

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
129. ÅRGANG · #4 · 2019



NYHET!

Spar tid, penger og ressurser med

ScanOrder

- OrdreApp fra LIC Scadenta

Scann og bestill

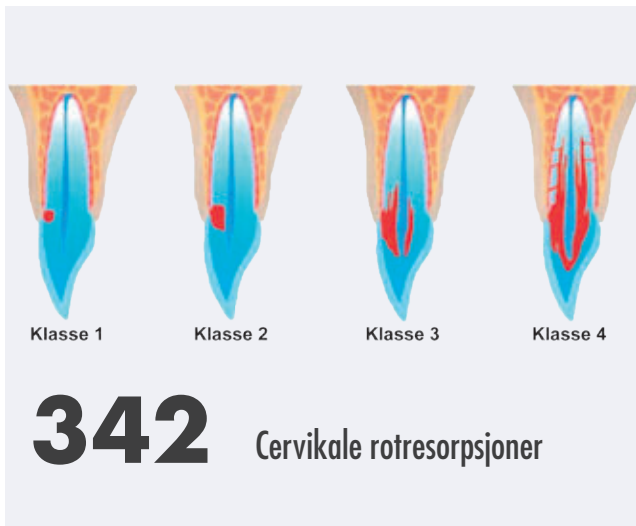
- raskt og enkelt

Les mer på www.licscadenta.no



LIC
SCADENTA

329–424

**330** Siste nytt først**333** Leder

Ikke la deg lure

335 Presidenten har ordet

Hvorfor bør tannleger eie og drive egen praksis?

337 Vitenskapelige artikler

336 Torgils Lægred, Sindre Jørgensen, Neddersan Thevarajah, Arne Lund og Nils Roar Gjerdet: **Reklame for odontologiske materialer – kan vi stole på den?**

342 Dyveke Knudsen, Margareth Kristensen Ottersen, Dag Ørstavik og Pia Titterud Sunde: **Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner – forekomst og kasuistikker.**

354 Klinisk fag

354 Lasse A. Skoglund og Ellen C. Vigen: **Medisinske gassprodukter, slik som oksygen og lystgass i odontologisk praksis**

358 Doktorgrader

358 Christian Schriwer: **Suksess for «nytt» tannerstatningsmateriale**

359 Cecilie Gjølvaag Attramadal: **Prognostic markers in oral squamous cell carcinoma; an immunohistological study of the invasive front**

360 Øystein Stakkestad: **Tannemaljeproteinet ameloblastin ser ut til å ha flere bruksområder enn modning av emalje**

363 Bivirkningsskjema**366** Kronikk

Carl Christian Blich: Tannhelseforsikring – til gode for hvem?

370 Aktuelt

370 Ny veileder om vold i nære relasjoner

372 Utenforskap gir dårlig munnhelse

375 International Dental Show (IDS) 2019 i Köln:

En spektakulær messeopplevelse

382 Obligatorisk om Helfo-refusjoner

384 Ny forskningsklinikk ved Institutt for klinisk odontologi

284 Kommentar og debatt

386 Språklige problemer (Tore Ramstad)

386 Språkrådet svarer

391 Fra NTF

391 Aktuelt tannhelsepolitisk arbeid

392 Viktige tannhelsepolitiske saker

394 NTFs symposium: Den akutte pasient

396 NTFs Tariffkonferanse 2019: Lønnsarbeid og kjønnsarbeid

398 Forum for etterutdanning 2019

402 Rogaland Tannlegeforening – intervju med Andreas Iversen

404 Intervju med Anne Kristine Solheim, leder i Sør-Trøndelag tannlegeforening

408 Arbeidsliv: Avtaler om bindingstid i arbeidsforhold

410 Spør advokaten: Bestride sykemelding

413 Snakk om etikk: God klinisk praksis i tannhelsetjenesten

414 Kurs- og aktivitetskalender

418 Notabene

418 Tilbakeblikk

420 Personalia

422 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Hivtiltak virker



Foto: Roy Images.

I 2018 ble det meldt 191 nye hivsmittede i Norge, mot 213 i 2017. For første gang siden 2001 er det registrert under 200 hivtilfeller på ett år i Norge, viser en rapport fra Folkehelseinstituttet.

Av de 191 hivtilfellene som ble meldt i 2018, var det 122 (64 %) menn og 69 kvinner. Totalt er det nå diagnostisert 6 468 hivpositive i Norge; 4 382 menn og 2 086 kvinner.

– Spesielt gledelig er det å se at trenden med nedgang i meldte hivtilfeller blant menn som har sex med menn (msm) fortsetter, sier seniorrådgiver Øivind Nilsen ved Folkehelseinstituttet.

– Det er msm som er mest utsatt for hivsmitte i Norge, og det er i denne gruppen vi forventer å se størst effekt av dagens forebyggingsstrategi: økt testaktivitet, rask igangsatt hivbehandling, som i praksis gjør at hivpositive ikke smitter videre, samt tilbud om forebyggende behandling (PrEP), sier han.

Han legger til at det samtidig er viktig å arbeide for adferdsendring og økt kondombruk blant msm og andre utsatte grupper med risikoadferd. Ikke minst har dette stor betydning for å motvirke den kraftige økningen vi ser av gonoré og syfilis.

Rapporten viser at: Det er særlig meldte hivtilfeller blant msm smittet mens de var bosatt i Norge som går ned. Antall msm påvist smittet i Oslo der smittepresset har vært størst, er nå redusert med 80 prosent sammenlignet med toppen i 2009.

Påviste hivpositive blant nyankomne asylsøkere falt også i 2018. Nedgangen kan relateres til nedgang i antall asylsøkere de siste årene.

110 (58 %) av de 191 hivtilfellene meldt i 2018 var innvandrere smittet før ankomst Norge.

Andelen hivpositive msm med innvandrerbakgrunn har vært økende de siste årene. I 2018 utgjør denne gruppen 62 prosent av de meldte tilfellene blant msm. De fleste kommer fra andre europeiske land, Asia og Sør-Amerika.

Påviste hivtilfeller blant heteroseksuelt smittede menn som er bosatt i Norge gikk ned i 2018. Det er fortsatt norske menn som har ubeskyttet sex i utlandet, spesielt i Asia, som dominerer denne gruppen.

Blant norskfødte kvinner, ungdommer og personer som tar stoff med sprøyter, er det fortsatt en stabil og lav hivforekomst.

Les mer i rapporten «Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2018»

Informasjon hjelper barn

Barn som har fått undervisning eller annen informasjon om vold og overgrep, forstår bedre at dette er feil og har lettere for å fortelle om selvopplevde overgrep enn andre barn. Det viser studier i ei ny systematisk kartleggingsoversikt fra Folkehelseinstituttet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ga Folkehelseinstituttet i oppdrag å utføre en kartlegging av studier som har undersøkt effekten av og erfaringer med opplærings- og informasjonstiltak for barn og unge. Kartleggingen er ment å være et bidrag i arbeidet med å forebygge vold og overgrep mot barn og unge.

Forskerne inkluderte 65 studier, som enten har undersøkt effekten av informasjonstiltak om vold og overgrep, eller hvordan barn og unge har opplevd slike tiltak. Studiene har undersøkt tiltak som tematiserer vold og overgrep mot barn og unge som er utført av voksne, og overgrep utført av andre barn og unge.

– I studiene har vi funnet ut at informasjon og undervisning gir barn og unge en bedre forståelse av at vold og overgrep ikke er greit. Dette er et viktig funn, fordi vi vet at en del barn og unge ikke er klar over at det de opplever er feil, sier forsker Nora Blaasvær i Folkehelseinstituttet.

Noen få studier hadde undersøkt om barn og unge som hadde fått informasjon om vold og overgrep i større grad avslørte overgrep mot seg selv enn barn som ikke



Foto: Roy Images.

hadde fått informasjon. Resultatet viser at dette var tilfellet.

– Disse barna åpnet seg i større grad og fortalte om overgrep som de hadde opplevd, påpeker forskeren.

De fleste studiene i oversikten har undersøkt effekten av informasjonstiltak i skolen.

– Vi fant bare tre studier av informasjonstiltak i barnehage, så vi har mindre kunnskap om hvordan førskolebarn tar til seg slik kunnskap, sier Blaasvær.

Ifølge oversikten er det også få studier om hvordan barn og unge opplevde det å få informasjon eller undervisning om vold og overgrep – bare fem studier hadde kvalitative data.

– Disse studiene kan likevel gi oss nyttig informasjon om hvordan barn og unge opplever å høre om og snakke om vold og overgrep, sier Blaasvær.

Mange av studiene undersøkte om tiltakene påvirket barn og unge sine holdninger til vold og overgrep, og her varierte resultatene noe.

Mange studier undersøkte også om informasjonstiltak påvirket barna når det gjaldt å rapportere om egne opplevelser av vold og overgrep.

– Også her varierte resultatene noe, men vi så at lengre og mer omfattende tiltak viste bedre effekt enn kortvarige tiltak, sier Blaasvær.

Ingen studier fant at tiltakene hadde en negativ effekt på de unge sine holdninger, atferd eller opplevde overgrep.

En kartleggingsoversikt som denne er ment å gi en oversikt over et forskningsfelt, ikke å gi klare svar på for eksempel effekten av tiltak. Forskerne har ikke gjort statistiske analyser av resultatene i studiene.

En overvekt av studiene i oversikten er utført i USA. Folkehelseinstituttets forskere fant ingen studier utført i Norge eller Norden.

Se rapporten på fhi.no: Opplærings- og informasjonstiltak for barn og unge for å forebygge og avdekke vold, overgrep og krenkelser

Når er du 65 år?

Forskere har sammenlignet den eldre befolkningen i 195 land med en gjennomsnittlig global 65-åring. De ville se hvor gamle folk er, i ulike land, når de har samme helsebyrde som en gjennomsnittlig 65-åring. Japan topper listen med 76 år, og på bunnen finner vi Papua Ny-Guinea, hvor de bare er 46 år når helsebyrden er som en global 65-åring, skriver Folkehelseinstituttet.

– Det er enorme forskjeller. Å bruke kronologisk alder gir derfor liten mening når vi snakker om sykdomsbyrde. Vi må heller snakke om aldring ut fra funksjonsevne og befolkningens helse. Denne studien sier ikke hvorfor det er slik, men viser at det er slik, sier professor Vegard Skirbekk ved Columbia-universitetet og sykdomsbyrdeprosjektet ved Folkehelseinstituttet. Han har forfattet studien sammen med kollegaer ved sykdomsbyrdeprosjektet i Seattle.

– Vi får flere sykdommer etterhvert som vi blir eldre. Tidligere studier har kun sett på én sykdomsgruppe eller én type funksjon, for eksempel fysisk styrke eller kognitive ferdigheter. Det unike med denne studien er at den tar alle aldersrelaterte sykdommer

i betraktning, og dermed ligger en lang rekke sykdommer til grunn her, sier Vegard Skirbekk.

De mest utslagsgivende sykdommene er: ulike kreftformer, hjerte- og karlidelser, neurologiske sykdommer som Alzheimer demens, diabetes og nyresykdommer

I Norge er vi 73 år når vi har helsen til en 65-åring, og med det havner vi på 22. plass av de 195 landene som er undersøkt.

– En viktig årsak til dette kan være at vi lenge har satset på helse – noe vi nå høster gevinsten av. Vi har et godt allment helsevesen, og sammenlignet med mange andre land har vi også et høyt utdanningsnivå blant den eldre generasjonen. Det er en faktor som gir sterke positive utslag for helse, sier Skirbekk.

– For Norge betyr funnene at vi har en eldre befolkning med relativt mye ressurser, ettersom våre 73-åringer har samme helsenivå som en global 65-åring, sier Vegard Skirbekk. Han mener at dette kan være med på å nyansere bildet om at eldre bare blir en belastning fremover. Sammenlignet med resten av verden har vi ikke en spesielt gammel befolkning – land med en mye yngre kronologisk aldersstruktur har ofte betydelig større helseproblemer fra en tidligere alder. Betegnelsen gammel må altså baseres på objektive mål, og ikke kronologisk alder. Eldre trenger ikke være en helsebelastning selv om de er gamle på papiret, poengterer Skirbekk.

Her får Skirbekk støtte fra førsteforfatteren av studien, dr. Angela Y. Chang, fra University of Washington. – Denne studien kan fungere som et startpunkt, og hjelpe land som har større utfordringer med

aldring å lære av andre land som har bedre helse.

En slik aldringsindeks gjør at vi kan bidra til en mer realistisk politisk diskusjon rundt aldring – studere utviklingen over tid – og forstå hvorfor noen land med samme økonomiske nivå, gjør det bedre eller dårligere, sier dr. Angela Y. Chang.

Land med høyest tilsvarende alder til globale 65-åringer i 2017

Land med lavest tilsvarende alder til globale 65-åringer i 2017

| | |
|----------------------|--|
| 1. Japan: 76,1 | 1. Papua New Guinea: 45.6 |
| 2. Sveits: 76,1 | 2. Marshall Islands: 51.0 |
| 3. Frankrike: 76.0 | 3. Afghanistan: 51.6 |
| 4. Singapore: 76.0 | 4. Vanuatu: 52.2 |
| 5. Kuwait: 75.3 | 5. Solomon Islands: 53.4 |
| 6. Sør Korea: 75.1 | 6. Central African Republic: 53.6 |
| 7. Spania: 75.1 | 7. Lesotho: 53.6 |
| 8. Italia: 74.8 | 8. Kiribati: 54.2 |
| 9. Puerto Rico: 74.6 | 9. Guinea-Bissau: 54.5 |
| 10. Peru: 74.3 | 10. Federated States of Micronesia: 55.0 |
| 18. Sverige: 73,3 | |
| 20. Island: 73,0 | |
| 22. Norge: 72,9 | |
| 28. Finland: 72,3 | |
| 36. Danmark: 71,1 | |

TannSpes

TannlegeSpesialistene i Oslo

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

ELISABET HENDERSON
Protetiker

RAGNAR BJERING
Kjeveortoped, PhD

GAUTE LYGSTAD
Oralkirurg, PhD-kand.

ANNIKA SAHLIN-PLATT
Periodontist

KARL IVER HANVOLD
Oralkirurg, kjevekirurg

ANDERS VALNES
Kjeve- og ansiktsradiolog

med fler



Foto: UiO

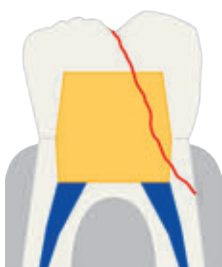


Fiberforsterket bulkfill

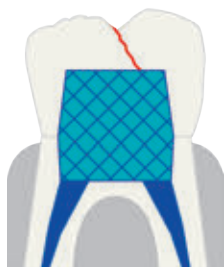
everX Flow

Styrken kommer innenfra

Stopper frakturer



Uten everX flow



Med everX Flow



everX Flow™

fra GC

fiberforsterket flowkompositt
til dentinerstatning

Til dype og store kaviteter
samt oppbygginger.

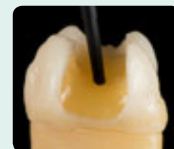
Tixotrop med god adapsjon.

Enkel å applisere da den ikke flyter ut.

Finnes i to farver:

“Transparent” lyshedes i 5,5 mm

“Dentin” lyshedes i 2 mm



FORSIDEILLUSTRASJON

Renate Thor

REDAKSJON**Ansvarlig redaktør:**

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Nils Roar Gjerdet

Jørn Arne Aas

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen,

Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Anne Christine

Johannesen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson, Nina J.

Wang, Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 100,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon Vils gate 6,

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 7050, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media – 07.no

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

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



Fagpressen
OPPLYSNINGSVESENENS
KONTROLLERT



Ikke la deg lure



Foto: Helén Wilberg

Reglene som forbyr villedende og urimelig handelspraksis er de mest sentrale bestemmelsene i markedsføringsloven fra 2009 (Lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår mv.), som setter rammer for næringsdrivendes markedsføring og avtalevilkår, både av hensyn til andre næringsdrivende og av hensyn til forbrukerne.

Reglene skal sørge for at næringsdrivende ikke gir feilaktig og villedende informasjon til forbrukere i markedsføringsøyemed, samt at næringsdrivende opptre i samsvar med yrkesmessig aktsomhet.

En næringsdrivende må alltid kunne dokumentere påstander i markedsføringen, heter det, samt opptre i samsvar med den standard for kunnskap og hensyn som en næringsdrivende med rimelighet kan forventes å vise overfor forbrukerne. Alt i samsvar med hederlig markedspraksis og/eller det allmennelige prinsippet om god tro innenfor den næringsdrivendes virksomhetsområde.

Samtidig viser en ny studie av markedsføringsmaterieil beregnet på tannleger, og fra produsenter av hyppig brukte tannfyllingsmaterialer, at en betydelig andel av påstandene i det undersøkte materialet, gir et overdrevet positivt bilde av det aktuelle produktet. Og at en stor del av informasjonsmaterieil var preget av at det ikke var oppgitt evidensbaserte kilder, som sies å være noenlunde lett tilgjengelige.

Studien, som presenteres som en vitenskapelig artikkel i denne utgaven av Tidende, avdekker ikke brudd på markedsføringsbestemmelsene. I konklusjonen heter det at få påstander var direkte feil, og at ingen påstander var direkte villedende i markedsføringsforstand, samtidig som en stor del ga et overdrevet positivt bilde, som nevnt. Det undersøkte materialet i denne studien var hentet fra re-

klameannonser og dokumenter på produktene på nettstedene til fem fabrikanter.

Andre kanaler for markedsføring overfor tannleger er fagtidsskrifter, som Tidende, kurs og presentasjoner ved konferanser og møter, og utstillinger.

Forfatterne av studien karakteriserer reklame og markedsføring som viktige og nødvendige kilder til informasjon, samtidig som de anbefaler at det utøves kritisk kildevurdering for å avdekke vinklet informasjon eller svake påstander. Det anbefales at dette er et felt som bør styrkes i utdanningsløpene, og i etterutdanningen.

**Jeg anbefaler at
alt medieinnhold, ikke
bare reklamen, leses
med kritiske briller.**

Det kan vi slutte vi oss til.

Tidende har som regel godt med produktannonser, som våre lesere, i leserundersøkelser, sier de har nytte av. Det forutsetter at det leses med en sunn kritisk sans.

Hva angår utstillinger, som også er et sted for markedsføring av dentale produkter, hadde Tidende en egen reporter på den store utstillingen IDS i Köln, nå i mars. Han kommer med sine vurderinger og anbefalinger på redaksjonell plass i denne utgaven av bladet. Det er ikke markedsføring i bokstavelig forstand. Samtidig er det ingen markedsføring som kan måle seg med god redaksjonell omtale. Vi inviterer leserne til å se hva Tidendes utsendte fant. Kanskje omtalene er til nytte.

Samtidig anbefaler jeg at all medieinnhold, ikke bare reklamen, og også i Tidende, leses med kritiske briller.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør



Visste du at...

Vi har to fullservice laboratorium med egen proteseavdeling?

Vi lager alt innenfor avtakbare løsninger, og håndterer alle typer reparasjoner rask og effektivt - prøv oss i dag!

Tar du digitale avtrykk?

Vi tar imot dine filer, designer og freser krone/bro på vårt laboratorie.

Send gjerne pasienten for fargeuttak, så hjelper vi deg å velge det beste innenfor zirconia, e.max eller andre materialer.

Trenger din pasient en høyestetisk krone eller implantatbasert protetik?

Snakk med oss - sammen løser vi dine utfordringer!

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



**ARTINORWAY
GRUPPEN**

Formidling og norsk produksjon av tannteknikk



Hvorfor bør tannleger eie og drive egen praksis?

Tradisjonelt har norske tannleger i privat sektor drevet sin egen praksis. Mange har arbeidet alene eller på små klinikker. Det siste tiåret har vi derimot sett at klinikkene er blitt større. De unge vil gjerne ha flere kolleger, og enkeltmannspraksisene er i ferd med å forsvinne. Det er lett å forstå at unge tannleger ønsker å arbeide i fellesskap med andre. Det er klokt å ha noen med større erfaring å rådføre seg med. Samtidig er det også viktig å trekke frem alle de gode sidene ved å drive og eie egen praksis.

Tannlegeyrket er et fritt yrke. Vi har fri etableringsrett, fri prissetting og konkurranse. Tannleger som har drevet sin egen klinikk har hatt stor frihet, både med hensyn til hvordan klinikken skal drives, og også til å styre egen tid. Den tradisjonelle organiseringen har ført til at mange pasienter har et nært forhold til sin behandler. Mange pasienter, og ofte hele familier, har gått til sin faste tannlege regelmessig gjennom mange år. Slik utvikles det gode tillitsforhold.

Omdømmeundersøkelser viser at vi tannleger skårer høyest av alt helsepersonell på undersøkelser om forbrukertilfredshet. Dette på tross av at de færreste «liker» å gå til tannlegen, og at det tradisjonelt har blitt sett på som både «dyrt og vondt». Pasientene etterspør tryggheten og den høye standarden – selv om det koster. Organiseringen har dessuten ført til at vi leverer tjenester av høy kvalitet til en fornuftig pris. Tradisjonelt har vi levert tannhelse tjenester direkte til pasienten uten fordyrende mellomledd eller eiere som skal ha ekstra fortjeneste.

Så er det en kjensgjerning at tannhelse tjenesten er i endring. Både i offentlig og privat sektor bygges det større klinikker. Drift av praksis har blitt mer komplisert, mye på grunn av endring i lovverk og nye pålegg fra myndighetene, blant annet med krav til dokumentasjon, personvern, pasientsikkerhet og hygiene.

Det ligger en betydelig utfordring i det faktum at odontologi er en profesjonsutdanning uten noen innføring i hva det faktisk innebærer å drive en tannlegepraksis. Vi blir dyktige fagpersoner, men som nyutdannede har vi lite kunnskap om praksisdrift. Samtidig er det en ikke ubetydelig økonomisk usikkerhet forbundet med å være selvstendig næringsdrivende, spesielt når man er nyutdannet. Det kan derfor føles trygt og enkelt å søke jobb i det offentlige eller arbeide i store praksiser som leietannlege eller ansatt.

På dette området er imidlertid NTFs politikk helt klar. I vårt arbeidsprogram er det tatt inn flere punkter



Foto: Kristin Alnæs

NTF skal fortsette å arbeide for at vi tannleger fortsatt kan eie og drive egen praksis, på en fornuftig måte.

om drift av tannlegepraksis, blant annet at vi skal «Arbeide og legge til rette for at tannklinikker skal eies av tannleger» samt «Ivareta interessene til tannleger som er bedriftseiere og selvstendig næringsdrivende». Videre skal vi «Påvirke forhold som har konsekvens for arbeids- og driftsforhold for tannleger i privat sektor, i samarbeid med Akademikerne Næringsdrivende».

Jeg eier selv egen praksis og kjenner meg igjen i den usikkerheten mange beskriver. Det er et stort ansvar. Det krever både innsats og tid å drive i tråd med dagens lovkrav. Det kan være utfordrende å være arbeidsgiver og leder, og man har ikke den økonomiske sikkerheten som en fast ansettelse gir.

Likevel mener jeg at vi snakker for lite om fordelene med å ha egen praksis. Man kan styre sin egen tid og være fleksibel. Man bestemmer selv hvordan klinikken skal være, hvem man vil arbeide med og ikke minst har man full faglig frihet. Det er dessuten mange ulike måter å organisere seg på, også sammen med andre. Og kanskje det viktigste: Man kan bygge gode og sterke relasjoner til pasientene sine. Det er givende som helsepersonell å kunne tilby pasienter tannbehandling av høy kvalitet i egen klinikk.

Det går også an å kjøpe tjenester som gjør driften enklere. Her har NTF en viktig oppgave ved å legge til rette og bidra med kurs, informasjon og veiledning.

Sekretariatet bidrar med kollektiv rådgivning gjennom kursvirksomhet og artikler i Tidende, og gir også individuell rådgivning i en mengde saker hvert år. Vi har laget flere nettbaserte kurs som tar for seg ulike aspekter ved praksisdrift. Vi arbeider med flere kurskonsept i praksisadministrasjon og med kurs i ledelse. Sentralt næringsutvalg arbeider også med saker som er aktuelle for næringsdrivende, og er rådgivende organ for hovedstyret. NTF har dessuten representanter i Akademikerne Næringsdrivende som arbeider med næringsdrivendes interesser.

NTF skal fortsette å arbeide for at vi tannleger fortsatt kan eie og drive egen praksis, på en fornuftig måte. Det vil si praksisdrift med gode betingelser og forsvarlige ordninger, slik at pasientene fortsatt kan få tannbehandling av høy kvalitet hos tannleger som setter pasientsikkerheten i fokus.

For det er nemlig både givende, interessant og utviklende å drive egen praksis!

Camilla Hansen Steinum
President

HOVEDBUDSKAP

- Reklame og markedsføring er nødvendig og er viktige informasjonskanaler til tannhelsepersonell
- Det er varierende kvalitet på markedsføringsmateriell fra produsenter av odontologiske produkter
- Det bør legges større vekt på kritisk vurdering av kvalitet og relevans av informasjonsmateriell fra produsenter i utdanningene.

FORFATTERE

Torgils Læg Reid, førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Sindre Jørgensen, tannlege. Privat praksis, Bergen

Neddersan Thevarajah, tannlege. Privat praksis, Oslo

Arne Lund, tannlege. Privat praksis, Bergen

Nils Roar Gjerdet, professor, dr. odont. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Artikkelen bygger på en prosjektoppgave i det integrerte masterstudiet i odontologi.

Korresponderende forfatter: Torgils Læg Reid. E-post: torgils.lag Reid@uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Læg Reid T, Jørgensen S, Thevarajah N, Lund A, Gjerdet NR. Reklame for odontologiske materialer – kan vi stole på den? Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 336–40

Reklame for odontologiske materialer – kan vi stole på den?

Torgils Læg Reid, Sindre Jørgensen, Neddersan Thevarajah, Arne Lund og Nils Roar Gjerdet

Reklame fra produsenter av odontologiske produkter er en nødvendig og viktig informasjonskanal til tannhelsepersonell. I denne studien ble det vurdert kvalitet av markedsføringsmateriell for et utvalg vanlig brukte tannfyllingsmaterialer i Norge. Vurderingen ble gjort i henhold til et sett kriterier som blant annet inkluderte informasjon fra vitenskapelig litteratur. Resultatene viste at få påstander var direkte feil, men en betydelig andel ga et overdrevet positivt bilde av det aktuelle produktet. En stor del av informasjonsmateriellet var preget av mangel på evidensbaserte kilder som er noenlunde lett tilgjengelige. Derfor bør det legges større vekt på kritisk vurdering av kvalitet og relevans av informasjonsmateriell fra odontologiske produsenter, både i undervisning og etterutdanning.

Tabell 1: De fem valgte direkte tannfyllingsmaterialene i studien.

| Kode | Produsent | Produkt | Produkttype | Relevant standard |
|------|---------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------|
| A | Ivoclar Vivadent AG | Tetric EvoCeram® Bulk Fill | Nano-hybrid kompositt Bulk-fill | ISO 4049 |
| B | GC Europe | GC EQUIA | Glassionomersement Bulk-fill | Ikke oppgitt |
| C | VOCO GmbH | Admira® Fusion | Nanohybrid Ormocer | ISO 4049 |
| D | Dentsply DeTrey | SDR® | Bulk-fill kompositt | Ikke oppgitt |
| E | 3M ESPE | Filtek™ Supreme XTE | Nanokompositt | Ikke oppgitt |

Valg av produkter, utstyr, materialer og tjenester er viktig for å gi et effektivt og sikkert behandlingsresultat. Dette er forhold som berøres av både lov om helsepersonell (1) og lov om pasient- og brukerrettigheter (2). Tannhelsepersonell, og i noen grad pasienter, eksponeres for reklame i tidsskrifter, produktbrosjyrer og ulike elektroniske media. Reklame er en type kommunikasjon fra en identifiserbar avsender med hensikt å vekke oppmerksomhet, skape interesse eller selge et produkt (1).

Produsenter, eller representanter for produsentene, anvender ulike markedsføringskanaler. Direkte markedsføring til tannhelsepersonell kan gjøres via produktannonser i fagtidsskrifter. Andre markedsføringsarenaer er utstillinger, kurs og presentasjoner ved konferanser og møter. Produktpresentasjonene kan også være indirekte i form av innholdsmarkedsføring («content marketing») som kan ligne på redaksjonelt stoff i medier (3). Slik markedsføring merkes som «Annonserinnhold» eller lignende.

De aller fleste odontologiske produkter er klassifisert som medisinsk utstyr (medisinteknisk utstyr) i henhold til lov om medisinsk utstyr (4). Norges EØS-avtale innebærer at EU-direktivet for medisinsk utstyr gjelder i Norge, og CE-merking er et vilkår for å markedsføre og anvende produktet innen EU og EØS-området (5, 6). Direktivet ansvarliggjør produsentene med hensyn til bruksanvisning, indikasjoner og kontraindikasjoner og sikkerhet, men det er i utgangspunktet ikke nasjonal overprøving av produkter som er CE-merket. Dette er ulikt fra legemidler som i Norge er strengere regulert ved at Statens Legemiddelverk overvåker reklame, annonsering og annen markedsføring i ulike medier.

Den amerikanske tannlegeforeningen (ADA) har retningslinjer for annonser som skal stå i foreningens publikasjoner. Disse reglene krever at annonser skal være faktabasert og gi nyttig informasjon om produktet. Påstander om produktets egenskaper skal kunne dokumenteres, spesielt dersom det sammenlignes med konkurrerende produkter (5).

Det er lite vitenskapelig litteratur som omhandler vurdering av reklamemateriell for odontologiske produkter. I en studie fra 2013 ble det vist at nesten 80 % av reklamen i fire odontologiske tidsskrift manglet vitenskapelig evidens for påstandene (7). For legemidler er det gjort en studie som viste at bare halvparten av påstandene var korrekte og inneholdt klinisk relevant informasjon (8).

Målet med vår studie var å vurdere kvaliteten av markedsføringsmaterieell for et utvalg vanlig brukte tannfyllingsmaterialer i Norge.

Materiale og metode

Det ble valgt ut fem kjente direkte fyllingsmaterialer fra fem ulike, store dentalfabrikanter (tabell 1). Det ble hentet inn reklameannonser fra fabrikantens hjemmeside og tilhørende dokumenter på produktsiden, som inneholdt påstander om produktet. Slike dokumenter kan gå under betegnelser som «Technical report» eller «Scientific documentation». De refererte kildene ble søkt opp gjennom allment tilgjengelige kanaler. PubMed ble brukt som søkemotor, siden en søkbar kilde i PubMed er regnet som kvalitetssikret gjennom ekstern fagfelleevaluering. Bare fulltekst-artikler ble tatt med.

Annonsematerialet for produktene ble undersøkt, og påstandene for hvert produkt ble listet opp i egne skjemaer. For å belyse graden av overensstemmelse mellom kilde og påstand, ble det laget en kategorisering (tabell 2). Kategoriseringen er basert på en lignende studie om legemidler, men ble modifisert slik at den kunne anvendes til dentale produkter (8). Påstandene ble sammenholdt mot kildene og satt i kategorier etter grad overensstemmelse, fra «Korrekt og relevant» til «Feil».

