

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 128. ÅRGANG • NR. 9 OKTOBER 2018



QuickSleeper 5

QuickSleeper 5 utfører alle typer dentalanestesi, inkludert ostesosentral anestesi, effektivt og komfortabelt.

- Anestesi for rutinebehandlinger
- Anestesi for mandibulære molarer
- Anestesi for tenner med pulpitt
- Multisektor anestesi (for- og hjørnetann blokk, premolarer, dyp scaling, ect.
- Smertefri
- "Pennegrep" på håndstykket

Fåes kun hos LIC Scadenta!

Vi arrangerer kurs!

se www.licscadenta.no

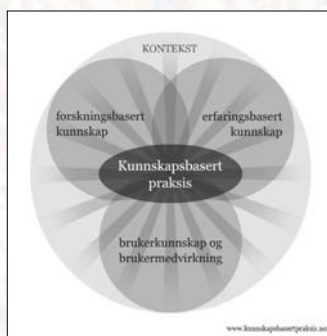


Støtt

Rosa sløyfeaksjonen

Kjøp rosa produkter hos **LIC Scadenta** i oktober





702



716



724

Boknytt

748

Rubrikk-annonser

752

678 Siste nytt først

Leder

681 Pris på fagstoffet

Presidenten har ordet

683 Prisopplysning og kostnadsnivå

Vitenskapelige artikler

684 Toni Berg Alsamaria, Sara Jalili og Tore Bjørnland: Oral implantatbehandling er en vellykket behandling med få komplikasjoner. Overlevelsesh- og suksessrate for implantater i perioden 2010-2013 ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo

694 My Tien Diep, Anne Thea Tveit Sødal, Rasa Skudutyte-Rysstad og Lene Hystad Hove: Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere
702 Linda Stein, Anders Tillberg, Lars Inge Byrkjeflot, Rasa Skudutyte-Rysstad og Eeva Widström: Forebyggende tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten: Samsvarer rutinene på klinikken med kunnskapsbasert praksis?

Doktorgrader

710 Gabriela Salvadori da Silva: Natural transformation and the study of molecular grounds of streptococcal quorum sensing systems

Kronikk

714 Hva kan vi stole på?

Aktuelt

716 Nye nasjonale anbefalinger for smittevern
720 E-helse – en situasjonsrapport: En milepæl for e-resepten
724 Forskningsdagene på Litteraturhuset i Oslo, 25. september 2018: Barndommens munnhelse former oss som voksne
726 Næringspolitisk forum, 20.-21. september 2018: Mest om GDPR og NTFs tilbud til privatpraktiserende tannleger

Arbeidsliv og praksisdrikt

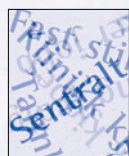
734 Individuell pensjonssparing – noe for deg?
736 Spør advokaten: Hvem er behandlingsansvarlig og hvem er databehandler?

Snakk om etikk

741 Prisopplysningsplikt

Notabene

744 Tilbakelikk
745 Kurs- og aktivitetsskalender
746 Personalia



Fakta om søtstoffene



FOTO: YAY IMAGES

Søtstoffer er en gruppe tilsetningsstoffer som tilsettes mat og drikke for å gi søt smak. De brukes i stedet for eller sammen med sukker for å redusere sukkermengden, skriver Folkehelseinstituttet (FHI).

Det er to hovedgrupper av søtstoffer; sukkeralkoholene og de intense søtstoffer.

Sukkeralkoholene er omtrent like søte som sukker, eller de kan ha litt lavere søthet. Eksempler på sukkeralkoholer er: Maltitolsirup, laktitol og xylitol. Disse stoffene gir noe mindre energi (kalorier) enn sukker, men er ikke «energifrie». De brukes ofte i tyggegummi og pastiller. I større mengder kan de gi «luft i magen» og litt fordøyelsesproblemer.

De intense søtstoffene har fått dette navnet fordi de er hundre til flere tusen ganger søtere enn sukker. Eksempler på intense søtstoffer er: Aspartam, acesulfam K, sukralose, cyklammat, sakkarin og steviolglykosid (stevia). Siden de intense søtstoffene ikke tilfører energi (kalorier) til maten, vil de gi vesentlig lavere kaloriinntak sammenlignet med mat tilsatt sukker. Disse søtstoffene brukes derfor ofte i «lettbrus» og andre «lettprodukter», og kalles ofte kunstige søtstoffer.

Bruken av søtstoffer reguleres av forskriften om tilsetningsstoffer i matvarer (HOD, 2011). Forskriften forteller hvilke tilsetningsstoffer som er tillatt, i hvilke matvarer de kan tilsettes, og i hvilke mengder de kan benyttes.

Alle godkjente tilsetningsstoffer, også søtstoffene, er på positivlisten over tilsetningsstoffer og har derfor fått et E-nummer.

Et søtstoff kan ikke godkjennes før myndighetene vurderer det som sikkert at søtstoffet ikke utgjør noen helseri-

siko i den mengden som er godkjennes for tilsetning i mat og drikke. Vurderingen er i hovedsak basert på resultater fra dyreforsøk.

Før et tilsetningsstoff kan bli godkjent, må det testes eksperimentelt i dyrestudier som beskrevet i «Guidance on submission for food additive evaluations», utarbeidet av Den europeiske myndighet for matvaretrygghet (EFSA, 2012). Vurderingene av resultatene fra dyrestudiene blir gjort av EFSA's vitenskapelige panel med ansvar for tilsetningsstoffer. Også Verdens helseorganisasjons (WHO's) internasjonale ekspertkomité Joint Expert Committee on Food Additives (JECFA) har vurdert studier på tilsetningsstoffer.

Når vi har nok kunnskap om et søtstoff, fastsettes det en verdi for hvor mye av stoffet som trygt kan inntas hver dag gjennom hele livet uten at det gir nevneverdig risiko for helsen. Denne verdien kalles for et «akseptabelt daglig inntak» (ADI). Fastsettelse av ADI-verdier inkluderer gode sikkerhetsmarginer, ofte en faktor på 100. Det vil si at ADI-en er 100 ganger lavere enn den mengden som har gitt helseeffekter hos dyr.

Stoffer som i forsøk er vist å ha mulige helseskadelige effekter, for eksempel at de kan skade DNA (er genotoksiske) eller være kreftfremkallende, er ikke tillatt brukt som tilsetningsstoffer.

Arbeidet med å sørge for at søtstoffer og andre tilsetningsstoffer er trygge i bruk, pågår kontinuerlig. Skulle det dukke opp nye studier som kan tyde på at et søtstoff kan gi negative helseeffekter, vil stoffet bli vurdert på nytt.

Mange av søtstoffene har vært brukt i mat- og drikkevarer lenge. Aspartam har for eksempel vært tillatt å tilsette mat i snart 40 år. I løpet av mange år er det publisert en rekke studier om hvilke effekter søtstoffene kan ha på folks helse. Slike studier bli vurdert av ekspertgruppene i EFSA og WHO med jevne mellomrom, sammen med all annen ny informasjon om søtstoffene.

EFSA har planlagt en ny vurdering av alle godkjente søtstoffer innen 2020, med unntak av aspartam som ble re-vurdert i 2013 (EFSA, 2013).

Generelt er det anbefalt at barn under tre år ikke får saft, brus eller annen drikke med kunstige søtstoffer. Dette er en før vår-regel. Søtstoffer får høyest konsentrasjon hos barn, fordi de har en liten kropp og drikker mye. Dessuten inneholder særlig brus med kullsyre mye syre som kan skade tenner som er under utvikling (matportalen.no)

En voksen person må drikke mer enn fire liter brus med maximum mengde søtstoff hver dag før han eller hun overskrider ADI for aspartam. For sukralose og steviolglykosid så må en voksen drikke minst tre liter brus for å overskride ADI.

Krav om åpen tilgang

– Dagens publiseringsmodell for forskningsartikler er ikke bærekraftig, mener administrerende direktør i Forskningsrådet, John-Arne Røttingen.

Forskningsrådet går sammen med EU, det europeiske forskningsrådet ERC og nasjonale forskningsråd i flere land i Europa om å kreve at alle artikler fra forskningen de finansierer skal publiseres med åpen tilgang fra 2020, skriver forskning.no

– Dagens publiseringsmodell er ikke bærekraftig. Vi betaler tre ganger over skattededelen: Først for selve forskningen, så for vurderingen av forskningens kvalitet og til slutt for å få tilgang til resultatene. Dette vil vi ikke lenger fortsette med, uttaler administrerende direktør i Forskningsrådet, John-Arne Røttingen.

Ifølge Forskningsrådet er årlige abonnementsutgifter i Norge på om lag 300 millioner kroner.

Med de nye kravene vil bare publisering i åpne tidsskrifter aksepteres fra 2020. De skjerpede kravene vil ifølge Røttingen legge press på forlagene til å gjøre alle tidsskriftene sine åpne.

Han uttaler på Forskningsrådets nettside at Forskningsrådet, sammen med andre europeiske forskningsråd vil jobbe for å styrke kvalitetssikringen på det som publiseres.

– Vi vil at forlagene skal snu publiseringsmodellen, fra abonnementer og betalingsmurer, til å ta betalt for kvalitetssikring og publisering. Med denne felleseuropeiske offensiven vil vi få



fortgang i denne overgangen. I Norge har vi gode forutsetninger for en slik overgang. Vi har samarbeid om forlagsavtalene og kanalregisteret i NSD der forskere kan sjekke hvilke publiseringskanaler som holder høy kvalitet, sier Røttingen.

Deltagerne i den europeiske plattformen for åpen publisering er: EU, det europeiske forskningsrådet (ERC) og så langt 11 nasjonale forskningsråd i henholdsvis Frankrike, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Polen, Slovenia, Storbritannia, Sverige og Østerrike og Norge.

Opp av sofaen



FOTO: VAY IMAGES

Tre millioner mennesker i Norge fyller ikke helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet og faller under kategorien fysisk inaktive – blant dem er over 300 000 barn og unge. Målet er å endre dette, gjennom en handlingsplan for fysisk aktivitet. Den skal legges fram våren 2019 og vil gjelde i ti år. Målet er å skape et aktivitetsvennlig samfunn,

hvor alle kan være fysisk aktive som en del av sin hverdag.

– Fysisk aktivitet er en av de viktigste faktorene for å forebygge sykdom og for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. Å kartlegge befolkningens fysiske aktivitet, og hvordan den endres over tid, er viktig for å planlegge målrettet helseinnsats på befolkningsnivå, sier Ulf Ekelund, forsker ved Folkehelseinstituttet og professor ved Norges idrettshøgskole.

For å nå målet om et aktivitetsvennlig samfunn må flere samfunnsområder og arenaer trekkes inn i arbeidet, for eksempel barnehage, skole, arbeidsplass, eldreomsorg, transport, nærmiljø og fritid. Partene i arbeidslivet, Norges idrettsforbund og friluftslivets organisasjoner skal trekkes aktivt med i arbeidet.

Målet om ti prosent reduksjon i fysisk inaktivitet innen 2025 skal videreføres. Dette er i lys av at Norge har forpliktet seg til WHO's globale mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD- Noncommunicable Chronic Diseases) innen 2025 og norske forpliktelser for FNs bærekraftsmål, jfr. Agenda 2030. I et mer langsiktig løp for en handlingsplan vil det være aktuelt å heve ambisjonsnivået til 15 prosent mindre fysisk inaktivitet innen 2030.

Fysisk inaktivitet påfører samfunnet store kostnader. Kunnskapsgrunnlaget

antyder at anslaget som ligger til grunn for kostnadsberegninger om fysisk inaktivitet antagelig er svært konservativt, og at den virkelige summen er høyere.

– Dersom vi klarer å flytte fysisk inaktive til å bli fysisk aktive er helsegevinstene store, både for den enkelte og samfunnet. Det kan redusere forekomst av diabetes 2, hjerte- karsykdommer, noen krefttyper, høyt blodtrykk og sannsynligvis også overvekt – og det vil bedre den mentale helsen, sier Ulf Ekelund.

På nett

Kan du nettvettreglene?

Nettstedet nettvett.no har laget ni nettvettregler. Her er en av dem:

Tenk før du klikker.

Klikk aldri på lenker i e-post og SMS for å legge inn personopplysninger på siden du kommer til. Gå heller inn på virksomhetens nettside. Sjekk at forbindelse er kryptert når du legger inn personlig og sensitiv informasjon på nett (i nettbanken, nettbutikker og andre sider hvor du har en brukerkonto). Adressen til nettstedet skal da starte med «https» i stedet for http, og ha en grønn hengelås i adressefeltet.

OSSTEM[®] startpakke

inkluderer

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

kr 23.900,-

veil. 45.600,-

Konkurrentenes pris fra 80.000,-

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

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

www.osstem.no

Ny kompositt med
unike egenskaper

G-ænial® Universal Injectable

fra GC

Kompositt med høy styrke
og bredt indikasjonsområde



Unik konsistens=
modellering uten instrument



Høy bøyestyrke =
sterke fyllinger



Smekker sprøyte og bøybar spiss=
forenkler ditt arbeide



Høy røntgentetthet =
enkel identifisering



GC

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



FOTO: KRISTIN WITBERG

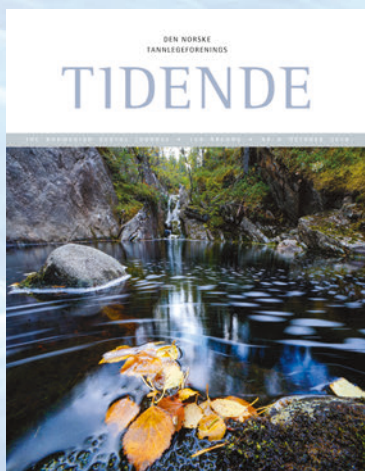


Foto: Niklas Angelus
Design: Mike Mills.

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 M. Gussgard, Anne Christine Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson, Nina J. Wang, Marit Øilo

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

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

E-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

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

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

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

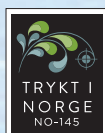
ISSN 0029-2303

Opplag: 7 100. 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

Pris på fagstoffet

I det denne utgaven av Tidende går i trykken avvikes NTFs landsmøte på Lillestrøm.

Tradisjonen er at Tidende deler ut en pris under åpningen av møtet. Prisen går vekselvis til beste oversiktsartikkel og til beste kasuspresentasjon. I år var det beste kasuspresentasjon som ble belønnet.

Som jeg sa under utdelingen av prisen 4. oktober, vil Tidende oppmuntre til fagskrivning som er etterspurt blant leserne, og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi har derfor opprettet prisene som går til henholdsvis beste publiserte kasuspresentasjon og beste oversiktsartikkel, i Tidende, gjennom toårsperioder.

Siden prisen for beste kasuistikk ble opprettet, i 2014, er antallet kasuspresentasjoner vi mottar årlig blitt doblet. Det kan tyde på at en slik pris er med på å stimulere til skriving av en viktig kategori fagfellevurdert fagstoff, som er med på å danne erfaringsgrunnlaget til norske tannleger. En annen viktig, og i Tidende større kategori fagstoff, som bidrar til etterutdanning og erfaringsoverføring, er vitenskapelige artikler.

I en kronikk i denne utgaven av Tidende tar professor Nils Roar Gjerdet, som er vitenskapelig redaktør i tidsskriftet, til orde for å ha en kritisk holdning og innstilling til all vitenskapelig publisering, og særlig til fri-tilgangs- eller open access-publikasjoner. Disse kjennetegnes av at forfatterne betaler for å publisere, mens leserne får gratis tilgang – i motsetning til den tradisjonelle modellen, der utgivere eller forlag sender tidsskriftet eller publikasjonen til lesere som har betalt for et abonnement slik som med Tidende.

Gjerdet understreker at det også i seriøse tidsskrifter er slik at en kan finne enkeltartikler som kan støtte nærmest

ethvert synspunkt, og at en heller ikke i Tidende kan garantere at det ikke presenteres falsk eller vinklet vitenskap. Samtidig gir fagfellevurderingen, der andre forskere går kritisk igjennom artikkelutkastet før eventuell publisering, en viss beskyttelse. I tillegg er det, slik Gjerdet også sier, oversiktlige forhold, både i Tidende og i den relativt lille norske odontologiske vitenskapelige verden.

Oppsummert kunnskap er også svært nyttig, skriver Gjerdet. Det er da gjerne snakk om systematiske litteraturoversikter der kriteriene for artikkelutvalget er begrunnet og sporbart.

Her er vi over i den andre kategorien fagstoff det blir oppmuntret til å levere mer av til Tidende. Om to år deler vi igjen ut prisen for beste oversiktsartikkel.

Fagstoffet er det som leses mest av innholdet i Tidende, og jevnlig leserundersøkelser viser at det er få norske tannleger som leser fagstoff andre steder. I tillegg til kurs er altså Tidende en viktig kilde til norske tannlegers etterutdanning. Dermed har Tidende et særlig ansvar for å gi leserne godt og kvalitetssikret fagstoff, som er noe både Tidende og leserne setter pris på.

Oversiktsartikler gir leserne et bredt innblikk i et tema – og henvisninger til adekvate kilder for dem som vil grave dypere. Gode oversiktsartikler er krevende å skrive. Derfor har vi opprettet prisen for beste oversiktsartikkel som oppmuntring og inspirasjon. Vi håper igjen å havne i situasjonen der det er vanskelig å kåre en vinner.

La dere inspirere.

Ellen Beate Dyvi

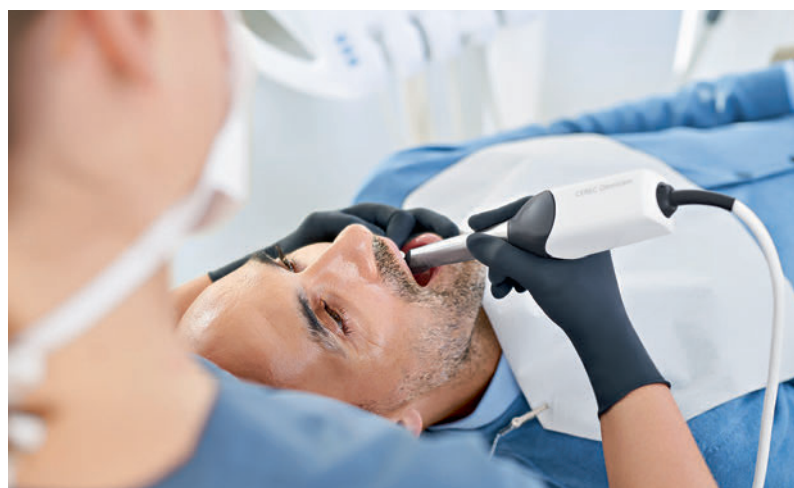


FRA FIL TIL SMIL

Sammen løser vi dine utfordringer

VI HAR BÅDE NORSK
PRODUKSJON OG
FORMIDLING
AV TANNTTEKNIKK

PRØV OSS I DAG!



Vi tar imot dine digitale filer



Har du spørsmål? Ta kontakt med:

Michael Matzinger
Autorisert tanntekniker - Faglig leder

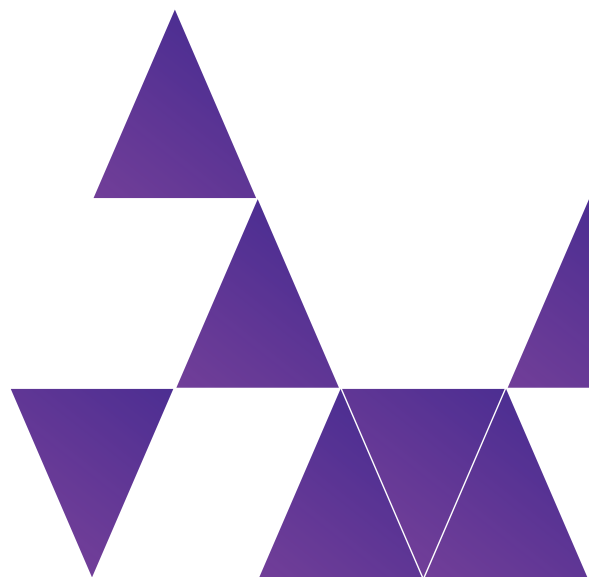
Telefon: +47 22 87 19 86
E-post: michael@artinorway.no

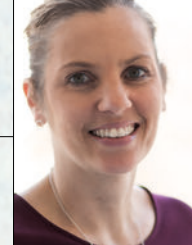


**ARTINORWAY
GRUPPEN**

Formidling og norsk produksjon av tannteknikk

Telefon Oslo: 22 87 19 80 • Telefon Trondheim: 73 52 26 00 - www.artinorway.no





Prisopplysning og kostnadsnivå

Med jevne mellomrom kommer det medieoppslag om pris på tannbehandling. Oftest handler det om hvor dyrt det er å gå til tannlegen, hvor journalistene har hentet inn prissammenligninger fra Forbrukerrådets prisportal www.hvakostertannlegen.no.

Men er det egentlig dyrt å gå til tannlegen? Og hvordan kan vi, som stand, forening og tannleger, best møte disse påstandene?

Kvalitet koster! Norske tannleger holder høy kvalitet. Vi har en av de mest spesialiserte utdanningene i den norske helsetjenesten, og vi er eksperter innenfor vårt felt. NTF stiller strenge krav til påfyll av kunnskap og har innført obligatorisk etterutdanning for medlemmene. Vi bruker derfor mye tid på kurs og kvalitetsheving, og vi investerer i moderne klinikker og utstyr for å kunne tilby våre pasienter trygg behandling av høy kvalitet.

I løpet av de siste årene har bransjen fått en rekke pålegg med blant annet krav til dokumentasjon, personvern, pasientsikkerhet og hygiene. Alt dette sikrer norske pasienter et svært godt tannhelsetilbud.

Den norske tannhelsemodellen gjør dessuten at vi leverer tjenester av høy kvalitet til en fornuftig pris. Tradisjonelt har vi levert tannhelsetjenester direkte til pasienten uten fordyrende mellomledd eller eiere som skal ha ekstra fortjeneste. Lite administrasjon har ført til en fornuftig pris på tjenestene.

Politikerne har bestemt at voksne personer som hovedregel skal betale for sine tannhelsetjenester selv. For pasientene kan det være vanskelig å forstå dette. Det kan føles dyrt å betale tannlegeregningen av egen lomme, og spesielt svir dette fordi andre helsetjenester

leveres til en svært lav egenandel. At den reelle kostnaden er mye større, ser ikke pasienten. Befolkningen er likevel svært fornøyd med tjenestene vi leverer. Tannlegene scorer høyest av alle på undersøkelser om forbrukertilfredshet. Folk etterspør tryggheten og den høye standarden – selv om det koster.

Derfor er det viktig at vi som en yrkesgruppe, med frie priser og fri konkurranse, både er åpne om kostnadsnivå og prissetting av våre tjenester. Det skal være enkelt for pasientene å forstå hva de skal betale og å sammenligne priser i markedet.

Forbrukerrådets markedsportal bør bidra til å synliggjøre de reelle kostnadene ved å tilby høyt spesialiserte og krevende tjenester. Dessverre fungerer ikke portalen optimalt i dag. Vi har gjort mange forsøk på å påvirke kvaliteten på portalen, slik at den kan gi objektiv og korrekt informasjon til forbrukerne. Spesielt er det i pasientenes interesse at portalen inneholder andre relevante opplysninger enn pris, eksempelvis om pasientrettigheter og informert samtykke, krav til helseinformasjon og prisopplysning, klagemuligheter osv.

Vi skulle også gjerne hatt med flere kvalitetskriterier. Men kvalitet er vanskelig å måle konkret. Det blir derfor viktig å jobbe videre med å utvikle kvalitetskriterier som også kan brukes i markedsportal.

Som yrkesgruppe har også vi et ansvar for at portalen skal fungere. Alle tannleger har plikt til å legge inn priser i portalen. Vi vet at det dessverre er mange som ikke følger påbudet. Vi vet også at mange ikke oppdaterer prisene sine, og at enkelte legger ut priser som rett og slett ikke er reelle.

Det er ikke mulig å levere faglig og kvalitetsmessig gode tannhelsetjenester

til enkelte av de prisene som oppgis i portalen. Jeg vil derfor advare mot såkalte «billigtannleger» og diverse loketilbud som vi stadig ser, både på nettet og i aviser. Skal man levere tannhelsetjenester til ekstremt lave priser, må man enten fire på kvaliteten eller velte kostnaden for de «gode» tilbudene over på tilleggsbehandlinger på samme pasient, eventuelt på andre pasienter.

De prisene som legges inn i portalen, vil kunne virke normerende. Derfor er det viktig at alle oppgir reelle priser, uten forsøk på å innrette prislisten for å komme ut med lav pris. Slike grep kan kanskje gi en konkurransefordel på kort sikt, men på lengre sikt vil det undergrave det høye nivået på norske tannhelsetjenester og bidra til dårligere refusjonsordninger for pasientene. Statsråden har ved flere anledninger pekt på at det ikke er nødvendig å heve trygdetakstene fordi portalen viser at tannlegene ikke har økt prisene sine. En slik situasjon må vi unngå. Portalen må vise befolkningen og myndighetene hva som er faktisk prisnivå for de aktuelle behandlingene. Det er vårt ansvar!

Vi leverer gode tannhelsetjenester av høy kvalitet. Kvalitet koster. Det er vårt ansvar som yrkesgruppe å forholde oss til lovverk, også om prisopplysning. Dersom alle støtter lojalt opp om portalen vil den bli et godt verktøy for forbrukerne. Det må være vår ambisjon. Så skal NTF ved enhver passende anledning fortsette å forklare hvorfor tannbehandling av høy kvalitet må koste, og at vi faktisk leverer denne tannbehandlingen til en meget fornuftig pris.

Camilla Hanser Stenum

Toni Berg Alsamaria, Sara Jalili, Tore Bjørnland

Oral implantatbehandling er en vellykket behandling med få komplikasjoner

Overlevelseshets- og suksessrate for implantater i perioden 2010–2013 ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo

Bruk av orale implantater har blitt en vanlig og forutsigbar behandling ved tap av tenner der konvensjonell protetik ikke skal benyttes. Undersøkelsen viste vellykkethet av implantatbehandling ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo i perioden fra 1.1.2010 til 31.12.2012. Pasientgruppen bestod av 192 pasienter med til sammen 462 implantater. Ved etterkontroller frem til 31.12.2016 var kun to implantater tapt, og i tillegg hadde 33 implantater mindre komplikasjoner. Resultatene fra denne studien er i tråd med kohortstudier publisert mellom 1.1.2014 og 31.12.2015.

Dentale implantater hadde sin spede begynnelse i Norge på 1970-tallet, og det var stor debatt om bruken av dentale implantater så sent som i 1982. Ved Toronto Conference on Osseointegration in Clinical Dentistry, (1) hadde ledende personer innen odontologien diskusjoner om dentale implantater ville ha noen betydning i fremtiden. Vi vet nå at betydningen har vært meget stor med utallige publikasjoner, stor økning i antall implantatsystemer og sist men ikke minst et godt behandlingsalternativ for pasienter og for tannleger. Det var i begynnelsen meget strenge indikasjoner for implantatbehandling, og man hadde meget gode resultater med hensyn til overlevelse av implantater (2). Selv i pasientgrupper med dårligere benforhold og større medisin-

ske utfordringer har resultatene vært gode (3, 4).

Det finnes utallige implantatmerker på markedet, og det kommer stadig flere. Det kan være et problem at en del av systemene ikke har god nok klinisk dokumentasjon og at systemene ikke er godt nok testet klinisk før de sendes ut på markedet (5).

Hensikten med vår studie var å kartlegge implantatsystemenes overlevelseshets- og suksessrate på implantatnivå, og hvilke faktorer som påvirker disse. Overlevelseshets- og suksessraten til de ulike implantatsystemene som ble brukt ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Universitetet i Oslo, ble vurdert i forhold til resultater fra andre undersøkelser. Man ønsket å se om det er forskjell på overlevelse og suksess av implantater og eventuelt hva dette kan skyldes. Systemene som er inkludert i studien er Straumann, Astra Tech og Nobel Biocare.

Materiale og metoder

Studien er en kvalitetssikring av oral implantatbehandling ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Universitetet i Oslo (UiO) der all implantatbehandling som ble utført i perioden 1.1.2010–31.12.2012 ble gjennomgått. Materialet er hentet fra det digitale journalsystemet til Det odontologiske fakultet. Opplysninger er hentet fra journalnotater fra operasjonsdagen og etterkontroller fra flere avdelinger frem til

Forfattere

Toni Berg Alsamaria, cand.odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Sara Jalili, cand.odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

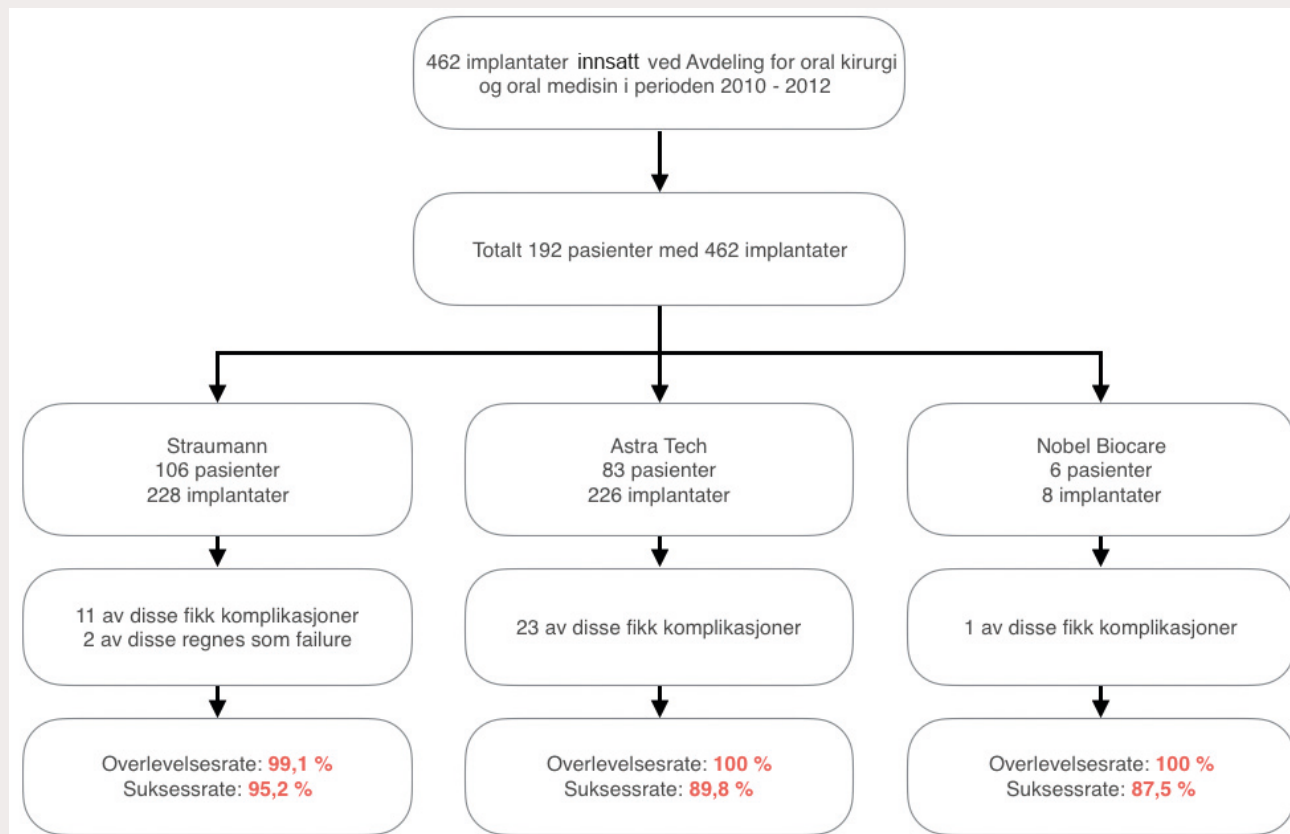
Tore Bjørnland, professor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Toni Berg Alsamaria og Sara Jalili har bidratt likt i arbeidet med denne artikkel

Artikkelen er en forkortet utgave av Masteroppgaven ved Det odontologiske fakultet, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo, 2017

Hovedbudskap

- Innsetting av dentale implantater er en sikker behandling med høy vellykkethet.
- Overlevelseshetsraten av implantater blant de 192 pasientene som ble studert, var 99,6 % på implantatnivå. Det ble totalt observert større eller mindre komplikasjoner på 7,6 % av implantatene.
- Det synes ikke som det er vesentlig forskjell mellom de tre implantatmerker som ble undersøkt med hensyn til vellykkethet.



