas som ett ordinarie vuxen Klientel, lever många längre med svåra sjukdomar och tung medicinering. Detta ställer stora och många gånger helt nya krav på tandvården. Därtill är ämnet gerodonti till stora delar obeforskat. Allt eftersom vetenskapliga arbeten och rapporter publiceras kan utbildningen och även den kliniska verksamheten ges en bättre vetenskaplig grund men det tar tid innan nya rön implementeras. Klinisk forskning på äldre personer har att hantera stora bortfall vid långtidsuppföljning och etisk problematik. Vi måste bättre kunna besvara frågan om vad som är nödvändig tandvård speciellt i de svåra situationer när patienten inte längre själv kan fatta beslut eller förstå sin egen situation. Nödvändig för vem? Vad önskar de äldre patienterna själva, när det gäller sin orala hälsa? Är tandvården tillräckligt kunnig och hur kan vi öka den övriga vårdpersonalens kunskaper och motivation.

Sedan 1970-talet har det internationellt diskuterats att införa gerodonti på de odontologiska programmen (16). I dag ges undervisning i gerodonti i alla tandläkar- och tandhygienistutbildningar i de nordiska länderna. Det varierar hur mycket undervisning som ges men troligen är variationen mellan olika institutioner större än mellan olika länder. Varje institution lägger själv upp sin undervisning. Tandhygienisterna förefaller att få mer utbildning i ämnet än tandläkarna då det i tandhygienistprogrammen integreras i kurser som behandlar patienter med särskilda behov och inte i traditionella odontologiska ämnen. Hur detta sedan avspeglar sig i det kommande yrkeslivet, är svårt att avgöra. I Sverige sker dessutom merparten av undervisningen inom tandhygienistprogrammets frivilliga påbyggnadsår.

Generellt sett saknas klinisk praktik. Det är endast ett fåtal länder i världen som erbjuder undervisning i gerodonti, där praktiska moment såsom besök på äldreboenden och mobil tandvård ingår (17). Här är situationen betydligt bättre i de nordiska länderna eftersom samarbetet med den offentliga sektorn ger möjlighet till klinisk träning och diverse studiebesök. I Norge ger både Oslo och Bergen tandläkarstudenterna klinisk träning och i Helsingfors får de blivande munhygienisterna klinik under tre veckor. Det är viktigt att studenterna bl.a får verktyg att hantera de etiska problem som uppstår när behandling ska ges till en person med bristande autonomi, besluts- och kooperationsförmåga, både för att genomgå en behandling och för att ta ansvar för sin orala egenvård. Forskare har påpekat vikten av att föra in ett humanistiskt perspektiv (18) i undervisningen och att erbjuda studenter en tillräcklig mängd av kliniska möten för att säkerställa odontologisk kompetens att självständigt behandla äldre patienter men också för att göra studenterna villiga att behandla denna patientgrupp (19). Det har påpekats risk för att ytliga kontakter med de äldre patienterna, snarare kan verka avskräckande än att uppmuntra till framtida arbete med krävande äldretandvård (20).

En annan möjlighet att förkovra sig i gerodonti under grundutbildningen, är att göra sitt examensarbete i ämnet. Detta gäller både tandläkar- och tandhygieniststudenter. Det gäller dock att tydliggöra ämnet så pass att studenterna uppfattar det som ett aktuellt ämnesområde.

Gerodonti är ingen traditionell specialitet i alla länder och troligen skulle ämnet få högre status med en specialitet. Den svenska Diplomkursen i gerodonti ingår bara i den protetiska specialistutbildningen men borde vara ett obligatoriskt inslag i alla vuxenspecialiteter. Här ska dock påpekas att det svenska systemet med sjukhustandläkare har gjort en stor insats för äldretandvården och tydliggjort behoven för särskilda patientgrupper. De övriga nordiska länderna har inget liknande system.

När det gäller behovet av utbildning i gerodonti, eller oral hälsa i allmänhet, till andra professioner, har många vetenskapliga rapporter skrivits. Det är svårt att nå all vårdpersonal. Olika orsaker, såsom personalbrist vid sjukdom mm, hindrar personalen att delta i undervisningen. En svensk studie visade att ca 65% av den vårdpersonal som borde ha fått undervisning i oral hälsa, hade erhållit sådan (21). Den praktiska delen är svårare att uppskatta. Ofta görs munhälsobedömningar utan vårdpersonal närvarande och då utgår undervisningsmomentet. Det finns också organisatoriska hinder. I Sverige har inte landstingsanställd vårdpersonal rätt till regelbunden munvårdsundervisning. Här är Senior Alert (9) en god nyhet, då systemet gäller alla typer av vårdinstanser.

När det gäller undervisning till vårdpersonal, kan positiva effekter påvisas som också inkluderar förbättrad munhygien hos de äldre (22, 23). Det är dock svårt att uttala sig om effekterna är ett resultat av undervisning eller av tandvårdspersonalens mer praktiskt inriktade insatser, då flera komponenter har funnits med i interventionerna (24). Insatserna bör också upprepas för att ha bestående effekt (25).

Tandvårdssystemen i de nordiska länderna har flera likheter. I samtliga finns både en privat och en offentlig tandvård. För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri medan skillnader finns vad gäller tandvården för vuxna (15). Som framgår av beskrivningen ovan finns dock avsevärda skillnader vad gäller organisation och finansiering av äldretandvård trots att samtliga länder är välfärdsstater och har en ökande population av äldre. Det finns sannolikt flera orsaker till dessa skillnader. Politiska och professionella prioriteringar, skillnader i oral hälsa, ekonomi och tradition kan vara några orsaker. Varje system har sina utmaningar/svårigheter:

De norska juridiska regelverken innebär att Fylkeskommunen inte får information om vilka individer som får hemsjukvård. Det gör det svårt att säkra att alla som är berättigade får erbjudande om fri tandvård. Ett annat problem är att rättigheten till fri tandvård är kopplad till institutionsboende eller hemsjukvård och inte den enskilde individens behov av vård.

I Finland har äldretandvård låg politisk prioritet. Även om de äldre vuxna sedan 2002 har varit berättigade till offentliga tandvårdstjänster eller subventionerad bastandvård i privat regi, har hälsocentralerna inte resurser att erbjuda dem regelbunden vård. Protetiska behandlingar utförs endast i begränsad omfattning inom den offentliga tandvården och patienterna hänvisas till tandteknikerna. För att få behandling där, måste man dra ut alla tänder. Den nationella sjukförsäkringen har inte heller ersatt protetik, som är viktigt för de äldre. Därtill har begränsningar genomförts i den nationella sjukförsäkringen under senare år. Stödet för bastandvård var tidigare ca 30% men har från och med 2016 halverats. Inom offentlig tandvård saknas tandvårdspersonal och den personal som finns har ofta sin kompetens mest inriktad på barn- och ungdomstandvård. En omfattande hälso- och sjukvårdsreform planeras. Målsättningen är att skapa en ny nivå med större enheter som ansvarar för hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, än den kommunala nivå som finns idag. Hur det nya systemet skall finansieras är dock fortfarande oklart.

I Sverige har äldres munhälsa på senare år uppmärksamats alltmer och inom flera landsting/regioner har det skapats kompetenscentra med fokus på äldretandvård. Det finns ett relativt omfattande ekonomiskt stöd till tandvård för äldre men tyvärr är regelverken för detta stöd så komplicerade att många äldre inte får det stöd som de är berättigade till (26). Medvetenheten bland omvårdnadspersonal om munhälsans betydelse är låg och det finns omfattande behov av kompetensutveckling både hos omvårdnadspersonal och inom hälso- och sjukvården.

I Danmark har systemet för omsorgstandvård kritiserats för att många äldre kommer för sent eller inte alls till tandvården. Den Danska Sundhedsstyrelsen har bedömt att målgruppen för omsorgstandvård är ca 60 000 personer. Under 2012 erhöll knappt 24.000 individer omsorgstandvård. Omsorgstandvården har också kritiserats för att de äldre inte får odontologiskt korrekt och tidsenlig behandling. Allt fler äldre behåller sina egna tänder vilket innebär att behandling med mobil utrustning i det egna hemmet med dåliga ljus- och hygienförhållanden har svårt att uppfylla alla kvalitetskrav.

Kritiken har medfört att ministeriet för prevention och hälsa 2013 genomförde en utredning av omsorgstandvården. Resultatet av denna utredning satte fokus på en rad problem (27). Utredningens rapport konkluderar att täckningsgraden för omsorgstandvården är låg och att kommunerna inte är proaktiva i den utsträckning som krävs. Rapporten pekar också på att de äldre som förväntas själva uppsöka omsorgstandvården, inte klarar detta och att det saknas möjlighet för tandläkare och andra vårdaktörer att remittera till omsorgstandvård.

Vidare konstaterar utredningen att det förändrade sjukdomsmönstret bland dem som söker omsorgstandvård kräver förändringar i regelverken samt att tandvård med mobil utrustning i eget boende innebär stora utmaningar i förhållande till bla behandlingskvalitet.

I rapporten ges en rad olika rekommendationer inklusive att hälsofrämjande och förebyggande arbete bör prioriteras samt att munhälsan hos patienter inom omsorgstandvården bör dokumenteras för planläggning och utvärdering. Baserat på ministeriets rekommendationer arbetas nu på en rad åtgärder för att förbättra omsorgstandvården i Danmark.

Avslutande kommentarer

Den senare delen i livet beskrivs ofta i tre olika stadier som de flesta passerar. Det första stadiet kännetecknas av oberoende av stöd och hjälp, nästa stadium kallas den sköra perioden då individen successivt behöver allt mer hjälp att klara den dagliga tillvaron. Det sista stadiet är den beroende perioden då den äldre behöver stöd och hjälp större delen av dygnet (28). Det är väl känt att en tidigare regelbunden kontakt med tandvården ofta förloras under den sköra perioden (29). Det är en stor utmaning för de nordiska länderna att säkra tandvårdskontakten för de sköra äldre. Det finns många frågor att beakta. Görs en prognosbedömning vid terapiplaneringen av den oberoende äldre patienten med hänsyn taget till sannolika tilltagande funktionshinder? Vill tandläkarna behandla tidskrävande patienter inom vinstdrivande vårdssystem? Den äldre generationen är inte heller van vid att ställa krav på samma sätt som de yngre. Det behövs eldsjälur som lyfter upp frågan i undervisningen, till yrkeskåren, övriga hälsovårdsyrken, patientföreningar, tandvårdschefer och politiker. Alla länder har på något sätt redan uppmärksammat gruppen av institutionsbundna äldre och de som har hemsjukvård, även om vi inte vet så mycket om vårdkvaliteten. I Sverige har man kommit längst med uppsökande vård och ekonomiska subventioner. Kanske behöver man flytta resurser från andra verksamheter och en del av vården måste kanske betraktas som sjukvård för att undvika «katastrofer».

Tack

Vi vill tacka Fylkestandläkare och alla andra, som gett oss värdefull information till denna artikel.

English summary

Wårdh I, Widström E, Jeppe-Jensen D, Solemdal K, Gahnberg L. **Geriatric dentistry – a Nordic perspective on education, organisation and economics**

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 146–52

Geriatric dentistry is a young discipline. It has developed in response to the increase in the older sections of the dentate geriatric population, and with it consequently also the need of special knowledge and skills to take care of the elderly's oral health. The discipline has not yet been established within the dental profession's educational or organisational systems, nor have the economics of this aspect of the demography been worked out. Even within countries education varies between universities and the organisation and funding of geriatric dentistry between different regions. The target group of elders is an increasing proportion of society and dental patients, and the article focuses on the most relevant societal odontological aspects of the discipline. Elders are a heterogeneous group that comprises healthy adults through to dependent residents in nursing homes. This presents many challenges and not just in respect of theoretical knowledge and clinical skills. To secure a good oral health throughout life effective care systems and financial support are also necessary.

Referenser

1. Osterberg T1, Carlsson GE, Sundh V et al. Number of teeth--a predictor of mortality in the elderly? A population study in three Nordic localities. *Acta Odontol Scand.* 2007; 65: 335–40.
2. Norderyd O, Koch G, Papias A et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J.* 2015; 39: 69–86.
3. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M et al, eds. Oral health in the Finnish adult population. Health 2000 survey. In: Publications of the National Public Health Institute (KTL). Helsinki: Hakapaino Oy, 2008; B25.
4. Suominen L, Vehkalahti M, Knuuttila M. Suunterveys. In: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, eds. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 2012; 68: 181–3. Tilgængelig fra: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netto.pdf?sequence=1
5. Petersen PE, Ekholm O, Jørgensen N. Overvågning af voksenbefolkningens tandstatus og tandlægebesøg i Danmark – situationen i 2005 og udviklingen siden 1987. *Tandlægebladet.* 2010; 114: 480–91.
6. Orofacial medicin. Utbildning på ST-nivå Orofacial Medicin. Tilgængelig fra: http://www.st-orofacial.dinstudio.se/filearea_7.html
7. Mehl AE, Ellingsen ØG, Kjeksrud J et al. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. *Gerodontology.* 2016; 33: 233–9.
8. Andersson P, Hallberg IR, Renvert S. Inter-rater reliability of an oral assessment guide for elderly patients residing in a rehabilitation ward. *Spec Care Dentist.* 2002; 22: 181–6.
9. Edvinsson J, Rahm M, Trinks A et al. Senior alert: a quality registry to support a standardized, structured, and systematic preventive care process for older adults. *Qual Manag Health Care.* 2015; 24: 96–101.
10. Nielsen J, ed. *Sosy – Trin 1.* 2nd ed. København: Munksgaard, 2016: 415–19.

11. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet. Norge, 1984.
12. Socialdepartementet. Tandvårdslag, Socialdepartementet. Sverige, 1985; SFS 2014: 823.
13. Sundhedsstyrelsen. Nationale kliniske retningslinjer for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen. Sundhedsstyrelsen, 2013.
14. Sundhedsstyrelsen. Omfanget af og kravene til den kommunale og regionale tandpleje – vejledning. Sundhedsstyrelsen, 2006.
15. Widström E, Agustsdóttir H, Byrkjeflot LI et al. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. *Tandlægebladet.* 2015; 119: 702–11.
16. Slack-Smith LM, Hearn L, Wilson DF et al. Geriatric dentistry, teaching and future directions. *Aust Dent J.* 2015; 60: (1 Supp): 125–30.
17. MacEntee MI. The educational challenge of dental geriatrics. *J Dent Educ.* 2010; 74: 13–9.
18. Wolff MS, Schenkel AB, Allen KL. Delivering the evidence – skill mix and education for elder care. *Gerodontology.* 2014; 31 (Supp 1): 60–6.
19. Dounis G, Ditmyer MM, McClain MA et al. Preparing the dental workforce for oral disease in an ageing population. *J Dent Educ.* 2010; 74: 1086–94.
20. Ettinger RL. A 30-year review of a geriatric dentistry teaching programme. *Gerodontology* 2012; 29: 1252–60.
21. Wårdh I, Jonsson M, Wikström M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvements. *Gerodontology.* 2012; 29: 787–92.
22. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci.* 2009; 117: 575–9.
23. Hede B, Elmelund Poulsen J, Christophersen R et al. Shared Oral Care – evaluering af et mundhygiejneprogram på fem plejecentre. *Tandlægebladet.* 2014; 118: 980–87.
24. Low LF, Fletcher J, Goodenough B et al. A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to Improve Resident Outcomes in Nursing Homes. *PLoS ONE* 2015; 10: e0140711. doi: 10.1371/journal.pone.0140711
25. Zenthöfer A, Dieke R, Dieke A et al. Improving oral hygiene in the long-term care of the elderly—a RCT. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41: 261–8.
26. Tandlösa tandvårdsstöd. Analysplan 2015. Myndigheten för vårdanalys. Sverige.
27. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Rapport om serviceeftersyn af sundhedslovens krav til indholdet af omsorgstandplejen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
28. Ettinger RL. Management of elderly patients in the private practice system. *Int Dent J.* 1993; 43: 29–40.
29. Tronje Hansson L, Gahnberg L, Hägglin C et al. Skör och äldre – vad händer med tänder? FoU i Väst/Gr. 2013: 4.

Korrespondance: Inger Wårdh, e-mail: inger.wardh@ki.se

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Wårdh I, Widström E, Jeppe-Jensen D, Solemdal K, Gahnberg L. Gerodonti – ett nordiskt perspektiv på utbildning, organisation och finansiering. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 146–52

The logo for Odin Kapital, featuring the word "odin" in a white, lowercase, sans-serif font with a horizontal line extending from the end of the "n", and the word "KAPITAL" in a smaller, uppercase, sans-serif font below it, all set against a blue square background.

odin
KAPITAL

DentalPay

DentalPay er en betalingsløsning skreddersydd for tannlegekontor.

Med DentalPay kan pasienten betale med bankkort eller den innebygde kredittløsningen.

I løsningen kan tannlegekontoret også sende faktura til pasienten, som følges opp av Odin Kapital AS til den er betalt.



Ta kontakt for et godt tilbud.

Telefon 48 14 65 45

Epost Salg@odinkapital.no

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Zirkonzahn®

IDS
2017
BOOTH NR. J-019, G-010
HALL 4.2
WWW.ZIRKONZAHN.COM



ZIRKONZAHN
IS NOT FOR
EVERYONE

Peer Mork-Knutsen, Sandra Ahlgren og Bjørn Bamse Mork-Knutsen

En spyttstein av de sjeldne

Spyttsteiner – sialolitter – i de små spyttkjertlene er en sjelden variant av spyttkjertelsteiner. De er som regel lokalisert i lepper eller kinn, og kan gi symptomer som kan gjøre diagnostisering vanskelig. I enkelte tilfeller kan bruk av CBCT (Cone-Beam CT) være et nyttig hjelpemiddel til å stille en tentativ diagnose. Denne kasusrapporten beskriver en pasient som henvendte seg akutt med en lokalisert hevelse på ansiktets venstre side og etterfølgende undersøkelse, diagnose og behandling. Kasuset gir innblikk i det akutte sykdomsforløpet til en pasient med en spyttstein i en av de små spyttkjertlene i kinnslimhinnen.

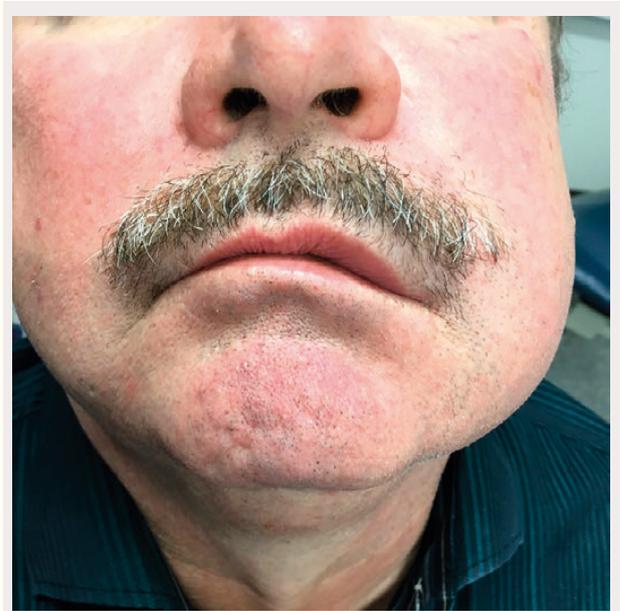
En av våre faste pasienter oppsøkte klinikken en fredag ettermiddag på grunn av smerter og hevelse på venstre side av ansiktet. Pasienten var en 62 år gammel mann med kjent hypertensjon, atrieflimmer og diabetes type II. Han var plaget av munntørrethet, og hadde tidvis hatt patologiske saliva-verdier som igjen har ført til økt kariesaktivitet. Han var tidligere blitt undersøkt på grunn av mistanke om patologi i glandula parotis.

Klinisk ekstraoral undersøkelse viste en stor og meget lett fluktuerende bukkal hevelse venstre side (figur 1). Origo av hevelsen var noe bukkoinferiort for tann 23. Pasienten opplevde det som meget smertefullt ved palpering av hevelsen, og hadde også noe redusert gapeevne. Det var ingen palperbare lymfekjertler. Pasienten hadde ingen symptomer på systemisk infeksjon, og hadde heller ikke opplevd måltidsrelatert forverring. Hevelsen kjentes mykere og mer fluktuerende ved palpering enn hevelser som oppstår som følge av abscessdannelser, som ved apikal periodontitt.

Forfattere

Peer Mork-Knutsen, tannlege, Dyrendal Tannhelsesenter
Sandra Ahlgren, overlege, Øre-nese-hals-avdeling, Sykehuset Østfold

Bamse Mork-Knutsen, universitetslektor, Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.



Figur 1. Hevelse på venstre side.

Intraoralt var det en lilla-aktig lesjon i slimhinnen bukkalt som kan ligne en kronisk fistel (figur 2). Fistelen ble forsøkt penetrert med en sonde, men det ble ikke funnet fistelkanal. Det ble utført perkusjonstest av tennene i andre kvadrant uten påfallende funn. Det ble gjort en enkel intraoral røntgenundersøkelse for å avdekke mulig apikal periodontitt. Røntgenbildet viste ingen klar odontogen patologi, med unntak av et sekundærkaries distalt på tann 26 (figur 3). Det kunne melkes klar væske fra parotis utførselsgang. På grunn av manglende odontogene funn, men med mistanke om spyttstein, ble det konferert med en spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi om videre radiologisk undersøkelse. Det ble besluttet å utføre en CBCT-undersøkelse på bekostning av okklusal- og bløtvevsrøntgen, da disse ville utsette pasienten for unødig strålebelastning og ble vurdert som suboptimale.