Resultater

Produktene hadde varierende mengde tilhørende dokumenter på produktnettssidene. Fire av de utvalgte produsentene hadde tilgjengelig dokumenter med en tilnærmet vitenskapelig fremstilling av produktet. Slike vedlegg hadde ulik benevnelse hos de ulike fabri-

Tabell 2: Kategorisering av påstander i innsamlet reklame som dannet grunnlaget for denne studien. Rangeringen spenner fra «Korrekt og relevant» informasjon til «Feil» påstand i informasjonsmateriellet.

Kategorisering

1. Korrekt og relevant

Informasjonen er nøyaktig gjengitt i forhold til vitenskapelig litteratur og har klinisk relevans

2. Usikker relevans

Informasjon er riktig gjengitt, men påstanden har usikker eller manglende relevans med hensyn til aktuelt produkt

3. Abstrakter, interne rapporter og møtereferater

Informasjon er riktig gjengitt, men referanse har lav vitenskapelig tyngde

4. Ikke sporbar referanse

Referert dokumentasjon lot seg ikke oppdrive via allment tilgjengelige kanaler

5. Mangler referanse

Påstanden mangler referanse og har ikke dekning i produktomtalen

6. Intetsigende

Påstanden er av en slik karakter at den ikke forteller noe substansielt om produktet, eller den er så generell at den verken lar seg bevise eller motbevise

7. Ikke dekning i referansen

Påstanden er ikke nevnt i noen av de oppgitte referansene

8. Unøyaktig

Informasjonen er trukket lenger enn litteraturreferansen slik at produktet fremstilles i et bedre lys enn det er grunnlag for, eller det er åpenbare utelatelser av relevant informasjon i reklameteksten

9. Feil

Feil påstand ut i fra litteraturreferansen

kanter, som for eksempel «Technical Report», «Scientific Compendium» eller «Scientific Documentation».

Av totalt fem produkter ble det funnet 112 påstander (tabell 3). Atten påstander (16 %) ble kategorisert som «korrekt og relevant». «Abstrakter, interne rapporter og møtereferat» utgjorde den største kategorien med 38 påstander (34 %). Det viste seg at en del av påstandene ikke var sporbare (10 %) og kunne følgelig ikke verifiseres ved søk på PubMed. Tolv påstander (11 %) hadde ingen referanse og manglet dekning i produktomtalen og ble kategorisert som «Mangler referanse». Generelle påstander som ikke sier noe substansielt ble også identifisert hos 4 av 5 produkter. I noen tilfeller omhandlet påstanden generelle egenskaper til produktet og dermed ikke en unik fordel (16 %), og ble kategorisert som «Intetsigende». Tre av påstandene kom i kategorien «Ikke dekning i referansen» på grunn av at kilden ikke nevnte noe om selve påstanden. Ni av påstandene (8 %) hadde støtte i kildene som det var referert til, men informasjonen ble trukket lengre enn det det var støtte for i litteraturreferansen. Tre av fem produkter hadde slike påstander og disse ble kategorisert som «Unøyaktig». Påstander som var «Feil», hvor kilden

motsier påstanden, ble identifisert i to tilfeller (2 %). Antall sporbare referanser i produktbeskrivelsene varierte fra 1 til 127.

Diskusjon

Markedsføring og presentasjon av odontologiske produkter er viktig og nyttig for tannleger og annet tannhelsepersonell. Det er nødvendig informasjonsformidling fra produsentene, som er de som er formelt ansvarlige for å angi bruksområder og gi sikkerhetsinformasjon. Det er også et element av å skape konkurranse som kan føre til utvikling av bedre (og billigere) produkter. Tannlegen på sin side må velge hensiktsmessig produkt for pasienter basert på kunnskap, erfaring og sporbar dokumentasjon. Dette forutsetter at produktene markedsføres og presenteres med oversiktlige referanser og vitenskapelig tyngde, som gjør det mulig å ta evidensbaserte beslutninger som videre gir best mulig behandling av pasienter.

Kun 16 % av de 112 påstandene som omhandlet produktet falt under kategorien «korrekt», mens 2 % ble bedømt som ukorrekte påstander (kategori 9). De fleste påstandene var ikke evidensbaserte, intetsigende, ikke-sporbare eller manglet referanse.

Tabell 3: Resultatet av vurdering av påstander for hvert produkt. Antall påstander og prosent i hver kategori.

| Produkt | A | B | C | D | E | Totalt | %* |
|---|----|----|----|---|----|--------|-------|
| 1. Korrekt og relevant | 6 | 5 | 6 | 1 | 0 | 18 | 16 % |
| 2. Usikker relevans | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 % |
| 3. Abstrakter, interne rapporter og møtereferater | 9 | 15 | 4 | 0 | 10 | 38 | 34 % |
| 4. Ikke sporbar referanse | 0 | 1 | 0 | 6 | 4 | 11 | 10 % |
| 5. Mangler referanse | 0 | 7 | 0 | 1 | 4 | 12 | 11 % |
| 6. Intetsigende | 5 | 0 | 10 | 1 | 2 | 18 | 16 % |
| 7. Ikke dekning i referansen | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 % |
| 8. Unøydaktig | 1 | 0 | 5 | 0 | 3 | 9 | 8 % |
| 9. Feil | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 % |
| Totalt | 23 | 28 | 29 | 9 | 23 | 112 | 100 % |

Mange av påstandene innenfor kategorien «Intetsigende» oppga generelle egenskaper ved produktet som er allmenn viten, uten noen fordel til det aktuelle produktet. ADA sine retningslinjer for annonser krever at annonser skal være faktabasert, med en form som gir nyttig informasjon om produktet. Påstander om produktets egenskaper skal kunne dokumenteres, spesielt dersom det sammenlignes med konkurrerende produkter (5). En påstand som for eksempel «Lett polérbar og etterlater seg estetisk overflate» vil være vanskelig å diskutere eller finne vitenskapelig dekning for.

Abstrakter, møtereferater og interne rapporter utgjorde den største kategorien av påstander (34 %), der mange av påstandene var basert på produsentenes interne studier («data on file»). Disse påstandene er oftest ikke fagfellevurderte («peer review») og har lav vitenskapelig tyngde sammenlignet med uavhengige studier som er eksternt vurderte. Ofte betegnes det som «grålitteratur» (9). Data fra forsøk gjort med ikke-standardisert metodikk gjør det vanskelig å sammenligne produkter fra ulike produsenter, og det kan være vektlegging av enkeltegenskaper i laboratorieforsøk.

Når det gjelder henvisning til abstrakter, altså presentasjoner på vitenskapelige møter, er dette en måte å få ut informasjon raskt siden nye produkter kommer tilsynelatende i økende tempo. Fagfellevurderingen kan være variabel, og abstrakter har ikke samme tyngde som en vitenskapelig artikkel, og kan være vanskelig å tolke uten at man har sett presentasjonen som hører til abstraktet.

En problemstilling i dagens dentalbransje er at noen vanlige produkter skiftes ut så raskt at langtidsstudier ikke finnes fordi produktet ville ha gått ut av produksjon før studien er ferdig. Dermed tapes verdifull informasjon om produktets kliniske ytelse over tid.

Flere av påstandene i informasjonsmateriellet manglet referanser (10 %) eller lot seg ikke spore gjennom allment tilgjengelige ka-

naler (14 %). Formatet på informasjonsmateriellet varierte, blant annet kunne referanser være henvist til i teksten, mens andre hadde kun en liste over referanser uten direkte kopling til tekst eller tydelig relevans for det aktuelle produktet. Dette ble i denne studien behandlet som manglende referanse.

En sammenligning av funnene i denne studien med funn i en studie utført på legemiddelreklame viser at det var en betydelig større andel riktige påstander (48 %) i forbindelse med legemidler. Dette kan forklares ut i fra at legemidler har en klarere forskrift for retningslinjer ved reklame. Men som i vår studie var det få påstander som ble kategorisert som direkte feil, og en stor andel av påstandene som lå i en gråsoner (8).

Noen produsenter benytter seg av utsagn og kasusbeskrivelser fra både vitenskapelige personer og kjente klinikere («opinionsdannere») som uttrykker meninger og lovord om enkelte produkt. Slik bruk av antatte «opinionsledere» kan påvirke andres holdninger og beslutninger (10) uten at det nødvendigvis stilles krav til dokumentasjon. Noen ganger kan det være udeklarte interessebindinger («conflict of interest») mellom forfattere av en vitenskapelig artikkel og produsentleddet. Et eksempel er en artikkel i den amerikanske tannlegeforeningens tidsskrift (JADA) som ble trukket fordi det viste seg at forfatteren hadde udeklarte egeninteresser i et produkt som var temaet (11).

Lovgivning

De ulike sidene ved markedsføring mot tannleger er regulert i flere ulike lover. Markedsføring overfor pasienter reguleres av Helsepersonelloven (1), markedsføring mot tannleger som næringsdrivende reguleres av Markedsføringsloven (12). Produsenter av medisinsk utstyr, som inkluderer restaureringsmaterialer, omfattes av lov om medisinsk utstyr (6).

I Markedsføringsloven heter det at «Markedsføring skal utformes og presenteres slik at den tydelig framstår som markedsføring. Påstander i markedsføring om faktiske forhold, herunder om ytelsers egenskaper eller virkning, skal kunne dokumenteres. Dokumentasjonen skal foreligge på annonsørens hånd når markedsføringen skjer».

Lov om medisinsk utstyr sier at «Før medisinsk utstyr markedsføres, omsettes eller tas i bruk, skal det merkes i samsvar med de krav som følger av internasjonale avtaler Norge har tiltrådt.» Markedsføring omtales ikke spesifikt, men produsenten skal tilfredsstille de grunnleggende krav som er stilt i det aktuelle direktivet, og vise dette ved CE-merking (i Europa). I denne sammenheng er bruksanvisningen et viktig element ved at den beskriver indikasjoner, kontraindikasjoner og bruksmåter.

Det finnes ikke et overordnet «kontrollorgan» som formelt kan vurdere odontologiske produkter og publisere samlede resultater.

Det fantes tidligere i Norden («NIOMs lister») (13), men det måtte opphøre da direktivet for medisinsk utstyr trådte i kraft i 1993. Prinsippet i direktivet er at produsenten har ansvar for egenkontroll ved såkalte tekniske kontrollorgan. Dette er et anliggende mellom organet og produsenten. Dette aspektet er nylig berørt i en gransking gjort av undersøkende journalister i flere land (14).

Siden det er mange produkter innen samme produktgruppe på markedet, innebærer det at tannhelsepersonellet har ansvar for å velge blant produkter ut fra dokumentasjon som finnes. Selv om få påstander var direkte feil i denne studien, og ingen var direkte villedende i markedsføringsforstand, var det en betydelig andel som ga et overdrevet positivt bilde av det aktuelle produktet. Det ble i stor grad henvist til abstrakter, kongresser og interne rapporter med usikker evidensstyrke. Kritisk kildevurdering for å kunne identifisere eventuelle svake påstander eller vinklet informasjon er et felt som bør styrkes i utdanningsløpene og i etterutdanning.

REFERANSER

- Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr 63.
- Barland, J, Bang, T, Krokan, A, Viken, M. Innholdsmarkedsføring: konsept, forretningsmodeller, juss, etikk og praksis. Cappelen Damm Akademisk/NOASP; 2016. 247 s.
- Lov om medisinsk utstyr – medutstl. 1995. Lov om medisinsk utstyr av 1995-01-12 nr. 6.
- Gjerdet, NR. Annonsering og tannbehandling. *Aktuel Nordisk Odontologi*. 2010; 35: 29–30.
- Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om medisinsk utstyr. FOR-2005-12-15-1690.
- Chestnutt IG, Hardy R. Are advertisements in dental journals supported by an appropriate evidence-base? *Evid Based Dent Pract*. 2013; 13: 78–83.
- Solhaug HR, Indermo H, Slørdal L, Spigset O. Skriftlig legemiddelreklame – til å stole på?. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006; 126: 1314–7.
- Wikipedia. Grey Literature. [Internett]. 02.09.16 [hentet 2016-11-22]. Tilgjengelig fra: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Grey_literature&oldid=737391205
- Vikøren BM, Pihl R. Opinionsleder [Internett]. Oslo: Store norske leksikon; [hentet 2017-01-15]. Tilgjengelig fra <https://snl.no/opinionsleder>
- The Editor. Notice of retraction. *J Am Dent Assoc*. 2012; 143, 968–969. [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)61824-9/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61824-9/fulltext) [hentet 2018-12-15]
- Markedsføringsloven. 2009. Lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår mv. av 2009-01-09 nr 2.
- Jacobsen T. Väck NIOM: s listor till liv. *Tandläkartidningen* 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.tandlakartidningen.se/kronika/vack-nioms-listor-till-liv/>
- Aftenposten. «Implantert». <https://www.aftenposten.no/norge/i/orOynm/implantertsamleside> [hentet 2018-12-15]

ENGLISH SUMMARY

Lægred T, Jørgensen S, Thevarajah N, Lund A, Gjerdet NR.

Advertisements from manufacturers of dental products – can they be trusted?

Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 336–40

Advertisement from manufacturers of dental products is an important and necessary communication to dental professionals. In this study the marketing of five well known restorative materials in Norway was evaluated according to criteria based on scientific evidence availability. A small number of product claims were

found to be incorrect, and a considerable part of the advertisements gave an overly positive picture of the product. A majority of the advertisements had no or limited available scientific evidence. A more critical focus on advertisements from dental manufacturers should be emphasized in dental education.



En **tannråd** som passer perfekt til **broer, kroner, implantat & ortodonti**

GUM® AccessFloss er en tannråd med **innebygget tannrådfører** som gjør det **enkelt å rengjøre under og rundt kroner, broer, implantater og i større interdentale mellomrom**.

Tråden **ekspanderer og tilpasser seg** ulike interdentale mellomrom og har en **spesialdesignet forpakning** som gjør det enkelt å kutte tråden i riktige lengder.



vare nr:
3200



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

HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®



HOVEDBUDSKAP

- Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner (MICRR) er en form for progressiv ekstern rotresorpsjon
- MICRR er definert som Sjelden medisinsk tilstand
- Faren for nye resorpsjoner ved MICRR er stor
- Forekomsten av MICRR ved fakultetet mellom 2005–2016 var 0,029 % dvs. at 3 per 1000 innskrevne pasienter hadde diagnosen MICRR
- Pasienter med MICRR har behov for hyppige kontroller

FORFATTERE

Dyveke Knudsen, tannlege, spesialist i endodonti, Stavanger
Margareth Kristensen Ottersen, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi/stipendiat. Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo
Dag Ørstavik, dr.odont., professor. Avdeling for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo
Pia Titterud Sunde, dr.odont., førsteamanuensis, spesialist i endodonti. Avdeling for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Dyveke Knudsen, Armauer Hansens vei 11, 4011 Stavanger. E-post: dyvekek@live.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Knudsen D, Ottersen MK, Ørstavik D, Sunde PT. Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner – forekomst og kasuistikker. Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 342–51

Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner – forekomst og kasuistikker

Dyveke Knudsen, Margareth Kristensen Ottersen, Dag Ørstavik og Pia Titterud Sunde

Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner (MICRR) er en form for ekstern rotresorpsjon. Målet med undersøkelsen var å se på forekomsten av, og lage en oversikt over MICRR ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo i perioden 2005–2016, samt presentere eksempler på diagnostikk, behandling og oppfølging av kasus behandlet på fakultetet med denne diagnosen. Et elektronisk søk i fakultetets elektroniske journalsystem avdekket 18 pasienter med diagnosen MICRR perioden 2005–2016. Kasusrapporter i litteraturen og erfaringene ved Det odontologiske fakultet viser at MICRR er en progressiv tilstand med ulikt klinisk og radiologisk uttrykk og med ukjent etiologi. Behandlingen pasientene får, varierer i type og omfang og er ofte svært krevende for behandler og pasient.

Rotresorpsjon er definert som en progressiv eller forbigående prosess, der dentin og sement resorberes av klastceller (1). Dette er en normal fysiologisk prosess ved felling av melketenner. Rotresorpsjon i permanente tenner derimot, regnes som en patologisk prosess som kan føre til tanntap. For at en resorpsjonsprosess skal finne sted, må det være en skade på rotens beskyttende umineraliserte lag (predentin eller presement) og et stimulus (inflammasjon) som aktiverer og opprettholder prosessen.

Inndeling av resorpsjoner

Resorpsjonstilstander deles gjerne inn etter hvor på tannen prosessen skjer, internt eller eksternt, og/eller etter hva som stimulerer resorpsjonsprosessen.

Klassifisering av rotresorpsjoner er komplekst, og igjennom tidene har mange klassifiseringer vært foreslått (2–5).

Forenklet inndeling basert på Darcey 2013 (5):

Intern resorpsjon:

- Intern rotresorpsjon

Ekstern resorpsjon:

- Ekstern infeksjonsrelatert rotresorpsjon
- Cervikal rotresorpsjon
 - Singel
 - Multippel
- Erstatningsresorpsjon

Intern resorpsjon, også kalt intern infeksjonsrelatert resorpsjon (IIRR), er meget sjelden og har en anslått prevalens på 0,01 %–1 % (6). Etiologien bak intern resorpsjon er ukjent. Det er antatt at prosessen initieres av ulike stimuli som traume, pulpotomi, varmeproduksjon, kronisk inflammasjon i pulpa, sprekk, tanntransplantasjon og kjeveortopedisk behandling (7). Haapasalo et al. viste med hjelp av skanning elektron mikroskopi at små områder med IIRR var et vanlig (> 50 %) funn i tenner med inflammet eller nekrotisk pulpa, mens tenner med frisk pulpa ikke hadde tegn til slike resorpsjoner. Utviklingen av intern resorpsjon er avhengig av to ting: tilstedeværelse av vitalt vev i eller under resorpsjonsområdet, og et delvis eller helt nekrotisk og infisert pulpavev koronalt for resorpsjonen (7). Endodontisk behandling vil stoppe utviklingen ved å fjerne begge disse faktorene. Det er avgjørende å oppdage prosessen tidlig fordi tannens prognose vil være avhengig av hvor mye tannsubstans som er tapt (6). Tilstanden er som oftest symptomfri og oppdages tilfeldig ved røntgenundersøkelser. Radiologiske karakteristika ved IIRR er lokalisert utvidelse av rotkanalen. Lesjonen er radiolucent, veldefinert og fremstår med en symmetrisk oval el-

ler sirkulær ytre avgrensing. Multiple interne infeksjonsrelaterte resorpsjoner (MIIRR) er meget sjeldne. Naqaraj et al. har beskrevet et kasus med MIIRR der det spekuleres i om tilstanden kan skyldes hyperparatyreoidisme (8).

Ekstern resorpsjon kan forenklet inndeles i ekstern infeksjonsrelatert og ekstern cervical rotresorpsjon.

Ekstern infeksjonsrelatert rotresorpsjon opptrer oftest etter traumer som luksasjoner, intrusjon eller etter eksartikulasjon og replantering. Diagnosen kan tidligst stilles 2–4 uker etter traumatet og vanligvis senest innen fire måneder. Det karakteristiske radiologiske bildet viser små, skålformede defekter på rotoverflaten. Defektene oppstår ved at resorberende celler aktiveres av signaler fra en nekrotisk og infisert pulpa. Resorpsjonsprosessen kan utvikles så raskt at tannen er tapt i løpet av tre måneder (9). Det er viktig at resorpsjonen oppdages tidlig når skaden på roten er minimal. Hyppige kontroller med røntgenundersøkelse og sensibilitetstester er derfor svært viktig etter slike traumer. Resorpsjonsprosessen vil stoppe når infeksjonen elimineres, dvs. ved endodontisk behandling.

Ekstern cervical rotresorpsjon (ECR) har ukjent etiologi. Resorpsjonsprosessen starter apikalt (ca. 1 mm) for festet epitel, der bindevevet fester til tannoverflaten (10). Det er vanligvis en meget liten inngangsportal, som brer seg utover i dentinet først med et granulomatøst vev, etterfulgt av innvekst med ektopiske bentrabekler (3). De cervikale invasive resorpsjonene gir vanligvis ingen kliniske symptomer fordi pulpa sjelden er affisert. En rødlig eller rosa farge i emaljen (pink spot) kan forekomme; men dette er ikke et diagnostisk kriterium for denne diagnosen. Den rosa fargen skyldes det vaskulariserte granulasjonsvevet som skinner gjennom emaljen, men pink spot kan også forekomme ved en intern resorpsjon (3).

Heithersay (11) systematiserte de cervikale rotresorpsjonene og delte dem inn i 4 klasser med stigende alvorlighetsgrad basert på røntgendiagnostikk (figur 1).

Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner (MICRR) er rapportert å være sjeldent forekommende (12). I en analyse av Heithersay, hvor 222 pasienter med 257 CRR inngikk, hadde kun 3 % av pasientene MCIRR (11).

Multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner (2 eller flere resorpsjoner) er i dag oppført som sjelden medisinsk tilstand (SMT – Helfo B-listen). Sjeldne medisinske tilstander er enkelt diagnoser som forekommer i et antall opp til 1: 10 000 individer eller totalt mindre enn 500 personer i Norge. Helfos (13) B-liste gir rett til stønad for nødvendig tannbehandling som er forårsaket av sykdommen.

Innslagspunktet i Helfo er MIR (Multiple idiopatiske rotresorpsjoner), og diagnosen i ICD 10 er K03.3 Patologisk resorpsjon av

tann. Ifølge Helsedirektoratet var det i 2016 324 pasienter som fikk stønad og det ble utbetalt 3 266 015 kr. I 2017 var det 416 pasienter som fikk stønad og det ble utbetalt kr 3 941 635.

Målet med vår undersøkelse var å tallfeste pasienter med diagnosen MICRR ved Det odontologiske fakultet, UiO, i perioden 1. januar 2005 til 31. desember 2016, og å gi eksempler på diagnostikk og behandling i form av kasuspresentasjoner.

Metode

Det ble utført et søk (januar 2017) i det elektroniske journalsystemet Salud, Det odontologiske fakultet, UiO etter registrerte antallet pasienter med multiple idiopatiske cervikale rotresorpsjoner i perioden 01.01.2005–31.12.2016. Søket etter MICRR ble kvalitets-sikret ved at alle registrerte tilfeller med cervikale resorpsjoner ble gjennomgått manuelt.

Tilgjengelige røntgenundersøkelser av de aktuelle pasientene ble gjennomgått og systematisert. De fleste intraorale røntgenundersøkelsene var utført ved Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, UiO. CT (computed tomography) og CBCT (conebeam computed tomography) undersøkelser var i alle tilfeller utført ved Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Det odontologiske fakultet, UiO.

Studien var en kvalitetskontrollstudie, forankret i Avdeling for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, UiO.

Resultater

Søket i Det odontologiske fakultets elektroniske database 2005–2016 viste 25 pasienter med totalt 168 cervikale resorpsjoner.

Etter detaljert gjennomgang av disse 25 pasientjournalene, viste det seg at kun 18 av pasientene var registrert med 2 eller flere cervikale rotresorpsjoner og hadde diagnosen MICRR (tabell 1). I samme periode var 61 189 pasienter registrert til behandling ved Det odontologiske fakultet. Det ga en forekomst av MICRR på 0,029 %.

Pasientene var mellom 19–65 år (gjennomsnitt 48,2 år) da de ble registrert, med en overvekt av menn (13 menn og 5 kvinner). Antall tenner som var affisert, var fra 2 til 15 per pasient (tabell 1). Behandlingen disse pasientene fikk varierte, og var basert på faktorer som alvorlighetsgrad, lokalisasjon av resorpsjonsdefekt og antatt residivfrekvens. For eksempel hadde tre pasienter ekstrahert alle tenner med MICRR, mens andre pasienter hadde gjennomgått behandling og hadde beholdt samtlige tenner ved kontroll. De fleste av pasientene hadde hatt jevnlig kontroll og var fulgt opp fra 1 til 10 år. Nedenfor beskrives 3 kasus som viser eksempler på variasjonene i sykdommen og behandlingen.

Kasus 1

En 18 år gammel kvinne ble henvist fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til avdeling for endodonti for vurdering og eventuelt behandling av resorpsjoner region 31–33. Hun hadde gjennomgått kjeveortopedisk behandling fra hun var 14–16 år, og hadde siden dette hatt limt retainer i overkjeve og underkjeve.

Høsten 2015 var hun til kjeveortopedisk kontroll ved DOT. Det ble diagnostisert hyperplastisk gingiva regio 31–33, og hun fikk grundig instruksjon i renhold. Da bedret renhold ikke hadde noen effekt ble det utført en periapikal røntgenundersøkelse. Det ble oppdaget alvorlig grad av resorpsjoner på flere tenner i underkjevens front, og pasienten ble henvist til Det odontologiske fakultet, avdeling for endodonti.

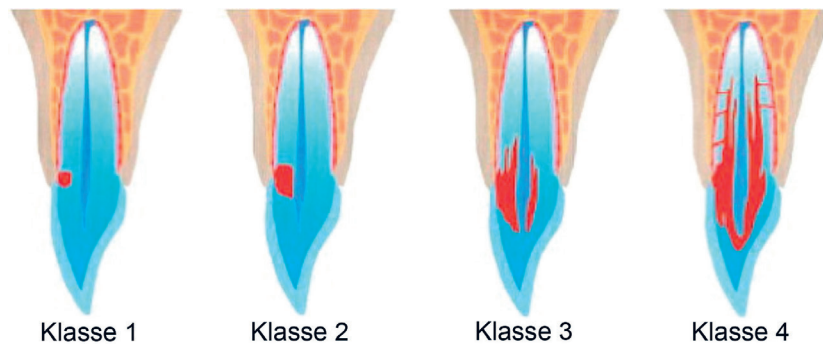
Pasienten hadde ingen andre sykdommer og brukte ingen medisiner. Det var heller ingen historie om tidligere traume.

Den kliniske undersøkelsen viste hyperplastisk gingiva regio 31–33 (figur 2 a,b). Ingen tenner var palpasjonsømme, men tann 32 var perkusjonsø. Alle tenner i underkjevens front responderte på kuldtest (EndoFrost) og elektrisk pulpatester (EPT). Mobilitet var vanskelig å teste på grunn av limt retainer lingualt. Periapikal røntgenundersøkelse og påfølgende CBCT undersøkelse (figur 2 c,d) viste betydelig grad av cervical resorpsjon på tennene 31–33.

Resorpsjoner av denne typen klassifiseres ikke etter Heithersays 1999, så ingen gradering ble satt. Henvisende instans ønsket at all behandling skulle utføres ved Det odontologiske fakultet, og det ble lagt en tverrfaglig behandlingsplan. Endodontisk behandling og fyllingsterapi under oppklapping (figur 2 e,f) ble utført i 2015. Pasienten ble deretter henvist til kjeveortopedisk behandling for ortodontisk ekstrusjon (figur 2 g) hvor hun fremdeles er under behandling. Det skal lages en protetisk erstatning i påvente av eventuell implantatbehandling senere. Pasienten følges opp tett, både klinisk og radiologisk hver 6. måned for kontroll av eksisterende resorpsjoner og eventuell tilvekst av nye.

Kasus 2

En 40 år gammel mann ble i 2007 henvist fra sin private tannlege til Det odontologiske fakultet, Avdeling for endodonti, UiO med mistanke om cervikale resorpsjoner tann 11 og 16 som ble oppdaget ved rutinekontroll. Han hadde som ung gjennomgått kjeveortopedisk behandling. Pasienten var ellers frisk, brukte ingen medisiner, og det var ingen historie om traume. Tann 11 og 16 svarte positivt på elektrisk og kuldtest, og ingen tenner var perkusjon- eller palpasjonsømme. Han hadde ikke hatt symptomer fra de aktuelle tennene. Ved klinisk undersøkelse kunne resorpsjonsdefekten på tann 11 sonderes like under gingiva bucco-distalt, men det var ikke mulig å sondere resorpsjonen på tann 16. Periapikale røntgenundersø-



Figur 1. Illustrasjon viser inndeling av cervikale resorpsjoner etter Heithersays (fra referanse 11, med tillatelse fra Quintessence International). Klasse 1: Liten skålformet resorpsjonslakune ved cervikalområdet som så vidt strekker seg inn i dentinet. Klasse 2: Godt synlig invasiv resorpsjonslakune som har penetrert nær til den koronale pulpa, med liten eller ingen utstrekning inn i rot dentinet. Klasse 3: Viser en dypere invasjon i dentinet av resorpsjonsvevet, ikke bare involveres det koronale dentinet, men også den koronale tredjedelen av roten. Klasse 4: Viser en stor invasiv resorpsjonsprosess som har strukket seg ut over den koronale tredjedelen av roten.

Tabell 1. Pasienter med MICRR ved Det odontologiske fakultet, UiO, fra 2005 til 2016. Tallet i parentes viser antall tenner involvert i oppgitt behandling.

| Pasient nr | Kjønn | Alder | Ant. tenner involvert | Behandling ¹⁾ | Oppfølging |
|------------|-------|-------|-----------------------|--------------------------|------------|
| 1 | M | 59 | 2 | 4 | - |
| 2 | M | 63 | 2 | 1 | 9 år |
| 3 | M | 57 | 4 | 1(1)+2(3) | 6 år |
| 4 | M | 64 | 3 | 1(3) | 3 år |
| 5 | M | 49 | 5 | 1 (5) | 7 år |
| 6 | M | 65 | 4 | 1 | 4 år |
| 7 | M | 38 | 2 | 1 | - |
| 8 | K | 20 | >12 | 1(3)+2(1)+3(2)+4(6) | 10 år |
| 9 | M | 40 | 9 | 2(7)+4(2) | 10 år |
| 10 | K | 61 | 6 | 1(2)+2(3)+3(1) | 6 år |
| 11 | M | 48 | 2 | 1(1)+2(1) | 2 år |
| 12 | K | 62 | 2 | 1(1)+3(1) | 2 år |
| 13 | M | 31 | 2 | 2(2) | 2 år |
| 14 | K | 19 | 2 | 1(2) | 2 år |
| 15 | K | 48 | 15 | 3(2)+4(13) | 1 år |
| 16 | M | 47 | 3 | 4 | 3 år |
| 17 | M | 36 | 3 | 2(1)+4(2) | 1 år |
| 18 | M | 61 | 2 | 2(2) | 3 år |

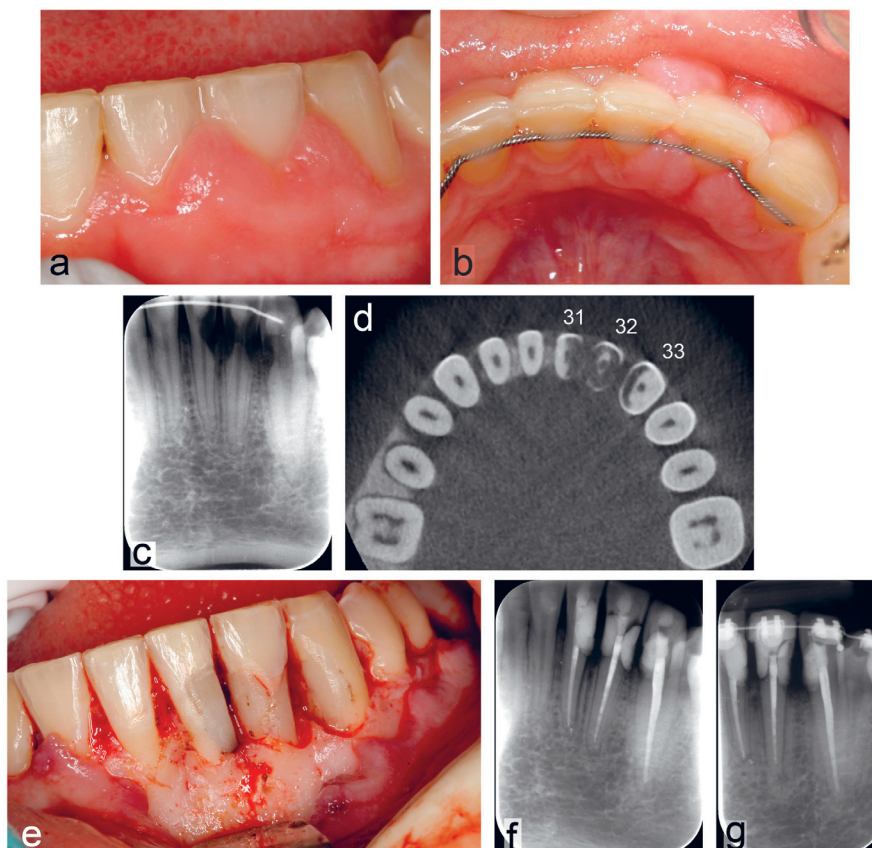
¹⁾ Behandling: 1: ekstraksjon; 2: fyllingsterapi (med/uten kirurgi) og endodontisk behandling; 3: fyllingsterapi (med/uten kirurgi) uten endodontisk behandling; 4: Ingen behandling/observere.

kelser (figur 3 a,b) og CT undersøkelse viste tydelige resorpsjonsdefekter på tennene 11 og 16.