Figur 1. Flow-chart viser oversikt over implantater som ble innsatt og deres overlevelsesrate ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO.

31.12.2016. Resultatene er vurdert i forhold til kohortstudier publisert mellom 1.1.2014 og 31.12.2015.

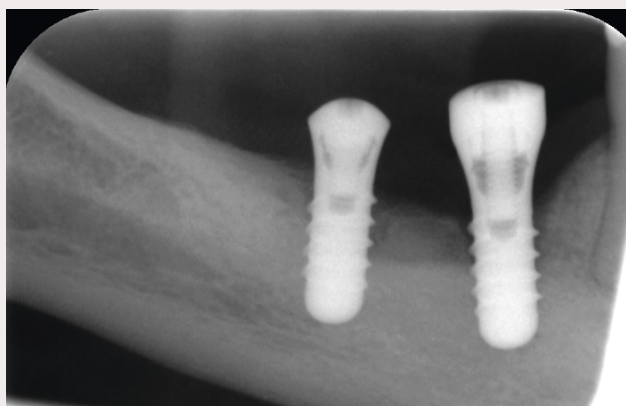
Undersøkelsen inkluderte følgende opplysninger: kjønn, alder, antall implantater, implantatmerker, 1-, 2-trinnssystem eller sofort, region, dimensjon (lengde og bredde på implantatet i mm), alveolarkamsmorfologi, benkvalitet, bensubstitutt, membran, bruk av antibiotika, bruk av tobakk, periodontitt, diabetes,

oppfølgingstid, operatør, komplikasjoner, røntgen etter implantatinnsetting og protetisk restaurering.

Pasienter som bruker tobakk, ble delt inn i ulike grupper; midtelsrøykere (1–9 sigaretter om dagen), storryker (10 sigaretter eller mer), tidligere storryker som har sluttet, festrøyker (2–3 sigaretter i uken), snusere samt bruk av andre stimulantia.

Tabell 1. Oversikt over antall implantater og komplikasjoner i etterkant av utført implantatbehandling fra 2010 til 2013 ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO.

Antall implantater		462
Kjønn	Menn	90
	Kvinner	102
Totalt antall pasienter		192
Alder	Yngst	18 år
	Eldst	88 år
	Gjennomsnitt	45 år
Antall implantater med komplikasjoner	Ikke-tapte	33
	Tapte	2
Totalt antall komplikasjoner		35 implantater



Figur 2. Intraoralt tannbilde av en 68 år gammel kvinne som får satt inn implantater Straumann, SLActive i regionene 45 og 46. Før belastning får man inflammasjon, bentap og løsning av implantat region 45. Implantatet må fjernes.

Opplysningene fra operasjonen ble ført av den som utførte implantatbehandlingen, mens vurderinger av om det har vært komplikasjoner ble utført av oralkirurger, protetikere, periodontister eller pasientens egen tannlege opp til syv år etter implantatinnsettingen.

Resultater

I løpet av tre år fra 1.1.2010 til 31.12.2012 ble det utført implantatbehandling på 192 pasienter med tilsammen 462 implantater. Av disse var 228 implantater fra systemet Straumann, 226 fra Astra Tech, og 8 fra Nobel Biocare. Tre pasienter fikk satt inn både Strauman og Astra implantater (figur 1). Det ble satt 1–11

Tabell 2. Oversikt over 22 pasienter med tilsammen 36 komplikasjoner på 35 implantater – Operative faktorer.

System	Undersystem	Komplikasjon	Operatør	1/2-trinns-system	Region	Oppfølging (mnd)	Dimensjon (mm)	Bensubstitutt/membran
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Spes. Perio	2-trinns	26	24	11 x 3,5	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	32	11	13 x 3,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Feilvinklet Parestesi NAI	VUK	2-trinns	45	18	6 x 4	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	45	45	9 x 4	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	24	16	13 x 4,5	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Løs distanse	SKP	2-trinns	22	24	13 x 3,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	1-trinns	41	54	9 x 3,5	BioOss, BioGuide
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	11	34	11 x 3,5	Eget ben, BioGuide
Astra Tech	OsseoSpeed	Perforasjon til sinus	VUK	2-trinns	15	20	9 x 4	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	14	45	11 x 4	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	15	45	9 x 4	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	23	45	9 x 4	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	24	45	11 x 4	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Oralkirurg	2-trinns	25	45	9 x 3,5	Ingen
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	2-trinns	21	51	11,5 x 3,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	2-trinns	23	51	11,5 x 3,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	2-trinns	25	51	11,5 x 4,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	2-trinns	13	51	11,5 x 3,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	2-trinns	15	51	11,5 x 4,5	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	VUK	2-trinns	23	49	11 x 4	Eget ben
Astra Tech	OsseoSpeed	Perforasjon til sinus	VUK	2-trinns	25	49	11 x 4,5	BioOss, BioGuide
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	45	47	9 x 4	Eget ben, BioGuide
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	46	47	9 x 4	Ingen
Straumann	SLActive	Perforasjon til sinus	SKP	2-trinns	15	12	8 x 4,1	Ingen
Straumann	SLActive	Løs distanse	VUK	1-trinns	36	20	12 x 4,8	Ingen
Straumann	SLActive	Bentap	VUK	2-trinns	13	36	10 x 4,1	Eget ben
Straumann	SLActive	Bentap	VUK	2-trinns	15	36	12 x 3,3	Eget ben
Straumann	SLActive	Bentap	VUK	2-trinns	24	36	10 x 4,1	Eget ben
Straumann	SLActive	Perforasjon til sinus	VUK	2-trinns	25	36	8 x 4,1	Eget ben
Straumann	Roxolid	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	41	38	10 x 3,3	BioOss
Straumann	Roxolid	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	42	16	12 x 3,3	Eget ben, BioGuide
Straumann	SLActive	Periimplantitt	Oralkirurg	2-trinns	26	30	10 x 4,1	Ingen
Straumann	SLActive	Implantat falt ut	VUK	1-trinns	45	23	8 x 4,1	Ingen
Straumann	SLActive	Implantat falt ut	VUK	1-trinns	45	47	10 x 4,1	Eget ben
Nobel Biocare	TiUnite	Periimplantitt	VUK	2-trinns	22	72	13 x 3,3	Ingen

implantater på hver pasient. Av det totale antallet pasienter var 102 kvinner og 90 var menn fra 18–88 år gamle, med gjennomsnittsalder 45 år.

Ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Universitetet i Oslo ble det totalt registrert 22 pasienter med større eller mindre komplikasjoner etter implantatbehandlingen. Dette innebærer sinusperforasjon, feilvinkling av implantatet, løs distanse, parestesi av nervus alveolaris inferior (NAI) eller periimplantitt og bentap. Av 462 implantater var det 36 komplikasjoner i varierende grad på 35 implantater. Av 36 komplikasjoner var to implantater tapt, mens resten var tilstede ved siste etterkontroll, men med varierende grad av suksess. Mislykket behandling vil si at man må fjerne implantatet (figur 2). Resultatene er presentert i tabell 1–3.

Av de 36 komplikasjonene fikk 15 implantater periimplantitt, 11 implantater fikk bentap (det vil si uten tegn til blødning ved sondering), 1 implantat var feilvinklet, og kunne ikke brukes protetisk, 2 implantater hadde løs distanse, 4 implantatoperasjoner medførte sinusperforasjon. Pasienten som fikk feilvinklet implantat, fikk også parestesi av NAI.

Implantatsystem

Oversikt over de ulike implantatsystemene er vist i figur 1. Det ble innsatt 228 Straumann-implantater av totalt 462 implantater. Seks kvinner og fem menn fikk komplikasjoner på et implantat hver og to falt ut, dermed blir overlevelseshraten på Straumann-implantatene 99,1 %. Gjennomsnittsalder på pasientene var 55,5 år. Ti av disse 11 pasientene hadde periodontitt, dette tilsvarer 90,9 %. Ingen av pasientene hadde diabetes. To av pasientene var storryktere, dette tilsvarer 18 %, og begge disse hadde også periodontitt. Suksessraten på Straumann-implantatene i vår studie er 95,2 %.

Det ble satt inn 226 Astra Tech-implantater, av disse fikk 23 (19 kvinner og 4 menn) komplikasjoner. Ingen av disse falt ut, og dermed er overlevelseshraten 100 %. Gjennomsnittsalder på pasientene var 51,3 år. Elleve av disse 19 pasientene hadde periodontitt, dette tilsvarer 47,8 %. Det var ingen pasienter med diabetes. Fire pasienter var storryktere, 2 pasienter var middelsryktere og 1 pasient snuser, dette tilsvarer 30,4 % som bruker tobakk. Alle de 4 storrykerne hadde periodontitt. Pasienten som snuste hadde periodontitt. Suksessraten på Astra Tech-implantatene i vår studie var 89,8 %.

Det ble innsatt 8 Nobel Biocare-implantater, av disse fikk ett implantat komplikasjon (kvinne 28 år). Ingen implantater falt ut. Overlevelseshraten blir dermed 100 %. Pasienten hadde ikke periodontitt, ikke diabetes, og brukte ikke tobakk. Suksessraten på Nobel Biocare-implantatene i vår studie var 87,5 %.

Periodontitt og bentap

Det var 17 pasienter som hadde fått behandling for periodontitt av totalt 35 pasienter med komplikasjoner. Av disse pasientene fikk 7 pasienter periimplantitt og 2 pasienter fikk bentap uten blødning ved sondering. Blant pasienter med Straumann-implantater som fikk komplikasjoner, hadde 7 pasienter periodon-

titt, og 3 av disse fikk periimplantitt, og 1 fikk bentap. Blant Astra Tech-implantatene som fikk komplikasjoner hadde 7 pasienter periodontitt, 4 av disse fikk periimplantitt, og 1 fikk bentap. De pasientene som fikk Nobel Biocare-implantater hadde ikke tidligere historie med periodontitt (Tabell 3).

Det var 9 pasienter uten periodontitt blant komplikasjonene, av disse fikk 2 pasienter periimplantitt, og 3 pasienter fikk bentap. Blant Straumann-implantatene var det én pasient som ikke har periodontitt, og denne pasienten fikk verken periimplantitt eller bentap. Blant Astra Tech-implantatene var det 7 pasienter uten periodontitt, og 2 av disse fikk periimplantitt, og 3 pasienter fikk bentap. Blant Nobel Biocare-implantatene var det en pasient uten periodontitt (tabell 3).

Operatør

Operatører var enten spesialister i oral kirurgi og oral medisin, spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin (VUK), spesialtannleger, spesialister i periodonti eller spesialistkandidater i periodonti. Spesialister i oral kirurgi satte inn totalt 256 av 462 implantater. Av disse fikk 14 komplikasjoner. Dette tilsvarer 40 % av alle implantatene som fikk komplikasjoner, og 5,4 % av alle implantater som ble satt av kirurger. Spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin satte totalt 156 implantater, av disse fikk 18 komplikasjoner. Dette tilsvarer 51,4 % av alle implantatene som fikk komplikasjoner, og 11,5 % av alle implantatene som ble satt av spesialistkandidatene i oral kirurgi og oral medisin. De to implantatene som falt ut, ble satt inn av spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin.

Spesialister i periodonti satte inn totalt 21 implantater, og av disse fikk ett implantat komplikasjon. Dette tilsvarer 2,8 % av alle som fikk komplikasjoner, og 4,7 % av alle implantater satt av spesialister i periodonti. Spesialistkandidater i periodonti satt totalt 26 implantater, og av disse fikk 2 implantater komplikasjoner. Dette tilsvarer 5,7 % av alle som fikk komplikasjoner, og 7,7 % av alle implantater satt av spesialistkandidatene i periodonti.

Spesialtannlegene satte inn tilsammen 3 implantater, der ingen av disse fikk komplikasjoner.

Tobakk

Totalt antall tobakk/stimulantia-brukere i denne studien er 111 av 462 pasienter. Det var 351 pasienter som ikke brukte tobakk og 26 av disse fikk komplikasjoner (7,4 %), 10 pasienter var middelsryktere og 2 av disse fikk komplikasjoner (20 %). Av 53 pasienter som var storryktere, fikk 6 av disse komplikasjoner (11,3 %). Det var 14 pasienter som tidligere hadde vært storryktere, men som hadde sluttet. Ingen av disse fikk komplikasjoner. Av 6 pasienter som var festrøkere fikk ingen komplikasjoner. Nitten pasienter brukte snus og 1 av disse fikk komplikasjoner. Andre stimulantia ble rapportert av 9 pasienter men ingen av disse fikk komplikasjoner. Røykere hadde også komplikasjoner som ikke hadde sammenheng med periodontitt; som for eksempel sinusperforasjon og feilplassering av implantat.

Tabell 3. Oversikt over 22 pasienter med tilsammen 36 komplikasjoner på 35 implantater – pasientfaktorer.

System	Undersystem	Komplikasjon	Kjønn	Alder	Periodontitt	Diabetes	Tobakk om dagen	Alveolar-kamsmorfologi & Benkvalitet
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Mann	66	Ja	Nei	Ikke-røyker	B3
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	79	Nei	Nei	Ikke-røyker	D2
Astra Tech	OsseoSpeed	Feilvinklet og Parestesi NAI	Kvinne	35	Nei	Nei	Ikke-røyker	B3
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	45	Nei	Nei	Middels røyker	B2
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	70	Nei	Nei	Middels røyker	C2
Astra Tech	OsseoSpeed	Løs distanse	Mann	43	Nei	Nei	Ikke-røyker	C4
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Mann	23	Ja	Nei	Snuser	D1
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	60	Ja	Nei	Stor-røyker	C3
Astra Tech	OsseoSpeed	Perforasjon til sinus	Mann	62	Ja	Nei	Stor-røyker	A2
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	44	Nei	Nei	Ikke-røyker	B2
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	44	Nei	Nei	Ikke-røyker	B2
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	44	Nei	Nei	Ikke-røyker	B2
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	44	Nei	Nei	Ikke-røyker	B2
Astra Tech	OsseoSpeed	Bentap	Kvinne	44	Nei	Nei	Ikke-røyker	B2
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	63	Ja	Nei	Ikke-røyker	C2
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	63	Ja	Nei	Ikke-røyker	C2
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	63	Ja	Nei	Ikke-røyker	C2
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	63	Ja	Nei	Ikke-røyker	C2
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	63	Ja	Nei	Ikke-røyker	C2
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	48	Ja	Nei	Stor-røyker	E3
Astra Tech	OsseoSpeed	Perforasjon til sinus	Kvinne	48	Ja	Nei	Stor-røyker	E3
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	33	Nei	Nei	Ikke-røyker	NA
Astra Tech	OsseoSpeed	Periimplantitt	Kvinne	33	Nei	Nei	Ikke-røyker	NA
Straumann	SLActive	Perforasjon til sinus	Kvinne	62	Ja	Nei	Ikke-røyker	B2
Straumann	SLActive	Løs distanse	Kvinne	48	Ja	Nei	Ikke-røyker	A3
Straumann	SLActive	Bentap	Mann	60	Ja	Nei	Ikke-røyker	B2
Straumann	SLActive	Bentap	Mann	60	Ja	Nei	Ikke-røyker	B2
Straumann	SLActive	Bentap	Mann	60	Ja	Nei	Ikke-røyker	B2
Straumann	SLActive	Perforasjon til sinus	Mann	60	Ja	Nei	Ikke-røyker	B2
Straumann	Roxolid	Periimplantitt	Kvinne	62	Ja	Nei	Stor-røyker	D1
Straumann	Roxolid	Periimplantitt	Mann	20	Ja	Nei	Ikke-røyker	C3
Straumann	SLActive	Periimplantitt	Kvinne	60	Ja	Nei	Stor-røyker	B3
Straumann	SLActive	Implantat falt ut, tapt	Kvinne	50	Nei	Nei	Ikke-røyker	C2
Straumann	SLActive	Implantat falt ut, tapt	Kvinne	68	Ja	Nei	Ikke-røyker	B2
Nobel Biocare	TiUnite	Periimplantitt	Kvinne	28	Nei	Nei	Ikke-røyker	B2

*NAI: Nervus alveolaris inferior.

*VUK: Videreutdanningskandidat, oral kirurgi og oral medisin.

*SKP: Spesialistkandidat i periodonti.

Sinusperforasjon

Det var totalt 4 perforasjoner gjennom sinus-slimhinnen blant alle implantatene som ble satt inn. Dette er en interessant observasjon da dette ikke har ført til noen andre komplikasjoner i løpet av den perioden pasientene har blitt observert.

Diskusjon

Av totalt 462 implantater inkludert i studien ble det rapportert om 35 implantater med komplikasjoner, og to av disse falt ut. Overlevelseshraten på implantatnivå blir dermed 99,6 % sammenlagt for alle implantatmerkene. Dersom vi ser på suksessraten sammenlagt for alle implantatmerkene er den 92,4 % i vår oppfølging som varierte fra 4 til 7 år.

Overlevelseshraten vår stemmer overens med andre studier der den generelle overlevelseshraten på implantatnivå er rapportert til ca. 95 % og oppover (6, 7). En liknende studie utført ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske fakultet i 2011 (8) viste en implantatoverlevelse på 99,4 %. Overlevelseshraten til både Astra Tech og Nobel Biocare er i vår studie på 100 %, siden ingen av disse implantatene falt ut. Overlevelseshraten til Straumann var 99 %, da to av disse implantatene falt ut. Suksessraten til Straumann er 95 %, mens Astra Tech hadde 89,8 % og Nobel Biocare hadde 87,5 % i vår studie.

Totalt 8 implantater fra Nobel Biocare ble satt inn hos 6 pasienter. Disse tallene er lave og gir ikke nok informasjon til å kunne vurdere implantatmerket. Grunnen til det lave antallet var at vi ikke hadde benyttet dette systemet i hele perioden på grunn av anbudsordninger ved UiO.

De to implantatene som sviktet i vår studie var fra Straumann, og ble satt inn hos to kvinner (50- og 68 år). Kirurgien hos begge var en-steps prosedyre, og begge fikk implantat i region 45. Det fremgår ikke av journalen når disse implantatene ble belastet. En av pasientene (50 år) hadde ikke hatt tidligere historie med periodontitt eller diabetes, og brukte ikke tobakk.

Den andre var 68 år og hadde hatt tidligere historie med periodontitt, men hadde ikke diabetes og brukte ikke tobakk. Denne kvinnen fikk autogent ben augmentert i området. Det ene implantatet som sviktet, falt ut etter 1 år og 9 måneder. Pasienten hadde i mellomtiden fått diagnostisert lungekreft med spredning til lever, og brukte bisfosfonater. Implantatet som ble satt var fra merket Straumann (RN), og hadde en lengde på 8 mm. Ifølge retningslinjene fra ITI skulle lengden vært på 10 mm dersom det er et singel implantat. Både bruk av for kort implantat og bruk av bisfosfonater kan ha hatt betydning for tap av implantatet.

Det andre implantatet som sviktet, ble innsatt hos en pasient med depresjon og artrose (mest uttalt i fingrene). Pasienten hadde fått nerveskade på høyre sides NAI tidligere etter implantering region 46. Man foretok en lateralisering av NAI og implanterte fikstur region 45. Det ble senere ved etterkontroll registrert at implantatet var mobilt (grad tre) samt at det var en radiolusens mesialt for implantatet. Fiksturen ble eksplantert 27 dager etter implantering. Denne pasienten ønsket å forsøke på nytt, men implantatet sviktet også denne gangen. Det ble bestemt å forsøke en tredje gang da pasienten virket veldig motivert til å få utført

behandlingen. Tredje gang ble fiksturen plassert noe mer mot det mesiale, og fiksturen er fremdeles på plass uten symptomer.

En studie fra Kiel (9) viser til en Cumulative Survival Rate (CSR) på 88 % etter en observasjonstid på mellom 12,2–23,5 år. Implantatmerket var Straumann, og hadde en «Titanium plasma-sprayed»-overflate (TPS). Oppgitt CSR i denne artikkelen ser bort fra de implantatene som ble mistet det første året og beskriver de som «early loss». Disse implantatene har også en annen overflate enn de som har blitt brukt på UiO. Hentschel et al. (10) så på implantater med SLActive overflater (identiske med de som har blitt brukt ved UiO) fra året 2008 til og med 2010. Studien viser til en observert CSR på 99 % (224 pasienter, 312 implantater) og 98,7 % (192 pasienter, 382 implantater) for korte vs. lange implantater respektivt. Observasjonstiden i denne retrospektive kohortstudien fra Tyskland var 24 måneder, og er sammenlignbar med observasjonstiden fra vår studie. Oppgitt overlevelseshrate for korte implantater stemmer godt overens med våre funn.

En kohort-studie som observerte Straumann-implantater med SLA-overflate (11) observerte og fulgte opp implantater fra 1997–2001 over 10 år i privat praksis (177 pasienter, 374 implantater). Forfatterne hevder at de mest pålitelige parametrene for å vurdere implantatsuksess er bentap, periimplantatmucositt, den protetiske komponenten og pasienttilfredshet. Utfra forfatterens parametre oppnådde de en overlevelseshrate på 99,7 % på implantatnivå.

Implantatene innsatt ved UiO fra merket Astra Tech har i perioden artikkelen tar for seg en overlevelseshrate på 100 %. Observasjonstiden varierer fra pasient til pasient da noen implantater blir fulgt opp hos annen spesialist (protetiker eller periodontist). Maiorana et al. (12) fikk en CSR på 95,5 % (69 pasienter, 97 implantater) med treårig oppfølging. Studien hadde inklusjonskriterier; kun pasienter med agenesi av lateraler i overkjeven og incisiver i underkjeven skulle inkluderes. Deres studie har definert bentap som tap av 1 mm ben, noe de fant hos 5,6 % av pasientene. Våre tall fra UiO har en høyere CSR, men ulike parametre er blitt brukt. Van Velzen et al. (11) definerer periimplantitt som en kombinasjon av «Bleeding on Probing» i tillegg til bentap

1,5 mm etter at protetisk erstatning er på plass. En annen studie (10) definerer periimplantitt annerledes; blødning og hevelse (uten å spesifisere ytterligere). Standardiserte målemetoder og beskrivelse av risikofaktorer vil være viktig for å korrelere funn fra ulike studier (13). Fra vår studie kan vi ikke trekke klare konklusjoner om hvilke risikofaktorer som førte til de ulike komplikasjoner. Derfor vil ikke komplikasjonene i denne studien nødvendigvis korrelere med antall komplikasjoner funnet i andre studier.

Vår studie inkluderer pasienter i aldersgruppen 18–88 år. En studie utført av Becker et al. (9) beskriver pasientgruppen som ble inkludert som «elderly». Pasientens alder kan påvirke ASA-klassifisering og medisinerbruk. Gjennomsnittsalderen i vår studie var 45 år.

Alle pasienter som fikk implantater ved UiO, ble inkludert i vår studie, uavhengig av faktorer som periodontitt, diabetes og røyking m.fl. Andre studier har inklusjons- og eksklusjonskriterier

som kan påvirke tallene de oppgir. Felles inklusjons- og eksklusjonskriterier ville gitt mer pålitelig informasjon, når man skal sammenlikne ulike funn.

Vårt materiale besto av 192 pasienter med 462 implantater. Dette er et for lite materiale til å trekke statistisk signifikante slutninger. Man trenger derfor større materiale for å vurdere komplikasjoner ved de ulike implantatmerker.

En svakhet ved vår undersøkelse er at det er en retrospektiv studie og ikke prospektiv med systematiske etterkontroller utført av samme person. Det kan også være at enkelte pasienter har droppet ut av studien uten at dette ble rapportert.

Konklusjon

Overlevelsesraten for implantater satt inn ved UiO er høy, men det forekommer mindre alvorlige komplikasjoner ved 7,6 % av implantatene etter en oppfølgingstid på opptil 7 år. Det er liten forskjell mellom implantatsystemene som er benyttet med hensyn til komplikasjoner. Komplikasjoner som periimplantitt har økt forekomst hos røykere og pasienter som har periodontitt. Dersom vi følger implantatene over lengre tid øker naturligvis sannsynligheten for at implantatene ikke lenger ansees som en suksess eller overlevelse (late failure). Oppfølgingstid er en viktig faktor og bør være så lik som mulig for å kunne sammenlikne tall fra ulike studier.

I de retrospektive kohortstudiene var inklusjons- og eksklusjonskriterier meget forskjellige. Det blir derfor vanskelig å sammenligne ulike studier fordi man har ulike kliniske parametere for f.eks. definisjon på hva som er periimplantitt og signifikant bentap.

Takk

Takk rettes til Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo for å ha bistått ved vårt Mastergradsprosjekt ved tilrettelegging av pasientdata.

English summary

Alsamaria TB, Jalili S, Bjørnland T.

Survival and success-rate for oral implant treatment at Department of Oral Surgery and Oral Medicine, University of Oslo, in 2010–2013

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 684–91

The installation of dental implants is considered a suitable tooth replacement for patients missing one or more teeth. In this study, we have looked at implant survival outcome in patients who received implants at the Department for Oral Surgery and Oral medicine, Faculty of Dentistry, University of Oslo in the time period from 1.1.2010 to 31.12.2012. The survey population consisted of 192 patients which in total had received 462 implants. Two of these implants in two patients failed. This provides an implant survival rate above 99.6 % at implant level and in 7.6 % of the implants, complications were seen. A systematic literature review revealed that our results appeared to be in line with others.

Referanseliste

1. Zarb GA. Introduction to osseointegration in clinical dentistry. *J Prosthet Dent.* 1983; 49: 824.
2. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The Long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1986; 1: 11–25.
3. Jensen JL, Brox HT, Storhaug K, Ambjørnsen E, Støvne SA, Bjørnland T. Dental implants in patients with osteogenesis imperfecta: a retrospective and prospective study with review of the literature. *Oral Surgery.* 2011; 4: 105–14.
4. Misje K, Bjørnland T, Saxegaard E, Jensen JL. Treatment outcome of dental implants in the esthetic zone: a 12- to 15-year retrospective study. *Int J Prosthodont.* 2013; 26: 365–9.
5. Svanborg LM, Andersson M, Wennerberg A. Surface characterization of commercial oral implants on the nanometer level. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater.* 2010; 92: 462–9.
6. Koldslund OC. Biological outcome of dental implant treatment, Prevalence and risk indicators. Faculty of Dentistry: University of Oslo; Unipub; 2010.
7. Chuang SK, Tian L, Wei LJ, Dodson TB. Predicting dental implant survival by use of the marginal approach of the semi-parametric survival methods for clustered observations. *J Dent Res.* 2002; 81: 851–5.
8. Ali MK, Gran AE, Bjørnland T. Implantatoverlevelse ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo 2008–2010. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2011; 121: 920–5.
9. Becker S.T., Beck-Broichsitter B.E, Rossmann C.M, Behrens E, Jochens A, Wiltfang J. Long-term Survival of Straumann Dental Implants with TPS Surfaces: A retrospective Study with a Follow-up of 12 to 23 Years. *Clinical Implant Dentistry and Related Research.* 2016; 18: 480–8.
10. Hentschel A, Herrmann J, Glauche I, Vollmer A, Schlegel KA, Lutz R. Survival and patient satisfaction of short implants during the first two years of function: a retrospective cohort study with 694 implants in 416 patients. *Clin Oral Impl Res.* 2016; 27: 591–6.
11. van Velzen FJJ, Ofec R, Schulten EAJM, ten Bruggenkate CM. 10-year survival rate and the incidence of peri-implant disease of 374 titanium dental implants with a SLA surface: a prospective cohort study in 177 fully and partially edentulous patients. *Clin Oral Impl Res.* 2015; 26: 1121–8.
12. Maiorana C, King P, Quaas S, Sondell K, Worsaae N, Galindo-Moreno P. Clinical and radiographic evaluation of early loaded narrow-diameter implants: 3 years follow-up. *Clin Oral Impl Res.* 2015; 26: 77–82.
13. Texmo L, Trzcinska D, Sægrov AH, Klepp M, Åström AN, Leknes KN. Peri-implantitt: Utfordringer ved diagnostikk og behandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2013; 123: 790–8.

Korresponderende forfatter: Tore Bjørnland, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, p.b 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-mail: tore.bjornland@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Alsamaria TB, Jalili S, Bjørnland T. Oral implantatbehandling er en vellykket behandling med få komplikasjoner. Overlevelses- og suksessrate for implantater i perioden 2010–2013 ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2018; 128: 684–91



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

• **Klorhexidin-skyll med GOD SMAK**

- Pasienten **fullfører behandlingen**

• **Optimal konsentrasjon**

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

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

* I en undersøkelse utført på 125 spesialklinikker.





Tannlegeforeningens nettbaserte kurs – en enkel og fleksibel måte å fylle myndighetskrav og obligatorisk etterutdanning

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

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

Registrering og mer informasjon finner du på

www.tannlegeforeningen.no/tank

VISSTE DU?

LISTERINE® PROFESSIONAL FLUORIDE PLUS

- 3-I-1 FORMEL FOR
EKSTRA BESKYTTELSE
MOT HULL I TENNENE
- ETERISKE OLJER FOR Å
REDUSERE PLAKK
- UTEN ALCOHOL
- MILD SMAK



My Tien Diep, Anne Thea Tveit Sødal, Rasa Skudutyte-Rysstad og Lene Hystad Hove

Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere

De siste årene har det vært økt fokus på oral helse og munnstell for eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester. Likevel finnes imidlertid lite kunnskap om rutiner og prosedyrer for munnstell på sykehjem i Norge. Hensikten med denne studien var å kartlegge rutiner for ivaretagelse av oral helse på sykehjem i Oslo, fra ledelsens perspektiv.