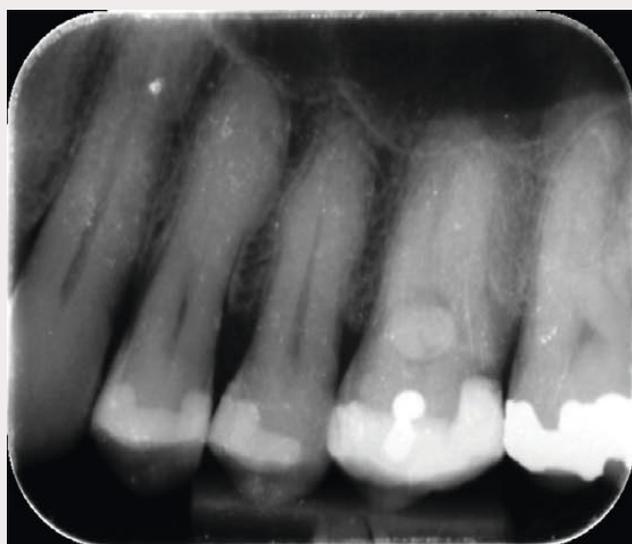
Utvidet radiologisk undersøkelse

CBCT-undersøkelse (90kV, 13mA, med stort FOV – 13x14 cm) viste en liten, svært velavgrenset og kuleformet radiopacitet i venstre kinn, rett lateralt for kronene på 23 og 24 (figur 4 A–D). Diameteren var ca. 5,5 mm. Røntgentettheten er omtrent som spongiøst ben, med mer radiolucens sentralt. Røntgendiagnose ble «funn forenlige med kalsifisert lokal spyttkjertel i venstre buccae».

Vakthavende lege ved øre-nese-hals-avdelingen ved Sykehuset Østfold – Kalnes, ble konferert for videre behandling. Pasien-



Figur 2. Lilla-aktig lesjon i venstre kinnslimhinne som kan være forenlig med en kronisk fistel



Figur 3: Intraoral, periapikal røntgenundersøkelse viser normale apikale forhold regio 24, 25 og 26.

ten ble satt på Dalacin® (Pfizer) 300 mg per os på grunn av mistanke om bløtvevsinfeksjon sekundært til spyttsteiner, og bes møte til undersøkelse ved ØNH-avdelingen dagen etter.

Behandling

Pasienten tok kontakt allerede samme kveld på grunn av økende plager med tiltagende hevelse, samt sprenkende smerter. Den lilla-aktige fistelåpningen ble sondert med en arteriepinsett under lokalanestesi ca 1 cm inn i bløtvevet uten å påtreffe konkret. Det ble drenert blakket sårveske/puss. Pasienten ble satt på Dalacin intravenøst i et døgn før overgang til peroral behandling. Det ble i tillegg gjort en utvidet CT-undersøkelse av collum og gl. parotis uten patologiske funn, på bakgrunn av at det ved en tidligere anledning har vært mistanke om patologi i gl. parotis.

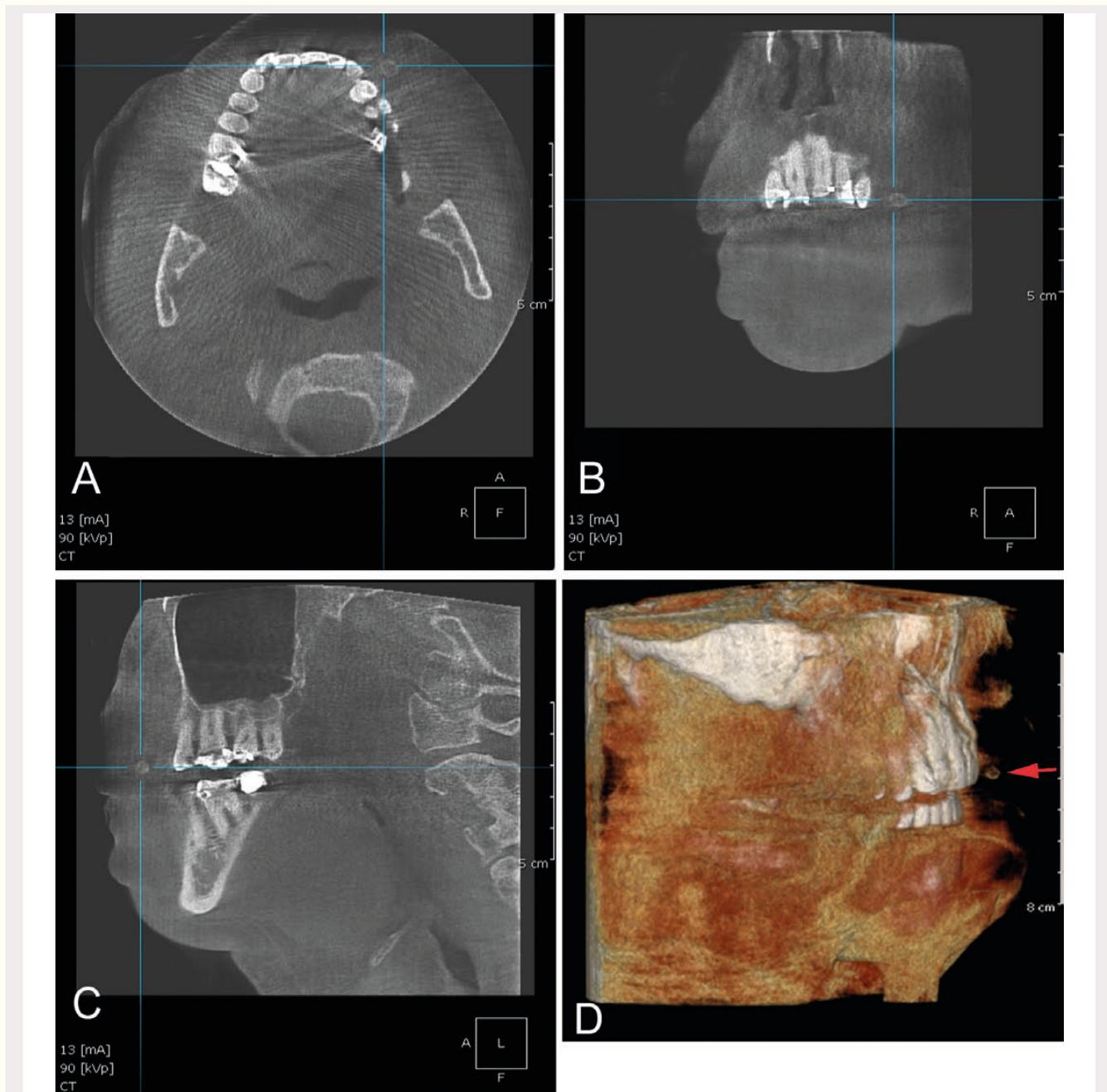
Pasienten kom tilbake til kontroll etter avsluttet antibiotikakur og hevelsen hadde da gått helt tilbake. Det kunne palperes en tydelig resistens i relasjon til fistelåpningen, som igjen var fritt bevegelig i slimhinnen. Fistelåpningen ble utvidet med en skalpell under anestesi og det ble tatt ut en 6 mm stor oval spyttstein med hard konsistens. Incisjonen ble ikke lukket og det ble forventet sekundær tilheling. Preparat ble sendt til histopatologisk undersøkelse som bekreftet røntgendiagnosen, altså en kalsifisert spyttstein.

Diskusjon

Sialolitter, spyttsteiner, er kalsifiserte strukturer som kan utvikles inne i spyttkjertelens utførselsgang eller i selve spyttkjertelen. De oppstår som følge av avsetninger fra kalsiumsalter rundt ekskrementer i lumen av utførselsgangen og kan bestå av fortykket mucus, bakterier, epiteliale celler og fremmedlegemer (1–3). Årsaken bak sialolithiase er ikke kjent, men kronisk sialodeniitt, delvis obstruksjon av utførselsgang og eller abnormaliteter i kalsiummetabolisme og salt kan være med på at det dannes spyttsteiner (1). Hevelse og smerte er vanlige symptomer, og det er ofte forverring, spesielt relatert til store spyttkjertler, i forbindelse med måltider (1, 4). Diagnostiske verktøy inkluderer – i tillegg til konvensjonelt tannrøntgen – sialogram, CBCT, konvensjonell CT, MRI, ultralyd og sialoendoskopi. (1, 2).

En spyttstein beskrives ofte som en rund, oval eller sylindrisk, mobil, hard og ofte asymptomatisk nodule, med høy konsentrasjon av kalsium og fosfat (5). Spyttstein i de små spyttkjertlene forekommer svært sjeldent, ca. 2% av alle spyttsteiner (6), og kan ofte presentere kliniske symptomer som ligner annen oral patologiske tilstander som kan gjøre det vanskelig å stille korrekt diagnose. Ved spyttstein i de små kjertler er det aktuelt med kirurgisk fjerning av både stein og kjertel, og har god prognose (3).

I dette kasuset var en utvidet radiologisk undersøkelse ved bruk av CBCT svært nyttig for å stille en tentativ diagnose, men en kombinasjon av klinisk, radiologisk og histopatologisk undersøkelse er fundamental for å stille korrekt diagnose.



Figur 4. A–D. CBCT-bilder. A: Aksialt snitt viser strukturens posisjon lateralt for tannbuen. Det sees mindre radiopasitet sentralt. Det er videre bløtvevshevelse bukkalt for den radiopake strukturen. B: Coronalt snitt viser strukturens utstrekning i medio-lateral retning og posisjonen lateralt for tann 23. C: Vinklet sagittal-reformatering viser at strukturen er tilnærmet kuleformet. D: Tredimensjonal reformatering. Pilen viser spyttsteinens lokalisering.

English summary

Mork-Knutsen P, Ahlgren S, Mork-Knutsen BB.

A rare case of sialolithiasis

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 156–9

Sialoliths of the minor salivary gland is a rare occurrence, accounting for only 2% of salivary glands stones. Their cause is not completely known, and many factors may play a part in their formation. Sialolithiasis may be characterized by swelling and

pain in the affected area, and in some instances symptoms are exacerbated in relation to food ingestion. Symptoms are often similar to other oral patologi, diagnosis is therefor difficult.

Treatment include excision of the sialolith and in some instances the gland itself.

Because of their radiologic characteristics, additional radiological examination including CBCT may be indicated, but a combination of clinical, radiological and histopathological examination is fundamental to establish a correct diagnosis.

In the present case, the use of CBCT (Cone-Beam CT) showed to be a valuable tool for localization and diagnosis of a sialolith.

Takk

Takk til pasienten, som har samtykket til publisering.

Referanser

1. Oral and Maxillofacial Surgery. Eds: Andersson L, Kahnberg K-E, Pogrel MA. London: Wiley; 2010. p. 753–60.
2. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. 5th edition. Amsterdam: Elsevier; 2008. p. 407–8.
3. Alcure ML, Della Coletta R, Graner E, Di Hipolito O Jr, Lopes MA. Sialolithiasis of minor salivary glands: a clinical and histopathological study. Gen Dent. 2005; 53: 278–81.

4. Harrison JD. Causes, natural history, and incidence of salivary stones and obstructions. Otolaryngol Clin North Am. 2009; 42: 927–47.
5. Oral and Maxillofacial pathology. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquo JE. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2001. p. 393–5.
6. Ben Lagha N, Alantar A, Samson J, Chapireau D, Maman L. Lithiasis of minor salivary glands: current data. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005; 100: 345–8

Adresse: Peer Mork-Knutsen, Dyrendal Tannhelsesenter, Dyrendalsveien 13c, 1778 Halden. E-post: peermk@gmail.com



- Vi vokser gjennom løftene vi holder -

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| • Non Noble/Uedelt metall | 750,- pr.ledd | • Zirconium | 1250,- pr.ledd |
| • Noble/Edelt metall | 1050,- pr.ledd | • Valplast | 1450,- |
| • IPS e.max | 1090,- pr.ledd | | |

- Dokumentasjon på metallegeringer følger på hvert arbeide -

www.reholt.no

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



It is not a trick. It is
legendary science.
Discover the magic of
the tapered standard.



Designed for excellent primary stability thanks to an apically tapered implant with groundbreaking material and surface technology for maximizing predictability.

The Bone Level Tapered Implant – the new tapered standard.
Engineered in Switzerland, home of Straumann.

<http://blt.straumann.com>

Material

Surface



BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

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

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

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

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

NBI Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat

Spesialist i:

Lege Sykehus Primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

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

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

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

Lepper/ansikt/kjever:

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

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

Tretthet
 Svimmelhet
 Hodepine
 Hukommelsesforstyrrelser
 Konsentrasjonsforstyrrelser
 Angst
 Uro
 Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

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

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Øvrige funn: Angi lokalisasjon:

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

Annet:

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

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

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

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

Produktnavn og produsent

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

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

Yrkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

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

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

Henvisninger

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

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

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

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

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



uni Helse
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2



INGENTING ER UERSTATTELIG

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

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

DENTAL FORUM
 TANNTTEKNISK LABORATORIUM WWW.DENTALFORUM.NO

Blodforsyning og vertsrespons ved rekonstruksjon av bein

Beintap kan oppstå som følge av aldring, skader, kreft, fødselsdefekter eller omfattende kirurgiske inngrep. En veletablert metode for å erstatte tapt bein er å høste og transplantere friskt beinvev fra et annet sted i kroppen til defekten. Dette kan imidlertid føre til uønskede konsekvenser på donorstedet som for eksempel smerte og sårtilhelingsproblemer, eller det kan være vanskelig å skaffe nok vev. For å overkomme dette problemet gjøres det forsøk på å fremstille funksjonelt beinsubstitutt i laboratoriet. Beindannende celler dyrkes på et vevsvennlig bæreremateriale (scaffold) som kan sammenlignes med et tredimensjonalt stillas. Dette plasseres siden inn i defekten på pasienten. Kroppens reaksjon på konstruksjonen vil også medvirke til vevsregenerasjon i lesjonen.

Hovedutfordringen ved å integrere denne konstruksjonen i kroppen er å få god nok blodforsyning. Dette doktorgradsarbeidet er rettet mot denne problemstillingen. Stamceller og blodåredannende celler ble blandet sammen og dyrket på et porefylt tredimensjonalt

bæreremateriale, hvor de så dannet blodårer på innsiden av konstruksjonen. Deretter ble det hele implantert i en musemodell. Konstruksjonene med stamceller og blodåredannende celler i kombinasjon viste bedre integrasjon enn celletypene hver for seg. Gruppene med kombinasjon av de to celletypene viste også mindre inflammasjon. Ved å blande sammen de to celletypene og dyrke beinsubstitutt i laboratoriet

kunne vi overkomme utfordringene med dagens behandlingsmetoder. I fremtiden kan en tenke seg at begge celletyper tas fra en pasient, blandes i laboratoriet, dyrkes i en tredimensjonal konstruksjon for deretter å bli brukt klinisk til å erstatte tapt vev.

Å lage små blodkarsnettverk i laboratoriet som kan brukes klinisk i mennesket kan bli en del av fremtidens vevsrekonstruksjon.



FOTO: JØRGEN BARTH, UB

Personalia

Sushma Bartaula-Brevik disputerte onsdag 7. desember 2016 for Ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Vascularization and Host Response In Bone Tissue Engineering».

Avhandlingen ble utført ved Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Veiledere var Professor Kamal Mustafa, Professor Anne Isine Bolstad og Torbjørn Østvik Pedersen. Sushma Bartaula-Brevik er født i Nepal i 1980. Hun ble utdannet tannlege i 2006 ved Tribhuvan University, Nepal, og har mastergrad fra Universitetet i Bergen.

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 forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i løpet av to årganger av Tidende.

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

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

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 borsting 2 ganger daglig ***Danner ett beskyttende lag over de sensitive områdene av tennene.



GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



WiFi Tale

En god nyhet for innendørsdekningen!

I godt isolerte bygg kan innendørsdekningen i blant være en utfordring. Som første aktør i Norge lanserer Telenor nå WiFi Tale. Med WiFi Tale kan du ringe og sende meldinger enten du befinner deg bak tykke betongvegger, inne i en heis eller dypt nede i kjelleren. Du bruker telefonen på vanlig måte – alt du må gjøre er å skru på vår nye funksjon WiFi Tale, så går samtalen via WiFi-nettet.

Mobilen må støtte WiFi Tale.
Tjenesten kan ikke benyttes på
kontantkort eller i utlandet.

Les mer på telenor.no/bedrift

Vestlandsmøtet, Bergen, 13.-15. januar 2017:

Fremtiden er usikker

Professor i samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo, Jostein Grytten, undret seg over at myndighetene tror det er behov for flere tannleger i fremtiden. Han mener det fort kan bli for mange, og for lite å gjøre for de som er unge tannleger i dag, og for de som utdanner seg nå og i tiden som kommer.

Jostein Grytten var invitert til å holde åpningsforedraget ved BTFs vestlandsmøte, og ble presentert som en mann med meninger og meningers mot. Han innledet med å si at temaet fremtidens tannhelsetjeneste er dristig, og viktig. Særlig viktig er det for yngre tannleger, som har en yrkeskarriere på 30–40 år foran seg.

– Tannhelsetjenesten har, i likhet med resten av samfunnet endret seg enormt gjennom de foregående 30–40 år. Det er neppe grunn til å tro at endringene for tannhelsetjenesten, som for

resten av samfunnet, blir mindre fremover.

Jeg vil trekke opp noen utviklings-scenarier – de er selvsagt beheftet med usikkerhet. De skal heller ikke forstås som en fasit. Men la scenariene i hvert fall være inngangen til en diskusjon, ikke minst om hvordan Tannlegeforeningen kan påvirke fremtiden, spesielt for sine yngre medlemmer, sa Grytten.

Arbeidsmarkedet

Tannlegetettheten har tradisjonelt vært høy i Norge, og er blant den høyeste i Europa, sa Grytten, og fortsatte:

– Den har ligget jevnt stabilt på rundt 1 100 innbyggere per allmenn-tannlege helt tilbake til tidlig på 1970-tallet. Noe høyere tetthet i Den offentlige tannhelsetjenesten enn i den private. Utdanningskapasiteten, inkludert tilsig fra tannleger utdannet i utlandet, har fulgt befolkningsveksten. Det har imidlertid vært en kraftig økning

i antall spesialister og tannpleiere. For eksempel, er det i dag over 900 tannpleiere, tidlig på 1970-tallet var det så å si ingen.

– Inntrykket er at de private tannlegene har hatt mer enn nok å gjøre de siste tiårene, trass i at tannhelsen er blitt stadig bedre. Hvordan henger dette sammen? Kan det bety at etterspørselen etter tannhelsetjenester er bortimot uendelig, og at vi derfor stadig må utdanne flere allmenntannleger og spesialister for å møte denne etterspørselen?

Forvaltningen og myndighetene mener helt klart ja. For eksempel hevder Statistiske sentralbyrå (SSB) at vi får en underdekning på 1 500 allmenn-tannlegeårsverk om 20 år, og at utdanningskapasiteten derfor må økes med over 30 prosent i forhold til dagens nivå. Videre, Helsedirektoratet er av samme oppfatning når det gjelder spesialistene – de hevder det er behov for mer enn 300 nye spesialister de neste ti årene; en økning på 80 prosent i forhold til dagens nivå. Dette begrunnes med et stort udekket behov for spesialistbehandling, som igjen baner veien for etableringen av og en storstilt utbygging av kompetansesentrene.

– Det er riktig at de private tannlegene har hatt gode tider, ja usedvanlig gode tider. Vil dette vedvare? Hva om de underliggende forutsetningene for velstanden endres? Derfor, hva har vært de sentrale forutsetninger, og hvor stabile vil de være fremover?

– La oss ta et historisk tilbakeblikk – tilbake til 1970-tallet. Dette var starten på slutten av protesenes tidsalder i Norge. Nå lages det nesten ikke proteser, for 30–40 år siden var det en av de mest vanlige behandlingene som ble gitt eldre pasienter. Så døde protesegenerasjonen bokstavelig talt ut, og ble erstattet av betannede pasienter. Selv om tannhelsen var i bedring, var det restorative behandlingsbehovet likevel



Vestlandsmøtet 2017 fant sted i Grieghallen i Bergen. Foto: Ellen Beate Dyvi.



Professor Jostein Grytten undrer seg over at myndighetene mener det er behov for flere tannleger.

stort. Tenner ble reparert, heller enn trukket. Pasientene fikk årlige kontroller – tannlegen opparbeidet sitt eget kartotek med recall-pasienter. Et forutsigbart og godt inntektsgrunnlag var sikret, der pasientenes betalingsvilje økte i takt med oljeinntektene.

– For pasientenes kjøpekraft økte kraftig, spesielt fra 1980 tallet og utover. Realinntekten per innbygger ble nesten doblet fra 1970 og frem til i dag. Norge endret seg fra å være et fattig land tidlig på 1970-tallet, til i dag å være det rikeste OECD-landet. Hva har vi brukt våre inntekter på? Noe ble brukt til offentlige investeringer i skole, helse og byråkrati, og mye har gått til privat konsum; fritidsboliger, ferier og ikke minst til biler.

Med inntektsveksten fikk de private husholdningene rikelig med penger til også å investere i tannhelse. Og det ble investert! Størst var veksten hos de eldre; i aldersgruppen 50 år og over – den gamle protesegegenerasjonen – økte andelen som hadde vært regelmessig hos tannlege siste år fra under 40 prosent tidlig på 1970-tallet til rundt 90 prosent i dag. Dette tilsvarer en økning på over en million pasienter! Bare land med en omfattende offentlig forsikringsordning for tenner har i dag en etterspørsel etter tannhelsetjenester på nivå med Norge, eksempelvis Sverige. I dag går godt over 80 prosent av voksne nordmenn til tannlegen regelmessig minst en gang i året.

Et ytterligere bidrag til tannlegens velstand kom fra de nyliberale politiske ideologier som gjorde sitt inntog

i både politikk og forvaltning fra 1990-årene og utover. Oppmerksomheten var rettet mot deregulering av tradisjonelle offentlige virksomheter som helse og skole: Mer marked og mindre stat. Økt konkurranse i kombinasjon med sterke økonomiske insentiver skulle lede til bedre kvalitet og mer effektiv tjenesteproduksjon. Vi fikk sykehusreformen der sykehusene ble overflyttet fra fylke til foretak, og insentivbaserte finansieringsordninger ble innført. I dette politiske klima kjente Tannlegeforeningen sin besøkelsestid – de fikk gjennomslag fra myndighetene om å oppheve honorartariffen. Fra 1995 ble markedsstyringen av den private tannhelsetjenesten komplett: Fri prissetting, fri etablering, privat eierskap og nesten fravær av trygdemidler.