Det ble bestemt at tann 16 skulle observeres uten behandling, fordi resorpsjonsdefekten var lokalisert under bennivå og dermed vanskelig tilgjengelig for behandling. Tann 11 ble derimot rotfylt,

og resorpsjonsdefekten ble reparert med komposittfylling, lagt under kirurgi.

Ny klinisk og radiologisk undersøkelse (periapikale røntgenundersøkelser og CT undersøkelse) i 2008–2009 avdekket nye resorpsjoner på tennene 13, 21, 23 og 26. Tennene 13, 21 og 23 ble



Figur 2. Kasus 1: a,b: Kliniske foto ved konsultasjon viser hyperplastisk gingiva ved 31–33 buccalt og lingvalt. c, d: Periapikal røntgenundersøkelse viser omfattende resorpsjoner på tennene 31,32 og 33. Representativt snitt fra CBCT undersøkelse viser utstrekningen av resorpsjonsdefektene. e: Klinisk foto viser kompositt lagt i resorpsjonsdefekter under oppklapping. f: Intraoral røntgenundersøkelse etter endodontisk behandling av tennene 31, 32 og 33. Det er lagt kompositt i resorpsjonsdefektene. g: Kjeveortopedisk apparatur pålimt 6 måneder etter endodontisk behandling, for ekstrusjon av tennene i forkant av protetisk behandling. Tann 32 frakturerte like etter.

endodontisk behandlet. Resorpsjonen på tann 26 var lokalisert under bennivå, og ble av samme årsak som tann 16 ikke behandlet.

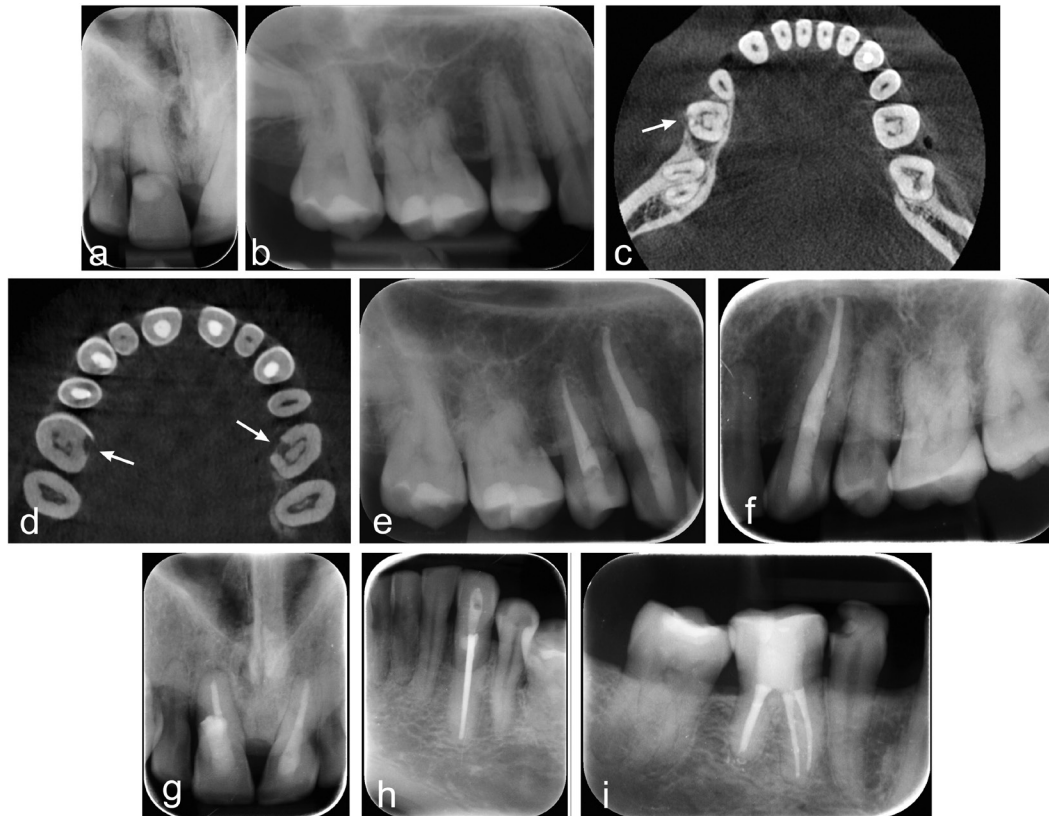
I 2010 ble det utført CT undersøkelse ved kontroll, uten tydelig tegn til utvikling av resorpsjoner på tennene 16 og 26. Ny cervikal resorpsjon ble imidlertid påvist på tann 33. Tann 33 ble derfor endodontisk behandlet, og under kirurgi ble resorpsjonsvevet fjernet, og det ble lagt kompositt.

CBCT undersøkelser tatt i 2013 (figur 3c) avdekket nye cervikale resorpsjoner på tann 15 og 46. Begge tennene ble rotfylt.

Konsultasjon, klinisk undersøkelse og CBCT-undersøkelse i 2016 viser lett, men stabil utvikling (fra år 2007) av resorpsjonsdefektene på tennene 16 og 26 (figur 3d–f). Det blir besluttet videre observasjon av disse tennene pga. resorpsjonenes beliggenhet. Det er derimot ingen funn av nye resorpsjoner eller residiv på behandlede tenner (figur 3 g–i). Pasienten følges opp på Avdeling for endodonti med røntgenkontroller hver 6. mnd.

Kasus 3

En 61 år gammel kvinne ble henvist internt til Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, UiO i 2010 pga. mistanke om resorpsjon på tann 36. Etter klinisk undersøkelse og periapikal røntgenundersøkelse ved Avdeling for endodonti (figur 4 a,b), var det usikkerhet knyttet til om det kunne være flere tenner med resorpsjonsdefekter, og pasienten ble henvist til CBCT-undersøkelse ved Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi. Alle tenner ble inkludert i det undersøkte felt, og det ble påvist ytterligere resorpsjoner på tennene 35, 36 og 11 (figur 4 c). Pasienten ble informert om svært usikker prognose på tann 11, men hun ønsket ikke implantatbehandling, og hadde et sterkt ønske om at det ble forsøkt å bevare tannen, selv for kort tid. Tennene 11, 35 og 36 ble rotfylt, og det ble lagt kompositt i resorpsjonsdefektene under oppklapping (figur 4 d,e). Mesiale rot på tann 36 ble hemiseksjonert på grunn av



Figur 3. Kasus 2: a, b: Preoperative røntgenundersøkelser fra 2008. I det som trolig har vært en resorpsjonsdefekt distalt på tann 11, er det lagt en fylling. Cervikal resorpsjon mesialt på tann 16. c: Ved CBCT-undersøkelse i 2013 påvises nye resorpsjoner på tennene 15 og 46, som begge blir behandlet endodontisk. Her representert ved tann 46. d-f: CBCT undersøkelse og periapikale røntgenundersøkelser i 2016 (9 år etter første resorpsjon ble oppdaget) viser relativt stabile resorpsjoner på tennene 16 og 26. g-i: Kontroll og periapikale røntgenundersøkelser fra 2016 viser ingen tegn til residiv av resorpsjoner på behandlede tenner 11, 33 og 46.

stor resorpsjonsdefekt i furkasjonen (figur 4 e). Det ble laget en MK-bro regio 34–37.

Etterkontroller med røntgenundersøkelser i hhv. 2012 og 2014 viser ingen tegn til residiv eller nye resorpsjoner. Etter eget ønske følges pasienten opp av egen tannlege.

I 2016 oppsøker pasienten igjen avdeling for endodonti pga. tyggeømheter og periodevise smerter regio 46. Periapikal røntgenundersøkelse viser omfattende cervikal resorpsjon tann 46 på distale rot (figur 4 f). I samråd med spesialist i protetikker anses tannen for tapt. Tannen blir ekstrahert samme dag, etter samtykke fra pasient. Det blir samtidig også påvist cervikal resorpsjon tann 44 bucco-distalt som ble behandlet med kompositt uten behov for kirurgi.

Klinisk undersøkelse og periapikal røntgenundersøkelse avdekker en benlomme mesialt på tann 35 og en dyp lomme med puss mesialt ved tann 11 (figur 4 g,h). Tann 11 anses som tapt. Pasienten ønsker ikke implantat, og ble henvist til Avdeling for protetikker og

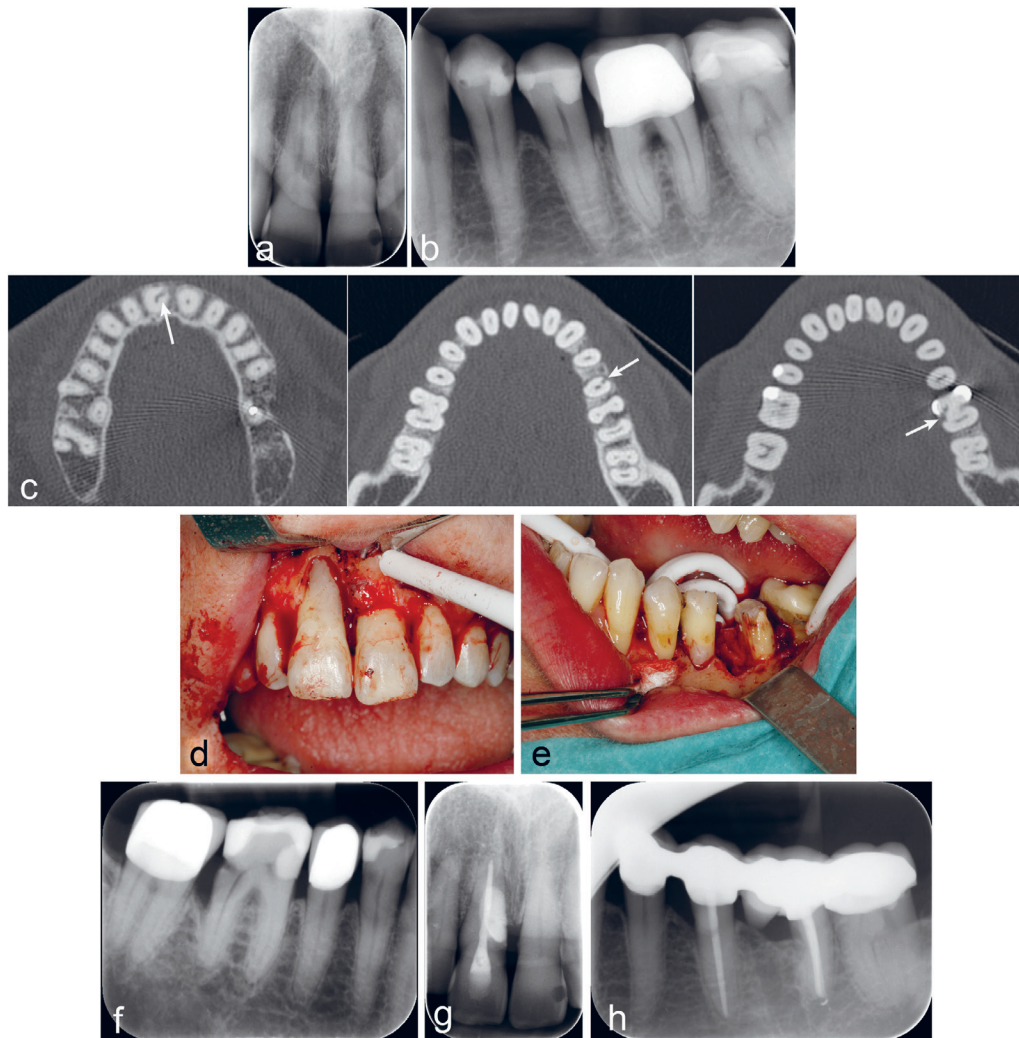
bittfunksjon for protetisk erstatning. Det var ingen utvikling av resorpsjoner på tann 11, 35 og 36 ved kontroll i 2016 (figur 4 g,h). Pasienten bør følges opp regelmessig, både klinisk og radiologisk, for kontroll av eksisterende resorpsjoner og eventuell tilvekst av nye.

Diskusjon

Epidemiologi

Det finnes lite litteratur som omfatter MICRR, og søk i Pubmed viser stort sett kaserapporter. I litteraturen er det publisert 24 kaserapporter i perioden 1970–2016 (14–38).

Disse kaserapportene viser at MICRR er en progressiv tilstand som kan variere i alvorlighetsgrad, residivfrekvens og antall affiserte tenner (14–38). Mens det i Norge er en antatt prevalens på under 0,01 % årlig (sjelden medisinsk tilstand), var det ved fakultetet en forekomst på 0,03 % fordelt over 10 år.



Figur 4. Kasus 3: a, b: Periapikale røntgenbilder ved konsultasjon i 2010 viser resorpsjonsdefekter på tennene 11, 35 og 36. c: Representative snitt fra CT-undersøkelse i 2011 viser utbredelsen av resorpsjonsdefektene på tennene 11, 35 og 36. d: Foto av tann 11 under kirurgisk behandling hvor kompositt er lagt i omfattende resorpsjonsdefekt buccalt. Foto er tatt før fyllingspuss. Det er fjernet ben for å lette tilgjengeligheten. e: Foto av hemiseksjonert tann 36 og reparasjon av resorpsjonsdefekter tann 35 og tann 36 med kompositt. f: Kontroll 2016 på grunn av smerter. Pasienten har i mellomtiden vært hos sin behandlende tannlege på kontroller. Periapikale røntgenundersøkelser viser nye resorpsjonsdefekter distalt på tann 46 og distobuccalt på tann 44. g: Periapikal røntgenundersøkelse avdekker dyp benlomme tann 11 mesialt (det er ingen residiv på resorpsjonen som er behandlet). h: Ingen utvikling av resorpsjoner på tann 35 og 36 (kontroll 2016).

Det er sannsynlig at mange pasienter med MICRR henvises til Det odontologiske fakultet fordi tilstanden er sjelden og vanskelig å behandle. Det forklarer trolig den noe høyere prevalensen, som ikke er representativ for pasientgrupper eller for populasjonen forøvrig.

Tallene fra Helsedirektoratet viser at det ble behandlet flere kasus i 2017 enn i 2016. Mange pasienter som blir diagnostisert med cervikale rotresorpsjoner blir henvist til spesialist, sannsynligvis flere nå enn for bare få år tilbake. Økning i antall MICRR-tilfeller kan være et resultat av økt kunnskap om diagnostikk og behandling av resorpsjonstilstander blant norske tannleger.

I tråd med funn i litteraturen viser pasienter med MICRR ved Det odontologiske fakultet i Oslo at tilstanden har ukjent etiologi, den opptrer like hyppig i overkjeven som i underkjeven, og ingen tenner eller tanngrupper er hyppigere angrepet enn andre. Single og multiple kvadranter kan være affisert. Hos noen pasienter utvikler resorpsjoner seg hurtig, mens hos andre holder de seg stabile over år, og man vet ikke årsaken til disse variasjonene.

Tilstanden ser ikke ut til å ha noen korrelasjon med alder, kjønn, etnisitet eller genetisk predisposisjon.

Publiserte kasus viser at kjønnsfordelingen er omtrent lik mellom kvinner og menn, men det har også vært beskrevet at denne diagnosen oftest ses hos unge kvinner (25).

Flere pasienter ved Det odontologiske fakultet hadde beholdt alle sine tenner med cervikale resorpsjoner (kasus 2) i motsetning til trenden vi ser i litteraturen, hvor mange tenner med cervikale resorpsjoner er blitt ekstrahert.

Etiologi

Årsaken til cervikale resorpsjoner er ikke helt kartlagt, men noen predisponerende faktorer som traume, kjeveortopedisk behandling, intrakoronale tannbleking, genetikk og hormonelle forhold er foreslått (25, 27). En annen mulighet for utvikling av MICRR kan være basert på et avvik i den topografiske utbredelsen av emalje og sement der hvor disse to vevene møtes, dvs. i emalje-sementgrensen (39).

Det er også ulike teorier om hvorfor tilstanden progredierer. En teori er at resorpsjonen er en inflammatorisk prosess aktivert av mikroorganismer i sulcus, mens en annen teori går ut på at resorpsjonen er en benign, proliferativ fibrossøs eller fibrovaskulær prosess, hvor bakterier ikke inngår i patogenesen (40, 41).

Kasus 1 og 2 hadde begge hatt kjeveortopedisk behandling, noe som kan ha sammenheng med utvikling av MICRR hos disse pasientene. Ingen av pasientene (kasus 1–3) hadde hormonelle forandringer, historie med traume, intern bleking av tenner eller har nære familiemedlemmer med samme diagnose (kasus 1–3).

Histopatologi

Histologiske undersøkelser av tenner med MICRR har vist at resorpsjonslakunene på sement og i dentin er fylt med fibrovaskulært vev med et stort antall monocytter, makrofager og andre inflammatoriske celler. Multinukleære celler har vært observert i lakuner mellom resorpsjonsvevet og tannsubstans, også kalt Howships lakuner (21,29). Disse multinukleære klastcellene er derivert fra makrofager og kommer fra blodbanen (42). Der hvor dentin er i kontakt med benvev kan det samtidig være innvekst av et reparativt benlignende vev (43).

Et tynt lag med «dentin» beskytter pulpa fra inflammasjon. Dette laget, også kalt pericanalar resorption-resistant sheet (PRRS), består av pre-dentin, dentin og reparativt benlignende vev (43).

Dette beskyttende laget er den mest sannsynlige årsaken til at pulpas vitalitet bevares lenge i slike prosesser. I kasus nr. 1 var pulpa vital i alle tre tenner tross meget omfattende cervikale resorpsjoner og tapt tannsubstans.

Lokalisering

Single cervikale rotresorpsjoner kan bli feildiagnostisert som karies (11, 25) og de blir oftest oppdaget på rutinekontroll, først når lesjonen er så stor at den er synlig i en røntgenundersøkelse.

Cervikale resorpsjoner starter subgingivalt, rett under emalje-sement grensen, noe som ikke er vanlig for emalje- eller rotkaries. Fordi lesjonens inngangskavitet ofte er liten og er lokalisert under gingiva, er den vanskelig å avdekke ved klinisk sondering.

Hos alle pasientene (kasus1–3) ble resorpsjonene oppdaget tilfeldig ved rutinekontroll og røntgenundersøkelser hos tannlege. Dette blir også rapportert i litteraturen (12,42). En av pasientene hadde gingivitt i samme område som resorpsjonsdefektene (kasus 1), noe litteraturen også beskriver (25,36).

Det radiologiske bildet ved MICRR er kan variere mellom pasienter, men også mellom ulike tenner på samme pasient (kasus 1–3). Cervikale resorpsjoner har ofte en smal inngangskavitet og større utbredelse inn i dentinet. Andre varianter av cervikale resorpsjoner kan ha en bredere inngangskavitet, som også kan ramme flere av tannens flater. Tennene vil i noen slike tilfeller kunne likne en «epleskrott» (2, kasus 1). Ved denne typen resorpsjoner sees gjerne substansstap både mesialt og distalt, og flere nabotenner kan være affisert.

Behandling og prognose

Ved reell mistanke om MICRR kreves grundig radiologisk utredning av alle tenner i tannsettet. Dette for å kartlegge antall tenner som er affisert, og som utgangspunkt for videre oppfølging. Det er dokumentert at CBCT-undersøkelse fremstiller cervikale rotres-

orpsjoner signifikant bedre enn periapikal røntgenundersøkelse (44). CBCT-undersøkelse av alle tenner bør derfor vurderes ved mistanke om MICRR. Det er av stor betydning for prognosen at resorpsjonen oppdages så tidlig som mulig. Begrenset substans tap resulterer i mindre omfattende behandling og bedre prognose (11).

Målet med behandling er å fjerne resorpsjonsvevet, noe som krever tilgang og innsyn. I tillegg må det være mulig å tørrlegge for konserverende behandling. I noen kasus er dette mulig uten kirurgi, mens det i andre tilfeller må oppklapping til for å lette tilgjengeligheten.

Ved klasse I- og II-resorpsjoner har de cervikale defektene oftest et begrenset omfang og kan repareres uten at pulpa berøres. Heithersay viser en 100 % vellykkethet på behandling av klasse I- og II-resorpsjoner, dvs. ingen tilfeller av residiv eller utvikling av apikal periodontitt (40).

Klasse 3 og evt. 4 bør ofte endobehandles selv om ikke resorpsjonen involverer pulpa, fordi pulpa ofte blir involvert når resorpsjonsvevet fjernes og det skal legges fylling i resorpsjonsdefekten. I mange tilfeller ligger cervikale resorpsjonsdefekter utilgjengelig for behandler, det vil si subgingivalt eller under bennivå approksimant. Da må man skaffe seg tilgang til defektene ved å legge opp en mukoperiost lapp og i noen tilfeller må ben fjernes. Heithersay viste 77 % suksess på klasse 3-lesjoner, mens bare 12,5 % av tennene med klasse 4 kunne klassifiseres som vellykket etter minimum 3 år (40).

I hvert enkelt kasus må omfang og beliggenhet av resorpsjonen både før og under behandling vurderes. Ekstraksjon og planlegging av annen erstatning er i mange tilfeller god behandling ved klasse 3 og klasse 4 resorpsjoner. Der hvor resorpsjoner er lokalisert langt under bennivå og/eller hvor tilgang er vanskelig, kan man velge å observere. Omfattende fjerning av ben ved resorpsjonsbehandling kan redusere muligheten for innsetting av fikstur i fremtiden. Hvis indisert, kan det være riktig behandling å håndtere resorpsjonen kun internt uten kirurgi og benfjerning.

I kasus 1 ble det utført endodontisk behandling kombinert med fyllingsterapi. Behandlingen ble planlagt etter beskrivelse av CBCT-undersøkelse, som viste pulpanære resorpsjoner. For å oppnå tilgang og innsyn ble kompositt lagt under oppklapping.

I kasus 2 og 3 ble det valgt å gjøre en kombinasjon av endodontisk behandling med og uten oppklapping når kompositt ble lagt. I kasus 2 ble også valgt å kun observere to tenner uten aktiv behandling, fordi resorpsjonene var lokalisert approksimant langt under bennivå. I dette tilfellet var det liten utvikling av resorpsjonene over tid. Hos andre pasienter kan tilsvarende resorpsjoner utvikle seg hurtig. Man vet ikke årsaken til disse variasjonene.

For tann 11 i kasus 3 ble det i utgangspunktet estimert en levetid på ca. 1 år, mens tannen først ble ekstrahert etter 7 år. På grunn av benfjerning ved fyllingsterapi, utviklet det seg over tid en dyp benlomme. I tillegg hadde kompositten blitt misfarget. Pasienten ble fulgt opp av sin behandlende tannlege noen år. Da pasienten kom tilbake til Avdeling for endodonti pga. smerter i tann 46, var resorpsjonsdefekten allerede så stor at tann 46 ble ansett som tapt. I motsetning til kasus 2, kan det virke som om denne pasienten er i risikogruppen for utvikling av nye resorpsjoner, og hun bør i fremtiden ha tett klinisk og radiologisk oppfølging.

Prognosen ved MICRR er vanskelig å anslå med sikkerhet, fordi det er store variasjoner og få oppfølgingsstudier (38). Kasusrapporter viser at residivfaren er høy (25, 37, 38), og Heithersay har vist at prognosen er bedre jo tidligere disse resorpsjonene oppdages (40).

Konklusjon

Diagnostikk, behandling og oppfølging av multiple idiopatiske cervikale resorpsjoner kan være utfordrende. Progresjonshastighet, residivfare og oppfølging kan variere fra kasus til kasus og behandlingen kan være omfattende, komplisert og tidkrevende.

Et tverrfaglig samarbeid vil gi et best mulig behandlingstilbud til disse pasientene.

Behandling og tett oppfølging med kontroller og røntgenundersøkelse av denne pasientgruppen bør utføres av operatører med kunnskap og erfaring.

REFERANSER

1. American Association of Endodontist. 9th edition 2016. Glossary of Endodontic terms
2. Andreasen J O. Luxation of permanent teeth due to trauma. A clinical and radiographic follow-up study of 189 injured teeth. *Scand J Dent Res.* 1970; 78: 273–286.
3. Endal U. Resorpsjoner og endodonti – diagnoser og behandling. *Tandlægebladet* 2014; 118 (6): 462–70
4. Heithersay G. Management of tooth resorption. *Austr Dent J Endodontic Supplement.* 2007; 52: 1.
5. Darcey J, Qualthrough A. Resorption: part 1. Pathology, classification and aetiology. *Br Dent J.* 2013; 214: 439–51.
6. Haapasalo M, Endal U. Internal inflammatory root resorption: the unknown resorption of the tooth. *Endodontic Topics.* 2006; 14: 60–79.
7. Thomas P et al. An Insight into Internal Resorption, Review article. Hindawi Publishing Corporation ISRN Dentistry. Volume 2014.
8. Nagaraj E, Kaur RP, Raghuram PH et al. Multiple internal resorption in permanent teeth associated with hyperparathyroidism. *Indian J Dent Res.* 2013; 24: 128–31.
9. Andreasen J. Traumatic injuries of the teeth. Philadelphia: WB Saunders Co; 1981.
10. Tronstad L. Root resorption –etiology, terminology and clinical manifestations. *Endod Dent Traumatol.* 1988; 4: 241–52.
11. Heithersay GS. Clinical, radiologic and histopathologic features of invasive cervical resorption. *Quintessence Int.* 1999; 30: 27–37.
12. Heithersay GS. Invasive cervical resorption: an analysis of potential predisposing factors. *Quintessence Int.* 1999; 30: 83–95.
13. Helfo. Diagnoseliste for sjeldne medisinske tilstander. B-listen. helfo.no.
14. Mueller E, Rony HR. Laboratory studies of an unusual case of resorption. *J Am Dent Assoc.* 1930; 17: 326–34.
15. Carr HG (1958) Multiple idiopathic resorption of teeth. *Br Dent J.* 105, 455–6.
16. Kerr DA, Courtney RM, Burkes EJ. Multiple idiopathic root resorption. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1970; 29: 552–65.
17. Hopkins R, Adams D. Multiple idiopathic resorption of the teeth. *Br Dent J.* 1979; 146: 309–12.
18. George DJ Jr, Miller RL. Idiopathic resorption of teeth. A report of three cases. *Am J Orthod.* 1986; 89, 13–20.
19. Lydiatt DD, Hollins RR, Peterson G. Multiple idiopathic root resorption: diagnostic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989; 67: 208–10.
20. Moody AB, Speculand B, Smith AJ, Basu MK. Multiple idiopathic external resorption of teeth. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 19: 200–2.
21. Moody GH, Muir KF. Multiple idiopathic root resorption. A case report and a discussion of pathogenesis. *J Clin Periodontol.* 1991; 18: 577–80.
22. Beckett HA, Gilmour AG. Multiple idiopathic cervical root resorption in a male. *Br Med J.* 1993; 175: 33–4.
23. Nagaoka S, Oyama T, Nagata M et al. A case of multiple idiopathic root resorption. *The Japanese Journal of Conservative Dentistry.* 1994; 37: 1934–8.
24. Matsui K, Echigo S, Kimizuka S, ITO M. A case of multiple idiopathic root resorption-treatment by impacting tooth root. *Journal of Japanese Stomatology Society.* 1998; 47: 68–75.
25. Liang H, Burkes EJ, Frederiksen NL. Multiple idiopathic cervical root resorption: systematic review and report of four cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2003; 32: 150–5.
26. Iwamatsu-Kobayashi Y, Satoh-Kuriwada S, Yamamoto T et al. A case of multiple idiopathic external root resorption: a 6-year follow-up study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 100: 772–9.
27. Neely AL, Gordon SC. A familial pattern of multiple idiopathic cervical root resorption in a father and son: a 22-year follow-up. *J Periodontol.* 2007; 78: 367–71.
28. Liu JJ. Clinical Pathological Study on Multiple Idiopathic Cervical Root Resorption (MD Thesis). Beijing, China: Chinese people's Liberation Army Medical Institute. 2008.
29. von Arx T, Schawalder P, Ackermann M, Bosshardt DD. Human and feline invasive cervical resorptions: the missing link?—Presentation of four cases. *J Endod.* 2009; 35: 904–13.
30. Yu VS, Messer HH, Tan KB. Multiple idiopathic cervical resorption: case report and discussion of management options. *International Endodontic Journal* 2011; 44: 77–85.
31. Arora A, Acharya SR, Muliya VS, Sharma P. Multiple idiopathic cervical resorption: a diagnostic dilemma. *Quintessence Int.* 2012; 43: 187–90.
32. Roy DK, Sharma S, Suwal P, Singh VP, Iyer A. Multiple idiopathic cervical resorption: a case report. *Bangladesh Journal of Medical Science.* 2012; 11: 151–3.
33. Haerberle CB. Prosthodontic rehabilitation of a patient diagnosed with multiple idiopathic root resorption. *Journal of Prosthetic Dentistry* 2013; 110: 442–6.
34. Jiang YH, Lin Y, Ge J, Zheng JW, Zhang L, Zhang CY. Multiple idiopathic cervical root resorptions: report of one case with 8 teeth involved successively. *Int J Clin Exp Med.* 2014; 15: 1155–9.
35. Chowdhury S, Bashir A. Progressive idiopathic external root resorption in multiple teeth: A 6-year follow-up study. *Updat Dent Coll. J* 2014; 4: 14–19.
36. Wu J, Lin LY, Yang J, et al. Multiple idiopathic cervical root resorption: A case report. *Int Endod J.* 2016; 49: 189–202.
37. Ali R, Fayle S, Langley D, Altaie A, Nattress B. Dental Management of a Patient with Multiple Idiopathic Cervical Root Resorption. *Dent Update.* 2015; 42: 667–8, 670–2.
38. Neely AL et al. A Familial Pattern of Multiple Idiopathic Cervical Root Resorption With a 30-Year Follow-Up. *J Periodontol* 2016; 87: 426–33.
39. Neuvald L, Consolaro A. Cementoenamel junction: microscopic analysis and external cervical resorption. *J Endod.* 2000; 26: 503–8.
40. Heithersay GS. Invasive cervical resorption. *Endodontic Topics* 2004; 7: 73–92.
41. Fuss Z, Tsesis I, Lin S. Root resorption – diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. *Dent Traumatol.* 2003; 19: 175–82.
42. Kandalgaonkar SD et al. Invasive Cervical Resorption: A Review. *J Int Oral Health.* 2013; 5: 124–30.
43. Mavridou AM et al. Understanding External Cervical Resorption in Vital Teeth. *J Endod.* 2016; 42: 1737–51.
44. Vaz de Souza D, Schirru E, Mannocci F, Foschi F, Patel S. External Cervical Resorption: A Comparison of the Diagnostic Efficacy Using 2 Different Cone-beam Computed Tomographic Units and Periapical Radiographs. *J Endod.* 2017; 43: 121–5.