Det ble utviklet et spørreskjema knyttet til oral helse og munnstell som omfattet spørsmål om daglige rutiner, utstyr, dokumentasjon av munnstell, hyppighet av undersøkelse utført av tannpleier, inntak av sukkerholdig mat og drikke, samt opplæring av pleiepersonell. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til ledere på 49 langtidssykehjem i Oslo, hvorav 33 svarte.

Nittifire prosent av sykehjemslederne svarte at de hadde prosedyrer for munnhygienerutiner og 79 % svarte at ved behov for hjelp til daglig munnstell sto dette beskrevet i tiltaksplanen. På over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren selv eller pårørende betale for tannbørste/protesebørste og andre nødvendige munnhygieneartikler. Hos nesten en fjerdedel av sykehjemmene ble daglig munnstell journalført. Åttifem prosent av sykehjemmene hadde ikke retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke. Flesteparten av respondentene (70 %) ønsket mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis.

Funn i denne studien viser at til tross for at de fleste sykehjem i undersøkelsen hadde munnhygienerutiner, var det betydelig

variasjon i disse. Dette tyder på at det er behov for tettere tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, for å etablere gode rutiner for ivaretagelse av god oral helse på sykehjem.

For mange bringer alderdommen med seg sykdom og funksjonsnedsettelse, som kan resultere i et stort omsorgsbehov. Blir behovet stort nok, tilbringes ofte siste fasen av livet på sykehjem, hvor man har krav på å få hjelp til det man ikke lenger klarer å utføre selv. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting står det at kommunen skal «utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov». Et av disse, som omtales i forskriften, er «tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat» (1). Med vekt på «rimelig valgfrihet», bør alle beboere få velge hvilken mat de vil spise, men karbohydrater i kosten, spesielt sukker, er en viktig etiologisk faktor i utvikling av karies (2). Beboere på sykehjem bør derfor få mulighet til også å kunne velge sukkerfrie alternativer. Spørsmålet er i hvilken grad dette blir fulgt opp på sykehjem.

Hovedbudskap

- Det finnes lite kunnskap om rutiner og prosedyrer for munnstell på sykehjem i Norge
- Informasjon fra sykehjemmenes ledelse om rutiner for ivaretagelse av oral helse på sykehjem ble kartlagt ved hjelp av en spørreundersøkelse
- De fleste sykehjemmene rapporterte at de hadde slike rutiner
- Det var likevel forskjeller mellom sykehjemmene med hensyn til journalføring av daglig munnstell, finansiering av utstyr til munnhygiene og retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke
- Flere sykehjemsledere ga uttrykk for at det bør gis mer undervisning i oral helse enn dagens praksis

Forfattere

My Tien Diep, stipendiat, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Anne Thea Tveit Sødal, stipendiat, Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Rasa Skudutyte-Rysstad, førsteamanuensis, PhD. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Lene Hystad Hove, førsteamanuensis, PhD. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for kariologi og gerodontologi, Universitetet i Oslo.

Et annet grunnleggende behov, som står beskrevet i forskriften, er «nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene». Selv om dette er forankret i politiske dokumenter og forskrifter, viste en studie fra Østfold at 40 % av eldre på sykehjem har uakseptabel oral hygiene (3). Fokus på munnstell hos sykehjemsbeboere synes således i praksis å være generelt utilstrekkelig. Forskningen viser at god oral helse er avgjørende for mange sentrale helsefunksjoner som næringsinntak (4), smak (5), tale og sosial trivsel (6). I tillegg har dårlig munnhygiene og retensjon av plakk stor betydning for utvikling av karies, periodontitt og andre orale infeksjonssykdommer (7, 8).

Faktorer som for eksempel langt fremskreden kognitiv og/eller motorisk svekkelse kan føre til utfordringer for adekvat munnstell. Redusert motorikk i ansiktsregionen kan gjøre at matrester forblir i munnhulen over lengre tid. Mange eldre bruker medisiner som kan gi hyposalivasjon, og mangel på saliva kan redusere «oral clearance» (9). I tillegg har mange eldre et stort antall restaureringer og faste protetiske konstruksjoner som kan være vanskeligere å holde rene. Ved nedsatt helsetilstand, er mange ute av stand til å motta omfattende operativ tannbehandling (10), og det forebyggende arbeidet bør derfor stå i fokus. Gode rutiner og tilstrekkelig hjelp til å utføre daglig munnstell er derfor viktige i denne sammenheng. I tillegg vil jevnlig undersøkelse av beboerne, utført av tannhelsepersonell, kunne fange opp sykdomsutvikling på et tidlig stadium. Dette vil kunne spare beboerne for omfattende tannbehandling. Mange beboere trenger hjelp med munnhygiene, og tid, kunnskap, informasjonsutveksling mellom pleierne og utstyr kan påvirke kvaliteten på munnstellet. Pleiere kan ha for liten tid til hver enkelt beboer, og munnstellet kan også bli nedprioritert på grunn av manglende kunnskap om konsekvensene av dårlig oral hygiene (11, 12). Mehl et al. undersøkte og sammenlignet utdannelsen til sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter (11). De konkluderte med at pensum ikke var optimalt, og at det er behov for mer fokus på oral helse i utdanningen. Samson et al. konkluderte imidlertid med at mangler i undervisningen sannsynligvis ikke er hovedårsaken til dårlig oral hygiene på mange langtidssykehjem, fordi resultatene ikke kunne bekrefte at læreplanen i grunnutdanningen var inadekvat (12).

På et sykehjem kan det være ulike pleieansatte på dagvakt, kveldsvakt, nattevakt og ved ferieavvikling. Det er derfor ikke uvanlig at én beboer får hjelp av flere ulike pleiere i løpet av én uke, eller til og med i løpet av ett døgn. Dette kan vanskeliggjøre oppfølging av ulike problemstillinger som oppstår i løpet av en vakt. I tillegg til viktig informasjon om helsehjelpen som er gitt, kan journalen fungere som informasjonsutveksling mellom pleiere.

Det er fastslått i flere studier at den orale hygienens hos eldre på sykehjem generelt har stort forbedringspotensial (3, 13, 14). For å utføre munnstell på en tilfredsstillende måte, er det viktig at nødvendig utstyr er tilgjengelig til enhver tid. Flere intervensjonsstudier er gjort i den hensikt å finne tiltak som kan forbedre munnstell på sykehjem (15, 16). Intervensjonene som er forsøkt, er blant andre i) motivasjon og opplæring av pleiepersonalet, ii)

bildebaserte munnstellskort, iii) utlevering av munnhygieneutstyr og iv) praktisk implementering av nye rutiner (16). En kombinasjon av alle disse tiltakene viste seg å ha signifikant positiv effekt på beboernes munnhygiene målt ved Belegg-Slimhinne Indeks (BSI). I denne studien ble alle intervensjonene testet samtidig, og det var derfor vanskelig å vite hvor stor rolle hver enkelt intervensjon spilte. En randomisert kontrollert studie viste at undervisning av helsepersonell i oral helse forbedret den orale helsestatusen til beboerne (17). Faste rutiner for munnstell har sannsynligvis grunnleggende betydning for at sykehjemsbeboere skal få den hjelpen de trenger, men det finnes lite informasjon om rutiner for munnstell på sykehjem i Norge. I en undersøkelse i regi av Sosial- og helsedirektoratet ble det rapportert at 63 % av sykehjemmene hadde individuelle rutiner for beboernes tann- og munnstell, men det ble ikke kartlagt hva disse prosedyrene gikk ut på (18). Hovedformålet med den foreliggende studien var derfor å kartlegge rutiner knyttet til oral helse og munnstell på langtidssykehjemmene i Oslo, samt om rutiner var forskjellige med hensyn til størrelsen og eieformen på sykehjemmet.

Materiale og metode

Utviklingssenter for sykehjem i Oslo kommune ble kontaktet og var behjelpelig med e-postadressene til alle lederne for langtidssykehjem med hovedansvar for daglig drift av sykehjem i Oslo. Både kommunale, private og ideelle sykehjem ble kontaktet og invitert til å delta i studien ved å svare på et elektronisk spørreskjema. Rene korttidssykehjem ble ekskludert. Førtini sykehjem oppfylte inklusjonskriteriene. Dersom institusjonens leder ikke hadde anledning til å svare på spørreskjemaet, ble dette vidresendt til avdelingsledere på sykehjemmene. Spørreskjemaet ble utarbeidet av masterstudentene (MTD og ATTS) i samarbeid med veiledere. I forkant av undersøkelsen ble skjemaet sendt til Utviklingssenter for sykehjem i Oslo kommune som kom med tilbakemeldinger og innspill. Spørreskjemaet inneholdt 37 spørsmål, som omhandlet rutiner rundt munnstell, journalføring, utstyr til munnstell, hyppighet av undersøkelse av tannpleier, kosthold og dessuten spørsmål knyttet til undervisning og opplæring av pleiere. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av Quest Back nettbasert datainnsamlingsverktøy.

Prosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (prosjektnummer 42965). Sammen med spørreundersøkelsen ble det sendt ut et skriv til deltakerne med informasjon om prosjektet. Deltakelsen i undersøkelsen var frivillig. Det ble sendt en påminnelse via e-post to ganger i etterkant ved mangelfull respons. Alle innhentede data ble behandlet anonymt etter at prosessen med å samle inn svar var avsluttet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble overført til et statistikkprogram (IBM SPSS statistics versjon 22) og presentert som frekvensfordelinger. For analyser ble størrelsen på sykehjemmene kategorisert ut ifra antall beboere som lite (19–60), middels stort (61–130) og stort (131–170). Forskjeller i tannhelse- og munnstellrutiner med hensyn til størrelsen på sykehjemmene ble testet ved hjelp av Chi-kvadrat test. Forskjeller ble ansett å være statistisk signifikante hvis $p < 0,05$.

Resultater

Trettitre av 49 sykehjem (67 %) svarte på spørreundersøkelsen, hvorav 27 var langtidssykehjem (82 %) og 6 (18 %) var både langtids- og korttidssykehjem. Eieformen/sykehjemsdriften var hos 15 sykehjem offentlig, 12 privat og 6 ideell. Antall beboere på sykehjemmene ved undersøkelsestidspunktet var mellom 19 og 170. Syv sykehjem ble kategorisert som små, 19 som middels store og 7 som store.

Munnhygienerutiner og utstyr

Nesten alle sykehjem (94 %) hadde prosedyrer for munnhygienerutiner (tabell 1). Kun 49 % av sykehjemmene hadde rutinemessig journalføring av daglig munnstell. De små sykehjemmene journalførte daglig munnstell oftere (86 %) enn de middels store og store (37 % og 43 %), men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Tabell 2 viser at hos over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren/pårørende selv betale for tannbørste/protesebørste (58 %) og tannkrem (61 %). Andre fluorprodukter, antibakterielle skyllemidler og rensemidler til protese ble oftere finansiert av sykehjemmet/kommunen.

Tabell 1. Rutiner for munnstell (andel av sykehjem som svarte positivt)

Munnhygienerutiner	Andel av sykehjem (n=33)
Har prosedyrer for munnstell	94 %
Hjelp til tannpuss minst to ganger daglig	88 %
Behov for hjelp til daglig munnstell i tiltaksplan	79 %
Journalføring av daglig munnstell	49 %
Primærkontakten ser til at utstyr er tilgjengelig på rommet	91 %

Tabell 2. Andel sykehjem hvor beboer/pårørende må finansiere munnhygieneartikler selv

Munnhygieneartikler	Andel av sykehjem (n=33)
Tannbørste/ protesebørste	58 %
Tanntråd/ tannstikker/ mellomromsbørster	61 %
Tannkrem	61 %
Tannkrem med ekstra høyt fluorinnhold (Duraphat)	27 %
Andre fluorprodukter (skyllemidler, tabletter osv.)	24 %
Corsodyl eller andre antibakterielle skyllemidler	9 %
Rensemidler til protese	21 %

Sukkerholdig kosthold

Kun 15 % av sykehjemmene svarte at de hadde retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke (tabell 3). Blant de små sykehjemmene hadde 57 % retningslinjer, mens kun 5 % av de middels store og ingen av de store hadde dette. Denne forskjellen var signifikant (Chi-kvadrat test, $p=0,02$). Sytti prosent av sykehjemmene tilbød beboerne sukkerholdig drikke flere ganger daglig og 58 % tilbød kaker eller sukkerholdig snacks hver dag. Førtiåtte prosent tilbød sukkerfrie alternativer til alle beboere.

Undersøkelserutiner

Tabell 4 viser at på 73 % av sykehjemmene fikk beboerne undersøkelse av tannpleier minst to ganger i året. Syttifire prosent av sykehjemmene hadde tidsfrist for kartlegging av tannstatus hos beboere, og i de fleste tilfeller skulle dette skje innen én måned. Nittifire prosent av sykehjemmene hadde rutiner for kartlegging av nye beboeres behov for hjelp til munnstell, og hos de fleste (76 %) skulle dette skje innen én uke etter innskrivning. I de fleste tilfeller lå dette ansvaret hos primærkontakten.

Registrering av unormale/patologiske funn i munnhulen

Nesten alle (97 %) svarte at unormale/patologiske funn i munnhulen skulle registreres i journalen. I tillegg svarte 67 % at dette skulle følges opp ved at funn ble rapportert til sykepleier som sørget for å kontakte tannlege/tannpleier.

Undervisning og opplæring av pleiepersonell

Erfarne pleiere hadde ved de fleste sykehjemmene (76 %) ansvaret for opplæring av nye pleiere i munnstell. Dette foregikk ved at nyansatte fulgte disse pleierne på opplæringsvakter. Kun 6 % hadde ingen faste rutiner for dette. Mange av sykehjemmene (70 %) svarte at det er ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, og dette i form av praktisk kurs/demonstrasjon. Åttiåtte prosent av sykehjemslederne ønsket at dette var en obligatorisk del av etterutdanningen.

Diskusjon

Denne studien hadde som formål å kartlegge rutiner for oral helse og munnstell på sykehjem i Oslo. Spørreundersøkelsen var rettet mot daglige ledere av sykehjemmene, med utgangspunkt i at lederne bør ha oversikt over rutineene eller vite hvor denne oversikten finnes. Det ble gjort flere interessante funn.

Trettitre sykehjem er et lite utvalg, men av totalt 49, blir responsen på 67 %. Datagrunnlaget kan derfor anses som representativt for langtidssykehjem i Oslo, gitt at utvalget av non-respondere var tilfeldig. Det er mulig at de som ikke svarte hadde manglende rutiner, men dette har vi ikke grunnlag for å si.

Munnhygienerutiner og utstyr

Nesten alle sykehjemmene (94 %) hadde prosedyrer for munnhygienerutiner. De fleste (88 %) oppga at beboerne som trengte det, fikk hjelp til tannpuss minst to ganger daglig. Dette er oppløftende tall og svært positivt for ivaretagelse av den orale helsen og

Tabell 3. Rutiner for sukkerholdig kosthold (andel av sykehjem som svarte positivt)

Sukkerholdig kosthold	Størrelse på institusjon			
	Liten (n=7)	Middels (n=19)	Stor (n=7)	Alle (n=33)
Har retningslinjer for inntak av sukkerholdig mat og drikke	57 %*	5 %	0 %	15 %
Tilbud om sukkerholdig drikke flere ganger daglig	29 %	84 %	72 %	70 %
Tilbud om kaker eller andre sukkerholdige snacks hver dag	57 %	58 %	57 %	58 %
Tilbyr sukkerfrie alternativer til alle beboere	57 %	42 %	57 %	48 %

*Signifikant $p < 0,05$

i tråd med Helsedirektoratets anbefaling (7). Likevel viste en tidligere norsk studie at over 40 % av eldre på sykehjem hadde uakseptabel oral hygiene (3). En mulig forklaring kan være at rutinene på tannpuss to ganger daglig ikke følges opp og/eller at kvaliteten på pussingen ikke er tilfredsstillende. Dette viser at det er behov for flere studier som ser på hvordan munnstellet utføres i praksis. Majoriteten av sykehjemsledere (79 %) svarte at behov for hjelp til daglig munnstell fantes i tiltaksplanen. Dette er positivt, men kun dersom det følges opp. Journalføring av munnstellet kan bidra til at alle involverte blir informert om at hjelpen er gitt, samt om andre forhold av betydning for oral helse. Denne studien viste derimot at 51 % av sykehjemmene ikke hadde rutinemessig journalføring av daglig munnstell. Dette kan gjøre det vanskelig å sette i gang aktuelle tiltak ved manglende munnstell over lengre tid, og å følge opp eventuelle symptomer.

Beboers primærkontakt hadde stort sett (91 %) ansvaret for at nødvendig utstyr til munnstell var tilgjengelig, men på over halvparten av sykehjemmene måtte beboeren/pårørende betale for grunnleggende utstyr til munnstell selv. Tilgjengeligheten på utstyr i disse tilfellene kan derfor være avhengig av informasjon og kommunikasjon mellom primærkontakt og pårørende.

Tabell 4. Undersøkelsesrutiner (andel av sykehjem som svarte positivt)

Undersøkelsesrutiner	Andel av sykehjem (n=33)
Undersøkelse av tannpleier minst to ganger i året	73 %
Tidsfrist for kartlegging av tannstatus	74 %
Kartlegging av nye beboeres behov for hjelp til munnstell	94 %
Kartlegging av behov for hjelp til munnstell innen én uke	76 %

Sukkerholdig kosthold

Funn i denne studien viste at de fleste sykehjemmene (85 %) ikke hadde retningslinjer for hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke. En konsekvens av dette kan være at mange beboere blir tilbudt sukkerholdig drikke flere ganger daglig og kaker eller sukkerholdig snacks hver dag, uten sukkerfrie alternativer. I «Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet» utgitt av Helsedirektoratet (19) frarådes hyppig inntak av matvarer med høyt sukkerinnhold for å redusere

risikoen for karies. Beboerne bør i hovedsak få spise og drikke det de ønsker, men alle bør få tilbud om sukkerfrie alternativer dersom kravet om vekt på «helsefremmende kosthold» og «rimelig valgfrihet» skal innfris, etter forskriftene (1). Det er imidlertid ikke gitt at beboerne vil velge de sukkerfrie alternativene. Det er også utfordringer knyttet til ivaretagelse av pasientens ernæringstilstand med negative konsekvenser for tannhelsen. Helsedirektoratet skriver for eksempel i «Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten» at det for eldre med risiko for utvikling av underernæring, anbefales energi- og næringstett kost (20). Her står det blant annet «Dessert/kake kan gjerne serveres daglig» og «Drikke kan gjerne berikes med karbohydratpulver...». Det anbefales to mellommåltider om dagen, som også kan være sukkerholdige. Fordeler og ulemper ved et slikt kosthold bør vurderes i hvert enkelt tilfelle, hvor den orale helsen også vektlegges. I tilfeller hvor det ernæringsmessig er riktig med et karbohydratrikt kosthold, bør dette følges opp med tiltak som økt lokal fluortilførsel og økt fokus på munnhygiene.

Undersøkelsesrutiner

På 27 % av sykehjemmene fikk beboerne undersøkelse av tannpleier én gang i året eller sjeldnere. Sjelden undersøkelse kan føre til at karies, periodontitt og annen oral patologi ikke blir oppdaget og behandlet på tidlige stadier. Dette vanskeliggjør også det forebyggende arbeidet som skal til for å unngå operativ tannbehandling. I en spørreundersøkelse gjort blant ledere på sykehjem i England, ble det rapportert ved en tredjedel av sykehjemmene at beboerne ikke fikk vurdert den orale helsen ved innskriving (21). Dette samsvarer med funnene i vår undersøkelse hvor nesten en tredjedel (27 %) av alle sykehjemmene ikke hadde tidsfrist for kartlegging av tannstatus for nye beboere. I den britiske studien ble det også diskutert at den intraorale undersøkelsen var viktig for adekvat planlegging av omsorgen. Ellers tyder også deres studie på at det var manglende rutiner rundt undersøkelse utført av tannhelsetjenesten. Data fra denne spørreundersøkelsen ble, til forskjell fra i vår studie, ikke behandlet anonymt. Dette kan ha spilt en rolle for hvilke sykehjemsledere som ønsket

å svare, og dermed gitt et bedre inntrykk av situasjonen enn den virkelig var.

Undervisning og opplæring av pleiepersonell

Erfarne pleiere hadde ved de fleste sykehjemmene (76 %) ansvaret for opplæring i munnstell av nye pleiere. Dette forutsetter at de erfarne pleierne har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om oral hygiene. Tannstatus hos sykehjemsbeboere har endret seg mye, og flere eldre har i dag egne tenner fremfor proteser (13). Mange ledere (70 %) svarte at det er ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, helst i form av praktisk kurs/demonstrasjon. Dette tyder på at ledelsen ser forbedringspotensial i pleiernes kunnskap om temaet og at et tettere tverrfaglig samarbeid med tannhelsetjenesten kunne vært ønskelig.

Eieform og størrelse på sykehjemmene

Størrelsen på sykehjem og eieform hadde ikke tydelig sammenheng med funnene. Den eneste signifikante forskjellen var at små sykehjem oftere hadde retningslinjer for inntak av sukkerholdig mat og drikke sammenlignet med middels store og store sykehjem.

Det er tidligere blitt gjort få undersøkelser om rutiner for oral helse på sykehjem, og denne undersøkelsen bringer ny kunnskap om temaet fra ledelses perspektiv. Funnene i denne studien belyser utfordringer knyttet til ivaretagelse av god oral helse for beboere på institusjon, og viser at det er behov for økt fokus på munnhelse og tverrprofesjonell samarbeid i eldreomsorgen.

Konklusjon

Funnene i denne studien viser at de fleste sykehjem har rutiner for munnstell, men at det kan være behov for bedre samordning av disse. Det var forskjeller mellom sykehjemmene med hensyn til journalføring av daglig munnstell, finansiering av utstyr til munnhygiene og retningslinjer vedrørende hyppighet og mengde inntak av sukkerholdig mat og drikke. Fra sykehjemsledelsens side var det ønskelig med mer undervisning i oral helse og munnstell for ansatte enn dagens praksis, som en obligatorisk del av etterutdanningen. Funn i denne studien kan tyde på at det er behov for tettere tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, for å etablere gode rutiner for oral helse og munnstell for sykehjemsbeboere, samt økt fokus på undervisning av pleiepersonell.

Takk

Vi vil gjerne takke Anne Jesperud Kittelsen og Torunn Wibe ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo og klinisk ernæringsfysiolog Evy Szász Nergård ved Sykehjemsetaten i Oslo kommune for hjelp til utforming av spørreskjemaet.

English summary

Diep MT, Sødal AT, Skudutyte-Rysstad R, Hove LH.

Mouth care routines in long-term nursing homes in Oslo: A questionnaire survey among nursing home managers

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 694–9

During the last decades, there has been an increasing focus on oral challenges in an aging population, especially frail elderly in nursing homes. Daily mouth care is essential for maintaining good oral health, however, there is little knowledge related to daily oral hygiene routines in Norwegian nursing homes.

The purpose of this paper was to assess routines and procedures related to mouth care in long-term nursing homes in Oslo. A questionnaire was sent to leaders of nursing homes (n=49), 33 responded. The majority (94 %) of the respondents reported that they had procedures on oral care and 79 % answered that the residents' need for help to perform oral hygiene was documented in individually customized plans. In over 50 % of the nursing homes, the residents or dependents had to pay for dental hygiene products. Almost 25 % had no routines for documenting the daily oral hygiene performed, in the resident's journal and 85 % had no guidelines regarding frequency and amount of servings of sugary products.

This study indicates that the majority of nursing homes have daily oral hygiene routines, however, there is substantial practice variation related to documentation, purchase of oral care products as well as dietary guidelines for sugary products.

Referanser

1. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Forskrift for tjenesteyting §3 etter lov av 19. nov1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. des 1991 nr. 81 om sosiale tjenester.
2. Zero DT, Moynihan P, Lingstrom P, Birkhed D. The role of dietary control. In: Fejerskov O, Kidd E, editors. Dental caries: The Disease and its Clinical Management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard: 2008. p. 190–207.
3. Willumsen T, Karlsen L, Naess R, Bjørntvedt S. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? Gerodontology. 2012; 29: e748–55.
4. Rothenberg E JI. Äldres matvanor i ett socialt, medisinskt och odontologiskt perspektiv. Nor Tannlegeforen Tid 2001; 111: 118–25.
5. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. PloS one. 2012; 7: e36557.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83(9): 644.
7. Statens helsetilsyn. Tenner for livet – Helsefremmende og forebyggende arbeid. IS-2659. Oslo: Statens helsetilsyn 1999.
8. Davies RM, Davies GM, Ellwood RP. Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients? Br Dent J. 2003; 195: 135–41.
9. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. J Prosthet Dent. 2001; 85: 162–9.
10. Henriksen BM, Ambjornsen E, Laake K, Axell TE. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long term care. Spec Care Dent. 2004; 24: 254–9.
11. Mehl AE, Ellingsen OG, Kjeksrud J, Willumsen T. Oral healthcare education of future nursing personnel and auxiliary nurses. Gerodontology. 2016; 33: 233–9.

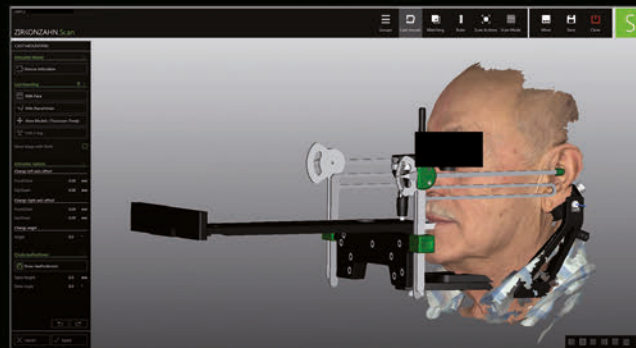
12. Samson H, Iversen MM, Strand GV. Oral care training in the basic education of care professionals. *Gerodontology*. 2010; 27(2): 121–8.
13. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008; 66: 368–73.
14. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012; 29: e420–6.
15. Strand GV. Munnstell når livet er på hell. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005; 125: 1494–6.
16. 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.
17. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29: 289–97.
18. Gimmestad AL. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2006; 116: 268–73.
19. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. IS 2170. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. URL: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet>
20. Helsedirektoratet. Kosthåndboken, veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. IS-1972. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/kosthåndboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten>.
21. Watson F, Tomson M, Morris AJ, Taylor Weetman K, Wilson KI. West Midlands Care Home Dental Survey 2011: part 1. Results of questionnaire to care home managers. *Br Dent J*. 2015; 219: 343–6.

Korresponderende forfatter: Lene Hystad Hove, Avdeling for kariologi og gerodontologi, IKO, Postboks 1109 Blindern. E-post: lenehh@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Diep MT, Sødal ATT, Skudutyte-Rysstad R, Hove LH. Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2018; 128: 694–9.

Zirkonzahn®



ONLY THE BEST FOR THE PATIENT

1:1 overføring av alle pasientdata for pålitelige og forutsigbare resultater med PlaneSystem®

Lær mer om vår arbeidsflyt med PlaneSystem® Under vårt symposium om **Computer Dental Diagnostics** i alpen! Scan koden for ytterligere informasjon.



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

NYE NETTBASERTE KURS FRA NTF!

«Kjøp og salg av tannklinikk»

tar for seg hovedmomentene du bør være oppmerksom på ved kjøp og salg av tannklinikk.



«Kurs for leder om HMS»

gir en grunnleggende innføring i HMS- lovgivningen og arbeidsgivers plikter.

TANK – TAnnlegeforeningens Nettbaserte Kurs

GRATIS for NTFs medlemmer!

Les mer på

www.tannlegeforeningen.no/TANK





ENDELIG RØYKFRI MED Nicotinell®



Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tygg gummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tygg gummi 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

Linda Stein, Anders Tillberg, Lars Inge Byrkjeflot, Rasa Skudutyte-Rysstad og Eeva Widström

Forebyggende tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten: Samsvarer rutinene på klinikken med kunnskapsbasert praksis?

Hensikten med studien var å undersøke rutiner for forebyggende tiltak ved tannklinikker utført av tannleger og tannpleiere ansatt i Den offentlige tannhelsetjenesten og vurdere hvorvidt tiltakene samsvarte med kunnskapsbasert praksis. Spørreskjema ble distribuert via fylkestannlegene. 15 fylker deltok, og 421 tannklinikker fikk spørreskjema tilsendt med anmodning om svar fra de mest erfarne tannlegene og tannpleierne. Etter én påminnelse kom det svar fra 256 tannklinikker (61 %). De fleste oppgav at de rutinemessig fulgte opp anbefalingen om tannpuss to ganger daglig for gruppe A. Halvparten spurte også om anbefalt konsentrasjon av fluorid i tannkremen ble benyttet. Drøye halvparten av respondentene svarte at de instruerte de fleste barne- og ungdomspasientene i bruk av tanntråd, mens en tredjedel anbefalte bruk av fluortabletter/fluorskyll til de fleste barn i aldersgruppen 3–18 år. De forebyggende tiltakene var i samsvar med eksisterende kunnskapsbaserte retningslinjer fra andre land og oppsummert forskning når det gjaldt opplæring i oral hygiene og anbefalinger om bruk av fluortannkrem og fluorlakk. Når det gjaldt bruk av fluortilskudd, fissurforsigling og tobakksforebyggende arbeid, samsvarte ikke rutinene med kunnskapsbasert praksis. Funnene tyder på at det utføres mye forebyggende arbeid på landets offentlige tannklinikker, men at fokus på bruk av forskningsbasert kunnskap bør økes.

Forfattere

Linda Stein, førsteamanuensis, ph.d. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Anders Tillberg, førsteamanuensis, ph.d. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Lars Inge Byrkjeflot, universitetslektor. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Rasa Skudutyte-Rysstad, forsker, ph.d. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, Oslo.

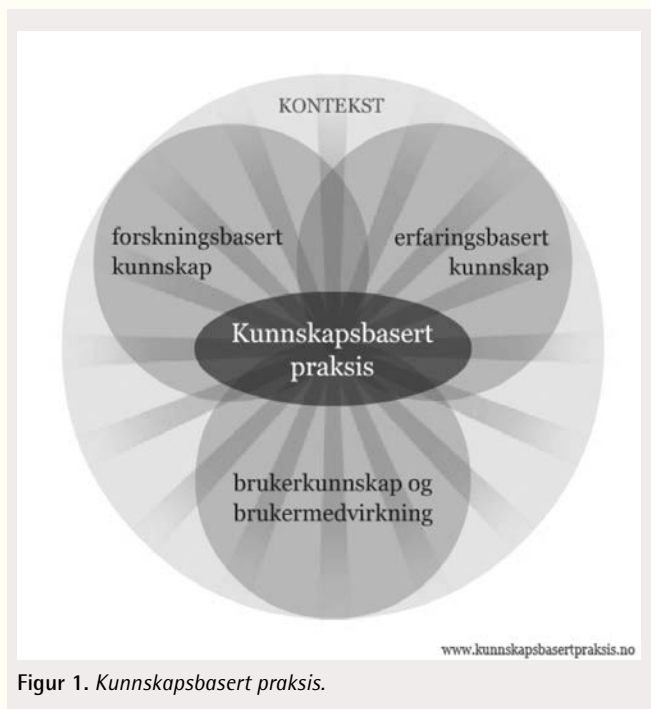
Eeva Widström, professor, dr.odont. Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Det har vært kjent i mer enn 60 år at de vanligste sykdommene i munnhulen, karies og periodontitt, kan forebygges. De nordiske landene var pionerer da de i 1960- og 70 årene utviklet og implementerte programmer for kariesforebygging som fluorskylling i skoleklasser og påføring av fluorlakk på barnepasientene ved konsultasjoner på tannklinikker. En spørreundersøkelse blant tannhelsepersonell i Danmark, Sverige, Island og Norge fra 1999 viste imidlertid store forskjeller mellom landene i valg av forebyggende strategier og tiltak til tross for relativt like tannhelsetjenester og leveforhold. Danskene understreket viktigheten av oral hygiene, svenskene fokuserte på kostholdsveiledning og ekstra fluortilskudd til risikopasienter, mens islendingene og nordmennene satset på fluorprodukter (1). I Finland var det produkter som inneholdt xylitol som var i fokus (2). Dette kan tolkes som at nasjonale kulturer hadde utviklet seg innen forebyggende arbeid i tannhelsetjenesten i Norden.