Resultatet var at frem til 1995 lå honorarene for tannbehandling under den generelle prisutviklingen i samfunnet – og fra Tannlegeforeningens side var dette selve begrunnelsen for å oppheve tariffen. Etter 1995 skjøt honorarene i været. Årsakene kan være mange, og to peker seg ut: Økte investeringer i praksis og/eller sviktende konkurranse – tannlegene kan ha hevet sine honorarer uten å ha mistet pasienter. Konkurransemyndighetene har liten forståelse for den siste forklaringen, de har en urokelig tillit til markedets effektivitetsegenskaper, ikke minst nå, siden de har fått sin prisportal: «Hva koster tannlegen?» på plass. Konkurransemyndighetenes oppfatning har neppe vært i tannlegenes disfavør.

Et tydelig tegn er utviklingen i pensjonsgivende inntekt blant alle norske tannleger fra 1970 og frem til i dag, målt i 1998-kroner, som er inntektsmålet Statistisk sentralbyrå bruker for å beskrive inntektsutviklingen over lange tidsperioder. Oversikten inkluderer de offentlige tannlegene – erfaringsmessig ligger de litt lavere i inntekter enn de private. De er likevel såpass i mindretall, 25 prosent av alle tannleger, at dette ikke i nevneverdig grad virker forstyrrende på hovedtrenden i materialet. Og hovedtrenden er at tannlegene som gruppe har gjort det svært godt, spesielt fra midten av 1990-tallet og frem til i dag. Mon tro om den kraftige inntektsveksten som startet rundt 1995 har med opphevelsen av honorartariffen å gjøre? Det er selvsagt alternative forklaringer. Bruk av kortbetalingsautomater skjøt i været i den perioden tannlegenes inntekt økte mest, så kanskje den reelle inntekten på 1970- og 1980-tallet lå høyere enn oversikten viser? Skattemyndighetene gikk høyt på banen tidlig på 2000-tallet.

Oversikten viser også et annet svært interessant mønster: Inntektsforskjel-

lene tannlegene imellom er større nå enn noen gang tidligere. Noen tannleger er svært suksessfulle! Dette er som forventet gitt den markedsorganiseringen både myndighetene og Tannlegeforeningen er skjønt enige om. Markedet gir, og markedet tar. Vinnerne er de dyktige, arbeidsomme og smarte, som kanskje også har litt flaks. Rettferdighet i utbytte og gevinst tannlegene imellom er en irrelevant problemstilling i denne sammenheng – slik er markedets vesen.

I denne oversikten vises i tillegg tannlegenes samlede inntekter; det vil si den tar hensyn til både pensjonsgivende inntekt og kapitalinntekt. Statistisk sentralbyrå har data om kapitalinntekter fra 1993. Ved å inkludere kapitalinntekter i analysen får vi tatt høyde for inntekter som kommer fra selskaper opprettet blant annet ut fra skattefinansielle hensyn, som for eksempel ASer. Som forventet, inntektene er nå høyere. Men inntektsveksten er omtrent den samme, og forskjellen tannlegene imellom er også i liten grad påvirket av inkludering av kapitalinntektene.

La oss, med denne utviklingen som bakgrunn, la det sige inn: Fremtiden for både tannlege og profesjon må jo se lys ut! Er det mulig å mene noe annet? Jeg tar likevel sjansen, og vil presentere et mer nyansert bilde. Det er mulig at noen av dere tar utviklingen hittil til inntekt for at vannet jeg nå skal helle i årene på dere ikke kan være særlig kaldt. Det kan likevel være lurt å følge med! Om dere likevel skulle ende opp med å være uenige med meg, så vit at mine argumenter og synspunkter i den offentlige tannhelsedebatt over de siste 20–30 årene aldri har endret noe som helst. Ingen politikk har vært endret som et resultat av min kritiske stemme. Slik blir det nok nå også.

Men la oss i hvert fall være enige om følgende: For gruppen av privatpraktiserende tannleger som er 60 år og eldre ser fremtiden svært lys ut, og gjerne for de som er noe yngre også. Dere kan, bokstavelig talt, bare surfe inn mot deres gode pensjonisttilværelse.



BTFs formann, Karen Reinholtsen, ønsket velkommen til et vestlandsmøte med rekordstor påmelding. Foto: Aleksander Hansen.

Jeg er imidlertid betenkt på vegne av den yngre generasjon tannleger. De som nå er under utdanning skal praktisere frem til 2050, kanskje lenger. Grafen kan gi en liten antydning på hva som kan være i vente: Vi ser at inntektene flater litt ut i slutten av perioden. Vel, ikke noe problem for de som ligger godt over gjennomsnittsinntekten. Kanskje et større problem for de som ligger under, og godt under? Vår graf slutter i 2011, vi kan derfor ikke med sikkerhet si om utflatingen representerer en stabil trend. Men vi kjenner igjen mønsteret fra England og USA – der det har vært en tydelig utflating av tannlegenes inntekter de siste to-tre årene.

Mine betenkeligheter blir ytterligere styrket når vi ser på svarene i arbeidsmarkedsundersøkelsen fra 2016. De privatpraktiserende tannlegene ble stilt følgende spørsmål:

Ut fra en totalvurdering av økonomi, arbeidsbelastning og andre personlige forhold:

Hvor mange flere, eventuelt færre pasienter kunne du som tannlege ønske deg per uke?

Nesten 40 prosent av tannlegene ønsket seg flere, i gjennomsnitt nesten 400 flere pasienter per år. Timeboken er, enkelt sagt, tom en av fem arbeidsdager. Hvor lett blir det å få fylt denne ene dagen? Ikke så lett tror jeg. Tannhelseforbedringen fra 1985 og frem til i dag har vært enorm. 12-åringene har i dag i gjennomsnitt bare hatt ett hull siden de ble født. 18-åringene forlater Den offentlige tannhelsetjenesten med bare fire tenner med hull, de aller fleste er okklusale. Ikke som før, store klumpete amalgamfyllinger som trengte hyppige revisjoner. Kariestilveksten er lav også blant voksne, inkludert de hjemmeboende eldre voksne.

Protese generasjonen er en saga blott, fyllingsgenerasjonen fases ut i løpet av de neste 20 årene. I Danmark, hvor vi har gode tall, har antall fyllinger blant barn og unge blitt redusert med over en million på 25 år. Hver eneste generasjon som nå fases ut erstattes av ungdomskull med moderat til lite behandlingsbehov. I dette terrenget har altså Statistisk sentralbyrå, på oppdrag av Helsedirektoratet, foreslått å øke utdanningskapasiteten av tannleger med 30 prosent i forhold til dagens nivå. Direktoratet har i sin egen utredning, for å få kompetansesentrene opp å gå, foreslått å bortimot fordoble antall spesialister i Norge i løpet av de neste 10 årene!

Grunnspørsmålet blir nå: Hvordan kan, i dette nye terrenget, den fremtidige generasjonen av privatpraktiserende allmenntannleger oppnå en inntekt tilsvarende tidligere generasjoners? Hvilke muligheter gir markedet? La oss først vurdere de to parametrene som var selve grunnlaget for tannlegenes velstand på slutten av forrige århundre og i starten på dette: befolkningens inntektsvekst og den frie prissettingen.

Realinntekten forventes å vokse også inn i fremtiden – vil det gi neste generasjon tannleger drahjelp? Neppe – det er begrenset hvor mye behandling som



NTFs president, Camilla Hansen Steinum, hilste Vestlandsmøtet 2017. Foto: Aleksander Hansen.

kan utføres på friske tenner selv om pasientene får bedre råd. Muligens finnes det et marked for estetisk eller kosmetisk tannpleie? Men husk – i dag har hvert tredje barn kjeveortopedisk regulering – mye av estetikken er fikset for de unge voksne blir betalende pasienter. I tillegg, det er allerede en meget høy andel av befolkningen som har regelmessig tilsyn hos sin tannlege – denne andelen kan bare økes marginalt uansett hvor rike vi nordmenn blir. Faktisk – det kan heller gå motsatt vei. Mens fyllingsgenerasjonens pasienter har halvårlige og årlige kontroller, er

mønsteret motsatt hos unge voksne: Flere og flere foretrekker kontroller hvert annet år.

Hvor lett er det å øke honorarene ytterligere for å kompensere for en fremtidig pasientmangel? Om økningen blir for stor, vil vi da risikere at myndighetene intervensjoner og innfører en eller annen form for prisregulering – for eksempel å gjeninnføre honorartariffen? Temmelig sikkert ikke! For som jeg hevdet foran, blårusen som besetter både Forbrukerrådet og Konkurransetilsynet har klokketro på markedet: Blårusen er på tannlegenes lag!

Men hva om honorarene øker så mye at pasienter med stort behov og lav betalings evne ikke har råd til nødvendig tannbehandling? Mange av disse pasientene har i dag rettigheter gjennom Folketrygden, og refusjoner gjen-

nom Helfo-systemet. Høye honorarer betyr høye mellomlegg – den fordelingsmessige effekten av refusjonene reduseres. Myndighetene kan da, om det blir for ille, gripe inn og heller gi disse pasientene rettigheter i Den offentlige tannhelsetjenesten, og overføre ansvaret for behandlingen til kompetansesentrene. Sentrene står der, de trenger oppgaver. Sentrene er offentlig eid og offentlig finansiert, og de greier nok gjennom juridiske fiksfakserier å unngå ESA-dommens krav om markedsfastsetting av sine honorarer. Utad en sosialpolitisk vintersak: Når marke-

det svikter blir pasientene reddet av offentlig sektor! Derfor, de private tannlegespesialistene er utsatt, de kan fort bli stående med luen i hånden, spesielt de som baserer sin virksomhet på høye Helfo-refusjoner. Kjeveortopedene lever allerede farlig!

For allmenntannlegen, som i mindre grad er avhengig av Helfo-refusjoner, vil egenandeler fra pasientene fortsatt utgjøre hovedtyngden av inntektsgrunnlaget. Nøkkelspørsmålet for disse blir hvor mye de kan øke sine honorarer før de mister pasienter? Vanskelig å gi et eksakt svar – den beste strategien er vel å prøve å se. Dere finner fort ut hvor mange pasienter som ønsker å forlenge sine recall-intervaller når honorarene skrus opp.

Det finnes likevel en liten buffer, ja nærmest en reddende engel – Den offentlige tannhelsetjenesten. Merkelig innspill tenker dere nok nå! Ja, merkelig fra et tannhelsefaglig perspektiv, men ikke fra et sysselsettingsperspektiv. En sammenstilling av tannhelseforbedringen fra 1985 og frem til i dag og de samlede utgifter til Den offentlige tannhelsetjenesten over samme periode – der utgiftene i dag ligger på godt over tre milliarder kroner, viser at de to kurvene går motsatt vei: Det er altså ingen automatikk i at fylkeskommunen sparer penger når behandlingsbehovet synker!

Det finnes sikkert mange gode grunner til at det er blitt som det er blitt: For eksempel bedre velferdsordninger til de ansatte og kvalitetshevning av selve tjenesten. Hvilken gruppe som får tilsyn og behandling har stort sett vært uendret i perioden. Mitt anliggende her og nå er imidlertid ikke å analysere Den offentlige tannhelsetjenestens kost-



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

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

Kort ventetid

Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk

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

nadseffektivitet. Poenget er heller å vise at dette er en sektor som er dyktig til å trekke budsjettmidler ut fra den fylkeskommunale budsjettkassen. Jeg vil nærmest betegne det Den offentlige tannhelsetjenesten har fått til som et kunststykke, gitt tannhelseforbedringen som har funnet sted. Denne egenkapen kan bli viktig fremover: Når markedet tørker inn, kan de nyutdannede tannlegene, i hvert fall noen av dem, sysselsettes i en stadig voksende offentlig tannhelsetjeneste. Forutsetningen er imidlertid at Den offentlige tannhelsetjenesten forblir fylkeskommunalt forankret. En kommunal forankring lyder ikke bra! Tøffe prioriteringer innenfor stramme kommunale budsjetter kan gi motsatt effekt: De offentlige tannlegene kan bli dyttet ut i det private markedet, og ytterligere forsterke dets overkapasitet.

Pasientmakt og kvalitet i behandlingen

Jeg vil vektlegge to kvalitetsaspekter: pasientenes medinnflytelse i behandlingsvalg og tannlegenes behandlingskvalitet.

Pasientens stilling er styrket. De har fått rettigheter og krever medbestemmelse i valg av behandling. Pasientene er blitt bevisste forbrukere! Og de har

fått medinnflytelse. Her er et eksempel fra en spørreundersøkelse utført i 1977 til et stort og representativt utvalg av den norske voksenbefolkningen. Merdere spørsmålsstillingen – tannlegeprofesjonen var da fortsatt mannsdominert:

Diskuterte tannlegen forskjellige behandlingsmåter sist De var hos ham, eller utførte han arbeidet uten å diskutere valg av behandlingsmetode med Dem?

Bare rundt en tredjedel av pasientene opplevde at tannlegen diskuterte behandlingsvalgene med dem. For flertallet av pasientene satte tannlegen bare i gang med behandling, uten på noen måte å involvere dem i hva som kunne eller måtte gjøres. Noe slikt vil være tilnærmet utenkelig i dag. Pasientene opplever i dag å ha stor grad av medinnflytelse på behandlingsvalget.

Hva med fremtiden? Vår kunnskaps- og rettighetsbaserte pasientmasse krever i fremtiden ikke bare medinnflytelse, deres forventninger om høy kvalitet på selve behandlingen blir like viktig. Vi ser antydninger allerede – det har vært en markant økning i antall klagesaker på tannbehandling i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Problemstillingen blir da: hvordan opprettholde kvalitet i et marked hvor pasien-

tene i større og større grad etterspør akkurat det? En tilnærming er selvsagt kurs og obligatoriske etterutdanningen i regi av både Fakulteter og Tannlegeforeningen. Vel og bra!

Dette er i seg selv ikke tilstrekkelig. Erfaringene fra den øvrige helsetjenesten viser at kvalitet i behandlingen best ivaretas ved høyt pasientvolum per tilbyder. Utfordringene blir da å sikre at fremtidens tannleger har en såpass krevende pasientmasse både diagnostisk og teknisk at deres ferdigheter som odontologer opprettholdes. De må ikke bli supertannpleiere! Dette kan bli en utfordring i et marked der pasientpopulasjonen blir stadig friskere, og der recall-pasientene langt på vei er ferdigbehandlet.

I dag er, for hovedtyngden av tannlegene, ikke mangel på diagnostisk og teknisk utfordrende arbeidsoppgaver et iøynefallende problem. Imidlertid, det er en liten gruppe allmenntannleger som allerede nå gjør lite av det jeg vil kalle klassisk tannlegearbeid. Denne gruppen bør, for pasientenes beste, ikke vokse seg stor i fremtiden. Tre eksempler:

- 25 prosent av de offentlige tannlegene legger færre enn 100 fyllinger per år på gruppe A-pasienter.
- Over 50 prosent av de private allmenntannlegene gjør færre enn fem broer per år.
- Over 50 prosent av allmenntannlegene med implantatkurs fra Bergen setter inn færre enn fem implantatkroner i året på Helfos regning (takst 308).

Kjønn, organisering og eierskap av praksis

Det er skjedd store endringer i den private tannlegepraksis over de siste tiår. På 1970-tallet var åtte av ti tannleger menn. De drev en solo- eller en liten gruppepraksis, ofte med ektefellen som klinikkssekretær. For å illustrere – i vår Arbeidsmarkedsundersøkelse i 1991; altså for bare 25 år siden, stilte vi tannlegene følgende spørsmål:

Fungerer din ektefelle som ulønnet eller delvis lønnet tannlegeassistent?

30 prosent av tannlegene svarte ja på spørsmålet, det vil si deres ektefelle var klinikkssekretær. I egne øyne, altså



Gode musikere satte fint preg på åpningen av Vestlandsmøtet 2017. Foto: Aleksander Hansen.

fra de mannlige tannlegenes synsvinkel var dette også lønnsomt – det var ikke vanlig å utbetale full lønn til sin ektefelle.

På bare to tiår er kvinnens posisjon i vårt yrke fullstendig endret fra hjelpepersonell til likestilt kollega og partner. Se på denne grafen: Kvinner er nå i flertall blant tannlegene under 50 år, og i de aller yngste aldersgruppene er de i stort flertall. Fremover vil dette mønsteret bare ytterligere forsterkes grunnet få mannlige studenter på tannlegestudiet.

Kvinnelige tannleger – driver de sin praksis forskjellig fra det de mannlige kollegaene gjør? Svaret er nei. Vi finner i vår Arbeidsmarkedsundersøkelse 2016 liten forskjell mellom mannlige og kvinnelige tannleger med hensyn til hvor mye de jobber i praksis. Etter en lang og krevende utdanning ønsker kvinnelige tannleger like mye som sine mannlige kollegaer å realisere sin yrkeskarriere. Og den norske velferdsstaten har gjort dette mulig med gode permisjonsordninger, god barnehagedekning og en politikk som bygger opp under likestilling mellom menn og kvinner.

Parallelt med kvinnens inntog i profesjonen er praksisene i ferd med totalt å endre karakter. De blir større, og de blir oftere eid av kommersielle aktører. Tidlig på 1990-tallet jobbet 60 prosent av tannlegene i solopraksiser. I dag jobber under 20 prosent i slike praksiser. Og gruppepraksisene har vokst i størrelse, og vil fortsette å vokse. Den største, Colosseumklinikken, har kontrakter med over 200 tannleger. Basert på det vi ser i andre vesteuropeiske land, kan vi etter hvert stå igjen med noen få landsdekkende kjeder. Profesjonen vil i større grad måtte leve i et konstant spenningsfelt mellom fag og

profitt, børs eller katedral. Tjenesten, blir den effektivisert, eller fordryet? Tannpleierne kommer for fullt i privat sektor – over 400 jobber der i dag.

Overtar tannpleierne gradvis noen av tannlegenes oppgaver? Skyves tannlegene gradvis ut? Profesjonsinteresser og profesjonskamp, ja vel, men igjen markedets makt rår: Tannpleiere vil erstatte tannlegene om det gir mest profitt. Spørsmålene er mange, de er ubesvarte, men de vil temmelig sikkert prege den fagpolitiske agendaen de kommende år.

Konklusjon – status quo og fremtiden

Grytten avsluttet sitt foredrag slik:

– Usikkert arbeidsmarked, sterkere pasientrettigheter og økende krav om kvalitet, og forvirring og utrygghet om hvordan fremvekst av de store praksiser og eierkonsentrasjon vil påvirke fag og profesjon, vil prege oss inn i fremtiden. Dette er et terreng et stykke unna der den sentrale tannhelseforvaltning befinner seg. Ja, de ser et annet terreng – et terreng der utfordringen i norsk tannhelsetjeneste er mangel på tannleger og spesialister. Med politikernes velsignelse, ja kanskje heller ved hjelp av politikernes ignoranse, har byråkratiet fått gjennomført sine prosjekter: Tromsø-fakultet, kompetansesentre og nå det siste, et forsøk på å opprette en ny breddespesialitet.

Jeg ser et bilde der den sentrale tannhelseforvaltningen stevner fremover som de alltid har gjort, ja nærmest som en ferge på Vestlandet – selvgående på skattefinansiert fossilt brennstoff, ikke fullastet med biler, men med styringsgrupper, arbeidsgrupper, referansegrupper, «you name it» ditt og datt, og med selvgodhetens ideologi som styringsredskap. Og kursen – inn

i de trangeste vestlandsfjorder, vel beskyttet av stupbratte fjell, vel skjermet fra alt som er av sollys.

Alternativet er det åpne hav, hvor opplysningstidens idealer om vidsyn, perspektiver og helhetsforståelse kan møtes i en realitetsforankret og formidelsfri smeltedigel av meningsutveksling og debatt, med ett mål for øye: Den beste tannhelsetjeneste for pasientene, og en tannhelsetjeneste som er bærekraftig for den kommende generasjon av kollegaer.

Jeg må skuffe dere, fergen er nok ikke til å snu. Jeg er en av de få som etterlyser en snuoperasjon – det er i seg selv den beste garanti for at fergens støe kurs til fjordens ende vil fortsette. Og fjordene på Vestlandet er lange – reisen vil ta noen år: Jeg har gitt dere noen scenarier på hvordan deres profesjon kan komme til å se ut ved reisens slutt. Takk for følget!

Samstemte ledere

BTFs formann, Karen Reinholtsen, og NTFs president, Camilla Hansen Steinum, tok opp flere av de samme temaene i sine taler til vestlandsmøtet. Begge nevnte Helfo og trygderegulering og overholdelse av disse, selv om de er kompliserte – og at misbruk er uakseptabelt. Begge nevnte også obligatorisk etterutdanning, og NTFs nettbaserte kurs, TANK, som både er obligatoriske og gratis. Begge nevnte også høringssaken, der BTFs formann nevnte at BTF hadde avgitt et svar som var helt på linje med Praksiseierforeningens. Reinholdtsen ønsket velkommen til et vestlandsmøte med rekordstor påmelding, og takket fagkomiteen for et godt sammensatt program, som hun mente var årsaken til den gode påmeldingen til møtet.

Ellen Beate Dyvi

Debatt om fremtiden

I slutten av januar var professor i samfunnsodontologi Jostein Grytten invitert til å innlede om fremtidens behov for tannleger på et medlemsmøte i Oslo tannlegeforening (OTF). Her var det også lagt opp til en bred debatt. Og den kom.

I panelet satt universitetslektor Carl Christian Blich, NTFs president Camilla Hansen Steinum, instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo, Jan Eirik Ellingsen og professor i samfunnsodontologi Jostein Grytten. OTFs leder Kjetil Strøm ledet debatten og stilte flere av spørsmålene, hvorav det første var:

– Er vi for mange tannleger?

Til dette svarte panelet ja, i hvert fall om ikke lenge. Det er den veien det går. Steinum la til at det er oppsiktsvekkende at det ikke er større forskjeller mellom by og land, når det gjelder hvor mye tannlegene har å gjøre, hvis en skal stole på tallene som er kommet

frem i arbeidsmarkedsundersøkelsen blant privatpraktiserende tannleger i Norge, gjennomført i 2016.

– Hvordan jobber NTF med denne problemstillingen, spurte Strøm videre?

– Vi jobber med å få frem til myndighetene et budskap om hva som er behovet, og det må vi bli flinkere til, svarte Steinum, og fikk støtte fra resten av panelet om viktigheten av å både få frem budskapet og å samarbeide med myndighetene.