ENGLISH SUMMARY

Knudsen D, Ottersen MK, Ørstavik D, and Sunde PT

Multiple idiopathic cervical root resorptions: occurrence and case reports

Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 342–51

Multiple idiopathic cervical root resorption (MICRR) is a specific type of external root resorption. The aim of the survey was to study the occurrence of MICRR at the Faculty of Dentistry, University of Oslo, in the period 2005–2016. Examples of diagnosis, treatment and follow-up are also presented. A systematic search in the faculty's electronic record system revealed 18 patients diagnosed

with MICRR in the period 2005–2016. Case reports in the literature and the clinical experience at the Faculty of Dentistry indicate that MICRR is a progressive disease involving various clinical and radiological presentations with unknown aetiology. The treatment of this condition can be challenging for both the dentist and patient, and can vary in modality and duration.

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

 Helse og Mat



LINDRER
ISING I TENNENE
RASKT

KLINISK BEVIST
LINDRING PÅ KUN **60** SEKUNDER^{1,2}



Sensodyne Rapid Relief har en unik sammensetning som er utviklet for å gi rask og langvarig okklusjon av dentinkanalene. Den gir klinisk dokumentert effekt på kun 60 sekunder^{1,2} når du pusser de følsomme områdene. Sensodyne Rapid Relief gir pasientene en langvarig beskyttelse mot ising og det påvirker deres daglige liv.*^{3,4}

For mer informasjon se www.sensodyne.no

*Ved bruk to ganger daglig

Referanser: **1.** GSK Data on File 207211, January 2017. **2.** Accepted for presentation at IADR 2017, Abstract no: 2635085. **3.** Parkinson CR et al. Am J Dent. 2015 Aug;28(4):190-196. **4.** GSK Data on File RH01897. Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2019 GSK group of companies or its licensor. CHNOR/CHSENO/0003/19

FORFATTERE

Lasse A. Skoglund, Dr.Sci, Dipl.Sci, Dipl. Sedation & Pain Control, cand.odont., FDS RCS (England). Seksjon for odontologisk farmakologi og farmakoterapi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Avdeling for kjeve- og ansiktskirurgi, Oslo universitetssykehus (Ullevål)

Ellen C. Vigen, master odont, Dipl Sedation & Pain Control. Seksjon for odontologisk farmakologi og farmakoterapi, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Interessekonflikter: Ingen oppgitte

Korresponderende forfatter: Lasse A. Skoglund, e-post: lasses@odont.uio.no

Skoglund LA, Vigen EC. Medisinske gassprodukter, slik som oksygen og lystgass i odontologisk praksis. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2019; 129: 354–6

Medisinske gassprodukter, slik som oksygen og lystgass i odontologisk praksis

Lasse A. Skoglund og Ellen C. Vigen

Etterspørselen etter medisinske gasser øker blant tannleger i Norge. Det er tannleger som enten vil ha oksygenberedskap ved akutte eller potensielt livstruende situasjoner som krever assistert oksygentilførsel hos pasienter under tannbehandling, eller ønsker å bruke gass-sedasjon under tannbehandling. En undersøkelse hos Statens legemiddelverks (SLV) nettsider viser at regelverket og rutiner for å rekvirere medisinske gasser kan være noe uoversiktlig. I denne artikkelen ønsker en å gi en oversikt over hvilke regler og rutiner som gjelder for tannleger som vil å kjøpe medisinske gasser til sin klinikk.

Definisjon av «medisinsk gass»

SLV definerer en *flytende* medisinske gasser som en gass som er pakket under trykk og som er delvis flytende (gass over væske) ved -50 °C. En *komprimert* medisinsk gass er definert som en gass som er pakket under trykk og som er fullstendig i gassform ved -50 °C (1). Oksygen alene til bruk ved særskilte nødsituasjoner, samt oksygen og lystgass til sedasjonsbehandling i en odontologisk praksis er i utgangspunktet medisinske gasser (1,2).

SLV klassifiserer pr i dag gassprodukter til medisinsk bruk etter hvordan gassene merkes og/eller markedsføres og ikke på bakgrunn av innholdet. Produkter med medisinske påstander vil klassifiseres enten som legemiddel eller medisinsk utstyr. SLV skriver (3):

«Skillet baserer seg på hvilken virkningsmekanisme som ligger til grunn for produktets markedsførte bruk. Dersom produktets markedsførte bruk forutsetter en farmakologisk virkningsmekanisme vil produktet være et legemiddel. Dersom produktets markedsførte bruk forutsetter en fysisk virkningsmekanisme vil det være et medisinsk utstyr. Eksempler på fysisk virkningsmekanisme er blant annet i de tilfeller hvor markedsført bruk baserer seg på trykkegenskaper eller temperatur».

Begrepene «Medisinsk gass» eller «Medisinsk kvalitet» brukt om en gass vil alltid medføre at gassen defineres som et legemiddel (3).

Slik som retningslinjene fra SLV praktiseres nå ser det ut som om tannleger kan kjøpe både oksygen og lystgass, men ikke alle tannleger kan bruke lystgass sammen med oksygen til sedasjon. For å bruke lystgass kreves det en særskilt autorisasjon som oppnås etter spesiell opplæring (4).

Alle medisinske gasser med markedsføringstillatelse er reseptpliktige. For å kjøpe medisinske gasser til en tannlegepraksis kreves at det foreligger rekvisisjon eller resept underskrevet av tannlege. Leverandøren av medisinsk gass har ansvaret for å kontrollere at den som rekvirerer har rekvisisjonsrett for legemidler. Rekvisisjoner/resepter er gyldige i 12 måneder fra den dato de er underskrevet av tannlegen (5).

SLV har understreket at legemiddelet «medisinsk gass» som sådan består av både selve gassen og emballasjen (gassflasken). SLV presiserer at det ikke er et vilkår at gassprodusenten eier selve emballasjen, men sier samtidig at produsenten har ansvaret for at legemiddelet tilfredsstiller kvalitetskravene i henhold til regelverket. Produsenten må derfor dokumentere tilfredsstillende systemer for kontroll og vedlikehold av gassemballasjen (gassflasken). Dette setter selvfølgelig gassprodusentene i en unik monopolsituasjon overfor gasskjøperne som låses til sin leverandør med hensyn til type gassflaske og kostnader, men som også sikrer produktets kvalitet og sikkerhet (6).

Hvordan kjøpe medisinsk gass?

Det er flere produsenter av medisinsk gass, det vil i praksis si oksygen og lystgass, i Norge som lett kan finnes via internett (se fakta-ramme). Der vil man finne resept/rekvisisjon som kan lastes ned, fylles ut, skannes og sendes inn elektronisk til produsent. Resepten/rekvisisjonen må godkjennes av en farmasøyt før ekspedisjon. Farmasøyten er tilknyttet produsenten.

Faktarammen viser firmaene som leverer medisinsk gass til tannleger. Det er svært viktig å holde seg til leverandørkrav om oppbevaring, holdbarhet og skifte av gassflaske. Gassprodusentene bruker to ulike begreper med hensyn til kvalitetsgaranti for sine produkter; holdbarhetstid og revisjonsintervall. Holdbarhetstiden på medisinsk gass kan være satt noe forskjellig av gassprodusentene avhengig av gasstype, flaskestørrelse og ventiltype. Alle flasker for medisinske gasser vil over tid lekke gass. *Holdbarhetstiden* forteller om den tiden flasken er garantert av gassleverandøren til å holde det oppgitte gasstrykket inne i flasken basert på testing av gassflaske og ventil. Noen gassleverandører garanterer holdbarhetstiden for medisinske gasser til 3 år uansett flaskestørrelser. Andre setter holdbarhetstiden til 3 år for gass på flasker i størrelse 1–5 liter og 5 års holdbarhet for gass på flasker i størrelse 10–50 liter. Denne informasjonen finnes på batch-etiketten som er klistret på hver enkelt gassflaske ved fylling.

Revisjonsintervall gjelder for flasken inkludert ventil. Revisjonsintervall brukes om en sikkerhetskontroll som skal gjøres hvert

FAKTABOKS

Leverandører av medisinsk gass i Norge, og hva rekvisisjon/resept heter (merk at det kan komme endringer i firmastruktur og -navn)

Linde Healthcare (AGA): Årsresept CONOXIA® 100% medisinsk gass (Medisinsk oksygen). <http://www.linde-healthcare.no>

Nippon Gases (Praxair): Rekvisisjon for medisinske gasser. <https://nippongases.com/no>

Air Liquide Healthcare: Rekvisisjon for Medisinske gasser. <https://www.airliquide.com/no/norway/medisinske-gasser>

10. år for at flasken kan fylles, brukes og transporteres på en sikker måte. Revisjonsintervall på 10 år er standard i Norge og gjelder alle leverandører av gass. Denne informasjonen er preget inn i hver enkelt flaske. Gassprodusentene har kontroll på revisjonsintervallene for hver enkelt flaske ved hjelp av informasjonen på flasken og kontrollerer dette hver gang flasken er inne for fylling.

Når en velger oksygenflaske separat for bruk ved nødsituasjoner hvor assistert oksygentilførsel er ønsket så vurder størrelse (varighet av ønsket oksygentilførsel) opp mot håndterbarheten av gassflasken, det vil si gassflaskens størrelse. Pass på å ikke undervurdere varighet av ønsket oksygentilførsel, noe som igjen er avhengig av

den oksygen flow-rate du skal gi til pasienten. Her vil beliggenhet av tannlegepraksisen i forhold til ventetid før en eventuell evakuering av pasienten i ambulansespille en rolle. Det er også viktig å vite at når en kjøper et lystgassapparat så må gassflaskene med oksygen og lystgass kjøpes/leies separat.

Oppbevaringsrom for gassflasker skal tydelig merkes med skilt. Informer på forhånd det lokale brannvesen om type gassflasker (antall, innhold og størrelse) samt hvor disse oppbevares på klinikken. Dette er livsviktig informasjon for Brannvesenet i tilfelle brann hvor en ikke har rukket å evakuere gassflaskene fra kontoret.

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Medisinsk gass, flytende. <https://legemiddelverket.no/godkjenning/nls/preparater-og-legemiddelformer/standarder-for-legemiddelformer/standarder-for-legemiddelformer-og-betegnelser-som-kan-benyttes-ved-merking/m#medisinsk-gass,-flytende> (lest 22.2.2019).
2. Statens legemiddelverk. Medisinsk gass, komprimert. <https://legemiddelverket.no/godkjenning/nls/preparater-og-legemiddelformer/standarder-for-legemiddelformer/standarder-for-legemiddelformer-og-betegnelser-som-kan-benyttes-ved-merking/m#medisinsk-gass,-komprimert> (lest 22.2.2019).
3. Statens legemiddelverk. Klassifisering av gassprodukter til medisinsk bruk. <https://legemiddelverket.no/godkjenning/klassifisering/klassifisering-av-gassprodukter-til-medisinsk-bruk> (lest 22.2.2019).
4. Forskrift om krav om tillatelse til bruk av lystgassanalgesi ved tannbehandling. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1386> (lest 22.2.2019).
5. Statens legemiddelverk. Veileder for detaljomsetning av medisinske gasser. <https://legemiddelverket.no/import-og-salg/import-og-grossistvirksomhet/grossisttillatelse/veileder-for-detaljomsetning-av-medisinske-gasser> (lest 22.2.2019).
6. Apotek.no. Informasjon vedrørende medisinsk gass (brev fra Statens legemiddelverk 2006-07-05 Ref. 200511886-8. http://www.apotek.no/Files/Apotekregelverk/Brev/Statens_legemiddelverk/2006-07-05-Informasjon_vedrørende_medisinsk_gass.pdf (lest 22.2.2019).



Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

www.kirurgiklinikken.no

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

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
spesialist i protetikk

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialistkandidat i
Oral Protetikk

VISSTE DU AT?

SUKKERFRI TYGGEGUMMI KAN BIDRA TIL Å FOREBYGGE KARIES*

Fordelene med å tygge sukkerfri tyggegummi kommer fra effekten med stimulering av spyttdannelse. Dette fører til en rekke positive effekter på munnhelsen, blant annet:**



Nøytralisering av plakksyrer. Bakteriefloreaen i munnen ved økt spyttdannelse reduserer plakkets evne til å danne syrer.



Remineralisering av tennene. Økning av spyttdannelse gir økt kalsium – og fosfat-ioner som hjelper remineraliseringen.



Opprettholde riktig pH i munnen. Sukkerfri tyggegummi bidrar til å opprettholde pH-en i munnhulen fordi det øker mengden med bikarbonat-ioner i spyttet, og dette beskytter mot karies.



Bidrar til å fjerne matrester raskere. For å redusere mengden med matrester i munnen etter et måltid, er tygging av tyggegummi et effektivt tillegg til pussing av tennene.



STOLT OVER Å VÆRE EKSPERT PÅ MUNNHYGIENE

Vi i Mars Wrigley har forsket på fordelene med tyggegummi siden 1930-tallet. I dag jobber vi fremdeles med saken, og vi bruker vår 90 år lange erfaring innen munnhygiene til å forstå vitenskapen bak tygging, og til å hjelpe millioner av mennesker over hele verden til å forbedre munnhygiene. Vi samarbeider med et stort antall forskere og arbeider med praktisk tannhelse og forskning.

” Folk forventer ikke å finne en tannlege som ansatt hos Mars Wrigley, men jeg er meget stolt over å arbeide med promotering og forståelse av sukkerfri tyggegummi og rollen den kan spille for munnhygiene. Det finnes ingen magisk ingrediens i sukkerfri tyggegummi, men den hjelper oss å produsere mer spytt som er rikt på viktige mineraler som er nødvendige for å holde tennene sunne. Tygging av sukkerfri tyggegummi er en utmerket måte å forbedre munnhygiene på når vi er på farten. ”

Michael Dodds, BDS, PhD
Forskningssjef på munnhygiene hos Mars Wrigley



* Ved bruk som en del av en helhetlig rutine for munnhygiene. ** Kilde: gå til <http://wrigleyoralhealth.com/research> for å finne ut om forskningen.



Suksess for «nytt» tannerstatningsmateriale



Foto: Jørgen Barth, UiB

CHRISTIAN SCHRIWER

Christian Schriwer er cand.odont. fra 2004 og er utdannet spesialist i oral protetik i 2016 ved Universitetet i Bergen. Doktorgradsavhandlingen er gjort under veiledning av Marit Øilo, Harald Gjengedal og Nils Roar Gjerdet ved Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, UiB.

Zirkonia er et høystyrke-keram. Det kan brukes som kjernemateriale eller alene i såkalte monolittiske kroner og broer. Bruk av monolittisk zirkonia er forholdsvis nytt i odontologisk sammenheng. Fravær av et estetisk yttersjikt av porselen reduserer risiko for avskalling, men gir noe redusert estetikk. Monolittisk zirkonia har derfor primært blitt benyttet i side-segmentene. Monolittisk zirkonia tåler høy belastning og kan benyttes til behandling i krevende situasjoner, til og med for pasienter med ekstreme tyggekrefter.

I dette doktorgradsarbeidet har kroner av monolittisk zirkonia i fronten blitt testet ut på pasienter med stor tannslitasje. Denne pasientgruppen blir oftest ekskludert fra kliniske studier på grunn av hyppige mislykkede behandlinger. Resultatet av denne studien viste at pasientene var tilfreds med både estetikk og funksjon. Få komplikasjoner ble registrert etter

1–3 års oppfølging og samtlige pasienter ville valgt samme behandling på nytt.

Avhandlingen omfatter også to laboratoriestudier som undersøkte ulike faktorer som kan påvirke styrken på zirkonia-kroner. Studiene viser at det er store forskjeller blant de forskjellige zirkonia-materialene som er tilgjengelig i Norge. Både sammensetning, framstilling og design hadde påvirkning på sprekkevekst og bruddstyrke. Spesielt defekter i kantene som var oppstått under fremstilling hadde innvirkning på bruddstyrken. Det var en negativ korrelasjon mellom grad av og antall defekter, og bruddstyrken til materialet. Dette betyr at ved å forbedre disse faktorene, kan zirkonia-kroner få enda færre komplikasjoner.

Denne avhandlingen konkluderer med at kroner av monolittisk zirkonia tåler svært høy belastning og er estetisk tilfredsstillende.

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



Prognostic markers in oral squamous cell carcinoma; an immunohistological study of the invasive front



Foto: Ranju Sharma

CECILIE GJØVAAG ATTRAMADAL

Cecilie Gjøvaag Attramadal disputerte 28. juni 2018 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, med avhandlingen «Prognostic markers in oral squamous cell carcinoma; an immunohistological study of the invasive front». Forskningen ble gjennomført ved Institutt for oral biologi. Hovedveileder var professor Magne Bryne. Biveiledere var professor Jahn M. Nesland og professor Trond S. Halstensen. Cecilie Gjøvaag Attramadal er tannlege utdannet fra Universitetet i Oslo.

Selv små (T1/T2) munnhulekreftsvulster, uten lymfeknutespredning (N0) på diagnosetidspunktet, kan residivere og gi tilbakefall. Optimalt sett skulle man kunne identifisere aggressiviteten og sjansen for residiv allerede på diagnosetidspunktet, slik at behandlingen kan individualiseres. Dessverre finnes det få hjelpemidler/biomarkører tilgjengelig.

Omtrent 90% av alle svulster i munnhulen er av epitelial opprinnelse, kalt plateepitelkarsinom. Den dypeste delen av svulsten, der karsinomacellene møter det underliggende bindevev/stroma, blir kalt den invasive fronten. Dette området har vist seg å være spesielt viktig for å identifisere kreftceller som kan migrere og spre seg videre.

I sitt doktorgradsarbeid studerte Cecilie G. Attramadal tumorvev fra ØNH-pasienter ved Rikshospitalet, alle diagnostisert som oralt plateepitelkarsinom. Disse var T1/T2 og uten spredning til lymfeknuter (N0) ved diagnosetidspunktet. Det forelå opptil 15 års oppfølgingsdata av pasientene. Mange ulike, potensielle biomarkører i invasjonfronten ble identifisert ved immunohistokjemisk farging og validert mikroskopisk og statistisk.

Den første studien konsentrerte seg om biomarkører for «epitelial til mesenkymal transformering» (EMT) og markører for å gjenkjenne stamceller. Ved EMT vil epiteltilknende karsinomaceller få endret struktur og bli mer fibroblastliknende, med økt evne til migrasjon. Det ble observert at EMT oppstod i invasjonfronten, men det var ikke prognostisk signifikant. Av spesiell interesse var derimot funnet av en spesiell

transkripsjonsfaktor i cellekjernen (SOX2) som viste seg å være kraftigere uttrykt hos de pasientene som responderte godt på strålebehandling, mens det var mange tilbakefall blant dem som hadde svakt SOX2-uttrykk.

I den andre studien undersøkte Cecilie et fenomen ved kreftcelle-vekstmønsteret i invasjonfronten, kalt «tumor budding». Dette er små ansamlinger/buds av kreftceller, opptil 5 celler i hver «bud», i fronten utenfor hovedtumor. Tumor budding er blitt anerkjent som en prognostisk markør i colonkreft, men var lite studert i oralt vev. Det viste seg å være et høyere antall tilbakefall blant dem som hadde mange «buds» også i oralt vev. EMT ble observert i disse «budsene», og bekrefter en migrerende evne.

Det tredje arbeidet kartla forekomst av spesielle celler i stromalt vev rundt kreftcellene, hvor man mener at stromale celler kan påvirke vekst og migrasjon av kreftceller. Her viste det seg at mastcelleantallet ga signifikant forskjell i prognose. Blant pasientene som hadde mange mastceller i invasjonfronten, fikk få tilbakefall.

Tilsammen har Cecilies arbeid bekreftet at invasjonfronten er av spesiell betydning, og at både morfologi (her; tumor budding) i vevssnittet, spesielle molekyler i kreftceller og antallet av visse stromale celler (og derav produkter fra disse) kan være viktige faktorer i søken etter biomarkører som kan forutsi prognose og behandlingsrespons.

Arbeidet ble utført i samarbeid med Avdeling for patologi, Radiumhospitalet og ØNH-avdelingen på Rikshospitalet.

Tannemaljeproteinet ameloblastin ser ut til å ha flere bruksområder enn modning av emalje



Foto: Margit Seljord, OD/UIO.

ØYSTEIN STAKKESTAD

Øystein Stakkestad disputerte ved Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo den 28 august med avhandlingens tittel: «The role of ameloblastin in mesenchymal tissues». Arbeidet i dette forskningsprosjektet ble utført ved Avdeling for Biomaterialer, Institutt for klinisk Odontologi ved Universitetet i Oslo. Hovedveileder var professor Janne Elin Reseland og biveileder var professor Ståle Petter Lyngstadaas, begge ved UIO.

Ameloblastin er et emaljeprotein som tidlig ble vist viktig for utviklingen av tannemaljen. Det tilhører gruppen sekretoriske kalsiumbindende fosforylerte proteiner (Sccp) som ofte er involvert i mineraliserende ekstracellulært matriks. Ameloblastin er imidlertid også funnet i både stamceller og benceller. Volummessig tap av alveolært ben med resulterende tap av tenner byr på utfordringer for tannhelsen. Med ameloblastin involvert i reparasjon av skadet vev rundt tenner finnes det potensiale for applikasjoner mot vevsreparasjon innen tannhelse. Proteolytisk degradering av ameloblastin er nødvendig for modning av emaljen, men noen av degraderingsproduktene er og vist å være biologisk aktive og er i stand til å hjelpe differensiering av celler. I tillegg eksisterer det to evolusjonelt konserverte spleisevarianter. En har hittil ikke belyst funksjonen til eventuelle degraderingsprodukter eller spleisevarianter i andre vev enn under dannelse av emalje.

Hvis vi bedrer vår forståelse av rollen til disse spleisevariantene og degraderingsproduktene kan vi realisere nye verktøy for fremtidig bruk i tannhelsen. Hensikten med avhandlingen til Øystein Stakkestad har således vært å undersøke potensielle funksjoner av ameloblastin, dets degraderingsprodukter, og spleisevarianter i differensierende stamceller.

Det ble tatt i bruk rekombinante ameloblastinproteiner og peptider ment å etterlikne både spleisevarianter og degraderingsprodukter. Disse

ble gitt til cellekulturer av pre-adipocytter og mesenchymale stamceller og effekten på differensiering og proliferasjon ble målt. For å forstå mer av ameloblastin sin funksjon relatert til struktur ble in vitro fosforylering av proteinene og peptidene kartlagt, og kalsium binding ble analysert med biofysiske metoder.

Avhandlingen adresserer her ikke bare funksjonen til forskjellige degraderingsprodukter men det ser og ut til at det finnes vevsspesifikke spleisevarianter av ameloblastin i adipocytter og i mineraliserende stamceller. I det henseende peker et område seg særlig ut innen segmentet av ameloblastin kodet av exon 5. Dette er et viktig segment for evnen til å danne fibre som her ble vist fosforylert. Det er spesielt interessant at ameloblastin fibre ser ut til å binde kalsium i større grad enn de kjente kalsiumbindende C-terminale prosesseringsfragmentene. Videre antyder nærvær av kalsiumbindende ameloblastin i adipocytter kontroll av mineralisering i bløtvev. Det er imidlertid ukjent om disse variantene av ameloblastin i adipocytter danner fiberkomplekser.

Vi er her tidlig i startgropa på å avsløre effektene av ameloblastin og de andre sannsynlig eksisterende bruksområdene i vev. Videre arbeider vi klargjøre hvilke typer prosesseringsprodukter av ameloblastin som finnes i andre vev og hvilken rolle fosforylering spiller for ameloblastin.



Hey! We are ClearCorrect!

ClearCorrect - et nytt clear aligner system fra Straumann

ClearCorrect ble grunnlagt i 2006 i USA og er i dag det nest største systemet for Clear Aligners i verden. ClearCorrect ble i 2017 en del av Straumann Group.

Introduksjonskurs!

MÅLGRUPPE

ClearCorrect Introduksjonskurs er rettet mot tannleger med ingen eller liten erfaring med aligners. Tannlegen kan ta med tannhelsesekretær eller tannpleier (maks 1 person).

KURSOPPLEGG

Kurset går over en dag og er lagt opp til en forelesning og diskusjonsform. Forut for kurset blir du registrert i portalen og får tilgang til et digitalt kurs uten ekstra kostnad. Kurset er gratis hvis man leverer minst 5 kaser innen 5 måneder etter kurset.

DATO

24. mai 2019 Oslo, Thon Hotel Opera.
Tid: 09.00-17.00

Kurset teller 7 timer i NTFs etterutdanningsystem

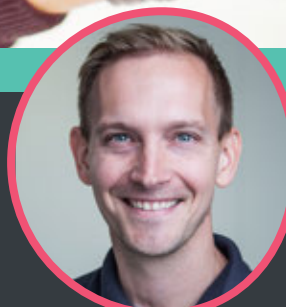
Join us.

Kursholder: Kasper Dahl Kristensen

Jeg er utdannet tannlege, ph.d. og spesialist i kjeveortopedi fra Universitet i Aarhus, Danmark.

Jeg bor nå i Stavanger med min familie med to barn, og jeg jobber i en stor praksis med mange interdisiplinære kaser. Klinisk jobber jeg bare med kjeveortopedi – på både barn og voksne. Tiden i klinikken fylles mer og mer med digitalisering og aligners – og jeg er begeistret over mulighetene som ligger her.

Ved siden av klinikken har jeg fremdeles kontakt med Universitet i Aarhus hvor jeg er veileder, gjesteforsker og foreleser.



PÅMELDING & INFO

[WWW.STRAUMANN.NO/MENU/TRAINING & EDUCATION/LOCAL AND INTERNATIONAL COURSES](http://WWW.STRAUMANN.NO/MENU/TRAINING&EDUCATION/LOCALANDINTERNATIONALCOURSES)

SPØRSMÅL KAN RETTES TIL
EDUCATION.NO@STRAUMANN.COM
ELLER TELEFON 23354488.

clearcorrect

A Straumann Group Brand



visit us at clearcorrect.no

Vi tar i mot henvisninger!

Vår spesialistgruppe på Oris Dental Arken Åsane i Bergen kan hjelpe deg og dine pasienter med problemstillinger innen:

- Oral kirurgi og oral medisin
- Incognito / lingual tannregulering
- Implantatbehandling
- Snorking/søvnapné
- Rehabilitering ved tannslitasje
- Spesialistbehandling i periodonti

Ta gjerne kontakt med oss om du ønsker et tverrfaglig samarbeid om dine pasienter. Vi utfører også spesialistbehandling i helgene!



- God kapasitet
- Trafikk-knutepunkt
- Handicapvennlig
- Gode parkeringsmuligheter

Mandag-fredag 07.00-22.00
Lørdag-søndag 08.00-18.00



Marko Scepanovic
Spesialist i
kjeveortopedi

Arild Kvalheim
Spesialist i
oral kirurgi

Paul-Arne Hordvik
Spesialist i
oral protetikk

Vilhjalmur Vilhjalmsson
Spesialist i
Endodonti

Torbjørn Pedersen
Spes.kand.
oral kirurgi

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.
Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer.

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

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

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege, offentlig

Tannlege, privat

Spesialist i:

Tannpleier, offentlig

Tannpleier, privat

Lege, sykehus

Lege, primær/privat

Spesialist i:

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

Ingen

Intraoralt:

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

Lepper/ansikt/kjever:

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

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn

Ingen

Intraoralt:

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

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Øvrige funn:

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

Annet:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintighet/allergi:

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

Ja Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(er)?

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

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

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

Annet: _____

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

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

Produktnavn og produsent

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

Bivirkingsregisterets notater

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

Yrkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt

Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkingsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norersearch.no

Ver 6.4

Henvisninger

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

Nei

Ja til

Bivirkingsgruppen

tannlege

odontologisk spesialist

allmennlege

medisinsk spesialist eller

på sykehus

alternativ terapeut

Annet: _____

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

Tannlege/tannpleier/lege:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen oppfatning

Pasient:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen oppfatning

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

Tannhelseforsikring – til gode for hvem?

«Dine hus og hoteller brenner». Da er det godt å ha forsikring.

Forsikring er egentlig en deling av risiko mellom flere forsikrings-takere gjennom f.eks. et forsikringsselskap. Man betaler en mindre premie som sammen med andres tilsvarende premier blir til et fond som benyttes til å betale erstatninger til de forsikrede. Dette betinger at mange bidrar inn til ordningen samtidig som relativt få tar ut fra «fondet». Forsikringer kan være offentlige eller private. Et eksempel på førstnevnte er Folketrygden. I folketrygdlovens §§5-6 og 5-6a beskrives trygdens stønad til tannbehandling. I Norge er det slik at voksenbefolkningen selv skal dekke sine kostnader til tannbehandling. Ikke desto mindre er det 15 grupper av tilstander / diagnoser der fellesskapet bidrar til å redusere slike kostnader. Er det grunnlag for å supplere dette med private tannhelseforsikringer?

Amerikanske tilstander

I USA er helsevesenet for en stor del finansiert gjennom forsikringsordninger. Systemet er dyrest i verden. Det brukes dobbelt så mye penger på helse per innbygger som i Norge, og tre ganger snittet i OECD. Det som gjør dette systemet så kostbart betegnes ofte som «principal-agent-problemet»: Den som betaler, forsikringsselskapet, mangler informasjon om pasientens behov. Pasienten som skal få behandlingen vet ikke hva som er nødvendig, mens legen som arbeider i institusjonen som opererer og medisinerer, tar beslutningen (1). Samtidig som det amerikanske systemet er meget kostbart står store deler av befolkningen uten et tilstrekkelig helsetilbud.