Nye forebyggende tiltak blir stadig introdusert, gamle blir modifisert eller avviklet, og noen ganger blir gamle metoder benyttet også etter «utløpsdato». I 1999 publiserte Helsetilsynet (da Statens helsetilsyn) en veileder med tittelen «Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid» (3). Siden den gang har det kommet utfyllende og kunnskapsbaserte retningslinjer for helsefremmende og forebyggende virksomhet i flere europeiske land (4–10). Retningslinjene tar for seg ulike pasientgrupper og tiltak, og innholdet kan variere også etter lokale forhold. Felles for disse retningslinjene er at anbefalinger utarbeides på grunnlag av best tilgjengelig vitenska-

Hovedbudskap

- Det er kun delvis samsvar mellom kunnskapsbasert- og klinisk praksis
- Kun halvparten av tannlegene og tannpleierne så behovet for nasjonale retningslinjer
- Fokus på kunnskapsbasert praksis bør økes i klinikken
- Det er behov for kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer



Figur 1. Kunnskapsbasert praksis.

pelig dokumentasjon eller, ved mangel av slik dokumentasjon, baseres på konsensus fra grupper av fagpersoner. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (11), som vist i figur 1.

I Norge er forebyggende arbeid hjemlet i lovverket, og ifølge Tannhelsetjenesteloven skal fylkeskommunen fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling. Forebyggende tiltak skal dessuten prioriteres foran behandling (12). I 2016 ble det undersøkt/behandlet 864 850 personer fra prioriterte grupper i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), hvorav 82 % var 3–18 år (gruppe A). Det ble i tillegg undersøkt/behandlet 206 241 voksne betalende personer (gruppe F) (13). Det foreligger lite informasjon om hvilke forebyggende tiltak som utføres ved offentlige tannklinikker. Hensikten med denne studien var å undersøke rutiner for forebyggende tiltak på tannklinikker utført av tannleger og tannpleiere ansatt i DOT i Norge. Videre ønsket vi å vurdere hvorvidt de forebyggende tiltakene som ble utført, samsvarte med kunnskapsbasert praksis ifølge oppsummert forskning og retningslinjer i andre land. Resultatene ble først publisert i British Dental Journal (14), og hovedfunnene fra originalartikkelen gjengis her med tillatelse fra redaktør og utgiver.

Materiale og metode

Basert på en pilotundersøkelse utført av to masterstudenter ved UiT Norges arktiske universitet (15) ble det utformet et spørreskjema. Hovedspørsmålene var:

- Hvilke kliniske forebyggende tiltak gjøres rutinemessig ved tannklinikken?

- Har klinikken felles skriftlige klinikkspesifikke rutiner for forebyggelse som personalet kjenner til?
- Hvis ja, for hvilke pasientgrupper gjelder disse rutinene?
- Hvis ja, hvem har utviklet rutinene, og hvor ofte oppdateres de av hvilke personer?

- Hvis det ikke finnes skriftlige rutiner for forebyggende arbeid ved klinikken, hva er kunnskapskilden(e) til tiltakene som brukes?

- Ser du et behov for felles nasjonale retningslinjer vedrørende forebyggende arbeid på tannklinikkk?

- Hvor fornøyd er du med det forebyggende arbeidet ved din tannklinikkk?

Spørreskjemaet hadde utformede svaralternativer, men enkelte spørsmål ga også mulighet for kommentarer. Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Nord).

Fylkestannlegene i landets 19 fylker ble kontaktet våren 2014 med forespørsel om deltakelse. Femten fylker var villige til å delta, og fylkestannlegene sendte ut spørreskjemaer til de lokale tannklinikker (n=421) via e-post med anmodning om svar fra den mest erfarne tannlegen og tannpleieren ved klinikken. Etter én påminnelse fikk vi svar fra 256 tannklinikker (61 %), hvorav både tannpleier og tannlege hadde svart ved 128 tannklinikker, kun tannlege ved 82 tannklinikker, og kun tannpleier ved 46 tannklinikker.

Data ble analysert ved bruk av IBM SPSS, versjon 22. Resultatene presenteres i krystabeller. Chi-kvadrat test ble benyttet for å teste om eventuelle forskjeller i svarene mellom tannleger og tannpleiere var statistisk signifikante. Grensen for statistisk signifikans ble satt til 5 %.

Resultat

Rutinemessige forebyggende tiltak

De fleste tannlegene og tannpleierne oppgav at de rutinemessig spurte alle eller de fleste pasientene i gruppe A om de pusset to ganger daglig (82,0 %). Tannpleiere spurte oftere enn tannleger ($p < 0,01$). Vel halvparten (54,6 %) spurte også om tannkrem med anbefalt konsentrasjon av fluorid ble benyttet. Når det gjaldt fluorortilskudd, anbefalte en tredjedel fluortabletter (32 %) eller fluoroskyl (29,8 %) til alle eller de fleste. Litt under halvparten av tannlegene og tannpleierne oppgav at de brukte fluorlakk på barne- og ungdomspasientene. Tanntrådbruk ble anbefalt til alle eller de fleste pasientene i gruppe A av godt over halvparten av tannlegene og tannpleierne (59,1 %). Fissurforsøgling ble som oftest (79,9 %) benyttet etter individuell vurdering, men om lag en av ti (11,5 %) oppgav at de aldri fissurforsøget. Tannpleiere oppgav i større grad enn tannleger å benytte samtlige forebyggende tiltak rutinemessig bortsett fra fissurforsøgling (tabell 1).

Når det gjaldt gruppe F, utførte tannpleiere både hygieneinstruksjon og kontroll av tannpussevaner oftere enn tannleger ($p < 0,01$). Forebyggende tiltak ble generelt utført på mer individuelt grunnlag for voksne, og anbefalinger om forebyggende atferd ble oftere individualisert sammenliknet med gruppe A. En liten andel tannleger og tannpleiere (20,7 %) oppgav at de benyt-

tet fluorlakk på alle eller de fleste voksne. Fluorskyll ble anbefalt til alle eller de fleste voksne pasienter av en fjerdedel av tannlegene og tannpleierne (25,4 %), mens noen få (7,6 %) sa de anbefalte fluortabletter til alle eller de fleste voksne pasienter. Mer enn en tredjedel (37,5 %) polerte med pussepasta på alle eller de fleste voksne pasienter. Over halvparten av tannlegene og tannpleierne (59,4 %) sa at de aldri utførte fissurforsgling på voksne pasienter (tabell 1).

Klinikkspesifikke rutiner

Ved klinikker der minst én ansatt hadde svart (n=256), oppgav en fjerdedel (25,8 %) at det eksisterte skriftlige rutiner for internt forebyggende arbeid ved tannklinikken. Av disse klinikkene hadde så å si samtlige (93,8 %) rutiner for gruppe A, mens det var noe mindre vanlig med rutiner for gruppe B (62 %), C (67 %), D (72,4 %) og gruppe E (53,6 %). De klinikkspesifikke rutinene ble hovedsakelig oppdatert «ved behov» (81,4 %). Det vanligste var at

Tabell 1. Tannlegers (Tnl) og tannpleieres (Tp) rutinemessige forebyggende tiltak for gruppe A og F, oppgitt i prosent (Tnl: n=191 – 214; Tp: n=150 – 165)

	Gruppe A				Gruppe F			
	Tnl+Tp %	Tnl %	Tp %	p-verdi	Tnl+Tp %	Tnl %	Tp %	p-verdi
<i>Sjekk om tannpuss 2Xdaglig utføres</i>								
- alle eller de fleste	82.0	71.4	92.6	**	58.1	44.4	71.8	**
- individuelt	15.5	24.2	6.8		38.6	49.6	27.6	
- aldri	2.5	4.4	0.6		3.3	6.0	0.6	
<i>Instruksjon i tannbørsting dersom plakk</i>								
- alle eller de fleste	65.3	61.7	68.9	n.s.	51.8	43.6	60.0	**
- individuelt	34.4	37.7	31.1		47.5	55.6	39.4	
- aldri	0.3	0.6	-		0.7	0.8	0.6	
<i>Anbefaling av/instruksjon i tanntråddbruk</i>								
- alle eller de fleste	59.1	57.6	60.6	n.s.	45.8	44.4	47.2	n.s.
- individuelt	40.9	42.4	39.4		53.7	55.2	52.2	
- aldri	-	-	-		0.5	0.4	0.6	
<i>Anbefaling av tannkrem med riktig fluorinnhold</i>								
- alle eller de fleste	54.6	54.2	55.0	n.s.	38.8	36.3	41.3	n.s.
- individuelt	43.1	42.5	43.7		54.3	56.4	52.2	
- aldri	2.3	3.3	1.3		6.9	7.3	6.5	
<i>Fluorlakkering (Duraphat)</i>								
- alle eller de fleste	43.1	41.7	44.5	n.s.	20.7	16.7	24.7	n.s.
- individuelt	56.9	58.3	55.5		78.8	82.9	74.7	
- aldri	-	-	-		0.5	0.4	0.6	
<i>Anbefaling av fluortabletter</i>								
- alle eller de fleste	32.2	27.4	37.0	n.s.	7.6	5.2	10.0	n.s.
- individuelt	66.8	71.2	62.4		77.1	77.5	76.7	
- aldri	1.0	1.4	0.6		15.3	17.3	13.3	
<i>Anbefaling av fluorskyll</i>								
- alle eller de fleste	29.8	25.5	34.1	n.s.	25.4	20.0	30.8	*
- individuelt	69.9	73.9	65.9		73.8	79.0	68.6	
- aldri	0.3	0.6	-		0.8	1.0	0.6	
<i>Polering med pussepasta</i>								
- alle eller de fleste	9.9	11.2	8.6	n.s.	37.5	32.3	42.7	*
- individuelt	88.7	86.0	91.4		61.1	66.2	56.0	
- aldri	1.4	2.8	-		1.4	1.5	1.3	
<i>Fissurforsgling</i>								
- alle eller de fleste	8.6	11.1	6.1	n.s.	-	-	-	n.s.
- individuelt	79.9	82.5	77.3		40.6	42.8	38.4	
- aldri	11.5	6.4	16.6		59.4	57.2	61.6	
<i>Orientering om faren med tobakk/snus</i>								
- alle eller de fleste	14.8	14.3	15.3	n.s.	16.7	15.9	17.5	n.s.
- individuelt	82.8	83.4	82.2		81.8	83.6	80.0	
- aldri	2.4	2.3	2.5		1.5	0.5	2.5	

* p<0.05; ** p<0.01; n.s. = not significant (ikke signifikant)

Tabell 2. Samsvar mellom forebyggende tiltak brukt ved tannklinikker i DOT og kunnskapsbaserte anbefalinger fra oppsummert forskning og retningslinjer i andre land (tilfredsstillende, for lite spesifikt, foreldet praksis)

Forebyggende tiltak brukt ved tannklinikker i DOT	Anbefalinger fra oppsummert forskning og retningslinjer i andre land	Samsvar	Referanser
Tiltak for bedre munnhygiene	Dersom barn/voksne har tannsykdom og munnhygienen ikke er tilfredsstillende anbefales tiltak og oppfølging av disse basert på anerkjente modeller for atferdsendring	Tilfredsstillende	4,7,10
Puss med fluortannkrem	Tannpuss med fluortannkrem minst to ganger daglig Fluorinnhold i tannkrem tilpasses individers alder og kariesrisiko	Tilfredsstillende	4,7,10
Bruk av interdental hygieneartikler	Bruk av tanntråd minst to ganger i uken for barn med gingivitt eller approximal karies/fylling Ungdommer og voksne bør bruke tanntråd eller andre interdental hygieneartikler daglig	For lite spesifikt for barn Tilfredsstillende for voksne	10,16,17
Fluorlakk	Minst to ganger i året for barn og ungdom med økt kariesrisiko For voksne med økt kariesrisiko	Tilfredsstillende	4,6,7,9
Fissurforsegling	For barn og voksne med registrert høy kariesrisiko Fissurforsegling er anbefalt for barn rett etter permanente molarer har eruptert	For lite spesifikt	5,10,18
Polering med pussepasta	Forskning angående nytte er mangelfull Ikke anbefalt	Foreldet praksis	8,19
Fluortabletter	Forskning angående nytten når man allerede bruker fluortannkrem er mangelfull Anbefalt individuelt etter indikasjon i spesielle tilfeller for kariesaktive barn og voksne	Foreldet praksis	4,7,10
Fluorskyll	Kun til pasienter med risiko for karies	For lite spesifikt	7,8,10

tannpleiere hadde ansvaret for å utforme og oppdatere rutinene (58,8 %), mens det ved noen klinikker var tannleger eller overtannleger/klinikksejere som gjorde dette. Ved de klinikkene som ikke hadde skriftlige klinikkspesifikke rutiner (74,2 %), ble forebyggende tiltak ifølge respondentene utført på grunnlag av tannlegenes og tannpleiernes ervervede kunnskap (88,5 %), diskusjoner på klinikk møter (82,2 %) og Helsetilsynets veileder Tenner for livet (3) (74,2 %). Internasjonale retningslinjer ble sjelden brukt som grunnlag for forebyggende tiltak ved tannklinikkene (12,9 %).

Selvopplevd behov for nasjonale retningslinjer

Et flertall av respondentene (82,8 %) var fornøyde eller veldig fornøyde med det forebyggende arbeidet på klinikken, selv om godt over halvparten (66,8 %) svarte at de så forbedringspotensialer. På forespørsel oppgav tannlegene og tannpleierne forslag til forbedringer i det interne forebyggende arbeidet på tannklinikken. De forslagene som gikk igjen var oppdaterte skriftlige rutiner til lokalt bruk samt økt bruk av eksisterende forebyggende tiltak. Noen ville ha mer tid til forebygging, mens andre etterlyste bedre målretting av tiltak mot enkelte pasienter. Tre tannleger foreslo mer kunnskapsbaserte tiltak.

På spørsmål om behov for felles nasjonale retningslinjer vedrørende intern forebygging på tannklinikkene svarte halvparten

(48,2 %) av respondentene at de så behov for dette, 51,2 % av tannlegene og 45,2 % av tannpleierne.

Samsvar med kunnskapsbasert praksis

De forebyggende tiltakene i DOT var i samsvar med eksisterende kunnskapsbaserte retningslinjer fra andre land og oppsummert forskning når det gjaldt opplæring i oral hygiene, anbefalinger for bruk av fluortannkrem og fluorlakk (tabell 2). Når det gjaldt bruk av fluortilskudd ut over fluortannkrem, fissurforsegling og tobakksforebyggende arbeid samsvarte ikke rutinene med kunnskapsbasert praksis. Polering med pussepasta og generell anbefaling av fluortabletter er foreldet praksis og ikke i samsvar med eksisterende kunnskapsbaserte retningslinjer og oppsummert forskning.

Diskusjon

Anbefaling og oppfølging av tannpuss og bruk av fluortannkrem med tilpasset fluorinnhold var i samsvar med kunnskapsbaserte retningslinjer. Det var imidlertid oppsiktsvekkende at en tredjedel av respondentene fortsatt anbefalte fluortabletter eller fluorskyll på generell basis. I Norge har det vært lang tradisjon for bruk av fluortilskudd, men etter hvert som tannhelsen har blitt bedre og man i tillegg har fått mer forskning omkring fluorbruk, er ikke denne formen for fluortilskudd lenger ansett som nødvendig for alle pasienter. Denne praksisen er ikke i samsvar med vei-

lederen «Tenner for livet» (3) og med nasjonale retningslinjer fra andre land (5,7,8). Det ville vært rimelig å forvente at praksis omkring dette skulle vært endret i DOT fra årtusensskiftet etter utgivelsen av Helsetilsynets veileder i 1999, der puss med fluor-tannkrem to ganger daglig for alle pasienter anbefales, mens fluor-ortilskudd utover dette skal tilpasses individuelt, basert på kariesaktivitet og alder. Også bruk av tanntråd ble anbefalt på generell basis til alle pasienter av nesten to tredjedeler av respondentene til tross for at veilederen anbefaler bruk kun for pasienter med tannkjøttproblemer. Nasjonale retningslinjer fra andre land anbefaler bruk av tanntråd ved indikasjoner: minst to ganger i uken for barn med gingivitt, approssimal karies eller approssimale fyllinger, mens bruk av interdental hygieneartikler (tanntråd, tannstikkere eller børster) anbefales daglig for ungdom og voksne (10,17,18).

Resultatene fra denne spørreundersøkelsen viser at det forebyggende arbeidet ble ansett som viktig i DOT. Til tross for dette manglet tre fjerdedeler av klinikkene skriftlige retningslinjer for dette arbeidet. Mesteparten av det forebyggende arbeidet innad på tannklinikkene ble derfor utført basert på den enkelte tannleges og tannpleiers erfaring, kunnskap og ferdigheter. Dette stiller store krav til den enkelte kliniker med tanke på å holde seg faglig oppdatert. I hvilken grad tannleger og tannpleiere mestrer å finne frem til, tolke og forstå ny informasjon og forskning vil være av betydning. De klinikkene som hadde skriftlige rutiner manglet ofte et system for oppdatering av rutinene, og de svarte hovedsakelig at rutinene ble oppdatert «ved behov». Kun et fåtall av klinikkene som hadde rutiner, svarte at internasjonale retningslinjer ble brukt som grunnlag for forebyggende tiltak ved tannklinikkene.

På spørsmål om behov for nasjonale retningslinjer for forebyggende arbeid var det kun halvparten av tannlegene og tannpleierne som anså dette som nødvendig. Et flertall av respondentene svarte dessuten at de var fornøyd eller veldig fornøyd med det forebyggende arbeidet de utførte ved klinikken. Dette kan indikere stor tiltro til egen kunnskap og vurderinger, noe som ikke utelukkende er positivt. Funnene fra denne studien er i tråd med resultater fra en amerikansk studie (20) som undersøkte om tannlegenenes rutiner rundt kariesdiagnostikk, behandling og ekstraksjon av visdomstenner var i samsvar med nyeste forskning. Studien konkluderte med at det kun var delvis samsvar mellom klinisk praksis og forskningsresultater. Selv om disse to studiene hadde noe ulik utførelse, understreker funnene at det vil være hensiktsmessig med økt fokus på kunnskapsbasert praksis og implementering av forskningsfunn inn i den kliniske virksomheten. Svarene kan også tyde på at tannhelsepersonell har lite erfaring med å bruke retningslinjer som beslutningsstøtte i sitt daglige arbeid. Selv om kunnskapsbaserte retningslinjer har vært mye brukt innen medisin, er dette relativt nytt for odontologiske miljøer. Fremveksten av kunnskapsbasert praksis har ført til økt fokus på å gjøre kunnskapsbasert kunnskap lettere tilgjengelig (21). Helsebiblioteket.no er et offentlig finansiert heldigitalt bibliotek som har til hensikt å gjøre det enklere for klinikere, lærere og studenter innen medisin og helsefag å finne forsk-

ningsbasert kunnskap. Her finnes fri tilgang til en rekke nasjonale og internasjonale forskningsressurser, også mange odontologiske, som kan benyttes for å styrke beslutningsgrunnlaget til klinikere i en travel hverdag. Den mest sammenstilte kunnskapen finner man i kliniske oppslagsverk og retningslinjer. Da har allerede noen andre gått igjennom kunnskap på det aktuelle området for oss, og slike retningslinjer finner man øverst i kunnskapspyramiden (21).

Det foreligger lite forskning vedrørende kostnadseffektiviteten av de ulike forebyggende tiltakene som benyttes i dag. Det er interessant å merke seg at flere studier med kombinasjon av flere forebyggende tiltak har vist liten effekt. For eksempel tok en studie fra Sverige for seg fire ulike forebyggende tiltak for kariesaktive ungdommer i en randomisert kontrollert studie, og konkluderte med at samtlige tiltak viste lav effekt (22). En finsk studie som fulgte kariesutviklingen hos barn med høy kariesrisiko over en treårsperiode, fant ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen som hadde mottatt omfattende forebyggende tiltak på tannklinikken, og kontrollgruppen som kun hadde mottatt ordinære tiltak (23). Når ressursbruken ved forebyggende tiltak ikke er tilfredsstillende vurdert, kan de igangsettes med det resonnementet at «overbehandling i form av forebygging kan da ikke skade». I de fleste land er det imidlertid økt fokus på å levere kunnskapsbaserte tjenester mer effektivt og til en lavere kostnad. Forskningsbasert kunnskap om hva som fungerer av forebyggende tiltak er derfor avgjørende for å bruke tilgjengelige ressurser mer hensiktsmessig. Legeforeningen har for tiden en kampanje kalt «Gjør kloke valg» (24) som blant annet handler om å reflektere over tiltak man gjør på individnivå for sikkerhets skyld. Målet er at man ikke skal gjøre for mye, ikke for lite, men akkurat passe. Nasjonale retningslinjer for ulike pasientgrupper kan også i denne sammenheng være gode for klinikere å støtte seg til.

Statistisk sentralbyrå har i dag data som kartlegger tannhelseforholdene hos barn og unge, men det finnes ingen data vedrørende hvilke behandlinger og forebyggende tiltak som utføres ved tannklinikkene. Den optimale løsningen i framtiden vil nok være at slike opplysninger kan hentes direkte fra de elektroniske journalsystemene. Foreløpig er vi avhengig av å gjennomføre spørreundersøkelser blant tannleger og tannpleiere ansatt i DOT for å få frem slike opplysninger, noe som kan være en overkommelig og kostnadseffektiv metode. I vår studie var fylkestannlegene behjelpelige med å distribuere spørreskjemaene til sine ansatte. Vi hadde en svarprosent på 61 % av klinikkene. Det hadde vært ønskelig med en høyere andel. Dette kan delvis forklares med at noen tannleger og tannpleiere arbeider ved flere klinikker og dermed unnlot å svare mer enn en gang. De mest erfarne ble dessuten bedt om å svare. Det kan derfor ikke utelukkes at det finnes klinikker der de kun hadde nyutdannede tannleger eller tannpleiere. Man kan heller ikke se bort ifra at resultatene hadde blitt noe annerledes om man hadde bedt også nyutdannede tannleger og tannpleiere svare da disse forventes å ha oppdatert kunnskap med seg fra sine utdanningssteder. Resultatene var i tråd med funn fra pilotstudien (15), noe som styrker

spørreskjemaets reliabilitet. Det anses som en styrke for validiteten at svarene fra tannlegene og tannpleierne var jevnt over like. Denne spørreundersøkelsen har kun kartlagt rutiner for, og bruk av forebyggende tiltak i DOT. Behovet for forebyggende tiltak rettet mot karies og periodontitt varer livet ut. Med tanke på at kun en tredjedel av befolkningen i Norge mottar tannhelsetjenester fra DOT, er det behov for kunnskap og studier som belyser tilsvarende også i privat praksis.

Tradisjonelt har forebygging vært rettet mot barn og unge. Tannhelsemeldingen fra 2007 (25) understreker viktigheten av å nå ut til de som trenger det mest. Eldre og pasienter med nedsatt funksjonsevne er blant disse gruppene. Eldre pasienter med egne tenner og avansert protetik er en pasientgruppe som er i stor vekst i nær fremtid og det kan bli en utfordring for tannhelsetjenesten. Det vil derfor være hensiktsmessig å utarbeide retningslinjer innen tannhelsetjenester også for denne gruppen i nær fremtid.

Kunnskapsbaserte retningslinjer og kliniske prosedyrer har blitt et viktig hjelpemiddel for å bistå klinikere til å finne optimal forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging for sine pasienter samt redusere uønsket variasjon i praksis. Retningslinjer utarbeides av bredt sammensatte arbeidsgrupper, og hele prosessen rundt arbeidet er grundig dokumentert med tanke på systematisk oppdatering med ny kunnskap. I Norge utvikles retningslinjer i regi av Helsedirektoratet i tråd med internasjonalt anerkjent metodikk (26). Dette innebærer at grunnlaget for det som står i retningslinjene, er forskning av god kvalitet som har blitt gjennomgått systematisk. Når den nye Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge blir innført, er målet at den skal bidra til økt fokus på kunnskapsbasert praksis og systematisk kvalitetsutvikling av tannhelsetjenester for denne gruppen. Resultatene av denne studien understreker viktigheten av slike retningslinjer, og originalartikkelen (14) fikk nylig oppmerksomhet nettopp på grunn av dette i en leder i British Dental Journal. Redaktøren stilte seg undrende til at det selv i et skandinaviske land med lang fartstid innen forebygging ikke syntes å være samsvar mellom den forebygging som utføres og den som er mest effektiv (27).

Konklusjon

Resultatene fra denne spørreundersøkelsen viste at forebyggende tiltak var ansett som viktige i DOT, men at rutiner for forebyggende arbeid kun delvis samsvarte med kunnskapsbasert praksis. Våre funn tyder på at fokus på bruk av forskningsbasert kunnskap bør økes i klinikken.

Takk

Forfatterne takker fylkestannlegene for hjelp til å distribuerte spørreskjemaene, tannlegene og tannpleierne for deltakelsen i spørreundersøkelsen, samt Helsedirektoratet for økonomisk støtte.

English summary

Stein L, Tillberg A, Byrkjeflot LI, Skudutyte-Rysstad R, Widström E. Chair-side preventive interventions in the Public Dental Service in Norway: Are routines evidence-based?

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 702–8.

This study surveyed chair-side preventive measures in the public dental clinics in Norway and compared them to recommendations in evidence-based guidelines. After ethical approval, the regional dental officers emailed questionnaires to their local clinics. The most experienced dentists and dental hygienists were requested to respond. Out of 421 clinics, 256 responded (61 %). Most dentists and dental hygienists routinely monitored patients' brushing habits and use of fluoridated toothpaste. Use of supplementary fluoride products were recommended to most patients aged 3–18 years by one third of the respondents. Oral hygiene and fluoride toothpaste recommendations were in line with evidence-based practice. Recommendations of supplementary fluoride products, routines for fissure sealants, and education regarding smoking hazards were not considered evidence-based. One quarter of the clinics had internal guidelines for preventive work. A majority the dentists and dental hygienists were satisfied with the chair-side prevention, although to thirds expressed it could be improved. Half of the respondents were interested in receiving updated national guidelines on preventive care. In conclusion, chair-side preventive measures were numerous in the Norwegian PDS, but some routines were not in accordance with evidence-based practice. Emphasizing the importance of evidence-based practice in oral health prevention would be appropriate.

Referanser

1. Källestål C, Wang NJ, Petersen PE, Arnadottir IB. Caries preventive methods used for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999; 27: 144–51.
2. Honkala E, Rimpelä A, Karvonen S, Rimpelä M. Chewing of xylitol gum – a well adopted practice among Finnish adolescents. *Caries Res.* 1996; 30: 34–9.
3. Statens Helsetilsyn. Tenner for livet. Helsefremmende og forebyggende Arbeid. Veiledningsserie nr1, 1999. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Dental interventions to prevent caries in children. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/138/index.html> (lest 17.02.17)
5. Irish Oral Health Services Guideline Initiative. Pit and Fissure Sealants: Evidence-based guidance on the use of sealants for the prevention and management of pit and fissure caries. <https://www.ucc.ie/en/media/research/ohsrc/PreventDentalCariesFull.pdf> (lest 11.02.17).
6. Irish Oral Health Services Guideline Initiative. Topical fluorides. Evidence-based guidance on the use of topical fluorides for caries prevention in children and adolescents in Ireland. <http://www.bing.com/search?q=https%2F%2F%3Awww.ucc.ie%2Fen%2Fmedia%2Fresearch%2Fohsrc%2FTopicalFluoridesFull.pdf&src=IE-Search-Box&FORM=IESR02> (lest 11.02.17).
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård. <http://www.socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer> (lest 08.02.17).

8. Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo T et al. Topical fluoride for caries prevention. Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. JADA. 2013; 144: 1279–91.
9. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen 2013. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/tandpleje/~media/CED05127926F4A299F05DA0DB8D11D42.ashx> (lest 12.02.17).
10. Public Health England. Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. Third Edition. <http://www.nature.com/vital/journal/v5/n1/full/vital731.html> (lest 14.02.17).
11. Helsebiblioteket.no. Kunnskapsbasert praksis. <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (lest 14.09.18).
12. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenesten. 1983. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> (lest 14.02.17).
13. Statistisk Sentralbyrå. Tannhelsetenesta. Hovudtal 2016. <https://ssb.no/helse/statistikker/tannhelse> (lest 29.06.17).
14. Widström E, Tillberg A, Byrkjeflot LI, Skudutyte-Rysstad R. Chair-side preventive interventions in the Public Dental Service in Norway. Br Dent J. 2016; 221: 179–85.
15. Høgstad I, Engesbakk A. Chair-side prophylaxis at dental clinics in Nordland, Troms and Finnmark – evidence-based routines? [Masteroppgave] Universitetet i Tromsø, 2012.
16. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry: n asettama työryhmä. Karies (hallinta). Käypähoito-suositus. [Finsk retningslinje for behandling av karies]. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50078 (lest 12.03.17).
17. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry: n asettama työryhmä. Parodontiitti. Käypähoito-suositus [Finsk retningslinje for behandling av periodontitt]. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50086 (lest 11.02.17).
18. Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ et al. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants. JADA. 2008; 139: 257–67.
19. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Att förebygga karies -En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU; 2002. www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/att-forebygga-karies/ (lest 15.02.17).

20. Norton WE, Funkhouser E, Makhija SK et al. Concordance between clinical practice and published evidence. Findings from The National Dental Practice-Based Research Network. JADA. 2014; 145: 22–31.
21. Ormstad SS, Underdal H. Informasjonskilder for kunnskapsbasert praksis. Nor Epidemiol. 2013; 23 (2): 221–4.
22. Källestål C. The effect of five years' implementation of caries-preventive methods in Swedish high-risk adolescents. Caries Res. 2005; 39: 20–6.
23. Hausen H, Kärkkäinen S, Seppä L. Application of the high-risk strategy to control dental caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2000; 28: 26–34.
24. Ihle-Hansen H, Stordal K. For mye, for lite – eller akkurat passe? Tidsskr Nor Legeforen. 2018 <https://tidsskriftet.no/2018/09/aktuelt/mye-lite-eller-akkurat-passe> (lest 16.09.18).
25. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr.35 (2006–2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.
26. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-tannhelsetjenester-til-barn-og-unge> (lest 14.03.17)
27. Hancocks S. Prevention is better than...? Br Dent J. 2016; 221: 147.