Mye av debatten dreide seg om hva NTF gjør og ikke gjør, og hvorfor det er så vanskelig å få myndighetene til å forstå det tannlegene sier. Carl Christian Blich hevdet at årsaken er at byråkrater og myndigheter har en egen agenda, uten å komme nærmere inn på hvilken agenda dette er, og at politikerne lar seg styre av det byråkratene i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet sier. NTF må derfor snakke direkte med politikerne, slik at de får vite hva som er hva av tannlegene selv.

Temaene i tiden, som kom opp videre i debatten, er mange: Tannhelsen i befolkningen er blitt bedre, det fører til mindre behov for tannleger. Det kommer mange tannleger fra utlandet – både nordmenn og andre, som gjør at det er vanskelig å vite og kontrollere hvor mange tannleger vi har i landet til enhver tid, og hvor mange det vil være behov for å utdanne i Norge i tiden fremover. Nordmenn reiser til utlandet for å få tannbehandling, hvorfor er det slik at norske trygdemidler dekker dette?

Spesialistutdanning er et tema for seg. Hvorfor sier Helsedirektoratet at det er behov for så mange flere spesialister når de som finnes ikke får nok henvisninger, var et av spørsmålene. Og selvsagt kom spørsmålet om kompetansesentrene opp. Hva skal vi med

dem? Panelet mente at de har sin berettigelse der hvor det ikke er odontologiske læresteder, mens det er vanskelig å forstå plasseringen av sentrene i Oslo og Bergen.

Så er det spesialiteten klinisk odontologi. Kom den før behovet var fastslått? Som et resultat av en hestehandel, for å få på plass de andre odontologiske spesialitetene? Svaret er visst ja. Og hvordan skal det bli, når de altfor mange tannlegenes arbeidsoppgaver stjeles av tannpleiere i den ene enden og altfor mange spesialister i den andre?

Det ble videre hevdet at det som skjer innen odontologi er motsatt av det som skjer ellers i helsesektoren. Der er de opptatt av store kompetente miljøer, mens de vil flytte tannhelsetjenesten til kommunen. Men denne debatten skulle ikke handle om Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Likevel, kanskje en flytting av DOT til kommunen kan komme de privatpraktiserende til gode? Det er ikke umulig. Men spesialisthelsetjenesten kan ikke flyttes. Til det er kommunen for liten. Det var det enigheit om.

Hva er løsningen? Det kom slike forslag også, fra den fullsatte salen: Kan tannlegenes arbeidsfelt utvides? Kanskje tannlegen kan ta blodprøver og DNA-tester? Befolkningen blir eldre og dermed sykere, og bruker mer medikamenter. Tannlegene trenger mer medisinsk kompetanse for å forstå kompleksiteten i det som skjer i munnhulen hos fremtidens pasienter.

En konklusjon på debatten kan sies å være at tannlegens rolle må endre seg. Denne endringen skjer ikke helt av seg selv. Den bør planlegges, i samarbeid med de som bestemmer.

Tekst og foto: Ellen Beate Dvyn



Diskusjonen fortsatte etter at debatten var over. F.v: NTFs generalsekretær Morten Harry Rolstad, universitetslektor Carl Christian Blich, NTFs president Camilla Hansen Steinum, instituttleder Jan Eirik Ellingsen, OTFs leder Kjetil Strøm (med ryggen til) og professor Jostein Grytten.



Har vi dine opplysninger?

Det er mange grunner til at det er viktig for deg som medlem at du er registrert med riktige opplysninger i NTFs medlemsregister. Er du registrert med riktig adresse mottar du det du skal fra NTF.

For at du skal være registrert i riktig lokalforening er det avgjørende at du er registrert med riktig arbeidssted i NTFs register.

Husk å oppdatere NTF når du bytter arbeidssted, bosted eller får ny e-postadresse eller telefonnummer.

Du kan både sjekke og enkelt oppdatere dine opplysninger på www.tannlegeforeningen.no under Min side. Hvis du trenger hjelp til å gjøre endringer kan du sende en e-post til endring@tannlegeforeningen.no eller ringe 22 54 74 00 for å få hjelp over telefon.

Takk for at du hjelper oss med å kunne gi deg god medlemservice.



Den norske
tannlegeforening

Pris for god undervisning

Både kunnskapsministeren og Akademikerne snakker om det: Gode undervisere er nøkkelen til vellykkede universitetsmiljøer, men priser, belønning og anerkjennelse er det sparsomt med. Professor Hilde Kanli Galtung ved Institutt for oral biologi (IOB) er et hederlig unntak.

Universitetsmiljøene er selvsagt klar over at både gode undervisere og god forskning til sammen skaper et godt læringsmiljø, noe som igjen fører til lite frafall, et populært studium og gode rankinger både nasjonalt og internasjonalt. I dag går prisene og påskjønnelsene først og fremst til forskerne, men det skal det bli en forandring på, ifølge kunnskapsministeren (se side 114 i dette nummeret av Tidende).

Pris for innovasjon

Det medisinske fakultets pris for innovasjon i profesjonsstudiet ble tildelt professor Hilde K. Galtung ved IOB, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Hun fikk prisen for sin undervisning på den pre-kliniske utdanningen for odontologi-, ernæringsfysiologi- og medisinstudenter. Det var studentenes evaluering av undervisningen som var utslagsgivende for tildelingen.

Hvert år deler Det medisinske fakultet ut fire priser til undervisere som har utmerket seg på ulike måter. Priskomiteen begrunnet utmerkelsen med: «Professor Hilde Galtung blir trukket fram av studentene som en dyktig og grundig foreleser, som i riktig tempo, klart språk og pedagogisk fremlagt stoff klarer å formidle nyrefysiologien på en svært god måte. Professor Galtung tok i bruk digital teknologi med podcast som et redskap i undervisningen. Dette blir verdsatt av studentene. Det gir muligheter for å høre forelesninger



Hilde K. Galtung, IOB, mottok i desember 2016 Det medisinske fakultets pris for innovasjon i profesjonsstudiet.

flere ganger, på et hvert tidspunkt og hvor som helst. Dette gir en styrket læringseffekt for studentene. Podcast er en enkel og kostnadseffektiv teknologi som gir mulighet til å repetere stoffet

fra forelesningene og forberede studentene til eksamener. Podcast erstatter ikke forelesningene, men gir muligheter til bedre læring og økt kunnskap i sentrale temaer.»

Prisen besto av 20 000 kroner, diplom og heder og ære, og ble delt ut av professorene Ingrid Os og Kristin Heggen fra Seksjon for ledelse ved Det medisinske fakultet under en seremoni den 19. desember 2016 på juleavslutningen ved Det odontologiske fakultet.

Populær podcast

Galtung får ros for sin bruk av podcast som en del av sin pedagogiske og gode tilrettelegging av undervisningen.

Hun forteller at bruken av podcast begynte i undervisningen av tannpleiere for en del år siden. Grunnen var at tannpleierstudiet fikk et stadig større innslag av flerspråklige studenter, og

for mange var språket en tilleggsbelastning. Hun fant ut at løsningen var å ta opp lyd og senere både lyd og bilde fra forelesningene og lagre dem som podcaster, som studentene kunne høre om igjen når de trengte det. Det ble populært.

– Da jeg begynte å undervise ved den prekliniske utdanningen for odontologi- og medisinstudenter, fortsatte jeg å gjøre akkurat det samme. Det ble like populært hos denne studentgruppen, selv om språkproblemer ikke var grunnen, forteller hun.

En podcast er en effektiv måte å repetere stoff på, og kan gjøres enten

det er på joggetur, på bussen, om kvelden eller om morgenen.

Hun er spesielt stolt av at det er studentenes evaluering av undervisningen som er utslagsgivende for tildelingen.

En podcast viste seg å være en vellykket innovasjon av og tilskudd til undervisningen, og kan ganske sikkert brukes av flere. Og hvis kunnskapsministeren holder det han lover, vil det også komme økonomiske påskjønnelser og større anerkjennelse til gode undervisere i tiden som kommer.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

Tannlegesenteret - Bergrådveien 13



Tannlegesenteret ligger lett tilgjengelig på Tåsen i Nordre Aker bydel, rett ved Ring 3.

Det er gode offentlige kommunikasjons- og parkeringsmuligheter.

Våre lokaler er tilpasset bevegelsehemmede. Alle våre spesialister mottar henvisninger.

Telefon: 23 26 51 00

Adresse: Bergrådveien 13, 0873 Oslo

E-post: post@tannlegesenteret.no

timeavtale@tannlegesenteret.no

Åpningstider: Man – fre 08:00 – 19:00

www.tannlegesenteret.no

Internasjonalisering ved universitetene styrker demokratiene:

Et privilegium å være viserektor

Ved Universitetet i Bergen (UiB) er Anne Christine Johannessen i gang med sitt siste semester som viserektor for internasjonali- sering. 1. august får hun avløsning og går til- bake til stillingen som professor ved Gades laboratorium for patologi på full tid.

Jeg har hele tiden hatt stillingen ved Klinisk institutt 1 ved Det medisinsk-odontologiske fakultet i 25 prosent, mens hovedbeskjeftigelsen siden jeg tiltrådte i 2013 naturligvis har vært som viserektor.

– Hva har du likt best ved å være viserektor for internasjonali- sering?

– Det er to ting jeg har likt særlig godt. Det første handler om at jeg som del av universitetsledelsen har fått et bedre innblikk i hele virksomheten ved UiB. Det er et fantastisk faglig og kunns- kapsmessig mangfold ved et universi-

tet. Som viserektor for internasjonali- sering har jeg også hatt det privilegium å få kunnskap om og utvikle relasjoner til personer som har sitt virke ved uni- versiteter over hele verden, både de som ligger i toppsjiktet og de lærestedene som har lavere status og befinner seg i land med mindre ressurser. Å få bidra til kunnskapsutveksling og møte ulike mennesker har for meg vært veldig meningsfullt.

Mest utenfor Europa

– Hvor mye reising dreier det seg om i en stilling som dette?

– I 2013 da jeg tiltrådte sa rektor til meg at jeg skulle være like mye på reise som hjemme i denne jobben. Fullt så mye reisevirksomhet er det ikke blitt. Men jeg har reist mye. Mest til land utenfor Europa. For Norge har de såkalte BRIKS-landene (Brasil, Russ- land, India, Kina og Sør-Afrika) vært prioritert, og vi har fulgt opp disse føringene. I tillegg har Japan vært vik- tig. UiB har også en lang tradisjon for satsing på utviklingsrelatert forskning, og dette har også blitt fulgt opp med reiser til Uganda, Sudan, Malawi og Zimbabwe.

Studentene skal ut

Min rolle er å være relasjonsbygger og døråpner. Ikke minst når det gjelder studentutveksling, for studenter fra UiB som vil ut, og for studenter fra andre land som vil til UiB. Et mål er at både forskere og studenter skal ha et inter- nasjonalt engasjement. Vi skal utvikle globale borgere, eller global citizens. Nå i januar ønsket vi 419 utenlandske utvekslingsstudenter velkommen til UiB for vårsemesteret. I hele 2015 had- de vi 1 063 studenter på utveksling, og tallet er stadig økende. UiB har høye ambisjoner når det gjelder å sende stu- denter ut. Målsettingen har vært at minst 30 prosent av studentene ved UiB skal ha et utenlandsopphold av minst

tre måneders varighet, og dette målet har vi nådd. Nå har vi satt et nytt mål at minst 40 prosent skal reise ut. På landsbasis ligger UiB i toppskiktet når det gjelder studenter som reiser på ut- veksling, bare slått av Norges handels- høyskole.

– Hvorfor ser dere det som viktig at studentene reiser ut?

– Det handler både om å få ny kunns- kap og om å utvikle seg selv. Utveks- ling ses som viktig innenfor alle fag ved universitetet. Når det er sagt må jeg legge til at for odontologi kan student- utveksling være krevende. Det er utfor- drende å få til god utveksling i et fag der kvalitetssikringen er så viktig, sam- menlignet med en del andre fag. Derfor ligger odontologi lavt på statistikken når det gjelder andelen studenter som reiser ut. Vi ser imidlertid at det er økt oppmerksomhet på utveksling også ved Institutt for klinisk odontologi, og vi er i ferd med å inngå nye avtaler for odontologistudenter mellom UiB og et universitet i Cape Town i Sør-Afrika, som for øvrig Universitetet i Oslo har samarbeidet med lenge, og mellom UiB og et universitet i Sao Paulo i Brasil.

– Det Juridiske fakultet er for øvrig det fakultetet som sender flest studenter ut. Over 50 prosent av jusstudentene reiser ut, og veldig mange av dem reiser til Kina og USA. Mye av forklaringen ligger i det store engasjementet som ledelsen har vist for studentutveksling. Generelt har vi et godt samarbeid med Kina, både innen forskning og utdan- ning. På tross av politiske restriksjoner har vi beholdt samarbeidet, og våre for- skere har holdt forelesninger på kine- siske universitet både om menneskeret- tigheter, velferdssystem og helse. Sam- tidig med at relasjonen mellom Norge og Kina ble normalisert like før jul, full- førte vi en kartlegging av alt vårt kina- samarbeid, med forslag til hvordan UiB skal videreutvikle samarbeidet med universitetene i Kina. Det var god



Viserektor for internasjonali- sering ved UiB, Anne Christine Johannessen, ser interna- sjonalisering som en stadig pågående pro- cess.



Rektoratet ved UiB holder til i denne bygningen på Museplass 1 i Bergen sentrum.



UiB har en ugle i logoen sin. Viserektor Anne Christine Johannessen har samlet på ugler i mange år. Her er en liten del av samlingen, som hun har på konotret sitt.

timing. Strategien skal behandles av universitetsstyret i februar.

Internasjonalt samarbeid er en stadig pågående prosess

– Du sier at du både har reist og reiser mye, får du også mye besøk fra universitetsansatte i andre land?

– Ja, vi får ofte besøk; både av delegasjoner fra universiteter og fra ambassadører til andre land. Jeg kan ikke peke på noen land som viser spesiell interesse for oss, for det er så mange. De kommer ofte med helt spesielle ønsker om fagfelt de ønsker å samarbeide på, og da er det vår oppgave å prøve å koble våre fagpersoner med dem som har invitert seg til vårt universitet for å finne gode samarbeidspartnere.

– Er det noe du er særlig fornøyd med å ha fått til i den perioden du har vært viserektor?

– Internasjonalt samarbeid er en stadig pågående prosess. En del av mitt arbeid har vært videreføring av prosjekt som allerede var startet opp, og vi har også tatt nye initiativ.

Men jeg vil spesielt nevne den nylig vedtatte handlingsplanen for interna-

sjonalisering for årene 2016 til 2022. Denne er tydelig og ambisiøs og gir retning for internasjonaliseringsarbeidet for mange år fremover. Handlingsplanen peker på at internasjonalisering skal gjennomsyre all vår virksomhet og legger spesielt vekt på at alle ansatte, både vitenskapelig og administrativt ansatte, må engasjere seg i dette arbeidet dersom vi skal lykkes.

Jeg er også glad for at vi etablerer et nytt internasjonalt senter ved UiB. Dette vil gi nye muligheter for å samle ekspertise om blant annet studentutveksling og forskningsopphold i utlandet på ett sted. .

– Og jeg kommer på en ting til som jeg synes fungerer godt nå; og det er kontakten med alumner, altså tidligere studenter, i utlandet. Her vil jeg fremheve vellykkede møter som vi har gjennomført både i Kampala i Uganda og i Khartoum i Sudan. Dette er studenter som har tatt en grad ved UiB, og det er veldig kjekt å se at de har lyktes i sitt hjemland. Mange av dem sitter i ledende stillinger både ved universitet og i byråkrati.

Bidrar til demokratisering

Det er mange ting å fortelle fra nærmere fire år som viserektor. Vi stopper her. Selv om vi kunne fortsatt. Anne Christine Johannessen fortsetter et halvt år til. Hun har mange reiser på planen, blant annet til Sudan, Sør-Afrika, Brasil, New York, Japan og København.

Til slutt vil hun oppsummere hva det er som gjør akkurat denne jobben så meningsfull:

– Det er med stor ydmykhet jeg er blitt kjent med mangfoldet og ressursene hos studenter, vitenskapelig ansatte og administrasjonen, ved UiB og ved andre universitet. Universitetene har en unik mulighet til å samarbeide der politiske myndigheter stanses. Vi må utnytte de mulighetene enda bedre og dermed være med på å løse de komplekse utfordringene vi står overfor i dag, blant annet innen klima, helse og demokrati. Disse løses bare med mer kunnskap og samarbeid over landegrensene, og her kan universitetene bidra.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi

Samarbeid om dobbeltkompetanse

Det odontologiske fakultet (OD) innleder et flerårig samarbeid med Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMN), heter det i en pressemelding fra OD ved Universitetet i Oslo.

Samarbeidet skal resultere i flere tannleger med dobbeltkompetanse, det vil si tannleger som både har doktorgrader og er spesialister, i region Midt-Norge. I tillegg skal det sikre flere spesialister innen de odontologiske disiplinene til den midt-norske regionen, som ikke har noen egen odontologisk utdanningsinstitusjon.

– Vi er godt fornøyde med å ha fått på plass detaljene i denne avtalen, forteller Pål Barkvoll, dekan ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

– Dette er et meget spennende samarbeid, både for oss og TkMN.

Kommer pasientene til gode

Barkvoll forteller at avtalen legger til rette for at forskningen ved hans fakultet nå kan utføres i omstendigheter nærmere praksisfeltet, i større grad enn det har vært gjort til nå. I tillegg mener han at samarbeidet vil komme et betydelig antall pasienter til gode i en region der det, av strukturelle årsaker, har vært mangel på tilgang på tannlegespesialister.

OD og TkMN er allerede involvert i noen felles prosjekter; blant annet samarbeider de innen TOO-prosjektet (tilrettelagt tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur, overgrep eller odontofobi). De neste årenes samarbeid mellom de to skal også favne forskning og



Administrerende direktør ved TkMN, Jørn Andre Jørgensen (t.v.), og dekan Pål Barkvoll ved OD signerer samarbeidsavtalen som skal sikre dobbeltkompetanse i Midt-Norge.

utdanning på både master- og doktorgradsnivå, blant annet gjennom prosjektstillinger hos fylkestannleger i region Midt-Norge, heter det videre i pressemeldingen.

Behov for kompetanse i regionen

Mangelen på spesialister fra tannlegefeltet i region Midt-Norge gjør at behandlingstilbudet, og kompetansen behandlingen utvikles fra, har vært noe redusert. Avtalen innebærer nettopp et samarbeid om å utdanne tannlegespesialister i regionen, slik at de kan beholde sin lokale eller regionale nærhet og tilknytning.

– Det er få personer som har utdanning i form av norsk doktorgrad som jobber i den utøvende tannhelsetjenes-

ten i region Midt-Norge. Derfor er det avgjørende for TkMN å samarbeide med universitet og høyskoler, som UiO, samt helsetjenesten og relevante forskningsmiljøer, forteller Jørn Andre Jørgensen, administrerende direktør i TkMN.

– Med denne avtalen ønsker vi å kunne ta del i ODS erfaring med forskning, og utdanning og veiledning av forskere, sier han.

Kompetansesenteret eies av Møre og Romsdal og trønderfylkene, og har som hensikt å bygge kompetansen i den utøvende tannhelsetjenesten i regionen, heter det til slutt i pressemeldingen.

Tekst og foto: Hilde Zwaig Kolstad

Norske odontologistudenter i utlandet:

Kan fullføre i Oslo

For tredje år på rad åpner Det odontologiske fakultet (OD) ved universitetet i Oslo (UiO) for at norske odontologistudenter i utlandet kan søke om å få fullføre utdannelsen sin ved Universitetet i Oslo.

Det odontologiske fakultet har innført et suppleringsopptak for å sikre at alle studie plassene blir brukt gjennom hele studieløpet.

Fornøyd student

Martine Jensen er en av studentene som har benyttet seg av denne muligheten. Hun er nå i gang med tredje semester i Oslo. Hun begynte på odontologiutdannelsen sin i Polen ved Poznan University of Medical Scienc

– Jeg ville til Norge og Det odontologiske fakultet fordi jeg ønsket at praksisen min på klinikken skal følge norske systemer og retningslinjer, og jeg ønsker blant annet å få god innføring i HELFO. Jeg synes også det er en stor fordel at jeg her kan snakke norsk med pasientene og få god innføring i pasientkommunikasjon.

Frem til nå er Jensen svært fornøyd med studiet i Oslo.



Martine Jensen er en av de norske utenlandsstudentene som har valgt å fullføre tannlegutdanningen i Oslo. Foto: Privat.

– Det har vært veldig bra. Kullet har tatt oss godt imot, og jeg trives bedre med undervisningsformen og eksamensformen som er her på UiO.

Tilbudet om å fullføre utdannelsen i Oslo retter seg mot utenlandsstudenter

på tredje og femte semester (annet og tredje år på odontologistudiet).

På fakultetets nettsider, <http://www.odont.uio.no>, finner du informasjon om hvilke krav som gjelder og hvordan du kan søke.

Astrid Skiftesvik Bjørkeng

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet





ENDELIG RØYKFRI MED Nicotinell®



Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tygggegummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tygggegummi og sugetablett er også hjelpemidler mot nikotinabstinens 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 Torgårdsvei 3, 0372 Oslo. www.nicotinell.no

CHNOR/CHNICOT/0028/16



Kjeveortopediske «kontroller» og takstsystem

Geir Kristiansen, leder i Norsk kjeveortopedisk forening (NKF) klager i desembernummeret av Tidende på at det i statsbudsjettet for 2017 kuttes 32 millioner i refusjoner til «for mange kjeveortopediske kontroller», og at myndighetene dermed blander seg inn i tannlegens faglige vurderinger. Han får svar fra statssekretær Lisbeth Normann i Helse og omsorgsdepartementet (HOD), som påpeker at tannlegen uavhengig av refusjonstakstene alltid vil være ansvarlig for behandlingen.

Det er vanskelig å si seg uenig med Normann i det, men det er påfallende at hverken hun eller Kristiansen er opptatt av begrepet «kontroller». Normann synes å tro at behandlingen består i å sette på apparatur, og at kjeveortopeden så tar en titt på tilfeldig valgte tidspunkt, kun for å kontrollere at alt går sin gang. I et intervju med Nettavisen sist høst syntes helseminister Høie å være av samme oppfatning. Det er ikke bra.