Det teoretiske grunnlaget

«Kjøp to, betal for én!». I den teoretiske verden vil det kort kunne fremstilles slik at etterspørselen vil øke dersom forsikringen dekker forbrukerens kostnader. Dersom en pasient opplever å kunne få laget to kroner samtidig som det kun betales for én, er det ikke usannsynlig at valget blir å få laget to. Det å få noe tilbake for forsikringspremien man uansett betaler kan i seg selv være en

drivkraft. I et landskap der det fortsatt befinner seg en betydelig rest av «reparasjonsgenerasjon» samtidig som et økende antall tannleger kunne tenke seg mer å gjøre, vil dette kunne påvirke behandlingsforslagene. Hvor slitt skal en fylling være før det kan forsvarers å skifte den? Og: Hvor stor skal en fylling være før en krone vil være et faglig forsvarlig alternativ? Hva som er nødvendig tannbehandling vil i mange situasjoner være basert på skjønn, der både pasienter og fagfolk har ulike oppfatninger (3). Utallige studier viser stor praksisvariasjon mellom tannleger i hvilken behandling som tilbys pasientene. Dette kan sies å være et uttrykk for den kliniske delen av tannlegefagets egenart. For samme kliniske tilstand kan det være flere ulike, men tilnærmet fullverdige behandlingsalternativer. De ulike alternativene kan imidlertid variere betydelig i kostnader der kostnadsforskjellen ikke nødvendigvis reflekterer forskjellene i tannhelsegevinst. Når behandlingen er gratis, eller når man personlig har betalt for en forsikring som gir «penger tilbake» i form av behandling, er det liten grunn for pasientene til ikke å velge den mest kostbare løsningen, heller enn en billig løsning. Tannlegen må rettferdiggjøre sitt forslag i opplysningene til forsikringsselskapet, men det er i mange tilfeller fullt mulig. Spørsmålet er hvor tjenlig dette er for tannhelsen.

Tannhelse

Tannhelsen i Norge er generelt god og helseforbedringen tilsier at behovet for store tannrestaureringer vil avta med årene. I 2013 betalte Ola Nordmann i snitt 3 237 kroner årlig for tannbehandling. Nesten 65 prosent betalte under 2000 kroner (2). Justert for prisvekst er beløpet for de fleste stadig så lavt at det ikke forsvarer en årlig forsikringspremie til tannhelseforsikring samt egenandel ved behandling. Andelen pasienter som vil ha åpenbar nytte av forsikring er så liten at ordningen neppe vil kunne finansieres uten kryss-subsidiering fra andre forsikringer. Dette avhenger selvsagt av hvor mange som likevel velger å forsikre seg fordi de opplever at dette er et trygt og klokt valg.

Andelen pasienter som vil ha åpenbar nytte av forsikring er så liten at ordningen neppe vil kunne finansieres uten kryss-subsidiering fra andre forsikringer.

Det vil kunne hevdes at flere ville hatt mulighet til å gjennomføre kostbar behandling dersom finansieringen hadde skjedd gjennom en forsikringsordning. Ikke desto mindre må det være tilstrekkelig vilje i det private markedet til å «betale prisen» for at de som trenger mer tannbehandling skal få økonomisk hjelp. De med aller størst behov er dessuten neppe de best assurerte. Flere yrkesorganisasjoner har fremforhandlet reduserte premier i Norsk Tannhelseforsikring. Lo Favør, NITO, Sykepleierforbundet og YS er eksempler på slike organisasjoner med store medlemsmasser. Spørsmålet er likevel om et tilstrekkelig antall av medlemmene ser seg tjent med kostnadene til forsikringspremien, målt opp mot opplevd behov. Eksempler på andre selskaper som selger eller formidler privat tannhelseforsikring er Nemi, Tryg, Vertikal Helse og If. Det er vanskelig å finne tall på hvor mange nordmenn som har tegnet slik forsikring, ettersom selskapene ikke ønsker å oppgi antallet, samtidig som det heller ikke finnes noe sentralt register.

Folketrygden er vi alle med i. Likevel er det begrenset hva stønadene til tannbehandling dekker. Av totalt ca. 17 milliarder i årlige kostnader til tannbehandling i Norge, utgjør stønadene i 2019 bare ca. 2,3 milliarder etter Stortingets behandling av statsbudsjettet (4). Og, som det heter i vilkårene til ett av de største selskapene bak tannhelseforsikring: «Kostnader eller behandlinger som er forhåndsdefinert og refunderes helt eller delvis av Helfo, eller andre refusjonsordninger/forsikringer» dekkes ikke. Med andre ord: Får du store tannskader etter en sykkel-velt, vil du ha rett til trygdestø-

nad – og mister samtidig muligheten til å få utbetaling fra tannhelseforsikringen. Dette til tross for betydelig egenbetaling i tillegg til Helfo-stønadene. «Kostnader for årlig rutineundersøkelse/kontroll som rens, puss, inkludert radiografi eller OPG hos tannlege eller spesialist» dekkes heller ikke. Ei heller «kostnader knyttet til behandling av visdomstenner». Kronebehandling av tidligere rotfylte molarer (jeksler) er også blant de 23 punktene over behandling som ikke dekkes (5). Selv om vilkårene flere steder ser ut til å være et resultat av google translate, og er tilsvarende krevende å forstå, kan det synes som om egenbetaling må til i mange situasjoner, i tillegg til forsikringspremie og egenandel. To av selskapene, Vertikal Helse og If Privat har dessuten et begrenset antall (45) «godkjente» tannklinikker. Dette reduserer tilbudet til forsikringstakere i betydelig grad. Er du over 70 (i noen tilfeller 74) år får du dessuten ikke kjøpt tannhelseforsikring.

Hvem som til syvende og sist er tjent med disse ordningene gjenstår å se.

Carl Christian Blich
Universitetslektor ved seksjon for samfunnsodontologi,
Det odontologiske fakultet, UiO

Kilder

1. Jerven M., professor ved NMBU, Kron og mynt, Klassekampen 23. januar 2019
2. Grytten J., Skau I., Holst D., Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge, Nor Tannlegeforen Tid 2014; 124: 276-83
3. Holst D. Er det et problem at behandlere ikke er enige? Nor Tannlegeforen Tid 2004; 114:802
4. Prop. 1 (2018-2019)
5. Norsk Tannhelseforsikring Vilkår og betingelser gyldig fra 1. januar 2019

Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTÉKNISK 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

Authorized
BruxZir
LABORATORY

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep



X-Guide

It's like GPS for your surgery!

Perform free-hand surgery with real-time 3D guidance for your drills and implants with X-Guide. Scan, plan and navigate; this is how straightforward the workflow is.

- Create implant treatment plan in DTX Studio Implant and immediately export to X-Guide.
- Control drills and implant position real-time with dynamic 3D navigation during surgery.
- Perform guided surgery for more patients without the need of a surgical template.

Learn more about X-Guide at nobelbiocare.com/x-guide

GMT 60258 GB 1901 © Nobel Biocare Services AG, 2019. All rights reserved. Distributed by: Nobel Biocare. X-Guide is either registered trademark or trademark of X-Nav Technologies, LLC in the United States and/or other countries. Nobel Biocare, the Nobel Biocare logotype and all other trademarks are, if nothing else is stated or is evident from the context in a certain case, trademarks of Nobel Biocare. Please refer to nobelbiocare.com/trademarks for more information. Product images are not necessarily to scale. Disclaimer: Some products may not be regulatory cleared/released for sale in all markets. Please contact the local Nobel Biocare sales office for current product assortment and availability. For prescription use only. Caution: Federal (United States) law restricts this device to sale by or on the order of a licensed dentist. See Instructions For Use for full prescribing information, including indications, contraindications, warnings and precautions.



Ny veileder om vold i nære relasjoner

Hvilke tegn og signaler kan tyde på at barn og voksne er utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt? Hva gjør du hvis du får mistanke om at en av pasientene dine utøver vold mot sine nærmeste?

 **TONE ELISE ENG GALÅEN**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) utga i oktober 2018 en elektronisk veileder om vold i nære relasjoner: voldsveileder.nkvts.no

Målet er å øke kunnskapsnivået blant helse- og omsorgspersonell for å styrke handlingskompetansen i primær- og sekundærhelsetjenesten.

– I veilederen er tannhelsetjenesten med som en del av den øvrige helsetjenesten. Det er vi glade for, også fordi vi ønsker at helsepersonell generelt skal bli flinkere til å undersøke pasientens munnhule som en del av kroppen, sier professor Tiril Willumsen ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo.

Sammen med spesialist i pedodonti, klinikksjef Anne Rønneberg og tannpleier Ingrid Vaksdal Brattabø har hun sittet i arbeidsgruppen som har utarbeidet «Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner».

– Vårt ansvar som tannhelsepersonell, når det gjelder vold og overgrep, er å ha kunnskap nok til å gjenkjenne tegn og signaler på at barn og voksne kan være utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt. I samråd med pasientene skal vi sørge for at de får den hjelp og oppfølging de

trenger. Når vår kompetanse ikke er tilstrekkelig, har vi et etisk ansvar for å henvise videre, slår Willumsen fast.

Et verktøy for alt helsepersonell

Veilederen er laget på oppdrag fra Helsedirektoratet, og bygger på norske og internasjonale retningslinjer. Innholdet er delt inn i fire kategorier:

- Vold og overgrep mot barn.
- Personer som utøver vold og overgrep.
- Negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.
- Vold og overgrep mot voksne og eldre.

Veilederen inneholder også en video der barnelege Torkild Aas ved Sosialpediatrisk seksjon, Oslo universitetssykehus, viser en klinisk undersøkelse med innsamling av dokumentasjon når man mistenker at et barn kan ha vært utsatt for overgrep eller omsorgssvikt.

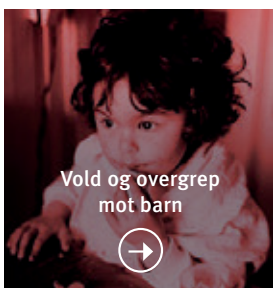
– Kategorien «Personer som utøver vold og overgrep» kommer kanskje som en overraskelse på noen?

– Folk som utøver vold og overgrep mot andre, oppsøker også helsehjelp. Vi trenger å spre mer kunnskap om denne gruppen, slik at helsepersonell kan avdekke

VEILEDER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTENS ARBEID

Vold i nære relasjoner

Søk



voldsveileder.nkvts.no

tegnene, og vite hvordan de skal forholde seg ved mistanke om utøvelse av vold eller overgrep. Det er viktig å beskytte dem som utsettes for volden, men vi skal også være ansvarlige å henvise videre den vi mistenker som voldsutøver. Det finnes flere behandlingstilbud, sier Willumsen.

Kategorien «Vold og overgrep mot barn» erstatter «Håndbok for helse- og omsorgspersonell ved mistanke om barnemishandling».

– Veilederen skal være et verktøy for alt helsepersonell i Norge. Den omhandler barn, voksne, eldre, og overgriperne selv. Den nye veilederen gir i tillegg innsikt i aktuelle lover og regelverk, forteller prosjektleder og barnelege ved NKVTS, Mia Myhre.

Arbeidsgruppa har bestått av leger av ulik spesialitet, sykepleiere, psykologer, tannleger, helsesøstre og andre faggrupper fra primær- og sekundærhelsetjenesten. Til sammen har rundt 40 personer bidratt.

Behandler risikogrupper

– Hvorfor var det viktig å få med tannhelsetjenesten inn i arbeidet med veilederen?

– Det lå i mandatet at veiviseren skulle gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten. Munnen og ansiktet er utsatte

steder når det gjelder vold og overgrep, ofte kan man finne voldsrelaterte skader i munnhulen. Tannhelsetjenesten ser alle barn regelmessig opp til 18-års alder. Omsorgssvikt kan for eksempel gi seg utslag i økt forekomst av karies. Tannhelsepersonell kan også observere om barna virker uvanlig engstelige og redde, eller om foreldrene virker urimelig strenge, sier Myhre.

I den voksne delen av befolkningen møter tannhelsetjenesten utsatte grupper som, i tillegg til alt det andre de sliter med, ofte også har et tannhelseproblem. For mange som har opplevd seksuelle overgrep kan tannlegesituasjonen være vanskelig. Dette kan føre til at de begynner å fortelle om overgrepene der og da.

– Dessverre vet vi at mennesker som fra før har vært utsatt for vold og overgrep også har høyere risiko for å havne i voldelige forhold. Hvis dette fanges opp av tannhelsepersonell som vet hvordan de skal hjelpe pasienten videre, kan besøket på tannklinikken bli første steg på veien mot et bedre liv, sier Myhre.

Utenforskap gir dårlig munnhelse

Det er et samfunnsproblem at munnhelsen ikke oppfattes som en del av menneskers generelle helse, slo panelet fast, da Kirkens Bymisjon, Det odontologiske fakultet, fastlegene, Helsesenteret for papirløse immigranter og NTF diskuterte følgene av utenforskap på munnhelsedagen 20. mars.

  KRISTIN AKSNES

Hensikten med frokostmøtet i det fullsatte Kulturhuset på Youngstorget, var å synliggjøre den sammensatte gruppen av mennesker som av ulike grunner ikke bruker tannhelse-tjenestene. Enten fordi de ikke har råd, eller rett og slett ikke evner å søke behandling.

– Hva er munnhelsens betydning for menneskers tilknytning til samfunnet? spurte møteleder Astrid Skiftesvik Bjørkeng fra Det odontologiske fakultetet ved Universitetet i Oslo (UiO).

– Vi mennesker glemmer fort, og vi klarer ikke helt å forestille oss hvordan det er å ha vondt. De som ikke har råd til å gå til tannlege, og dermed faller utenfor, er en gruppe mennesker vi ikke ser, for de angår oss ikke. De har heller ingen sterk pasientorganisasjon som kjemper sin sak. Hensikten med dette møtet er å løfte fram disse menneskene. Hva gjør det med et menneske når det for eksempel har så sterke smerter at de ikke klarer å ta vare på familien sin, og de vet at de ikke har råd til behandling? Disse menneskene går under den politiske radaren, sa Bjørkeng.

Utenforskap kan ramme alle

– Hva er utenforskap? Det er definert som manglende sosial tilknytning til samfunnet rundt. Uttrykket beskriver en situasjon der enkeltmennesker eller grupper av mennesker står utenfor samfunnet ellers, for eksempel der de ikke deltar i arbeidsliv eller tar utdanning, eller der de mangler språklig eller kulturell tilknytning til samfunnet ellers. En motsats til opplevelsen av fellesskap. Det kan ramme alle, deg og meg, hvis det skjer noe i livet vårt, sa Camilla Hansen Steinum, president i NTF i sin åpning av arrangementet.

– Er munnhelse så viktig da? Ja. Smilet og munnen er det første du ser, og det har stor betydning for hvordan du blir møtt. Dårlig tannhelse er stigmatiserende, det forsterker utenforskap, og det er skambelagt, sa Steinum.

Et u-land når det gjelder samhandling

– Norge er et u-land når det gjelder å integrere odontologi i for eksempel sykehusenes behandlingstilbud, sa dekan ved Det odontologiske fakultetet i Oslo, Pål Barkvoll.

– Vi har fremdeles store sykehus i Norge uten odontologisk spesialkompetanse. Det er egentlig ikke mange land vi liker å sammenligne oss med som har det på den måten. Det trengs mer samhandling med annet helsepersonell. På vårt fakultet startet vi med et pilotprosjekt i år, hvor vi nå er praksissted for sykepleierstudenter, fortalte han.

– Odontologi er et lite felt. Vi må konkurrere om ressursene med livstruende sykdommer, og da er det lett å tenke at det ikke er så farlig å ha dårlig munnhelse. Derfor er det viktig å understreke at munnhelse i sin ytterste konsekvens kan handle om liv død. Dårlig munnhelse kan være så invalidiserende, både fysisk og psykisk, at folk trekker seg bort fra samfunnet og blir stående i permanent utenforskap.

– Som universitetet har vi et ansvar for å gi faglig baserte råd til politikerne, men de har på sin side et like stort ansvar for å lytte til det vi kommer frem til, avsluttet han.

Papirløse immigranter

– De som kommer hit har ikke oppholdstillatelse. De har hatt valget mellom flere dårlige alternativer, og har valgt dette. De har ofte opplevd krig, undertrykkelse, overgrep og tortur, og de har i varierende grad mulighet til kontroll over eget liv og framtid. Det er folk fra 69 land som kommer til oss, og dette er folk som lever i et ganske ekstremt utenforskap, sa Masooda Dustiyar, prosjektkoordinator ved Helsesenteret for papirløse migranter. Hun er opprinnelig fra Afghanistan, utdannet tannlege, og har jobbet ved helsesenteret siden 2015.

– Utenforskap og folkehelse henger tett sammen. Vi ser folk i alle aldre med store tannhelseutfordringer som lever

med store smerter. Jeg håper myndighetene får opp øynene og kan hjelpe disse pasientene, sa Dustiyar.

Tannhelsen for de mest utsatte er en katastrofe

– Vår målgruppe er mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet og i tillegg somatiske og psykiske lidelser. De har ofte ustabile boforhold og lider under fattigdom, prostitusjon, kriminalitet og sosialt utenforskap. Et kjennetegn ved gruppen er også at de ikke i tilstrekkelig grad har vært nådd gjennom, eller har vært i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet, sa Kirsten Frigstad, virksomhetsleder ved 24sju, et døgnåpent tilbud for de mest utsatte rusavhengige i regi av Kirkens Bymisjon.

– Tannhelsen for mange i denne livssituasjonen er kort og godt en katastrofe. Dette opprettholder og forsterker deres sosiale utenforskap. Tannhelse er det som står nederst på deres, la oss kalle det prioriteringsliste. Dette forsterkes selvfølgelig også av at det også står nederst på det offentlige prioriteringsliste når det gjelder tiltak for nettopp denne gruppen, sa Frigstad.

Skam og utenforskap

Er det et handicap å ikke ha tenner? Vi klarer jo å spise uten tenner? Kanskje ikke like god mat, men vi får jo i oss maten? spurte professor ved Det odontologiske fakultetet i Oslo, Tiril Willumsen

– Men så kommer bekymringene. Får du jobb? Kan du få en kjæreste? Å sitte rundt et bord og spise er en viktig møteplass. For dem som ikke kan gjøre dette, fører det lett til skam, utenforskap og dårlig livskvalitet, sa Willumsen

Økonomi og ulikhet

– Når jeg skulle si hva jeg kunne om munnhelse, måtte jeg tenke meg litt om, for jeg kan vel så å si ingenting. Vi hadde en forelesning på studiet, men dette er jo ikke kunnskap jeg har brukt siden, så jeg tror ikke jeg er så veldig forskjellig fra resten av fastlegestanden sånn sett, sa Nina Irene Wiggen, fastlege i bydelen Alna i Oslo og styremedlem i Norsk forening for allmenmedisin.

– Mange av mine pasienter har dårlig råd. De lever kanskje i familier med fire barn, og med en inntekt på under 400 000. Du går ikke til tannlegen da. Ungene får gå, men ikke mor og far. De kjøper heller gummistøvler til ungene sine, og det kan vi ikke arrestere dem for.

Alnas befolkning er 50 000, med en stor andel barn og unge. En levekårsundersøkelse i 2015 viser at 30 prosent av

ungdommene slutter på skolen før siste eksamen. 27 prosent av barna bor i lavinntektsfamilier.

Vi har også noen tall når det gjelder tannhelse. 40 prosent av femåringene har tannhelseutfordringer på Lindeberg, mens på Smestad har 95 prosent av barna friske tenner. Hvorfor har femåringene i Oslo vest og øst så ulik tannhelse?

– Det er på tide at vi ser på samhandling mellom medisinske og dentale fag. Samarbeidet mellom helsetjenesten og tannhelsetjenesten er fraværende. Ta kontakt med fastlegen! Det er i primærhelsetjenesten det skjer. Det er her vi kan forebygge, det er her vi virkelig kan hjelpe folk, avsluttet Wiggen.

Politikerne må på banen

Til slutt diskuterte innlederne med hverandre, og med deltakere i salen, hva som kan gjøres for å forbedre situasjonen. Det var enighet om at samhandlingen er rystende dårlig og må bli bedre.

– Det er viktig å bruke hverandre. Å ha dårlig tannhelse er skamfullt, og folk forteller ikke om det, hverken til leger, psykologer eller psykiatere. Så hvis annet helsepersonell kanskje kunne blitt litt flinkere til å spørre om tannhelse, og henvise hvis de ser behov for det, ville det være fint, sa Willumsen.

– For veldig mange er økonomien en barriere. Vi må se på om noe kan gjøres for dem som har dårlig økonomi, og vi må se på folketrygdens system, sa Camilla Hansen Steinum.

– Dette er et offentlig ansvar, og vi må finne ordninger hvor vi slipper å høre disse historiene igjen og igjen, for det er ikke vårt samfunns verdig, avsluttet hun.



Fra venstre: Astrid Skiftesvik Bjørkeng (UiO), Tiril Willumsen (UiO), Masooda Dustiyar (Helsesenteret for papirløse migranter), Camilla Hansen Steinum (NTF), Kirsten Frigstad (Kirkens Bymisjon) og Nina Irene Wiggen (fastlege, Norsk forening for allmenmedisin.)

Røykeslutt er vanskelig ...

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



NICOTINELL KOMBINASJONSBEHANDLING

Nicotinell

International Dental Show (IDS) 2019 i Køl

En spektakulær messeopplevelse

Verdens største dentalmesse arrangeres hvert annet år i Køl, og er alltid verdt et besøk.

 KJETIL REPPEN

År var 38. gang IDS åpnet dørene, og 2 300 utstillere fra 60 land bød på en utstilling som dekket hele 170 000 kvadratmeter – det tilsvarer omtrent 25 fotballbaner.

I løpet av de fem dagene IDS varte, ble cirka 160 000 besøkende fra mer enn 150 land registrert.

Det var imidlertid god plass til alle, og en todagers vandring i de enorme utstillingshallene viste det totale mangfoldet i tannhelseverdenen. Med entusiastiske og kompetente utstillere fra hele verden, ble messebesøket en stor opplevelse.

Hele dentalindustrien var representert på IDS, så vel alle de store markedslederne som en endeløs rekke av mindre produsenter og leverandører.

Teknologi, utstyr, materialer, profylakse, hygiene og en rekke live- demonstrasjoner av for eksempel implantatoperasjoner, bleking eller skanning fylte de seks hallene.

Og for å gjøre det enkelt for oss som skulle finne frem på messen, var det bare å bruke IDS-appen til både navigasjon i området og informasjon om spesielle demonstrasjoner, foredrag og så videre.

Alt innen odontologien var på en eller annen måte representert, ikke minst innovative og fremtidsrettede prosjekter, ideer og tanker.

Utstillerne bød i tillegg på rikelig med god mat og drikke, noe som kom godt med i løpet av lange og meget interessante dager.

Trender

Hvis man skal peke på trender, er det digitalisering og atter digitalisering som gjelder.

Fordi IDS er en messe for hele tannhelseteamet, var det selvsagt mye av interesse også for tannteknikerne. Det digitale samarbeidet mellom tannlege og tanntekniker fikk derfor mye oppmerksomhet.

Utviklingen går fort, og mye av det som var nytt og lovende for få år siden er for lengst kommet i nye, bedre og langt rimeligere versjoner. Et godt eksempel på dette er intraorale skannere.

IDS er en meget velorganisert messe, planlagt og gjennomført med tysk grundighet og presisjon. Det er krevende å få med seg alt, og selv om undertegnede gikk nesten 20 km(!) inne på messen var det umulig å få sett alt jeg ønsket.

Dette er en messe man bør ta seg tid til å besøke. Og sett av minst to dager. Neste mulighet er i 2021, i dagene 9. til 13. mars.



CLINIC AIR/Gentilin presenterte italienske kompressorer og sugemotorer med gode spesifikasjoner. Lavt lydnivå og god kapasitet.



Tyske BAJOHR presenterte hele spekteret av lupebriller. Fra de mest eksklusive til enklere modeller og fra mange produsenter. Og det manglet ikke på gode messetilbud.



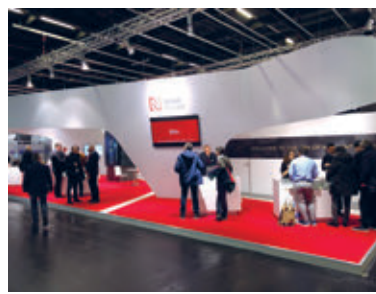
KAVO hadde en imponerende stand hvor de viste frem uniter. I tillegg viste de sine øvelsesuniter til bruk i undervisning. Et komplett program av høy kvalitet.



KAVO hadde livedemonstrasjoner for å vise hvordan kamera kunne brukes for å få optimalt resultat i arbeid med profylakse og hygiene.



SCORE Dental viste frem sitt store utvalg av sessler. Få ting på klinikken er vel så viktige som en virkelig god sessel. Og her var det mulig å finne en.



NOBEL BIO CARE hadde en fin stand, og de viste frem nye komponenter (Xeal og TiUltra) som med sin overflatekemi vil gi optimal mucointegrasjon. Fremskrittene står i kø.



BIENAIR er en klar markedsleder på roterende instrumenter. Flotte turbiner med hastighet opp mot 400 000 rpm og styrke på 30 w. Pluss et veldig godt utvalg av vinkelstykker og mikromotorer, også for kirurgi. Så her er det også mye som bør være av interesse for dem som driver med implantater.



PASTELLI fra Italia viste frem en flott kleskolleksjon til klinikkbruk. Kolleksjonen er preget av lekker design og fine detaljer. Dette er klinikkutrustning for dem som vil ha noe ekstra.



GARRISON matriseklamre er vel kjent, og selv om de er utmerket, forbedres de stadig. På messen ble hele utvalget presentert.



Bleking får alltid mye oppmerksomhet på IDS og DARINGWHITE viste frem sin tapevariant, som altså festes på tennene og inneholder peroksyder.



ACTEON hadde en elegant liten laser å vise frem. Store valgmuligheter med hensyn til bølgelengder, og dermed et betydelig spekter av behandlingsmuligheter, enten det handler om bløtvevskirurgi, hemostase, endo eller perio, eller kanskje bleking.



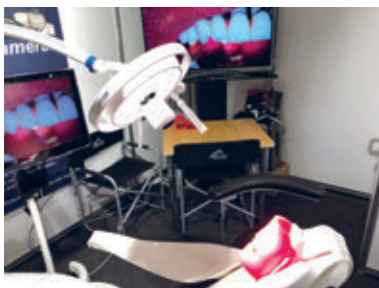
MELAG har alltid vært ledende på autoklaving og desinfisering, og på IDS viste de frem et par av sine toppmodeller. Dette er kvalitet tvers igjennom.



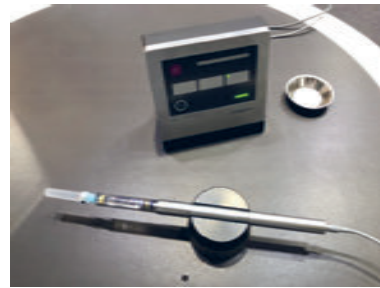
FILHOL dental presenterte parapulpale FILPIN-stifter anno 2019. I tillegg viste de FILPOST-stifter, for pulpakanalen. Begge laget i titan og med et tilhørende prepareringssett for skånsom preparering.



IDS er en utstilling for produsenter fra hele verden, og det spanske INIBSA-dental presenterte sitt mangfold i anestesi.



THIRDEYE dental cameras presenterte lampemonterte kameraer med zoom og fantastisk billedkvalitet og video. Hygienisk og enkelt styrt med fjernkontroll.



Danske RØNVIG er gode på anestesiprodukter, og viste frem calajekt for skånsom og komfortabel injeksjon. Apparatet har modus for intraligamental, infiltrasjons- og ledningsanestesi. Enkel i bruk og vel verdt å prøve.



ICmedical presenterte sin HYG 5, en topp vaskemaskin for klinikken med vasketemperatur på over 90 grader. En kompakt og stillegående maskin av beste slag.



I tillegg viste ACTEON frem en serie med små og elegante røntgenapparater for 2D og 3D. Enkle å finne plass til, og meget enkle å bruke.



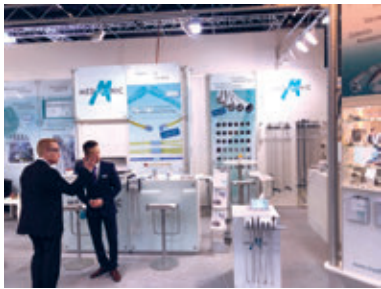
DURR DENTAL viste som alltid frem sitt utvalg av kompressorer. Solide og driftsikre maskiner.



EMS og Airflow hadde en stor stand med mange besøkende. Her ble det kjørt kontinuerlig livedemonstrasjoner på mange enheter.



LEVANTE viste et lekkert assortiment av håndinstrumenter i "pininfarina design". Svært elegante detaljer og overflater.



MEDITRONIC hadde spesialisert seg på slanger, koblinger, overganger og alt annet som gjør at ting passer sammen mekanisk. I tillegg leverte de enkle mobile behandlingsuniten.



FIMET viste frem funksjonelle og elegante uniten



IDS er ikke bare uniten og røntgenapparater og digitale påfunn. Håndverktøy i ypperste klasse og i enormt utvalg ble presentert av ZEPF dental som er tysk. De har absolutt alt i alle fasonger og størrelser, og er man ute etter noe spesielt så finnes det her.



CHANTEL viste frem kirurgiske instrumenter og ikke minst alt som hører til et optimalt hygienisk kirurgiregime. En flott stand med gode produkter.



SMILE LINE leverer en rekke flotte produkter til tannteknikerbransjen. I tillegg viste de frem Smile Lite MDP, som er en elegant og funksjonell holder for å kunne bruke mobiltelefonen til klinisk fotografering. Med variert lyssetting kan man ta optimale kliniske bilder for eksempelvis fargeuttak.



I tillegg presenterte Durr VistaSoft Monitor, et integrert datasystem, der alle klinikkens komponenter blir elektronisk overvåket, og eventuelle feil eller vedlikeholdsbehov umiddelbart blir registrert. Feilmelding kommer direkte opp i resepsjonen, og i tillegg direkte hos serviceleverandør, dersom feilen må rettes av reparatør. Et avansert og nyttig system.



VDW viste frem endosystemet Recipro-blue, vel kjent, og stadig med små forbedringer. Filene er nå enda mer fleksible og resistente mot trettehet.



BRUMABA leverer et stort utvalg kirurgiske operasjonstoler av svært høy kvalitet. Dette er optimale og svært fleksible arbeidsplasser for dem som driver utelukkende med oral kirurgi.



ARGENT er USA's største leverandør av alle typer dentale metaller og zirkonia. I tillegg er de store på alle typer fresing. Argent hadde en veldig hyggelig stand med svært kompetente folk.



Svenske D-TEC viste frem et utvalg av belysning til bruk på klinikken. Dette er avansert LED-belysning av høy kvalitet. Fin design og lekre detaljer.



OMS har spesialisert seg på løsninger for spesielle behov: Unit med rullestolplassering, sammenleggbar stol som kan kombineres med for eksempel Siemens transportable unit Siroboy 3.



DENTINUM fra Korea er totalleverandør innen implantologi. Et flott utstyrassortement, og et betydelig mangfold i varianter. Delikat. Produktene er tilpasset et asiatisk marked, men kan nok være av generell interesse.



DENTECH leverer japanske kofferdamklamre i enormt utvalg. 77 typer og tre forskjellige overflater. Og selvsagt alt tilbehør også. Finish og kvalitet fremstår førsteklasses.



HEKAdental fra Danmark var som vanlig til stede med sine flotte og driftssikre uniter. Heka hadde en flott stand med kompetente medarbeidere.



MECTRON stilte ut sine modeller fra de siste 40 årene, for å vise utviklingen. De leverer først og fremst utstyr til perio/scaling/hygiene, men også verktøy til endodonti, i tillegg til led-herdelamper.



VOKO hadde en ny bulkkompositt å vise frem. Den heter VisCalor bulk. Kapselen varmes opp til 68 grader av et element i pistolen, og kompositten får dermed en bedre konsistens for applikasjonen. Kan legges i 4 mm tykkelse.