Korresponderende forfatter: Linda Stein, Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges arktiske universitet, 9037 Tromsø. E-post: linda.stein@uit.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Stein L, Tillberg A, Byrkjeflot LI, Skudutyte-Rysstad R, Widström E. Forebyggende tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten: Samsvarer rutinene på klinikken med kunnskapsbasert praksis? Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 702–8.



Sykehjelpsordningen

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

For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



The simple solution you can trust



0057 DK Rev.0 | 02-18. Copyright ©2018 KERR.

All your adhesion needs met with a simple solution.
OptiBond™ Universal is the **one-step bonding agent** indicated for all your **restorative cases**. Its formula combines the gold standard in adhesion, the OptiBond GPDM monomer, and the innovative Kerr Ternary Solvent System. Giving you strength and procedures you can trust time and again.

Try OptiBond Universal for free.
www.kerrdental.com/simply-universal



OptiBond™ Universal - Single-Component Adhesive

Kerr Nordic c/o KaVo Scandinavia AB | Optimusvagen 12 | 194 84 Upplands Väsby | Sweden
www.kerrdental.com

Kerr
RESTORATIVES



Natural transformation and the study of molecular grounds of streptococcal quorum sensing systems

Streptokokker finnes hos alle mennesker, og hos de fleste utgjør disse bakterier den største delen av mikrobiotaen i munnen. Noen av disse mikrobene har en viktig rolle i sykdomsutvikling, som for eksempel *Streptococcus mutans*, en effektiv syreprodusent forbundet med karies, og *Streptococcus pneumoniae*, som er relatert til mer alvorlige sykdommer slik som lunge- og hjernehinnebetennelse. Andre forårsaker sykdom kun i sjeldne tilfeller, som for eksempel *Streptococcus mitis*, en nær slektning av *S. pneumoniae*. Disse bakteriene er i stand til å ta opp fremmed DNA, og inkorporere det i sitt eget genom. Dette er en svært viktig mekanisme, som tillater bakterier å tilpasse seg miljøet de lever i. Som et eksempel er denne egenskapen til stor hjelp hvis bakteriene skal erverve antibiotika-resistensgener. Dessuten har denne evnen utviklet og spredd seg blant streptokokker, og har i stor grad påvirket bakterieslektens evolusjon.

I sitt doktorgradsarbeid klarte Gabriela Salvadori da Silva å utvikle en svært effektiv og direkte måte å modifisere genomet til *S. mitis* og *S. pneumoniae* på. Denne metoden utnytter bakteriens egen evne til naturlig transformasjon. I det første delarbeidet har kandidaten utforsket hvordan alle de forskjellige stegene i konstruksjonen av genetisk modifisert *S. mitis* kan etableres for å gi optimal transformasjon. Ved å bruke en spesiell dyrkningskultur



FOTO: PRIVAT

Personalia

Gabriela Salvadori da Silva disputerte 25. mai 2018 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, med avhandlingen «Natural transformation and the study of molecular grounds of streptococcal quorum sensing systems». Forskningen ble gjennomført ved Institutt for oral biologi. Hovedveileder var professor Fernanda C. Petersen. Gabriela Salvadori da Silva er tannlege utdannet fra Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

og rette seg mot spesifikke deler av DNAet, kan bakteriens evne til endring økes 3000 ganger. Ved å anvende betingelsene for høy kompetanseutvikling utviklet i det første studiet, var det mulig å analysere hvilke *S. mitis* gener som regulerer når bakteriene er kompetente for naturlig transformasjon. Gjennom RNA-sekvensering identifiserte kandidaten at 6 % av *S. mitis*-genomet er oppregulert under kompetanse. Identifikasjonen av disse *S. mitis*-genene som er aktivert under kompetanse er et viktig grunnlag for å forstå hvordan *S. mitis* kan endres fra individuell til sosial atferd.

I den tredje studien beskrives ett hit-til ukjent kommunikasjonssystem hos *S. pneumoniae*. Ved hjelp av metoden utviklet i det første delarbeidet, viste dette systemet seg å være viktig for at mikrobene skal forårsake sykdom og være mer virulente. Funnene viser at

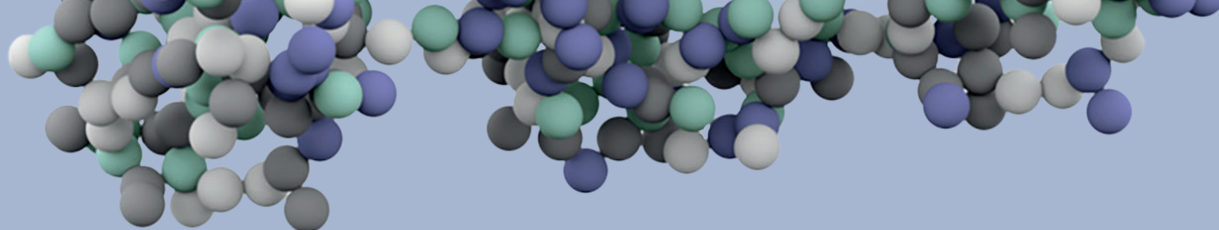
det nye systemet spiller en viktig rolle i sykdomsutvikling.

Den siste studien dekket metoder som støtter naturlig transformasjon av orale streptokokker. Kandidaten gjennomgikk og optimaliserte forhold for transformasjon av *S. mutans* og *S. mitis*, og inkluderte også metoder som kan tilpasses andre orale streptokokker som *Streptococcus intermedius* og *Streptococcus sanguinis*.

Tilsammen har Gabrielas arbeid avansert verktøyene for å genetisk konstruere streptokokker, og avslørt kommunikasjonssystemer som brukes av streptokokker for å kontrollere gruppens adferd. Dette er spesielt relevant, gitt at atferd regulert av kommunikasjon ofte gir overlevelseshfordeler til bakteriene, og er forbundet med bakte-riers evne til å forårsake sykdom.

Arbeidene ble utført i samarbeid med University of Illinois at Chicago (UIC) og The Forsyth Institute.

KI. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



ORIS DENTAL HAR VALGT UPHEADS KOMPLETTE IT-LØSNINGER

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

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



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

UPHEADS[®]
DIN IT-AVDELING FOR HELSE

Etterutdanningskatalogen vinter / vår 2019 er klar!



Last ned katalogen på
www.tannlegeforeningen.no/kurs

I katalogen finner du en oversikt over NTFs sentrale kurs inkludert Januarkurs og vårens TSE moduler, i tillegg til kurs i lokalforeningene og en rekke andre kurs og møter.

NB: Vi minner om at kurskatalogen KUN publiseres digitalt, og følger derfor ikke med dette nummeret av Tidende.

3M Science.
Applied to Life.™

3M™ Scotchbond™ Universal Bonding

Scotchbond Universal er en lysherdende og selvetsende bonding (pH 2,7). Kan brukes til bonding av kompositter, kompomerer og sammen med den adhesive resinsementen 3M™ RelyX™ Ultimate.

Bondingen kan brukes med alle ets-teknikker: total-ets, selv-ets og selektiv ets. Den inneholder MDP-monomer og silan, og kan derfor brukes som primer på alle typer overflater ved adhesiv sementering.

Den er også utmerket i forbindelse med reparasjoner av eksisterende kompositt samt eksisterende indirekte restaureringer.

En 5 års klinisk studie viser at Scotchbond Universal klarer seg like godt eller bedre enn 3-trinns adhesivet Adper Scotchbond Multi-Purpose

www.3m.no/dental

Nå med 5 års
klinisk dokumentasjon!



3M Science.
Applied to Life.™

3M™ Filtek™ One Bulk Fill kompositt

Fyllingen plasseres raskt og enkelt i én seanse - opptil 5 mm - uten å gå på kompromiss med estetikken.

Indikasjonsområder: Klasse I, II og V, og konusoppbygging.

5 farger: A1, A2, A3, B1 og C2.
Trenger ingen toppfylling.

Estetisk, rask og enkel!

www.3m.no/dental



Hva kan vi stole på?

Vitenskapelig publisering og kunnskapsutveksling er ryggraden i vår kunnskapsbasis. Det er tradisjonelt bygd på fagfellevurdering («peer review») som går ut på at andre forskere går kritisk gjennom artikkelutkastet før eventuell publisering. Tidende praktiserer dette for fagartikler.

Verden «der ute» endrer seg. Vitenskapelig publisering er svært inntektsbringende for de store vitenskapelige forlagshusene. Tradisjonelt har disse multinasjonale forlagene basert seg på at leserne abonnerer på tidsskriftene, enten de er elektronisk eller på papir. Nå er det blitt vanlig med fri-tilgangs-publisering («open access», OA). Da betaler forfatterne for å få publisert artikkelen, mens det er fri tilgang for leserne. Dette høres umiddelbart rimelig ut, offentlige institusjoner anbefaler «open access»-publisering, og de store forlagene har tilpasset seg.

Men – denne innretningen gir anledning til å etablere sitt eget tidsskrift, invitere til innsending av manuskripter og ta betaling. Fagfellevurderingen kan være tvilsom, kanskje fraværende. Slike tidsskrifter er røvertidsskrifter («predatory journals»). De kan se ganske så profesjonelle ut, men det er i virkeligheten pengene de er ute etter, slik som Aftenposten viste ved at de fikk publisert oppdiktet svada for kr 8 000 (1).

Som ansatt ved universitetet får jeg kanskje ti invitasjoner til å publisere eller presentere noe, eller være med i en eller annen redaksjonskomité – hver dag! Vi er svake for enkel smiger så henvendelsene åpner gjerne slik: «We have great interest in your excellent research and invite you to submit a research paper...». En av de siste e-postene var fra tidsskriftet «Journal of

Dental Problems and Solutions» (1), der de skriver at de har forsøkt å kontakte meg flere ganger uten å få svar. Jeg husker ikke å ha sett noe derfra tidligere, og eventuelt manglende svar ville ikke vært en glipp fra min side. Ofte har røvertidsskriftene navn som bruker aktuelle honnørord i tiden. For eksempel fikk jeg invitasjon til å sende inn manuskript til «International Journal of Medical Nano Research». Også invitasjon til å delta på kongresser florerer, med samme smigrende ordbruk. Avgiften nevnes ofte godt skjult, hvis i det hele tatt.

Som om dette ikke er nok så er det folk der ute som bløffer til seg publisering i velrennomerte tidsskrifter. Et nylig eksempel er at en person som utga seg for å arbeide på prestisjetunge Karolinska Institutet (KI) i Sverige, og som hadde fått publisert kommentartikler i velrenommerede tidsskrifter (2). Personen finnes ikke på KI. Alarmklokkene bør ringe når personen opererer med en e-postadresse som ikke hører til institusjonen. Seriøse publikasjonskanaler er på vakt overfor mer eller mindre skjult markedsføring («conflict of interest»), mens de useriøse kan være mindre nøye.

Hvordan unngå å bli lurt av falske eller fordreide vitenskapelige nyheter? Litteratordatabasene, for eksempel PubMed (3) inkluderer tidsskrifter, i hovedsak engelskspråklige, med rimelig seriøsitet. Det går også an å sjekke det norske registeret over vitenskapelige publikasjonskanaler (4). Hvis et tidsskrift er listet der, er det en viss trygghet for at det er seriøst.

I litteraturjungelen kan man finne enkeltartikler som støtter nærmest ethvert synspunkt, også i seriøse tidsskrifter. Oppsummert kunnskap er der-

for svært nyttig. Det er da gjerne snakk om systematiske litteraturoversikter der kriteriene for artikkelutvalget er begrunnet og sporbart. Heller ikke Tidende er immun mot falsk eller vin-klet vitenskap, men fagfellevurderingen gir i hvert fall en viss beskyttelse, og det er oversiktlige forhold.

Det kan sies at mange vitenskapelige publikasjoner har vist seg å ha tatt feil etter at ny kunnskap er kommet. Men da er det ikke snakk om bevisst feilinformasjon eller ledd i å fremme en egen agenda (selv om det finnes også). Vitenskapelig informasjon er ferskvare, og ny informasjon vil utfordre gamle sannheter i stadig raskere tempo, men vi må prøve å ikke bli lurt av bløff forkledd som vitenskap. Det krever en kritisk innstilling og det blir ikke enklere med tiden.

Nils Roar Gjerdet
Professor, Institutt for klinisk odontologi,
Universitetet i Bergen

Referanser

1. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/jPAgrq/For-8000-kroner-ble-ren-svada-til-vitenskap--og-Aftenpostens-journalister-til-professorer>
2. KI utreder misstänkt falsk forskare: «Extremt allvarligt». Läkartidningen. 2018; 115: E7H3 Lakartidningen.se 2018-05-08. <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/05/KI-ut-reder-misstankt-falsk-forskare-Extremt-allvarligt/> (lest 18. mai 2018)
3. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Pubmed. pubmed.gov
4. NSD. Register over vitenskapelige publikasjonskanaler. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler>



VERDIEN LIGGER I DETALJENE

Med tanke på de legendariske Flex unitene presenterer vi herved XO FLEX. En unit som er basert på mer enn 65 års erfaring, produktutvikling og kontinuerlig forbedring av alle detaljer. En unit som gir deg full fleksibilitet når du utfører kvalitetsbehandlinger. Finn mer informasjon på **xo-care.com**.

XO Distributører: Dental Service +47 55 22 19 00
Jacobsen Dental +47 22 79 20 20 • Unident +47 33 03 57 70

EXTRAORDINARY DENTISTRY



Nye nasjonale anbefalinger for smittevern

Globale menneskeforflyttinger og økende forekomst av antibiotikaresistens har aktualisert behovet for en felles, nasjonal standard for smittevern i odontologisk praksis. Etter et omfattende treårig arbeid, er anbefalingene klare.

«Grunnlaget for alt smittevernarbeid er basale smittevernrutiner. Disse må være gode nok til at all tannbehandling er trygg for pasient og behandler, uavhengig av smittestatus», står det i «Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske lærestedene i Norge» publisert i januar 2015.

Med dette dokumentet som utgangspunkt, foreligger i høst de første nasjonale anbefalingene for smittevern i odontologisk praksis.

Anbefalingene er utarbeidet i et samarbeid mellom de odontologiske lærestedene i Bergen, Oslo og Tromsø, Kompetansesenteret for dekontaminering Oslo Universitetssykehus (OUS), Den Norske Tannlegeforening, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Skal sikre en forsvarlig praksis

– Vi ønsker å heve kompetansen på smittevern blant tannleger og tannhelsepersonell i Norge. Anbefalingene skal sikre en forsvarlig praksis på området, sier Morten Enersen, spesialist i periodonti og førsteamanuensis ved Institutt for oral biologi, Universitetet i Oslo (UiO).

Han sitter i Arbeidsgruppen for smittevern i klinisk odontologisk virksomhet. De nye anbefalingene vil gi den norske tannhelsetjenesten oppdaterte retningslinjer og prosedyrer innen

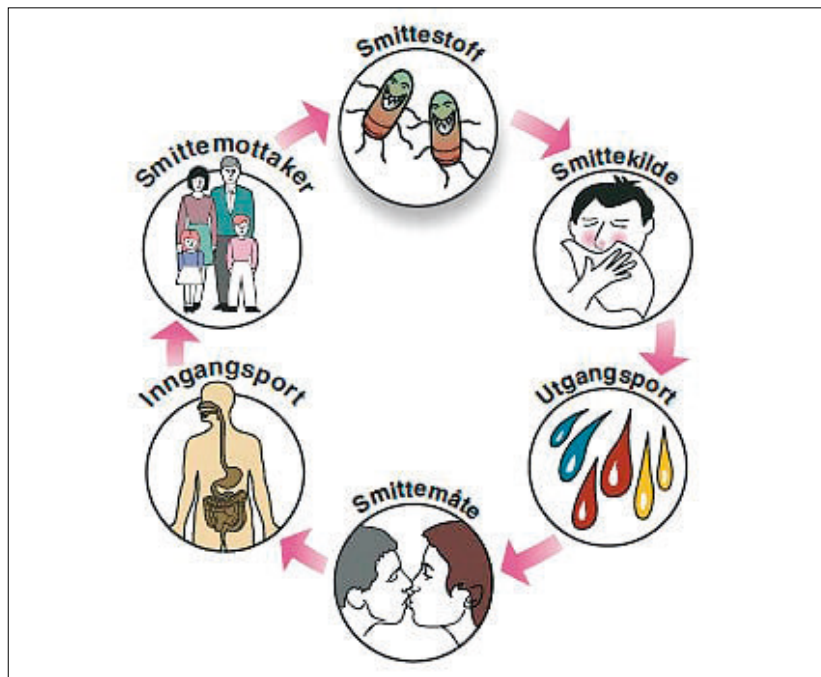
smittevern, og et faglig rammeverk for utforming, implementering og evaluering av interne infeksjonskontrollprogrammer i tannlegepraksis.

I 2015 publiserte regjeringen Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015–2020, der to av de overordnede målene er å redusere den totale bruken av antibiotika og å øke kunnskapen om hva som driver utvikling og spredning av antibiotikaresistens. (Folkehelseinstituttet).

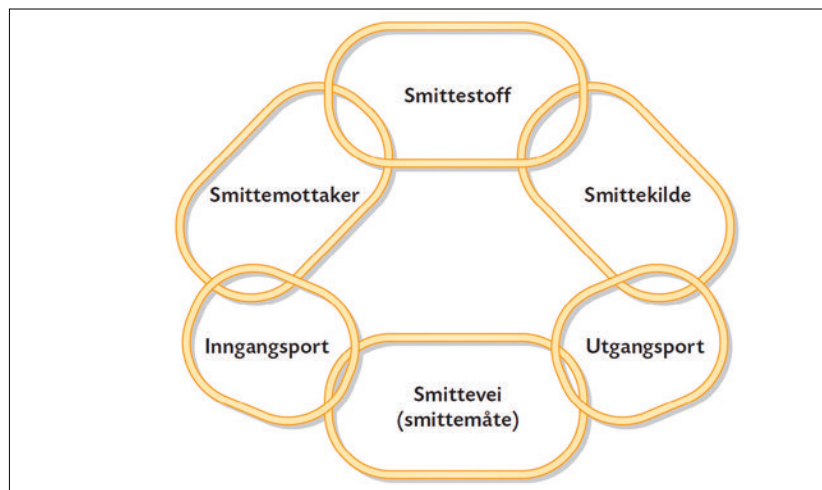
– Med den kunnskapen vi i dag har om mikrobiologi og smittevern, er det all grunn til å styrke det basale smittevernet. Det er helt i tråd med det myndighetene ønsker, og viktig i relasjon til handlingsplanen for å redusere bruken av antibiotika. Smittevern og antibiotikaresistens er tett forbundet, sier han.



Førsteamanuensis ved UiO, og spesialist i periodonti, Morten Enersen, mener tannleger har en vanskelig klinisk arbeidssituasjon og at det er lett å trå feil når det gjelder smittevern. Foto: Fredrik Pedersen, UiO.



Smittekjeden. Kilde: Vettviten.no



Smittekjeden. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Har avdekket avvik

Inntil nå har ikke odontologisk praksis i Norge hatt egne standarder for smittevern. Det har alltid vært et sterkt fokus på «hygiene» ved de odontologiske lærestedene og blant norske tannleger generelt, men tannlegene har vært nødt til å lage sine egne hygieneprogram i klinikken, med utgangspunkt i overliggende lovverk som blant annet Smittvernloven med diverse forskrifter.

– Klinikerne har praktisert etter beste evne. Etter forutsetningene har smittevernet vært godt, selv om det lett kan forekomme avvik ute i praksis. Tannle-



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

Besøksadresse:
Sørkedalsveien 10A
0369 Oslo

Kirurgi

- › Dagfinn Nilsen
- › Erik Bie
- › Johanna Berstad

Protetikk

- › Sonni Mette Wåler
- › Pia Selmer-Hansen

Anestesi

- › Dr. Odd Wathne

Radiologi

- › Bjørn Bamse Mork-Knutsen

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

ger har en vanskelig klinisk arbeidssituasjon, og det er lett å «trå feil» når det gjelder smittevern, sier Enersen.

Gjennom revidering, er målet at de faglige anbefalingene på sikt skal bli en retningslinje som utgår fra Helsedirektoratet.

– Vår erfaring fra de siste årene er at odontologi og smittevern ikke er blitt prioritert fra helsemyndighetene sin side. Vi er en del av primærhelsetjenesten, men har ikke hatt andre standarder å gå ut ifra enn de som myndighetene har utarbeidet for andre deler av helsevesenet, sier han.

– **Sørg for at personalet er vaksinert** MRSA og andre multiresistente bakterier er fryktet blant helsepersonell. Da arbeidsgruppen begynte å jobbe med de faglige anbefalingene, trodde Enersen at kapitlet «Multiresistente mikrober i tannhelsetjenesten» ville bli omfattende. Slik ble det ikke. Når det basale smittevernet er satt i system og fungerer tilfredsstillende, er det få tilstander man behøver å ta ekstra hensyn til.

– Sørg for at alt personalet er vaksinert for influensa og hepatitt B, og at

Faglige anbefalinger for smittevern i odontologisk klinisk praksis

- * At bakterier utvikler resistens mot antibiotika er et økende problem både i Norge og internasjonalt.
- * De viktigste tiltakene for å motvirke resistensutvikling er å forebygge infeksjoner og begrense antibiotikabruk.
- * Anbefalingene for smittevern i odontologisk praksis er utarbeidet av Arbeidsgruppen for smittevern i klinisk odontologisk virksomhet.
- * Folkehelseinstituttet står som utgiver, men dokumentet eies av de tre odontologiske lærestedene i Norge ved universitetene i Bergen, Oslo og Tromsø.
- * Dokumentet er samkjørt med lovverk og forskrifter utgitt av helsemyndighetene. Kravene er overlappende med de kravene man har i helsetjenesten ellers. Dokumentet har en rikholdig referanseliste.
- * De faglige anbefalingene for smittevern finner du på nettsidene til Den Norske Tannlegeforening og på nettsidene til Universitetet i Bergen, Oslo og Tromsø. Dokumentet er også distribuert til fylkestannlegene.
- * Det er ansvarlig leders ansvar å se til at smittevernet blir ivaretatt på en god måte. Det er et krav om at alle ansatte får opplæring i smittevern.

stikkskadeprosedyre foreligger og lar seg gjennomføre som en del av HMS-prosedyrene. Alle instrumenter skal vaskes i dental oppvaskmaskin og deretter autoklaveres. Dette gjelder også ikke-slimhinnepenetrerende instrumenter fordi alle kroppsvæsker, inklusive

saliva, kan inneholde smittestoff, sier Enersen.

Tone Elise Eng Galåen



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





CEREC

Do it your way

CEREC is just what you need it to be. From the initial scan to a full CAD/CAM system providing single-visit solutions – CEREC is your partner every step of the way. Be free to start your digital workflow just the way you want. With CEREC.

Conquer your future now at dentsplysirona.com/CEREC



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 **Dentsply
Sirona**

En milepæl for e-resepten

– Når vil helseministeren sørge for tilgang til e-resept også for tannleger? stortingsrepresentant Sveinung Stensland (H) stilte et skriftlig spørsmål til helseministeren i mars 2018.

Et betimelig spørsmål. Tannlegene har vært forespeilet tilgang til e-resepten «til høsten», «før jul» og «over nyttår» siden våren 2014.

I mars 2014 var e-resepten rett rundt hjørnet også for tannleger, implementert og klar for utrulling, ifølge både Helsedirektoratet og journalleverandørene. Det var et steg på veien til det papirløse helsevesen, og det gjensto bare et par formaliteter. Men etter hvert ble tannhelseavdelingen i Helsedirektoratet nedlagt, Direktoratet for e-helse opprettet og ansvaret ble flyttet dit, kontaktpersoner og ansvarlige kom og gikk, og prosessen gikk mer eller mindre i stå.

E-resepten

Elektronisk resept, også kalt e-resept, har vært i bruk blant leger og en del helseforetak siden 2013. Det hindrer feil i forskriving, gjør det enklere for pasientene, og gir raskere ekspedisjon i apotekene. Det har vært en suksess,



– E-resept gir en oversikt over pasientens gyldige resepter, sier Hilde Lyngstad, avdelingsdirektør i Direktoratet for e-helse. Foto: Rebecca Ravneberg.



– Vår løsning for innføring av e-resept er nå godkjent, sier Kirsten Nerheim Ahlsen, direktør i Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus.

og er blitt den viktigste løsningen for legemiddelhåndtering i helsesektoren.

Så lenge tannleger ikke er inkludert i ordningen, vil pasientene ikke ha full oversikt over sine resepter på nettstedet «Mine resepter». Legene vil heller ikke ha oversikt over medikamentbruken. Tannleger forskriver først og fremst antibiotika og smertestillende midler, og e-resept er viktig for å kunne få oversikt over eventuelle interaksjoner med andre legemidler.

Helseminister Bent Høie sa for øvrig i sitt svar til Stensland at han var oppatt av at e-resept skulle benyttes av alle relevante aktører, og hadde derfor gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å legge til rette for at e-resept også kunne tas i bruk av tannleger, jordmødre og helsesøstre. Sykehusene står for øvrig også i samme kø for godkjenning, og de står for om lag 20 prosent av alle resepter i Norge. Direktoratet for e-helse arbeidet ifølge Høie tett med journalleverandørene for å få løsningene på plass.

DOT i Akershus først ute!

Den offentlige tannhelsetjenesten i Akershus var først ute med å tilby e-resept til sine pasienter. Det skal skje i løpet av høsten 2018.

– Arbeidet med å få e-resept på plass ble startet i 2017, og det er gledelig at vi nå er blitt godkjent. Tannhelsetjenesten i Akershus fylkeskommune har en visjonær digital strategi for tannhelsetjenesten, der e-resept er først ut blant en rekke planlagte nye digitale tjenester for brukere og pasienter fremover, sier Kirsten Nerheim Ahlsen, direktør for tannhelsetjenesten i Akershus fylkeskommune.

De har videreutviklet sitt eget elektroniske pasientjournalssystem (EPJ-system) på basis av Nextsys og ble nå, som det første EPJ-system for tannleger, godkjent for å sende elektroniske resepter.

– Dette er et av de første planlagte stegene på vei mot et papirløst tannlegekontor, sier Ahlsen i sitt nyhetsbrev.

Vinter og vår

– Innføringen av e-resepten for tannleger har tatt både vinter og vår. Årsakene er flere. Tannlegene har ikke vært høyt prioritert, det er en liten gruppe sammenlignet med for eksempel sykehusene. Forskrivningsmodulen var ikke helt egnet for tannhelsetjenesten, viste det seg. Det krevde en forskriftsendring, og den ble vedtatt i mai-juni 2017, sier Geir Fjerdings til Tidende. Han er tannlege og NTFs rådgiver for IT i tannhelsesektoren. Han er også tannlegenes representant i blant annet «Nasjonale arena for samhandling», som dreier seg om alle former for velferdsteknologi.

– Nå skal løsningene være ferdig hos alle journalleverandørene, og de venter bare på testprosessen i E-helsedirektoratet, sier han.

– Foreningens oppgave må være å få tannlegene til å bruke den når den kommer. Her skal vi lage en plan, avslutter Fjerdings.

Opus: Kommer i nyttårsversjonen

– Vi har hatt kontakt med Direktoratet for e-helse på e-post i hele ni måneder. Det vi har ventet på, er testetid. Vår e-resept-løsning har vært ferdig i tre kvart år fra vår side, men direktoratet må teste løsningen mot sin egen testserver for å at vi skal få den godkjent, og det har tatt vinter og vår å få avtale for testetid. Vi skulle veldig gjerne hatt dette ferdig til NTFs landsmøte, men det kommer dessverre ikke til å skje, sier Lasse Moe, CEO for Skandinavia og administrerende direktør for Norge i journalsystemet Opus, til Tidende.

– I dag har vi avklart med E-helsedirektoratet at vi får testetid den 7. november og at e-resepten er lagt inn i vår nyttårsversjon, sier han.

– E-resepten er for lenge siden implementert i Opus' journalsystem og det er allerede lansert og fungerer i Sverige og Finland, sier han, og føyer til at tannlegene allerede kan sende henvisninger, epikriser og røntgenbilder over samhandlingslink i Opus. Dette skal fungere, avslutter Moe.



– Vi har endelig fått testetid for e-reseptløsningen som vi regner med kommer til nyttår, sier Lasse Moe, direktør i journalsystemet Opus.

Pasientsikkerheten viktigst

– Dette handler først og fremst om pasientsikkerhet. Det er viktig for oss å ha full oversikt over de medikamentene pasientene bruker og de vi skriver ut. Legemidler påvirker effekten av hverandre og kan utgjøre en uheldig kombinasjon for pasienten, sier Camilla Hansen Steinum.



WaveOne® Gold

Ettfilssystem for sikker og enkel endodonti

- Resiprokerende bevegelse reduserer risikoen for filfraktur
- Spesialbehandlet nikkeltitan for optimal fleksibilitet og respekt for kanalens anatomi
- Variabel taper på både fil og guttapercha gir økt sikkerhet samt optimal passform for best behandlingsresultat
- Sterilforpakket med fokus på hygiene

Systemet har blitt utvidet med Wave One® Gold Glider – en resiprokerende glidepathfil som skaper en glidepassasje før rensing av kurverterte kanaler.



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 **Dentsply
Sirona**

– For pasientene er dessuten gyldigheten for resepter for antibiotika endret fra ett år til ti dager. Så lenge ikke e-resept er i bruk hos oss, har vi hverken full oversikt over pasientens legemidler eller reseptene for antibiotika. Dette er svært uheldig, påpeker Steinum.

Tannlegeforeningen har for øvrig gjort alt som er mulig for å få fortgang i prosessen.

Pasientens legemiddelliste

– E-resepten henger sammen med en annen storsatsing på e-helseområdet: pasientens legemiddelliste. Dette blir også viktig for tannleger. Hvordan er sammenhengen mellom e-resepten og pasientens legemiddelliste? vi har spurt Hilde Lyngstad, avdelingsdirektør i Direktoratet for e-helse.

– En hovedutfordring knyttet til legemiddelbehandling i dag er at helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk. Det har blitt bedre med innføring av e-resept og kjernejournal da reseptopplysningene nå kan deles mellom flere helsepersonellgrupper, men disse verktøyene gir i dag ikke det totale bildet. E-resept gir en oversikt over pasientens gyldige resepter, mens Kjernejournal i tillegg har tre års historikk på reseptopplysningene.