For dette er ikke «kontroller», Normann, det er *selve behandlingen*. Hvor mye som må gjøres ved hvert besøk, vil variere sterkt fra gang til gang på samme pasient, og mellom pasienter. Hvor mange arbeidsoperasjoner som må utføres i løpet av hele behandlingsløpet, og antall takster som da utløses, avhenger av bittfeilens alvorlighetsgrad, ikke av antall besøk.

Men har Normann likevel et poeng? Har vi for mange besøk i et behandlingsløp? Det vet vi ikke, men det vi vet, er at dagens takstsystem mangler incentiver for *færrest mulig* besøk. Det kan tvert imot være mer lønnsomt for kjeveortopedene å fordele arbeidsoperasjonene over flere besøk enn å gjøre mye hver gang. Det vil derfor ikke redusere antall besøk når takstene for arbeidsoperasjoner kuttes. Faren for «for mange» besøk øker faktisk når man, slik det er gjort de tre siste årene, kutter mest i den taksten vi må bruke når vi gjør flere arbeidsoperasjoner samtidig (604f Ekstra arbeidsoperasjon). Takstsystemet må i stedet tilføres incentiver for å gjøre *mest mulig ved hvert besøk*. Da vil antall besøk kunne gå ned, det kan spares reiseutgifter, og det blir mindre fravær fra jobb og skole.

Det blir også feil når Normann hevder at kuttene vil bli minst for dem med stort behandlingsbehov og høy refusjonsprosent. 100 prosent i regnestykket blir ikke den enkelte takst, men det totale takstbeløp i hele behandlingsløpet som kan variere fra under ti besøk til godt over tjue. Refusjonsgrunnlaget vil da senkes mest hos de med stort behandlingsbehov og mange besøk, og minst hos de med lite behov og få besøk. Fortsatte kutt etter samme mønster vil på sikt undergrave prinsippet om refusjon gradert etter behandlingsbehov.

Normann påpeker at NKF har hatt god tid til å komme med innspill etter Helsedirektoratets utredninger i 2008 og 2014, og derfor ikke nå kan klage over manglende dialog. Jeg ledet i fjor et utvalg nedsatt av NKF der vi foretok en bred gjennomgang av norsk kjeveortopedi inkludert refusjons- og takstsystemet. Med i utvalget var professorene Arild Stenvik og Jostein Grytten, tidligere NKF-leder Jon-Olav Aabakken og nåværende NKF-leder Geir Kristiansen. Jeg er kjent med at NKF med utgangspunkt i vår utredning har oversendt myndighetene sine synspunkter. Det er trolig dette Kristiansen sikter til når han inviterer til samarbeid i det videre arbeidet med regelverket. Det er en invitasjon Normann, HOD og direktoratet bør takke ja til, og nedsette en arbeidsgruppe der både fagmiljøene og helsemyndighetene er representert. Gruppen bør ha god kompetanse på takstsystemer slik at diskusjonen kan løftes opp på et prinsipielt nivå. Fortsatte kutt i enkelttakster vil aldri kunne gi et system som er bærekraftig på lang sikt.

*Tor Torbjørnsen
Spesialist i kjeveortopedi
tor@kjeveortopeden.nhn.no*

Uforståelig kritikk av universitetslektor Carl Christian Blich

Universitetet i Oslos strategi for 2016 står det: «UiO skal styrke sin internasjonale posisjon som et ledende forskningsuniversitet, gjennom et nært samspill mellom forskning, utdanning, formidling og innovasjon», og i Det odontologiske fakultet (OD) sin strategiske plan mot 2025 er det vedtatt at vi skal: «Formidle vitenskap og klinisk kompetanse på en aktiv, balansert og seriøs måte til studenter, pasienter og samfunn, og bidra til en opplyst og kunnskapsbasert helsefaglig samfunnsdebatt.

Som dekan ved Det odontologiske fakultet stiller jeg meg derfor uforstående til at Harald M. Eriksen, prof. emeritus og Elisabeth Camling, i Tidende nr. 1 2017, stiller spørsmål ved at Carl Christian Blich velger å undertegne sitt innlegg som universitetslektor. Blich har, gjennom sine innlegg, både oppfylt deler av UiOs strategi om formidling, samt ODs eget mål om å bidra til en opplyst og kunnskapsbasert helsefaglig samfunnsdebatt.

Som ansatt ved OD, er Blichs mandat å formidle forskningsbasert kunnskap til offentligheten. Han har sin tilknyt-

ning til Seksjon for samfunnsodontologi. Dette er en fagavdeling som skal bidra til at offentlige myndigheter kan fatte forskningsbaserte beslutninger når ny politikk skal utformes, samt at politikken som vedtas bidrar til at offentlige midler brukes på en effektiv og hensiktsmessig måte til det beste for samfunnet. Blich har med sine innlegg utført sine arbeidsoppgaver på en utmerket måte.

*Pål Barkvoll
Dekan, Det odontologiske fakultet, UiO
pal.barkvoll@odont.uio.no*

Tannvernseminar 7. mars 2017

Sosial ulikhet i helse

– tannhelsetjenestens utfordringer i folkehelsearbeidet



Norsk Tannvern®
www.tannvern.no



Program og
påmeldingsinformasjon

GÅR DU MED TANKER OM Å SELGE PRAKSISEN?

Enten om du ønsker å selge nå
eller vil planlegge din 'exit' frem i tid,
så har vi flere løsninger for deg.

Kontakt oss for en uforpliktende samtale:

Tlf: 986 95 700

tannlegepraksis@vitaltannhelse.no

vitalkjeden.no



Your confidence is our inspiration

World Summit Tour 2017—the scientific congress on implant dentistry

Join us for the World Summit Tour in 2017 and experience a state-of-the-art scientific program, workshops and product demonstrations, all designed to inspire and broaden your knowledge.

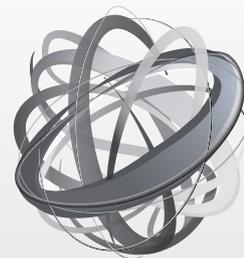
Through the presentation of clinical evidence and strategies for treatment success, as well as peer-to-peer discussions, you will gain renewed confidence knowing you are providing your patients with the best treatment solutions available.

To bring this common theme of inspiration and confidence to you, the World Summit Tour will visit Tokyo, San Diego, Nice, and Shanghai. Each destination offers a journey of innovation and discovery led by a scientific committee and renowned international and regional speakers. Personalize your experience to best fit your interests and needs by combining general sessions, hands-on workshops, and your choice of various parallel sessions.

Don't miss your chance to experience the dynamic and powerful synergy of people, science and clinical practice.

See you in Nice, France, June 23-24.

Because inspiration and confidence matters.



**WORLD
SUMMIT
TOUR 2017**

—NICE—

JUNE 23-24

International Scientific Committee



Tomas Albrektsson
Sweden



Christoph Hämmerle
Switzerland



Ye Lin
China



Jan Lindhe
Sweden



Clark Stanford
USA



Meike Stiesch
Germany



Tetsu Takahashi
Japan



#WorldSummitTour
www.worldsummittour.com



**Dentsply
Sirona**
Implants



Fortrinnsrett til deltidsstilling – arbeidstakeren må ta hele den ledige stillingen

Deltidsansatte har fortrinnsrett til å få utvidet sin stilling fremfor at arbeidsgiver foretar en nyansettelse i den ledige stillingen. Det følger av arbeidsmiljøloven § 14–3. Bestemmelsen ble innført for å redusere uønsket deltidsarbeid. Utøvelse av fortrinnsretten forutsetter at arbeidstakeren er kvalifisert for stillingen, og at det ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten. Fortrinnsretten gjelder bare for fast ansatte.

Etter arbeidsmiljøloven kan visse tvister avgjøres i tvisteløsningsnemnda. Tvister som gjelder utøvelse av fortrinnsrett til utvidet stilling for deltidsansatte er blant disse. Det følger av arbeidsmiljølovens forarbeider at en deltidsansatt som gjør fortrinnsrett gjeldende må ta hele den ledige stillingen. Tvisteløsningsnemnda har tidligere lagt til grunn i sine avgjørelser at forarbeidene ikke kan forstås slik at

fortrinnsrett uten videre skal være avskåret der utøvelse av fortrinnsretten vil medføre at det blir igjen en del av den ledige stillingen, men at det må foretas en vurdering av om utøvelse av fortrinnsretten i slike tilfeller vil utgjøre en vesentlig ulempe for arbeidsgiver.

Tvister etter § 14–3 kan bringes inn for domstolene etter at tvisteløsningsnemndas avgjørelse foreligger. Høyesterett har i 2016 slått fast at tvisteløsningsnemndas lovforståelse er feil, og at fortrinnsretten kun kan utøves der arbeidstaker kan ta hele den ledige stillingen. Dette gjelder uavhengig av om det er til vesentlig ulempe for virksomheten eller ikke. Saken gjaldt en sykepleier som ville øke sin 75 prosent stilling til full stilling, og krevde deler av en ledig 75 prosent stilling. Høyesteretts flertall kom til at fortrinnsretten ikke kan utøves på denne måten.

Dette betyr at en arbeidstaker i for eksempel 60 prosent stilling som krever fortrinnsrett til en 80 prosent stilling må ta hele 80 prosent-stillingen og fra tre 60 prosent-stillingen. Vedkommende kan ikke kreve at stillingen deles opp for å oppnå 100 prosent stilling selv, slik at det gjenstår en ledig 40 prosent stilling.

Tvisteløsningsnemnda har nå endret sin praksis i tråd med høyesteretts avgjørelse.

Det som er sagt over er ikke til hinder for at arbeidsgiver og arbeidstaker kan avtale løsninger som gir en deltidsansatt hel stilling selv om det blir igjen en ledig stillingsprosent som eventuelt må utlyses.

*Silje Stokholm Nicolaysen
Juridisk rådgiver i NTF*

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

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

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

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

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.

Konkurransesklausuler i samarbeidsavtale med assistenttannlege

Jeg eier en tannlegevirksomhet og skal inngå samarbeidsavtale med en assistenttannlege. Jeg håper vi får et langvarig samarbeid, men er redd for at pasientene vil bli med henne dersom hun etter noen år ønsker å slutte i praksisen min. Kan jeg sikre meg mot å miste pasientene mine dersom en slik situasjon skulle oppstå?

Svar: Ja, det kan du til en viss grad. Nedenfor vil vi kort forklare hvordan.

Først er det imidlertid viktig å understreke at ingen tannleger «eier» pasientene. Pasientene kan fritt velge hvilken tannlege de vil gå til. Dette er også fremhevet i NTFs etiske regler § 6. De etiske reglene finner du på NTFs nettsted på følgende lenke: <http://www.tannlegeforeningen.no/profesjon-og-fag/etik/Etiske-regler.aspx>.

Du og assistenttannlegen kan bli enige om å innta såkalte konkurransesklausuler i samarbeidskontrakten. Konkurransesklausuler kan i en viss utstrekning forhindre assistenttannlegen i å opptre i konkurranse med deg. Det finnes ulike typer konkurransesklausuler.

Det kan for eksempel avtales at assistenttannlegen etter samarbeidets slutt ikke skal etablere seg i umiddelbar nærhet til deg. Konkurransetilsynet har tidligere uttalt at en praksiseier kan ha behov for å beskytte seg mot pasientlekkasjer til assistenttannlege etter opphør av samarbeid, og aksepterer slike klausuler dersom de begrenses mht. varighet og geografisk utstrekning. Som en tommelfingerregel vil en slik etableringsrestriksjon være akseptabel iht. konkurranseloven dersom den ikke varer mer enn to år og dersom den bare omfatter det nærmest omkringliggende området (dvs. der klinikken har sitt naturlige pasientgrunnlag). Hvorvidt klausulen er lovlig vil derfor avhenge av en konkret vurdering av hvor klinikken har sitt pasientgrunnlag. Hvis det er reell fare for pasientlekkasjer til assistenttannlegen dersom hun etablerer seg innenfor klausulens virkeom-

råde, vil klausulen som utgangspunkt ikke være for omfattende og dermed være lovlig.

Det kan også avtales at assistenttannlegen ikke kan ta initiativ til å kalle inn pasienter hun har behandlet i din praksis i en nærmere begrenset periode etter samarbeidets opphør. Merk at dersom pasienten selv tar kontakt med assistenttannlegen kan behandling ikke nektes under henvisning til en konkurransesklausul. Det kan med andre ord ikke avtales et forbud mot å behandle bestemte pasienter i en samarbeidskontrakt. En slik klausul vil være i strid med pasientens frie tannlegevalg.

Dersom en konkurransesklausul er for omfattende enten med hensyn til varighet eller geografisk utstrekning blir den ikke ugyldig i sin helhet. Den vil fortsatt kunne gjøres gjeldende, men må begrenses i tråd med det som er sagt foran slik at den blir lovlig.

Muligheten til å inngå konkurransesklausuler i avtaler med ansatte er mer begrenset enn det som her er beskrevet ift. assistenttannleger. Om regelverket som gjelder overfor ansatte, se artikkel i Tidende nr. 10/2016.

TGS

TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening

BULER⁺

SWISS WATCH



www.noorsmykker.no
- Buler

**VI KJØPER
ELLER RAFFINERER:**

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

**OPPGJØR
ETTER EGET VALG:**

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

SEND OSS DITT DENTALSKRAP

og/eller kjøp smykker / klokker
Spesialpriser som gjelder
kun for dentalbransjen.



NOOR EDELMETALL AS

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

E-post: info@nooredelmetall.no

Ring før 12.00 og vi sender samme dag.

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

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

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

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Lise Opsahl,
tlf. 900 31 134

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

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

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

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

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

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

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

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

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

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

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

Kirsten Øvestad,
tlf. 51 53 64 21

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

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

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

Inge Fridell,
tlf. 57 69 56 95

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 70 13 21 56

Hege Leikanger,
tlf. 70 12 78 02

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

Morten Nergård,
tlf. 950 54 633

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
tlf. 35 58 39 20

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

**Troms
Tannlegeforening**
Elsa Sundsvold,
tlf. 77 68 74 28

Ninni Haug
tlf. 97 09 11 67

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

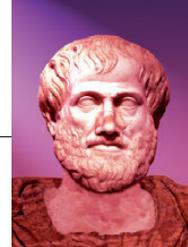
**Vestfold
Tannlegeforening**
Eva Nielsen,
tlf. 91 87 82 81

Svein Tveter,
tlf. 90 82 57 89

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

Tore-Cato Karlsen,
tlf. 45 22 20 44

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



Delegering av arbeidsoppgaver til annet personell

§ 8 Pasientbehandling

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

Offentlige og private tannklinikker er etter hvert blitt til store enheter med mange ansatte med forskjellig kompetanse. Pasientene blir innkalt til behandling skriftlig eller på SMS, men ofte kun med klinikkenes navn. Hvem er det som skal behandle pasienten? Er det en tannlege, en tannpleier eller en tannhelsesekretær? Det kan være vanskelig for pasientene å vite hvilken utdanning behandleren har.

I store tannklinikker er god økonomisk inntjening ofte et overordnet mål. Stadig oftere hører vi at det er blitt vanlig å lære opp tannhelsesekretærer til å jobbe selvstendig med pasienter. En flink tannhelsesekretær er en god ressurs som kan brukes til enklere arbeidsoppgaver som eksempelvis antagolistavtrykk, duraphatpensling og hygieneinstruksjon, forutsatt at dette gjøres på delegasjon fra tannlegen som står ansvarlig for behandlingen.

Så hører vi om klinikker der sekretærene foretar den årlige undersøkelsen av pasientene, der sekretæren setter anestesi, lager midlertidige kroner, tar

avtrykk til fast protetik og pusser fyllinger. Tannlegen kan springe mellom kontorene og la boret jobbe.

Vi hører om kjeveortopedklinikker der det utløses Helfo-refusjoner på dager der kjeveortopeden ikke er til stede og hjelpepersonell jobber på klinikken. Det kan sikkert være gode argumenter for å gjøre dette, deriblant økonomi, men dette er ikke innenfor regelverket. Vi kan godt lage oss en fornuftig argumentasjonsrekke (jf. Om moralsk nøytralisering, Tidende nr. 5, 2015 og nr. 5, 2016), men i møte med myndigheter hjelper ikke det.

Tannpleiere har kompetanse til å foreta årlige undersøkelser av for eksempel barn og unge. Mange foreldre tror da at barnet er under tilsyn av en tannlege i Den offentlige tannhelse-tjenesten, mens det i realiteten er en tannpleier.

Vi hører om tannpleiere som læres opp til å preparere kroner og ta digitale avtrykk. Det forekommer boring og fyllingsterapi. Hvis man har lært seg å fisisurførsegle må man vel kunne legge en liten fylling. Eller en stor?

Mener vi som yrkesgruppe at dette er bra og er det innenfor § 8 der det blant annet står: «...i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes»?

Hvis mange tannleger legger opp til en slik behandlingsform, verdsetter vi ikke vår egen utdanning. På sikt undergraver vi vår profesjonalitet og egen troverdighet. Tannleger har generelt en høy grad av tillit i befolkningen. Denne tilli-

ten er bygd over tid og NTFs etiske regler er en støttespiller for at vi også i fremtiden skal ha høy troverdighet og tillit.

Pasientene har krav på å få den kompetanse som forventes av den som behandler pasienten, og tannlegen har et ansvar for å tilby pasientene forsvarlig behandling.

Vi innehar en lang og spesialisert profesjonsutdanning, og er opplært til å utføre og beherske kompliserte, og i stor grad irreversible, arbeidsoppgaver. Dette er oppgaver som ikke uten videre kan overlates til opplært personell uten tannlegeutdanning.

Det vil alltid være tannlegen som har det faglige ansvar for den behandling som gis på den enkelte tannklinik.

Helsepersonelloven (§5) gir muligheter for å overlate enkelte oppgaver til annet helsepersonell, hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. Mye tyder på at dette er gått for langt på noen områder. Tannleger og den samlede tannhelse-tjenesten som bransje vil tjene på å være profesjonelle, kompetente og utøve praksis som viser gjensidig respekt og tillit til våre brukere. Vår kompetanse bør ha så høy kvalitet at våre pasienter skal merke hva deres tannlege betyr for egen helse og velvære.

Maria E. Alvenes
Lasse Hove

NTFs Råd for tannlegeetik

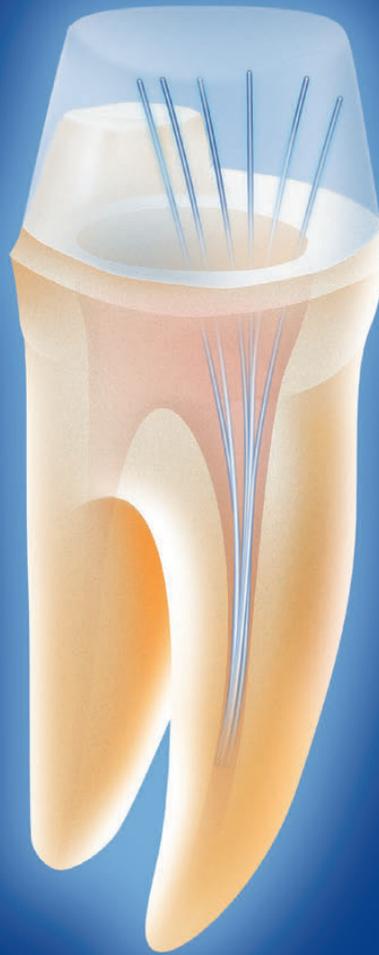
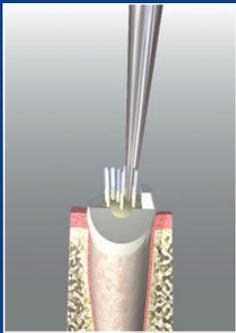
DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2017

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

Benytt deg av
de gjeldende tilbud!*



VERDENS FØRSTE SAMMENSATTE ENDODONTISKE POST

- Endodontisk post sammensatt av flere fine individuelle posts
- Den beste adaptasjon til enhver rotkanal morfologi
- Perfekt egnet for mekanisk preparerte rotkanaler
- Forsterker konusoppbyggingen og sementeringskompositten
- Alt material i settet passer til hverandre



*Vennligst kontakt din lokale VOCO
dentalkonsulent om de gjeldende tilbud.



Besøk oss på Köln (Tyskland),
21.-25.03.2017

Rebilda Post GT system





Oppdaterte standard ansettelseskontrakter

NTF har oppdatert standardkontraktene for ansettelse av tannlege, tannpleier, tannhelsesekretær og assistent/klinikkassistent. De oppdaterte standardkontraktene inneholder merknader om bruk av konkurranse-, kunde- og rekrutteringsklausuler i arbeidsavtalen, samt en anbefaling om å inngå databrukeravtale med alle ansatte.

Bakgrunnen for oppdateringen er at det fra 1. januar 2016 ble innført nye og strengere regler om hvilke bestemmelser man kan ha i en arbeidsavtale for å hindre en ansatt i å drive virksomhet i konkurranse med sin tidligere arbeidsgiver etter arbeidsforholdets opphør. De nye reglene om konkurransebegrensende avtaler i arbeidsforhold finnes i arbeidsmiljøloven kapittel 14 A og omhandler bruk av konkurranse-, kunde- og rekrutteringsklausuler.

Allerede inngåtte avtaler har kunnet gjøres gjeldende i hele 2016, men fra 1. januar 2017 gjelder de lovpålagte begrensningene som følger av arbeidsmiljøloven kapittel 14 A. Det betyr at reglene får anvendelse også på arbeidsavtaler inngått før 2016. Arbeidsgivere anbefales derfor å gjennomgå gjeldende arbeidsavtaler og sjekke at de ikke inneholder klausuler som strider mot arbeidsmiljølovens regler om konkurransebegrensende avtaler, og eventuelt endre slike klausuler slik at de er i tråd med gjeldende regler.

De oppdaterte ansettelseskontraktene inneholder i tillegg en anbefaling om å inngå databrukeravtale med alle ansatte. Databrukeravtalen tydeliggjør ansvar i forbindelse med bruk av IKT-utstyr i praksisen generelt, bruker-ID, passord, fravær, valg av programvare

og installasjon av dette, lagring av personopplysninger, bruk av e-post, kjennskap til vedtatte rutiner og prosedyrer i praksisen.