BPR fra Sveits leverer mobile enheter. Alt fra stoler til en mengde forskjellige uniter med forskjellig utstyrsnivå. Dette er tannlegeutstyr som er beregnet på bruk for eksempel i hjemmesykepleie og andre steder der tannlegen må oppsøke pasienten.



CEREC trekker alltid masse mennesker fordi skanning er i fokus. Gode demonstrasjoner og muligheter til å prøve er alltid av interesse.



ANTHOS fra Italia leverer svært delikate og funksjonelle uniter av høy kvalitet. Italiensk design fornekter seg aldri, og når utvalget i modeller og farger er som her, skulle det være noe for enhver smak.



3M hadde som vanlig en godt synlig stand. Produktene er vel kjent og kvaliteten upåklagelig. For å sikre optimal farge på komposittfillingene ble det vist en skala der man kunne legge inn sin egen kompositt i aktuelle farger og herde. Altså lage sin egen fargeskala.



SILFRADENT leverer gode produkter til tannteknikere, men har også et bredt utvalg av kirurgiske motorer, utstyr til ultralyd-kirurgi og avansert oral kirurgi.



SCHLUNBOHM viste sitt endosystem Endopilot "plus". Utvalget av systemer for endobehandling er veldig stort på IDS, og det meste fremstår som bra. Endopilot "plus" har alt man kan ønske seg av et komplett endosystem, og det ble grundig presentert og er opplagt interessant. Leveres på flere utstyrsnivåer.



QUINTESSENCE publishing har alltid en stor stand. Her finnes det meste av faglitteratur, og det er nesten ufattelig hva som finnes her. En spennende stand å besøke.



TPC (China) hadde også sin variant av mobilt utstyr. Svært enkle å flytte på og egentlig et komplett utstyr bortsett fra røntgen. I tillegg viste man frem en rekke prisgunstige kompressorer med gode spesifikasjoner.



OMNICHROMA har fremstilt en kompositt som har én farge, og hevder at dette materialet, ved hjelp av kameleoneffekten, alltid vil bli riktig. En besnærende tanke, og antagelig mer ønske enn virkelighet.



DREVE printermodeller og skinner, og ellers alt som kan 3d-printes. Det dreier seg om guider, bittskinner, avtrykkskjer osv.



MIELE presenterte mange av sine produkter på IDS. Kjente apparater, og stadig med forbedringer. Miele viser en solid kvalitetslinje.

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

Ny teknologi



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

Ny Colgate Total® med Dual-Zink + Arginin.
Ny teknologi som arbeider sammen med munnens
biologiske og kjemiske prosesser.

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

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

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

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

Obligatorisk om Helfo-refusjoner

To ganger i året arrangerer de et seminar om journalføring og reglene forbundet med Helfo-refusjon for studentene ved Det odontologiske fakultet i Oslo. Seminaret er obligatorisk for studentene de to siste studieårene.

 ELLEN BEATE DYVI

Det er det samme seminaret hver gang. Ren repetisjon etter hvert. Om viktigheten av god journalføring, og riktig bruk av Helfo-refusjonsordningen og innslagspunktene. Vi tror det er nødvendig å gjenta disse tingene, og vi vil at våre kandidater skal kunne dette godt når de forlater fakultetet, sier universitetslektor Kjetil Reppen som sammen med universitetslektor Ole Morten Kulbraaten står bak seminarene.

Reppen sier videre at det er mye som tyder på at kunnskapsnivået om Helfo er for dårlig blant norske tannleger, og at ambisjonen er at de som går ut av Universitetet i Oslo skal være meget Helfo-kompetente.

– Dette handler om samfunnsmoral og etikk. Det er folks skattepenger vi snakker om, cirka 2 500 millioner per år. Og det er opplagt at det skjer en del feil bruk av regelverket, bevisst eller ubevisst. Vår intensjon er å skape gode holdninger når det gjelder bruk av fellesskapets midler.

Store auditorium i Geitmyrsveien 69 fylles nesten opp, og ingen går før de tre timene er over. De fleste av

deltakerne er studenter, men også e lærere er møtt opp for å få med seg seminaret. Studenter som Tidende snakker med, som er på seminaret for annen gang, forteller at det er kompliserte ting, og mye å sette seg inn i, og at de forstår mer nå enn første gang de deltok i dette seminaret.

Helfo var også til stede ved seminaret ved Det odontologiske fakultet den 18. februar i år. Der orienterte de bant annet om gangen i Helfos kontroller. De starter med at helseaktøren, altså tannlegen, mottar et brev fra Helfo om kontroll. Tannlegen sender så dokumentasjon til Helfo. Helfo vurderer dokumentasjonen og fatter et vedtak, som formidles til tannlegen.

I 2017 og 2018 ble det sendt 111 brev om kontroll til norske tannleger. 30 av disse fikk pålegg om å endre praksis. Det ble fattet 133 vedtak om tilbakekreving av utbetalinger, på totalt 22,5 millioner kroner. En tannlege mistet retten til å drive for trygdens regning, og ett tilfelle førte til politianmeldelse.

Det er mye som tyder på at kunnskapsnivået om Helfo er for dårlig blant norske tannleger.



Helfos to medarbeidere, Ingelinn Fagervoll og Sverre Aarhus Gulbrandsen kom til seminaret 18. februar for å snakke om henholdsvis bruken av innslagspunktene og hva som skjer når Helfo utøver kontroll.



Universitetslektorene Kjetil Reppen (t.v.) og Ole Morten Kulbraaten brukte pausene til å svare på spørsmål fra studenter.

ENDGÆZE™
MTA FLOW™
Mineral Trioksid Aggregat reparasjonssement



**RETT
KONSISTENS
FOR RETT
PROSEDYRE**



Ultradent Products Nordics

© 2019 Ultradent Products, Inc. All Rights Reserved.

ULTRADENT.COM/EU

ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

Ny forskningsklinikk ved Institutt for klinisk odontologi

Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo opna i mars sin eigen forskningsklinikk. Klinikken har allereie vore brukt til klinisk forskning, mellom anna på munntørtheit.

 **INGER STØRSETH HAARR, OD/UIO**
 **SIMEN ØVERGAARD, OD/UIO**

Instituttleiar Jan Eirik Ellingsen snakka ved opninga om kor viktig det er å drive klinisk forskning:

- Kliniske studiar fører ofte til nye prosedyrar for behandling. I klinisk forskning kan me utvikle og etterprøve prosedyrar, og på den måten dokumentere effekten av behandlinga som seinare vert tilbydd til pasientane.

Allereie brukt til klinisk forskning på munntørtheit

Eit forskingsprosjekt i regi av Munntørtheitklinikken har allereie teke i bruk den nye forskningsklinikken. Dei har nettopp avslutta ei undersøking i samarbeid med Oslo universitetssjukehus, der dei undersøkte slimhinner, tenner, spyttsekresjon og smak og luktfunksjon hos 30 pasientar som er ramma av hovud- og halskreft. Ein del av behandlinga av denne krefttypen er stråling, og strålinga treff òg spyttkjertlane. Dette kan øydelegge kjertlane, og føre til munntørtheit. Resultata vil verte samanlikna med forholda hjå pasientar med Sjøgrens syndrom, og forholda hjå friske personar.

Strengare krav til forskinga

Det er eit mål for fakultetet å gjere meir klinisk forskning, seier Ellingsen, og føresetnadene er på plass.

- Me har kompetanse både på forskning og klinisk arbeid. Me har vårt eige kliniske forskingslaboratorium, der me kan gjennomføre ei rekkje analysar av prøvar frå dei kliniske

studiane, og me har landets største odontologiske klinikk med 50 000 pasientbesøk i året.

- Samtidig vert krava til denne type forskning strengare. Mange av dei beste vitenskaplege tidsskrifta vurderer ikkje artiklar som ikkje er utførte i tråd med nye standardar for klinisk forskning, og med mindre forskinga er registrert i internasjonale forskingsregister. Desse registra stiller òg krav til korleis forskinga skal vere utført.

- Med den nye klinikken har me fått på plass fasilitetar som er i tråd med retningslinjer for klinisk forskning, avsluttar instituttleiar Ellingsen.



Instituttleiar Jan Eirik Ellingsen snakka om kor viktig det er å drive klinisk forskning.

For familien. Mot karies.



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

Flux tannkremer

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

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

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

FLUX®

Har du fluxet i dag?



**Sammen-
setninger som er
oppbygde av to
substantiv bør
skrives i ett,
uten mellomrom.**

Språklige problemer

Tidende publiserte nylig en artikkel som på god, informativ måte tar for seg en ny klassifikasjon av sykdom relatert til tenner og implantater, men som i mitt amatørspråkøre belemres med en del problemer relatert til ordvalg og orddeling. Tittelen lyder: **Ny klassifikasjon av periodontal og peri-implantat sykdom. Nøkkelendringar** (1).

Uttrykket periodontal sykdom bør kunne samsvares med periimplantat sykdom. Utover i artikkelen forekommer tilsvarene: peri-implantat helse (trolig i betydningen fravær av sykdom) periodontitt pasientar, peri-implantat vev, peri-implantat mukositt, osv.

Hva ville Norsk språkråd si til dette?

Tore Ramstad

Referanse:

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

Språkrådet svarer

Ifølge skrivereglene bør slike sammensetninger som er oppbygde av to substantiv, skrives i ett uten mellomrom: *periodontittpasientar*, *peri-implantatvev*, *peri-implantatmukositt* osv. Her forstår jeg det slik at *periodontitt* og *peri-implantat* er substantiv. Dette er den samme regelen som gjør at vi skriver *lærebok* og *skrivebord*, ikke *lære bok* og *skrive bord*. Ifølge reglene burde det derfor også hete *peri-implantatsykdom*, ev. *periimplantat sykdom* (med et adjektiv foran), men aldri *peri-implantat sykdom*.

Ifølge hovedregelen bør man unngå å bruke bindestrek i slike sammensatte ord. I noen tilfeller kan bindestrek likevel lette lesingen, og denne nettsiden fra Språkrådet gjør greie for slike tilfeller. Det er mulig at bruken av to i-er etter hverandre har motivert skribenten til å benytte bindestreken. Det kan ikke sies å være feil, men trolig unødvendig – i alle fall for lesere som kjenner til begrepsapparatet fra før.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2020. Prisen på 20 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i

løpet av to årganger av Tidende. Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunnet til tannhelsetjenesten. Vi

er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.

3M Science.
Applied to Life.™

3M™ Impregum™ Super Quick

Polyeter avtrykksmateriale

Gjenskape hver detalj i løpet av 2 minutter? Ja, det er mulig.

3M™ Impregum™ Super Quick kombinerer polyetermaterialets presisjon og pålitelighet med a-silikonets korte herdetid.

Med en superrask herdetid på kun 2 minutter, er det nye polyetermaterialet ideelt for enkeltstående høypresisjonsavtrykk.

En forbedret frisk mints smak og kortere herdetid i munnen bedrer pasientens opplevelse av avtrykkstakingen.

3M.no/ImpregumSuperQuick



Mette Ellingsen
Salg Dental
mellingsen@mmm.com
Tlf: 975 27 993



Mette Strøm-Caspersen
Salg Dental
mcaspersen1@mmm.com
Tlf: 908 27 236



Eva Myrland
Salg Dental
eva.myrland@mmm.com
Tlf: 23 96 37 03



Stein Erling Sørensen
Salg Ortho
stein.sorensen@mmm.com
Tlf: 906 85 379

Hold deg oppdatert!
Abonner på vårt nyhetsbrev:

www.3m.no/dental/nyhetsbrev



Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

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

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

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

NYE TANKKURS!

(Gratis, men ikke obligatoriske)

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

Les mer på

www.tannlegeforeningen.no/TANK

først
flytende,
deretter
modellerbar

Verdens første kompositt
med thermo-viskøs-teknologi

IDS
2019

Besøk oss på Köln (Tyskland),
12.-16.03.2019

FORENER FLYTEGENSKAPER OG MODELLERBARHET

- **Unik og innovativ** – Oppvarming av materialet gjør det flytende for applikasjonen og deretter umiddelbart modellerbart (thermo-viskøs-teknologi)
- **Høykvalitets applikasjon** – Optimal flyt mot marginer og undersnittsområder
- **Tidsbesparende** – Ingen dekklag nødvendig
- **Enkel å bruke** – 4 mm bulkfill og boblefri applikasjon med tynn kanyle



VisColor bulk

Alle mann til pumpene – en dråpe er ikke nok!

Håndhygienedagen 5. mai 2019



Påmeldingslenken nå åpnet – velkommen til nasjonal markering av håndhygienedagen 5. mai 2019!

Markeringen er en god anledning til å rette oppmerksomhet mot håndhygiene som vårt viktigste smitteverntiltak, og til å holde seg oppdatert om de nasjonale anbefalingen for håndhygiene.

Årets tema

Hånddesinfeksjon – til rett tid og med riktig teknikk

For å sikre effektiv håndhygiene, slik at smittetilstanden brytes, må man utføre håndhygiene til *rett tid*, med *nok middel* og rengjøre *hele* hånden.

Hva innebærer en deltagelse?

Ingen forpliktelser – tilgang til materiell

Arbeidsgruppen har utarbeidet forslag til innsatsområder og aktiviteter. Alle står imidlertid helt fritt. Stor eller liten markering – meld dere på!

Ved påmelding bekrefter dere kun at dere ønsker å rette oppmerksomhet mot temaet, samtidig som dere får tilgang til undervisningsmateriell i form av filmer, presentasjoner, e-læringsprogram, plakater, brosjyrer, registreringsskjema med mer.

Les mer på www.fhi.no

Hold deg oppdatert om håndhygiene:

[Folkehelseinstituttets temaside om håndhygiene.](#)

[Nasjonal veileder for håndhygiene](#)

[Folkehelseinstituttets Facebookside om håndhygiene](#)

[Meld deg på Folkehelseinstituttets nyhetsbrev om smittevern.](#)

[Spørsmål eller forslag? handhygiene@fhi.no](mailto:handhygiene@fhi.no)

Alle mann til pumpene!

Alle mann til pumpene

En dråpe er ikke nok!

Du har sikkert lært at én dråpe er nok?

BLI MED!

Aktuelt tannhelsepolitisk arbeid

Nytt år betyr også nye dialog- og kontaktmøter. En viktig del av vår virksomhet er å være en aktiv politisk påvirkningsaktør. Her kommer en liten oppdatering om vår aktivitet den siste tiden.

I 2019 har vi hatt

– Flere møter med Helsedirektoratet, Divisjon Helseøkonomi og kompetanse, avdeling Helserefusjoner. Denne avdelingen har ansvar for trykdeordningen og alt som har med dette å gjøre, og vi diskuterer både refusjonssystemet og enkeltsaker.

– Dialogmøte med Helse- og omsorgsdepartementet hvor vi diskuterte flere viktige saker. Blankholmutvalgets rapport NOU 2018: 16 Det viktigste først sto på agendaen. Vi diskuterte også flere trender i tannhelsetjenesten, som tannhelseforsikring, antall tannleger og utdanning i utlandet mm. Dette var et nyttig møte.

– Møte med Helsedirektoratet, Divisjon Helseøkonomi og kompetanse, avdeling Autorisasjon. De har ansvar for alt som har med tildeling av autorisasjon å gjøre, til tannleger med utdanning fra Norge, og også fra utlandet.

– Møte med ledelsen fra de tre odontologiske lærestedene, altså Bergen, Tromsø og Oslo. Vi har mange viktige saker å diskutere, blant annet de nye retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (se nedenfor).

– Årlig dialogmøte med Norsk tannpleierforening.

– Møte med If tannhelseforsikring. Vi planlegger også møter med de andre tilbyderne av tannhelseforsikring i Norge. Vi vil komme nærmere tilbake til dette i en annen sak.

Vi har i tillegg planlagt følgende møter

– Dialogmøte med Helsetilsynet og et av våre 2 årlige møter med Helsedirektoratet, Divisjon kvalitet og forløp, avdeling kommunale- helse og omsorgstjenester.

– Årlig møter med Norges tannteknikerforbund blant annet.

I tillegg til dette har vi allerede levert flere høringsvar, blant annet på nye retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene, det vil si tannlege-, tannpleier- og tannteknikerutdanningen.

Blankholmutvalgets rapport og prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten har også nå blitt sendt på høring: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-201816-det-viktigste-forst/id2630061/>

Høringsfristen er 22. mai. Vi vil selvsagt arbeide med dette høringsvaret fremover.

Alle våre leverte høringsvar ligger på vårt nettsted under NTF mener:

<http://www.tannlegeforeningen.no/organisasjonen/NTF-mener.aspx>



TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Viktige tannhelsepolitiske saker

NTF arbeider med for tiden

Tannhelseforsikring

Det er nå flere selskaper som tilbyr tannhelseforsikring til pasientene. Vi kjenner til Norsk Tannhelseforsikring, If tannhelseforsikring og Bank Norwegian tannhelseforsikring. Flere medlemmer har kontaktet oss angående de ulike forsikringsordningene og etterspør NTFs holdning til produktene. Dette gjelder spesielt for If tannhelseforsikring, som har et tilbud og en markedsføring mange av våre medlemmer har reagert på.

NTF er generelt skeptiske til tannhelseforsikring. Spesielt til den modellen If forsikring har valgt, og Nordic Dentalpartner AS er agent for.

Vi er spesielt opptatt av at det er pasienten selv som må avgjøre om de har behov for tannhelseforsikring, og etter NTFs oppfatning bør tannleger ikke markedsføre eller formidle forsikring.

Vi er svært kritiske til at tannlegene må betale til dels betydelige summer for å få være med i Ifs ordning, og til at enkelte kaller dette for en godkjenningsordning. Ordningen er kun en sertifisering for at forsikringsoppgjøret kan gjøres direkte mellom klinikk og forsikringsselskap, noe som burde være unødvendig, men det innebærer ingen godkjenning eller kvalitetssikring utover det. Det er dessuten problematisk at pasientene må gå til utvalgte klinikker for å kunne bruke denne forsikringsordningen. Dette styrer pasientene på en uheldig måte og fratrar dem retten til fritt å velge tannlege.

Hovedstyret har i den sammenheng slått fast følgende (2017):

«NTF mener at en forsikringstilbyder ikke skal begrense tannlegers mulighet til å tilby behandling til forsikrede pasienter gjennom krav om godkjenningsordning eller på annen måte. Alle tannleger må uansett gis samme mulighet til å oppfylle slike krav.»

Dette er hentet fra policydokumentet «NTFs synspunkt på tannlegers rolle ved markedsføring av tannhelseforsik-

ring» som ligger på vårt nettsted under Organisasjonen / Hovedstyre / Hovedstyrets synspunkter (krever innlogging).

I sum mener NTF prinsipielt at

- En tannlege må ikke drive produktreklame eller markedsføring av forsikringsordninger eller tilby/selge forsikring.
- Forsikringsvilkårene må ikke virke styrende på behandlingsvalget.
- Forsikringsordninger må ikke være styrende på pasientenes valg av tannlege.

Vi har hatt flere møter med If forsikring, sist 15. februar 2019, hvor vi har påpekt disse ulike problemstillingene, og vi håper at de vil gjøre endringer i sine vilkår på disse punktene. Vi vil komme med informasjon hvis det kommer endringer i ordningen.

Tilbakebetalingskrav fra Helfo som følge av påstått feil bruk av buypass

NTF har ved en rekke anledninger de senere år tatt opp med HELFO og Helsedirektoratet (HDIR) problemstillingen der HELFO fatter vedtak om tilbakebetalingskrav av pasienters rettmessige refusjonskrav – hvor det eneste grunnlaget for tilbakekreving er at kravet er sendt inn med annen behandlers Buypass. Problemstillingen er også diskutert med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Det er i disse sakene ikke bestridt at pasientene har krav på stønad, og tannlegene har et rettmessig refusjonskrav. Tannlegene har kun mottatt den stønaden pasienten har krav på, og staten har ikke blitt påført større utgifter enn det som er korrekt. Likevel gjennomføres det tilbakebetalingskrav av millionbeløp, med til dels store konsekvenser for den enkelte tannlege.

NTF mener forvaltningen her tolker lovverket feil og mangler hjemmelsgrunnlag for tilbakekreving. Dette er ikke

feilutbetalinger da pasienten har ett rettmessig krav på stønad. Vi mener dessuten informasjonen rundt innsending ved bruk av Buypass har vært mangelfull.

NTF har bistått medlemmer i enkeltsaker med klage til Helfo og etterfølgende anke til Helseklage uten å nå frem med vårt syn. Vi fortsetter dialogen med HDIR og HOD for å få endret denne praksisen. Vi er også i ferd med å utarbeide klage til Sivilombudsmannen og vil vurdere å prøve disse sakene for domstol om nødvendig.

NTF er bekymret for situasjonen og har anmodet nevnte helsemyndigheter om at problemstillingen snarest finner sin løsning.

Klage til Forbrukertilsynet

NTF har nylig sendt inn klage til Forbrukertilsynet vedrørende markedsføring av tannbehandling i utlandet. I korte trekk gjelder klagen at markedsføringen sammenlikner tannbehandling i utlandet med norske tannlegers kvalitet og priser på ufullstendig eller feilaktig grunnlag, at tannbehandlingsangst enkelt kan kureres ved et besøk hos en tannlege i utlandet og påstander om at tannimplantater ikke kan ødelegges.

Vi ser flere eksempler på markedsføring som ikke er i tråd med regelverket og vi vurderer i de ulike tilfellene hvordan vi skal agere. I dette tilfellet var, etter vårt syn, overtrampet så grovt at det var på sin plass med en klage.

NTF har også tidligere klaget på tilsvarende markedsføring, men uten at saken har blitt behandlet. Forbrukertilsynets foreløpige svar er at de vil vurdere klagen denne gangen.

Vi vil også ta opp problemstillingen i møter med forbrukermyndighetene.

Zirkonzahn®

FOR THE GOOD
OF THE PATIENT

*Digitalt fremstilt Prettau® Bridge
laget i Prettau® 2 zirconia*



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

NTFs symposium 2019:

Den akutte pasient

Det var med spenning NTF ønsket over 650 deltakere velkommen til NTFs symposium 14.–15. mars. Etter mange år med det tradisjonsrike Holmenkollsymposiet var turen kommet til en ny versjon – med nytt tema, på nytt hotell og med nytt konsept. I år var det nemlig inkludert en egen parallell for tannhelsesekretærer og assistenter.

Tema for begge paralleller var «Den akutte pasient» – tydeligvis et populært tema, for symposiet ble raskt fulltegnet. Det er jo alltid litt spennende å være prøvekaniner på et flunkende nytt hotell (hotellet The Hub åpnet 14 dager før symposiet), men alt det tekniske og all logistikk fungerte utmerket, og de kursansvarlige på sekretariatet kunne puste lettet ut.

Evalueringen av symposiet er i skrivende stund ute blant deltakerne, men den umiddelbare responsen var at symposiet var svært vellykket og kursdeltagerne virket meget fornøyde etter to intensive dager med høyt faglig utbytte og høy klinisk relevans.

Hovedfokus for fagprogrammet var akutte tilstander innen odontologien, men det ble også belyst generelle akutte situasjoner som kan oppstå under tannbehandling. Moderatorene Sigbjørn Løes, Tom Paulseth og Torgils Lægreid loset deltakerne gjennom symposiets ulike sekvenser om smerte, traume og jus, med mål om at deltakerne skulle føle seg bedre forberedt på akutte situasjoner som kan oppstå på tannlegekontoret. Deltakerne fikk også mulighet til å sende inn

spørsmål til foredragsholderne i flere panelsesjoner med oppsummering av spørsmål underveis i programmet.

Filosofen Henrik Syse åpnet fagprogrammet med en etisk og humoristisk refleksjon over forholdet mellom den som skal hjelpe og den som har et akutt behov for hjelp. For det er i de akutte situasjonene etikken ofte kan bli satt under press – for selv om man har kort tid, er det disse situasjonene som krever etisk refleksjon. Det er ikke alltid man som helsepersonell kan gjøre så mye med situasjonen, men hvem man er som menneske og hvordan man takler situasjonen kan likevel gjøre forskjellen på om situasjonen er til å bære eller ikke. Syse minnet oss også om at tannleger har godt av å sette seg selv i tannlegestolen og av og til tenke: «Det kunne vært meg». For husk at det kan være forskjell på hva som virkelig er akutt og det som oppleves som akutt for pasienten. Når ting er dramatiske og det ikke er mye tid, skal vi skape «tidsrommet» likevel og legge til rette for en god pasientopplevelse og følelse av trygghet. Det er spesielt viktig å tenke gjennom hvilke ord vi bruker og hvordan vi fremstår.

Overlege Ulf Kongsgård hadde en nyttig gjennomgang av rutiner, manualer og utstyr. Hva må man ha, hva bør man ha og hvordan skal dette følges opp? De akuttmedisinske hendelsene er heldigvis sjeldne i tannlegepraksis, men vil finne sted. Hvilke situasjoner kan oppstå, og hvordan bør man respondere? Kongsgårds presentasjon ligger tilgjengelig på NTFs nettsider under Kurs og utdanning / NTFs symposium.



Henrik Syse.



Full sal med over 650 deltagere.

Årsaker, utfordringer og aspekter ved smerte

Etter den mer generelle åpningssesjonen med nyttig informasjon om ulike akutsituasjoner og infeksjoner gikk fagprogrammet videre til flere gode foredrag om ulike typer smerter, smerteårsaker, medikamentell smertebehandling, samt utfordringer med langvarige smerter. Også de psykologiske aspektene ved smerte ble belyst, inkludert ulike tiltak for å hjelpe pasienten til å mestre sine smerter.

Litt av hvert om traume

Fredagens traumedel ble humoristisk innledet av moderator Sigbjørn Løes. Han funderte blant annet på hvorfor det er såpass mange traumer i tegneserier som er forårsaket av fisk, og hvorfor det er jekslene det går hardest utover når fotballspillerne i Pongus slåss? Etter det gikk det slag i slag med en gjennomgang av behandlingsprinsipper og ulike traumekasuistikker. Hvordan sette en diagnose? Når kan man forvente endodontisk behandling og når må man ty til alternative løsninger?

Dagen ble rundet av med en gjennomgang av jussen, tannlegers plikt til å hjelpe ved akutsituasjoner og en gjennomgang av traumepasienters økonomiske rettigheter.

Festaften, intimkonsert og overlevering av stafettpinnen

Selv om det faglige er det viktigste på slike kurs, blir det ikke et ordentlig symposium uten god mat og underholdning, og hotellet leverte også på omrigg og matservering på torsdagens festaften.

Under festaftenen fikk vi også gleden av en intimkonsert med Steinar Raknes – en norsk jazzbassist i verdens-klasse. For øyeblikket er han aktuell med nytgivelsen «Chasing the real things».



Årets moderatører: Torgils Lægred, Sigbjørn Løes og Tom Paulseth.

Veien videre

Det er også fast tradisjon at det informeres om tema og moderatører for neste års arrangement under festaftenen. Med god hjelp av friidrettsstjernen Steinar Hoen ble stafettpinnen overlevert på profesjonelt vis til de som skal ha ansvaret for neste års symposium, nemlig Ulf Riis, Martin Hoftvedt og Hans Jacob Rønold. Temaet for NTFs symposium har arbeidstittel «Journey of the jaws», og moderatorene lovet oss et symposium for allmennpraktikeren hvor man vil få belyst mange ulike vinklinger og odontologiske utfordringer som følger oss hele livet.

Vi takker foredragsholdere, arrangementskomite og ikke minst dyktige moderatører for to fine dager – og gleder oss allerede til neste år! (Hold av datoene 12.–13. mars 2020 allerede nå!)



Steinar Raknes.

NTFs Tariffkonferanse 2019

Lønnsarbeid og kjønnsarbeid

Med rekordstort oppmøte ble NTFs Tariffkonferanse avholdt 14.–15.mars på Clarion Hotel & Congress ved Gardermoen, som den femtende i rekken av sitt slag.

Tariffkonferansen avholdes hvert år for tillitsvalgte i offentlig sektor, for å diskutere årets sentrale lønnsforhandlinger, informere om aktuelle saker og å forberede de tillitsvalgte på arbeidet frem mot de lokale oppgjørene til høsten. Det var flere nye tillitsvalgte representert ved årets konferanse, blant annet fra Studentsamskipnaden i Oslo og NIOM, i tillegg til flere ringreiser – hvorav noen som har deltatt på samtlige tilsvarende konferanser.

Pensjon og tariffoppgjør

Normalt i mellomoppgjørsår blir de tillitsvalgte forberedt på at det stort sett dreier seg om økonomi i de sentrale oppgjørene. De fleste av NTFs medlemmer i offentlig sektor har lokal lønnsdannelse, så dette har mest betydning for innstillingen virksomhetene har til de lokale lønnsoppgjørene – arbeidsgiverne ser ofte til sentrale oppgjør for å fastslå hva som er «rimelig lønnsutvikling». Noen år med mellomoppgjør åpner det seg likevel muligheter for å diskutere andre temaer enn økonomi, og i 2019 er det varslet at pensjon nok en gang kommer på blokka. I 2018 ble det utarbeidet en skisse for ny offentlig tjenstepensjon, som Akademikerne og da også NTF aksepterte. I etterkant er det flere temaer relatert til pensjon som ikke har blitt adressert; særaldersgrenser er en av dem. For de ansatte i staten er det også et tak for hvor stor del av variable tillegg som kan være en del av pensjonsgrunnlaget. Akademikerne ser på dette som en prinsipp sak – når det kommer til pensjon bør det ikke være en maksimumsgrense for hva som skal kunne telle med.

Ole Jacob Knudsen fra Naturviterne, en av Akademikerne pensjonsekspert, deltok på konferansen for å gi nye og gamle tillitsvalgte en grunnleggende innføring i hva det nye pensjonssystemet faktisk har av konsekvenser. Han fortalte at så mange som 7/10 aner ikke hva de ender opp med, og så mange som 40 % vet ikke engang hvilken pensjonsordning de har. Den store variabelen er hvor lenge de kommer til å

jobbe, og hvor lenge de tenker at de skal leve. «Tannleger lever lenge – for lenge, vil noen si», var blant gullkornene Knudsen leverte i en presentasjon der han blant annet ga en humoristisk gjennomgang av forsamlingens pensjonsmessige vinnere og tapere.

Offentlig tjenstepensjon måtte endres som en følge av pensjonsreformen i folketrygden – det gamle systemet var ikke lenger bærekraftig. Og dette var vel kanskje heller ikke å forvente, siden det gamle systemet i folketrygden var basert på at pensjonistene hadde en forventet videre levetid på ca. 9 måneder etter oppnådd pensjonsalder – ikke de 20 årene som er dagens virkelighet.

Den nye ordningen skal evalueres i 2030, og Knudsen sier det er håp for de yngre årskullene – der er det tid til å få endret de som er mangelfullt også ved det nye systemet. For de yngste aldersgruppene kommer til å måtte jobbe veldig lenge for å oppnå en akseptabel pensjon, helt opp mot 75 år, noe som er i overkant av hva som kan anses som forsvarlig. Dette fordrer selvsagt at særalderspensjonen for tannleger i offentlig sektor forandres eller fjernes. Dersom man er pliktig å fratre ved 65 års alder vil pensjonsnivåene være nede på under 50% for de yngste – og det vil ikke være en levelig ordning på sikt. Særalderspensjonen er nå gjenstand for forhandlinger, og fristen for endelig avtale er 1.november 2019.