– Med pasientens legemiddelliste vil e-resept og kjernejournal utvides til også å ha informasjon om pasientens legemiddelliste. E-resept er en elektronisk melding som sendes fra rekvirentens journalsystem til den nasjonale databasen som lagrer gyldige resepter, Reseptformidleren. Med innføring av pasientens legemiddelliste vil legen, ved hver endring i pasientens legemiddelbehandling, også sende en elektronisk melding som inneholder pasientens legemiddelliste. Innholdet i legemiddellisten vil være alt pasienten bruker av legemidler og kosttilskudd, både

faste medisiner, behovsmedisiner samt eventuelle kurer, uavhengig av om det foreligger en gyldig resept for behandlingen eller ikke. I tillegg vil kritisk legemiddelinformasjon (cave) følge med i legemiddellisten. Den nasjonale databasen for resepter, Reseptformidleren, vil altså bli den nasjonale databasen også for oversikt over pasientens legemiddelliste. På tilsvarende måte som med resepter i dag vil kjernejournal også ha 3 års historikk på pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste er altså ikke et nytt helseregister, men utvidelse av funksjonalitet i dagens nasjonale løsninger for e-resept og kjernejournal.

– Innføring av pasientens legemiddelliste krever forskriftsendringer i Reseptformidlerforskriften. Disse endringene ble vedtatt i desember 2017. Der fremgår det at det kun er leger, og ikke øvrige rekvirenter, som skal ha plikt til å registrere endringer i legemiddelbehandlingen i pasientens legemiddelliste. Tannleger (og andre rekvirenter som ikke er leger) vil kunne få tilgang til å se pasientens legemiddelliste, men altså ikke oppdatere denne. Andre rekvirenter enn leger vil sende e-resepter som i dag, og disse vil da ikke inngå i pasientens legemiddelliste før pasienten er i kontakt med en lege, så må ta stilling til om dette skal være en del av pasientens legemiddelbehandling eller ikke, og oppdatere pasientens legemiddelliste sentralt, skriver Lyngstad i en e-post til Tidende.

Langt fram til én innbygger – én journal

Målet om én innbygger, én journal og et papirløst helsevesen ble satt av regjeringen rundt 2012. Her viser alle prognoser at det er langt fram, og lengre enn man forestilte seg.

En pasient kan ha journaler på flere sykehus, hos fastlege, tannlege, spesia-

lister og hos fysioterapeut, for å ta noen. De forskjellige profesjonene, spesialitetene og institusjonene viste seg å ha utviklet egne IT-løsninger og egne varianter av et utall journalsystemer. Å koble sammen IT-systemer som skal dele informasjon er i utgangspunktet komplisert. I tillegg kommer at den medisinske terminologien varierer fra klinikk til klinikk, fra sykehus til sykehus. Forskjellige begreper brukes for de samme diagnosene. Her legger E-helse-direktoratet ned et stort arbeid i å lage felles standarder for både IT-løsninger og terminologi.

Det er ikke satt tidsfrister for når delprosjektene skal være ferdige, og det er heller ikke bevilget øremerkede midler til prosjektet, som i Direktoratet for e-helses utredning fra 2015 ble anslått å koste over 20 milliarder kroner.

En annen kompliserende utvikling er avansert hacking. I Norge ble det i mai i 2017 avslørt at utenlandske IT-medarbeidere hadde hatt tilgang til helse-data for 2,8 millioner pasienter etter at Helse Sør-Øst gjennom Sykehuspartner hadde satt ut deler av drift og utvikling til Øst-Europa og Asia. Andre hackerangrep er avslørt, uten at man vet hva som er skjedd, eller om noe er forandret eller stjålet. Stadig mer avanserte angrep har gitt en tilleggsrisiko for alle store IT-prosjekter.

Én innbygger – én journal handler kanskje like mye om politikk og visjoner som teknologi, og det er mange flere enn tannlegene som sannsynligvis må vente i årevis på det papirløse helsevesen.

Men e-resepten rykker stadig nærmere alle dem som ikke har vært så heldige at de har den allerede.

*Tekst og foto:
Kristin Aksnes*

Vi søker

Sakkyndige tannleger (deltid)



Norsk pasientskadeerstatning kunngjør nå avtaler om sakkyndigtjenester for:

- **Allmenntannleger**
- **Spesialist i oral kirurgi og oral medisin**

Mer informasjon finner du på npe.no. Fullstendig kunngjøring er publisert på Database for offentlige innkjøp (doffin.no).

Tilbudsfrist er tirsdag 20. november kl. 12.00.

Spørsmål kan rettes til:

Fagsjef sakkyndighet, Mads Morten Nøjd
E-post: mmn@npe.no
Telefon: 22 99 44 48

Forskningsdagene på Litteraturhuset i Oslo, 25. september 2018:

Barndommens munnhelse former oss som voksne

Traumatiserende erfaringer i barndommen kan avgjøre hvordan du får det i voksenlivet. Alt fra alvorlig sykdom som kreft, omsorgssvikt eller overgrep kan føre til utenforskap. Hva kan tannhelsetjenesten gjøre for å ivareta utsatte barn?

På scenen sto Anne Rønneberg, Petter Wilberg, Heming Olsen-Bergem og Tiril Willumsen, forskere på hvert sitt område fra Det odontologiske fakultetet i Oslo. Arrangementet var en del av Forskningsdagene, en årlig nasjonal forskningsfestival, og det overordnede temaet var oppvekst.

Programleder var Eldrid Borgan, som blant annet har ledet TV-programmet Schrödingers katt på NRK1, og har lang erfaring med å formidle vitenskapelig stoff på en lettfattelig måte. Hun er for øvrig også sivilingeniør i kjemi- og bioteknologi fra NTNU, med doktorgrad i molekylærbiologi fra UiO.

Munnen blir ofte glemt

– Når et barn får kreft, er det som regel hjernekreft eller blodkreft, og jeg har

jobbet mest med dem med blodkreft og hvilke utslag det gir seg i løpet av barndommen, sa Petter Wilberg. Når de får behandling som kirurgi, strålebehandling eller cellegift, innebærer det at de kan få store bivirkninger i munnhulen. Det blir ofte nedprioritert hos disse barna. Hvordan munnhulen har det, har betydning for om de kan ta til seg næring eller ikke, og det kan være både smertefullt og dramatisk.

– Oppfølgingen på dette området er tilfeldig eller skjer ikke i det hele tatt, sa Wilberg.

En ung pasient kom opp på scenen og fortalte at hun i åtte-niårsalderen fikk diagnostisert barneleddgikt. Men det gikk enda noen år før hun fikk diagnosen i kjeveleddet.

Hun kunne ikke spise harde ting, og det var smertefullt å tygge og vanskelig å gape.

– Du vet ikke hva du klarer å spise hvis du for eksempel blir bedt i bursdag. Det gjør så vondt å gjespe at tårene renner. Alt dette er veldig flaut når du er 12 år og gjerne vil være akkurat som alle andre, fortalte hun. Men legen ville

hverken se eller høre på henne da hun sa at hun hadde vondt i kjeven. Han så på alt annet på kroppen hennes bortsett fra kjeven. Etter et par år fikk hun en ny lege og møtte Heming Olsen-Bergem, som har forsket på barneleddgikt i kjeveleddet. Først da ble barneleddgikt diagnostisert i kjeven også. Dette forskningsprosjektet er en av årsakene til at holdningene har forandret seg. Før overså legene kjeveleddet, men det gjør de ikke så ofte lenger.

Barna du ikke ser

Men det er ikke bare sykdom som gjør at barn får problemer i munnen. Anne Rønneberg ble bedt om å beskrive det typiske barnet hun møter.

– Det er vanskelig. Det er de barna du ikke ser og som ikke møter, og som kan være utsatt for omsorgssvikt – vi får ikke tak i dem, sa hun. Det kan dreie seg om vold som er påført og seksuelle overgrep. I dag dør det flere barn av vold og overgrep enn i trafikken, sa Rønneberg.

Hun kom med mange gode eksempler, og konkluderte slik:

– Forfølg magesfølelsen. Spør! Hør med pasienten hva som har skjedd. Hvis det ikke er noen forklaring på altfor mye karies eller andre ting, må det meldes. Man må sørge for at de får hjelp. Når vi får inn en pasient med uvanlig mye tannrøte, må vi finne ut hva som har skjedd. Hvis det ikke har en forklaring, det er da vi skal bli bekymret. Det er ikke snakk om å ta fra foreldrene barna, men å hjelpe familien og finne hjelpetiltak som fungerer, sa Rønneberg.

Hode-hals-regionen er for øvrig utsatt når det gjelder vold. Ikke alt er så alvorlig som man tror, mens noe er mye mer alvorlig.

Smerte

Hvordan preger mye smerte barn?

Små barn skjønner ikke hvor smerten kommer fra, de kan ha vondt i øret og



I panelet satt Tiril Willumsen, Petter Wilberg, Anne Rønneberg og Heming Olsen-Bergem. Programleder var Eldrid Borgan.

si at de har vondt i magen. Barn bør ha så lite smerte som mulig.

Når det gjelder smerter i kjeveledd, så hjelper det ikke om barna peker riktig, for legen tenker lett at det er vondt i øret. Legen finner ikke noe galt med øret, og det er lett å bli mistrodd hvis smerten varer. Kan det virkelig gjøre så vondt? De som har vondt hele tiden sliter med å bli trodd av folk rundt seg.

Sykdom i barndommen kan dessuten ha store konsekvenser for tanndannelse og mineralisering. Tenner kan vise stadier i utviklingen akkurat som årringer på et tre, og skader og sykdom i barndommen kan prege tennene for alltid. Tannanleggene kan bli ødelagt, og kan aldri repareres.

Ønskeliste

Hva kunne vært enda bedre, hvis dere skulle ønske dere noe? spurte programlederen.

Byråkratiske hindre

Når sykehuset eller legen oppdager noe som har konsekvenser for munnhelsen, kunne de ikke bare sende det til tannlegen? Men i motsetning til fastlegen, så er ikke tannlegen registrert noe sted. Det er ikke ført opp i noe register hvor du hører hjemme. Dette må det gjøres noe med.

Tjenestesamarbeid

– Vi ønsker oss mer tjenestesamarbeid, sa Anne Rønneberg. Vi må snakke på tvers av profesjoner. Dette er et puslespill hvor alle sitter med én brikke. Det gjelder ikke bare mellom tannleger og leger. Hva med fysioterapeutene for eksempel? Vi vet at de som har funksjonshemming er mer utsatt for vold enn andre, og fysioterapeuter er de som kler av dem og ser eventuelle skader, sa Rønneberg.

Tid

– Vi trenger tid. Vi har gode tilbud til TOO-pasienter. Men de trenger tid for å forstå at dette er en person jeg kan stole på. I min drømmeverden er det re-



Dekan ved det Odontologiske fakultetet i Oslo, Pål Barkvoll, ønsket velkommen.

fusjon for å kunne komme til tannlegen uten å behandle noe, bare snakke, sa Tiril Willumsen.

Innsyn

– Jeg er så heldig at jeg jobber på sykehus, og ser hvordan et felles journalsystem virker, sa Heming Olsen-Bergem. Nå vet ikke tannlegen noe om sykdommer, allergier eller medisiner. Folk synes det er stigmatiserende med alle disse sykdommene og medisinene, derfor forteller de det ikke nødvendigvis til tannlegen. På et sykehus kan du spørre om å få se på journalen deres, da kan du se hva du eventuelt skal ta hensyn til. Dette må det også gjøres noe med. Tannleger må få innsyn i slike ting.

Hvorfor?

Hvorfor har det blitt slik at munnen ikke er en del av kroppen? spurte programlederen.

Det ble forklart slik: Da Norge ble en selvstendig stat i 1905, var landet et av

Europas fattigste. Det ble vurdert slik at vi ikke hadde råd til munnhelse. Og slik har det blitt. Det kunne kanskje vært en mulighet for reformer på 1960-tallet, men det skjedde ikke.

Undersøkelser viser at de fleste er fornøyd slik systemet er, men det totalt urimelig at alvorlige sykdommer i munnhulen ikke blir refundert. Folk med alvorlige kroniske sykdommer får enorme egenandeler som mange ikke har mulighet til å betale. Dette er meningsløst. Det trengs støtteordninger for dem som har plager, oppsummerte panelet.

Politisk arbeid

En fullsatt sal og et engasjert publikum bidro med flere pasienthistorier, fortellinger og kommentarer. For eksempel en historie om en ung kreftpasient som måtte betale all tannrestaurering selv etter sykdom i barndommen og ikke vet om han har råd.

– Den eneste måten å snu politikere på ser ut til å være å få pasienthistoriene ut i media, lød en kommentar. Men det er mye skam forbundet med å ha dårlig tannhelse. Til nå er det ingen som har stått fram og gitt dårlig tannhelse et ansikt, så det er tannlegene som må snakke for dem, og det er ikke bare lett å nå igjennom til politikerne.

– Noen barn kan få alvorlige lidelser i munnen og trenger hjelp fra samfunnet. Det viktigste vi kan ta med oss herfra er at disse barna er ikke barn for alltid. Dårlig munnhelse i barndommen kan ha store konsekvenser når de blir større, både økonomisk og helsemessig, konkluderte panelet.

– Vi må arbeide politisk for å få munnhulen tilbake til kroppen, avsluttet dekan ved Det odontologiske fakultet, Pål Barkvoll. Norge er et u-land i å integrere munnhulen i resten av medisinen. Han utfordret alle i salen til å påvirke politikere og myndigheter for å forbedre dette.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Næringspolitisk forum, 20.-21. september 2018

Mest om GDPR og NTFs tilbud til privatpraktiserende tannleger

Årets store tema er GDPR, og nye personvernregler. NTF har jobbet grundig med saken og fikk ros av myndighetspersonene som kom til foreningens næringspolitiske forum, i Oslo i september.

Forsamlingen av NTF-tillitsvalgte fra privat sektor fikk gjennomgang av både EUs General Data Protection Regulation (GDPR), som førte til nye lovbestemmelser i Norge fra og med 20. juli i år, og Norm for informasjonssikkerhet i tannhelsetjenesten, som har vært under revisjon. Direktoratet for e-helse stilte opp i begge sammenhenger, ved Maryke Silalahi Nuth og Aasta Margrethe Hetland.

Nuth la vekt på å fortelle om hva som skal til for å få orden i eget hus, det vil si interne rutiner for behandling av personopplysninger, i den enkelte tannlegepraksis, og dessuten hvordan en får orden på forhold utenfor eget hus, der databehandlertaler står sentralt. De fleste tannleger skulle være fortrolige med kravene som ble gjort gjeldende 20. juli i år, og som er blitt



Næringspolitisk forum samlet tillitsvalgte fra privat sektor fra hele landet.

gjort kjent i mange kanaler i løpet av våren 2018. Det er ingenting nytt i det som ble presentert på Næringspolitisk forum, for den som allerede har satt seg inn i saken.

Huskelisten fra direktoratet for e-helse ser slik ut:

Få orden i eget hus: Skaff deg oversikt over alle behandlinger av per-

sonopplysninger i din virksomhet; Sett deg inn i kravene i GDPR og hva de betyr for din virksomhet; jobb med å øke bevisstheten om personvern og informasjonssikkerhet i din virksomhet; involvere ledelsen i arbeidet med personvern og informasjonssikkerhet.



Maryke Silalahi Nuth fra Direktoratet for e-helse snakket om GDPR.



Aasta Margrethe Hetland fra Direktoratet for e-helse presenterte Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren.

Få orden i forhold utenfor huset:
Inngå eller oppdatere databehandlertaler

Målet eller essensen i GDPR er å gi innbyggerne tilbake kontrollen over sine personlige data, både hvordan dataene blir behandlet og hva de blir brukt til. En annen målsetning er å beskytte innbyggerne mot personvernkrænkelser og informasjonssikkerhetsbrudd i et stadig mer datadrevet samfunn.

Når det gjelder Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten er dette omforente krav til informasjonssikkerhet, som har vært gjeldende siden 2006. Normen bidrar til samhandling og digitalisering; å gjøre det enklere å få på plass nødvendige sikkerhets- og personvern tiltak; økt tilitt til at sektoren behandler helse- og personopplysninger på en trygg måte; et harmonisert sikkerhetsnivå i sektoren og at sektoren har et godt kravstillingsverktøy til sikkerhet ved anskaffelser.

De fleste tannlegepraksiser er små virksomheter, med lite ressurser og begrenset kompetanse utenfor kjernevirksomheten. Informasjonssikkerhet og personvern er likevel og de samme lovkravene for personvern gjelder for små og store virksomheter, likeledes forventninger fra pasienter og innbyggere samt samhandlingsparter. Små virksomheter trenger veiledning, standardisering og kompetanse.

For tannleger inneholder normen en egen tannlegeveileder, og det har vært

samarbeidet om e-læringskurs.

Nytt fra NTF

President i foreningen, Camilla Hansen Steinum, presenterte nytt fra NTF, og oppsummerte problemstillingene foreningen arbeider med. Sakene som har tatt mest tid det siste året, er det politiske arbeidet for å forbedre trygdelovgivning, spesielt når det gjelder punkt 14 og kjeveortopedi, og ikke minst prosessene rundt Den offentlige tannhelsetjenesten og regionreformen. Andre saker som krever mye tid er innføringen av GDPR-direktivet og revisjon av foreningens vedtekter. I tillegg kommer høringer, løpende saker og årlige arrangementer.

Gruppearbeid om GDPR og ønsker om medlemstilbud fra NTF

GDPR-saken har vært høyt prioritert i NTF. Det dreier seg om et omfattende lovverk, med et vanskelig språk. Foreningen har lagt mye arbeid i å gjøre informasjonen mer tilgjengelig, med blant annet en sjekkliste, slik at man kan huke av når oppgaven er gjort.

Veiledningen kan likevel bare forenkles inntil et visst punkt: Ingen kommer unna å gjøre egne vurderinger, som må dokumenteres. Alle må vurdere både risiko og sannsynlighet for at person-



NTFs president, Camilla Hansen Steinum, snakket om politiske og interne saker NTF har engasjert seg i og arbeider med.

opplysninger skal komme på avveie. Her ble foreningen oppfordret til å være konkrete når de utarbeider informasjonsmateriale, og til å vise problemstillingene med forskjellige kasus. Er det for eksempel nødvendig å ha låst dør mellom behandlingsrom og venteværelse, eller ikke? Hva med å låse døren mellom resepsjonen og behandlingsrommene? Et åpent tannlegekontor uten låste dører er alltid en sikkerhetsrisiko, men det betyr ikke nødvendigvis at det er sannsynlig at noe vil skje.

Fra salen ble det foreslått artikler i Tidende som belyser forskjellige punkter i lovgivningen.

Hele klinikken må med

Det er behov for å justere juridisk språkbruk så mye som mulig, slik at GDPR ikke blir et stort spøkelse. Alle på klinikken må være med, for eksempel

Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktsskirurgi

Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

www.kirurgiklinikken.no

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

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege

Frode Øye

spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege

Hauk Øyri

spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege

Eva Gustumhaugen Flo

Spesialist i protetikk

Lege & tannlege

Helge Risheim

spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

Lege & tannlege

Fredrik Platou Lindal

spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege

Bent Gerner

spesialist i protetikk

gjennom regelmessige møter som tar opp litt om gangen. Hvis en skulle få et ettersyn av noe salg, vil en kunne legge fram referater fra disse møtene som dokumentasjon på både opplæring og de vurderingene som blir gjort løpende.

Å bearbeide problemstillingen over tid, er antakeligvis den eneste måten å komme spøkelset til livs. Her hjelper det ikke om tannlegene kjenner lovverket, hele klinikken må bevisstgjøres. NTFs TANK-kurs om personvern og informasjonssikkerhet kan for eksempel også gjennomgås av alle ansatte på klinikken.

En enklere hverdag

Neste gruppeoppgave lød: «Tilbudene til private næringsdrivende: Hva kan NTF gjøre for å gjøre medlemmenes hverdag enklere?» Her kom frustrasjonene på bordet, og forslagene til løsninger varierte fra de kreative og gjennomførbare til de mer arbeidskrevende og ytterliggående.

En kort oppsummering:

- Det må bli lettere å finne fram til NTFs medlemstilbud. Her er nye nettsider på planleggingsstadiet.

- Kan vi få Tidende bare på nett? Det er fullt mulig. Det gis imidlertid ingen prisreduksjon for den som sier opp papirutgaven. Som medlem betaler du for det det koster å produsere innholdet i Tidende, som publiseres på tre plattformer: Papir, nett og app. Per i dag er papirutgaven av Tidende, grunnet annonsetilfanget, en betydelig inntektskilde for foreningen, og ikke en utgiftspost. Hvis du vil stoppe utsendelse av papirutgaven til deg: Send en e-post til endring@tannlegeforening.no.

- Kan NTF hjelpe til med at Helfo kommer for å holde kurs? Noen hadde gode, andre dårlige erfaringer med å be Helfo om å holde kurs. Helfo skal holde gratis kurs, men det er tydeligvis ulike erfaringer. Noen får tak i saksbehandlere og jurist til å holde kurs, andre ikke.

- Det er uheldig at NTF ikke har et online medium der en kan få et raskt svar på det en lurte på. Folk går ofte til Facebook-siden «Oss tannleger imellom» for å få raskt svar og diskutere kasus, og svarene en får her er ikke alltid like pålitelige. Det fremkom et ønske



Ralf Husebø er leder av Sentralt næringsutvalg (SNU) i NTF, og ledet Næringspolitisk forum.

om at Tannlegeforeningen kan ha et online forum, hvor en kan logge seg inn og diskutere faglige spørsmål. Det kan være vanskelig å få svar fra Helfo innen rimelig tid. Fra salen ble det anbefalt å ta en telefon til en rådgivende tannlege i Helfo eller en spesialist. De kan ikke nødvendigvis svare på timen, men mange hadde gode erfaringer med å gå den veien, andre ikke.

Det fremkom også et ønske om et spesialistforum i stedet for Facebook-gruppen «Oss tannleger imellom», hvor tannleger kan sende inn spørsmål og røntgenbilder og få svar innen 24–48 timer. Her skal alle medlemmene kunne se spørsmålene, men bare spesialistene skal kunne kommentere.

Gjennomføringen er vanskelig, men det er en besnærende tanke, ble det kommentert fra ansvarlig hold. Flere slo også et slag for samtalen: Ta en telefon og snakk med en spesialist. Spesialister bør for øvrig ha en forpliktelse til å være rådgivere.

Kurs

- NTF bør lage et kurs i administrasjon og ledelse, for eksempel som en TSE-modul.

- NTF bør jobbe for å få inn administrasjon og ledelse i grunnutdanningen. NTFs studentkurs, som inneholder disse temaene, er gått inn i grunnutdanningen i Bergen.

NTF tilbyr for øvrig å holde kurs i alle lokalforeningene opptil to ganger i halvåret over forskjellige temaer. Det er bare å ta kontakt med sekretariatet. Det kommer også et kurs i arbeidsrett,

ledelse og GDPR fra NTF om ikke lenge.

Mentorordning

- Hva med en mentorordning, slik at en som ny klinikkeier kunne ha en form for veiledning? Ingeniørforeningen Tekna har det, blant andre.

Journalsystemer og e-helse

- Tenk om elektronisk samhandling hadde fungert! Det fungerer rett og slett ikke hos noen, selv om det er meningen at det skal.

Helsenett og vanlig post ble anbefalt som måter å sende meldinger på. Det er lov å sende fra Helsenett-epost til Helsenett-epost.

- Kan NTF stille krav til journalleverandørene? Journalleverandører går for eksempel konkurs, og dyre investeringer kan bli verdiløse. Dette får man vite i ettertid, når en for eksempel oppdager at Helfo-reglene ikke er blitt oppdatert med årsskiftet. Det har hendt med Nextsys.

- Nå skal vi lage et skikkelig ekstraarbeid for NTF og komme med et ytterliggående forslag, lød én kommentar: For å gjøre tannlegenes hverdag enklere, kunne NTF kjøpt og driftet et journalsystem. NTF kan legge på medlemsavgiften det beløpet man betaler Opus eller Nextsys. Det er uheldig at tannlegene er avhengige av journalleverandører som kan gå konkurs.

Rekruttering til tillitsvalgtarbeid

- Det er vanskelig å engasjere nye, unge tannleger til tillitsvalgtarbeid, både i store byer og i mindre lokalforeninger. Det er en utfordring både sentralt og lokalt. Hva kan gjøres her, ble det spurt. Og dette er noe Sentralt næringsutvalg (SNU) og NTF for øvrig vil arbeide videre med, sa SNUs leder, Ralf Husebø.

Valg

Til slutt var det valg på valgkomité til Sentralt Næringsutvalg 2019–2020. Følgende kandidater ble valgt ved akklamasjon: Berit Øra (Trøndelag), Ellen Mork-Knutsen (Østfold) og Tor Arild Tobiassen (Vest-Agder).

Tekst: Kristin Aksnes og
Ellen Beate Dyvi
Foto: Kristin Aksnes

1. Applikasjon!



Krone- bro
materialet fra VOCO
med godt beviste
kvaliteter

2. Estetisk!



Gloss uten polering!

3. Holdbar!



Bestill nå!

3 FOR OPTIMALE PROVISORIER

Sikker og rask

- Intraoral tid: bare 45 sekunder
- 1:1 blandeforhold sikrer en homogen masse

Fremragende estetikk

- Naturlig fremtreden
- Tilgjengelig i åtte farger

Langvarig

- Høy kompressiv styrke
- Fremragende bruddstyrke



Structur 3

Om munnhelse og utenforskap

NTF støtter TV-aksjonen 2018

De sosiale forskjellene og økonomiske ulikhetene i Norge øker. Årets TV-aksjon har som mål at flere skal bli inkludert i fellesskapet. Utenforskap og dårlig tannhelse går ofte hånd i hånd, og de gruppene i samfunnet som havner utenfor fellesskapet, har ofte også problemer med å følge opp tannhelsen. Spesielt gjelder dette innen feltene for rus og psykiatri.

Dårlig tannhelse er svært stigmatiserende og kan føre til at man blir møtt med fordommer, får dårlig selvtillit og sosial angst. De som sliter med dårlig tannhelse, har derfor ofte problemer med å delta sosialt, opprettholde vennskap og bidra i arbeidslivet.

NTF ønsker å bidra til et varmere og mer inkluderende samfunn ved å støtte årets TV-aksjon og arbeidet for at de som står utenfor, skal bli inkludert i fellesskapet. **Les mer på www.tannlegeforeningen.no**





Vil du bruke din egen tannbørste, eller vil du låne min?

Visste du at tilhelingsdistanser og dekkskruer er til engangsbruk?

Akkurat nå har vi et gunstig tilbud på tilhelingsdistanser og dekkskruer*

Bestill enkelt via vår kundeservice!



Alle Dentsply Sirona tilhelingsdistanser og dekkskruer er tydelig merket på emballasjen med EUs symbol for engangsbruk.

Flere studier har blitt gjennomført vedrørende gjenbruk av tilhelingsdistanser og dekkskruer. I tillegg til skader på komponentene ble det oppdaget vedvarende urenheter.

Referenser:

Wadhvani, C., T. R. Schonnenbaum, F. Audia and K. H. Chung (2015). "In-Vitro Study of the Contamination Remaining on Used Healing Abutments after Cleaning and Sterilizing in Dental Practice." Clin Implant Dent Relat Res. Vezeau, P. J., J. C. Keller and J. P. Wightman (2000). "Reuse of healing abutments: an in vitro model of plasma cleaning and common sterilization techniques." Implant Dent 9(3): 236-246. Sennerby, L. and U. Lekholm (1993). "The soft tissue response to titanium abutments retrieved from humans and reimplanted in rats. A light microscopic study." Clin Oral Implants Res 4(1): 23-27.



EU-symbolet for engangsbruk



Bestill vår produktkatalog med liste over tilhelingsdistanser og dekkskruer



For spørsmål, vennligst kontakt kundeservice
Tlf 815 59 119

* Du får 35% avslag ved kjøp av tilhelingsdistanser og dekkskruer. Kan kun bestilles via telefon (ikke via e-handel) og kan ikke kombineres med andre rabatter. Gyldig til 15. november 2018.

VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

De fleste av oss spiser brødkiver
eller andre kornprodukter i løpet
av en dag. Bytter du ut fine
kornprodukter med grove,
får du i deg mer næringsstoffer
og holder deg mett lenger.
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**

Straumann® CARES® Digital Solutions 3Shape TRIOS MOVE.

EXCITE PATIENTS AND ADVANCE CASE ACCEPTANCE

Join the MOVEment.



Improve patient experience



Get digital accuracy and
limit manual errors



Save time and see
more patients



Enjoy easy impression
taking and reduce retakes



Save on impression materials
and shipping costs

+ FREE SUPPORT & SERVICE



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



Individuell pensjonssparing – noe for deg?

I denne artikkelen beskrives ny individuell pensjonssparing (IPS), og det gjøres en sammenligning med tjenstepensjon og ansatte-innskudd. Det gis også informasjon om skattereglene for de forskjellige formene for pensjonssparing.

Fra 1. november 2017 er det innført en ny individuell sparing til pensjon (ny IPS) i forskrift til skatte- loven § 6–47¹. På to måneder i 2017 ble det betalt inn over 800 000 millioner kroner på denne ordningen til forsikringsselskapene². Det er omtrent 130 prosent mer enn det som ble betalt på gammel IPS i 2016.

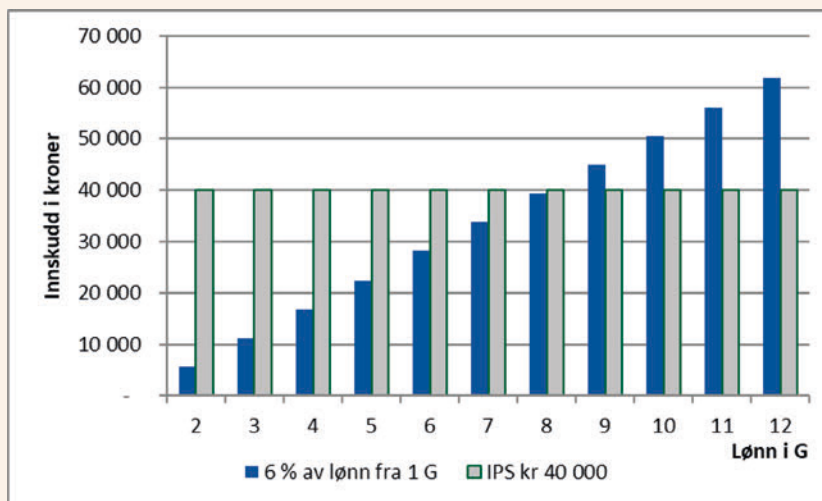
Ny og gammel IPS

Viktige hovedregler for ny IPS er:

- * Det kan betales inntil kr 40 000 årlig med skattefradrag
- * Det spares alminnelig inntektsskatt på innbetalingen, og det er samme skattebelastning på utbetalingen (p.t. 23 prosent)
- * Det er ikke formuesskatt på oppspart kapital
- * Uttak av pensjon kan starte mellom 62 og 75 år, og utbetalingen må vare i minst 10 år, minimum til 80 år
- * Ny IPS skiller seg fra gammel IPS på flere punkter:
- * I gammel IPS var det ikke skattesymmetri ved fradrag for skatt ved innbetaling og i skatt ved utbetaling
- * Mulig sparebeløp er økt fra kr 15 000 årlig til kr 40 000 årlig
- * Minimum utbetalingstid er økt fra 77 til 80 år

1. FOR-2017-12-20-2377 Forskrift til utfylling og gjennomføring mv. av skatte- loven av 26. mars 1999 nr. 14

2. Kilde: Finans Norge



Kilde: Actecan

- * I gammel IPS kunne det velges livs- varig utbetaling, det kan ikke velges i ny IPS

Det er heller ikke mulig å knytte uføre- eller etterlattepensjoner til avtalen. Det eneste snev av forsikring som er igjen, er dermed at det er tillatt å ha beta- lingsfritak ved uførhet. Betalingsfritak ved uførhet betyr at forsikringsselska- pet fortsetter «innbetaling» til alders- pensjonen dersom du blir ufør. For å ha denne forsikringen må du ha avtale om årlige sparebeløp.