Oppdaterte standardkontrakter og forslag til databrukeravtale finnes tilgjengelig på www.tannlegeforeningen.no under jus og arbeidsliv – kontrakter og avtaler.

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

TILBAKEBLIKK

1917

Folkehigiene

«Vi har i alt ca. 700 kommuner her i landet, saa det er jo forholdsvis faa, som har realisert tannklinikk-spørsmålet (til skolebarn. Red.anm).

Det er skikkelig ikke mange av disse kommuner, som med skolestyret i Gaular kan si, «at spørsmålet bortfalder, da alle barn har sine gode tænder, som skaperen har git dem.»»

Fra foredrag på årsmøtet 1916

1967

Sit down dentistry

«Sitter De ved operasjonsstolen?» – Som overskriften antyder har produsentene av tannlægeutstyr endelig fått øynene opp for at vi ikke bør stå under arbeidet. ... Pasienten kan da heller ikke sitte i en rekke av de nye divanlignende operasjonsstoler uten å risikere å skli ned på gulvet.

Tidende nr. 2, 1967, side 90

2007

Nødvendige kjøreregler

«Noen mener at det er tegn på at noe er galt når en organisasjon har behov for å snakke om etikk, og går i gang med å lage sine egne etiske regler. Rita Tilley Wilberg er leder for NTFs råd for tannlegeetikk, og hun er ikke enig.»

Tidende nr. 2, 2007, side 114



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

13.–14. mars	Oslo	Holmenkollsymposiet. For informasjon og påmelding se www.tannlegeforeningen.no
23.–24. mars	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
19.–20. mai	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
15.–16. juni	Tromsø	Midnattssolsymposiet. For informasjon og påmelding se www.tannlegeforeningen.no
27.–30. aug.	Oslo	13th International Conference on Osteogenesis Imperfecta. Se www.oioslo2017.org
8.–10. sept	Oslo	Scandinavian Academy of Esthetic Dentistry – SAED Symposium 2017. Se www.saed.nu
2.–5. nov.	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
19.–20. april '18	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
25.–26. mai '18	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
1.–3. nov. '18	Trondheim spektrum, Trondheim	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
24.–25. mai '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
31. okt. – 2. nov. '19	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no

UTLANDET

27.–29. april	Bella Center, København,	Årskursus og Scandefa. Se www.tandlaegeforeningen.dk
27.–29. april	Marrakesh, Marokko,	1st African regional Dental Congress. Se www.african-dental-kongress.org
1.–8. juli	Marseille, Frankrike	28. World Medical & Health Games & International sport medicine symposium
29. aug.–1. sept.	Madrid, Spania	FDI. Se www.fdiworlddental.org
20.–23. juni '18	Amsterdam, Holland	EuroPerio 9. Mer informasjon: www.efp.org/europerio/

Med forbehold om endringer. Sjekk alltid aktuelle datoer direkte med kursarrangøren. Vi er avhengige av dine innspill til kurs- og aktivitetsskalenderen. De kan sendes til tidende@tannlegeforeningen.no

Webcast om oral helse i en aldrende befolkning

World Dental Federation (FDI) har lagt ut en webcast fra to av sine viktigste sesjoner på fjorårets kongress i Poznan, hvor kanskje den mest interessante for Tidendes lesere vil være «Oral health for an ageing population». Sesjonen presenterte resultatene fra en konferanse med samme tema holdt i Lucerne, Sveits for et bredere publikum noen måneder tidligere. Foredragsholderne er professorene Martin Schimmel fra Sveits, Susan Hyde fra California, USA, Christophe Benz fra Tyskland, Elisa M. Ghezzi fra Michigan, USA, og Hideo Miyazaki fra Japan.

Her forteller blant annet Hideo Miyazaki om det japanske programmet 80/20 som har pågått i over 25 år. Det har resultert i at flere enn fire av ti japanere over 80 år fremdeles har minst 20 tenner, noe som betyr mye for god helse og et langt liv.

Webcasten er delt opp i forskjellige avsnitt per foreleser og kan ses på FDI's hjemmesider: <http://www.fdiworlddental.org/media/news/news/webcasts-from-two-fdi-2016-poznan-sessions-now-online.aspx>

Har du meldt adresseforandring?
Logg deg inn på
www.tannlegeforeningen.no

Dentalstøp Tannteknikk as

TANNTEKNISK LABORATORIUM

-FULLSERVICE-

Vår ekspertise din trygghet

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



Vi mottar digitale avtrykk fra alle kjente system

BruxZir

Anterior SHADED

Monolittisk Zirconia



Valg til NTF 2017

Under årets representantskapsmøte 1.- 2. desember skal det foretas valg til følgende organer innen NTF:

Hovedstyret

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

Ordfører og varaordfører

Til representantskapet skal det velges ordfører og varaordfører.

Fagnemnd

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

Redaksjonskomité

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

Kontrollkomité

Til kontrollkomiteen skal det velges tre medlemmer og varamedlemmer.

NTFs råd for tannlegeetikk

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

Den sentrale ankenemnd for klagesaker

Til ankenemnden skal det velges tre medlemmer og ett varamedlem.

Sykehjelpsordningen for tannleger

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

Fond

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

Valgkomité

Det skal velges en valgkomité på fem medlemmer.

Valgordning

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

Lokalforeningene blir tilskrevet direkte fra valgkomiteen. De foreslåtte kandidatene skal være forespurt og ha akseptert at de tar imot valg.

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

Forslag til kandidater

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

Forslag på medlemmer til valgkomiteen sendes representantskapets ordfører Trond Grindheim **innen 1. september** på e-post: trgrindh@online.no. Eventuelt per post til adresse: Nordre Nattlandsfjellet 15, 5098 Bergen.

Alle andre forslag på kandidater bes sendt leder av valgkomiteen Inger-Johanne Nyland **innen 20. mai** på e-post: inger-johanne@tsmg.no. Eventuelt per post til Inger-Johanne Nyland, TSMG Madlagården AS, Postboks 633 Madla, 4090 Hafslund.

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



Meld deg på som utstiller før 25. februar

– spar kr 2500,- på påmeldingsavgiften!

NTFs landsmøte og Nordental er tilbake på Norges Varemesse, Lillestrøm. Utstillerne på Nordental består av leverandører av produkter og tjenester til tannhelsetjenesten.

Som utstiller treffer du nærmere 4000 profesjonelle besøkende fra hele den private og offentlige tannhelsetjenesten: Tannleger, tannhelsesekretærer, tannteknikere, tannpleiere og andre i bransjen

Hvorfor delta på Nordental:

- øke salget og styrke profileringen
- lansere og teste ut nyheter
- pleie dine kunder og få nye kontakter
- få oversikt over konkurrentene og deres aktiviteter
- delta i det sosiale fellesskapet under landsmøtet
- være en aktiv del av dentalbransjens viktigste møteplass

For nærmere informasjon kontakt:

Norwegian Promotion Group AS

May Britt H. Bjerke, may-britt@npg.no tlf: 90 15 38 39 eller
Katrin Andersen, katrin@npg.no tlf: 93 44 52 72



Meld ditt firma på i dag, og bli med på denne viktige møteplassen for bransjen!
2. – 4. november 2017 – Norges Varemesse. www.NTFslandsmote.no

ZENDIUMPRISEN TIL FOREBYGGENDE TANNHELSEARBEID

God tannhelse er viktig for den enkelte og for samfunnet, men god tannhelse kommer ikke av seg selv. Forebyggende tannhelsearbeid har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Zendium vil fortsette å oppmuntre til nyskapende forebyggende tannhelsearbeid. Zendiumprisen gis til personer eller grupper som vil «gjøre en forskjell» innen forebyggende tannhelsearbeid.

For 2017 deler Zendium ut NOK 60.000 og prisen er åpen for alle typer prosjekter i Norge eller prosjekter i utlandet ledet av norsk tannhelsepersonell. Prisvinneren kåres av en komité som er uavhengig av Zendium, og prisen deles ut under Samfunnsodontologisk Forum i Fredrikstad 6.-8. juni 2017.

ZENDIUM- PRISEN 2017

Send en kort prosjektbeskrivelse til torbjorn@wikos.no.
Søknadsfrist er onsdag 20. mai 2017 kl. 20.00. Spørsmål rettes samme sted eller til Torbjørn Wilhelmsen, tlf 906 55 913

zendium
STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR



Dødsfall

Folkert Seetzen, f. 23.10.1973, tannlegeeksamen 2001, d. 30.12.2016
Ivar Mjör, f. 18.09.1933, tannlegeeksamen 1957, d. 6.01.2017
Kirsti Høisæter, f. 18.11.1967, tannlegeeksamen 1966, d. 07.01.2017

Fødselsdager

80 år

Nils Erik Grønn, Kristiansands, 5. mars
John Ulann Widding, Sandnes, 24. mars

75 år

Thor Jan Unhammer, Flekkefjord, 27. februar
Erling Iveland, Haugesund, 6. mars
Stein Haugen-Flermoe, Kristiansund, 9. mars
Finn Middelthun, Tau, 14. mars
Bjørn Brobakken, Oslo, 15. mars
Rolf Ten Hooven, Oslo, 17. mars
Ellen Hole Jordanger, Balestrand, 18. mars
Bjørn Falch Andersen, Bekkestua, 19. mars
Bjørn Arntzen, Fredrikstad, 20. mars
Tore Severeide Johansen, Moss, 21. mars
Gunnar Bengt Vegsgaard, Ski, 22. mars

70 år

Sissel Grønning Haram, Stavern, 1. mars
Vibeke Elisabeth Kjærheim, Oslo, 9. mars
Eivind Sæteren, Slidre, 20. mars

60 år

Tom Bjarne Grøstad, Oslo, 27. februar
Anne Coll Langvik, Greåker, 28. februar

Roy Kristiansen Væg, Jar, 15. mars
Tore Prestvold, Hommersåk, 21. mars
Per Hagen, Oslo, 24. mars

50 år

Katja Franke, Mandal, 26. februar
Jan Erik Lloyd, Skien, 2. mars
Anne Skadal, Drøbak, 23. mars

40 år

Thomas Nordhammer, Ski, 26. februar
Elisabeth Ulvik Haug, Oslo, 28. februar
Sondre Villanger Håland, Manger, 2. mars
Camilla Kringen Mæland, Førresfjorden, 3. mars
Anna-Karin Abrahamsson, Kråkerøy, 6. mars
Muayad Khalid Ali, Drammen, 6. mars
Kamaljeet Kaur Kalsi, Rødberg, 9. mars
Lasse Andreas Fasting, Oslo, 12. mars
Silja Maria Gravelseter, Nesttun, 15. mars
Monika Zelionkiene, Stjørdal, 17. mars
Sigurd Schneider, Moss, 18. mars
Jasdeep S. Ohri, Oslo, 19. mars
Synne Ovanger Reiremo, Tomasjord, 20. mars
Ellen Hansteen Nakling, Sandnes, 21. mars
Laszlo Kalmár, Hammarstrand, Sverige, 23. mars
Hans Kristian Ognedal, Stavanger, 23. mars

30 år

Ali R. Karagöz, Mjøndalen, 1. mars
My-Loan Thi Nguyen, Oslo, 1. mars
Markas Irlinas, Sandnes, 6. mars
Andreas Lassen Grov, Eggesbønes, 8. mars
Marte Svahn Dæhlin, Sogndal, 9. mars
Astrid Engan Mehl, Lillesand, 9. mars

Sara Nordevall, Oslo, 9. mars
Marianne Lund, Harstad, 11. mars
Tora Konstanse Strømmen, Bergen, 12. mars
Tone Rekeland, Stavanger, 13. mars
Panagiota Papadakou, Bergen, 14. mars
Kristine Tørnes, Gvarv, 14. mars
Farial Batul, Oslo, 18. mars
Vilde Hjeltnes Langdal, Koppang, 18. mars
Fredrik Stehouwer Hundsnes, Fyllingsdalen, 23. mars
Diba Payandeh Rad, Oslo, 23. mars
Randi Pauline Gåskjønli, Mo i Rana, 24. mars

Dødsfall

Sekretariatet får dessverre ikke automatisk beskjed om dødsfall. Vi ber derfor medlemmene være behjelpelig med å gi NTF beskjed når en kollega er gått bort. Vennligst kontakt NTF, tlf. 22 54 74 00 eller e-post: post@tannlegeforeningen.no.

Fødselsdager

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

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



Ivar Andreas Mjør

Professor Ivar A. Mjør var en av de få norske tannleger som var anerkjent internasjonalt som en megastjerne innen odontologisk forskning. Antallet på hans vitenskapelige og populærvitenskapelige publikasjoner er høyt, og han publiserte lenge etter at han ble pensjonist. Like betydningsfullt var også de mange andre fagoppgavene som Ivar påtok seg. Han var mentor for flere generasjoner av yngre forskere, hvorav mange senere virket ved fakultetene i Oslo og i Bergen. Han var fagfelle og redaktør i norske og internasjonale fagtidsskrifter, hvor hans viktigste verktøy alltid var en seks cm lang blyant som ble brukt særdeles flittig. I tillegg favnet Ivar vidt over hele verden som kursholder, foreleser og medlem av en rekke bedømmelseskomiteer. Mange har hatt gleden av å oppleve Ivar som en kunnskapsrik og uredde debattant i fagdiskusjoner.

Ivar hadde sin tannlegeutdanning fra Dundee i Skottland som på denne tiden var en del av det ærverdige University of St Andrews, med alle dets nedarvede tradisjoner siden 1410. Ivar mimret femti år senere i Gainesville, Florida, der han og Birgit hadde kjøpt hus midt på en golfbane, at til tross for at han som student den gangen bodde praktisk talt på golfsportens hellige marker, det vil si The Royal & Ancient Golf Club of St Andrews, hadde han aldri blitt bitt av golfbasillen. Tennis og turgåing i skog og mark derimot var hovedaktivitetene.

Etter studiene i Skottland fulgte ett år som militærtannlege før han i 1959 fikk stipend for å reise til University of Alabama i Birmingham, USA for videre studier. Et forbilde i så måte og en døråpner var hans storebror Sigurd Peter, som ble tannlege ved Tufts University i Boston i 1949. I Alabama kvalifiserte Ivar seg først til en mastergrad innen pedodonti, og deretter tok han nok en mastergrad i anatomi året etter. Alle-

rede som stipendiat arbeidet han med histologistudier av effekten av biomaterialer på dentin og pulpa samt studier av periodontalt kjevebein. Tilbake i Norge i 1961 ble Ivar ansatt ved Odontologisk institutt for eksperimentell forskning, et institutt som var opprettet 10 år tidligere under navnet Det odontologiske forskningsinstitutt og ledet av professor Birger Nygaard-Østby. Nygaard-Østby var en etablert forsker innen sykdommer i pulpa og periodontiet og en viktig veileder for Ivar mens han fullførte sine doktorgradsarbeider. I 1967 fikk Ivar sin doktorgrad med en avhandling med tittelen «Studies of Normal and Experimentally Altered Human Coronal Dentine Using Hardness Tests, Microradiography and Various Staining Procedures».

På sekstitallet var forbildene til Ivar de to eminente pulpa-forskerne Kåre Langeland i Connecticut og Harold R. Stanley i Gainesville. Sjeldent er det så åpenbart at fremskritt innen forskning ikke skjer når alle er enige, men derimot når det råder total uenighet. Disse to antagonistene unnlot ikke, hvis anledningen bød, seg å holde knivskarpe verbale dueller hvor man påberopte seg sannheten ved å påpeke svakheter ved den andres eksperimentelle pulpastudier. Konfrontasjonene var kanskje underholdende for de uinnvidde, men for unge gryende forskere var slike konfrontasjoner av uvurderlig læringsverdi. Ryktene vil ha det til at heller ikke Nygaard-Østby var utydelig hvis han var faglig uenig med noen. Det er ikke usannsynlig at Ivar ble noe påvirket av sine rollemodeller fra denne tiden, sett i lys av å ha erfart hans engasjement i mange fagdiskusjoner. Det var mer enn en gang Ivar minnet oss yngre kolleger om at det var bedre å få kritikken etter en presentasjon på en forskningskonferanse før innsendelse av manus til publikasjon, enn å få høre i ettertid at studiedesignet og for-

tolkningen av observerte målinger i en publisert artikkel egentlig var undermåls.

Begynnelsen på sekstitallet var en brytningstid for odontologien i Norge med opphevelse av lov om Norges Tannlegehøgskole og lov om odontologisk embedseksamen 1959, samt opprettelse av nye odontologiske fakulteter ved universitetene i Oslo i 1959 og i Bergen fra 1962. Fra 1966 ble tannlegestudiet endret fra å være fireårig til femårig, og samme år sto den nye prekliniske odontologibygningen klar på Blindern. Ivar ble tilsatt først som dosent ved Odontologisk institutt for anatomi i 1968, og deretter som professor og instituttleder fra 1970. Nordisk råd besluttet rundt denne tiden å opprettet et nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) og Ivar ble invitert til å lede instituttet. Han tok derfor permisjon fra universitetet fra 1972 for å bygge opp NIOM, og sammen med dyktige forskere bidro Ivar til at NIOM relativt raskt ble internasjonalt anerkjent innen utprøving av og forskning på dentalmaterialer. Han avsluttet sitt professorat ved universitetet i 1979, og fortsatte deretter som leder av NIOM helt frem til 1993. I 1993 aksepterte Ivar et tilbud om et professorat fra University of Florida, og han virket i Gainesville frem til han ble pensjonist i 2008.

Vi kjenner ikke eksakt antallet på Ivars vitenskapelig og populærvitenskapelige publikasjoner. I boka om norske tannleger fra 1998 er det oppgitt av Ivar selv «*utover lærebokbidrag dessuten 256 publikasjoner*». En kan anta at han publiserte minst 293 (Pubmed), muligens 496 (Publish-or-Perish) og kanskje enda flere (Google Scholar) vitenskapelige artikler. Hans primærforskning ble sammenfattet i de åtte lærebøkene som Ivar forfattet til dels med andre forfattere, det vil si *Histology of the Human Tooth* (1973), *Reac-*

tion Patterns in Human Teeth (1983), Dental Materials: Biological Properties and Clinical Evaluation (1985), Human Oral Embryology and Histology (1986), Modern Concepts in Operative Dentistry (1988), Dental Amalgam and Alternative Direct Restorative Materials (1997), Advances in Glass-Ionomer Cements, (1999) og Pulp-Dentin Biology in Restorative Dentistry (2002). Den siste boka var for øvrig dedikert til hans forbilde Harold R. Stanley, «For a lifetime of contributions to the field of pulp pathology».

Parallelt med sin vitenskapelig produksjon påtok Ivar seg tidkrevende arbeid i NTF og i flere internasjonale faglige organer, hvorav de tre største var ISO, FDI og IADR. Etter opprettelsen av NIOM bidro han og andre medarbeidere med å utarbeide internasjonale standarder for dentale biomaterialer gjennom International Organization for Standardization (ISO).

I tilknytning til denne virksomheten ble han involvert i Federation Dentaire Internationale (FDI) først som medlem og deretter som leder av Commission on Dental Materials, Instruments, Equipment and Therapeutics frem til 1977. I samme organisasjon fortsatte han deretter som leder av Commission on Commissions. Navnet var snodig, men oppgavene var derimot viktige – det gjaldt å slanke FDI for å unngå konkurs. Sammen med Per Åke Zillén som ble tilsatt som ny executive director i 1990 gjennomførte de en kraftig

slankekur og reorganisering av organisasjonsstrukturen. Ivar ble senere æresmedlem i FDI for dette arbeidet. Også i International Association for Dental Research (IADR) markerte Ivar seg, først som president i IADR Dental Materials Group, og deretter i IADR Board of Directors og ble til slutt valgt som president for IADR i 1986.

Ivars forskning kan grovt inndeles i tre faser. De ble innledet med studier av ulike tannvev under varierende eksperimentelle betingelser, etterfulgt av NIOM-perioden med laboratorie- og klinisk forskning på dentale biomaterialer og mange forsøk på å korrelere laboriestudier med klinikk og med avsluttende fokus i Gainesville som pådriver for minimal-intervensjoner innen tannfyllingsterapi. En viktig premiss for Ivar var at kliniske studier bare genererte data med klinisk relevans dersom de var utført under realistiske kliniske forhold. Derfor ble alle de kliniske studiene som ble initiert fra NIOM på sytti- og åttitallet, utført blant allmentannlegene og det lenge før betegnelsen «practice-based research networks (PBRN)» var allment kjent. Et typisk fyndig uttrykk fra Ivar var «*Statistically significant but clinically irrelevant!*». Ivar var mektig stolt over at han hadde bidratt til å overbevise det amerikanske forskningsorganet, National Institutes of Health (NIH), om å finansiere godt over 100 millioner dollars til å etablere seks store dentale PBRN nettverk i USA rundt 2005.

De norske forskere han arbeidet sammen med innen anatomi var hovedsakelig Erik Dahl, Randi Furseth Klinge, Arild Stenvik, og Leif Tronstad, og noe senere, Ellen Haugen. På midten av syttitallet ble både Ole Skogedal og Tore Lervik veiledet til gradsarbeider om pulpa. Etter hvert kom det artikler om biomaterialer forfattet sammen med andre forskere på NIOM, fortrinnsvis Arne Hensten, Svein Espesvik, Eystein Ruyter, Inger Nordahl og Dag Ørstavik. Han arbeidet også sammen med norske forskere på andre områder, eksempelvis sammen med Nils Roar Gjerdet, Synnøve Heide, Karin Heyeraas og Bjørn Zachrisson. Ivars opptatthet av å etablere prekliniske laborietester som skulle predikere klinisk holdbarhet dreide seg i stor grad om å klarlegge hvorfor kroner og tannfyllinger må revideres og hvordan unngå sekundærkaries. I en tidlig fase involverte dette samarbeid med blant andre Anne Bjørg Tveit, Reidun Åsenden og Harald Eriksen og etter hvert også de to yngste medforfatterne av denne artikkelen.

Sammen med mange andre over hele verden er vi dypt takknemlige for det Ivar har bidratt med og for å ha hatt muligheten til å samarbeide med Ivar.