Knudsens tips til de yngre var å starte egen pensjonssparing tidlig, ikke jobb deltid eller ta friår og ikke bare studere, men også jobbe samtidig.

Regionreform og sammenslåing

Rundt om i det ganske land jobber de tillitsvalgte i fylkeskommunene nå aktivt med regionreformen for å sørge for at Tannlegeforeningens medlemmer i best mulig grad blir ivarettatt når de forskjellige tannhelsetjenestene skal slås sammen og bli nye enheter. Blant temaene som ble tatt opp av Sentralt forhandlingsutvalgs leder Farshad Alamdari var i hvilken grad de tillitsvalgte får mulighet til medbestemmelse, hvordan lønnsharmonisering skal gjøres i praksis, avvikling av lokale særavtaler – blant annet bonusavtaler – og

hvordan de nye fylkeskommunene skal organiseres både med tanke på lederstruktur og tillitsvalgtstruktur.

Trøndelag som har gjennomført sin sammenslåing ble spurt til råds om hvordan de har gjennomført dette, blant annet med tanke på lønnsharmonisering – for det er forskjeller i hvordan de ulike fylkeskommunene lønner sine tannleger og tannlegeledere. NTFs utgangspunkt er at slike skjevheter overhodet ikke kan løses ved de lokale lønnsforhandlingene og at det må tilføres midler.

De senere år har lokale særavtaler som f.eks. bonusordninger blitt sagt opp i flere av fylkeskommunene og flere tillitsvalgte bidro i ordskiftet om hvordan dette har blitt løst og hvilke utfordringer de har møtt på i den forbindelse.

Jo nærmere man kommer årets slutt vil kanskje noen av prosessene gå svært raskt og SFs leder uttrykte bekymring for at graden av medbestemmelse kan bli svekket som følge av dette. Det kom flere innspill fra salen om hvordan de tillitsvalgte organiserer seg for å få dekket opp alle oppgaver knyttet til sammenslåingsprosessen.

Presidenten tok ordet

President Camilla Hansen Steinum kom for å informere om Hovedstyrets og sekretariatets aktivitet og aktuelle saker. Det ble blant annet snakket om trygdesystemet; både kjeveortopedenes gruppe C – som ble foreslått fjernet av regjeringen i fjor høst, og Blankholmutvalgets anbefaling om å gjennomgå hele stønadsordningen.

Angående flytting av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til kommunene så kunne presidenten informere om at denne saken står på stedet hvil og at det virker som om det ikke er noe som er på prioriteringsblokka til politikerne. Noe som derimot er på prioriteringsblokka er også et punkt fra Blankholmutvalgets rapport; gjennomgang av tannhelsetjenestelovens prioriterte grupper. Det fremstår som tydelig at Blankholmutvalgets rapport kan få store konsekvenser for hvordan vi skal prioritere og jobbe i både offentlig og privat tannhelsetjeneste i årene som kommer.

Vedtekter og regelverk

NTF gjennomgår for tiden en vedtektsendingsprosess, etter et vedtak fra Representantskapet i 2017. Presidenten gjennomgikk noen av de foreslåtte endringene. I tillegg til dette var en stor del av konferansens dag 2 satt av til diskusjon

rundt NTFs reglement for SF og de offentlige tillitsvalgte. «Reglement for NTFs tariffbundne virksomheter» er ute til revisjon og i den forbindelse har UTV-ene vært høringsinstans. Innsendte innspill og innspill fra salen ga en time-lang diskusjon om blant annet dekning av UTVs utgifter, SFs sammensetning, hvem som skal kunne møte på Lønns-politisk forum, finansiering av tillitsvalgtopplæring.

Lønnsarbeid og kjønnsarbeid

På en tariffkonferanse er det naturlig å snakke om de nåværende lønns- og arbeidsvilkår og disse problemstillingene ble adressert av både SF og NTFs forhandlingsjef John Frammer som gjennomgikk henholdsvis lønnsstatistikk innsendt av de tillitsvalgte i fylkeskommunene og ved universitetene, samt NTFs lønnsundersøkelse som går ut til medlemmene i fylkeskommunene hvert år. De store linjene viser at det blir stadig flere kvinner i DOT – så mye som 80 % av de som jobber i vanlige tannlegestillinger og ca. 70 % av de som har lederstillinger i DOT er kvinner. Ved universitetene er det en noe jevnere kjønnsbalanse med ca. 55 % kvinneandel. Forhandlingsjefen utfordret forsamlingen til et ordskifte om kjønnsfordelingen blant norske tannleger er et problem som NTF må adressere, og hvordan SF og Tariffkonferansen skal forholde seg til det. Tillitsvalgte fra universitetene kom med flere innspill om hvordan dette kan løses på lærestedene; intervju var ett av forslagene som fikk bred støtte i salen. Et spørsmål som ble stilt var «er det slik at de karaktersterke guttene ikke er interessert i å bli odontologer, og at det er derfor kjønnsbalansen er slik den er?» Ingvild Brusevold, tillitsvalgte ved UiO var en av meningsytrerne og sa at «Hovedfokuset må være på rekruttering av studenter».

Tradisjonelt sett har kvinnedominerte yrker blitt lønnet dårligere enn mannsdominerte yrker, så forsamlingen ga uttrykk for at de anser det som vel så viktig å adressere denne problemstillingen som å bare jobbe med lønnsutvikling i hver enkelt virksomhet. Det er vanskelig å snakke om kvotering uten å komme inn på en diskusjon om kvalifikasjoner. For de tillitsvalgte er det viktig at det alltid ansettes de som er best kvalifiserte til ledige stillinger i offentlig sektor, og at man ikke bare kan se på kjønn – selv om mange også ønsker seg en jevnere kjønnsbalanse.

Ragnhild H. Løken,
styremedlem i Sentral Forhandlingsutvalg (SF)

Forum for etterutdanning 2019

Tannlegeforeningen arrangerer Forum for etterutdanning hvert annet år. Denne gang ble det avholdt 4. og 5. mars på det nye hotellet sentralt i Oslo, The Hub. I tillegg til lokalforeningenes kurskontakter var også fylkenes kursansvarlige invitert og en representant fra hver av spesialistforeningene. Hovedtema første dag var TSE, Tannlegeforeningens systematiske etterutdanning som i år feirer 20-års jubileum. Flere av de fagansvarlige for modulene deltok, og det ble utvekslet erfaringer fra disse og fra lokalforeningenes ståsted. Administreringen av TSE-kursene foregår i tett samarbeid med sekretariatet hvor lokalforeningene gjennomfører arrangementet. Det er store variasjoner i forhold til hvor mye Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er involvert, noen steder er de hovedansvarlige, mens andre steder er det lite samarbeid mellom lokalforening og DOT.

På dag to startet programmet med et overordnet innlegg fra NTFs president om NTFs etterutdanning som harmonerer godt med NTFs visjon. Obligatorisk etterutdanning er

vedtatt av representantskapet og er et viktig punkt i arbeidsprogrammet. Det blir foretatt en evaluering av ordningen basert på statistikk og erfaringer som vil være grunnlaget for å legge frem mulige revisjoner på årets representantskap. Siste del av dagen ble det lagt opp til en diskusjon om fremtidens etterutdanning og NTFs rolle som tilbyder hvor kvalitet, kvantitet og etikk var sentrale begreper.

Hovedfokus denne dagen var rettet mot de tillitsvalgte rolle som kurskontakter og det ble utvekslet erfaringer fra de ulike foreninger og fylker. Temaer som ble belyst var økonomi, markedsføring og administrative rutiner som påmelding og håndtering av deltakerlister. Vi tror dette er et nyttig forum både for nye og mer rutiner kurskontakter og svært nyttig for NTF sentralt å få konstruktive tilbakemeldinger på samarbeidsformer og innspill til kursutvikling og etterutdanning.

Fagsjef Øyvind Asmyhr



Lise Bjordal Furset, kurskontakt i Nordmøre og Romsdal forteller om sine erfaringer som arrangør av TSE kurs.



President Camilla Hansen Steinum om viktigheten av livslang læring og etterutdanning.

Tannlegeforeningens systematiske etterutdanning, TSE, feirer 20 år i år.



Arne O. Lund forteller om sine erfaringer som TSE kursgiver.

REPARASJON AV TURBINER, VINKELSTYKKER OG TANNLEGEUSTYR

Rask og rimelig reparasjon av roterende instrumenter. Gratis prisoverslag.

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

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

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

Tlf. 94 09 70 20 | post@wdental.no | www.wdental.no

WDental





NTFs Midnattsolsymposium 2019

TEMA:

Estetikk, kvalitet og etikk

Tid: 13. – 14. juni 2019

Sted: Clarion Hotel The Edge. Tromsø

Påmelding: www.tannlegeforeningen.no

“Gjør kloke valg”

- en kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling

04 Fyllinger skal ikke skiftes bare fordi de har vært i funksjon i mange år

Det kan være mange årsaker til at fyllinger må skiftes. De vanligste er at det blir karies i kanten på en fylling, at deler av fyllingen frakturerer, eller at tannen frakturerer. Disse faktorene er ikke nødvendigvis relatert til alder på restaureringen. Pasientens munnhygiene har stor betydning, og størrelsen og belastningen på fyllingen vil også spille en vesentlig rolle. Alle inngrep i en tann svekker tannen, og man må derfor ha klare indikasjoner hvis en fylling skal skiftes. Hvis det er mulig å reparere deler av fyllingen, vil dette også kunne være vevsbesparende.

Referanser:

- Blum IR et al. Factors influencing repair of dental restorations with resin composite. Clin Cosmet Investig Dent. 2014 Oct 17;6:81-7. PMID: 25378952.
- Gordan VV, et al. Alternative treatments to replacement of defective amalgam restorations: results of a seven-year clinical study. J Am Dent Assoc. 2011 Jul;142(7):842-9. PMID: 21719808.
- Lynch CD et al. Student perspectives and opinions on their experience at an undergraduate outreach dental teaching centre at Cardiff: a 5-year study. Eur J Dent Educ. 2010 Feb;14(1):12-6. PMID: 20070794.
- Mjör IA et al. Failure, repair, refurbishing and longevity of restorations. Oper Dent. 2002 Sep-Oct;27(5):528-34. PMID: 12216574.

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

www.tannlegeforeningen.no/klokevalg

Informasjon til pasienter

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

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

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



Rogaland Tannlegeforening – intervju med Andreas Iversen

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

Rogaland Tannlegeforening (RTF) er en aktiv forening med ca. 400 medlemmer fra privat og offentlig sektor, og de viktigste oppgaven vi har hatt i den siste tiden er å avholde kurs. RTF har stor kursaktivitet og god deltakelse, og det er viktig for oss å holde det faglige nivået i foreningen høyt til tross for at det ikke er et lokalt universitetsmiljø. Vi avholder fem kveldskurs og et to-dagerskurs i løpet av året. Annethvert år avholder vi også TSE-modul (Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning). I år er det modul 9 i Endodonti sin tur. Dette er et viktig og populært kurstilbud som gir mange timer i NTFs system med obligatorisk etterutdanning.

Kveldskursene pleier å ha en deltagelse på rett i overkant av 100 personer, hvor offentlige og private er representert. Alt tannhelsepersonell er også representert på kursene i løpet av året. Siste kurs i februar hadde hele 191 deltakere.

Ellers har vi jobbet med å skaffe nye tillitsvalgte til styret og andre verv. Styreleder, nestleder, kasserer og leder for klagenemnda var nye fra nyttår. Vi er også så heldige å ha tillitsvalgte fra RTF i sentrale verv i NTF. Ralf Husebø (leder Sentralt Næringsutvalg og representant fra SNU i NTFs hovedstyre), Morten Klepp (Etisk råd), Christiane H. Dale (vara Sentralt Foruhandlingsutvalg) og Atle Hagli (valgkomiteen). Dette gir oss viktig innsyn og god informasjon om hva NTF driver med sentralt.

Hva har vært de største utfordringene?

Styret har engasjert seg i media rundt saken om flytting av tannhelsetjenesten til kommunen. Det ble også skrevet i Ro-

galand Avis om Studentsamskipnaden i Stavangers (SiS) avtale med tannleger om støtte til tannbehandling for studenter. RTF har vært i kontakt med SiS angående muligheten til at alle tannlegene i regionen har lik mulighet til å ta del i denne ordningen. Denne saken er nå til lovlighetskontroll hos NTFs juridiske avdeling. Vi må vel innrømme at GDPR ikke har fengst særlig interesse, men styret vil ta fatt på dette innen kort tid.

Hvordan jobber foreningen med nye medlemmer og tillitsvalgte?

Vi har arrangert «bli kjent» kveld for nye medlemmer. Alle medlemmer får informasjon om kurs og arrangementer på epost. Nye tillitsvalgte får dra på tillitsvalgt-kurs i Oslo.

Lokalforeningen er en fin arena å komme i kontakt med andre kolleger, få nye bekjentskap og ikke minst få komme på kurs og få faglig påfyll.

Hvordan oppleves det å være leder i foreningen?

Det er med glede og litt usikkerhet at jeg overtok som leder i RTF fra nyttår. Det er jo koselig at gamle medlemmer kan resirkuleres i foreningsapparatet. Jeg er sikker på at sammen med et godt og kompetent styre kan føre foreningen videre og kanskje utvikle den videre.

Hva kommer til å skje de neste 6-12 mnd?

Framover vil vi prøve å jobbe med å være mer synlig for medlemmene og gi informasjon om hva vi jobber med og hva ulike tillitsverv går ut på, kanskje friste til mer aktiv deltakelse. Vi ønsker også å øke den sosiale aktiviteten – nå først med et årsmøte av utelukkende sosial karakter.



Styret fra venstre: Haakon Skeie (leder fagnemda), Ingunn Roalkvam (sekretær), Justina Haukelid (kasserer), Anna Esther Boenheim (UTV representant), Andreas Iversen (leder), André Vistnes (Næringspolitisk representant), Ivan Yanchev (nestleder). Infosekretær Jo Sæther Mæhle var ikke tilstede da bildet ble tatt.



Møtebilde: Fra februar kurset om hygiene – 191 deltakere.

FAKTA

Rogaland tannlegeforening

Totalt 349 medlemmer
 149 menn / 200 kvinner
 93 Offentlig / 223 Privat
 Leder: Andreas Iversen



Leder: Andreas Iversen.

Sør-Trøndelag Tannlegeforening – intervju med Anne Kristine Solheim

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

I Sør-Trøndelag har det vært et relativt rolig 2018 på den politiske fronten, men da vi hadde 125-årsjubileum har dette vært hovedfokus for foreningen, både faglig og sosialt.

Vi har valgt å bruke endel av overskuddet vi har bygd oss opp over mange år, til å gi tilbake til medlemmene, både ved å arrangere kurs og en storslått jubileumsfering som startet i Nidarosdomen og avsluttet i Erkebispegården med nydelig lokal mat og underholdning både av Mads Bones, Sondre Justad og Tronheimssolistene

Hva har vært de største utfordringene?

Den største utfordringen har ligget i arbeidet til UTVene mot offentlig sektor. Trøndelag ble ett fylke i 2018, og dette førte til mange utfordringer for de offentlig ansatte tannlegene.

Høydepunkter? (Kurs, sosiale arrangementer, medieoppslag?)

Et naturlig høydepunkt var jo selvsagt tidligere nevnte 125-årsjubileum. Ellers er Midt-Norgemøtet alltid et høydepunkt for oss! Møtet øker i størrelse år etter år, og vår fantastiske kursnemnd leverer alltid både på fagfronten og underholdningsfronten.

Hvordan jobber foreningen med nye medlemmer? Med tillitsvalgte?

STTF har stort sett vært veldig heldige når det kommer til å verve nye tillitsvalgte. Vi holder et relativt stort aktivitetsnivå, med utgivelse av medlemsblad 4 ganger i året, 4 gratis medlemsmøter pr år med hvor det både snakkes om foreningspolitikk og fag, og Midt-Norgemøtet. Dette funge-

rer som en god arena for nye medlemmer til å møte og bli kjent med både foreningen og kolleger.

Vi har også arrangert mediehåndteringskurs for tillitsvalgte, og tilbudt kurs i foreningsarbeid for de som vurderer å ta et verv senere.



STTFs leder, Tine Solheim, holder tale under jubileumsmiddagen.
Foto:STTF.

Hvordan ser du på dagens situasjon for lokalforeningens medlemmer, og hvorfor er det viktig å være medlem av lokalforeningen?

Med mange aktive tillitsvalgte og et høyt aktivitetsnivå, er situasjonen vår i dag stort sett veldig bra, iallefall etter det jeg får tilbakemeldinger på. Vi prøver alltid å gi tilbake til medlemmene, med gratis kurs og arrangementer som gjør at vi kan treffes, få nye bekjenskaper og lære.

Jeg mener at det er viktig å være lokalforeningsmedlem nettopp av disse grunnene. Få ny kunnskap, knytte bånd til andre tannleger og kunne ha et nettverk nær seg hvor man kan søke råd, hjelpe andre, møtes og utveksle erfaringer. Man skal ikke undervurdere viktigheten av dette, spesielt ikke for nyutdannede!

Hvordan oppleves det å være leder i foreningen?

Hovedsakelig synes jeg det er veldig trivelig. De aller, aller fleste er positive, viser engasjement og kommer med både ros og konstruktive tilbakemelding er om det er noe som kunne vært bedre.

Jeg har sittet snart 3 perioder (6 år) som leder nå, og jeg føler at vi er flinke til å støtte og bygge hverandre opp i lokalforeningen.

På den negative siden er (som ellers i samfunnet i dag), mye av det som skjer på nett. Det kommer veldig mye «grums» frem på ulike nettforum som jeg føler at tynger endel. Å ta på seg et tillitsverv er noe man gjør frivillig, og vi i STTF gjør dette uten noen form for kompensasjon. Jeg tror vi må være flinkere til å tenke over dette i måten vi kritiserer våre tillitsvalgte på, om vi ønsker å beholde det på den måten. Jeg har i perioder følt det veldig tøfft å lese hva medlemmer i NTF generelt synes om jobben vi gjør. Selvsagt skal vi tåle kritikk, og vi gjør feil som alle andre, men jeg skulle ønske at man fremover tenker over hvordan man ordlegger seg ved tastaturet og generelt bryr seg litt mer om hverandre. Heldigvis føler jeg ikke at dette er noe problem innad i STTF, men heller i foreningen som en helhet.

Hva kommer til å skje de neste 6 – 12 mnd?

Vi jobber aktivt med å få til samarbeid med TkMN i tiden fremover. Da vi ikke har noe fakultet her i området, ser jeg mange muligheter for å samarbeide med TkMN, spesielt med tanke på forskning. NTNU er samarbeidspartner for TkMN, og vi er så heldige at administrerende direktør der, Patrik Cetrelli er nestleder i STTF. Jeg håper og tror at dette gir oss mange gode muligheter i tiden fremover.



Fagnemnda i STTF. Fra venstre: Ivar Fagerholt, Kai Åge Årseth, Ingunn Omestad Solberg, Knut Gätzchmann, Silje Thorvaldsen og Per Christian Tronesvold. Foto: Fotograf Eidsmo/Erlend B. Enger.



Festmiddag i Erkebispegården. Foto: STTF.



Tine Solheim. Foto: STTF.

FAKTABOKS

Sør-Trøndelag tannlegeforening

Totalt 299 medlemmer

148 menn / 151 kvinner

89 Offentlig / 154 privat

Leder: Anne Kristine Solheim

NTFs etterutdanning sommer/høst 2019



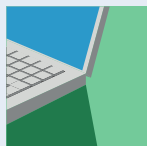
Etterutdanningskatalogen for sommer/høst 2019 er her!

Last ned katalogen på
www.tannlegeforeningen.no/kurs

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



NTFs etterutdanning



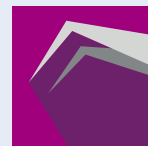
TANK



TSE



NTFs KURS



NTFs
LANDSMØTE



NORDENTAL

GUM
HEALTH
DAY 
12 MAY 2019

Promoted by the
European Federation
of Periodontology

Healthy gums, beautiful smile



gumhealthday.efp.org



European Federation
of Periodontology

EFP partners



Arbeidsliv

Avtaler om bindingstid i arbeidsforhold

NTF har de siste årene sett flere eksempler på avtaler om bindingstid. Avtalene vi har sett er av og til mangelfulle, ubalanserte og binder tannlegen i for lang tid.

Anledningen til å inngå avtaler om bindingstid

Utgangspunktet i norsk rett er at arbeidsavtaler er oppsigelige, og at arbeidstakere ikke skal kunne holdes bundet til arbeidsgiver mot sin vilje. Det er imidlertid anledning til å inngå avtaler om bindingstid i arbeidsforhold. Dette begrunnes i avtalefriheten der utgangspunktet er at det kan inngås avtale, såfremt det ikke er konkrete holdepunkter i lov eller avtaleverk for annet.

For at en avtale om bindingstid skal stå seg må det foreligge en rimelig balanse mellom partenes bidrag og fordeler. Med balanse mener vi hvorvidt arbeidstaker oppnår noe mer enn kun ordinær godtgjørelse for det arbeid han leverer ettersom han i tillegg til sin arbeidsinnsats, lar seg binde til arbeidsgiveren. Arbeidstakeren skal m.a.o. få noe igjen for sin villighet til å la seg binde til virksomheten. Gir ikke avtalen noen særlige goder for arbeidstaker utover det alminnelige, kan avtalebestemmelsen ses på som urimelig.

Arbeidsgiver har på sin side behov for å sikre at virksomheten får noe igjen for sin investering i arbeidstakeren.

Vi anbefaler alltid at det settes opp en separat avtale om utdanning og permisjon som et tillegg til den allerede eksisterende arbeidsavtalen.

Bindingstidens lengde

For medlemmer og virksomheter (den offentlige tannhelsetjenesten) som er omfattet av Hovedtariffavtalen i KS er det avtalt en tariffregulert begrensning i hvor lang bindingstid som kan avtales i § 14.3:

«Plikttjeneste/bindingstid kan avtales med den enkelte dersom kommunen/fylkeskommunen ved opplæring yter vesentlig økonomisk støtte. Plikttjeneste begrenses til maks. 2 år.»

For andre medlemmer, for eksempel i privat sektor, er det ingen tilsvarende begrensning i hvor lang bindingstid som kan avtales. Høyesterett har imidlertid uttalt at en lengde på 4 år er «nær grensen for hva som kan godtas» i Rt. 2006 s. 609.

Vilkår under spesialisering

De økonomiske vilkårene under permisjon for utdanning er ikke underlagt tariffbestemmelser i avtaleverket. Det foreligger derfor avtalefrihet om det skal betales lønn eller stipend, og også størrelsen på kompensasjonen. Det kan vanskelig sies noe generelt om hva som oppfattes som en rimelig og god avtale for den enkelte arbeidstaker. I enkelte tilfeller gir avtalen så dårlige vilkår at det vil lønne seg å si opp stillingen og finansiere spesialistutdannelsen selv.

Det avgjørende vil normalt være de økonomiske elementene, som er arbeidsgivers kostander/finansiering. Her inkluderes i tillegg til lønn eller stipend retten til feriepenger, pensjonsinnskudd osv. Ofte er det slik at det gis permisjon uten lønn og kun utbetales stipend. En rimelig ordning for arbeidsgiver, men som er mindre gunstig for arbeidstaker. Stipendordninger bør derfor etter NTFs oppfatning kvalifisere for kortere bindingstid enn ordninger med lønn.

Det som kanskje betyr mest er manglende pensjonsinnskudd og dermed tapt opptjening i pensjonsordningen, i tillegg til tapte forsikringsordninger.

I forkant av avtaleinngåelse, mens det fortsatt er mulig å påvirke avtalens innhold, bør NTFs jurister kontaktes. Avtalen bør minst inneholde:

1. Beskrivelse av utdannelsen og hvilken tittel den skal føre frem til.
2. Tidsbruk, omfang og normert lengde.
3. Arbeidsgivers dekning av studiekostnader, bøker, avgifter, reise- og oppholdsutgifter.
4. Om godtgjørelsen skal utbetales som lønn eller stipend.
5. Medlemskap i pensjonsordning, eventuelt forsikringsordninger. (Det er uheldig at du meldes ut).
6. Bindingstidens lengde (maksimalt 2 år i kommunalt tariffområde).
7. Beregning av bindingstid etter utdanningens avslutning, ved for eksempel fravær, foreldrepermisjon, sykdom eller annet.
8. Tilbakebetaling dersom man ikke fullfører utdanningen.
9. Adgangen til å kjøpe seg fri fra bindingstiden eller deler av den.

10. Erstatningsansvar ved brudd på bindingstiden.
11. Hvordan man skal tilpasse seg ved eventuelle avbrudd i utdanningen, ved for eksempel permisjon, sykdom eller annet fravær.
12. Regulering av erstatningsansvar hvis man ikke kan oppfylle avtalen om bindingstid grunnet uforskyldte forhold som egen sykdom eller sosiale omstendigheter.

Lønnsnivå etter endt spesialisering

Dersom det ikke blir tilbudt en lønn om lag på det nivå andre spesialister har, vil arbeidsgiver på denne måten misbruke den maktposisjon bindingsavtalen gir. Først og fremst ved å diktere en lønn under normalt lønnsnivå og dernest ved ikke å imøtekomme forsøk på å komme i forhandlinger.

En bindingsavtale uten mulighet for å diskutere lønn, vil etter NTFs oppfatning klart kunne anses som urimelig. En bindingsavtale skal på ingen måte kunne sette arbeidsgiver i den posisjonen at denne kan skaffe seg rimelig arbeidskraft. Man kan da fort komme i en situasjon hvor man kan anføre at arbeidsgiver har brutt avtalens forutsetninger ved avtaleinngåelsen og dermed kunne si opp avtalen.

Konsekvenser ved brudd på en gyldig bindingstidsavtale

Brudd fra arbeidstakers side

Det er alltid en viss risiko ved bindingsforhold og bindingsavtaler. Som arbeidstaker har man ingen garanti for at man vil trives på arbeidsstedet eller for hvordan man blir behandlet av arbeidsgiver. Personlige forhold kan gjøre at en får behov for å flytte til en annen del av landet.

Der bindingstiden er gyldig avtalt og arbeidstaker slutter i virksomheten før den utløper, kan arbeidsgiver kreve erstatning for sitt økonomiske tap.

Arbeidsgivers direkte tap vil først og fremst være at arbeidsgiver har gitt arbeidstaker kompensasjon eller dekket kostnader til videreutdanning uten å få noe igjen for det i form av at arbeidstakers nye kompetanse kommer til nytte i virksomheten.

Et annet moment i erstatningskravet vil være arbeidsgivers indirekte tap av inntekter som følge av arbeidstakers brudd på bindingstiden. Størrelsen på slike tapte inntekter kan være vanskelig å fastslå. Gode rettesnorer vil for eksempel være

arbeidstakers eventuelle inntjening i ny virksomhet og anslått verdi av kontrakter arbeidsgiver tapte, fordi nøkkelpersonen bevisst har brutt bindingstidsavtalen og ikke lenger er en del av virksomheten.

Her som ellers, vil det være enklere å få erstattet det økonomiske tapet ved at det er inngått avtale om konvensjonalbot ved brudd på avtalen.

Brudd fra arbeidsgivers side

Eksempler på brudd på bindingstidsbestemmelser fra arbeidsgivers side, må først og fremst være manglende innbetaling av den avtalte økonomiske kompensasjonen til arbeidstaker. I slike tilfeller må en vurdere om kontraktsbruddet er så vesentlig at arbeidstaker skal kunne heve avtalen, eller om andre virkemidler først bør forsøkes.

Det er uavklart om det skal anses som brudd på avtalen om bindingstid hvis arbeidsgiver sier opp arbeidstaker på saklig grunnlag i løpet av bindingstiden. Høyesterett uttaler også i den nevnte dommen at en bindingstid for den ansatte må korrespondere med en tilsvarende plikt for arbeidsgiveren til å beholde arbeidstageren i perioden. Arbeidstakeren har med andre ord både rett og plikt til å stå i stillingen frem til bindingstiden utløper.

Arbeidsgiver plikter også å oppfylle sin del av bindingstidsavtalen ved at arbeidstaker faktisk får jobbe i stillingen ut avtaleperioden. Et politisk vedtak om at det ikke skal være spesialister på stedet det gjelder, vil for eksempel være et brudd på avtalen fra arbeidsgivers side.

**John Frammer, leder NTF Jus og arbeidsliv/advokat
Silje Stokholm Nicolaysen, juridisk rådgiver i NTF**

Spør advokaten

Bestride sykmelding

Vi har en ansatt tannhelsesekretær som noen uker før jul ba om ferie i januar, dette kunne vi ikke få til på grunn av fulle pasientlister. I romjulen kom det så en sykmelding. Vi stusser litt på det og har en mistanke om at arbeidstaker ikke var for syk til å jobbe. Er det noe vi kunne ha gjort i denne situasjonen?

Svar:

Arbeidsgiver må ikke alltid godta sykmeldinger i arbeidsgiverperioden. Folketrygdloven § 8-4 er helt klar på at arbeidstaker må være arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade, for å ha rett til sykepenger.

I de fleste tilfellene hvor det foreligger sykmelding fra lege, kan det legges til grunn at de medisinske vilkårene er oppfylt. Forhold rundt sykmeldingen eller hendelser i nær tilknytning til sykmeldingsperioden kan imidlertid være slik at det medisinske grunnlaget for sykmeldingen kan trekkes i tvil.

Det kan for eksempel være ved avslag om ferie som her, ved konflikter mellom de ansatte, sykemeldingen er tilbakedatert, ulike livskriser, for eksempel ved skilsmisse, når arbeidstager til stadighet bytter lege, eller deltar i aktiviteter som synes lite forenelig med en sykemelding.

Ankenemnda for sykepenger har uttalt at vurderingen av om det foreligger sykdom skal være relativt streng der det foreligger en situasjon hvor det kan være grunnlag for vikarierende motiver for fravær.

For arbeidsgiver kan det være utfordrende med sikkerhet å vite hva som feiler arbeidstaker, og hvordan sykdommen eller den eventuelle skaden påvirker arbeidsevnen. Arbeidsgiver har på den ene side en plikt til individuell tilrettelegging for syke arbeidstakere, men på den annen side har arbeidstakeren en taushetsrett for private forhold, herunder sykdom og diagnose.

Likevel har arbeidstaker en medvirkningsplikt ved å opplyse om sin egen funksjonsevne, altså hva, hvordan og hvor mye vedkommende kan bidra med, såkalt restarbeidsevne.

Vi anbefaler våre praksiseiere og ha som fast rutine ved melding om sykdom fra den ansatte, alltid å spørre om mulig restarbeidsevne, om det er noen oppgaver de kan utføre, om så, bare noen timer om dagen.

Det er likevel slik at arbeidsgiver ikke alltid slår seg til ro med arbeidstakers opplysninger om funksjonsevne.

Dersom arbeidsgiver har informasjon eller holdepunkter for at den ansatte ikke fyller vilkårene for rett til sykepenger, bør arbeidsgiver bestride sykmeldingen og avslå sykepengeutbetaling i arbeidsgiverperioden. Dette gjøres på følgende måte:

Først kaller man inn arbeidstakeren til en samtale. Formålet med samtalen er blant annet å gi arbeidstaker anledning til å gi en forklaring. Med god dialog vil kanskje arbeidsgiver endre sin oppfatning av grunnlaget for sykmeldingen, og ikke lenger bestride den.