I tillegg til at pensjonsinnretninger og banker kan tilby ny IPS, kan det til- bys av både fonds- og forvaltningssel- skaper. Det er presisert i forskriften at det er fri flytterett, også f.eks. fra et livsforsikringsselskap til en fondsleve- randør.

Øvrige produktregler for ny IPS er:

- * Det er ikke noe krav til fast spareav- tale eller regelmessighet i sparingen
- * Oppspart beløp er bundet frem til uttak
- * Reglene om særaldersgrenser gjelder ikke ny IPS, så pensjon kan ikke tas ut før 62 år

- * Det er mulig å ta ut bare deler av pensjonen
- * Det er mulig å fortsette innbetalin- ger samtidig som pensjon tas ut
- * Ved død utbetales det som er igjen av pensjonskapital til etterlatte som pensjon etter samme regelverk som i innskuddspensjonsloven, det vil si først til barn under 21 år

Sammenligning med tjenstepensjon for selvstendig næringsdrivende

Selvstendig næringsdrivende som ikke har ansatte i sin virksomhet og ikke er omfattet av reglene om obligatorisk tje- nestepensjon, kan ha tjenstepensjon etter innskuddspensjonsloven.

Selvstendig næringsdrivende kan betale innskudd på inntil 6 prosent av lønn mellom 1 og 12 G. Maksimalt inn- skudd kan dermed bli på kr 67 416 med dagens G (folketrygdens grunnbeløp, p.t. kr 93 634). I figuren under vises maksimale innskudd i ny IPS sammen- lignet med maksimale innskudd i en tjenstepensjonsordning for selvsten- dig næringsdrivende.

Det er fullt mulig å *både* betale inn til ny IPS *og* å ha tjenstepensjonsord- ning.

I tjenstepensjonsordningen kan du også ha tilknyttet uførepensjon, betalingsfritak ved uførhet og etterlattepensjon tilknyttet pensjonsordningen. Premien for dette kommer i tillegg.

Uføretrygden fra folketrygden nå gir 66 prosent av lønn for lønn opp til 6 G. Dersom du skal ha ekstra uførepensjon i tjenstepensjonsordningen så er de maksimale grensene for dette:

- * 3 prosent av lønn opp til 6 G
- * 69 prosent av lønn mellom 6 og 12 G
- * Ekstra tillegg på 26 prosent av G, maksimalt 6 prosent av lønn (opp til 12 G)
- * Barnetillegg for barn under 18 år på 4 prosent av lønn opp til 6 G, maksimalt for 3 barn

Eventuelle fripoliser og opptjente rettigheter fra offentlig sektor trekkes fra ved utbetaling.

Skatt

Ny IPS gir altså skattefradrag som for alminnelig inntekt, p.t. 23 prosent. Det vil si at om du sparer kr 40 000 et år, så får du igjen kr 9 200 på skatten.

Du betaler ikke formuesskatt på det som er spart, heller ikke på avkastning, og du betaler skatt som alminnelig inntekt (p.t. 23 prosent) på utbetalingen.

For selvstendig næringsdrivende vil innbetaling til tjenstepensjon gå til fradrag i næringsinntekten. Utbetalingen beskattes som pensjonsinntekt. Det betales ikke formuesskatt på det som er spart.

Innbetaling til tjenstepensjon vil gi lavere folketrygd dersom næringsinntekten *etter* betaling til pensjon blir lavere enn 7,1 G (= kr 664 801 med dagens G)¹. Men samlet pensjon fra folketrygd og tjenstepensjon blir høyere enn ellers.

Dersom du i stedet betaler inn på en ny IPS, vil innbetalingen ikke gå til fradrag i næringsinntekten. Det vil si at du tjener opp folketrygd av innbetalingen til IPS.

I innskuddspensjonsordningen for selvstendig næringsdrivende vil også premie for uførepensjon og etterlattepensjoner, samt omkostninger, gå til fradrag i inntekten (og ev. opptjening i folketrygden) og gi grunnlag for skattefradrag selv om dette er mye mer enn 6 prosent av lønn.

Sammenligning med ansatteinnskudd

I offentlig tjenstepensjon og enkelte private tjenstepensjonsordninger betaler de ansatte innskudd til tjenstepensjonsordningen. Dette innskuddet er ofte 2 prosent av lønn.

Ansatteinnskuddet går til fradrag på alminnelig inntekt, det vil si et fradrag på 23 prosent av innskuddet p.t.. Du slipper å betale formuesskatt av inn-

skuddet. Ved utbetaling beskattes pensjonen som pensjonsinntekt.

Det er altså ikke skattesymmetri på inn- og utbetalinger knyttet til ansatteinnskudd. Dette innebærer at ansatteinnskudd er mye dårligere skattemessig behandlet enn ny IPS.

Det gis imidlertid folketrygdopptjening på lønn inkludert ansatteinnskudd dersom lønnen er under 7,1 G.

Omkostninger

Det er gjerne forskjellige kostnader knyttet til forskjellige typer pensjonsordninger. Typisk kan det være ganske høye omkostninger for selvstendig næringsdrivende. Tannlegeforeningen har imidlertid fått fremforhandlet et godt tilbud på tjenstepensjon i Storebrand.

For ny IPS er det blitt så stor konkurranse at kostnadene har blitt ganske lave. Det er likevel avhengig av hvilken pensjonsleverandør du benytter om kostnadene ved ny IPS kan bli like lave som tilbudet for Tannlegeforeningen har for tjenstepensjon for selvstendig næringsdrivende i Storebrand.

De ansatte betaler ikke kostnader knyttet til ansatteinnskudd, så for den type innskudd er omkostninger ikke en problemstilling.

Avdeling for Jus Et Arbeidsliv i NTF

1. Gjelder dem som er født etter 1963, de som er født før dette vil få noe annerledes pensjon fra folketrygden, og lønn opp til 12 G teller.

Hvem er behandlingsansvarlig og hvem er databehandler?

Etter at de nye personvernreglene er trådt i kraft lurer vi på hvem som er behandlingsansvarlig, og hvem som er databehandler, vi er usikre på hvor skillet går?

Svar: Vi opplever at flere er usikre på i hvilke situasjoner det må inngås en databehandleravtale, og at det er usikkerhet rundt forskjellene mellom databehandler og behandlingsansvarlig. Selve problemet dukker som regel opp i forbindelse med inngåelse av databehandleravtaler, og det oppstår usikkerhet rundt hvem som skal ha de ulike rollene i avtalen, og ikke minst om det er behov for å inngå en databehandleravtale.

For å skille behandlingsansvarlig fra databehandler er det naturlig å ta utgangspunkt i forordningens definisjon av begrepene. I henhold til GDPR artikkel 4 nr. 7 er den behandlingsansvarlige:

«den som bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes»

databehandler på side er i GDPR artikkel 4 nr. 8 definert som:

«den som behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige».

Definisjonen av begrepene medfører at for å kunne avgjøre hvem som er behandlingsansvarlig må det klargjøres hvem som *bestemmer formålet med behandlingen* og dermed *bestemmer*

hvilke midler som skal benyttes til behandlingen. Den behandlingsansvarlige er kort sagt den som bestemmer *hvorfor og hvordan* behandlingen av personopplysningene skal gjennomføres. At det skal behandles personopplysninger vil som regel være en konsekvens av at en person eller et selskap skal gjøre/utføre aktiviteter eller handlinger som medfører behandling av personopplysninger. Databehandleren på sin side behandler personopplysninger fordi den behandlingsansvarlige har bestemt at personopplysninger skal behandles og gitt databehandleren i oppgave å behandle opplysningene på vegne av den behandlingsansvarlige. Her er det imidlertid viktig å være oppmerksom på at det er den som gjør de *reelle* beslutningene om formålet med behandlingen og midlene som skal benyttes til behandlingene som er å anse som behandlingsansvarlig. Det er det reelle forholdet som skal legges til grunn.

Når det gjelder selve formålet med behandlingen av personopplysninger så kan dette for eksempel følge direkte av plikt etter en lovbestemmelse. Tannleger er for eksempel av lovgivning pliktig til å registrere og behandle visse personopplysninger knyttet til pasienter. Formålet kan videre følge indirekte av andre plikter, som eksempel kan nevnes arbeidsgivere som må behandle personopplysninger knyttet til arbeids-

forholdet. Hvem som er å anse som behandlingsansvarlig avhenger av hvem som er underlagt loven som pålegger eller forutsetter behandling av personopplysninger. For å avklare hvem som er behandlingsansvarlig må de faktiske omstendigheter og forhold vurderes, og det avgjørende er hvem som initierte de enkelte behandlingsaktiviteter. Et godt utgangspunkt er å spørre og klarlegge *«hvorfor skjer denne behandlingen av personopplysninger, og hvem initierte disse behandlingsaktivitetene?»*.

I de tilfellene behandlingen skjer som en konsekvens av andre aktiviteter, som at det skal utføres andre tjenester, foreligger det ikke et databehandlerforhold. I slike tilfeller skjer behandlingen som følge av at det utføres handlinger/tjenester som medfører behandling av personopplysninger. Skjer derimot behandlingen på grunn av at den ene får i oppgave å behandle personopplysningene i *seg selv*, så betyr dette at den ene (behandlingsansvarlig) bestemmer at opplysningene skal behandles, og da avgjør *hvorfor* personopplysninger skal behandles. I slike tilfeller foreligger det et databehandlerforhold, og som en konsekvens en behandlingsansvarlig og en databehandler.

Det er viktig å være klar over at for at det skal foreligge et databehandlerforhold, og dermed en databehandler, må databehandleren være en separat

person eller egen juridisk enhet annen enn den behandlingsansvarlige. I tillegg må databehandleren behandle personopplysninger *på vegne av* den behandlingsansvarlige. Det må således foreligge et *oppdragsforhold* mellom den behandlingsansvarlige og databehandler. Databehandlerforholdet karakteriseres ved at det foreligger liten grad av bestemmelsesrett for databehandleren, og at denne skal følge den behandlingsansvarliges instruksjoner. Det er dermed en grense for hva som kan anses å være et databehandlerforhold avhengig av hvor mye databehandlerne kan bestemme over behandlingen. Har leverandøren mye selvbestemmelsesrett over behandlingen av personopplysninger, foreligger det ikke et databehandlerforhold.

Når det gjelder om det er nødvendig å inngå en databehandleravtale i det enkelte tilfellet må det først klarlegges om det foreligger et databehandlerforhold. For å klarlegge dette må det som nevnt klarlegges hvem som er behandlingsansvarlig for personopplysningene, herunder hvem som bestemmer formålet med behandlingen, hvilke midler som skal benyttes og videre hvem personopplysningene behandles på vegne av. Kommer du frem til at det foreligger et databehandlerforhold må det inngås en databehandleravtale, jf. GDPR artikkel 28.

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.

PractiPal®
for rasjonell og sikker håndtering
av hele instrumentbehovet.



Forenkler håndteringen av instrumenter og minimerer faren for stikkskader. Bor, filer og instrumenter låses fast i kassetten under hele rengjøringsprosessen. Optimal rengjøring, enkel lagring og en sikker håndtering gjør PractiPal til et førstevalg. Passer alle oppdekkinger.

DIRECTA
directadental.com

DirectaDentalGroup

DIRECTA **topdental** **ORSING** **parkell**

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 Trelidal,
tlf. 37 03 80 77

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

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Lise Opsahl,
tlf. 32 84 81 32

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

**Haugaland
Tannlegeforening**
John Magne Qvale,
e-post: johnqvale@getmail.no

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

Björg Figenschou,
mobil 414 88 566

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

Connie Vian Helbostad,
e-post: conhel@nfk.no

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

Nordmøre og Romsdal
Bjørn T. Hurlen,
tlf. 906 50 124

Unni Tømmernes,
tlf. 715 12 206

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

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

**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
Knut Mauland,
tlf. 51 48 51 51 (jobb).

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

Romerike Tannlegeforening
Kari Anne Karlsen,
tlf. 480 38 067

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

**Sogn og Fjordane
Tannlegeforening**
Synnøve Leikanger,
e-post: s-leikanger@gmail.com
tlf. 57 74 87 02

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Fridell Inge,
tlf. 57 69 56 95

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 997 48 895

Hege Leikanger,
e-post:
hege.leikanger@gmail.com

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

Morten Nergård,
tlf. 72 58 18 00

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
e-post: stbent@online.no

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

**Troms
Tannlegeforening**
Elsa Sundsvold,
e-post: ehi-sund@online.no

Ninni Helen Haug
tlf. 77 00 20 50

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

**Vestfold
Tannlegeforening**
Gro Monefeldt Winje,
tlf jobb: 33 30 93 80
e-post: gromwinje@gmail.com

Svein Tveter,
tlf. 33 18 33 43

**Østfold
Tannlegeforening**
Mari Slette,
e-post: maridage@hotmail.com

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

BÆRUM ORALKIRURGI

& SPESIALISTKLINIKK

Bærum Oralkirurgi huser i dag noen av Skandinavias beste spesialister. Hos Bærum Oralkirurgi har vi spesialister innen alle fagfelt, og kan hjelpe deg og dine pasienter med det meste.

Våre spesialister

Fredrik Lindberg

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin

Kjetil Misje

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Bengt Wenneberg

Bittfysiolog/ spesialist i orofacial smerte

Professor Mats Jontell

Tannlege, spesialutdannet i oralmedisin og patologi

Lars Petter Sand

Kjevekirurg, professor i Oral anatomi

Anders Valnes

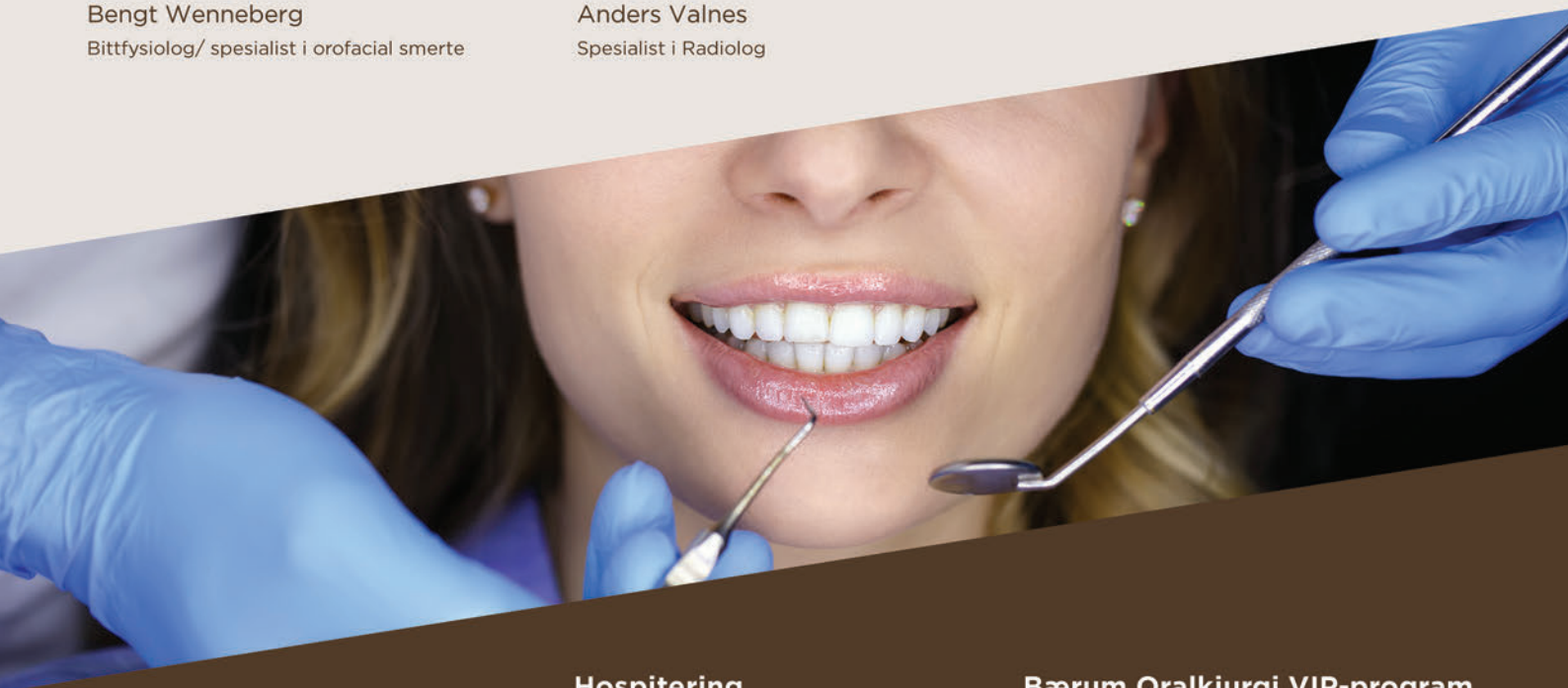
Spesialist i Radiolog

Maziar G. Shabestari

Periospesialist

Kristin Arnesen

Tannpleier NTpF



Hospitering

Har du et ønske om å følge en viss spesialist en dag?

Vi hos Bærum Oralkirurgi setter pris på om du som tannlege eller flere fra klinikken har lyst til å komme til oss og overvære en bestemt behandling eller følge oss en hel/halv dag. Les mer om hospiteringsmuligheter på våre nettsider.

Kurs

Vårt kompetente og bredt sammensatte team av spesialister holder jevnlig kurs.

Alle våre kurs legges ut på våre nettsider. Dersom du benytter deg av oss som spesialisenter er det mange av kursene som er gratis. Hold deg oppdatert over våre kurs som kommer ved å melde deg på nyhetsbrev på våre nettsider. Se vår kurskatalog på våre nettsider.

Bærum Oralkirurgi VIP-program

Som fast henviser til oss på Bærum Oralkirurgi får du eller dere på klinikken mulighet til å bli med i vårt VIP-program.

Dette er helt kostnadsfritt for deg som benytter deg av oss som spesialistklinikk. Les mer om dette på våre nettsider.

Kontakt oss

Telefon: + 47 67 56 66 66

Du finner oss på Sandvika Storsenter, 3 etg. Servicebygget.

Vår Post adresse er:
Sandvika Storsenter, Servicebygget 3. etg
Brodtkorbgate 7, 1338 Sandvika

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

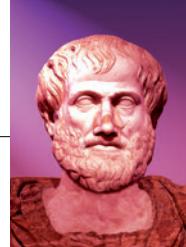
Slik kan de følsomme områdene av tannen se ut gjennom ett mikroskop.
Små hull i dentinet er eksponert.

Klinisk bevist for langvarig beskyttelse mot ising**



Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

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



Prisopplysningsplikt

Fra tid til annen hører vi fra pasienter, venner og andre vi omgås, at de er blitt overrasket over tannlegeregningen de har mottatt etter fullført behandling.

Overraskelsen ligger i at regningen er større enn de hadde forventet.

Det er ingen tvil om at dette kan føles frustrerende. For enkelte er betalingsnivået begrenset, og en uventet stor regning kan medføre både problemer og stor bekymring.

De etiske reglene gir oss god veiledning, og lovverket er klart når det gjelder prisopplysning.

I de innledende kommentarer til de etiske regler står det :

«Etikk er egentlig bare god gammeldags folkeskikk satt i system, og etiske regler skal beskrive normer og retningslinjer for riktige og gode handlinger.»

Videre står det :

«En god regel er at man skal behandle andre som man ønsker å bli behandlet selv.»

Dette er kanskje så enkelt og banalt at det kan glemmes i en travle hverdag.

Men at det er viktig i vår omgang våre pasienter er det ingen tvil om. Når det er sagt ønsker vi å vise både til etiske regel § 5 samt prisopplysningsforskriften som gir tydelig informasjon om hvordan vi må forholde oss til prisopplysning overfor våre pasienter.

§ 5 i NTFs etiske regler omhandler prisopplysning. Paragrafen lyder slik: «*Tannlegen plikter å følge offentlige krav til prisopplysning*». Så hva er så de offentlige kravene til prisopplysning? Her må vi inn i det som kalles Forskrift om prisopplysninger mv. for varer og tjenester, eller rett og slett bare «prisopplysningsforskriften».

Tannhelsetjenester omfattes av forskriftens kapittel 3 og 5. Her fremgår det at vi er pliktige til å opplyse om fullstendige priser på de tjenestene som tilbys. Prisliste skal være synlig i lokaler, og dersom vi også har en internettside er vi pliktige til å ha en oppdatert prisliste her også. Prisene skal dekke alle kostnader, også fra underleverandører som tanntekniker. Dersom dette ikke inngår i prisen, skal det tydelig fremgå av prislisten.

Vi er pliktige til å gi pasientene våre et skriftlig pristilbud dersom de ønsker dette. Tilbudet skal, dersom pasienten

ber om det, inneholde pris på all behandling og angi totalprisen så langt det er mulig. Hvis noe behandling er usikker, skal det framgå av pristilbudet hvilke forhold som kan påvirke prisen. Videre plikter vi å levere en utfyllende kvittering etter at pasienten har betalt. Her skal det tydelig presiseres hvilke varer og tjenester som er mottatt og til hvilken pris. I samme kapittel, § 14, står det at prisene for tannhelsetjenester skal registreres i nettportalen for tannhelsetjenester, altså «hvakostertannlegen.no.»

Kapittel 5 omhandler særskilte bestemmelser knyttet til tannhelsetjenesten. Der står det at dersom totalprisen på behandlingen vil overstige kr 5 000 skal vi uoppfordret gi pasienten et skriftlig tilbud med totalprisen før behandlingen starter. Pristilbudet kan gis muntlig dersom all behandling foregår i den første konsultasjonen. Ytterligere folketrygden stønad til tannbehandlingen, skal stønadsbeløpet fremgå av pristilbudet.

Karen Reinholdsen
Birgit Hjorth Kollevold
NTFs råd for tannlegeetik

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 2019.

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

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

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2018

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
9	3. september	18. september	18. oktober
10	11. oktober	16. oktober	15. november
11	8. november	13. november	13. desember

Frister og utgivelsesplan 2019

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	29. november '18	7. desember '18	17. januar
2	10. januar	15. januar	14. februar
3	7. februar	12. februar	14. mars
4	7. mars	12. mars	23. april
5	4. april	8. april	16. mai
6	2. mai	13. mai	13. juni
7, 8	7. juni	14. juni	15. august
9	8. august	13. august	12. september
10	12. september	17. september	17. oktober
11	10. oktober	15. oktober	14. november
12	7. november	12. november	12. desember



Pensjonister følger med i Tidende

I årets sommerhefte, Tidende nr. 6, side 486, 2018, ble det vist et bilde av The Norwegian Group of Students. Det var mangel på tannleger i Norge etter krigen, og denne gruppen ble tatt opp i samarbeid med Norges Tannlegehøyskole og sendt over til USA for å få sin tannlegeutdanning ved Tufts College



The Norwegian Group of Students ved Tufts College Dental School i Boston i 1945. Foto: Privat.

Dental School i tiden 1945–49. Vi regnet med at de fleste – eller alle – trolig var døde og ba derfor om, hvis noen hadde, opplysninger om disse.

Tannlege Arne Solbu (94), Bærum, som var en av disse studentene, har skrevet til redaksjonen og meddelt at bare to av dem er gjenlevende, han selv og en som er sterkt dement.

En annen som har skrevet til redaksjonen, er Ingrid Gjendal (93) som er bosatt på Hamar. Hun tilhørte ikke den omtalte gruppen, men fikk tilbud om å studere odontologi ved the University of Minnesota. Hun fikk 18. september 1945 et telegram med tilbud om å være med i et kull på 10, og 12. oktober forlot de Oslo med Stavangerfjord. Hun vedlegger bilder fra ankomsten til New York der de ble møtt av daværende rektor ved NTH, Ivar Krohn og trolig Max Manus. Ingrid Gjendal forteller at så vidt hun vet, er hun og Hans Årstad, Stavanger, de eneste gjenlevende fra dette kullet.

Tidende presiserer

I en kronikk i Tidende nr. 7 i år, *Prioritering av tannhelse i statsbudsjettene*, heter det at det er vedtatt at Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (Tks Sør) skal legges ned.

Det er styret i Tks Sør som har vedtatt å foreslå nedlegging. Forslaget skal behandles videre i fylkestingene i løpet av oktober 2018, før et eventuelt endelig vedtak om nedlegging foreligger.



TILBAKEBLIKK

1918

Rjukan skoletandklinik – rapport januar 1919

I fjor blev ved Rjukan skoletandklinik undersøkt 198 barn av 1ste klasse med gjennomsnittsalder 7 1/2 aar. Av disse var det kun 17 som ingen kaviteter hadde, og derav manglet 5 sine blivende tænder. 74 seksaarsmolarer var for daarlige til at kunne bevares og blev staaende urørte. 12 var så daarlige at de blev ekstrahert med en gang. 31 seksaarsmolarer blev «rotbehandlet» (pulpaamputation). Der blev indlagt 587 amalgam, 15 syntetik og isolationsplomber.

Dette gjælder altsammen barn som i det aar de har hat sine blivende tænder, har hat tilgang til «slikkeri» – kake, chokolade og sukkertøi – samt levet av finmalet, mykt brød med store kvanta kaffe. Innsendt av tannlege Jacob Ramm.

Februar 1919, 3. hefte

1968

Forvisning til Nord-Norge

Nå i september feiret de tre nord-norske lokalforeninger 40-årsjubileum i Tromsø. Til stede var også noen av oss «søringer», som nok en gang – under reise og opphold – fikk sterke inntrykk fra denne landsdel. Naturlig nok ble også tankene ført til vårt største «tannlegeproblem» i de senere år, hvordan skal vi innrette oss for at denne landsdel – og andre mindre sentrale strøk – skal få rimelig tannlegedekning på frivillig måte.

Alle er enige om at beordringsloven har hatt skadevirkninger for rekrutteringen på lengre sikt – for få vil trives i en etat hvor tjenesten er en plikt.

Fra lederartikkel av Arne Sollund.

September 1968, hefte 7

2008

Forum i rosenes og jazzens by Molde

Været var strålende og utsikten fra Rica Seilet Hotel ubeskrivelig vakker. Utelivet fristet, men størstedelen av de mer enn 200 deltakerne satt likevel inne i Bjørnsonsalen på hotellet og hørte på – noen deltok også i – debatten om Stortingsmelding 35 hele den første dagen. Neste dag var temaene mer varierte: fra fremtidig behandlingsbehov og arbeidsdeling mellom tannpleiere og tannleger til nødvendig tannhelsehjelp og folkehelsearbeid i tannhelsetjenesten.

August 2008, nr. 10

KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

11.-12. jan '19	Bergen	Vestlandsmøtet 2019. Kurs torsdag 10. januar. Henv. Siv Kvinnsland, e-post: siv.kvinnsland@uib.no
21.-22. mars '19	Oslo	TAKO-dagene. Arrangeres av TAKO-senteret (Nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser) Se facebook.com/TAKOsenteret eller www.tako.no
28.-29. mars '19	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiaage@online.no
24.-25. mai '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
31. Okt. 2. nov '19	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
23.-24. april '20	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiaage@online.no
5.-6. juni '20	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
28.-29. mai '21	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
20.-21. mai '22	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net

UTLANDET

2. nov	København, Danmark	2nd International Symposium on Medication Related Osteonecrosis of the Jaws (MRONJ) in Copenhagen. Chairman Dr. Morten Schiødt. Se www.rigshospitalet.dk/MRONJ/
14.-16. nov	Göteborg, Sverige	Odontologisk riksstämma. Se https://tandlakarforbundet.se/riksstamman/
23.-28. nov	New York City, USA	Greater New York Dental Meeting. Se www.gnydm.com/about/future-meetings/
5.-8. sept '19	San Fransisco, USA	FDI-kongress. Se: www.fdiworldental.org
13.-15. nov '19	Stockholm	Odontologisk riksstämma. Se https://tandlakarforbundet.se/riksstamman

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

Tall om røyk

– Rundt 11 prosent av befolkningen mellom 16 og 74 år røykte daglig i 2017, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Det er omtrent like mange kvinner som menn som røyker daglig.

– I tillegg til dem som sier de røyker daglig, er det rundt åtte prosent som røyker av og til. Omregnet til antall kan man anslå at om lag 480 000 personer røyker hver dag og 350 000 av og til – over 800 000 mennesker til sammen.

– Flest som røyker daglig er det blant dem mellom 45 og 64 år.

– Andelen som røyker daglig er halvert på ti år – fra 22 til 11 prosent.

Kilde: Helsedirektoratet, oktober 2018

Tall om snus

– Det er 12 prosent av den voksne befolkningen som i 2017 sier at de bruker snus daglig (ssb.no), noe som tilsvarer om lag 520 000 personer. Det er store kjønnsforskjeller, blant menn sier 17 prosent at de snuser daglig, mot seks prosent blant kvinner. Om lag fire prosent sier de snuser av og til.

– Det har vært en dobling i andelen som bruker snus daglig fra seks til tolv prosent de siste ti årene, noe som i hovedsak skyldes den kraftige økningen blant ungdom. Blant menn har andelen gått opp fra 11 til 17 prosent, mens snusbruken blant kvinner har gått fra å knapt være målbar og opp til seks prosent på ti år.

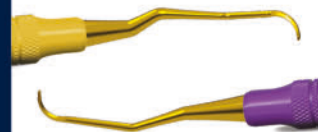
Kilde: Helsedirektoratet, oktober 2018

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

Am. Eagle

slipefri instrumenter

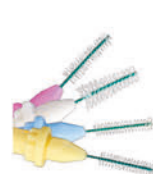


Unike XP håndinstrumenter som ikke skal slipes.

www.technomedics.no/aexp

UBrush

elektrisk interdental børste



Interdental massasje og rengjøring



www.technomedics.no/ubrush

Examvision

4 forstørrelser – 1 lupe



Turn`N`Click fra 3,6x til 6,4x

www.technomedics.no/ev



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Dødsfall

Rannveig Sommerhein, f. 16.12.1933, tannlegeeksamen 1976, d. 20.09.2018

Knut Svein Tubaas, f. 04.04.1952, tannlegeeksamen 1979, d. 25.08.2018

Johnny Grøthe, f. 16.10.1932, tannlegeeksamen 1957, d. 15.08.2018

Bjørn Falch Andersen, f. 19.03.1942, tannlegeeksamen 1971, d. 26.07.2018

Ellinor Ekker, f. 14.02.1944, tannlegeeksamen 1968, d. 28.11.2017

Gudrun Bjerkedal, f. 05.11.1924, tannlegeeksamen 1950, d. 01.07.2017

Kirsten Auråen, f. 30.06.1923, tannlegeeksamen 1948, d. 03.02.2017

Publisering av runde fødselsdager

NTFs Tidende vil fra og med utgivelse nr. 6, 2018 ikke lenger bekjentgjøre at NTF-medlemmer fyller runde år.