Asbjørn Jokstad, Jon Einar Dahl, Randi Furseth Klinge, Arne Hensten, Arild Stenvik

Ivar Andreas Mjør

Ivar A. Mjør ble født 18. september 1933 og sovnet stille inn 6. januar i år. Både norsk og internasjonal odontologi har dermed mistet en høvding som har bidratt på en rekke områder. Han var æresmedlem i NTF og mottok utallige internasjonale priser og utmerkelse. Vi som hadde gleden av å samarbeide med ham, har minner om en inspirerende, energisk, direkte og aktiv leder.

Ivar var utdannet cand.odont. fra Dundee i Skottland i 1957. Etter plikt-

tjeneste her hjemme begynte han allerede et par år senere på videreutdanning ved University of Alabama, og dermed startet hans odontologiske virke på begge sider av Atlanteren. Allerede i 1963 ble han medlem av NTFs fagnemnd, og formann i perioden 1967–71. Ikke nok med det – han var samtidig medlem i Oslo Tannlegeselskaps fagnemnd. Etter at han gikk ut av fagnemnda i 1971, startet karrieren som redaktør av NTFs Tidende. I løpet av denne tiden var han også redaktør

av Acta Odontologica Scandinavica.

Året etter fikk han bistand til redaksjonsarbeidet i NTF da Bente Rohde Try ble ansatt i en stilling som skulle deles mellom redaksjonen og kursvirksomheten. I 1973 foretok han en omfattende endring av Tidendes utseende med nytt format, ny layout og forside i farger. Bemanningen ble imidlertid etter hvert uholdbar, og Mjør foreslo derfor å ansette redaktør



i hel eller 2/3 stilling for fire år. Dette forslaget ble lagt frem for NTFs representantskap i 1981.

Dette året skulle det også velges nytt hovedstyre. Leif Arne Heløe var vise-president og innstilt som ny president. Men så kom politikken i veien da Heløe ble utnevnt til sosialminister kort tid før han skulle velges. Nå var gode råd dyre. Valgkomiteen fant imidlertid ut at Mjør kunne være en habil kandidat.

– Jeg husker ikke om jeg svarte umiddelbart, men jeg trengte ikke lang betenkningstid, sa han i et intervju om sin tid som president.

– Jeg var instituttsjef på NIOM og hadde dermed ledererfaring, og jeg var redaktør av NTFs Tidende, slik at jeg kjente foreningen ganske godt. Ikke så overraskende, for Ivar var mannen som var kjent for å ta raske avgjørelser.

Det var spesielt å velge en president som ikke hadde vært medlem av hovedstyret, men han ble enstemmig valgt av representantskapet. Noe som neppe ville blitt akseptert i dag, var at han på samme tid var *både* president og redaktør, helt frem til 1. august 1982 da Berit Heløe overtok som den første ansatte redaktør i Tidende.

Det var ikke bare presidenten som var ny i det hovedstyret som tiltrådte 1. januar 1982, bare ett av medlemmene hadde vært med tidligere. Den første store saken dreide seg om arbeidsmarkedet fordi det var tegn til arbeidsløshet blant tannleger. NTF foreslo derfor at utdanningskapasiteten burde reduseres med 30 prosent. Den ble faktisk redusert med 15 prosent dette året, og hovedstyret oppnevnte et

arbeidsmarkedsutvalg som fikk i oppdrag å følge utviklingen og foreslå tiltak. Presidenten kom på TV i beste sendetid og snakket om arbeidsløse tannleger, noe som resulterte i at interessen for studiet ble temmelig laber, og strykprosenten økte. Da det etter en tid viste seg vanskelig å besette offentlige tannlegestillinger i utkantstrøk, ble studiekapasiteten et tema for mange diskusjoner.

Den neste store saken i Ivar A. Mjørs presidentperiode var NTFs 100-årsjubileum i 1984, med storstilt feiring og mange arrangementer. Han mintes at han holdt tretten offisielle taler i løpet av festdagene, og det han husket best var åpningen i Oslo Konserthus med kong Olav til stede. Men han ble litt skuffet over at pressen ikke var særlig interessert, verken i åpningen, landsmøtets faglige program eller jubileumsutstillingen i Oslo rådhus.

Men det skjedde mer i 1984; 1. januar dette året trådte lov om tannhelsetjenesten i kraft. Det gjorde også NTFs nye struktur, som med de to ervervsgruppene, OTE og PTE (henholdsvis offentlige og private tannlegers ervervsgruppe), var tilpasset loven. På denne tiden var det konflikter mellom offentlig og privat sektor i Norden, og det var viktig å holde foreningen samlet. I denne prosessen var det trolig en fordel å ha en president som var forsker og ansatt på NIOM, og som ikke sto midt i interessekonflikten. Mjør virket dermed samlende. Ervervsgruppene er nå historie og loven står kanskje for fall, men NTF er fortsatt én forening, som samler alle tannleger i landet.

En sak som pågikk i hele perioden mens Ivar Mjør var president, var «amalgamkrigen». Som sjef på NIOM hadde han gode fagkunnskaper om amalgam og eventuelle bivirkninger av kvikksølv. Det vanskelige var å finne midde at toksisitet handler om dose. Han har sagt at han aldri kom godt ut av det med kvinnelige svenske journalister som var upåvirkelige for argumenter. Historien har vist at amalgam ble et tema også for de presidentene som etterfulgte Mjør. Men i dag er også amalgam historie.

Etter at Ivar A. Mjør var ferdig med sin presidentperiode i 1985, fortsatte han som instituttsjef ved NIOM frem til 1993. Som sekstiåring var det selvsagt ikke aktuelt for et slikt overskuddsmenneske å pensjonere seg. Da bar det til USA der han ble professor ved College of Dentistry, University of Florida, der han fortsatte sitt virke i kjent stil til han flytte tilbake til Norge rundt 2010.

Nevnes må også at han har sittet i ledelsen for IADR (International Association for Dental Research) og var president i 1986.

Det er med stort vemod vi må erkjenne at Ivar ikke er blant oss lenger. Våre tanker går til hans kjære Birgit og øvrige familie. De skal vite at Ivar har gjort en veldig verdifull innsats for tannlegestanden og for norsk og internasjonal odontologi. Han vil bli husket av alle som hadde gleden av å samarbeide med ham. Vi lyser fred over hans minne.

Morten H. Rolstad og Reidun Stenvik

Etterutdanning / arbeidskurs for tannhelsesekretærer:

Assistanse ved sedasjon med lystgass og benzodiazepiner i tannlegepraksis

Vi inviterer tannhelsesekretærer til arbeidskurs i bruk av sedasjons-teknikker som er aktuelle i tannlegepraksis. Spesielt vil betjening og bruk av lystgassapparaturl bli vekt-lagt.

Kurset er svært egnet for tannhelse-sekretærer som arbeider sammen med tannleger som har lisens for sedasjon med lystgass.

Kursansvarlige

Professor Tiril Willumsen, Det odonto-logiske fakultet, UiO

Klinikk-sjef Anne Rønneberg, Det odontologiske fakultet, UiO

Tannpleier Johanne Bye, Det odon-tologiske fakultet, UiO

Klinikk-koordinator Anne Marit Arnesen, Det odontologiske fakultet, UiO



Sted

Det odontologiske fakultet, UiO

Tid

Lørdag 22.april 2017 kl. 0900 – 1630

Antall deltakere

Maks 21

Kursavgift

Kr 4 500

Påmelding

Påmeldingen skal inneholde opplys-ninger om navn, adresse, utdannings-nivå og -år, nåværende stilling og en kort begrunnelse for å delta på kurset. Tannhelsesekretærer i Den offentlige tannhelsetjenesten bør vedlegge god-kjenning fra klinikk-sjef/fylkestannlege.

Påmeldingsfrist

1. mars 2017

Kontaktperson / kurs koordinator

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



Bente Roestad

Max og Bronto på tannklinikken

Isamarbeid med Norsk Tannvern har Bente Roestad og illustrør Håkon Lystad gitt ut et hefte om det første besøket på tannklinikken. Den lille boken handler om alt som skjer fra Max står opp om morgenen, besøket på tannklinikken, dagen i barnehagen etterpå, og kvelden hjemme før han sovner. Boken er tenkt brukt til høytlesning for små barn. Den koster kr 129,- og kan bestilles på norsktannvern.no.



Vi styrker vårt servicesenter!

RING: 38 27 88 88
Mail: post@dentalnet.no

Ett servicesenter - ett telefonnummer!

ALLTID SVAR - ENKLERE - SIKRERE

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

Kontakt derfor vårt servicesenter, som straks vil aktivere oppdraget, uansett hvor i landet du er.



dental sør  

OPPLEV 1. KLASSE

Riffat, Åse og Jorunn



Har vi dine opplysninger?

Det er mange grunner til at det er viktig for deg som medlem at du er registrert med riktige opplysninger i NTFs medlemsregister. Er du registrert med riktig adresse mottar du det du skal fra NTF.

For at du skal være registrert i riktig lokalforening er det avgjørende at du er registrert med riktig arbeidssted i NTFs register.

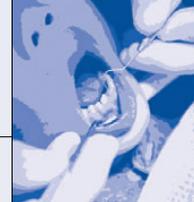
Husk å oppdatere NTF når du bytter arbeidssted, bosted eller får ny e-postadresse eller telefonnummer.

Du kan både sjekke og enkelt oppdatere dine opplysninger på www.tannlegeforeningen.no under Min side. Hvis du trenger hjelp til å gjøre endringer kan du sende en e-post til endring@tannlegeforeningen.no eller ringe 22 54 74 00 for å få hjelp over telefon.

Takk for at du hjelper oss med å kunne gi deg god medlemservice.



Den norske
tannlegeforening



■ 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 Arash Sanjabi

Tannhelsesenteret Lørenskog AS
Skårersletta 10
1473 Lørenskog
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70
Faks 67 91 72 01

Tannlege Johan Ulstad

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

Tannlege Berit Aanerød

Vestbytorget Møllev. 4
1540 Vestby
Tlf./faks 64 95 16 40
Jobber også her:
Torget 1
3256 Larvik
Tlf. 33 18 44 24

AUST-AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman

Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37025533
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

BUSKERUD

Bragernes Endospesialist As

Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32899860
Faks 32899861
Tar i mot funksjonshemmede

Tannlege Unni Endal

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 implantatprotetik
Dronningen Tannklinikk As
Dronningensgt 30
8006 Bodø
Tlf: 75506440
post@dronningentannklinikk.no
www.dronningentannklinikk.no

OPPLAND

Tannlege Veslemøy Linde

Mjøstannlegene
Trondheimsvn. 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 Årving og Cecilie Herbjørnsen
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhusmann.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@galleriosloklippen.no
www.galleriosloklippen.no
Svært nær buss, tog og trikk. P-anlegg i kjeller. Heis opp til klinikk.

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

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 anestesi

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

Stovner Tannlegesenter DA
Tannlege Thomas H. Myrhaug
Stovner Senter 7
0985 Oslo
Tlf. 22 78 96 00
Faks 22 78 96 01

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:
Smerteutreding
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 Lene Thestrup Rikvold
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
e-post: firmapost@raadhusmann.no

Tannlege Homan Zandi
Tannlege Andre Roushan
Tannlege Trude Bøe
Spesialister i endodonti
Parkveien 60
0254 Oslo
Telefon: 22 44 18 11
Faks: 22 44 18 12
www.homan.no
homan@zandi.no

ROGALAND

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

Tannlege Elisabeth Samuelsen
Rogaland Spesialisttannklinikk
Tk Vest avd. Rogaland
Torgveien 21 b, 3. etg.
4016 Stavanger
Tlf. 51 92 70 00
elisabeth.samuelsen@throg.no

SØR-TRØNDELAG

Tannhelse Melhus AS
Spes. endodonti Eivind Skaar
Melhusvegen 451, 7224 MELHUS
Tlf. 72 87 90 10
post@tannhelsemelhus.nhn.no
www.tannhelsemelhus.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
Telemarksvn. 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 20

TROMS

Tannlege Anne Kjæreng
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

VEST-AGDER

Tannlege Cesar Ariastam
Nordmo Tannlegesenter
Industrigata 4
PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Fax 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no

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

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

VESTFOLD

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

ØSTFOLD

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

■ 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@raadhusmann.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-Knutson
Dyrendal tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13c
1778 Halden
Tlf. 69 21 10 60
Faks 69 21 10 61
bamse@tannlegene.no

■ KJEVEORTOPEDI

AKERSHUS

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

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

SpesDent Romerike
Tannlege Marianne Jentoft Stuge
(også skjult tannregulering for voksne)
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
kontakt@spesdentromerike.no

Tannlege Kristin Aanderud-Larsen
Gartnerveien 1
1394 Nesbru
Tlf. 66 98 11 00
post@tannreguleringas.nhn.no
kr-aan@online.no
www.tannreguleringas.no

AUST-AGDER

Tannlege Axel Bergman
Spesialist i Kjeveortopedi
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37025533
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

MØRE OG ROMSDAL

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

OSLO

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

SpesDent

Tannlege Marianne Jentoft Stuge
(også skjult tannregulering for
voksne)
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Tlf 22 95 51 00
post@spesdent.no
Spesdent.no

Tannlege Håkon Haslerud Høimyr

Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Hjemmeside: sveinhoimyr.no

Tannlege Svein Høimyr

Akersgata 36, 0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02

Tannlege Kim Christian Johansen

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5 C, 0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
kim@tannogkjeveklinikken.no
Tlf. 22 21 42 22

Kjeveortoped Magnhild Lerstøl

Sørkedalsveien 90 B
0787 OSLO
Tlf. 22 52 24 00
magnhild@reguleringstannlegen.no

Tannlegene Hassan Zarbakhsh Movahhed og Siv Myrland

Oslo Tannregulering Avdeling
Linderud, Linderud Senter
Erich Mogensøns vei 38, 0517 Oslo
Postboks 14 Linderud
Tlf. 22 88 36 00
Mobil 48 04 51 17

Oslo Tannregulering Avdeling

Mortensrud
Senter Syd Mortensrud
Lofsrudveien 6
1281 Oslo
Tlf. 22 62 91 20
Mobil 48 04 51 17
www.oslo-tannregulering.no
post@oslo-tannregulering.no

Dorita Preza, PhD

Spesialist i kjeveortopedi
Adamstuen tannhelseklinikk
Ullevålsveien 82B
0454 Oslo
Tel: 22 46 79 32
E-mail: post@adamstann.nhn.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

Bærum Oralkirurgi

Spesialistpraksis i oral kirurgi og oral
medisin
Kjevekirurgi, Implantatbehandling,
Snorkebehandling
Oralkirurg Fredrik Lindberg DDS,
overtannlege og spesialist i oralkirurgi
og oralmedisin
Oralkirurg Bengt Ahlsén DDS

Professor Mats Jontell DDS, spesialut-
dannet i oralmedisin
Sandvika Storsenter, Servicebygget
3.etg. gamle delen.
Brodtkorbgate 7, 1338 Sandvika
Tlf. 67 56 66 66
post@baerumoralkirurgi.no
www.baerumoralkirurgi.no

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 Gøran 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

AUST-AGDER

Arendal Tannlegesenter

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

BUSKERUD

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 MNFT
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 Tannklinikk 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@spestorg.nhn.no

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
Tannlege Paula Frid, spesialist i oral
kirurgi og oral medisin
**Tannlege Dr. Odont, spesialist i oral
kirurgi Lado Lako Loro**
PB 605, 6001 Ålesund
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no

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

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

NORDLAND

Tanntorget Svolvær
Spes. oralkirurgi og oral med. Cecilie
Gjerde
Torget 1, 8300 Svolvær
Tlf. 76 06 67 90/Faks 76 06 67 91
tanntorget@yahoo.no

Tannlege Roar Karstensen
Oralkirurg
Implantatbehandling
Storgt. 1b, 8006 Bodø
Tlf. 75 50 65 10
rokarste@online.no

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 Høgevoid, dr.med., spes.
kjevekirurgi, generell kirurgi.
Telefon 22 44 15 35
henvisning@tannleger.com
www.tannleger.com

Festningen tannklinikk AS
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
**Spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael Mar-
ques da Silva**
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@raadhusmann.no

Galleri Oslo Klinikken
Tnl. Dr. odont Andreas Karatsaidis
Oral kirurgi & 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.

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 maxillofacial 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 klinikk AS

Spesialistklinikkk – 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 kirurgi/Implantatbehandling

Tannleger MNTF

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin

Ulf Stuge

Petter O. Lind

Marianne Tingberg

Hauk Øyri

Tlf. 22 95 51 03

Faks 22 95 51 10

www.spesdent.no

post@spesdent.nhn.no

Tannlege Gholam Soltani

Spesialist oral kirurgi

Oral kirurgi og implantatbehandling

Chr. Kroghsg. 2, 0186 Oslo.

Tlf. 22 17 65 66

ROGALAND

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,

Implantatbehandling

Attila Csillik

spesialist i oral kirurgi og oral medisin

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 medisin

Implantatkirurgi

Sola Tannlegesenter

Solakrossen 14, 4050 Sola

Tlf. 51 21 68 00

post@solatann.nhn.no

www.solatann.no

Tannlege Murwan Idris

spesialist i oral kirurgi

TK Vest, avd Rogaland

Torgveien 21B, 3 etg

4016 Stavanger

Tlf.nr. 51927000

murwan.idris@throg.no

www.tannhelerogaland.no/tkvest/

Tannlege Paul Åsmund Vågen

spesialist i oral kirurgi

TK Vest, avd Rogaland

Torgveien 21B, 3 etg

4016 Stavanger

Tlf.nr. 51927000

Paul.asmund.vagen@throg.no

www.tannhelerogaland.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@bakkettannlegekontor

SANDEN TANNHELSE

Oralkirurg Thomas R. Klimowicz

Implantatbehandling og henvisninger innen oralkirurgi

Kongens gate 60, 7012 Trondheim

Tlf. 73 52 71 73/Faks 73 50 41 97

post@sandentannhelse.no

www.sandentannhelse.no

Tannlegene i Munkegaten 9, Oral

kirurg Lars Zetterqvist

7013 Trondheim

Telefon 73 80 67 60

Tannlege Fredrik Ahlgren

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,

MSc Implant Dent.

Tannklinikken Dent AS

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

Dr. med., dr. med. dent. Christoph Ziegler

spes. i oral og maxillofacial kirurgi

ABC – tannklinikken, Idungården

Olav Tryggvasonsgt. 24,

7011 Trondheim

Tlf. 73528744,

www.abc – tannklinikken.no

TELEMARK

Skien Oralkirurgiske Klinikk 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 Tannklinikkk/Oralkirurgisk avdeling

Telemarksveien 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

Byporten 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.implantattenner.no

Tannlege Katja Franke

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

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 Björnsson
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
tonsbergoralkirurgi@gmail.com

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen

Kjevekirurg
Implantologi
Storgaten 33
3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
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, dr.odont. Jørn A. Fridrich-Aas

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

Tannlege Helge Lysne

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

Tannlege Tor Skjetne

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

AUST-AGDER

Tannlege Marianne B. Vangsnes

Spesialist i oralprotetikk/ implantat-
protetikk
Tannhelsetjenestens
Kompetansesenter Sør
Sørlandet sykehus Arendal
Postboks 783 Stoa
4809 Arendal
Tlf.37075300
Marianne.Vangsnes@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 Et 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 Jongsar
Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast- og avtag-
bar protetikk, implantatprotetikk,
rehabilitering, snorkeskinner og este-
tisk behandling
Kanalveien 64, 3 etg., 5068 Bergen
Tlf: 55550600
christine.jongsar@ok.uib.no
henvising@bergen-tannhelsesenter.no

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

Tannlege Kyrre Teigen
Askøy Tannlegesenter
Spesialist i oral protetikk Implantat-
protetikk og –kirurgi
Juvikflaten 14a
5308 Kleppestø
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333
Tilkost for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

MØRE OG ROMSDAL

**Apollonia Tannklinikk Tannlege, Dr.
odont. Ingvar Ericsson**
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Geir Kristiansen
Implantatprotetikk
Notenesgata 3
Postboks 606
6001 Ålesund
Tlf. 70 10 70 80 – Faks 70 10 70 81
geir@brotann.no

NORDLAND

Tannlege Are A. Moen AS
Spesialist i oral protetikk
Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
tannlege@snehvit.com
www.snehvit.com

OPPLAND

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

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS
**Tannlege, dr.odont. Hans Jacob
Rønold**
Implantatprotetikk
hjr@tannmedisin.no
Tannlege Roy Samuelsson
Implantatprotetikk
E-post: rs@tannmedisin.no
Trondheimsveien 275
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

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

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
Klingenberget 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, Kombi-
nasjonsprotetikk, Snorkeskinner
Slottsparkentannklinikk as
Parkveien 62, 0254 Oslo
Tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkentannklinikk.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.tannhelseogaland.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.tannhelseogaland.no/tkvest/

SØR-TRØNDELAG

Tannlege Eva Børstad
Spesialist i oral protetikk / implantat-
protetikk
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 / Implantat-
protetikk
Tverrfaglig samarbeid på klinikken
med oralkirurg, periodontist og kjeve-
ortoped.
Grønnegata 32, postboks 1142,
9261 Tromsø
Tlf 77 75 30 30
carlfredrik@grønnegata.no

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

VEST-AGDER

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

Tannlege Jon Nordmo
Implantatprotetikk
Industrigata 4
Postboks 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
post@tannlegenordmo.no
www.tannlegenordmo.no
www.implantattenner.no

VESTFOLD

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 Hamborg
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

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

■ PERIODONTI**AKERSHUS**

Bærum Oralkirurgi
Spesialist i periodonti **Sandra Bellagamba Tunbridge** MNTF
Mukogingival og regenerasjonskirurgi
Periodendisk behandling
Sandvika Storsenter, Servicebygget
3.etg. gamle delen.
Brodtkorbsgate 7, 1338 Sandvika
Tlf. 67 56 66 66
post@baerumoralkirurgi.no
www.baerumoralkirurgi.no

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
moenser@online.no
www.tannlege-enersen.no

Tannlege Marie Fjærtøft Heir
Strøket 9, 1383 Asker
Tlf. 66 78 97 47
Faks 66 75 93 33

Tannlege Berit Bae Lier
Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50

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

BUSKERUD

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Bjørn Elling Gulsvik, spesialist i periodonti
Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit, spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantat behandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi
Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Professor, dr.philos. Bjørn Frode Hansen
Nedre Storgate 11, 3015 Drammen
Tlf. 32 83 60 62

HEDMARK

Tannlege Lisa Gjovik Andresen
Postadresse: Torggata 83, 2317 Hamar
tlf.: 65534608
Besøksadresse: SpesTorg inng. fra 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
Valkendorfgate 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 periodental behandling
Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Klinikk77 AS
Kirkegata 77
2609 Lillehammer
Tlf. 61 24 00 04
post@k77.no
Tilgang for handicappede. Nær parkering, buss og tog.