Vil arbeidsgiver fortsatt bestride sykmeldingen, er det viktig å ikke utbetale sykepenger i arbeidsgiverperioden eller etter arbeidsgiverperioden dersom arbeidsgiver forskutterer sykepenger.

Dernest skriver arbeidsgiver et brev til arbeidstakers lokale NAV-kontor med kopi til arbeidstakeren. Her må arbeidsgiver gjøre rede for hvorfor sykmeldingen bestrides.

NAV vil ta stilling til arbeidsgivers brev og vurdere arbeidstakerens rett til sykepenger. NAV har plikt til å undersøke alle opplysninger i saken, og vil innhente opplysninger fra arbeidsgiver, sykmelder, og har også mulighet til å forelegge saken for NAVs rådgivende lege eller annen spesialist.

Får man ikke medhold her, kan avgjørelsen klages inn for ankenemnda for sykepenger.

Ankenemnda er en uavhengig klagenemnd som avgjør tvister mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om sykepenger i arbeidsgiverperioden etter folketrygdloven.

John Frammer
Leder NTF Jus og arbeidsliv/advokat

MNTF

– et kvalitetsstempel!

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

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

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

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

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



Den norske
tannlegeforening

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder Tannlegeforening

Astrid Tredal,
tlf. 37 03 80 77

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@gmail.no

Hedmark Tannlegeforening

Børge Vaadal
tlf. 991 21 311

Björg Figenschou,
mobil 414 88 566

Nordland Tannlegeforening

Sigmund Kristiansen,
tlf. 915 63 725

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: tannlege@leikanger.as
tlf. 70 13 10 80

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

Snakk om etikk

God klinisk praksis i tannhelsetjenesten

NTFs etiske regler beskriver normer og retningslinjer for riktige og gode handlinger. Hensynet til pasienten er overordnet i regelverket, og det er et mål å tilby pasienten best mulig omsorg og behandling.

§2 Ajourført kunnskap:

En tannlege skal utføre sitt yrke slik det ifølge vitenskap og erfaring er ønskelig. Tannlegen skal vedlikeholde og fornye sine kunnskaper og plikter å følge NTFs regler for obligatorisk etterutdanning. Tannlegen skal gjøre seg kjent med og følge lover og bestemmelser som gjelder for yrkesutøvelsen.

I 2011 ble veilederen «God klinisk praksis i tannhelsetjenesten» publisert. Selv om dette begynner å bli noen år siden, fremstår veilederen som like viktig og aktuell i dag. Veilederen er utgitt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fins tilgjengelig for nedlastning i både en utfyllende og en kortfattet versjon på følgende lenke:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-klinisk-praksis-i-tannhelsetjenesten>

Begrepet «nødvendig tannbehandling» blir belyst systematisk og skal forenkle behandlingsplanleggingen. Det er lagt klare føringer, samtidig som det er rom for skjønn. Nødvendig tannbehandling er listet opp i prioritert rekkefølge og omtales kortfattet:

1. Akutt behandling etter foreløpig undersøkelse og diagnose
2. Undersøkelse, diagnose, diskusjon om behandlingsalternativer
3. Informasjon og råd om forebygging av skader i tenner og munnhule
4. Begrensning av skadeutvikling og opplæring i egenomsorg.
5. Behandling av patologiske tilstander i tenner, kjeve og munnhule:
 - erstatning av skadet tannsubstans
 - tannkjøttbehandling
 - rotbehandling
6. Erstatning av tapte tenner

Det blir videre belyst hvordan behandlingsplanlegging og -forløp bør dokumenteres i journal og legges til grunn for informert samtykke.

Veilederen har skjematisk satt opp kliniske problemstillinger i enkle tabeller som raskt gir kategorisk instruks i hvilke behandlingsalternativer som fins og hvilke prioriteringer de har.

- Veilederen fremstår som en meget god hjelp, både med hensyn til å
- kalibrere våre behandlingsplaner og behandlingsforløp
 - gi råd og anbefalinger for journalføring
 - påminne om aktuelle lover og regler

NTFs etiske råd er opptatt av å fremheve viktigheten rundt god, profesjonell holdning og etterlevelse i vårt fag. De fleste av NTFs etiske regler berører tema som omtales i denne veilederen, og vi oppfordrer til å repetere veilederens innhold og bruke den aktivt i hverdagen.

Knut Gättschmann
NTFs råd for tannlegeetik

Kurs- og aktivitetskalender

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

| | | |
|-----------------|-------------------------|--|
| 04.–05. april | Kristiansand | TSE Modul 8 – Spesielle faglige utfordringer, 2. samling |
| 24.–25. mai | Loen | Loenmøtet 2019 |
| 24.–25. mai | Kragerø | Kragerøkurset 2019 |
| 29. mai–2. juni | Funchal, Madeira | NTFs utenlandskurs 2019 |
| 4.–7. juni | Oslo, UiO | Kurs i praktisk bruk av CBCT |
| 13.–14. juni | Tromsø | NTFs Midnattssolsymposium 2019 |
| 19.–20. juni | Oslo, UiO | Arbeidskurs i adhesiv teknikk |
| 30. okt–02. nov | Lillestrøm | NTFs landsmøte 2019 / 30.10.2019 |

Andre kurs, møter og aktiviteter

| | | |
|---------------|----------------------------------|--|
| 25. april | Oslo | Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU) |
| 25.–26. april | Oslo | Møte NTFs fagnemnd |
| 03.–05. mai | Traben-Trarbach, Tyskland | 3D – virtual orthodontics – trend or threat? |
| 08.–09. mai | Oslo | Hovedstyremøte mai |
| 09.–10. mai | Oslo | Forum for tillitsvalgte |
| 11.–13. mai | Bolgna | IAAD (International Academy for Adhesiv Dentistry) |
| 22.–14. mai | Oslo | Samfunnsodontologisk forum 2019 |
| 12. juni | Oslo | Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) |
| 12. juni | Tromsø | Møte NTFs fagnemnd |
| 13. juni | Oslo | Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU) |
| 13.–14. juni | København | NOAT møte (Nordiske offentlige ansatte tannleger) |
| 19.–22. juni | Vancouver, Canada | IADR/AADR/CADR General Session & Exhibition |
| 20.–21. juni | Oslo | Hovedstyremøte juni |
| 22.–24. aug | Stockholm | Nordisk kursnemndsmøte |
| 28.–29. aug | Oslo | Hovedstyremøte august |
| 28.–30. aug | | Videregående kurs tillitsvalgte KS |
| 04.–08. sep | San Francisco, USA | FDI World Dental Congress 2019 |
| 10. sep | Oslo | Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) |
| 18. sep | Oslo | Møte Sentralt Næringsutvalg (SNU) |
| 19.–20. sep | Oslo | Næringspolitisk Forum |
| 26.–27. sep | Oslo | Møte NTFs fagnemnd |
| 17. okt | Oslo | Hovedstyremøte oktober |
| 17.–18. okt | Bergen | Seminar – Norsk Forening for Pedodonti (NFP) |
| 22. okt | Oslo | Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) |
| 23.–24. okt | | Lønnspolitisk forum |

| | | |
|-----------------|-------------------------|---------------------------------------|
| 01.–02. nov | Aalborg, Danmark | DTFs symposium |
| 13.–15. nov | Stockholm | Rikstämman & Swedental 2019 |
| 21. nov | | Seminar for tillitsvalgte i staten |
| 28.–29. nov | Gardermoen | Hovedstyremøte november |
| 29. nov–01. des | Gardermoen | NTFs Representantskapsmøte 2019 |
| 29. nov–4. des | New York | Greater New York Dental Meeting |
| 05.–06. des | Oslo | Møte Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) |
| 12.–13. des | Oslo | Møte NTFs fagnemnd |

Viktige datoer 2020

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

Kragerø-kurset

Telemark Tannlegeforening ønsker velkommen til Kragerø-kurset
24.–25. mai 2019.

Tema

Kompositt anno 2019 med Jan Frydensberg Thomsen.

Konsert med Jo Nesbø og Lars Jones på Tollboden fredag kveld,

Påmelding

For påmelding, betaling og mer info <https://www.deltager.no/participant/arrangement.aspx?id=270792>

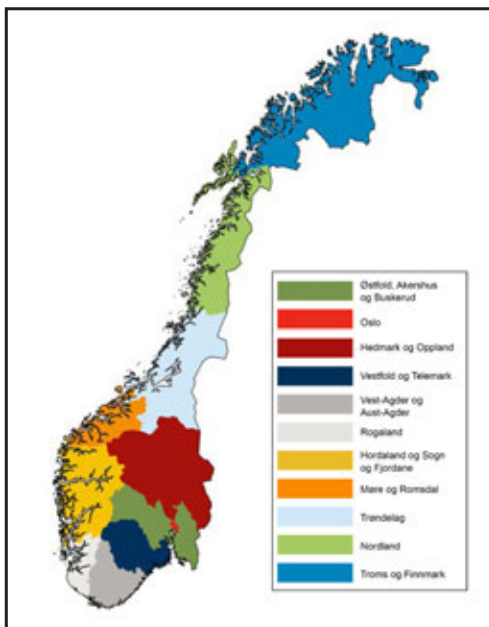


Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



Ny veileder - Tannhelsetjenesten i nye regioner

Regionreformen kan bli en krevende omstilling for ansatte og tillitsvalgte. NTF har derfor laget en veileder med en oversikt over prosessen.

Nedlastbar veileder, samt relevante linker og dokumenter finner du på:

www.tannlegeforeningen.no under
Jus og arbeidsliv / Offentlig sektor

The General Data Protection Regulation (GDPR)

Ny personvernforordning -
vet du hva den betyr for din tannlegevirksomhet?



EUs forordning for personvern, GDPR (The General Data Protection Regulation), blir norsk lov i mai 2018. Det betyr at det kommer nye regler for personvern i Norge som gir virksomheter, inkludert tannlegevirksomheter, nye plikter.

Vet du hva endringene betyr for deg?



Se www.tannlegeforeningen.no under
Jus og arbeidsliv / GDPR for mer informasjon



Trenger du hjelp med dine pasienter?

Oris Dental har spesialister i protetikk, periodonti, oral kirurgi, endodonti og kjeveortopedi. Vi hjelper deg gjerne med dine pasienter ved behov.

Ta kontakt med oss om du ønsker å diskutere kliniske problemstillinger eller behandlingsplaner.

Oris Dental – av tannleger – for tannleger – med tannleger

Har du spørsmål?

Send en mail til eirik@orisdental.no

eller finn din nærmeste klinikk på nettsiden.

Oppfordrer til å halvere saltinntaket

Vi bør ikke spise mer enn rundt fem gram salt om dagen – det tilsvarer omtrent én teskje.

Mange får i seg det dobbelte. De fleste vet at vi spiser for mye salt, men tror ikke det gjelder dem selv, viser nye tall.

En undersøkelse utført av Opinion/Norstat på oppdrag fra Helsedirektoratet i januar i år viser at ni av ti tror befolkningen spiser mer salt enn det anbefalte, mens bare fire av ti tror dette gjelder dem selv. Kun fire av ti er opptatt av å redusere sitt eget saltinntak. Kvinner i større grad enn menn.

– Det høye saltinntaket i befolkningen er en av vår tids store helseutfordringer, sier divisjonsdirektør Linda Granlund i Helsedirektoratet.

– Et høyt saltinntak øker risikoen for høyt blodtrykk. Over 30 prosent av befolkningen i Norge har høyt blodtrykk. Høyt blodtrykk kan føre til hjerte- og karsykdommer, som er den vanligste dødsårsaken i Norge.

Mesteparten av saltet vi får i oss er allerede tilsatt maten vi kjøper i butikken eller får servert. Industriebearbejdede matvarer bidrar med hele 70–80 prosent av saltet i kostholdet vårt. Vår egen salting i matlaging og på maten bidrar med 10–15 prosent.

På spørsmål om hva som kan hjelpe dem å spise mindre salt, svarer de fleste i undersøkelsen at matindustrien senker saltinnholdet i maten.

– Selv om vi kan gjøre mye for å redusere eget inntak, kommer vi ikke langt uten et tett samarbeid med dem som lager og selger maten vi spiser. Derfor er Saltpartnerskapet etablert, og vi ser allerede en positiv utvikling fra dette samarbeidet, sier Granlund.

Saltpartnerskapet er en felles dugnad mellom matvarebransjen, serveringsbransjen, forskningsmiljøer, bransje- og interesseorganisasjoner og

helsemyndighetene for å redusere bruken av salt. To av hovedmålene for partnerskapet er å redusere mengden salt i mat på serveringssteder og butikk, og øke bevisstheten om at saltreduksjon gir bedre helse. Det er blant annet utarbeidet mål for saltinnhold i om lag 100 matvarekategorier, og det er lagt vekt på varer vi bruker mest av. I 2019 har hele 84 aktører har signert saltpartnerskapets intensjonsavtale.

Snacks, sauser og supper samt kjøttprodukter er de produktene som i størst grad assosieres med høyt saltinnhold. I tillegg er brød en stor kilde fordi vi i Norge spiser mye brød.

Både saltinnholdet i matvarene og hvor mye og hvor ofte vi spiser de forskjellige varene, har betydning for totalen. Brød inneholder for eksempel ikke så mye salt per 100 gram, men siden vi spiser mye brød- og kornvarer her til lands, utgjør det en av de store kildene.

◀◀ tilbakeblikk

19/19

Skien komm. skoletandklinik

Det er mange veie til Rom. Det samme kan jeg si, naar jeg tænker tilbake paa alt det skriveri og snak jeg har hat for denne sak, for at faa oprettet en saadan institution i byen som en skoletandklinik.

I 1909–10 optok jeg arbeidet for denne sak, efter først at ha skrevet og oversat en del artikler som med passende mellemrum blev tilstillet aviserne. I 1912 kom dette spørsmål frem for første gang i kommunestyret, hvor bevilgningen blev git til arbeidets begyndelse med 1ste klasserne.

De første 5 aar blev barnene behandlet på mit kontor; men ifjor blev der indredet en komplet utstyrt klinik i en av byens eiendomme, og her har man iaar behandlet samtlige folkeskolens klasser.

Innsendt av tandler G.F. Christensen

🕒 Juli 1919, 5. hefte

19/69

Stipend for distriktstannleger

Som et ledd i stimuleringsiltakene er det for 1969 over statsbudsjettet bevilget kr. 25 000,- til stipend for distriktstannleger. Stipendiet skal dekke utgifter til odontologisk etterutdannelse, spesialistutdannelse eller videreutdannelse. Det er særlig beregnet på innehavere av stillinger i deler av landet hvor det er liten adgang til faglig kontakt, men det kan også søkes av andre distriktstannleger.

I søknaden må søkerne gjøre greie for sine tjenesteforhold, opplyse når, hvor og hvilken utdannelse som søkes og hvilke utgifter som vil gå med. Søknadene sendes gjennom fylkestannlegen og må være kommet til Helsedirektoratet, Tannlegekontoret 1, juli 1969. Tilsagn om tildeling av stipend vil først kunne gis etter denne dato.

🕒 April 1969, hefte 4

20/09

Bekymring satt i system

Østfold er blitt et foregangsfylke når det gjelder å bekymre seg for barn som ikke møter til tannbehandling. Målsettingen bakom tiltakene i Østfold er å bedre tannhelse-tjenestens rutiner for å fange opp og gi tannbehandling til bekymringspasienter. Dessuten er målet å oppmuntre tverrfaglig samarbeid med barnevern og helsesøster for de bekymringspasientene tannhelse-tjenesten ikke når frem til, eller der det foreligger mistanke om alvorlig omsorgssvikt eller mishandling. Tannhelsesekretær Kristin Strandlund er ansvarlig for prosjektet som startet så smått i 2006, og som nå omfatter hele fylket.

🕒 Februar 2009, nr. 3

Bekymret over lite fysisk aktivitet blant barn og unge

Det er bekymringsfullt at aktivitetsnivået til barn og unge ikke har økt, mener avdelingsdirektør Jakob Linhave i Helsedirektoratet.

Fysisk aktivitet har mange positive effekter – på helsen, men også på læring. Samtidig har inaktivitet en rekke negative konsekvenser for barns helse. Inaktivitet øker risikoen for både hjerte- karsykdommer, høyt blodtrykk, fedme og diabetes type 2 – også hos barn og unge.

– Vi har ikke klart å øke aktivitetsnivået. Blant niårige gutter ser det tvert imot ut som om aktivitetsnivået reduseres, sier Linhave.

Tallene kommer frem i den nye nasjonale kartleggingsundersøkelsen av fysisk aktivitet, stillesittende tid og fysisk form blant barn og unge (ungKan), fra Norges idrettshøgskole og Folkehelseinstituttet.

– Vi må ta inn over oss at vi har laget et samfunn der barn ikke trenger å være aktive.

Det er masse vi kan gjøre som samfunn.

Samtidig er dette også et ansvar for oss som voksne enkeltindivider. Vi kan som foreldre, besteforeldre, naboer, venner og frivillige bidra til at barn og unge får gode aktivitetsvaner og bevegelsesglede, sier Linhave.

Guttene er fortsatt mer aktive enn jentene. Kun 40 prosent av 15-årige jenter oppfyller nå minimumsanbefalingene om 60 minutter moderat fysisk aktivitet hver dag. 15-åringene bruker drøyt 70 prosent av våken tid i ro.

– Dette viser hvor sterk tiltrekningskraft aktiviteter som får oss til å sitte i ro har. Mange opplever at det er vanskelig å få barna bort fra skjermene og ut i aktivitet, sier Linhave.

Han peker på tre hovedområder hvor vi som samfunn kan gjøre en innsats:

– Det ene er transport og nærmiljøutvikling. Det bør være lettere å være fysisk aktiv til og fra barnehage, skole fritidsaktiviteter og være aktiv i nærmiljøene. Det andre er å få til nok fysisk aktivitet der hvor barna er på dagtid, barnehage, skole og skolefritidsordningen. Fysisk aktivitet påvirker læring positivt. I tillegg er det viktig at det er enkelt å være aktiv i fritiden, både organisert og på egen hånd. Flere må oppleve bevegelsesglede, inkluderende miljøer og være med lengre. Kostnadsnivået for å delta i organisert aktivitet må ikke bli så høyt at mange ikke kan være med. Der har vi et forbedringspotensial, mener Linhave.

Undersøkelsen gir også tall på hvor lite som må til for at flere skal oppfylle anbefalingene. Dersom nåringene øker sitt daglige fysiske aktivitetsnivå med ti minutter per dag, ville andelen som når anbefalingene økt fra om lag 72 prosent til 87 prosent. Tilsvarende tall for 15-åringene er en økning fra 46 prosent til 65 prosent.

– Det er altså ikke så mye som skal til før vi får et godt løft i aktivitetsnivået, sier Linhave.

Personalia

Dødsfall

Tore Knut Næss, f. 14.09.1930, tannlegeeksamen 1956, d. 24.02.2019

Leidulf Hafsmo, f. 06.01.1934, tannlegeeksamen 1960, d. 21.02.2019

Ole Bjarne Almåsbygg, f. 24.11.1932, tannlegeeksamen 1955, d. 11.11.2018

Nils Astor Magnussen, f. 21.06.1924, tannlegeeksamen 1959, d. 16.11.2011

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

Total Fill

Biokeramisk sealer



Antibakteriell, ingen krymping, unik bonding til vegg og point.

Examvision

4 forstørrelser i en 1 lupe



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

Labrida

BioClean



Bedre og enklere vedlikehold av tannimplantater.



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

www.technomedics.no/totalfill

www.technomedics.no/ev

www.technomedics.no/labrida

Upålitelig prisportal for tannleger

VG publiserte 2. mars en oversikt over de dyreste og billigste tannlegene i hvert fylke. Prisene var hentet fra Forbrukerrådets prisportal Hvakostertannlegen.no, men den er ikke til å stole på, sier Forbrukerrådet selv, ifølge Faktisk.no.

De oppgitte prisene kan avvike fra faktisk pris hvis behandlingen viser seg å være mer omfattende eller komplisert enn det som er vanlig. Dette skriver også VG i artikkelen sin. I tillegg tar avisen forbehold om eventuelle feil i prisene som tannlegene selv har rapportert inn.

VG har imidlertid ikke tatt hensyn til når prisene på Hvakostertannlegen.no sist ble oppdatert, noe flere tannleger har reagert på.

Faktisk.no har kartlagt når tannlegene i VGs oversikt oppdaterte prisene sine sist. VGs prisoversikt omfatter de tre billigste og de tre dyreste tannlegene i hvert fylke. Til sammen 54 tannleger i hver kategori.

Kartleggingen viser at det er en klar sammenheng mellom hvor oppdaterte priser tannlegene har, og om de av VG blir utpekt som blant de billigste eller dyreste.

Det er Forbrukerrådet som har ansvaret for Hvakostertannlegen.no. Ifølge leder av Forbrukerdialog i Forbrukerrådet, Pia C. Høst, har tannlegene en lovpålagt plikt til selv å rapportere inn priser til prisportalen hver gang de gjør en endring.

– Dessverre er det for mange som ikke gjør det. Vi har derfor satt inn ekstra ressurser for å sikre kvaliteten på tjenesten. Vi ringer i disse dager rundt til tannlegene for å sikre at de oppdaterer prisene sine, slik at forbrukeren får riktig pris, skriver hun i en e-post til Faktisk.no.

– Kan forbrukere være sikre på at prisene i portalen er oppdatert?

– Forbrukeren kan i dag ikke være helt sikker på at prisen stemmer, svarer Høst.

– Du får vite når prisen sist er blitt oppdatert på Hvakostertannlegen.no. Er det lenge siden prisen sist ble oppdatert, må du kontakte tannlegekontoret direkte for å få opplyst korrekt pris eller om kontoret fortsatt eksisterer.

Tannleger som ikke oppdaterer prisene sine, kan bli ilagt tvangsmulkt av Forbrukertilsynet. Denne sanksjonsmuligheten er ikke brukt noe særlig så langt jeg vet, men det kan jo hende den må tas i bruk fremover, sier Høst.

– Mange tannleger har ikke oppdatert prisene sine på flere år. Hvorfor har ikke dette blitt fulgt opp tidligere?

– Vi har fulgt opp, men vi har ikke gjort det så grundig som vi gjør nå. Vi skulle gjerne gjort mer å for å sikre kvaliteten på prisportalen, men det er ressurskrevende, og det er tannlegenes ansvar, svarer Høst.

Ceram.x Spectra™ ST

Et komposittsystem som dekker alle dine estetiske og funksjonelle behov

| | | |
|---|--|--|
| <p>Ceram.x Spectra ST (HV/LV) En universalkompositt som nå finnes i to viskositeter; høy viskositet (LV) og lav viskositet (LV).</p> | <p>Ceram.x Spectra ST flow En estetisk flowkompositt med tixotrope egenskaper for optimal kontroll og adaptasjon.</p> | <p>Ceram.x Spectra ST Effects En universalkompositt for estetisk utfordrende anteriore tilfeller. Ceram.x Spectra ST Effects kombineres med Ceram.x Spectra ST i en forenklet sjiktteknikk.</p> |
|---|--|--|

THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

tidende

Frister og utgivelsesplan 2019

| Nr. | Debattinnlegg, kommentarer o.l. | Annonsefrist | Utgivelse |
|------------|--|---------------------|------------------|
| 4 | 7. mars | 12. mars | 23. april |
| 5 | 4. april | 8. april | 16. mai |
| 6-7 | 2. mai | 13. mai | 13. juni |
| 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 BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSÅKEN 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**

■ STILLING LEDIG ■ STILLING SØKES ■ KJØP OG SALG ■ DIVERSE

STILLING LEDIG

TANNLEGE HAMAR

Jeg søker en kvalitetsbevisst og omgjengelig assistenttannlege til min privatpraksis Alvenes Dental i Hamar sentrum. Klinikken består av 3 tannleger, 1 tannpleier og 3 sekretærer og vi har 5 like behandlingsrom. Vi kan tilby et trivelig arbeidsmiljø i en travel praksis. Klinikken ligger i kjøpesentret CC Hamar, som var nybygd i jan 2015.

Det vil være mulighet for varierte arbeidsoppgaver og klinikken har god pasienttilgang.

Norsk autorisasjon, samt beherske norsk flytende muntlig og skriftlig er en forutsetning.

Spørsmål om, eller søknad på stillingen til: maria@alvenes.com

AUST-AGDER

Assistenttannlege søkes til veldrevet tannlegepraksis i Tvedestrand. Heltid/Deltid. Leilighet eller bolig til disposisjon dersom behov. Søknader og spørsmål kan rettes til e-post: staleindland@gmail.com eller telefon 98072785 e.kl. 17.

MODUM, BUSKERUD

Ledig stilling som assistenttannlege 2 dager i hyggelig privat praksis på Modum, ca 30 min fra Drammen.

Mulighet for utvidelse av stilling.

Norsk autorisasjon og flytende norsk skriftlig/muntlig påkrevet.

VESTFOLD

En hyggelig, dyktig og erfaren allmenntannlege eller spesialist søkes i moderne og velutstyrt praksis i Vestfold. Opus, dig.rtg, nye uniter, Cerec. Startdato og stillingsprosent er fleksible. Gode betingelser. Kontakt post@hvaltann.no eller tlf 46786607.

MAJORSTUEN I OSLO

Erfaren assistenttannlege søkes til hyggelig tannlegekontor med to behandlingsrom 1-2 dager pr. uke. Vi bruker Opus journalsystem og Digora røntgen. Tiltredelse helst i begynnelsen av april. Søknad/CV sendes til tannsmilet@gmail.com. Aktuelle søkere vil bli kontaktet



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.

ØRSTA – ASSISTENTTANNLEGE

100 % stilling ledig fra 01.08.19. Kan passe for nyutdanna tannlege. Variert klinisk kvardag. Klinikken har 5 behandlingsrom og 3 tannlegar, der ein skal gå av med pensjon til sommaren.

Ta kontakt på epost: danielbreivik@yahoo.no

ASSISTENTTANNLEGE SØKES

til deltidstilling 1-2 d. i uken, med mulighet for utvidelse. Vi er en klinikk i vekst og ser etter en kvalitetsbevisst, blid og serviceinnstilt tannlege. Klinikken ligger i Oslo, på Grønland. Tnl. med egne pasienter oppfordres også til å søke. Søknad sendes til: dentaklinikk@hotmail.com

TANNLEGE CONRAD MÜLLER AS

søker etter en hyggelig assistenttannlege til 60-100 % stilling! Klinikken ligger i Sandnessjøen sentrum i Alstahaug kommune. Du må ha norsk autorisasjon og det er nødvendig med gode norskkunnskaper både muntlig og skriftlig. Du må kunne jobbe fleksibelt og effektivt i en hektisk klinikkhverdag og må være flink til å kommunisere og samarbeide med både pasienter og medarbeidere.

Hvis du er interessert, send CV til: tannklinikk@tannlegeconradmuller.com
Vi gleder oss til å møte aktuelle søkere!



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhels erogaland.no.



TANNLEGE I OSLO SENTRUM

Vi søker en selvstendig, dyktig tannlege. 100 % stilling. Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig. Erfaring er ønskelig. Tiltredelse etter avtale. Søknad/CV sendes til post@oslosentrumtannklinikk.no. Aktuelle søkere vil bli kontaktet.

KJEVEORTOPED I MOLDE

Spesialist i kjeveortopedi søkes til kjeveortopedisk praksis i Molde. Tannlege som planlegger videreutdanning i kjeveortopedi bes også ta kontakt. Deleierskap vil bli vurdert. Mobil: 91 57 47 01 e.kl. 16.00 E-post: terje@holtogmorkedal.nhn.no Tannlege Terje Holt AS

STILLING SØKES

TØNSBERG OG OMEGN

Kvalitetsbevisst tannlege med gode referanser søker 40–80 % stilling. Er fleksibel mtp oppstart etter 1. august. Uteksaminert ved UiO i 2006. Torbjørn, tlf 90201492

SKILLED DENTIST

with dentistry practicing license in Norway and Finland seeks employment. All dental treatments are performed by me. C.V at www.dentalXfactor.com, tel: +358 405282550, e-mail: sdrjeeves@gmail.com. Jeevana Subasinghe

KJØP & SALG

MINDRE PRAKSIS

med moderne utstyr, pr. i dag i full drift, Tinn/ Telemark selges rimelig grunnet pensjonering. Henvendelse tlf. 97026647 eller kjell.fedje@frisurf.no

NEDRE ROMERIKE

Tannlegepraksis selges. Se også www.tannlegeportalen.no Henvendelse til Saga Consult AS Tlf: 93 24 10 44 eller e-post: post@sagaconsult.no

SENTRALT OSLO VEST

Tannlegepraksis selges. Se også www.tannlegeportalen.no Henvendelse til Saga Consult AS Tlf: 93 24 10 44 eller e-post: post@sagaconsult.no

TANNLEGEKONTOR PÅ ÅRNES VURDERES SOLGT

Primært en kjeveortopedisk praksis med gode muligheter til privat allmennpraksis. 4 uniter fullt utstyrt for kjeveortopedi og delvis utstyrt for allmennpraksis. 7 datamaskiner basert på opus. 30 min fra Gardernoen flyplass og kort avstand til Oslo med tog og buss. Lang vannvei med båt opp til Lillehammer. tannlegethn@gmail.com og tlf 63901393 mandag til onsdag kl 0830 til 1500.

DIVERSE

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

Vi utfører reparasjoner/service på turbiner, de aller fleste merker.

NB!(Ikke vinkelstykker)

Prisen for overhaling, dvs. ny spindel, ny impeller, nye lagre og o-ringer.

Kun kr 1990 eks mva. Rask levering. 6 mnd. garanti!



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!



Velkommen til oss!

Oralkirurgisk klinikk er en spesialistklinikk med mer enn 25 års erfaring. Våre spesialister tar i mot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning innen vårt fagområde.

Velkommen med din henvisning!

[Les mer om oss på oralkirurgisk.no](http://oralkirurgisk.no)

Oral kirurgi & medisin • Implantat • Kjeve & ansiktsradiologi
Intravenøs sedasjon & medisinsk overvåking • Oral protetik

Våre spesialister:

Kirurgi

- Dagfinn Nilsen
- Erik Bie
- Johanna Berstad

Anestesi


- Dr. Odd Wathne

Protetik

- Sonni Mette Wåler
- Pia Selmer-Hansen



Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A
0369 Oslo

 23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no



ORALKIRURGISK
KLINIKK

AIRFLOW®

PROPHYLAXIS MASTER



- > Temperert vann
- > 30 % mindre pulverforbruk
- > Trådløs fotpedal
- > No Pain – skånsom for pasienten



AIRFLOW® PLUS
For sub- og supragingival fjerning av biofilm. Veldig rask og effektiv behandling med høy pasientkomfort. Erythritol 14µ



AIRFLOW® COMFORT
For supragingival fjerning av belegg og misfarginger. Effektiv og verdsatt av pasientene. Natriumbikarbonat 40µ

Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic v/Linda Kjølstadmyr, t: 400 53 691.

W&H Nordic, t: 32853380, e: office@whnordic.no, wh.com  

EMS 
MAKE ME SMILE.