Dette for å etterkomme kravene i EUs nye personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR) som ble norsk lov sammen 2018.

Nye nasjonale retningslinjer publisert:

God tannhelse som barn er viktig for tannhelsen som voksen

Første del av Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år, er nå publisert, og ligger tilgjengelig på Helsedirektoratets sider på adressen <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>

– Tennene skal vare hele livet. For å utjevne ulikheter er det derfor viktig å prioritere barn med økt risiko for tannsykdom, sier avdelingsdirektør Per Magne Mikaelsen i Helsedirektoratet i et nyhetsbrev den 27. september 2018.

– Når vi har valgt å lage en egen retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge under 20 år, er det fordi det er noen viktige forskjeller på tannhelse i forhold til tilbudet til voksne. Det dreier seg blant annet om å gi barna gode vaner de tar med seg hele livet, samt å forebygge karies, sier Mikaelsen

– Ved å prioritere barn og unge med tannhelseproblemer eller forhøyet risiko for utvikling av karies eller annen tannsykdom, vet vi at vi kan oppnå god effekt. Dette hindrer dårlig tannhelse i voksen alder. Et annet viktig element er at vi understreker betydningen av at tannhelsetjenesten melder fra til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn er utsatt for mishandling, overgrep eller alvorlig omsorgssvikt. Det skjer dessverre at tannhelsetjenesten er de første som oppdager tegn på overgrep, og da er det svært viktig at man kontakter barnevernet for videre oppfølging, sier Per Magne Mikalsen.

Stopptober med ny chatbot:

Ny metode for røykeslutt

Helsedirektoratets nye chatbot skal gi umiddelbar støtte og motivasjon når røyksuget kommer. Bot'en hjelper de som vil slutte med røyk eller snus gjennom de 28 første dagene, skriver Helsedirektoratet i sitt nyhetsbrev 27. september 2018.

I oktober 2018 lanserer Helsedirektoratet Stopptober, en hel måned hvor

alle oppfordres til å slutte å røyke eller snuse.

– Det kan være enklere å slutte hvis du føler at du tar del i noe større enn deg selv. Vi vil inspirere til å slutte i fellesskap, og oppfordrer alle til å støtte dem som forsøker å slutte, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Dersom man kommer gjennom de 28 første dagene uten røyk, har man fem ganger så stor sjanse for å lykkes i å slutte for godt.

Umiddelbar respons

Han håper den nye chatbot'en vil hjelpe mange gjennom de viktige første ukene.

– Slutta-bot'en kan gi umiddelbar støtte og praktiske tips når man trenger det som mest. Daglige oppmuntringer vil forhåpentligvis også motivere brukerne, sier Guldvog.

En av funksjonene i Slutta-bot'en på Facebook Messenger er at man når som helst kan skrive inn SOS og få praktiske råd hvis man har røykesug og kanskje har lyst å gi opp hele sluttingen.

Hva er en chatbot?

Ordet chatbot er satt sammen av to ord. «Chat» som betyr nettpat og «bot» som i robot. I denne sammenhengen er robot kunstig intelligens. En chatbot er enkelt forklart et dataprogram som mennesker kan ha dialog med, skriftlig eller muntlig. Det er en slags nettpatrobot. Slutta-chatbot'en «bor» på Facebook Messenger.

I Norge bruker nesten halvparten av befolkningen over 16 år Messenger daglig, og det finnes hundretusener av chatbots i Facebook Messenger. Mange norske bedrifter bruker chatbots til å svare på enkle spørsmål og bestillinger fra kunder.

REPARASJON AV TURBINER, VINKELSTYKKER OG TANNLEGEUSTYR

Rask og rimelig reparasjon av roterende instrumenter. SPESIALIST PÅ DAC UNIVERSAL

Roterende instrumenter sendes: WDental as, Postboks 143 ytre Laksevåg, 5848 Bergen.

Husk å merke forsendelsen med returadresse.

Godkjent tekniker av dsb og kurset på de fleste merker.

Benytter originale deler.

TLF. 94 09 70 20, POST@WDENTAL.NO

WDental AS



Etterutdanningskatalogen vinter / vår 2019 er klar!



Last ned katalogen på
www.tannlegeforeningen.no/kurs

I katalogen finner du en oversikt over NTFs sentrale kurs inkludert Januarkurs og vårens TSE moduler, i tillegg til kurs i lokalforeningene og en rekke andre kurs og møter.

NB: Vi minner om at kurskatalogen KUN publiseres digitalt, og følger derfor ikke med dette nummeret av Tidende.



Magne Nylenna, red.

Medisinsk ordbok



Det foreligger sju medisinske ordbøker på norsk (Risnes 2018, Nylenna 2017, Øyri 2011, Lappegard 2006, Lindskog 2003, Jakobsen 2002), inklusive den nett-

baserte Store medisinske leksikon (bokversjon 2006–2007). Felles for de fleste er at oppslagsordene er fornorskede varianter av det som i utgangspunktet er latinske og latiniserte greske ord. Unntaket er Risnes (2018), der oppslagsordene er latinske termer.

Nylennas «Medisinsk ordbok» foreligger i åttende utgave. Den har en historie tilbake til 1990 og bygde i stor grad på den svenske «Bonniers medicinska ordbok». Den skal, for å sitere fra forordet, være «en bruksbok til praktisk hverdagsnytte beregnet på både helsepersonell, pasienter og publikum ...

målet (er) å samle og forklare de mest brukte ord og forkortinger i alle deler av helsetjenesten». En elektronisk versjon av boken inngår i den elektroniske språktjenesten Ordnett.

Boken inneholder ca. 22 500 artikler med korte og konsise ordforklaringer. Oppslagsordene er, som nevnt, i stor grad fornorskede versjoner av latinske termer. Noen oppslagsord er imidlertid rent latinske, for eksempel «arcus», «cubitus», «solubilis». Etter en del fornorskede oppslagsord angis tilsvarende latinsk term i kursiv, for eksempel «bakteriemi bacteriaemia», «mikstur mixtura», «takypné tachypnoea». Det samme gjelder noen norske oversettelser av latinske termer, for eksempel «hikke singultus», «midthjernen mesencephalon», «rygggrad columna vertebralis». En slik sammenblanding av termer med forskjellig opphav og form, og uten nærmere forklaring, kan virke noe forvirrende. Henvisninger til etymologi, grammatikk og uttale (for eksempel trykkplassering) er ikke tatt med.

Boken er i hovedsak lett å lese, med en tydelig distinksjon mellom oppslagsord og ordforklaring. Margene er brede og gir plass til illustrerende strektegninger med relevans til oppslagsord på siden. Margene er også benyttet til ca. 800 minibiografier over personer med navn som inngår i oppslagsord, for eksempel «Vincents angina. Etter Jean Hyacinthe Vincent (1862–1950), fransk lege». På vel 130 av ordbokens vel 550 sider er margene blanke, uten tegninger eller biografier. Disse brede, ubenyttede margene gjør boken tykkere uten at innholdet øker, men denne smule ekstravaganse kan forsvares ut fra den informasjon og klargjøring som strektegningene tilfører.

Boken er solid gjennomarbeidet. Den gir kortfattet, oppdatert og nyttig informasjon om medisinske og helserelaterte begreper, og favner vidt både hva fag og brukergrupper angår.

Oslo: Kunnskapsforlaget, 2017. 559 sider.
Illustrert. ISBN 978-82-573-2216-8

■ Nye bøker og anmeldelser

Tidendes redaksjon mottar et stort antall bøker, både om odontologi og andre fagområder innen helse, samt helse og samfunn med ulike vinklinger, fra forlag i inn- og utland. Mange av disse er det ikke aktuelt for Tidende å anmelde, mens mange sendes til anmeldelse. Det blir derfor jevnlig anmeldt et antall bøker i Tidende under Boknytt. Ofte går det imidlertid noe tid fra boken kommer ut til anmeldelsen foreligger.

For å gjøre bokutgivelser kjent for Tidendes lesere, presenterer vi bøker, både odontologiske fagbøker og de som omhandler andre temaer, med en kort omtale basert på vaskeseddelen fra forlaget, under vignetten Nye bøker. Presentasjonen kommer på det språket boken er skrevet; det være seg norsk, svensk, dansk eller engelsk, og er ledsaget av et bilde av bokens forside.

En presentasjon under Nye bøker i Tidende er ingen garanti for at det kommer en anmeldelse av boken senere, samtidig som det heller ikke utelukker en anmeldelse i en senere utgave.

TANNLEGEN BØR EIE PRAKSISEN

Tannleger bør eie sin egen praksis

Vital Tannhelse er et godt alternativ for deg som ønsker å ta del i et fellesskap, fremdeles ha eierskap til praksisen og få hjelp til områder som økonomi, administrasjon og marked.

Vi inngår også deleierskap sammen med praksiseiere.
Vår kjede består i dag av 12 ulike klinikker spredt utover landet
- ingen er for små eller store!

Kontakt oss for en uforpliktende samtale:

Tlf: 986 95 700

E-post: tannlegepraksis@vitaltannhelse.no

vitalkjeden.no

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2018

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
9	3. september	18. september	18. oktober
10	11. oktober	16. oktober	15. november
11	8. november	13. november	13. desember

Frister og utgivelsesplan 2019

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	29. november '18	7. desember '18	17. januar
2	10. januar	15. januar	14. februar
3	7. februar	12. februar	14. mars
4	7. mars	12. mars	23. april
5	4. april	8. april	16. mai
6	2. mai	13. mai	13. juni
7, 8	7. juni	14. juni	15. august
9	8. august	13. august	12. september
10	12. september	17. september	17. oktober
11	10. oktober	15. oktober	14. november
12	7. november	12. november	12. desember

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet



■ STILLING LEDIG

Asker

Assistenttannlege søkes til liten og hyggelig nyetablert praksis 1 dag i uken med mulighet for utvidelse for rette person. Faglig dyktig med noe erfaring ønskes. Samvittighetsfull med positivt humør. Ta kontakt med CV på tannjobbasker@gmail.com.

Aktuelle kandidater vil kontaktes.

Kristiansund. Vikariat for tannlege, 100 % med mulighet for forlengelse.

På grunn av permisjon søker vi en tannlege i perioden 1. november 2018 til september 2019. Mulighet for forlengelse. Gode betingelser.

Henvendelse til tannlege Per-John Halvorsen. E-post: pjhalv@online.no.

Kristiansund. Vikariat for tannpleier, 100 % med mulighet for forlengelse.

Vi søker en tannpleier i perioden 1. november 2018 til september 2019. Mulighet for forlengelse. Gode betingelser. Ryddehjelp kan påregnes. Varierte oppgaver.

Henvendelse til tannlege Per-John Halvorsen. E-post: pjhalv@online.no.

OSLO – Assistenttannlege

Vi ønsker oss en ny hyggelig kollega til vår trivelige klinikk på Lindeberg i Oslo.

Per i dag er det 1–2 dager, men med gode muligheter for utvidelse for den rette personen.

Søknad med CV og referanser kan sendes til post@tanndoktoren.com.

Moss

Tannlege søkes til hyggelig, privat praksis sentralt i Moss. Vi søker en dyktig, erfaren tannlege med gode kommunikasjonsfermer. Send CV og søknad til

assistenttannlege@hotmail.com

ENDODONTIST SØKES TIL ULLEVÅL HAGEBY TANNKLINIKK

Vi har tidligere vært en etablert henvisningspraksis for endodontisk behandling og vi ønsker å fortsette å være det.

Vi søker endodontist til, i første omgang, 1 dag per uke med mulighet for utvidelse av stilling. Ullevål Hageby Tannklinikk er en moderne allmennpraksis og vi har i tillegg spesialist i periodonti og oral protetikk tilknyttet praksisen. Klinikken har mikroskop og er fullt oppdatert på endodontisk utstyr.

Er du interessert eller kjenner til noen som kan være det?

Ta kontakt med Tannlege Janne Buer, Ullevål Hageby Tannklinikk, post@tennerihagen.no

ASSISTENTTANNLEGE I HEGGEDAL, ASKER

Vår assistenttannlege skal ha fødselspermisjon og vi ønsker derfor å tilknytte oss en tannlege i vikariatstilling. Det er ønskelig å starte opp med én arbeidsdag i uken så snart som mulig og vi ser for oss en økning til to dager i uken fra januar.

Vi er en moderne og godt utstyrt klinikk med mange digitale verktøy. Vi tilbyr et bredt spekter av behandling innenfor allmennpraksis. Vi har mange pasienter med odontofobi og behov for spesiell tilrettelegging og prøver å yte service og tilrettelegging utover det som normalt forventes.

Vi er i dag tre tannleger og to sekretærer.

Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi legger vekt på god serviceinnstilling og godt humør. Lang erfaring er ikke nødvendig og vi oppfordrer også nyutdannede og tannleger med kortere yrkeserfaring å søke.

Søknad med CV sendes til post@tannlegeneheggedal.nhn.no

Drammen

Tannlege søkes til privatpraksis i Drammen sentrum 1–2 dager i uken med mulighet for utvidelse. Ta kontakt på 4kvadranter@gmail.com

Kvalitetsbevisst tannlege

søkes til moderne, hyggelig privatpraksis. Tiltredelse snarest 2–3 dager/uke med mulighet for utvidelse. 7 behandlingsrom, OPG – www.hortentannlegesenter.no.

Skriftlig søknad med CV til christinakjendlie@icloud.com

TANNLEGE SØKES, OSLO VEST

Tannlege kollega søkes til heltidsstilling i trivelige lokaler på Oslo Vest.

Vi er en travel praksis som har behov for en kollega som er arbeidsvillig, kvalitetsbevisst, og serviceinnstilt. Vi har i dag 3 tannleger og 3 tannpleiere på praksisen. Pågangsmot og gode samarbeidsevner setter vi stor pris på. Tiltredelse Januar 2019 og utover.

Skriftlig søknad til bogstadttann@yahoo.com

Ledige stillingar i
tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

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



Til vår klinikk på Lillehammer søker vi:

endospesialist/ spesialistkandidat

(1-2 dager pr uke)

kjeveortoped 100%

(Stillingsbrøk kan diskuteres)

Vi søker deg som er kvalitetsbevisst, engasjert, omgjengelig og behersker norsk flytende.

Med totalt 18 ansatte fordelt på Lillehammer og Fåvang, har vi stor faglig kompetanse, med bl.a. periospesialist og kirurg. Vi utfører alle typer tannbehandlinger. Topp utstyr og kvalitet i alle ledd er en selvfølge, og vi tilbyr et trivelig arbeidsmiljø. Vår hovedklinikk ligger i umiddelbar nærhet til Lillehammer Skysstasjon.

**LILLEHAMMER
TANNHELSE**
Gulling & Sæthre

Tlf 61 25 06 64 / 61 26 03 63
www.lillehammertannhelse.no



Tannlege søkes til 60-70% vikariat i travel og hyggelig privat praksis i perioden 1.januar til 1.september 2019. Det kan også være mulighet for noe videre engasjement ut 2019.

Praksisen ligger på Råholt i Eidsvoll, ca 8 min.gangavstand til togstasjon, og 31min. med tog til Oslo.

Vi har et godt faglig og sosialt miljø med fire tannleger og fem tannhelsesekretærer/assistenter. Klinikken bruker Opus og Schick digital røntgen.

For videre opplysninger og søknad send mail til:
lana.thorsrud@gmail.com

ESTETIKA TANNKLINIKK

søker ny Tannlege (Selvstendig næringsdrivende) med tiltredelse så snart som mulig, inntil 3 dager pr uke fast/fulltid i perioder.. Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk/skandinavisk skriftlig og muntlig. Vi ønsker oss en Tannlege med kompetanse/interesser innen protetik og/eller kirurgi. Estetika Tannklinikk er en liten og moderne tannklinikk, beliggende på Laksevåg, 8 minutter fra Bergen Sentrum. Digitalt røntgen, Opus og OPG.

Vi søker i tillegg etter Kjeveortoped, vi er beliggende like ved nyrenoverte Damsgård skole. Kontakt oss for nærmere detaljer om omfang og vilkår for denne.

Klinikken består i tillegg av 1 tannlege som arbeider med Endo/Kons, og 1 som arbeider med kons/kirurgi, og 2 tannhelsesekretærer. God pasienttilgang.

Kontakt Estetika Tannklinikk, Svingen 17, 5161 Laksevåg,

E-post: petersenfs@gmail.com

Oslo

Søker tannlege med godkjent implantat protetik trygderefusjon godkjenning.

Deltidstilling. Gode betingelser. Eget behandlingsrom for spesialister med OPG, mikroskop og nyeste behandlingstol fra sirona inetgio. Ta kontakt på mail: sandakertannlegevakt@gmail.com



Vi søker spesialister:

Solbygg Tannlege søker spesialister i fagretningene: Kjeveortopedi, Endodonti, periodonti og protetik

Vi søker medarbeidere til vår klinikk i Sørlandsparken i Kristiansand. Vi tenker oss at spesialisttannlegen kan tilknytte seg vår klinikk ved deltid- eller heltid-sengasjement. Det vil også være mulighet for å behandle ordinære pasienter om aktiviteten i spesialistgren ikke fyller arbeidsdagene i en oppbyggingsfase.

Solbygg Tannlegesenter har flinke medarbeidere på alle støttefunksjoner i praksisdrift som IT, kontorfunksjoner, HELFO, OPUS og er godt forberedt for morgendagens tannlegedrift med anbudsvirksomhet og økonomihåndtering.

Solbygg Tannlegesenter i Kristiansand har pt 20 ansatte ved 2 lokalisasjoner. Vår tannlegevirksomhet driver utstrakt interdisiplinært samarbeid med sikte på best mulig kvalitet på våre tjenester. Denne arbeidsformen forutsetter gode sosiale egenskaper hos alle medarbeidere. Nye medarbeidere vil med letthet komme raskt i gang med sin spesialistvirksomhet i Sørlandsparken i Kristiansand med stort omliggende omland som er i rask vekst med mange nye innbyggere.

For mer informasjon, vennligst ta kontakt med daglig leder Tannlege Egil Lind tel 92858198

egil@solbyggtannlegesenter.no www.solbyggtannlegesenter.no

Ålesund/Spjelkavik Vikariat for tannlege 100 %

Vi søker kvalitetsbevisst og omgjengelig assistenttannlege til ca. 10 måneders vikariat i 100 % stilling f.o.m 19. november 2018. Vi er en veletablert og moderne privatpraksis, bestående av 2 tannleger og 4 tannhelsesekretærer. Vi holder til i trivelige lokaler sentralt i Spjelkavik, ca 15min fra Ålesund sentrum. Tannlege Ødegaard har vært i Spjelkavik siden 1962. Søker må ha norsk autorisasjon, og beherske norsk skriftlig og muntlig. Erfaring er ønskelig. Søknad, CV og eventuelle spørsmål sendes på e-post til lineranheim@gmail.com. Aktuelle kandidater vil kontaktes.

Assistenttannlege

fortrinnsvis med erfaring, søkes til hyggelig kontor på Holmlia 1–2 dager pr uke (mandager og fredager), helst fra oktober. Muligheter for utvidelse til 100 % på litt sikt. Vi bruker Opus og Digora. Søknad med CV og referanser sendes til adm@holmliatannlegene.no. Aktuelle søkere vil bli kontaktet.

Kvalitetsbevisst

tannlege søkes til trivelig og travel praksis like utenfor Bergen. Stillingen er enten hel eller deltid. For mer info kontakt oss på post@tannlegesenter.as



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



Hei alle friluft / skientusiaster.

Hovden tannklinikk søker tannlege som vil være med i en turnusordning noen dager PR .mnd.

Kontakt eirinbenestad@hotmail.com eller mob 924 01 777. Gode betingelser.



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



Tannklinikken
DENT

Trondheim sentrum. Tannlege i full stilling

Vi søker en trivelig, omgjengelig, engasjert og dyktig tannlege, fortrinnsvis i 100% stilling. En tannlege som kan gli fint inn i et allerede livlig og godt arbeidsmiljø. Klinikken er moderne og heldigital. Her jobber det allerede to tannleger, to tannpleiere, en kirurg og en periospesialist tilknyttet pr. Idag.

Tiltredelse snarest. Samarbeidsform er valgfri.

Søknad med CV sendes til epost: tannlegen@dent.as

Nettside: www.dent.as



GRØNNEGATA TANNLEGESENTER AS SØKER SPESIALIST I PERIODONTI

Grønnegata Tannlegesenter ligger i sentrum av Tromsø. Senteret har 12 behandlingsrom, og vårt team består av 4 tannleger, 1 lege, 2 kjeveortopeder, spesialist i oral protetik, spesialist i oral kirurgi, tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Vi søker spesialist i periodonti på hel- eller deltid.

Vår hjemmeside: tannlegetromso.no

For nærmere informasjon: Carina Øwre

E-post: carina@gronnegata.no

Tlf: 988 99 412

TANNLEGE TRØNDELAG

Vi søker assistenttannlege i 50–100 % stilling til triveleg, moderne og travel privatpraksis i Levanger.

Vi kan tilby varierte arbeidsoppgåver, og har m.a. utstyr for kirurgisk og protetisk implantatbehandling.

Ved interesse, ta kontakt med tannlege Kirsti Årøen Lein, Tannlegene Levanger Sør. Tlf. 90680301 eller kirstilein@gmail.com.

■ STILLING SØKES

Oslo/Akershus

Tannlege med nesten 20 års erfaring, utdannet i Bergen, søker jobb i Oslo/Akershus. Gjerne overtagelse/partnerskap på sikt. Tlf: 45006238.

Tannlege

Kvalitetsbevisst dyktig og blid kvinnelig tannlege med mer enn 10 års yrkeserfaring søker deltidsstilling i Stavangerområdet fra januar/februar 2019. Alt fra 30% til 80% er av interesse.

Ta gjerne kontakt for mer informasjon på email: tannlegedeltid@outlook.com

■ KJØP – SALG – LEIE

Spesialist

i kjeveortopedi ønsker å kjøpe en kjeveortopedisk praksis i Oslo.

Nina Torgersbråten

(ninaeto4@hotmail.com/ 928 26 981)

Tannlegepraksis til salgs i Oslo vest

Allmenn praksis i hyggelige, lyse lokaler med utsikt. To behandlingsrom. Nærhet til kjøpesenter. God offentlig kommunikasjon. Gratis parkering. Klinikken selges pga. pensjonering.

Kontakt tlf. 91394694.

Aksjer i tannlegepraksis til salgs

Bergen, sentralt beliggende, mange pasienter, god omsetning, flere helseaktører. bergen.sentrum.tannlegerpaksis@gmail.com

■ DIVERSE



Vi tror på samarbeid med tannleger som vil ha dialog med tannteknikeren.

Send gjerne pasienten din til fargeuttak i våre representative lokaler rett ved Jernbanetorget i Oslo, Skippergata 33 (inngang vis-a-vis P-hus Clarion Hotel Royal Christiania).

Tlf: 22 29 27 14 - Tlf: 23 38 80 08
www.nortann.no - www.norsmile.no



KVALITETSBEVISST TANNLEGE

med lang erfaring fra privat praksis søker fortrinnsvis heldagstilling i privat praksis fra oktober 2018, helst i Vestfold eller Buskerud, men alle tilbud vurderes. Erfaring i implantatkirurgi, og har godkjent kompetanse i implantatprotetik med refusjonsrett. Sertifisert Invisalign behandler med noe erfaring. Hovedinteresser er kirurgi, protetik og estetisk tannpleie.

Kompaniskap eller overtagelse av praksis kan være aktuelt.

Referanser kan gis.

Jeg kan kontaktes på 48129042

(SMS på dagtid), e-mail

janmariusmartinsen@gmail.com, eller på Messenger.

BOGSTADVEIEN
**ORAL KIRURGISKE
SENTER**

Henvisninger rettes til:

**Bogstadveien
Oralkirurgiske Senter AS**

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

Telefon: 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no
www.tannlegeneibogstadveien51.no

Kort ventetid!

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

Spesialistene tar gjerne imot henvisninger for utredning og behandling av kirurgiske og oralmedisinske problemstillinger. Teamet vårt sørger for at dine pasienter får en god og trygg behandling – før de sendes tilbake til deg.

Våre spesialister:

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin dr. odont Else K. B. Hals

Professor, dr. odont. cand. med.
Hans Reidar Haanæs

Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol

Tannlege Tormod Bjartveit Krüger
Spesialistkandidat i oral kirurgi og oral medisin
PhD - stipendiat

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
Strandbygdsveien 54, 2408 Elverum
Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!



Duraphat®

Hver 5. voksne lider av munntørrrhet*

Munntørre pasienter har økt risiko for karies og trenger ekstra fluor.

Duraphat® 5 mg/g tannkrem er en fluortannkrem med høy konsentrasjon av fluoride, klinisk bevist å remineralisere rotkaries med 76%. ^{†, 1-10} Duraphat® 5 mg/g tannkrem er derfor relevant for voksne pasienter, med økt kariesrisiko grunnet munntørrrhet. Duraphat fås kun på resept.



Colgate®

www.colgateetalks.com

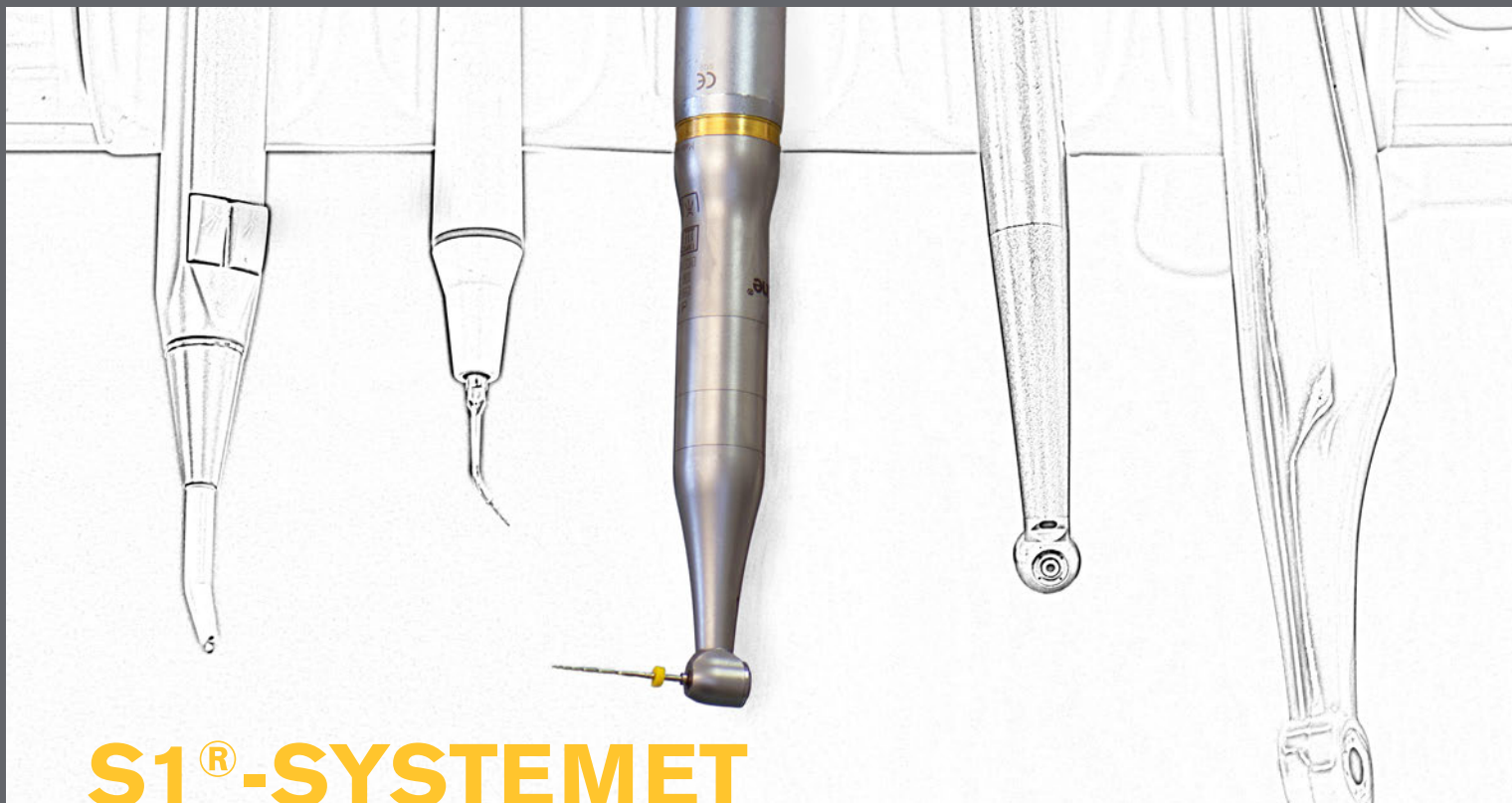
1. Ekstrand 2008 Gerodontology 2008;25: 67-75 2. Tavss et al: American Journal of Dentistry, Vol 16, No. 6, December 2003 3. Baysan 2001 Caries Res 2001;35:41-46 4. Srinivasan 2014 Community Dent Oral Epidemiol 2014; 42: 333-340 5. Blizhang 2009 BMC Research Notes 2009, 2:147 6. Al Mulla 2010 Acta Odontologica Scandinavica, 2010; 68: 323-328 (Orthodontic) 7. Nordström 2010 Caries Res 2010;44:323-331 8. Ekstrand 2013 Caries Res 2013;47:391-398 9. Schirrmeyer 2007 Am J Dent 2007;20:212-216 10. Stanley 2000, Angle Orthod 2000; 70 (6):424-430 [†] Etter 6 måneders bruk

Duraphat «Colgate Palmolive A/S»
Natriumfluorid
Kariesprofylaktikum

Reseptgruppe C

ATC-nr: A01A A01

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



S1®-SYSTEMET

- MODERNE ENDODONTI

- EN FIL - S1® PLUS - EFFEKTIV, FLEKSIBEL OG SIKKER.
- ETT VINKELSTYKKE - S1®, DU KOBLER DET DIREKTE TIL UNITEN UTEN BEHOV AV EN EKSTERN MOTOR.
- RESIPROKERENDE BEVEGELSE - SIKKER I BRUK.

KOM I GANG!

S1® PLUS START UP SET

Innehold:

- 1 x S1® vinkelstykke inkl. 1 Apex klips
- 8 x S1® PLUS Treatment Pack*/**
- 1 x S1® PLUS 25/06 - 25 mm - refill
- 1 x S1® Files Small 15/06 - 23 mm - refill
- 1 x S1® Gutta Percha Standard 25/06
- 1 x S1® Paper Point Standard 25/06

* 1 stk. treatment pack rekker til 2 rotbehandlinger.

** Totalt antall filer til 22 rotbehandlinger.



Sendoline®

W&H Nordic, Ovenstadlia 86, 3420 Lierskogen t: 32 85 33 80
E-post: info@sendoline.com www.sendoline.com