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS
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 Tannlegesener AS

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

Majorstuen tannlegesenter

Spes.perio. tannlege Oscar Villa
All peridotittbehandling, 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
Muckogingival kirurg
Implantatkirurgi
Tannpleier Kristin Haugan
Parkveien 62, 0254 Oslo
tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkentannklinikk.no

Spesialistklinikk for Periodonti as

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

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

Tannlege, dr.odont. Inger Johanne Blix

Bogstadveien 51, 0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
Faks 22 56 68 30
ijblix@broadpark.no

Spesialist periodonti Ulla-Karin Engstrøm

Eckersbergsgate 30-32
0260 Oslo
Tlf. 22 44 71 69
ukengs@getmail.no

Tannlege Mette Gilhus Hillestad

Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
Faks 22 13 87 33
www.slemdal-tann.no

Prof. Odont. Dr. Jan Håkansson

Spesialist i perio.
Alt innen perio og implantater
Tann- og 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

Holbergsgt 22
4306 Sandnes
Tlf. 51 31 82 00
Faks. 51 31 82 01

Tannlege Øystein Fardal

Johan Feyersg. 12
4370 Egersund,
51 49 15 55
fardal@odont.uio.no

Tannlege PhD Rigmor S. Flatebø

Apollonia tannlegesenter Handelens
Hus, Klubbegaten 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
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 Ehnevid
Nedre Bakklundet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@baketannlegekontor.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@periotannklinikken.nhn.no

ØSTFOLD

Tannlege Lars Walle
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Gudes gate 1
1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00
Faks: 69 20 54 01
lawa@tanngaarden.nhn.no

■ SPESIALKOMPETANSE

■ IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med tryggestønad.

AKERSHUS

Dentales Tannklinikk Lysaker
Lysaker Torg 5
Tilgjengelig for bevegelseshemmede.
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no

Epost: lysaker@dentales.no
Tannlegene Arild Aarnseth og
Frank Wang Lauritzen
Samarbeider med spesialist i Oral
kirurgi og oral medisin Karl Iver
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 Gøran Widmark
Løkketangen 12a
1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
E-post: post@wangestad.no
E-post: www.lokketangen-tannlegesenter.no
Narkose/sedasjon/lystgass
Parkering i kjeller

Sandvika Tannklinikk
Implantatprotetikk
Tannlegene Brevik og Helling
Leif Tronstads plass 6
1337 Sandvika
Tlf. 67540939
postkasse@tannklinikken.com
www.tannklinikken.com

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl
Son Torg, Storgt. 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

Tannlege Per Opsahl
Tannhelsesenteret Lørenskog AS
Skårersletta 10
1473 Lørenskog
Tlf. 67 91 72 00/67 91 72 70
Faks 67 91 72 01

AUST-AGDER

Tannlege Cathrine Foldvik
Nygårdsgt 15
4792 Lillesand
Tlf. 37 27 23 22

BUSKERUD

FLESBERG TANNKLINIKK
Tannlege Knut Ekre
Postboks 14
3621 LAMPELAND
Tlf. 32 76 24 20
Åpningstid 815 til 1530 mandag til
fredag.
Kan ta imot funksjonshemmede.

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Bjørn Even Gulsvik
Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Jan Bommen
Nymoens tannlegekontor
Nymoens Torg 9
3611 Kongsberg
Tlf 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 Døvik
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no
www.drammenok.no

FINNMARK

Kolpus Tannklinikk Hammerfest AS
Tannlege Lise Kolpus-Pettersen
Implantatprotetikk
Lystgass/sedasjon ved tannbehandling
Kirkegata 12
9600 Hammerfest
Tlf: 784 11193
post@kolpustannklinikk.nhn.no
www.kolpustannklinikk.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 rulle-
stolbrukere

Tannlege Kyrre Teigen
Askøy Tannlegesenter
Spesialist oral protetikk
Implantatprotetikk og -kirurgi
Snorkeskinner
Juvikflaten 14a, 5308 Kleppstø
Tlf 56 14 20 14 / 900 77 333
Tilkomst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk
Tannlege 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
kjevkeirurg 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
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlege Niklas Angelus
Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69
nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag-fredag 8.30–
16.00
Mulighet for å ta imot funksjonshem-
mede

Tannlege Lars Rudel
Skolegata 14
7713 Steinkjer
Tlf. 74 16 14 17
lars.rudel@marsmail.de
Åpningstider 08:15–15:30 (17:30)
Tilgjengelighet for funksjonshemmede

Tannlege Espen Vekseth-Hahn
Kongeng gt 43
7713 Steinkjer
Tlf. 74 13 56 90
evkseth@yahoo.no
Åpningstider 0800–1530

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@gsteinsvillas.nhn.no
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelighet for funksjonshem-
mede.

Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll
Spesialist i periodonti
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss
Tlf. 61 19 14 81
sebstein@online.no

OSLO

Dentales Tannklinik 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@gallerioslokliviken.no
www.gallerioslokliviken.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 implantat-
protetikk
Din Tannklinik
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 Tannklinik DA
Harbitzalleen 2a
0275 Oslo
Tlf 22 06 49 90
E-post: hofftannlegen@online.no
Web: www.hofftann.no
Åpningstider : Man-Fre 08.00-16.00

Tannlege Siv Kristin Helgheim
Tannlege Parwana Naimy
Tann- og kjeveklinikk
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@tannogkjeveklinikk.no
www.tannogkjeveklinikk.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

Tannlegesenteret Løkkeveien
Implantatprotetikk
Tannlege Fredrik Kjellevoll
Løkkeveien 56, 4008 Stavanger
Tlf.: 51537540
tannlegekjellevoll@gmail.com
Web.-adr.: http://www.tsl56.no
Åpningstider: man.-fre., kl. 08.00–15.30.

Waage Tannlegesenter
Tannlege Fredrik Waage
Kjøpmannsbrotet 5, 4352 Kleppe
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
bvvagle@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-TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Kjell Ulsund
Kai Sandvik
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@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 Tannklinikk
Tannlege Tore Lervik lic.odont., MDS
Telemarksvegen 170, 3734 SKIEN
Tlf. 35 58 39 20
Faks 35 58 39 21

Tannlege Øystein Grønvold
Korvetten Tannklinikk AS
Torskebergveien 7, 3950 Brevik
Tlf. 35 57 02 32
Faks. 35 55 33 35
oystein@korvettentannklinikk.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
Direkteoppgjørsavtale med trygden

TROMS

ABA tannlegene
ved tannlege Johnny Øverby
(www.abatannlegene.no)
(post@abatann.no)
Helsehuset Sjøgt. 31/33
9008 Tromsø
Tlf. 77 65 10 30/94 89 40 00

Byporten Tannklinikk
Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Tannlege Bjørnar Rørstrand
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

Tannlege Tore Berset
Torvet Tannlegesenter AS
Torvet 1b, Postboks 44
9481 Harstad
Tlf. 77 01 94 90
Faks 77 01 94 91
post@torvet-tannlegesenter.no

VEST-AGDER

TANNPALÈET
Tannlege Mikal Heyeraas
Spesialkompetanse implantatprotetikk
Vestre strandgate 32
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 29 50
Faks 38 12 29 51
fellespost@tannpaleet.no

Torvgården Tannhelsesenter AS
Tannlege Steinar Osmundsen sr
Agnefestveien
4580 Lyngdal
Tlf. 38 34 44 80
Faks 38 34 44 20
post@torvtann.no
Åpningstider: Man-fre 08.00–16.00
Lørdag etter avtale
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Ragnar Boring
Vestre Tannlegesenter
Vestre Strandgate 42
4612 Kristiansand
Tlf. 38 12 06 66
Faks 38 12 07 60

Tannlege Egil Lind
Tannlege Egil Lind A/S
Gåseholmen Brygge
Postboks 275, 4554 Farsund
Tlf. 38 39 35 56
Solbygg Tannlegesenter A/S
Agder Allé 4
4631 Kristiansand
Tlf. 38 70 38 38

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@periotannklinikken.nhn.no

Tønsberg tannhelse
Tannlege MNTF Gisle Prøsch
Grev Wedelsgt. 10
3111 Tønsberg
Tlf. 33 37 98 03
Faks 33 37 98 19
gisle.proesch@gmail.com
www.tannhelse.no

ØSTFOLD

Privattannlegene AS

Tannlege Karlsen
Tannlege Jaavall
Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
Faks 69 31 32 15
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede.

Tannlegene i Vektergaarden

Tannlege Øystein J Andresen
Samarbeider med Periospesialist Jesper Zakrisson for implantat installasjon
Voldgata 10/11
1632 Gamle Fredrikstad
Tlf. 69 32 03 77
post@tannlegeneivektergaarden.no
www.tannlegeneivektergaarden.no

Tannlege Kai B. Hannestad

spesialist i oral protetik
Colosseum Fredrikstad Private
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
www.ftann.no

Tannlege Alf-Chr. Kloster-Jensen

Nygårdsgt.32, 1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 26 28
ac.kloster@broadpark.no

■ LYSTGASS

MØRE OG ROMSDAL

Apollonia Tannklinikk

Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre

Tannboden AS
Sandnessjøen
Tlf. 75 04 36 00
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

OSLO

Søyland Tannklinikk

Tannlege Espen Søyland
Karl Johans gate 16 B, 0154 Oslo
Telefon 22 42 98 98
Telefax 22 42 98 97
firmapost@soyland.no
soyland.no

SØR-TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Kjell Ulsund
Nedre Bakklandet 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

Bærum Oralkirurgi

Lege, spesialist i anestesi Jan Yuri Kazansky

Sedasjon og narkosebehandling
Sandvika Storsenter, Servicebygget
3.etg. gamle delen
Brodtkorbogsgate 7, 1338 Sandvika
Tlf. 67 56 66 66
post@baerumoralkirurgi.no
www.baerumoralkirurgi.no

Dentales Tannklinikk Lysaker

Tilgjengelig for bevegelsehemmede.
Lysaker Torg 5
Tlf. 67 12 90 00
www.dentales.no
Epost: lysaker@dentales.no

Tannlege Arild Aarnseth, spesialkompetanse i bruk av Sedasjon og Lystgass.

Samarbeider med anestesioverlege Stefan Hauptig.

Løkketangen Tannlegesenter

Tannlege Anders Wangestad

Samarbeider med dosent, spesialist i oralkirurgi Gøran Widmark
Løkketangen 12a
1337 Sandvika
Tlf. 67 52 16 00
Faks 67 52 16 05
post@wangestad.no
www.lokketangen-tannlegesenter.no
Narkose/sedasjon/lystgass Parkering i kjeller

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 anesthesi 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 anesthesioverlege 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.implantattanner.no

VESTFOLD

Tannlegene Rossen Nikolov, Simen Lauritzsen og Petter Lauritzsen
Samarbeider med anesthesioverlege
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

■ 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 annonserere 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

TannAtelieret DA, Tannlege Bjørn Hogstad (MNTF)
Øvre Slottsgt 18–20
0157 Oslo
Telefon 22 42 04 16
www.tannatelieret.no
resepsjon@tannatelieret.no
Mottar kollegiale henvisninger for utredning og behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg til avdeling for interdisiplinær utredning/behandling av kroniske smerter i ansikt, kjeve, hode, nakke og rygg

Avdeling for patologi, Rikshospitalet

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi
Spesialkompetanse i oralpatologi
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36
solheim@odont.uio.no
Tannlege, Phd Tine Søland
Telefon: 22 84 03 76
tinehe@odont.uio.no

SpesDent

Spesialistklinikken
i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Spes. i oral kirurgi og oral medisin
Petter O.lind,
Spes. i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Stuge
Spes. i oral kirurgi og oral medisin
Marianne Tingberg
Spes. i oral kirurgi og oral medisin
Hauk Øyri
Spes. oral protetik Knut Øverberg
Spes. oral protetik Henrik Skjerven
Spes. endodonti Thomas H. Myrhaug
Tlf. 22 95 51 00
Faks 22 95 51 10
www.spesdent.no
post@spesdent.no

FAGPRESSEN

Presseorganisasjonen for fagblader, tidsskrifter og magasiner

240 av
landets
ledende
blader
er med...



Det beste av mangfoldet!





VISSTE DU AT DU IKKE TRENGER Å BRUKE SALT FOR Å FÅ MER SMÅK PÅ MATEN?

Mange av oss salter maten for å tilføre smak. Litt salt kan fort bli til mye salt. Bytter du ut saltet med friske krydderurter eller tørket krydder, gir du maten både spennende og god smak. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

TORGET TANNKLINIKK I LILLEHAMMER

Tannlege søkes til en trivelig, moderne og velutstyrt klinikk med god pasientgrunnlag. Søknad, CV og eventuelle spørsmål sendes til

Torgettannklinikk@gmail.com eller kontakt Vu 95923214.

Tannlege søkes til Trondheim

Tannlege søkes til svangerskapsvikariat i Trondheim. Moderne tannklinikk med trivelige kollegaer og 2 egne beh.rom.

100% stilling fra juli 2017. Mulighet for utvidelse i deltidsstilling. Minst 1 års erfaring er ønskelig. Må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Ved interesse eller spørsmål, ta kontakt på mail: tannlegevikar@gmail.com.

Trondheim/Heimdal

Søker tannlege i 80% stilling til svangerskapsvikariat fra mai 2017 til april 2018. Fordel med klinisk erfaring. Nyoppussede lokaler, OPG, Opus, 3 tannleger i samme lokale. For mer informasjon eller utvidet stillingsannonse, ta kontakt tann@online.no, tlf. 72846810. Hjemmeside: www.tannlegesolheim.no



TANNHELSE
ROGALAND

Oral kirurg, Stavanger

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland og kompetansesenteret noe for deg

Arbeidsoppgaver vil være spesialisttannbehandling, kompetanseoppbygging og tverrfaglig rådgivning til offentlig og privat tannhelsetjeneste samt deltakelse i desentralisert spesialistutdanning.

Ta gjerne kontakt med overtannlege Marika Hæreid tlf. 908 92 250 eller fylkestannlege Helene Haver tlf. 994 10 782 for mer informasjon.

Søknad sendes via tannhelserogaland.no innen 3. mars 2017.



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Vest / Rogaland



Tannlege med erfaring søkes til travel praksis 1 time utenfor Oslo og 10 minutter fra Hamar

Stange Tannhelse i samarbeid med tannlege Anders Furusetth består i dag av 3 tannleger, 1 tannpleier, 1 oral kirurg og 6 sekretærer. Vi søker en tannlege som kan utfylle vårt tannhelse-team. Vi søker en tannlege med erfaring da det er nok av utfordrende kasus å ta fatt på.

Vi søker deg som er empatisk, tillitsvekkende og faglig dyktig, men du må også kunne finne kreative løsninger. Pasientens beste skal alltid være i fokus. Vi er veldig opptatt av å ha et godt arbeidsmiljø, og godt humør er også en viktig egenskap. Vi søker en tannlege som vil bli værende hos oss på lang sikt.

Vi kan tilby en godt utstyrt klinikk, utfordrende kasus og hyggelig arbeidsmiljø. Klinikken ligger 2 minutters gange fra togstasjon og tilrettelagt arbeidstid for pendling fra Oslo. Det er mulig å starte klokken 09:00 og jobbe til klokken 15:00 dersom en ønsker det. Det må påregnes en langdag i uken med arbeidstid til klokken 19-20.

I utgangspunktet søker vi en tannlege 3 dager i uken, men regner med at det vil bli en fulltidsstilling etterhvert.

Fint om du skriver en skriftlig søknad og sendes til:

Stange Tannhelse
Storgata 13
2335 Stange
E-post: stangetenner@gmail.com

Søknadsfrist: 28.02.2017



TANNLEGE

Vi ser etter en selvstendig, energisk, kunnskapsrik og pliktoppfyllende tannlege som kan tenke seg å jobbe i en moderne klinikk midt i hjerte av Oslo sentrum.

Dersom dette virker interessant, vennligst ta kontakt på tlf. 22 83 81 70 eller e-post; gabriel@plakk.no.

Kun aktuelle kandidater blir kontaktet.

www.stortingsgatentannlegeklinikk.no



Vi søker **tannlege** og **spesialist** for vår avdeling på Sandaker.

Sandaker Tannlegevakt er et moderne tannlegesenter i vekst med meget bra beliggenhet i bydel Sagene/Torshov. Vi tilbyr bra muligheter for videreutvikling og attraktiv pasienttilgang.

Tannlege søkes

- Med autorisasjon
- Høyt kundefokus og kvalitetsbevisst
- Selvstending, positiv og gode samarbeidsevner
- Gode norskkunnskaper skriftlig og muntlig

Endodontist og periospesialist søkes på grunn av stort pasientbehov på avansert endodontisk og perio behandling. Endodontist og periospesialist søkes som kan håndtere pasienter fra våre tre avdelinger på Tøyen, Grefsen og Sandaker i tillegg til to klinikker til i Oslo som vi samarbeider med. **Alle typer av samarbeid kan diskuteres.** Kontakt oss i dag!

For spørsmål om stillingen kontakt tlf. +47 930 86 258

Søknad sendes til tannlegesenter@gmail.com

Molde kompetanseregion har ledig stilling som

overtannlege

Vi er inne ein spennande periode med styrka satsing på kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling og behandlingsteknologi. Frå 2016 er den offentlege tannhelsetenesta i fylket organisert i fire kompetanseregionar med ein overtannlege som fagleg og administrativ leiar.

Molde kompetanseregion har åtte distriktstannklinikkar og ein kompetanseklinikk med tilsaman 50 tilsette. Stillinga rapporterer til fylkestannlegen og inngår i leiargruppa. Arbeidsstad vil vere kompetanseklubben St. Carolus i Molde, eller ein av dei andre klinikkane i kompetanseregionen.

Fullstendig utlysingstekst og søknadsskjema: mrfylke.no/jobb/tannhelse
Søknadsfrist: 08.03.2017.



STRØMMEN i Akershus:

Assistenttannlege søkes til privat praksis sentralt Strømmen 1–2 dager pr uke.

Mulig med gradvis utvidelse for rette person. Praksis selges innen 5 år.

Start : Etter påske 2017.

Krav: Norsk autorisasjon.

Beherske norsk muntlig og skriftlig

Ha erfaring med OPUS program, og kjenne til refusjonsordning.

Ønskelig med interesse for endodonti og praksisdrift.

Send søknad med CV til:

post@strommentannlege.no

Frist 1.3.17.



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

Romerike

Assistenttannlege søkes til 80 – 100 % stilling sentralt på Romerike.

Moderne praksis med meget gode framtidsutsikter for en stabil og varig jobbsituasjon. God tilgang på nye pasienter. God offentlig kommunikasjon med Oslo.

Det kreves norsk autorisasjon og kjennskap til refusjonsordninger innen HELFO. Kjennskap til Opus en fordel. Kontakt: tannromerike@gmail.com

Tannlege i Oslo Sentrum

Karl Johan Tannklinikk i Oslo sentrum søker dyktig tannlege med norsk autorisasjon. Tiltredelse snarest. CV og søknad sendes til stilling@karljohantannklinikk.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.

TORGET TANNHELSE I STJØRDAL SØKER TANNLEGE

Da en av våre tannleger pensjoneres søker vi tannlege i 100 % stilling med oppstart juli 2017. Du blir del av et ungt miljø med oralkirurg, 3 tannleger og tannpleier. Praksisen er veldrevet med moderne innredning/unitar og alt av digitale utstyr inkl. OPG. Stjørdal er 20 min kjøring fra Trondheim, med gratis parkering, god tog og bussforbindelse. Du må være utadvendt og blid, opptatt av kvalitet, kundeservice, faglig oppdatert, og vant til å jobbe effektivt og selvstendig. Klinikken har meget god pasienttilgang, lønnen er provisjonsbasert med mulighet for svært god inntjening. CV, søknad med bilde, og ev. spørsmål sendes til:

tannlege.finnanger@gmail.com

■ STILLING SØKES

Kvinnelig tannlege

autorisert våren 2015 søker jobb i Tromsø. Evt. kjøp av eksisterende tannklinikk/ andel av klinikk i Tromsø er også interessant. Kontakt meg for CV, søknad og evt. ytterligere informasjon. B.mrk 1 – 1/17

■ KJØP – SALG – LEIE

Ledig praksis

i kystbyen Brekstad, Fosen.

To behandlingsrom i lyse og trivelige lokaler beliggende i kjøpesenter.

Kommunen er i sterk utvikling.

Henv. karingrong@gmail.com

Kristiansand

Travel, veldrevet tannlegepraksis til salg i Kristiansand. Den har 2 fullt utstyrte kontorer, omfattende og oppdatert data-opplegg inkl. OPG.

Praksisen har vært drevet i ca. 30 år og har en årlig omsetning på ca. 4 mill.

Moderne selveide lokaler kan evt. leies.

Henvendelse til tormyr@gmail.com

■ DIVERSE

PLANMECA UNITER, DRAMMEN

3 stk. Planmeca unitar (år 2000) med tilhørende røntgen

selges for til sammen 60 000 kr. Er i meget god stand.

Ring 97165676.

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

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

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

NB!(Ikke vinkelstykker)

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

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



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum
Tlf 62 43 10 00



tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!

fdi  
World Dental Congress

Madrid, España
29 Agosto - 1 Septiembre 2017



*Uniendo al mundo para
mejorar la salud oral*

www.world-dental-congress.org

PEOPLE HAVE PRIORITY



FULL KRAFT

ENDA BEDRE EFFEKT I VÅRE TURBINER!

NYHET!



Velg din styrke:

14 W – 21 W – 24 W – 26 W!



VI OPPGRADERER NÅ ALLE VÅRE
TURBINER! DETTE GJELDER BÅDE
VISION OG FUSION SERIENE.

Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic for ytterligere informasjon:
W&H Nordic, t: 32853380, e: office@whnordic.no, www.wh.com  

syneo 